



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

2017

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sébastien GLORIOT

le 16 novembre 2017

**Communication ville-hôpital : attentes des médecins généralistes
du secteur du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien : enquête en
vue d'améliorer la communication ville-hôpital.**

JURY :

- Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT : Président du jury
- Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN : Juge
- Monsieur le Professeur Nicolas JAY : Juge
- Monsieur le Docteur Thierry POYETON : Juge
- Madame le Docteur Laury HAKMOUN : Juge, Directrice de thèse



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseeurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean
FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert
GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques
LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves
MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre
PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSSIDIER

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

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

Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

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

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

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

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

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

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

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

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

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

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

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

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

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

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

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

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

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

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

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

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

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

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

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

Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

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

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

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

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

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

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

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

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

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

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

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

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

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

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

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

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

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

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

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

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

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

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

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

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

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

Docteur Antoine KIMMOUN

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

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

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

Docteur Nicolas GIRERD

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

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

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

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

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

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

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

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

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

Docteure Isabelle KOSCINSKI

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

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

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

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

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT,
Professeur de Réanimation Médicale,

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse. Veuillez recevoir nos plus vifs remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de tout notre respect.

A NOTRE JURY

A Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN, Professeur de Santé Publique,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter d'être dans notre jury et de juger notre travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de tout notre respect.

A Monsieur le Professeur Nicolas JAY, Professeur d'Information Médicale,

Veuillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Votre présence dans notre jury nous fait honneur.

A Monsieur le Docteur Thierry POYETON, médecin généraliste,

Votre implication auprès des patients, votre pédagogie et votre compagnonnage sont un exemple pour moi. Vous me faites l'honneur d'être membre de notre jury et je vous en remercie.

A Madame le Docteur Laury HAKMOUN, médecin urgentiste,
Directrice de ce travail de thèse,

Merci d'avoir su me guider, me conseiller et me rassurer tout au long de ce travail. Je te remercie également de m'avoir accompagné tout au long de mon cursus universitaire.

A MA FAMILLE

A mes parents,

Je sais tout ce que je vous dois. Merci d'avoir toujours été là pour moi, de m'avoir apporté votre soutien, encouragé dans mes différents projets. Ma réussite d'aujourd'hui, je vous la dois.

A ma sœur,

Malgré une relation quelques fois conflictuelle, nous nous sommes rapprochés et j'espère que cela continuera ainsi. Sache que je suis fier de ce que tu es devenue.

A mes grand-mères, tantes, oncles, cousines, cousins,

Vous avez toujours eu confiance en moi, votre soutien tout au long de ces années m'ont aidé à tenir et à arriver jusqu'ici.

A ceux qui sont partis trop tôt, Papi, Pépère, Tonton Daniel,

Vous me manquez et je ne vous oublierai jamais. Vous aussi avez contribué à la personne que je suis aujourd'hui.

A MES AMIS

A Oriane,

Pour ton soutien tout au long de mon cursus et surtout durant ce travail, ton oreille précieuse lors de mes (nombreux) instants de doute. Merci également pour ta précieuse correction. Notre amitié est ancienne et, j'en suis convaincu, perdurera dans le temps.

A Mathilde,

Merci d'avoir été là depuis le début de ma vie universitaire. Tu as été un précieux soutien dans les bons comme dans les moments plus difficiles. Notre amitié m'est très précieuse.

A Alexandre, Chloé, Philippe, Gabrielle, Sophie, Guillaume,

Vous avez été comme une seconde famille durant toutes ces années d'études. Toutes ces années auraient été bien fades sans votre présence à mes côtés. Nos soirées, nos vacances passées ensemble resteront de précieux souvenirs.

A mes amis d'enfance et d'adolescence.

AUX MEDECINS, CO-INTERNES, INFIRMIERES, AIDES-SOIGNANTES, ASH ET SECRETAIRES QUE
J'AI RENCONTRE TOUT AU LONG DE MON INTERNAT

A l'ensemble de l'équipe du service de médecine adulte de Neufchâteau dans
lequel j'ai débuté mon internat, tout particulièrement au Dr BUREL Aline et
Dr NGUYEN Ngoc Hanh.

A toute l'équipe du service d'accueil des urgences de Neufchâteau, avec qui j'ai
passé de nombreuses heures jour comme nuit. Merci pour l'accueil que vous
m'avez fait. Sachez qu'il ne fut pas aisé de vous dire aurevoir à la fin de mon
stage.

Au service de pédiatrie, toujours de Neufchâteau.

A tous mes maîtres de stage m'ayant accueilli en stage au sein de leur cabinet :
Dr DEFAUX, Dr WAGREZ, Pr BOIVIN, Dr FLAMAND-LAM, Dr FREY, Dr ROUNG,
Dr TENENBAUM.

A Madame le Docteur Christelle DOUART-LEGER, médecin urgentiste,
Chef du service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien
Merci à toi de m'avoir proposé ce sujet de thèse. Ce fut un honneur d'avoir pu
recevoir tes savoirs durant mes années d'externat et d'internat.

A Madame le Dr Edith Peltier, médecin du DIM de Neufchâteau,
Merci d'avoir répondu à mes questions me permettant d'approfondir ce travail.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations utilisées.....	16
Table des figures.....	18
I. Introduction.....	19
II. Présentation du CHOV.....	20
A. Point historique.....	20
1. Historique du site de Neufchâteau	20
2. Historique du site de Vittel.....	21
B. Offre de soins	22
III. Démographie.....	23
A. Etat des lieux sur la population du territoire sanitaire du CHOV	23
1. Département des Vosges	23
2. Département de la Meuse	25
3. Département de la Haute-Marne.....	28
B. Démographie médicale	29
IV. Communication médicale ville-hôpital.....	31
A. Etat des lieux à travers la littérature	31
B. Principes et textes réglementaires.....	33
1. Le secret médical partagé	33
2. Textes et réglementations concernant la communication de l'hôpital envers les médecins libéraux.....	34
3. Recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS)	36
C. L'échange de données médicales à travers un système de messagerie sécurisée	38
1. Principes généraux	38
2. Réglementation de l'échange de données médicales par voie informatique.....	38
V. Evaluation par les médecins généralistes libéraux de la communication avec le CHOV	41
A. Matériel et méthodes.....	41
B. Résultats	42
1. Profil des médecins ayant répondu au questionnaire	42
2. L'offre de soins du CHOV et les médecins généralistes	43
3. Evaluation de la communication de l'établissement	46

a) Le standard téléphonique	46
b) Réalisation d'hospitalisations	48
c) Les comptes-rendus médicaux.....	51
VI. Discussion	59
A. Les limites de l'étude.....	59
B. Les résultats du questionnaire	60
1. Profil des médecins répondeurs.....	60
2. Connaissance de l'offre de soins du CHOV.....	61
3. Les contacts téléphoniques avec le CHOV et la réalisation d'hospitalisations directes	62
4. Les différents comptes-rendus.....	63
a) Délai d'envoi des différents comptes-rendus médicaux.....	63
b) Analyse des données d'une évaluation de l'établissement dans le cadre d'une certification de la HAS	64
c) La lettre de liaison à la sortie	65
C. Les perspectives du CHOV concernant sa communication	67
VII. Conclusion	70
Annexes :	72
Annexe 1 : Questionnaire.....	72
Annexe 2 : Réponses aux questions ouvertes	77
Bibliographie :	81

Liste des abréviations utilisées :

APICEM : Association pour la Promotion de l'Informatisation et de la Communication en Médecine

ARS : Agence Régionale de Santé

BHR : Bactéries Hautement Résistantes

BMR : Bactéries MultiRésistantes

CHOV : Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPU : Enseignements Post Universitaires

FINESS : Fichier d'Identification Nationale des Etablissements Sanitaires et Sociaux

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HGE : Hépatogastro-Entérologie

ICF : Indice Conjoncturel de Fécondité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SIRENE : Système national d'Identification et du Répertoire des Entreprises et des Etablissements

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Table des figures :

Figure 1 : Pyramide des âges de la population vosgienne en 2011	24
Figure 2 : Nombre de naissances et de décès dans le département de la Meuse de 1994 à 2014	26
Figure 3 : Pyramide des âges de la population Meusienne au 1 ^{er} janvier 2014.....	27
Figure 4 : Densité de population par commune dans le département de la Haute-Marne.....	28
Figure 5 : Nombre d'erreur réalisée par les praticiens concernant l'offre de soins	44
Figure 6 : Connaissance par les médecins des différents services du CHOV	45
Figure 7 : Connaissance par les médecins des spécialités consultables au CHOV	46
Figure 8 : Niveau de satisfaction des médecins généralistes concernant le temps d'attente avant d'être mis en relation avec un praticien hospitalier	47
Figure 9 : Vous arrivent-t-ils de réaliser des hospitalisations directes dans les services de médecine ?	48
Figure 10 : « Que pensez-vous du délai entre votre demande d'hospitalisation pour un de vos patients et l'obtention d'une place en service? »	49
Figure 11 : Niveau de satisfaction des praticiens concernant le délai de réception des comptes-rendus de consultation des urgences.....	52
Figure 12 : Niveau de satisfaction des praticiens concernant le délai de réception des comptes-rendus d'hospitalisation	53
Figure 13 : Niveau de satisfaction des praticiens concernant le délai de réception des comptes-rendus de consultation externe	54
Figure 14 : « Que souhaitez-vous recevoir via la messagerie sécurisée ? ».....	55
Figure 15 : Niveau de satisfaction des médecins concernant la qualité des comptes-rendus d'hospitalisation	56
Figure 16 : Niveau de satisfaction des médecins concernant la qualité des comptes-rendus de consultation.....	56

I. Introduction

Dans les zones rurales et semi-rurales, « l'hôpital de proximité » est souvent le seul endroit offrant des consultations spécialisées ainsi que des services de soins avancés. Ainsi il paraît essentiel qu'une bonne communication entre les médecins généralistes libéraux, principaux acteurs du système de soins primaires, et l'hôpital local puisse être établie et entretenue.

Depuis la loi du 13 août 2004, l'omnipraticien est devenu le médecin « traitant ». Il est de son rôle de coordonner les soins de ses patients. Ainsi il est fondamental qu'il soit informé des actes de soins dont a pu bénéficier un de ses patients. Il en découle qu'une communication efficace est un élément important de la bonne prise en charge des malades.

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien (CHOV) représente le seul établissement de soins d'une zone rurale d'environ 70 000 habitants. Travaillant en collaboration avec environ 60 médecins généralistes, il nous paraissait intéressant de recueillir les ressentis et les attentes de ceux-ci concernant leur communication avec le centre hospitalier.

Les objectifs de ce travail visent à améliorer à l'échelle locale la communication du CHOV envers les praticiens généralistes se trouvant sur son territoire sanitaire. A travers un questionnaire leur étant destiné, nous essaierons de déterminer les points d'amélioration souhaités et les solutions qui pourraient être apportées.

II. Présentation du CHOV

A. Point historique⁽¹⁾

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien (CHOV) résulte de la fusion des centres hospitaliers de Neufchâteau et de Vittel le 1^{er} janvier 2013. Cette fusion a eu lieu après une longue collaboration datant de 2002, après la signature d'une convention de direction commune, puis en 2007 la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Ouest Vosgien. Ce GCS fut le support de l'élaboration du projet médical commun en 2009 ainsi que d'un projet de soins commun en 2010.

1. Historique du site de Neufchâteau

Il résulte de la réunion de 2 établissements antérieurs : l'hôpital-hospice du Saint-Esprit et l'hôpital Saint Charles.

L'hôpital-hospice du Saint-Esprit était à la base une dépendance de Besançon, fondé par Mathieu II, Duc de Lorraine. Les travaux se sont déroulés d'environ 1230 jusqu'en mai 1261. Frère Robert, un religieux de l'Ordre Hospitalier du Saint-Esprit, est venu de Rome et a suivi la construction avant de devenir son premier gestionnaire. Durant la guerre de Trente Ans (1618-1648), l'établissement fut endommagé. Au cours du XVII^{ème} siècle il sera restauré, puis reconstruit en 1780-1781 suite à un incendie. Au XX^{ème} siècle, la surélévation des bâtiments permettra d'accueillir les malades militaires.

L'hôpital Saint Charles a été fondé en 1680 par la confrérie des Dames de la Charité afin d'y loger 12 pauvres de la paroisse. Il prendra ensuite en charge l'éducation de 7 orphelines et le secours à domicile des pauvres et malades jusqu'au départ des sœurs de Saint-Charles à la révolution. Les bâtiments seront transformés en gendarmerie puis en collège.

A la fin des années 1960, une partie des locaux de l'hôpital-hospice du Saint-Esprit sera réhabilitée en une Maison de Retraite qui ouvrira ses portes le 2 novembre 1970 sous le nom de « Gai Logis ».

En 1982 est inauguré le Centre Hospitalier de Neufchâteau actuel, situé avenue de la Division Leclerc.

A partir de là, l'ancien hôpital-hospice sera une résidence pour personnes âgées sous le nom de « Résidence du Val de Meuse ». En 1996, grâce à la construction de nouveaux bâtiments, le « Gai Logis » et la « Résidence du Val de Meuse » fusionnent et deviennent la « Maison de Retraite du Val de Meuse » et en 2002 l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du « Val de Meuse ».

2. Historique du site de Vittel

Dans les années 1920 furent construits à Vittel de nombreux bâtiments dont les hôtels « Splendid » et « Beau Site ». Face à une baisse de fréquentation des 2 établissements après la guerre, le maire de l'époque, Monsieur Guy de LA MOTTE BOULOUMIE, décida de vendre les 2 hôtels en 1955 et de les réhabiliter en hôpital.

Ainsi, le 1^{er} Juillet 1962 est inauguré le Centre Hospitalier de Vittel dont l'activité était orientée vers la médecine générale et la crénothérapie, médecine thermale utilisant les eaux minérales. Cette activité fut à l'origine de la mise en place de la néphrodialyse installée en 1968 dans l'établissement sous l'égide du Professeur André GROSS, néphrologue du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nancy. Cette néphrodialyse sera transférée en 2009 au Centre Hospitalier Emile Durkheim d'Epinal.

Ces 10 dernières années, l'activité de l'établissement s'est orientée vers les soins de suite et la gériatrie.

B. Offre de soins

Le CHOV a une capacité de 659 lits et places. Employant 90 médecins et 1 200 agents, il couvre un territoire de santé d'environ 70 000 habitants. Il dispose d'un plateau technique avec présence d'Urgences/SMUR sur les 2 sites, d'un équipement d'imagerie complet ainsi que d'un laboratoire d'analyse médicale interne. Il propose une large offre de soins en Médecine Chirurgie et Obstétrique ainsi qu'en Soins de Suite et de Réadaptation. 2 EHPAD, une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont rattachés au CHOV.

Le CHOV offre un large panel de spécialités médicales pouvant être consultées au sein de l'établissement. Les consultations se déroulent soit au sein des « consultations externes » des 2 sites, soit dans les services correspondant aux spécialités (comme par exemple les consultations de pédiatrie ou encore de gynécologie-obstétrique). Les praticiens dispensant les consultations sont des praticiens hospitaliers, travaillant au sein du CHOV, des praticiens à temps partagé entre leur activité hospitalière et leur activité libérale ou encore certains spécialistes proviennent d'établissements extérieurs (CHRU de Nancy, cliniques de l'agglomération nancéenne, etc) et font des vacations allant de plusieurs fois par semaine à une fois par mois. L'association entre les praticiens hospitaliers, les praticiens à temps partagé et les intervenants extérieurs permet ainsi d'avoir une majorité des spécialités médicales représentées au sein des établissements du CHOV.

Il existe également des offres de consultations paramédicales allant de la diététique, en passant par l'orthoptie ou encore par des consultations de stomathérapie prodiguées par des paramédicaux spécialisés dans ce domaine.

III. Démographie

A. Etat des lieux sur la population du territoire sanitaire du CHOV

Les établissements du CHOV se trouvent dans l'Ouest Vosgien, dans les Communes de Neufchâteau et Vittel. Le territoire sanitaire du CHOV se trouve à la confluence de 4 départements : les Vosges, la Meuse, la Haute-Marne et la Meurthe-et-Moselle. Les sites de Vittel et Neufchâteau couvrent ainsi l'est haut-marnais, le sud meusien, une petite partie du sud-ouest meurthe-et-mosellan et l'ouest vosgien.

1. Département des Vosges ⁽²⁾

En 2015, le département des Vosges était le 60^{ème} des 96 départements de France métropolitaine en termes de population. Au 1^{er} janvier 2012, 377 282 habitants y vivaient et représentaient 0,6 % de la population nationale.

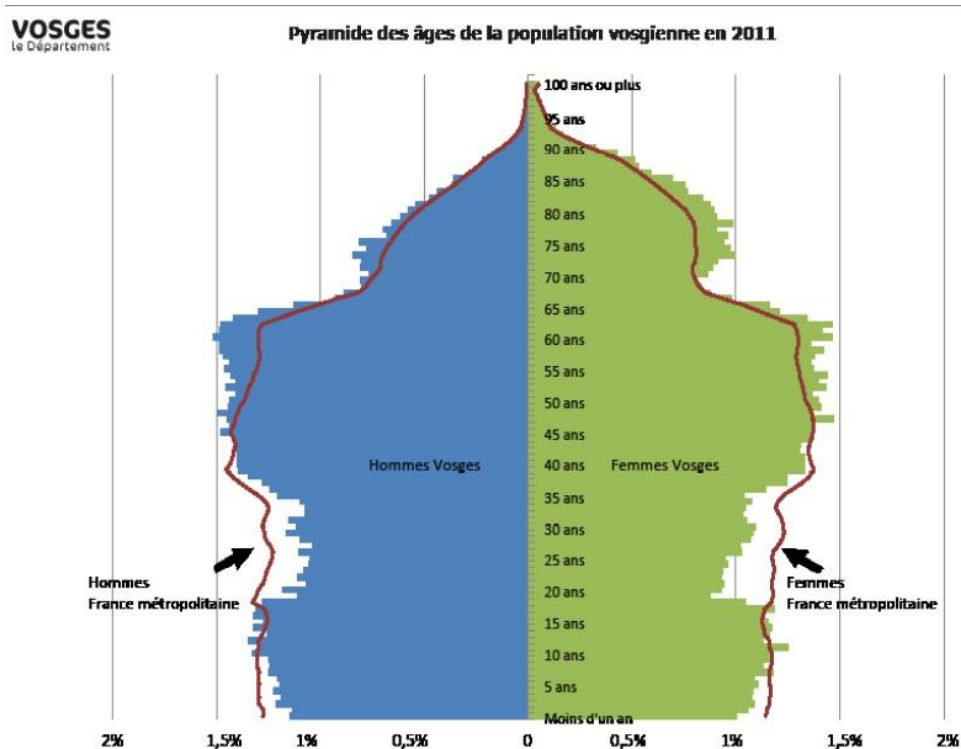
Depuis 40 ans, la population vosgienne tend à diminuer alors que la population française a progressé de 36 % depuis 1962, celle de la Lorraine de 7 %, les Vosges ont perdu 0,9 %. Cette déperdition de population s'explique par l'émigration. Dans les années 60, près de 1 500 personnes quittaient chaque année le département sans y être remplacées. Dans les années 80, plus de 2 300. Plus récemment, on constate un ralentissement du déficit migratoire avec 500 personnes quittant le département chaque année.

Concernant la densité de population, celle-ci est de 64 habitants/km² (contre 117 en national et 100 habitants/km² pour la Lorraine), mais elle est très inégale. En effet, dans tout l'Ouest du département, elle n'est que de 33 habitants/km², proche du seuil de faible densité situé à 30 habitants/km² par les géographes. Dans le Sud-Ouest, la densité atteint rarement ce chiffre seuil de 30 habitants/km², les plus grandes communes du secteur dépassant de peu les 1 000 habitants (Lamarche, Darney, Monthureux-sur-Saône).

Les villes de Neufchâteau et Vittel s'avèrent être des pôles structurants de l'Ouest du département.

Actuellement 1 vosgien sur 4 (26,3 %) a plus de 60 ans, l'allongement de l'espérance de vie ainsi que la réduction du nombre de naissances aboutissent à un vieillissement de la population. La pyramide des âges montre un vieillissement de la population et surtout un important déficit parmi les classes d'âges des 18-34 ans et des moins de 5 ans. Au contraire les 50-65 ans et les plus de 70 ans sont statistiquement surreprésentés. Les projections de l'INSEE anticipent une importante progression du nombre de personnes âgées. Le phénomène de vieillissement de la population n'est pas homogène et est surtout marqué dans le Sud-Ouest et dans les vallées du massif.

Figure 1 : Pyramide des âges de la population vosgienne en 2011



Il est également à noter que le solde naturel (différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès) des Vosges tend à se dégrader sous l'effet du vieillissement de la population. Le nombre de décès reste globalement constant (environ 4 000/an), mais le nombre de naissances, quant à lui, se réduit. Il est passé de 6 000 naissances/an dans les années 70 à moins de 4 000/an en 2011 (3 883) et depuis le nombre de naissances reste inférieur au nombre de décès.

Ce déficit de naissances est la conséquence de la sous-représentation des 18-34 ans en particulier chez les femmes. Cette sous-représentation est surtout liée au solde migratoire (différence entre le nombre d'arrivées et le nombre de départs du territoire) déficitaire pour les 15 à 29 ans (et plus particulièrement entre 15 et 24 ans). Ces départs des jeunes traduisent le manque de formations supérieures dans le département et un manque d'emplois adaptés pour les jeunes avec peu ou pas de qualification.

2. Département de la Meuse^(3,4)

Le constat est globalement similaire à celui des Vosges. En début 2014, le département comportait près de 194 000 habitants. Depuis 5 ans on observe une baisse de la population.

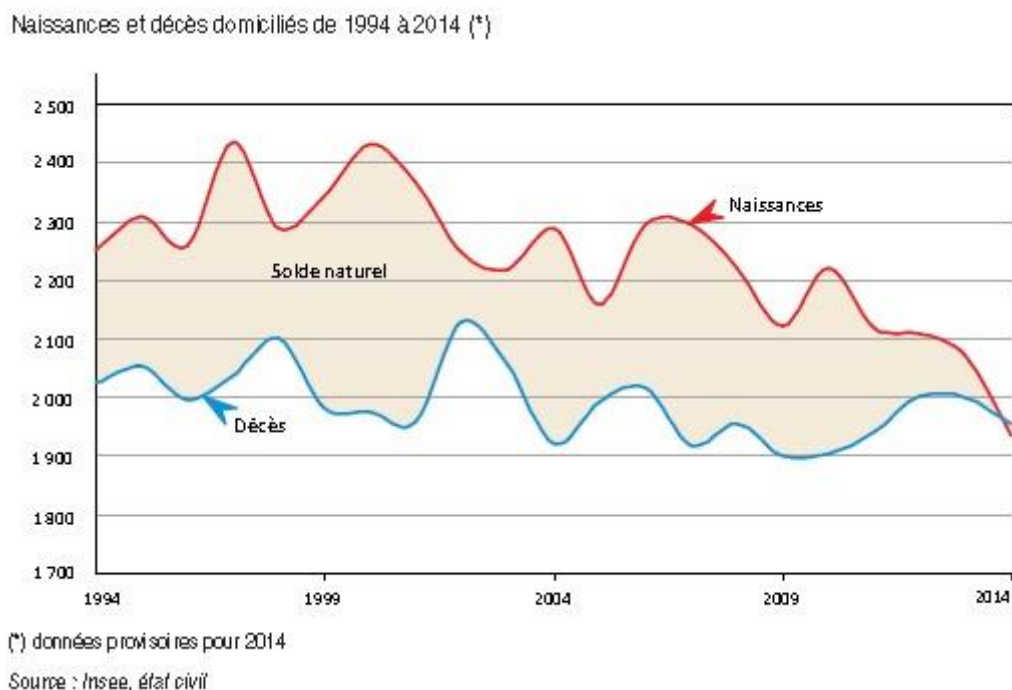
La densité de population y est très faible : 31 habitants par km², soit en moyenne 3 fois inférieure à celle observée en Lorraine.

Ces 5 dernières années, il partage le même sort que 3 départements qui lui sont limitrophes en ce qui concerne la perte d'habitants : - 1,2 % de la population soit 2 300 habitants. Cette perte est liée, comme dans les Vosges, à 2 points principaux : l'érosion du solde naturel et l'aggravation du déficit migratoire.

En Meuse, depuis 2008, le nombre de naissances ne cesse de diminuer. Pour 2014, l'estimation des naissances étaient de 1 935, soit le plus faible depuis plus de 40 ans, alors que

le nombre de décès dans le département reste stable aux alentours de 2 000 par an. La Meuse rejoint alors les Vosges et la Haute-Marne en ce qui concerne son solde naturel négatif.

Figure 2 : Nombre de naissances et de décès dans le département de la Meuse de 1994 à 2014



Pourtant les meusiennes sont en moyenne celles qui ont le plus d'enfants parmi les lorraines. L'indice conjoncturel de fécondité (ICF) était de 2,01 enfants par femme en 2013, alors qu'il n'est que de 1,80 dans l'ensemble de la Lorraine. La situation est donc paradoxale : il y a de moins en moins de naissances malgré une fécondité élevée. Ceci s'explique tout simplement à travers le solde migratoire déficitaire. En effet, le déficit migratoire en Meuse est chronique mais, en l'espace de 10 ans, il fut multiplié par 3 atteignant en moyenne 640 personnes par an, les personnes partantes étant surtout des jeunes, étudiants et couples avec enfants, accentuant encore plus la négativité du solde naturel.

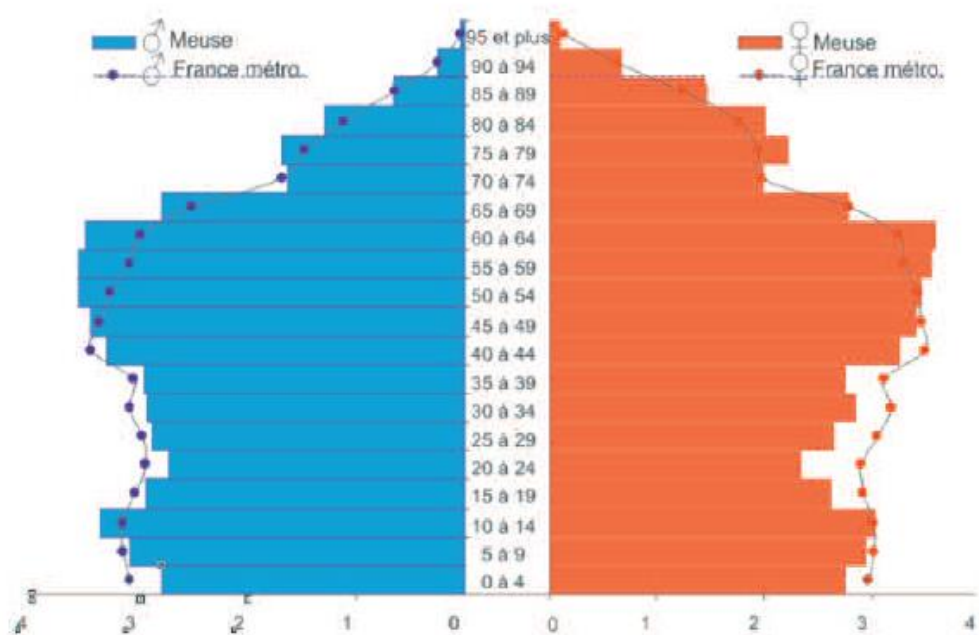
La répartition de la démographie n'est pas homogène dans tout le département, avec notamment un clivage Est/Ouest. La perte d'habitants est surtout accentuée sur les territoires

Ouest et Sud meusiens alors que la façade Est du département est portée par la dynamique périurbaine du Sillon mosellan et des pays frontaliers (Belgique et Luxembourg).

Le vieillissement de la population en Meuse est bel et bien amorcé. Début 2014, le département comportait 37 500 personnes de plus de 65 ans, soit 19,6 % de la population (contre 18,1 % pour la Lorraine). Dans certaines parties de la Meuse, c'est plus d'un habitant sur cinq qui est âgé de 65 ans ou plus. Les estimations démographiques ne sont pas rassurantes avec un vieillissement encore plus marqué pour les décennies à venir.

Figure 3 : Pyramide des âges de la population Meusienne au 1^{er} janvier 2014

Population par sexe et âge quinquennal au 1^{er} janvier 2014



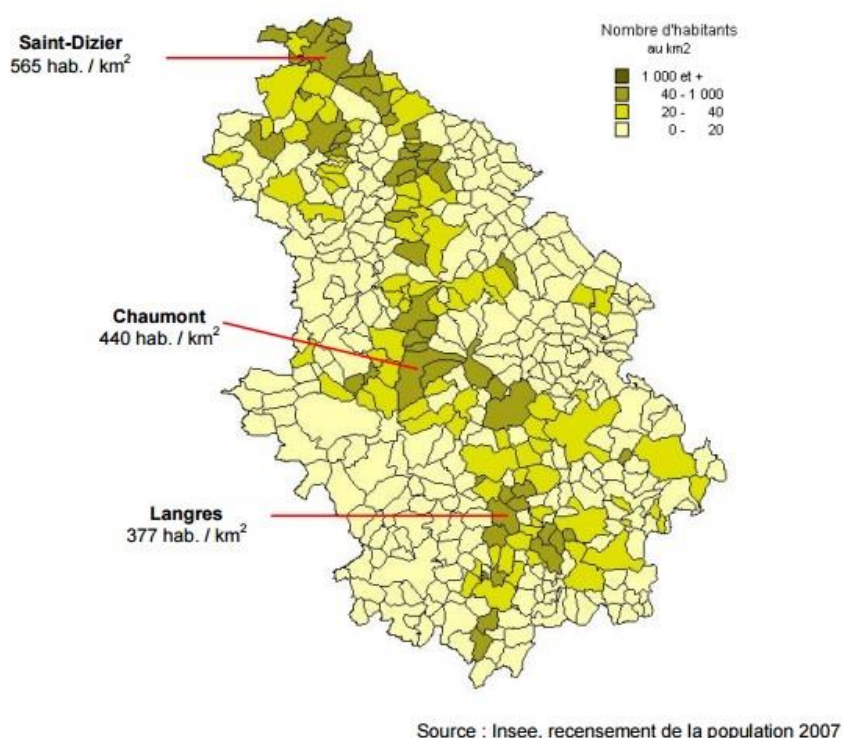
Lecture : La population meusienne est constituée de 3,6 % d'hommes âgés de 55 à 59 ans. En France métropolitaine, cette part est de 3,1 %.

Source : Insee, estimations de population

3. Département de la Haute-Marne^(5,6)

D'après le recensement de la population INSEE réalisé entre 2011 et 2015, le département de la Haute-Marne comptait 181 521 habitants au 1^{er} janvier 2012 avec une densité de population inférieure à 30 (29,3) habitants/km². Cette densité est d'autant plus faible dans le Nord-Est du département (territoire sanitaire du CHOV) ainsi que dans le Sud-Ouest.

Figure 4 : Densité de population par commune dans le département de la Haute-Marne



Une diminution de 5 886 habitants, par rapport à 2007, a été observée. Ceci s'explique par un solde migratoire négatif qui n'est pas compensé par le solde naturel.

La Haute-Marne est un département hautement rural avec seulement 57 % de sa population habitant dans un espace urbain. Plus de la moitié des communes comptent moins de 150 habitants.

Même constat que pour les départements précédemment cités, la Haute-Marne n'échappe pas au vieillissement de sa population. Les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient, en 2012, 28 % de la population contre 25 % en 2007. La part des moins de 29 ans est passée quant à elle de 34 % à 32,5 %.

En conclusion, le Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien se trouve dans un territoire présentant une démographie très rurale et surtout vieillissante, rendant sa situation d'autant plus importante qu'une population vieillissante nécessite des soins plus importants et plus fréquents.

B. Démographie médicale^(7,8)

Les sites de Vittel et de Neufchâteau du CHOV se situent à proximité de nombreuses zones classées comme déficitaires par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

D'après les Atlas Régionaux de la démographie médicale réalisés en 2015 par l'Ordre National des Médecins, la Lorraine comptait un peu plus de 9 000 inscrits au tableau de l'Ordre (3,2 % de l'effectif national) dont 6 523 ayant une activité régulière. La grande majorité (> 80 %) des médecins en activité régulière exerçaient en Meurthe-et-Moselle ainsi qu'en Moselle. Les Vosges en comptaient environ 13 % soit 836 médecins alors que le département de la Meuse moins de 6 % avec 368 médecins. Les départements des Vosges et de la Meuse ont enregistré une baisse des effectifs des médecins inscrits à l'Ordre en activité régulière de - 2,1 % et - 6,1 % respectivement. Il a été observé une forte hausse du nombre de médecins retraités inscrits à l'Ordre : + 57,7 % de 2007 à 2015, suivant la tendance nationale.

Parmi ces médecins, 470 étaient généralistes dans les Vosges et 234 en Meuse. Concernant le département de la Haute-Marne, parmi les 405 médecins actifs, 230 étaient généralistes. Le pourcentage de médecins généralistes en exercice libéral ou mixte était de 66,6 %, soit 313 médecins pour les Vosges, 62 % en Meuse, représentant 145 médecins et

enfin 62,6 % dans le département de la Haute-Marne comptabilisant 144 praticiens en activité libérale ou mixte.

En ce qui concerne la moyenne d'âge des médecins généralistes, elle est de 51 ans dans les Vosges comme en Meuse et 53 ans en Haute-Marne. Le pourcentage de femmes était respectivement de 43 %, 36 % et 39 %. Les plus de 60 ans représentaient 24 %, 25 % et 28 % dans les Vosges, en Meuse et en Haute-Marne.

Sur le plan de la densité médicale, dans les Vosges, elle s'élève à 127,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants ; celle de la Meuse à 126,3 / 100 000 habitants et en Haute-Marne 130 / 100 000 habitants. En regardant dans le territoire de l'Ouest Vosgien, on constate que la densité est considérée comme forte à modérée dans de nombreux bassins de vie (liée à une diminution de la population générale).

IV. Communication médicale ville-hôpital

A. Etat des lieux à travers la littérature

Un article d'un professeur nancéen, Pr LAXENAIRE Michel, datant de 1973, portait déjà sur l'étude de la relation du médecin traitant (nommé anciennement omnipraticien) avec l'hôpital. Cette enquête auprès de 529 médecins généralistes dans l'Est de la France mettait en évidence des difficultés ressenties à propos de leur communication avec l'hôpital. Deux tiers des praticiens affirmaient ne pas recevoir d'informations les prévenant de l'hospitalisation de leur patient. 70 % n'étaient jamais contactés par l'hôpital en cours d'hospitalisation. La conclusion de l'étude affirmait « *qu'il n'existe pas en réalité de profond malaise entre médecine praticienne et médecine hospitalière* », elle mettait en évidence un « *défait relationnel, une frustration de la communication* »⁽⁹⁾.

Jean Claude CUYOT, Professeur de sociologie, dans un article de 1994 « Difficulté de communication et hôpital » décrit également cette « frustration » ressentie par les généralistes. Il décrit une orientation des relations plutôt « verticales » parasitant « *tout effort de communication collégiale de nature transversale [...] en particulier au niveau des relations entre les médecins généralistes et les hospitaliers* ». « *Le généraliste développe simultanément un sentiment de frustration à l'égard de son confrère hospitalier. Son désir de travailler en collaboration avec lui est limité par le mépris que celui-ci lui porterait bien souvent : l'envoi d'un malade à l'hôpital est rarement suivi, selon lui, d'un dialogue ou d'un échange d'informations* »⁽¹⁰⁾.

Dans une étude datant de 2006, l'Union Régionale des Médecins Libéraux enquêtait sur « la continuité des soins en ville après une hospitalisation » auprès de 109 médecins libéraux (dont 69 généralistes) en Ile de France. Il en ressortait que le médecin désigné pour assurer la continuité des soins est peu fréquemment informé de l'entrée (41,3 %) et de la sortie (23,1 %) de son patient. Un effet significativement positif a été constaté sur les informations données

par l'hôpital quand le médecin adresseur a pris contact préalablement avec un médecin du service⁽¹¹⁾.

Dans l'article « Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? » réalisé grâce à un questionnaire proposé à 50 médecins généralistes de Paris et de Seine-Saint-Denis ; la « quantité globale d'informations » reçues de la part de l'hôpital par les médecins généralistes était jugée satisfaisante (80 % de retour d'information). Les résultats étaient néanmoins hétérogènes en fonction du type de la prise en charge. Ce sont notamment les consultations spécialisées qui étaient les plus efficaces en termes de communication. Sur le plan qualitatif, les généralistes se sont montrés moins satisfaits avec une insuffisance d'exhaustivité. Seulement 18 sur 50 ont été prévenus de la sortie de leurs patients, 6 de leur décès. Enfin ils avaient l'impression que les médecins hospitaliers ne collaboraient pas avec eux⁽¹²⁾.

De nombreux travaux de thèses sur la communication hôpital-ville ont été réalisés au niveau local et régional. Les résultats sont plutôt concordants entre eux. Les médecins généralistes sont plutôt satisfaits de leur communication avec l'hôpital, même si elle reste fragile. Les attentes des médecins généralistes se tourneraient plus vers une amélioration du retour d'information concernant la prise en charge de leurs patients (sur leur entrée en hospitalisation, transfert, décisions importantes), sur l'amélioration du délai de transmission des comptes-rendus d'hospitalisation jugé trop long et sur les moyens utilisés pour les transmettre (l'utilisation de la voie électronique semble être de plus en plus plébiscitée)⁽¹³⁻¹⁵⁾.

La littérature étrangère n'est pas en reste. En Australie, BOLTON P. dans son article a essayé de déterminer les attentes des « general practitioners » dans le territoire d'un petit hôpital. Plus de 90 % des répondants souhaitaient être prévenus de la sortie ou de la mort d'un de leurs patients, près de 80 % de l'entrée en hospitalisation et 75 % lorsque leur patient est transféré d'un établissement à un autre. Enfin 77 % des médecins avaient reçu les courriers de sortie de leur patient⁽¹⁶⁾.

Toujours en Australie, une étude de 2001 de WILSON S retrouvait que seulement 27 % des généralistes recevaient un compte-rendu de sortie et, parmi ceux reçus, ils étaient estimés à seulement 63 % juste dans ses informations⁽¹⁷⁾.

Enfin, partant du constat qu'une mauvaise communication entre l'hôpital et les soins primaires peut entraîner des effets négatifs sur la continuité des soins, une méta-analyse américaine, incluant 73 articles, a essayé de déterminer les déficits de communication et d'information lors des sorties d'hospitalisation. Il en ressort qu'une communication directe entre l'hôpital et les praticiens des soins primaires était peu fréquente (3-20 %). A 4 semaines de la sortie d'hospitalisation, seulement 51 à 77 % des comptes-rendus d'hospitalisation étaient disponibles, affectant la qualité des soins. La qualité des comptes-rendus est aussi étudiée, retrouvant que certaines informations importantes étaient manquantes, telles que le diagnostic ou des résultats d'examen, dans 33 à 63 % des cas, ou encore le traitement de sortie, dans 2 à 40 % des cas. Afin d'améliorer la qualité des informations, l'utilisation de documents « standardisés » semble être un moyen satisfaisant⁽¹⁸⁾.

B. Principes et textes réglementaires

1. Le secret médical partagé

Le secret médical est le fondement même de la relation médecin-patient permettant au patient de se confier sans crainte auprès de son médecin. Depuis toujours il est reconnu, comme le stipule le serment d'Hippocrate : « *Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers* »⁽¹⁹⁾. Le Code de santé publique, dans la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le rappelle également : « *Toute personne prise en charge par un professionnel de santé [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant* »⁽²⁰⁾. Le Code de déontologie médicale, à travers son article 4, l'impose à tout médecin : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi* »⁽²¹⁾. La violation de ce secret

est d'ailleurs un crime puni pénalement d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende⁽²²⁾.

Néanmoins l'exercice du médecin lui impose régulièrement de communiquer des informations médicales au confrère à qui il adresse un patient. Cette communication interprofessionnelle est contraire au principe même du secret médical, celui-ci s'imposant également envers les confrères du médecin adresseur. Cependant, dans l'intérêt du patient, il convient de partager entre confrères des informations médicales le concernant afin de permettre la meilleure prise en charge possible pour le patient. Ce « secret partagé » correspond donc à l'échange exclusif des données nécessaires à la continuité des soins. Ainsi il ne s'apparente pas à une violation du secret médical⁽²³⁾.

En 2004 est créé le statut de médecin traitant, coordinateur du parcours de soins et détenteur du « dossier médical personnel ». Cette loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, rappelle que « *deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* »⁽²⁴⁾. Le Code de déontologie médicale précise dans son article 45 : « *A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins* »⁽²⁵⁾. L'article 65 quant à lui stipule que « *lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés* »⁽²⁶⁾.

2. Textes et réglementations concernant la communication de l'hôpital envers les médecins libéraux

Un des premiers écrits législatifs sur la communication entre l'hôpital et les médecins libéraux date des années 1970 : « *Les établissements publics de santé sont tenus de communiquer le dossier des malades hospitalisés ou reçus en consultation externe dans ces établissements, au médecin appelé à dispenser des soins à ces malades* »⁽²⁷⁾. Cet article 28 de

la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, portant sur la réforme hospitalière, est complété en 1974 par notamment 2 décrets n° 74-27 et 74-230 respectivement du 14 janvier et 7 mars 1974. Ils stipulent que le médecin traitant (de ville à l'époque) « *doit être informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il doit recevoir toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade* »⁽²⁸⁾. De plus, « *sous réserve de l'accord du malade, le chef de service hospitalier concerné adresse au médecin désigné par le malade [...], par voie postale et dans un délai maximum de huit jours suivant la sortie du malade, une lettre l'informant de cette sortie* »⁽²⁹⁾.

Le Code de déontologie médicale relate plusieurs articles sur les interactions entre médecins. L'article 56 indique que « *les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. [...] Les médecins se doivent assistance dans l'adversité* »⁽³⁰⁾.

De plus, un « *médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions auxquelles ce praticien sera associé, dans toute la mesure du possible* ». Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, à propos de cet article 63, ajoute que « *cette information doit se faire dans les meilleurs délais, au cours de l'hospitalisation, lorsqu'un diagnostic a été établi et aux principaux temps d'un traitement. Elle doit être systématique, même si un diagnostic n'a pas encore été établi. Outre l'élémentaire courtoisie qui fait tenir au courant le médecin habituel du patient, ce dernier doit pouvoir aussi répondre aux préoccupations de l'entourage [...], en particulier lorsque des données sensibles se prêtent mal à une simple communication téléphonique. [...] Cette information est également nécessaire lorsque le médecin traitant est sollicité pour donner un avis, systématiquement ou, pour des décisions difficiles, à la demande d'un spécialiste ou du patient* »⁽³¹⁾.

Il en est de même dans un contexte d'urgence où « *tout médecin appelé en urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou par un autre médecin, rédiger à l'attention de son confrère un compte-rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet directement au malade, ou qu'il adresse à son confrère* »⁽³²⁾.

L'échange entre confrères doit également respecter la règle posée par l'article 64 précédemment cité⁽²⁶⁾.

Le décret n°92-329 du 30 mars 1992 donne aux établissements de santé la responsabilité de la transmission des informations : *« Les établissements publics de santé et les établissements privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer par lettre le praticien désigné par le malade hospitalisé ou sa famille de la date et de l'heure de l'admission du malade et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de ce dernier. En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au praticien désigné [...] toutes informations significatives relatives à l'état du malade »*⁽³³⁾.

L'article R1112-1-2 du Code de santé publique (rappelé dans le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison)⁽³⁴⁾ stipule que *« lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement [...], est remise au patient par ce médecin [...] qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises »*. Cette *« lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant [...] par messagerie sécurisée [...] ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé »*⁽³⁵⁾.

3. Recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Dans son manuel de certification des établissements de santé, critère 24.a « Sortie du patient » de janvier 2014, la HAS rapporte les attentes sur la communication d'informations médicales nécessaires à la continuité des soins : *« Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert lorsque la situation le nécessite. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité. Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient. Un*

courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires »⁽³⁶⁾. Ce délai réglementaire, rappelé dans la fiche descriptive de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation », doit être inférieur ou égal à 8 jours⁽³⁷⁾.

Dans ses Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS), la Haute Autorité de Santé définit les « *éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le courrier* » (compte-rendu d'hospitalisation) : identité du médecin destinataire, référence aux dates du séjour, synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient), trace écrite d'un traitement de sortie⁽³⁸⁾.

La qualité de la lettre de liaison à la sortie est également évaluée à travers de nombreux critères qualitatifs :

- Critères médico-administratifs : remise au patient de la lettre de liaison à la sortie, nom et coordonnées du médecin destinataire, identification du patient, date d'entrée et date de sortie, nom et coordonnée du signataire, destination du patient à la sortie ;
- Critères médicaux : motif de l'hospitalisation, synthèse médicale du séjour comprenant synthèse de la prise en charge du patient ET synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie, risques liés à l'hospitalisation (information sur réalisation d'un test de portage de BMR ou BHR ET une information sur la réalisation d'une transfusion ou non durant l'hospitalisation), actes techniques et examens complémentaires, traitements médicamenteux et la planification des soins⁽³⁹⁾.

C. L'échange de données médicales à travers un système de messagerie sécurisée

La première messagerie sécurisée de santé a été créée en 1996 par l'APICEM (Association pour la Promotion de l'Informatisation et de la Communication en Médecine) avec son outil nommée Apicrypt.

Dans le but d'assurer la meilleure continuité des soins, la nouvelle convention médicale 2016-2021, dans le premier volet du forfait structure, valorise l'utilisation d'une messagerie médicale sécurisée⁽⁴⁰⁾.

1. Principes généraux

La transmission de données cryptées par messagerie sécurisée est actuellement le moyen de communication le plus utilisé. Cette grande utilisation s'explique par la disponibilité de la méthode sur tout le territoire du moment que le médecin est informatisé, une simplicité d'utilisation avec des outils qui sont opérationnels et qui respectent le cadre juridique de la communication de données médicales par voie électronique.

Les systèmes de messagerie sécurisée utilisent la technologie du cryptage afin d'assurer le respect et la confidentialité des données et du secret médical lors d'échange entre deux professionnels ou une structure de soins et un professionnel libéral de santé.

Selon l'ouvrage « Droit de l'informatique et des réseaux » de LAMY S., le cryptage est *« la technique permettant par un système de chiffrement de conserver une confidentialité absolue au message transmis, de telle sorte que le message même intercepté est immédiatement indéchiffrable pour celui qui le récupère »*⁽⁴¹⁾.

2. Réglementation de l'échange de données médicales par voie informatique

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), à travers l'autorisation unique AU-037, encadre l'échange de données de santé à travers un système de messagerie sécurisée⁽⁴²⁾.

L'article 1^{er} sur les finalités du traitement rappelle que « *les professionnels habilités ou les structures au sein desquelles ils exercent sont identifiés par les référentiels nationaux d'identification des personnes physiques et des personnes morales des secteurs sanitaire, social et médico-social* ». Ces référentiels sont le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), les répertoires ADELI, FINESS (Fichier d'Identification Nationale des Etablissements Sanitaires et Sociaux) et SIRENE (Système National d'Identification et du Répertoire des Entreprises et des Etablissements). Enfin les professionnels peuvent être référencés dans un répertoire d'identification local.

L'article 2 de cette autorisation unique rappelle que « *les seules données à caractère personnel pouvant être traitées sont [...] celles des patients qu'ils prennent en charge et à propos desquels des échanges d'informations sont nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité de cette prise en charge* ». Ces données sont les données d'identification, les coordonnées (adresse, numéro de téléphone...), et « *les informations strictement nécessaires à la prise en charge des personnes et relatives à leur état de santé, à leur situation sociale ou à leur autonomie* ».

Le patient doit être informé clairement du transfert d'information et de la finalité du service de messagerie sécurisée de santé (article 5). L'information en question doit respecter les dispositions de l'article L. 1110-4 du Code de santé publique relatives aux conditions d'échange de données de santé entre les professionnels de santé⁽²⁰⁾. Le patient peut s'opposer à tout moment à l'échange de ses données par le biais d'une messagerie sécurisée qui oblige le professionnel à utiliser un autre moyen d'échange (article 6).

Enfin l'article 7 porte sur les conditions que doivent remplir les différents services de messagerie sécurisée afin de pouvoir être mis en place.

Le 23 décembre 2014, une instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) demandait à tous les établissements de généraliser l'usage d'un service de messagerie sécurisée compatible avec le système MS Santé avant la fin 2015⁽⁴³⁾. Le but de généraliser la transmission dématérialisée des informations médicales est d'améliorer la coordination des soins entre les établissements de santé et les professionnels en secteur ambulatoire. MS Santé est un système de messagerie sécurisée développé et géré par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé) sous la direction du ministère chargé de la santé.

Il permet de dématérialiser les échanges en assurant la confidentialité des informations transmises, l'intégrité des messages ainsi que leur traçabilité. Il permet également de garantir l'identité de l'émetteur.

Afin de rendre compatible leur système de messagerie électronique avec MS Santé, les établissements avaient 3 possibilités :

- Adapter leur outil de messagerie au système MS Santé ;
- Proposer aux professionnels de santé d'utiliser directement une boîte aux lettres de l'ASIP Santé ;
- Acquérir un service de messagerie, conforme à la loi, proposé par un opérateur public ou privé qui devra proposer un service interopérable avec MS Santé.

V. Evaluation par les médecins généralistes libéraux de la communication avec le CHOV

A. Matériel et méthodes

L'objectif de ce travail est d'évaluer le niveau de satisfaction des médecins généralistes libéraux exerçant dans le territoire sanitaire du CHOV, en ce qui concerne leur communication avec l'hôpital. Il est aussi question d'essayer de déterminer les attentes de ceux-ci afin d'améliorer leur communication avec leur centre hospitalier de proximité.

Un questionnaire a été confectionné et adressé aux médecins généralistes libéraux exerçant à proximité d'un des 2 sites du CHOV.

Les médecins ayant été sollicités pour répondre à ce questionnaire devaient respecter plusieurs critères :

- Etre inscrits à l'ordre des médecins d'un des 4 départements constituant le territoire sanitaire du CHOV ;
- Figurer parmi la liste des correspondants du CHOV ;
- Etre médecin généraliste encore en exercice libéral dans ce territoire.

Ainsi, à l'aide d'une liste de médecins généralistes fournie par le CHOV, basée sur une liste des inscrits à l'ordre des médecins, 61 praticiens rentrent dans les critères. Parmi eux, 2 ont refusé catégoriquement de recevoir le questionnaire par manque de temps pour y répondre. On se retrouve donc avec une population de 59 médecins généralistes libéraux ayant reçu le questionnaire.

Le questionnaire est organisé en 3 grandes parties (Annexe 1) :

- Profil des médecins généralistes répondant au questionnaire ;
- Connaissance par ceux-ci de l'offre de soins du CHOV ;
- Communication au sens large avec le CHOV, que ce soit pour joindre directement un médecin hospitalier afin d'obtenir un avis, programmer une hospitalisation directe, comptes-rendus médicaux (consultations et hospitalisations).

Le questionnaire comprend au total 24 questions, certaines demandant des réponses binaires, d'autres des échelles d'évaluation ou encore des choix multiples et enfin 3 questions à réponses ouvertes. Il a été conçu afin de pouvoir être rempli rapidement en moins de 5 minutes sachant que les médecins libéraux disposent de peu de temps.

Le questionnaire a été réalisé initialement sur « google form » permettant de le remplir directement en ligne. Les médecins ont été initialement contactés par courriel, courrier ou par fax, si ceux-ci le préféraient, afin de répondre au questionnaire. Les adresses mails ont été fournies par le CHOV. Pour les praticiens dont nous ne disposions pas de l'adresse mail, un contact téléphonique préalable a été établi, avec les praticiens eux-mêmes ou leur secrétariat, afin de déterminer leur préférence pour recevoir et répondre au questionnaire. Plusieurs moyens de réponse étaient disponibles : sur internet directement à l'aide du lien fourni dans le mail ou dans la lettre d'information, par courrier ou par fax.

Le questionnaire a été envoyé une première fois fin octobre 2016, puis une seconde fois courant février 2017. La fin de la collecte des questionnaires a été fixée à avril 2017.

B. Résultats

1. Profil des médecins ayant répondu au questionnaire

Au total, 59 praticiens ont été sollicités pour répondre à ce questionnaire. Parmi eux, 24 ont répondu, soit un taux de participation de 40,7 %. 8 sont des femmes, représentant un tiers des répondants, respectant le pourcentage de la population ciblée qui est de 18 femmes (30,5 %) et de 41 hommes (69,5 %).

La moitié des réponses (12) ont été recueillies par voie postale, 10 praticiens (42 %) ont répondu directement sur internet et 2 (8 %) ont préféré faxer leurs réponses.

L'âge moyen des répondants est de 52,3 ans, allant de 31 ans à 72 ans pour le plus âgé d'entre eux. Leur durée moyenne d'installation est de 21 années avec une médiane de leur année d'installation dans leur cabinet en 1992.

Concernant leur mode d'exercice, la pratique en groupe est la plus représentée parmi les répondeurs. En effet 10 (42 %) des praticiens ayant répondu exercent en maison de santé pluridisciplinaire et 8 (33 %) en cabinet médical de groupe. Il reste donc un quart soit 6 exerçant en cabinet seul. La totalité des 24 praticiens sont informatisés et la très grande majorité, 21 (87,5 %) utilisent une messagerie électronique sécurisée.

2. L'offre de soins du CHOV et les médecins généralistes

Cette partie du questionnaire détermine le sentiment des praticiens à être bien informés ou non sur les offres de soins du centre hospitalier. Nous avons également essayé d'évaluer leurs connaissances sur l'offre de soins que proposent les établissements du CHOV, que ce soit sur les offres de services hospitaliers ou encore sur les offres de consultations externes.

Cette question sur la connaissance de l'offre de soins nous semble importante. En effet, le territoire sanitaire du CHOV est principalement rural et semi rural où le centre hospitalo-universitaire le plus proche, celui de Nancy, est éloigné de 45 min à près d'1h30 de route en fonction de la localisation des praticiens. Il est donc important pour ceux-ci d'être bien informés sur les offres de soins que propose le centre hospitalier de proximité afin d'orienter au mieux leurs patients.

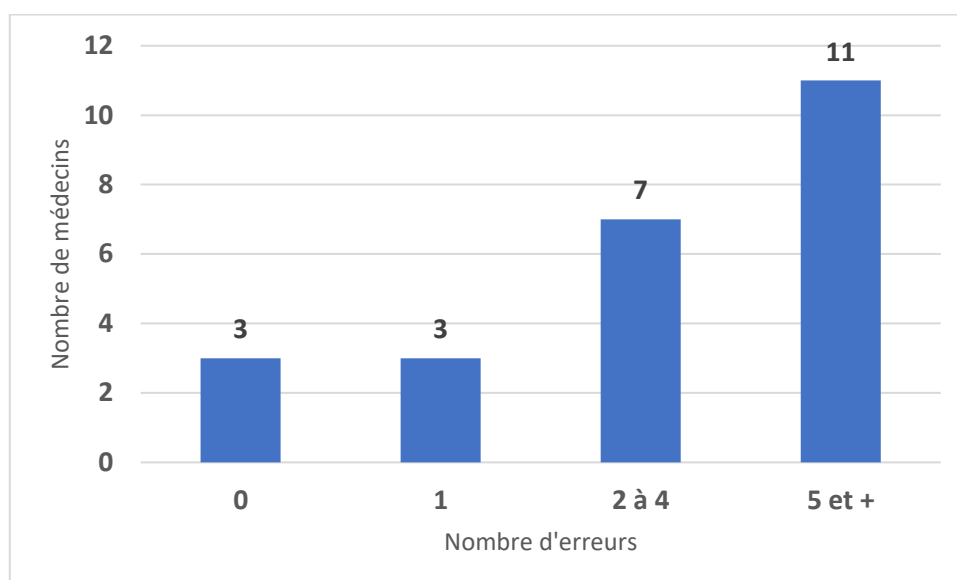
Ainsi à la question « Vous sentez-vous suffisamment informés au sujet des offres de soins de l'établissement ? » les praticiens répondeurs sont 11, soit 46 %, à ne pas se sentir suffisamment informés des offres de soins proposées par le CHOV.

De pair avec cette question, nous avons voulu évaluer les connaissances des praticiens sur les différents services de soins proposés par le CHOV (sites de Vittel et Neufchâteau), qu'ils fassent l'objet d'un secteur ou d'un service en entier, ou d'au moins quelques lits dédiés. Ainsi, dans ce QCM, les praticiens devaient cocher les spécialités faisant l'objet d'un secteur d'hospitalisation ou d'au moins plusieurs lits dédiés. La liste proposée comprenait 18 spécialités, toutes proposées au sein de l'établissement.

Sur les 24 praticiens, 3 (soit 12,5 %) n'ont fait aucune erreur, 3 autres 1 seule erreur et 7 (29 %) entre 2 et 4 erreurs. La proportion des médecins ayant fait moins de 5 erreurs est donc de 54 %. Il reste donc 11 médecins (46 %) ayant fait 5 à 11 erreurs à ce QCM,

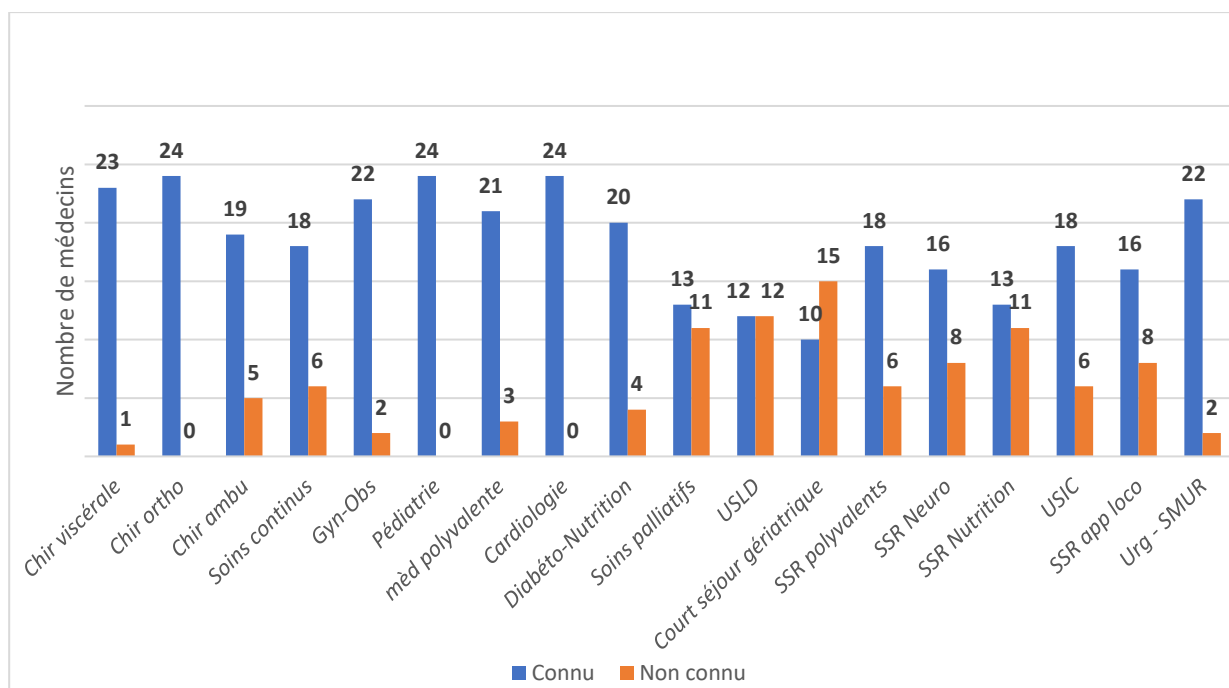
correspondant au pourcentage de médecins disant ne pas se sentir suffisamment informés de l'offre de soins du CHOV (Figure 5).

Figure 5 : Nombre d'erreur réalisée par les praticiens concernant l'offre de soins



Les services de soins les moins connus par les médecins libéraux sont : le service de court séjour gériatrique du site de Vittel, l'Unité de Soins de Longue durée, site de Vittel, les soins palliatifs et enfin les SSR Nutrition, neurologique et appareil Locomoteur (Figure 6).

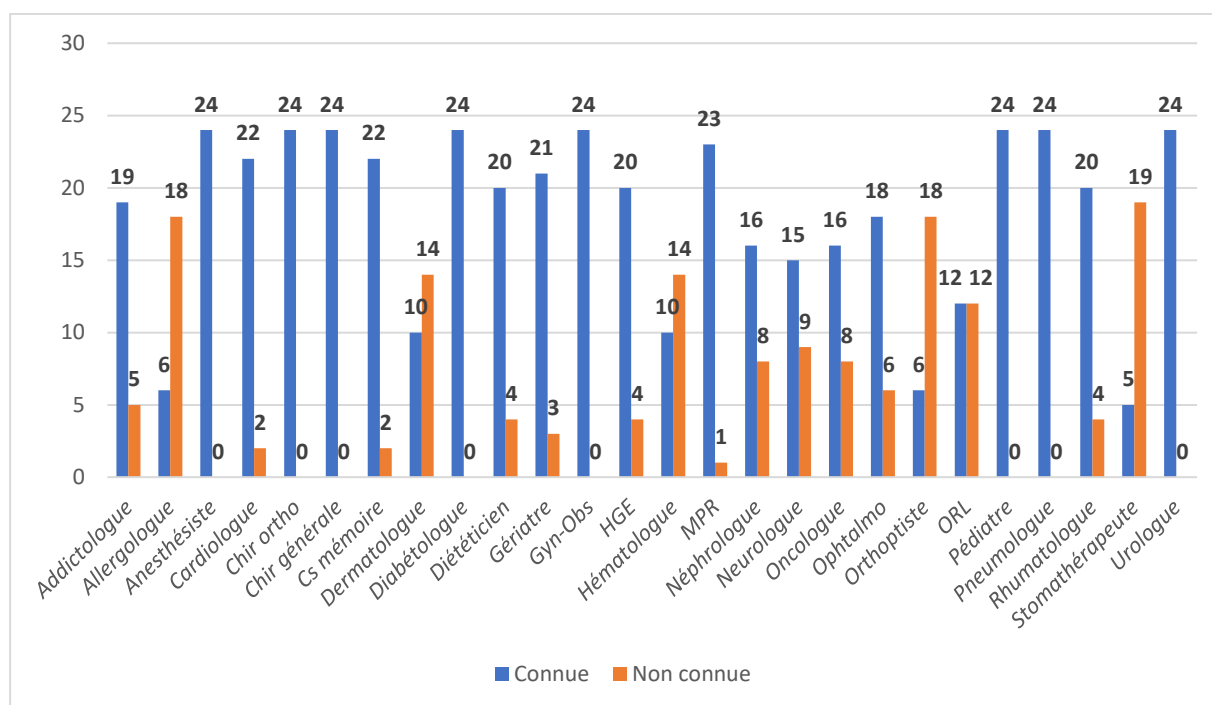
Figure 6 : Connaissance par les médecins des différents services du CHOV



Toujours sur le même principe, une liste de spécialités est proposée aux praticiens qui doivent cocher celles dont ils pensent qu'elles font partie de l'offre de soins du CHOV. Parmi les différentes spécialités proposées, toutes sont présentes dans le CHOV. Parmi les spécialités faisant l'unanimité au sein des praticiens interrogés, on retrouve les consultations d'anesthésie, de chirurgie (que ce soit générale ou orthopédique), de diabétologie, de gynéco-obstétrique, de pédiatrie, de pneumologie et d'urologie.

Les spécialités les plus méconnues par les praticiens libéraux sont la stomathérapie, les consultations d'orthoptie, d'allergologie, d'hématologie, de dermatologie et enfin les consultations d'ORL (Figure 7).

Figure 7 : Connaissance par les médecins des spécialités consultables au CHOV



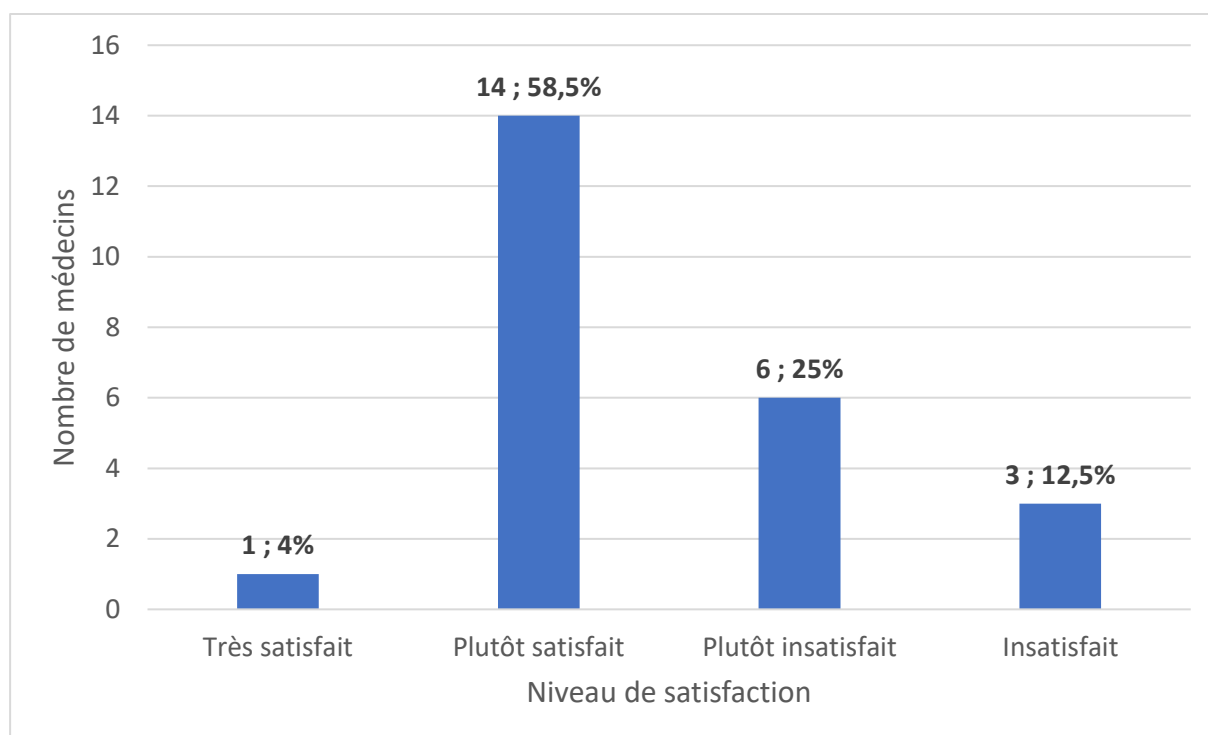
3. Evaluation de la communication de l'établissement

a) *Le standard téléphonique*

La première question de cette partie concerne le niveau de satisfaction des médecins généralistes concernant le délai d'attente afin de joindre un médecin hospitalier en passant par le standard téléphonique de l'hôpital. A l'heure actuelle, afin de joindre un médecin hospitalier depuis l'extérieur, les praticiens libéraux sont obligés de passer par le standard téléphonique de l'établissement diffusant un message préenregistré où il leur est demandé de choisir parmi plusieurs options.

Les résultats, exposés dans la *figure 8*, retrouvent que la majorité des médecins répondants sont plutôt satisfaits en ce qui concerne le temps d'attente avant d'être mis en relation avec un praticien hospitalier via le standard téléphonique.

Figure 8 : Niveau de satisfaction des médecins généralistes concernant le temps d'attente avant d'être mis en relation avec un praticien hospitalier



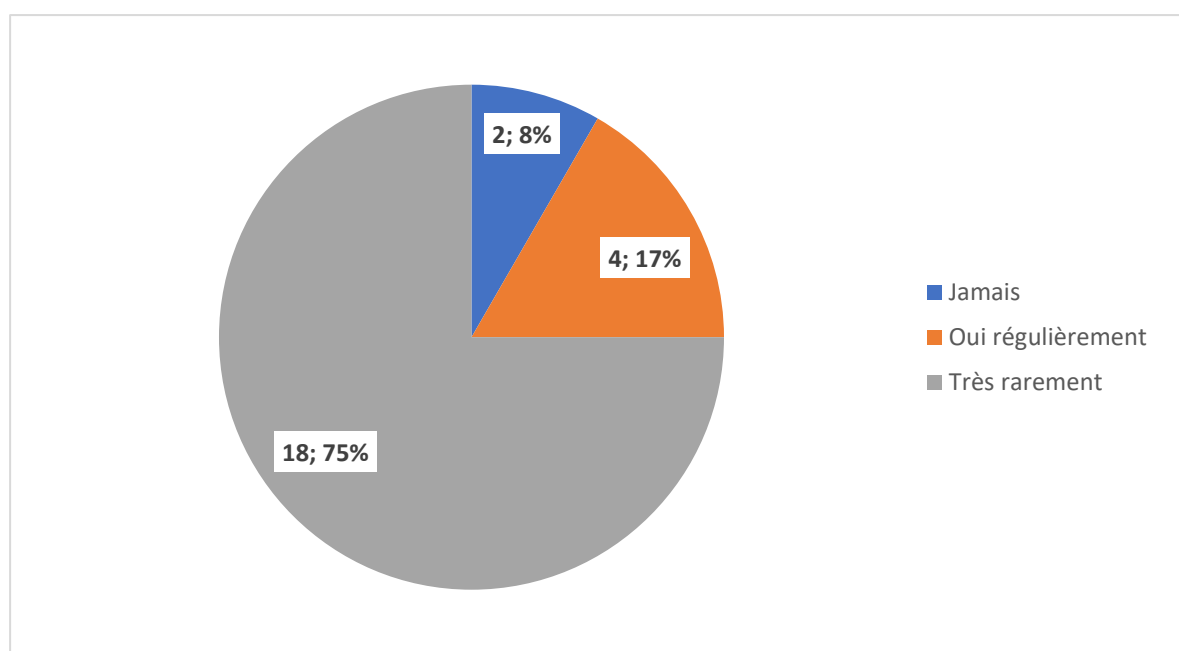
La question suivante fait suite directe en demandant si les médecins interrogés seraient favorables à la mise en place d'un numéro « direct » shuntant le standard habituel afin de joindre les professionnels hospitaliers. Le constat est clair avec 22 médecins sur 24 (92 %) pour.

b) Réalisation d'hospitalisations

Les prochaines questions se penchent sur la possibilité ou non de réaliser des hospitalisations directes en service de médecine sans passer par la « case » urgences.

On a donc demandé s'il arrivait aux médecins généralistes de réaliser des entrées directes en service de médecine : le constat est flagrant, la grande majorité avoue ne faire que très rarement (18 ; 75 %) voire jamais (2 ; 8 %) d'hospitalisation directe ; contre 4 (17 %) qui hospitalisent régulièrement leur patient en service de médecine sans passer par les urgences (Figure 9).

Figure 9 : Vous arrivent-t-ils de réaliser des hospitalisations directes dans les services de médecine ?

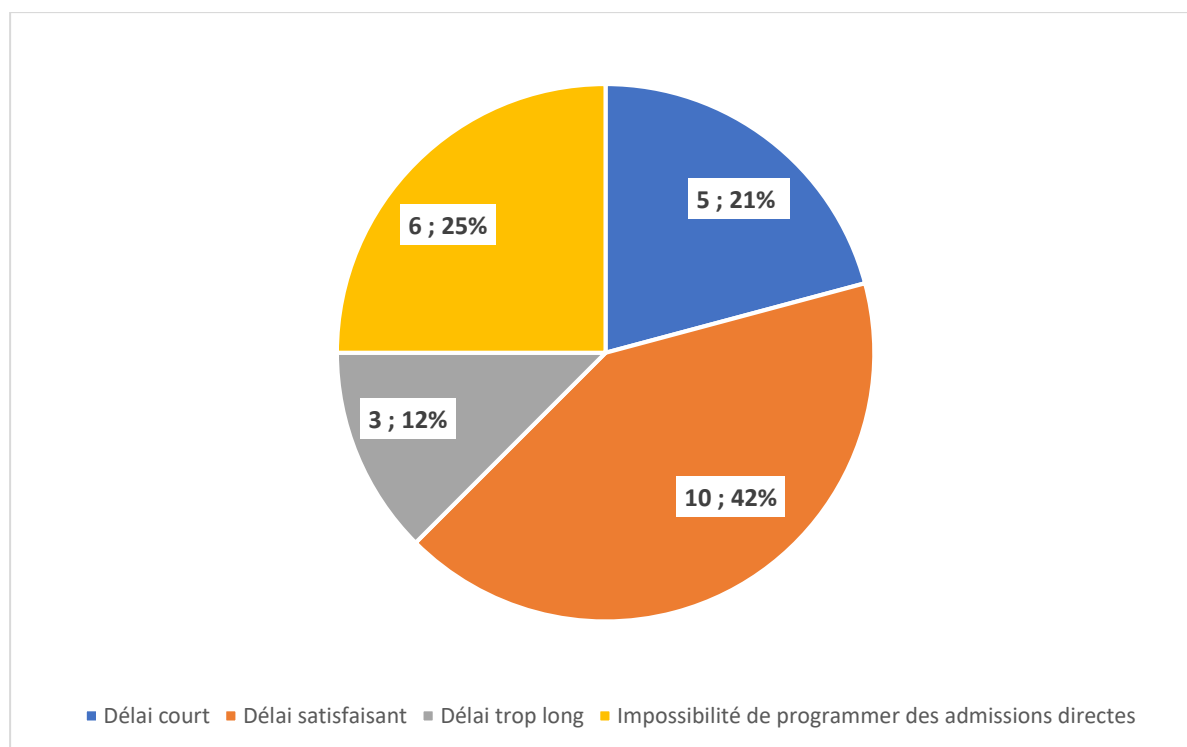


Il est ensuite demandé la question inverse, c'est-à-dire s'il leur arrive d'adresser des patients aux urgences de l'établissement parce qu'il leur est difficile de faire admettre leurs patients en hospitalisation directe. Les résultats sont cohérents aux précédents : 20 médecins (83 %) envoient leurs patients aux urgences du fait de la difficulté d'obtenir une entrée directe ; contre 4 y arrivant.

« Que pensez-vous du délai entre votre demande d'hospitalisation pour un de vos patients et l'obtention d'une place en service ? », telle est la prochaine question du sondage. 4 réponses étaient possibles : « délai d'obtention d'une place court », « délai satisfaisant mais qui peut parfois être trop long », « délai beaucoup trop long » et enfin « je n'arrive pas à programmer d'admissions directes en service ».

6 des médecins répondants, soit 25 %, disent ne pas réussir à programmer les admissions directes. 10 (42 %) trouvent le délai satisfaisant même si, dans certaines situations, celui-ci peut être trop long. 5 médecins (21 %) trouvent le délai court et enfin 3 d'entre eux (12 %) le jugent trop long (*Figure 10*).

Figure 10 : « Que pensez-vous du délai entre votre demande d'hospitalisation pour un de vos patients et l'obtention d'une place en service ? »



Faisant suite, une question ouverte a été posée : « Selon vous, quels sont les facteurs vous faisant adresser vos patients aux urgences au lieu de réaliser des admissions directes en service ? ». 20 médecins (83 %) ont répondu à cette question. 2 thèmes principaux font surface : les refus d'une hospitalisation directe et la difficulté à joindre un médecin hospitalier pour organiser l'admission directe.

Dans la moitié des réponses (10), un des facteurs faisant adresser les patients aux urgences est le refus de réaliser une hospitalisation directe après avoir joint un médecin hospitalier. On peut citer les commentaires suivants :

- « La majorité de mes demandes d'hospitalisations directes ont été refusées » ;
- « Ma longue expérience avec le CHOV me rappelle la phrase rituelle : « passer par les urgences », alors je ne perds plus de temps : je vais directement à la case urgences (comme au Monopoly), c'est moins bien mais efficace ! » ;
- « A la demande du service concerné qui ne veut pas d'entrée directe » ;
- « On m'a dit que le plus simple est de passer par les urgences ».

L'autre facteur retrouvé le plus grand nombre de fois dans les réponses est celui de la difficulté à joindre un praticien hospitalier que ce soit à cause du standard, du manque de temps ou de la non disponibilité des professionnels. On retrouve cette problématique dans 8 des 20 réponses (40 %), telles que :

- « Contact téléphonique direct difficile (filtre standard) » ;
- « Absence de lien téléphonique direct rapide vers les praticiens » ;
- « Contact impossible avec le médecin du service pour réaliser une hospitalisation » ;
- « Manque de communication rapide avec les services ».

Enfin, la dernière catégorie retrouvée est celle de l'urgence clinique de la situation qui rend le passage par les urgences obligatoire pour le bien-être du patient. On retrouve cette constatation dans 4 des 20 réponses (20 %).

c) *Les comptes-rendus médicaux*

La prochaine série de questions porte sur les différents comptes-rendus médicaux que ce soit de consultation ou d'hospitalisation.

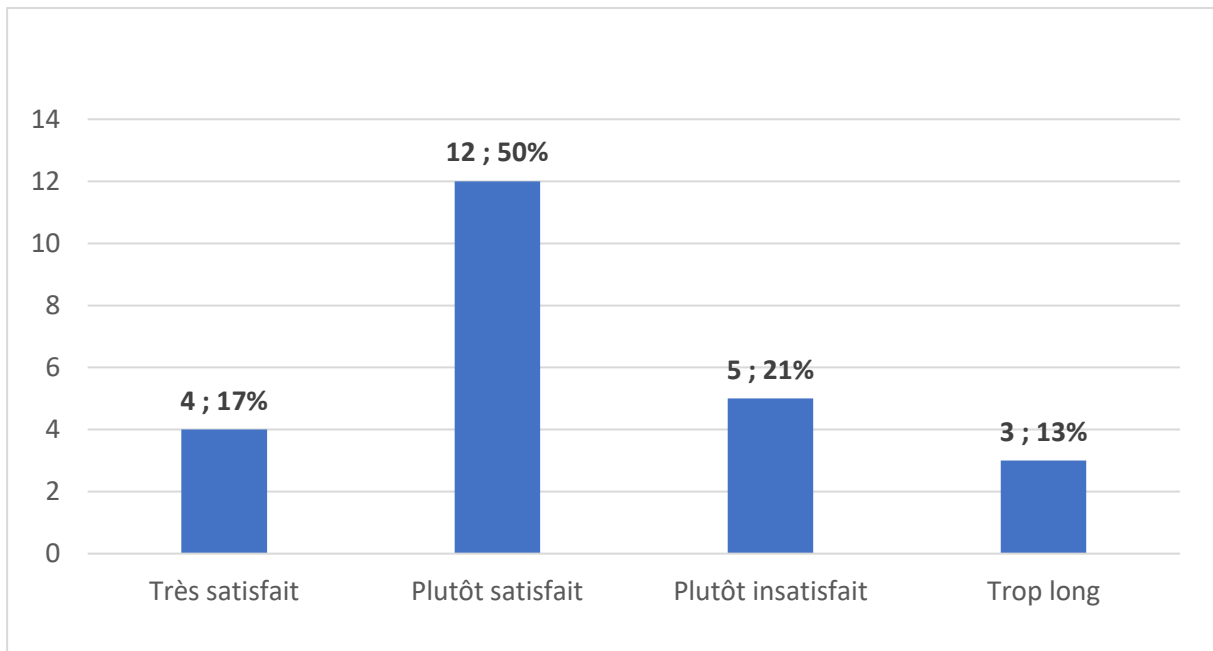
La première question concerne les comptes-rendus médicaux des consultations aux urgences. Quand un patient est admis dans un des services d'accueil des urgences du CHOV, 2 situations se distinguent :

- Soit le patient est hospitalisé, dans ce cas-là il n'y a pas de réalisation d'un compte-rendu de consultation. Les médecins traitants recevront les informations médicales dans la lettre de liaison réalisée à la fin de l'hospitalisation de son patient ;
- Soit le patient rentre à son domicile, il est alors considéré comme avoir eu une consultation externe. Un compte-rendu de cette consultation est alors réalisé qui sera adressé au médecin traitant.

Nous avons voulu déterminer le niveau de satisfaction des généralistes quant au délai entre le moment où leurs patients ont bénéficié d'une consultation externe aux urgences et le moment où ils reçoivent le compte-rendu de cette consultation. Les praticiens devaient choisir leur niveau de satisfaction sur une échelle allant de 1 à 4. 1 voulant signifier « très satisfait » et 4 « trop long ».

La majorité des médecins répondants, 67 %, se disent plutôt satisfaits ou très satisfaits quant au délai de réception du compte-rendu des consultations aux urgences, comme le montre la *Figure 11*.

Figure 11 : Niveau de satisfaction des praticiens concernant le délai de réception des comptes-rendus de consultation des urgences



La question suivante cherche à savoir si les médecins généralistes connaissent l'existence des courriers de sortie provisoire ou lettre de liaison. Ces courriers sont donnés aux patients le jour de leur sortie d'hospitalisation. Elle doit contenir selon l'HAS ⁽³⁹⁾ les 6 critères médico-administratifs suivant :

- Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ;
- Nom et coordonnées du médecin destinataire ;
- Identification du patient ;
- Date d'entrée et date de sortie ;
- Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison ;
- Destination du patient à la sortie.

et 6 critères médicaux :

- Motif de l'hospitalisation ;
- Synthèse médicale du séjour ;
- Risques liés à l'hospitalisation ;

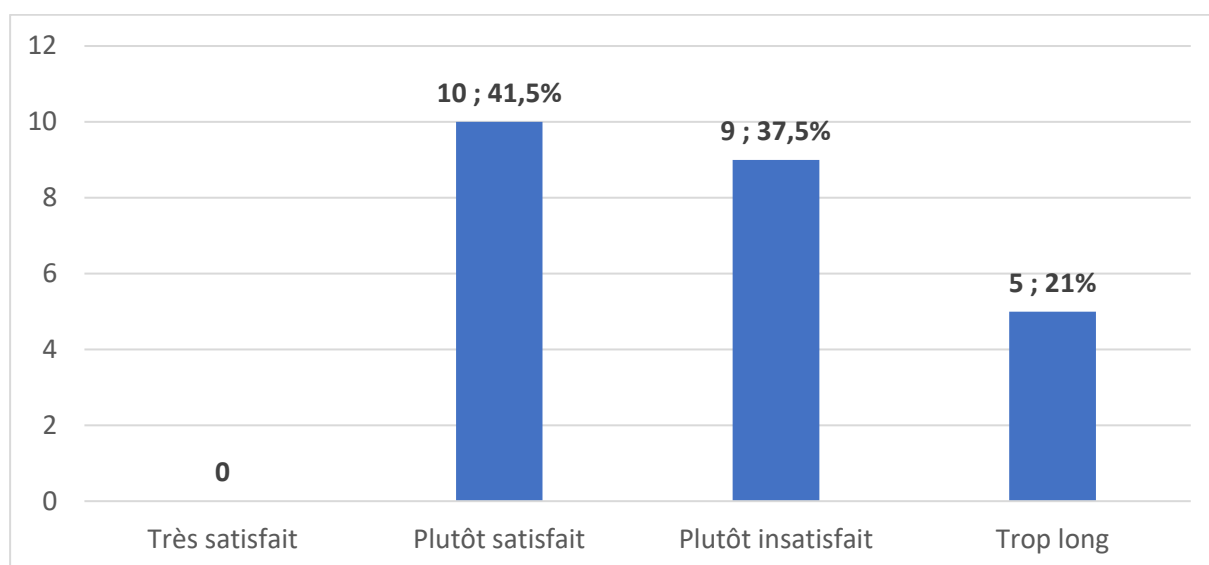
- Actes techniques et examens complémentaires ;
- Traitements médicamenteux ;
- Planification des soins.

Tous les médecins généralistes déclarent connaître l'existence des lettres de liaison.

La prochaine question porte sur le délai entre la sortie d'hospitalisation des patients et le moment où les praticiens libéraux reçoivent le compte-rendu définitif d'hospitalisation.

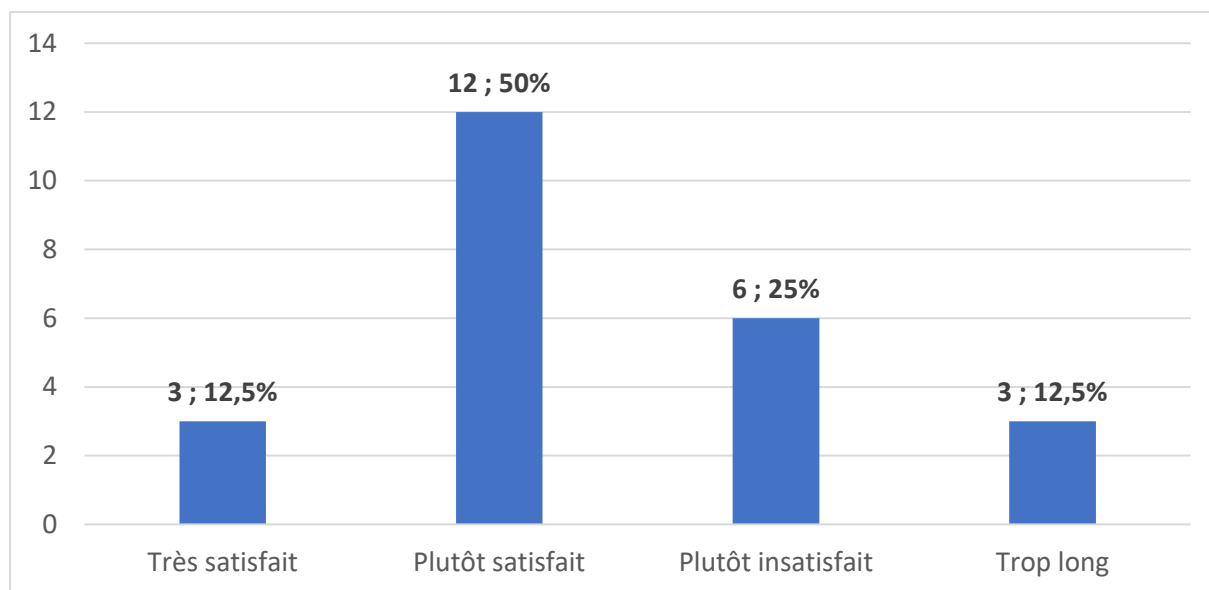
Les résultats, présentés dans la *Figure 12*, retrouvent que les médecins sont plutôt insatisfaits du délai le trouvant trop long.

Figure 12 : Niveau de satisfaction des praticiens concernant le délai de réception des comptes-rendus d'hospitalisation



Même question, mais pour les comptes-rendus de consultation. On constate que les médecins sont globalement plus satisfaits de ce délai que pour les comptes-rendus d'hospitalisation (*Figure 13*).

Figure 13 : Niveau de satisfaction des praticiens concernant le délai de réception des comptes-rendus de consultation externe



Les différents comptes-rendus du CHOV sont actuellement exclusivement adressés aux praticiens libéraux par voie postale. Nous avons demandé aux médecins s'ils seraient favorables à l'envoi des différents comptes-rendus via un système de messagerie sécurisée. Et s'ils y sont favorables, que souhaiteraient-ils recevoir parmi 4 possibilités :

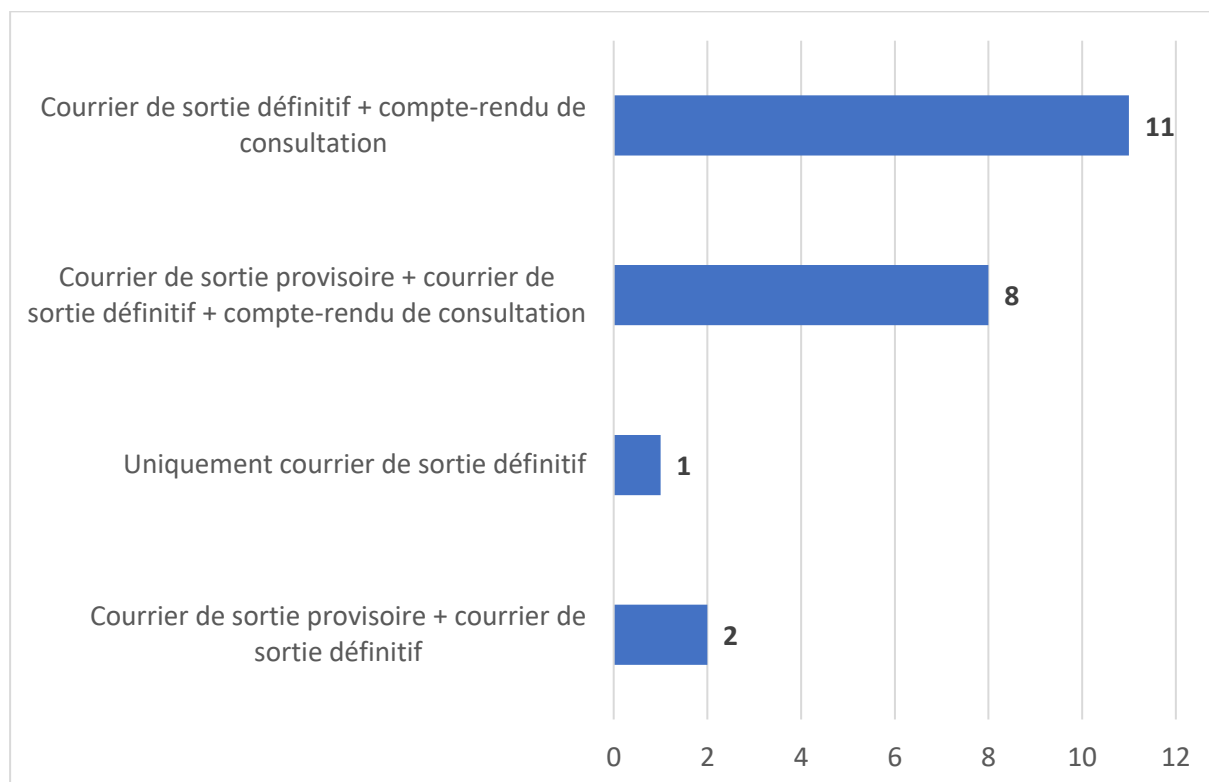
- Courrier de sortie définitif + compte-rendu de consultation
- Courrier de sortie provisoire (lettre de liaison) + courrier de sortie définitif + compte-rendu de consultation
- Uniquement le courrier définitif
- Courrier de sortie provisoire + courrier de sortie définitif.

23 des 24 médecins seraient favorables à l'envoi des comptes-rendus médicaux via un système de messagerie sécurisée.

Parmi ces 23 médecins, 22 ont répondu à la question suivante et 1 n'a pas donné de réponse. Sur les 22 médecins répondants, 11 (la moitié) souhaiteraient recevoir par messagerie sécurisée les courriers de sortie définitifs et les comptes-rendus de consultation. 8 souhaiteraient recevoir toutes les lettres que ce soit les lettres de sortie provisoires (lettres

de liaison), les courriers de sortie définitifs et les comptes-rendus de consultation. Enfin un médecin déclare vouloir recevoir uniquement le courrier de sortie définitif par messagerie sécurisée et 2 médecins les courriers de sortie provisoires et définitifs (*Figure 21*).

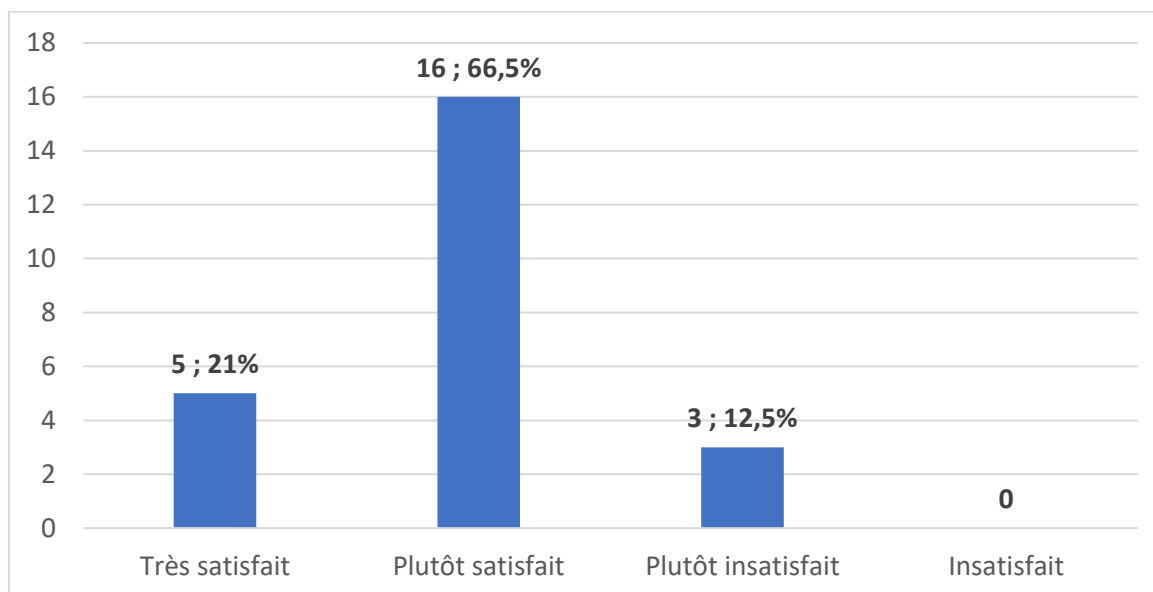
Figure 14 : « Que souhaitez-vous recevoir via la messagerie sécurisée ? »



Les 3 prochaines questions ont pour objectif d'évaluer le niveau de satisfaction des médecins généralistes, concernant respectivement des comptes-rendus d'hospitalisation et des comptes-rendus de consultation à l'aide d'une échelle d'évaluation allant de 1 à 4 (1 pour « très satisfait » et 4 pour « insatisfait »). Une question à réponse ouverte leur était ensuite posée, à savoir : « Selon vous que pourrait être amélioré dans les comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation ? ».

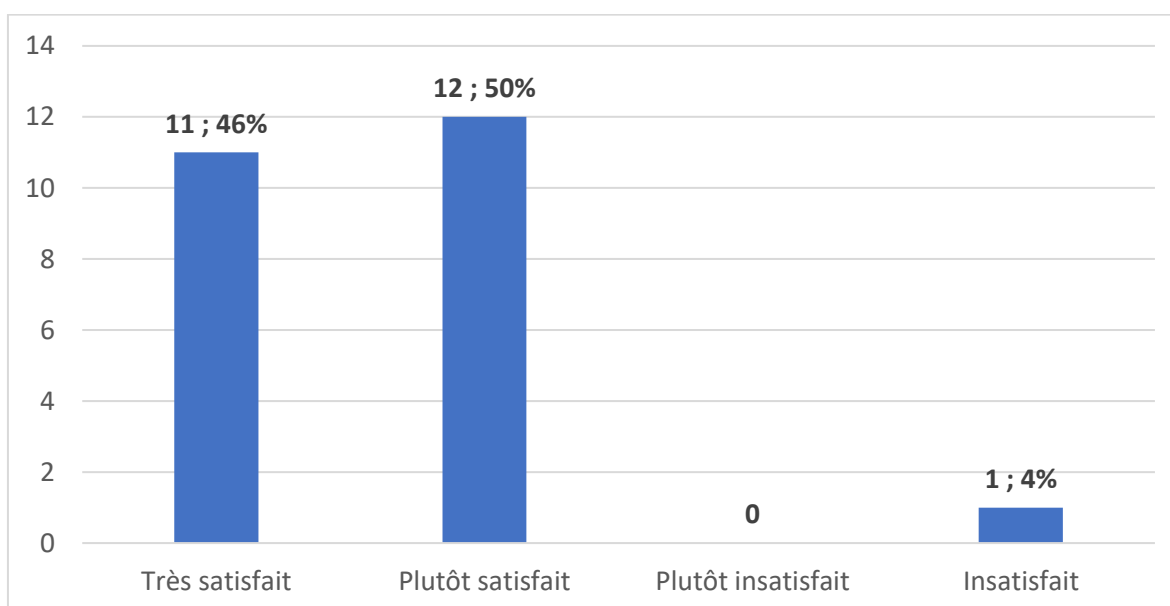
Concernant les comptes-rendus d'hospitalisation, la grande majorité des médecins se disent plutôt satisfaits ou très satisfaits de la qualité des comptes-rendus d'hospitalisation (*Figure 15*).

Figure 15 : Niveau de satisfaction des médecins concernant la qualité des comptes-rendus d'hospitalisation



Le niveau de satisfaction est également élevé pour la qualité des courriers de consultation avec la quasi-totalité des praticiens se déclarant plutôt satisfaits ou très satisfaits (Figure 16).

Figure 16 : Niveau de satisfaction des médecins concernant la qualité des comptes-rendus de consultation



La question ouverte aura permis de recueillir 13 réponses soit un taux de 54 %. Les différentes réponses ont pu être catégorisées en 3 groupes : le délai de réception des courriers, le contenu des différents comptes-rendus et enfin la qualité de ceux-ci.

Dans 6 réponses sur 13 (46 %), on retrouve la notion du délai entre la sortie d'un patient d'hospitalisation ou de consultation et le moment où le courrier est reçu par le généraliste :

- « *Délais trop longs pour les comptes-rendus d'hospitalisation* » ;
- « *J'étais satisfait des délais pour les lettres de sortie mais dernièrement elles arrivent plus tardivement* » ;
- « *Les courriers définitifs sont habituellement très longs à arriver* » ;
- « *Les délais sont plus importants qu'auparavant* ».

Le thème du contenu est présent dans 4 réponses (31 %), les médecins précisant qu'ils souhaiteraient que les traitements d'entrée et de sortie soient bien précisés, ou encore de mettre en évidence les éléments importants de la prise en charge, le diagnostic ou la conduite à tenir dans le compte-rendu d'hospitalisation afin de faciliter la lecture de ceux-ci.

Enfin, une qualité variable des courriers est dénoncée dans 2 commentaires (15 %) stipulant que d'un service à l'autre ou d'un praticien à l'autre, la qualité des comptes-rendus peut être très différente : « *Tout ou rien selon le rédacteur* ».

Le questionnaire se termine par un espace où les praticiens pouvaient, s'ils le désiraient, faire des suggestions concernant la communication, de manière globale, du CHOV. La moitié des médecins (12) ont laissé un commentaire.

Les moyens de communication sont évoqués à 7 reprises dans 6 commentaires différents. L'utilisation d'une messagerie électronique sécurisée (Apicrypt notamment, citée par tous les médecins évoquant ce sujet) est souhaitée :

- « *Il faut que l'hôpital travaille avec la messagerie Apicrypt comme le font d'autres hôpitaux et cliniques* » ;
- « *Transmission si possible par Apicrypt. Neufchâteau est un des seuls hôpitaux à ne pas le faire* ».

Parmi les moyens envisagés pour faciliter le contact envers les praticiens hospitaliers du CHOV, les médecins généralistes proposent, dans 4 de leurs commentaires, la mise en place d'une ligne directe pour passer outre le standard téléphonique, ou encore la possibilité de pouvoir contacter par courriel les différents spécialistes :

- « *Très compliqué de joindre certains médecins seniors. Pistes : avoir des adresses mails de tous les praticiens ?* » ;
- « *Besoin d'une ligne directe téléphonique avec les consultations, le médecin de garde ou d'astreinte. Possibilité d'échanger par courriel avec chaque médecin* ».

Un des médecins propose également la création d'un « annuaire ville/hôpital réservé aux professionnels de santé ».

Un manque de communication de l'hôpital envers le médecin traitant du patient est noté par un praticien qui regrette de ne pas être prévenu systématiquement lorsqu'un de ses patients est hospitalisé quand ce n'est pas lui-même qui l'adresse. Il préconise également que le médecin traitant soit contacté avant la sortie d'un patient quand sa situation est précaire ou peut poser problème à domicile : « *Pour les patients dont l'orientation de sortie pose question ou demande de l'organisation, un coup de téléphone préalable au médecin traitant est préférable. Un appel systématique lors de l'hospitalisation d'un patient (si ce n'est pas le médecin traitant qui adresse) et la veille de la sortie serait le bienvenu* ».

Enfin, un autre médecin précise que certes il peut y avoir des difficultés en ce qui concerne la communication entre l'hôpital et la ville, mais qu'elle n'est pas en sens unique : « *Nous ne sommes pas toujours aussi disponibles que nous pourrions le souhaiter ! Je crois que nous aussi devons améliorer notre communication* ».

VI. Discussion

A. Les limites de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la satisfaction des praticiens généralistes libéraux par rapport à leur communication avec le CHOV. Cette communication a été évaluée en globalité (comptes-rendus de consultation ou d'hospitalisation, facilité ou non à joindre un praticien hospitalier pour avis ou pour programmer une hospitalisation, ou encore information sur l'offre de soins du CHOV).

Le questionnaire créé à cet effet se voulait être rapide à renseigner (en moins de 5 minutes) afin d'obtenir un taux de participation le plus élevé possible. Ainsi voulant couvrir un large domaine sur la communication, tout en étant concis, on obtient un questionnaire qui peut sembler imprécis sur certains points qui auraient mérité d'être développés afin d'en tirer plus de conclusions. L'analyse des résultats permet en effet de déterminer des axes d'amélioration possibles en termes de communication pour le CHOV.

Le questionnaire a été rédigé en collaboration avec le Dr HAKMOUN, médecin urgentiste du CHOV et directrice de ce travail de thèse. Comme le dit un des médecins généralistes dans une des questions à réponses ouvertes, il aurait été intéressant d'inclure un médecin généraliste dans l'écriture du questionnaire, ce qui aurait pu permettre d'avoir un questionnaire dont les praticiens auraient pu s'identifier et donc répondre à plus grande envergure avec une augmentation du taux de participation.

« Ce questionnaire comporte un biais très important, il a été fait par les hospitaliers ; comme médecin généraliste j'aurais posé des questions où les réponses seraient très négatives ».

Cela aurait permis également d'apporter de nouveaux éléments au questionnaire basé sur l'expérience des médecins généralistes libéraux qui auraient pu leur paraître plus pertinents.

Le questionnaire comporte des questions où la réponse se fait sur une échelle d'évaluation à 4 niveaux. Il aurait peut-être été plus judicieux d'utiliser une échelle à 5 niveaux pour permettre de différencier plus facilement les niveaux de satisfaction et d'insatisfaction et de proposer aux médecins répondants la possibilité d'exprimer une indifférence face à la question proposée.

B. Les résultats du questionnaire

1. Profil des médecins répondants

Un peu plus de 40 % des praticiens sollicités ont répondu, représentant 24 praticiens sur les 59 ayant reçu le sondage. La participation est louable mais un taux de réponse se rapprochant plus des 50 % était espéré. Les médecins répondants étaient pour un tiers des femmes (et donc pour deux tiers des hommes), 42 % exercent en maison de santé pluridisciplinaire, 33 % en cabinet de groupe et enfin 25 % en cabinet seul. Tous se déclarent informatisés et près de 90 % utilisent une messagerie électronique sécurisée.

On peut d'ailleurs observer l'évolution du nombre et le profil des médecins répondants, en effet un travail de thèse a été réalisé en 2009 à l'aide d'un questionnaire proposé aux médecins généralistes du territoire sanitaire de Neufchâteau et Vittel⁽⁴⁴⁾. Les médecins interrogés répondaient aux mêmes critères d'inclusion que pour notre enquête. A l'époque 80 médecins généralistes répondaient aux critères, contre 61 pour notre étude, montrant ainsi une baisse de presque un quart (23,75 %) du nombre de médecins généralistes dans le territoire du CHOV. Les femmes représentaient à l'époque 16 % des médecins répondants. Les médecins exerçaient de manière beaucoup plus isolée : 46 % seuls en cabinet, 49 % en cabinet de groupe et 5 % dans des maisons médicales. Enfin ils n'étaient seulement que 44 % à utiliser une messagerie électronique sécurisée contre 87 % aujourd'hui dans notre étude.

2. Connaissance de l'offre de soins du CHOV

Pas loin de la moitié des praticiens (46 %) ne se sentent pas suffisamment informés de l'offre de soins proposée par le CHOV. Ceci pourrait s'expliquer par les nombreux mouvements (départs ou arrivées de médecins) offrant de nouvelles possibilités de consultations au CHOV. Le taux de médecins généralistes ne se sentant pas suffisamment informés de l'offre de soins correspondait au taux de praticiens ayant fait 5 erreurs ou plus au QCM concernant l'offre hospitalière du CHOV. Parmi les services de soins les moins connus des praticiens, on retrouve le service de court séjour gériatrique, l'USLD, les lits de soins palliatifs, les SSR Nutrition, Neurologique et Appareil Locomoteur. 4 des 6 services cités ci-dessus se trouvent sur le site de Vittel. On peut alors se demander s'il n'existe pas un manque d'information concernant les offres de soins proposées sur le site de Vittel depuis la fusion du CHOV début 2013. Concernant les lits de soins palliatifs qui sont peu connus par les praticiens, ceci peut être attribué au fait qu'il n'y ait pas de service dédié aux soins palliatifs. En effet, il s'agit uniquement de quelques lits disponibles au sein des services de médecine polyvalente. Parallèlement à ces lits disponibles, l'établissement dispose également d'une Equipe Mobile de Soins Palliatifs, intervenant dans les différents services des 2 sites du CHOV.

Le même genre de QCM a été ensuite posé aux praticiens mais concernant les offres de consultations. On observe des lacunes de connaissances pour certaines spécialités pourtant présentes au sein de l'offre de soins du CHOV. Il en va des consultations d'allergologie, d'orthoptie, de stomathérapie, de dermatologie, d'hématologie ou encore d'oto-rhino-laryngologie.

Comment peut-on expliquer ces manques de connaissance ? Les offres de soins proposés par les établissements sont disponibles sur le site du CHOV (disponible à l'adresse : <http://www.ch-ouestvosgien.fr/votre-hopital/consultations-externes.html>), mais cette liste est une version datant de février 2013, qui n'est donc plus à jour. Les praticiens reçoivent également de la part du CHOV des informations sur les différents mouvements de médecins (recrutements, départs en retraite, etc) ; néanmoins ces informations ne sont pas très fréquentes, intervenant généralement en début de chaque année civile. Cependant, depuis

cette année, le CHOV souhaite augmenter la fréquence de ses lettres d'information, la dernière a été adressée aux médecins libéraux en juin 2017, informant d'un partenariat avec 2 nouveaux praticiens extérieurs, ou encore la reprise de l'activité de l'équipe mobile de gériatrie.

3. Les contacts téléphoniques avec le CHOV et la réalisation d'hospitalisations directes

En ce qui concerne le délai qu'observent les médecins avant d'être mis en relation avec un médecin hospitalier en passant par le standard téléphonique, la majorité (62 %) d'entre eux se disent plutôt satisfaits ou très satisfaits. Il a été demandé au service informatique du CHOV si des données relatives à l'activité du standard téléphonique de l'établissement étaient exploitables (pourcentage d'appels de professionnels arrivant vers le praticien hospitalier désiré, le temps moyen avant de joindre un professionnel hospitalier). Il s'avère que ce type de données n'est pas disponible. Malgré la satisfaction globale concernant le délai d'attente avant d'être mis en relation avec le professionnel hospitalier, la quasi-totalité (22/24) serait favorable à la mise en place d'un numéro direct, qui ne serait uniquement connu que par les médecins libéraux, afin de « shunter » le standard habituel et de joindre plus rapidement un praticien hospitalier.

Un constat ressort clairement des réponses aux questions concernant la réalisation d'hospitalisations directes : la grande majorité des médecins généralistes avouent ne pas faire ou ne faire que très rarement des hospitalisations directes.

Cette difficulté, voire impossibilité de réaliser ces hospitalisations, est rappelée dans les réponses ouvertes où la moitié des réponses portent sur les refus rencontrés lors de tentatives de programmation d'une hospitalisation. Il est alors souvent dit que les hospitalisations directes sont refusées par les médecins hospitaliers ou les services, leur conseillant de faire passer les patients par les urgences. Un autre frein serait lié à la difficulté de joindre un praticien hospitalier, du fait d'une trop longue attente téléphonique. C'est sans surprise que

83 % des médecins ayant répondu déclarent adresser des patients aux urgences parce que les hospitalisations directes sont trop difficiles.

Une enquête d'Aveline LE GALL, publiée en septembre 2010 dans Médecine, traitait de la programmation des hospitalisations en médecine générale. En partant du constat qu'une hospitalisation sur cinq après passage aux urgences serait « médicalement inappropriée » alors qu'elles sont, pour 80 % d'entre elles, demandées par les médecins traitants, l'objectif de l'étude était d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour programmer des hospitalisations. Grâce à plus de 100 questionnaires recueillis auprès des médecins généralistes de la région Mâconnaise, il a été possible d'appréhender les principaux obstacles à la programmation d'hospitalisations. Ainsi les problèmes seraient dus à l'impossibilité d'obtenir des places dans un délai raisonnable, l'accessibilité limitée aux consultations spécialisées, des difficultés à joindre les personnes responsables des admissions. Des pistes ont été proposées, telles que la transmission des demandes d'hospitalisation via un standard téléphonique spécialisé, ou encore le développement du dossier médical en ligne sécurisée, afin de permettre un décroisement ville/hôpital⁽⁴⁵⁾.

4. Les différents comptes-rendus

a) Délai d'envoi des différents comptes-rendus médicaux

La prochaine série de questions concernait le niveau de satisfaction des praticiens concernant le délai de réception des différents comptes-rendus : que ce soit celui des consultations aux Urgences quand le patient n'est pas hospitalisé à la suite de sa visite, des comptes-rendus de consultation ou encore des comptes-rendus d'hospitalisation. Au vu des résultats on constate 2 situations différentes. La première concerne les comptes-rendus à la suite d'un passage aux urgences et les comptes-rendus de consultation. Les médecins libéraux sont plutôt satisfaits ou très satisfaits des délais, respectivement à 67 et 62,5 %. On observe une situation inverse concernant les comptes-rendus d'hospitalisation, en effet ils sont 62,5 %

à être plutôt insatisfaits ou à trouver le délai trop long avant de recevoir les comptes-rendus d'hospitalisation de leurs patients.

Afin d'objectiver cette insatisfaction, nous nous sommes interrogés sur l'existence de statistiques au sein de l'établissement sur le délai entre la sortie d'un patient d'hospitalisation (que ce soit en SSR ou en Médecine Chirurgie et Obstétrique MCO) et le moment où le compte-rendu est adressé aux praticiens. Le médecin responsable du service du DIM (Département d'Information Médicale) de l'établissement, le Dr PELTIER Edith, a été contactée par voie téléphonique afin de lui demander si elle avait ce genre de données à sa disposition, malheureusement ce type de données n'a pas été récolté.

b) Analyse des données d'une évaluation de l'établissement dans le cadre d'une certification de la HAS

Néanmoins, grâce au Dr PELTIER, il a été possible de se procurer des rapports établis sur des dossiers patients de 2015 en MCO (Médecine Chirurgie et Obstétrique), ainsi qu'en SSR afin de déterminer le respect des indicateurs de qualité IPAQSS de l'HAS. Ces rapports ont pu être consultés à partir de la plate-forme de recueil et de traitement des indicateurs de qualité IPAQSS se trouvant sur le site de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). On retrouve ainsi plusieurs éléments intéressants à détailler ici. C'est au total 160 dossiers patients de l'établissement de 2015 qui ont été étudiés ; 80 en MCO et 80 en SSR.

L'indicateur concernant le « délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » a donc été évalué. Pour qu'un dossier soit considéré comme conforme vis-à-vis de cet indicateur, il doit respecter l'énoncé suivant : « Le courrier de fin d'hospitalisation comprend les éléments nécessaires à la coordination en aval et est envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours ». Les « éléments nécessaires à la coordination en aval » sont l'identité du médecin destinataire, date d'entrée et de sortie, une synthèse du séjour et une trace écrite du traitement de sortie.

En ce qui concerne les 80 dossiers de MCO, 47 (59 %) respectent l'indicateur. 33 des dossiers étudiés sont non conformes ; dans 9 d'entre eux, le courrier de fin d'hospitalisation

n'a pas été retrouvé. 15 courriers de fin d'hospitalisation comportaient les éléments nécessaires à la coordination en aval mais avec un délai supérieur à 8 jours et pour un courrier supplémentaire le délai était supérieur à 8 jours et il ne comprenait pas tous les éléments nécessaires. Enfin 8 courriers ont respecté le délai d'envoi mais sans les éléments nécessaires.

Pour les dossiers de SSR, seulement 35 (44 %) sont conformes. Sur les 45 dossiers non conformes, dans 26 d'entre eux le courrier de fin d'hospitalisation n'a pas été trouvé. Sur les autres dossiers non conformes, 15 courriers ont été envoyés dans un délai supérieur à 8 jours en respectant les autres éléments et 1 où un ou des éléments étaient manquants. Enfin 3 courriers respectaient le délai des 8 jours, mais un ou des éléments étaient manquants.

Au total, en additionnant les 2 groupes, à peine plus de la moitié des courriers (82, 51 %) respectaient la conformité du délai et des éléments devant y figurer. 32 courriers étaient envoyés dans un délai supérieur à 8 jours soit 20 % et 35 courriers (22 %) n'ont pas été retrouvés dans les dossiers étudiés. De plus, 11 (7 %) respectaient le délai mais avec des éléments manquants. Ces différents résultats permettent de crédibiliser le sentiment d'insatisfaction des praticiens libéraux par rapport au délai de réception des comptes-rendus d'hospitalisation de leurs patients. De plus, ce trop long délai est retranscrit dans près de la moitié des réponses de la question ouverte : « Selon vous que pourrait être amélioré dans les comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation ? » :

- « *J'étais satisfait des délais pour les lettres de sortie mais dernièrement elles arrivent plus tardivement* » ;
- « *Les recevoir serait déjà bien* » ;
- « *Les courriers définitifs sont habituellement très longs à arriver* ».

c) La lettre de liaison à la sortie

Tous les médecins répondeurs connaissent l'existence des lettres de liaison actuellement remises directement aux patients le jour de leur sortie, à l'attention de leur médecin traitant. Cette lettre de liaison doit être transmise, le jour de la sortie du patient, au médecin traitant ou au praticien ayant adressé le patient. Cette lettre a pour but d'assurer la continuité des soins dans l'attente du compte-rendu d'hospitalisation. Elle peut revêtir

plusieurs formes, que ce soit un courrier, un compte-rendu d'hospitalisation, un document, une fiche de liaison ou tout autre document qui permet la continuité des soins et qui comprend les éléments décrits dans l'IPAQSS « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » précédemment cités. Cette « lettre de liaison » a fait l'objet de 2 commentaires dans les réponses ouvertes, notamment par rapport à leur contenu ou plutôt manque de contenu d'après les 2 réponses :

- « *Les comptes-rendus rapides sont généralement vides d'information* » ;
- « *Les courriers provisoires de sortie d'hospitalisation sont bien trop succincts et stéréotypés donc quasi inutiles, ils ne renseignent que sur la date de sortie du patient et seul le duplicata d'ordonnance nous est vraiment utile* ».

L'indicateur concernant la qualité de la lettre de liaison à la sortie a été évalué en 2016 sur 80 dossiers MCO de 2015 en prenant les critères les uns après les autres. L'analyse des 14 critères compose un score national allant de 0 à 100, définissant la qualité de la lettre de liaison. La qualité est d'autant plus grande que le score est proche de 100. Le résultat obtenu par l'établissement du CHOV est de 42/100. Ce résultat peut paraître faible mais celui-ci est retrouvé en moyenne nationale et est considéré comme meilleur si on le compare à la moyenne de la région Grand-Est. Il est intéressant de noter que, parmi les critères les moins respectés, on retrouve l'absence des risques liés à l'hospitalisation (information sur la réalisation d'un test de portage de BMR ou BHR et information sur la réalisation ou non d'une transfusion sanguine durant l'hospitalisation) retrouvée uniquement dans 20 % des dossiers évalués. Vient ensuite le critère « Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie » qui est respecté dans 47 % des cas et enfin la présence du traitement de sortie qui n'est présent que dans 56 % des lettres de liaison évaluées.

C. Les perspectives du CHOV concernant sa communication

Suite à cette étude, 3 grands axes d'amélioration pour le CHOV, en termes de communication avec les médecins généralistes de son secteur, peuvent être mis en évidence :

- Mettre en place une ligne ou un numéro direct afin de joindre un médecin hospitalier en ne passant pas par le standard téléphonique, réalisation d'un annuaire à destination des professionnels de santé libéraux, contenant les différents numéros des établissements ;
- Faciliter la réalisation d'hospitalisations directes en service de médecine, sans passer par les urgences quand l'état de santé du patient le permet ;
- Instaurer l'envoi des différents comptes-rendus médicaux par messagerie électronique sécurisée.

Une rencontre auprès du Dr DOUART-LEGER Christelle, médecin urgentiste et Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), nous a permis d'en savoir davantage sur les futurs projets du CHOV afin d'améliorer sa communication, notamment auprès des praticiens libéraux se trouvant dans son territoire sanitaire. Un groupe de travail doit prochainement voir le jour au sein de l'établissement afin de terminer l'élaboration et de mettre en œuvre la réalisation de ces projets. En effet, le CHOV souhaite faire un travail d'amélioration sur sa communication interne et externe : au sein même de l'établissement et à l'extérieur auprès des différents professionnels de santé libéraux et également auprès des patients.

Une des mesures proposées rejoint le souhait et les propositions des médecins généralistes interrogés : l'instauration d'un numéro direct, à destination des professionnels de santé, pour joindre directement un médecin ou un chirurgien hospitalier. Chaque journée de la semaine un médecin hospitalier et un chirurgien serait d'« astreinte téléphonique » afin de répondre aux demandes d'avis émanant des praticiens libéraux. Le but étant, d'un de permettre aux praticiens libéraux d'être mis en contact plus rapidement avec leur confrère

hospitalier et, de deux, permettre une meilleure organisation au sein de l'établissement avec chaque jour un interlocuteur désigné pour répondre aux différents avis médicaux provenant de l'extérieur. En complément de cette mesure, un annuaire du CHOV serait aussi réalisé et distribué, contenant bien entendu les numéros directs ainsi que les différents contacts de l'établissement (secrétariat des différentes consultations, services, etc).

Afin de mieux communiquer sur l'offre de soins disponible au CHOV, des lettres d'information seront envoyées régulièrement aux praticiens libéraux. Ces lettres informeront de manière concise et claire les libéraux sur les différents départs et arrivées de médecins hospitaliers. Toujours dans le même but de promouvoir son offre de soins, le CHOV souhaite aussi informer la population générale à travers les cabinets des médecins libéraux. Des flyers ainsi que des affiches seront alors confectionnés et fournis aux médecins libéraux pour les mettre à la vue et à la disposition de leur patientèle. Ces flyers et affiches informeraient celle-ci sur les différentes offres de soins et de consultations, les différentes nouveautés, etc. Dans le même esprit, la possibilité d'organiser des portes ouvertes dans certains services « spécifiques », tels que certains SSR par exemple, est envisagée. Elles seraient ouvertes aux praticiens comme à la population générale.

Un des autres objectifs du CHOV est d'organiser plus fréquemment des rencontres entre les praticiens hospitaliers et libéraux : que ce soit à travers d'Enseignements Post-Universitaires (EPU) ou lors d'autres occasions. L'idée est de permettre aux différents praticiens de se rencontrer et d'apprendre à se connaître, favorisant ainsi un climat de confiance entre les différents professionnels.

Ces différentes mesures peuvent être un tremplin afin d'améliorer un autre point, beaucoup dénoncé par les médecins généralistes dans notre questionnaire, qui est la difficulté de réaliser des hospitalisations directes. En effet, le fait d'avoir un numéro direct rendrait le contact téléphonique avec un praticien hospitalier plus facile et plus rapide. Celui-ci, en concertation avec son homologue libéral, pourrait l'orienter dans sa démarche de soins ou encore prendre avis auprès de ses collègues afin de recontacter le médecin généraliste

désireux d'une prise en charge hospitalière. De plus, il apparaît de bon sens de penser qu'une augmentation des contacts entre les praticiens hospitaliers et libéraux leur permettrait de mieux se connaître et ainsi ils seraient plus enclins à travailler en collaboration. C'est ce qui est également mentionné dans l'article « Programmer les hospitalisations en médecine générale ? »⁽⁴⁵⁾ dans lequel les praticiens généralistes dans des commentaires libres exprimaient leur volonté de renforcer leur communication/échange avec leurs homologues hospitaliers, de mieux les connaître en les rencontrant lors de diverses formations médicales par exemple.

En ce qui concerne l'envoi des différents comptes-rendus médicaux par messagerie électronique sécurisée, le CHOV dispose d'un tel système et serait en mesure de le faire. Néanmoins, le chemin actuel trouvé par l'équipe informatique pour envoyer un compte-rendu est long et fastidieux. En effet, le système de messagerie sécurisée n'est pas intégré dans le logiciel de soins utilisé par le centre hospitalier et dans lequel les secrétaires rédigent les courriers médicaux. Il faut ensuite faire de nombreux clics et manœuvres chronophages pour permettre de transférer ce courrier vers la boîte de messagerie sécurisée afin de crypter le contenu et de l'adresser aux praticiens concernés. Une fois « un chemin » plus court, simple et rapide, trouvé pour réaliser ces opérations, l'envoi pourra alors se faire par voie électronique comme désiré par la grande majorité des médecins généralistes.

VII. Conclusion

Le questionnaire réalisé auprès des médecins généralistes, exerçant dans le territoire sanitaire du CHOV, aura permis de déterminer de manière plus précise des perspectives d'améliorations concernant la communication ville-hôpital.

Même s'ils sont plutôt satisfaits du standard téléphonique des établissements formant le CHOV, il n'en demeure pas moins que la majorité des médecins répondants souhaiteraient avoir en leur disposition un numéro direct afin de faciliter les échanges avec leurs confrères hospitaliers.

La réalisation d'hospitalisations directes semble être difficile voire impossible pour la majorité des praticiens, que ce soit par difficulté pour joindre un médecin hospitalier ou par refus de la part des services. Ainsi de nombreux médecins généralistes adressent donc leurs patients aux urgences du fait de cette difficulté, ce qui est parfois problématique pour des populations fragilisées telles que par exemple la population gériatrique.

Si la qualité des différents comptes-rendus semble satisfaire les praticiens libéraux, ils regrettent néanmoins pour les comptes-rendus d'hospitalisation un délai jugé trop long avant de les recevoir. Ce qui ressort également fortement, en rapport avec les comptes-rendus, est le désir de recevoir les différents rapports médicaux via un système de messagerie électronique sécurisée que la quasi-totalité des praticiens interrogés utilisent dans leur quotidien.

Enfin, le questionnaire aura permis de mettre en évidence une certaine méconnaissance de l'offre de soins proposée par le CHOV de la part des médecins généralistes interrogés, que ce soit sur la connaissance de certains services « spécifiques » tels que des SSR ou encore de certaines spécialités consultables sur les sites du centre hospitalier.

Conscient de certaines lacunes en termes de communication envers les praticiens libéraux de son secteur, le CHOV s'inscrit actuellement dans une démarche visant à améliorer et faciliter sa relation avec les médecins généralistes. Plusieurs projets sont en réflexion, dont certains répondant aux attentes des médecins généralistes, notamment en ce qui concerne la mise en place d'un numéro direct, ou encore d'être informés plus régulièrement des nouvelles

relatives à l'offre de soins du centre hospitalier. Le CHOV souhaite également permettre des rencontres plus fréquentes entre praticiens hospitaliers et praticiens libéraux, lors de programmes de formations continues par exemple, afin d'établir une meilleure connaissance entre les différents praticiens.

D'ici quelques années, il pourrait être intéressant de voir l'évolution du ressenti des praticiens généralistes après la mise en œuvre des différentes mesures et évaluer si celles-ci auront permis d'améliorer la communication ville-hôpital.

Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire

CHOV : Communication entre médecine de ville – médecine hospitalière.

1- Vous concernant :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Age :

2- Concernant votre exercice :

Année d'installation :

Condition d'exercice : (une seule réponse possible).

☐ Seul

☐ Cabinet médical de groupe

☐ Maison de santé pluridisciplinaire

Informatisation : ☐ Oui ☐ Non

Utilisation d'une messagerie électronique sécurisée : ☐ Oui ☐ Non

3- Concernant le CHOV sites de Neufchâteau et Vittel :

Ces quelques questions ont pour objectif de déterminer si vous vous sentez et êtes suffisamment informés sur l'offre de soins que propose le CHOV.

Vous sentez vous suffisamment informés au sujet des offres de soins de l'établissement à travers les lettres d'informations du CHOV ?

☐ Oui ☐ Non

Selon vous quelles spécialités font l'objet d'un secteur d'hospitalisation, ou d'au moins plusieurs lits (que ce soit sur le site de Neufchâteau ou de Vittel) ?

☐ Chirurgie viscérale

☐ Chirurgie orthopédique

☐ Chirurgie ambulatoire

- ☐ Soins continus polyvalents ☐ Gynécologie-Obstétrique ☐ Pédiatrie
☐ Médecine polyvalente ☐ Cardiologie
☐ Diabétologie – Nutrition ☐ Soins palliatifs
☐ Unité de soins de longue durée (USLD) ☐ Court séjour gériatrique
☐ Soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents ☐ SSR Neurologie
☐ SSR Nutrition ☐ Unité de soins intensifs de cardiologie
☐ SSR appareil locomoteur ☐ Urgences – SMUR

Selon vous quels spécialistes peuvent être consultés au CHOV ?

- ☐ Addictologue ☐ Allergologue ☐ Anesthésiste ☐ Cardiologue
☐ Chirurgien orthopédiste ☐ Chirurgien viscéral/général
☐ Consultation mémoire ☐ Dermatologue ☐ Diabétologue ☐ Diététicien
☐ Gériatre ☐ Gynéco-obstétricien ☐ Hépto-gastro-entérologue
☐ Hématologue ☐ Médecin physique et de réadaptation ☐ Néphrologue
☐ Neurologue ☐ Oncologue ☐ Ophtalmologue ☐ Orthoptiste
☐ Oto-rhino-laryngologue ☐ Pédiatre ☐ Pneumologue ☐ Rhumatologue
☐ Stomathérapeute ☐ Urologue

- 4- Concernant votre communication avec les médecins du CHOV :
 Que ce soit pour avoir un avis ou encore programmer une hospitalisation.

Lorsque vous souhaitez contacter un médecin de l'établissement en passant par l'accueil téléphonique, êtes-vous satisfaits du délai avant d'être en contact avec le médecin en question ? (Une seule réponse possible)

Très satisfait ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Insatisfait

Seriez-vous favorable à la mise en place d'un numéro « direct » destiné aux professionnels de santé afin de ne pas être obligés de passer par le standard ?

☐ Oui

☐ Non, je n'en vois pas l'utilité

Vous arrivent-t-ils de réaliser des hospitalisations directes dans les services de médecine en coordination avec les praticiens du CHOV ? (Une seule réponse possible)

☐ Oui, régulièrement

☐ Très rarement

☐ Non, jamais

Adressez-vous des patients aux Urgences parce que les hospitalisations directes dans les services de médecine sont difficiles ?

☐ Oui, régulièrement

☐ Non, j'arrive généralement à faire hospitaliser mes patients sans passer par les urgences quand leur état de santé le permet.

Que pensez-vous du délai entre votre demande d'hospitalisation pour un de vos patients et l'obtention d'une place en service ? (Une seule réponse possible)

☐ Délai d'obtention d'une place court.

☐ Délai satisfaisant mais qui peut parfois être trop long (en fonction des situations).

☐ Délai beaucoup trop long.

☐ Je n'arrive pas à programmer des admissions directes en service.

Selon vous, quels sont les facteurs vous faisant adresser vos patients aux Urgences au lieu de réaliser des admissions directes en service ?

.....
.....
.....
.....
.....

5- Concernant les différents comptes-rendus médicaux :

Que pensez-vous du délai entre la sortie des urgences d'un de vos patients et le moment où vous recevez le compte-rendu de la consultation (quand le patient n'est pas admis en hospitalisation) : (Une seule réponse possible)

Très satisfait ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Trop long

Connaissiez-vous l'existence d'un courrier de sortie provisoire donné à vos patients lors de leur sortie d'hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

Que pensez-vous du délai entre la sortie de vos patients hospitalisés et le moment où vous recevez le compte-rendu d'hospitalisation ? (Une seule réponse possible)

Très satisfait ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Trop long

Que pensez-vous du délai entre les consultations de vos patients avec des spécialistes et le moment où vous recevez le compte-rendu de consultation ? (Une seule réponse possible)

Très satisfait ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Trop long

Seriez-vous favorable à l'envoi des comptes-rendus médicaux via un système de messagerie sécurisée ? ☐ Oui ☐ Non (vous pouvez passer la prochaine question)

Si oui, que souhaitez-vous recevoir via la messagerie sécurisée : (plusieurs réponses possibles)

☐ Courrier de sortie provisoire + courrier de sortie définitif

☐ Uniquement courrier de sortie définitif

☐ Compte-rendu de consultation

Etes-vous satisfaits de la qualité des comptes-rendus d'hospitalisation du CHOV ? (Une seule réponse possible)

Très satisfait ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Insatisfait

Etes-vous satisfaits de la qualité des courriers de consultation du CHOV ?

Très satisfait ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Insatisfait

Selon vous que pourrait être amélioré dans les comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation ?

.....
.....
.....
.....
.....

6- Commentaire libre :

Si vous avez des suggestions concernant la communication, de manière globale, du CHOV, faites-en nous part ici.

.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 2 : Réponses aux questions ouvertes

Selon vous quels sont les facteurs vous faisant adresser vos patients aux Urgences au lieu de réaliser des admissions directes en service ?

Questionnaire 1 : /

Questionnaire 2 : Contact téléphonique direct difficile (filtre standard).

Questionnaire 3 : La majorité de mes demandes d'hospitalisations directes ont été refusées. Je n'ai le souvenir que de 2 accords depuis mon installation. En SSR et en médecine pour de l'infectiologie. Lors de mes dernières demandes on m'a répondu que cela ne se faisait plus et qu'il fallait faire passer le patient par les urgences. J'avoue ne plus essayer depuis.

Questionnaire 4 : Soins urgents ne nécessitant pas d'hospitalisation (plâtre, suture complexe, etc) ou conseil par le médecin joint au téléphone de passer par le SAU. Dans les autres cas c'est que mes patients sont allés d'eux-mêmes ou que ce n'est pas moi qui les ai hospitalisés mais un autre médecin.

Questionnaire 5 : Etat clinique du patient. Urgences de la prise en charge.

Questionnaire 6 : La non disponibilité des praticiens.

Questionnaire 7 : Obligation d'hospitaliser très rapidement.

Questionnaire 8 : Absence de lien téléphonique direct rapide vers les praticiens.

Questionnaire 9 : Situation clinique aiguë chez un patient polypathologique avec constantes altérées et dont l'origine du tableau ne peut être clairement documenté.

Questionnaire 10 : Par manque de temps.

Questionnaire 11 : Contact impossible avec médecin du service pour réaliser une hospitalisation, complexité ++, pas de temps d'organiser face à cette complexité, ma longue expérience avec le CHOV me rappelle la phrase rituelle : « passer par les urgences », alors je ne perds plus de temps : je vais directement à la « case urgence » (comme au Monopoly), c'est moins bien mais efficace !

Questionnaire 12 : Difficultés à joindre le médecin du service directement.

Questionnaire 13 : On m'a systématiquement orienté vers les urgences en cas de demande de ma part.

Questionnaire 14 : Délai de consultation avec les spécialistes trop long.

Questionnaire 15 : Patient adressé aux urgences selon les services concernés, car dans certains, hospitalisation directes difficiles.

Questionnaire 16 : /

Questionnaire 17 : A la demande du service concerné qui ne veut pas d'entrée directe...

Questionnaire 18 : Manque de communication rapide avec les services.

Questionnaire 19 : Horaires hors présence des médecins dans les services.

Demande de la part du service.

Questionnaire 20 : On m'a dit que le plus simple est de passer par les urgences. Durant mon internat j'ai eu l'occasion de constater que la réalisation d'hospitalisation directe améliore la prise en charge des patients.

Questionnaire 21 : Difficultés à mettre en place une admission directe en service. Difficultés pour joindre les confrères.

Questionnaire 22 : Chaque fois que j'ai essayé d'hospitaliser un patient sans passer par les urgences, ça n'a jamais été possible.

Questionnaire 23 : /

Questionnaire 24 : /

Selon vous que pourrait être amélioré dans les comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation ?

Questionnaire 1 : /

Questionnaire 2 : Une synthèse du diagnostic et de la conduite à tenir en gras en fin de courrier.

Questionnaire 3 : Comptes-rendus des urgences reçus une fois sur 3. Délais trop longs pour les hospitalisations.

Questionnaire 4 : Pour les plaies en suivi conjoint, il faudrait mettre en place un classeur de suivi pour le patient qui serve à la consultation plaie, aux infirmières libérales et au médecin traitant.

Questionnaire 5 : /

Questionnaire 6 : Courriers trop standardisés.

Questionnaire 7 : Traitement d'entrée.

Questionnaire 8 : /

Questionnaire 9 : /

Questionnaire 10 : /

Questionnaire 11 : La qualité des comptes-rendus de chirurgie, en particulier sur les suites chirurgicales (soins infirmiers, traitement de sortie et particulièrement anti-coagulants...). Il reste très désagréable d'improviser, ou d'aller à la « pêche » aux renseignements un vendredi soir avec un patient qui vient de rentrer sans crier gare avec consignes orales de revoir son médecin sous 48 heures et bien sûr sans aucun document !!!

Questionnaire 12 : Les délais.

Questionnaire 13 : /

Questionnaire 14 : J'étais satisfait des délais pour les lettres de sortie mais dernièrement elles arrivent plus tardivement.

Bien donner le traitement de sortie lors des hospitalisations surtout lors des hospitalisations prolongées ou chronique.

Questionnaire 15 : Tout ou rien selon rédacteur.

Questionnaire 16 : /

Questionnaire 17 : Les recevoir serait déjà bien, certains n'en font quasiment jamais.

Questionnaire 18 : /

Questionnaire 19 : Les comptes-rendus rapides sont généralement vides d'information. Les courriers définitifs sont habituellement très longs à arriver.

Questionnaire 20 : Les médecins sont très disponibles ce qui permet d'avoir des informations s'il en manque et ceci est très confortable. Hôpital avec lequel on aime bien travailler.

Questionnaire 21 : /

Questionnaire 22 : Les délais sont plus importants qu'auparavant.

Questionnaire 23 : /

Questionnaire 24 : /

Si vous avez des suggestions concernant la communication, de manière globale, du CHOV, faites-en nous part ici :

Questionnaire 1 : Les courriers provisoires de sortie d'hospitalisation sont bien trop succincts et stéréotypés donc quasi inutiles, ils ne renseignent que sur la date de sortie du patient et seul le duplicata d'ordonnance nous est vraiment utile.

Questionnaire 2 : Nécessité d'un numéro direct pour chaque praticien +++.

Questionnaire 3 : Très compliqué de joindre certains médecins seniors. Les messages laissés ne sont pas toujours passés visiblement. J'avoue shunter les secrétaires maintenant en écrivant par mail pour les demandes non urgentes ou semi-urgentes aux confrères que je connais un peu plus personnellement. Tri de la secrétaire ou volonté du praticien ? Je remarquais l'autre jour qu'en privé on arrive à parler aux confrères plus facilement. Piste : avoir des adresses mails de tous les praticiens ?

Questionnaire 4 : Pour les patients dont l'orientation de sortie pose question ou demande de l'organisation, un coup de téléphone préalable au médecin traitant est préférable. Idem quand il manque des informations. Selon la situation il peut être passé par un médecin (senior ou interne), une infirmière, une assistante sociale.

Un appel systématique des secrétaires (et les secrétaires des cabinets peuvent prendre le message) lors de l'hospitalisation d'un patient (si ce n'est pas le médecin traitant qui adresse) et la veille de la sortie.

Questionnaire 5 : /

Questionnaire 6 : /

Questionnaire 7 : /

Questionnaire 8 : /

Questionnaire 9 : Création d'un annuaire ville/hôpital réservé aux professionnels de santé.

Questionnaire 10 : Ce questionnaire comporte un biais très important, il a été fait par les hospitaliers ; comme médecin généraliste j'aurais posé des questions où les réponses seraient très négatives. Ce n'est pas normal de reprogrammer systématiquement un RDV à tous les patients vus en consultation sans l'accord du médecin traitant.

Il y aura bientôt une solution avec la mise en place de plateformes territoriales d'appui.

Questionnaire 11 : Pensez aux médecins généralistes paumés dans la campagne, améliorez les courriers de sortie d'hospitalisation (qualité et rapidité). Si vous y arrivez, vous êtes parfaits.

Questionnaire 12 : /

Questionnaire 13 : /

Questionnaire 14 : Il faut que l'hôpital travaille avec la messagerie Apicrypt comme le font d'autres hôpitaux et cliniques.

Questionnaire 15 : /

Questionnaire 16 : /

Questionnaire 17 : Remettre les radios et bilans sanguins aux patients qui sortent me semble indispensable.

Questionnaire 18 : Besoin ligne directe avec consultation, médecin de garde du service. Nos courriers doivent pouvoir suivre le patient depuis les urgences jusqu'au service d'hospitalisation. Possibilité d'échanger par courriel avec chaque médecin. Utilisation messagerie Apicrypt. Meilleures informations sur les possibilités consultations spécialisées et sur les services d'hospitalisation.

Questionnaire 19 : /

Questionnaire 20 : Mon sujet de thèse était sur les réhospitalisations précoces des personnes âgées. Je devais téléphoner à des médecins traitants. Conclusion nous ne sommes pas toujours aussi disponibles que nous pourrions le souhaiter ! Je crois que nous aussi devons améliorer notre communication !

Questionnaire 21 : /

Questionnaire 22 : Transmission si possible par apicrypt. Neufchâteau est un des seuls hôpitaux à ne pas le faire.

Questionnaire 23 : /

Questionnaire 24 : /

Bibliographie :

1. Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien - Historique [Internet]. [cité 3 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ch-ouestvosgien.fr/presentation/historique.html>
2. Conseil départemental des Vosges. Diagnostic du territoire : Plan Vosges [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ambitions2021.vosges.fr/Portals/7/Docs/PolitiqueDesTerritoires.pdf>
3. Baisse et vieillissement de la population—Écoscopie de la Meuse | Insee [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893932?sommaire=1893948>
4. Meuse : 192 800 habitants au 1er janvier 2012 | Insee [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285247>
5. Dossier complet—Département de la Haute-Marne (52) | Insee [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-52>
6. OPEQ. Etat des lieux - Territoire de la Haute-Marne [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: http://www.champagne-ardenne.cci.fr/static/pdf/opeq/territoires/region/HauteMarne_CPRDFP.pdf
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Lorraine. [Internet]. 2015 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_lorraine_2015_0.pdf
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Champagne-Ardenne. [Internet]. 2015 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_champagne-ardenne_2015.pdf
9. Laxenaire M, Schmitt D, Mur JM. Relations de l'omnipraticien avec l'hôpital. Gestions hospitalières. 1973;(131):1407-18.
10. Cuyot JC. Difficulté de communication et hôpital. Commun Organ [Internet]. 1 mai 1994 [cité 16 févr 2017];(HS N°1). Disponible sur: <https://communicationorganisation.revues.org/2982>
11. Chanthell F. La continuité des soins en ville après une hospitalisation. [Internet]. URML d'Ile de France; 2006 [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070115.pdf
12. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Gen Pract Percept Med Inf Hosp Engl. 2009 jan 1;38:1404-9.

13. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice de médecine]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 19 juill 2016]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/683/>
14. DEBAUDRE C. La communication entre médecine générale et médecine hospitalière. Expérience de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers-Val de Reuil [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Rouen; 2012
15. MANDIN F. Etude des relations entre médecine libérale et hospitalière : l'exemple de Montaigu. [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Nantes; 2007
16. Bolton P, Mira M, Kennedy P, Lahra MM. The quality of communication between hospitals and general practitioners: an assessment. *J Qual Clin Pract.* 1998;18(4):241-7.
17. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract.* 2001;21(4):104-8.
18. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA.* 2007 févr 28;297(8):831-41.
19. Le serment d'Hippocrate | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 14 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
20. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
21. Article 4 - Secret professionnel | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 14 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
22. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.
23. Marcelli A. Le secret partagé. Rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des médecins de mai 1998. [Internet]. 1998. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/secretpart.pdf>
24. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août, 2004.
25. Article 45 - Dossier professionnel ou fiche d'observation, tenu par le médecin | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 19 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-45-fiche-d-observation-269>
26. Article 64 - Exercice collégial | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 19 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-64-exercice-en-equipe-288>

27. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 décembre, 1970.
28. Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. | Legifrance [Internet]. [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006062174&dateTexte=20030526>
29. Décret n°74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication du dossier des malades hospitalisés ou consultants des établissements hospitaliers publics. 74-230 mars 7, 1974.
30. Article 56 - Confraternité | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 19 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-56-confraternite-280>
31. Article 63 - Information entre médecins en cas d'hospitalisation du patient | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 19 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-63-information-entre-medecins-traitants-en-cas-d-hospitalisation-du-patient-287>
32. Article 59 - Consultation en urgence | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 14 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-59-sur-appel-urgent-garde-283>
33. Décret no 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat).
34. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juillet, 2016.
35. Code de la santé publique - Article R1112-1-2. Code de la santé publique.
36. HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010 [Internet]. 2014 [cité 16 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
37. HAS. Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC) en MCO [Internet]. 2016 [cité 15 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/fiche_descriptive_tdp_2_mco_9.12.2015.pdf
38. Haute Autorité de Santé - IPAQSS 2016 - DPA MCO : campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) du dossier patient [Internet]. [cité 16 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_627698/fr/ipaqss-2016-dpa-mco-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-du-dossier-patient

39. HAS. Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins: « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS) en MCO [Internet]. 2016 [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/fiche_descriptive_qds_mco_9.12.2015.pdf
40. L'Assurance Maladie. Synthèse de la Convention Nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. [Internet]. 2016 [cité 25 mai 2017]. Disponible sur: http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf
41. LAMY S. Droit de l'informatique et des réseaux. 1^o édition. Vol. Tome 1. 2001. 2937 p.
42. Délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. 2014-239 juin, 2014.
43. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE, ET DES DROITS DES FEMMES. INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté dans les établissements de santé [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/01/cir_39112.pdf
44. TRAUTMANN J. Evaluation de la communication du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau envers les médecins généralistes. [Thèse d'exercice de médecine] Nancy: Université Henri Poincaré; 2009.
45. Gall AL. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. Médecine. 2010 sept 1;6(7):326-30.

VU

NANCY, le **13 octobre 2017**
Le Président de Thèse

NANCY, le **16 octobre 2017**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10081

NANCY, le **17 octobre 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Le territoire sanitaire du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien correspond à un bassin de vie d'une population vieillissante de 70 000 personnes. Ainsi la coordination des soins entre les acteurs de soins primaires, que sont les médecins généralistes, et le CHOV se doit d'être la meilleure possible dans l'intérêt du patient. La communication ville-hôpital est un élément primordial de cette coordination.

Un questionnaire, afin d'évaluer qualitativement le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la communication avec l'hôpital, a été soumis à 59 praticiens exerçant dans le territoire sanitaire du CHOV. 24 d'entre eux ont répondu à ce questionnaire (41 %).

Il apparaît que près de la moitié des médecins ne se sentent et ne sont pas suffisamment informés de l'offre de soins proposée par le CHOV. Il ressort également une grande difficulté à effectuer la réalisation d'hospitalisation directe dans les différents services de médecine pour la majorité des médecins interrogés. Malgré un temps d'attente jugé satisfaisant par 15 médecins (62,5 %) avant d'être mis en relation avec un praticien hospitalier via le standard téléphonique des établissements, la quasi-totalité des répondants (22 ; 92 %) seraient favorables à la mise en place d'un numéro direct. Une autre grande attente des médecins généralistes est la réception des différents comptes-rendus médicaux par messagerie électronique sécurisée que la quasi-totalité des praticiens utilisent (21 ; 87 %).

Ainsi 3 grands axes d'amélioration ont pu être mis en évidence : faciliter la communication avec les praticiens hospitaliers, la réalisation d'hospitalisation directe et instaurer l'envoi électronique des différents comptes-rendus.

TITLE : General practitioner-hospital communication : general practitioners' expectations from Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien's area : investigation in order to improve general practitioner-hospital communication.

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLES : COMMUNICATION VILLE-HÔPITAL, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, OFFRE DE SOINS, COMPTES-RENDUS MEDICAUX.

INTITULÉ ET ADRESSE :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54500 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex