



HAL
open science

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

Céline Debaudre

► To cite this version:

Céline Debaudre. 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. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00713584

HAL Id: dumas-00713584

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00713584>

Submitted on 2 Jul 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

THESE N°

**THESE POUR LE DOCTORAT DE
MEDECINE**

Par Céline DEBAUDRE

Née le 11.01.1984 à Mont Saint Aignan

Présentée et soutenue publiquement le 05 juin 2012

**« La communication entre médecine générale et médecine hospitalière.
Expérience de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente du Centre
Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers-Val de Reuil. »**

Président du jury : Mr le Pr DOUCET

Directeur de thèse : Mr le Dr POULINGUE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT -
M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E.
COMOY - J. DALION - . DESHAYES - C. FESSARD – J.P
FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B.
HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R.
LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P.
LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mlle MAGARD -
MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY
- P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P.
PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-
DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -
.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I – MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication

M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LERO	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépat - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUsETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie

Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (Mise en dispo)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (Surnombre)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ
Mme Michèle GUIGOT

UFR Anglais
UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique

Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
-----------------------	-------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
----------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
---------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle	HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME
CB - Centre HENRI BECQUEREL	CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINCILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario TOSI	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean Doucet,

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, pour votre disponibilité ainsi que pour la qualité de votre enseignement. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Christian Thuillez,

Sachez l'immense joie qui est la mienne de vous compter parmi les membres du jury de ma thèse. Je vous remercie pour vos encouragements et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Pierre Czernichow,

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

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être dans mon jury et de juger mon travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour la qualité de votre enseignement. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A Monsieur le Docteur Yann Poulingue,

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse. Je te remercie pour la qualité de ton enseignement et pour ton accueil dans le service alors que je n'étais qu'une jeune interne. Je te prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A mes parents et à mes frères,

Merci pour votre amour, vos encouragements et votre soutien pendant toutes ces années. Et un grand merci en particulier à ma mère pour son rôle de conseillère, correctrice et relectrice en chef (pour ce travail et pour tout ce que j'ai eu un jour à rédiger !)

A mon grand-père,

Merci de ta présence à mes côtés et de ton soutien.

A Benoit,

Merci pour ton soutien tout au long de ce travail et pour ta présence à mes côtés, de près ou de loin !

A mes amis : Cécile, Tifenn, Claire, Alex, Ozlem, Olivier, Elise, Yohann, Thomas, Pauline, Guillaume, Edouard, David et à tous les autres... Merci pour votre soutien et pour tous les moments passés en votre compagnie.

A Frank et Laetitia, pour votre amitié et votre soutien sans faille. Merci pour votre aide précieuse et vos conseils avisés tout au long de mon travail.

A la famille de Benoit pour votre affection et votre soutien.

A tous les médecins généralistes et hospitaliers qui ont participé à cette enquête.

A tous les médecins qui ont participé à ma formation en tant qu'externe, interne et encore aujourd'hui.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
A. PREAMBULE	5
1. Description de la population concernée.....	5
• Sur le plan sociodémographique	5
• Sur le plan socioéconomique	7
• Sur le plan de l'état de santé de la population	8
2. L'offre de soin ambulatoire	10
3. Unité fonctionnelle de médecine polyvalente (UFMP)	12
• La médecine polyvalente.....	12
• Le service de Louviers	13
B. MATERIEL ET METHODE	18
1. Enquête auprès des médecins généralistes	18
• Population étudiée	18
• Protocole d'étude	20
2. Enquête auprès des médecins hospitaliers	21
• Population étudiée	21
• Protocole d'étude	21
C. RESULTATS	23
1. Enquête auprès des médecins généralistes	23
• Taux de réponse	23
• Présentation des médecins ayant participé à l'enquête	24
• Partenaires hospitaliers préférentiels	25
• Mode de communication des médecins généraliste vers l'UFMP	25
• Qualité de la collaboration avec le service	26
• Collaboration avec l'UFMP concernant les patients diabétiques et polypathologiques	26

• Degrés de satisfaction des médecins en cas d'entrée programmée	28
• Satisfaction des patients	28
• Information du médecin	29
• Compte-rendu d'hospitalisation	29
• Fonctionnement du service	31
2. Enquête auprès des médecins hospitaliers	31
• Taux de réponse	31
• Ancienneté dans le service	32
• La communication avec les médecins généralistes	32
• Courriers d'accompagnement	32
• Rôle d'enrichissement des connaissances des courriers médicaux	33
• Staff interdisciplinaire	33
• Fonctionnement d'un cabinet médical libéral	33
 D. DISCUSSION	 34
1. Les enjeux	34
• Démographie médicale et vieillissement de la population	34
• Prise en charge des maladies chroniques dont le diabète et les polyopathologies.....	35
• Evolution du mode d'exercice de la médecine générale.....	36
• Enjeux pour la prise en charge des patients	37
• Enjeux financiers	37
2. Une piste pour faire face à ces enjeux : la communication et ses outils	39
• Intérêt des médecins libéraux pour une démarche de collaboration	39
• Intérêt des médecins hospitaliers pour une démarche de collaboration ...	40
• Freins à la collaboration	40
• Mutations du système de soin primaire	41
• Attrait du travail en groupe	43
• Un temps propice à la communication : l'hospitalisation	43
• Deux outils essentiels de communication : le courrier d'accompagnement du médecin traitant et le compte rendu d'hospitalisation	44
3. La communication globale sur le plan local	46

• La communication en général	46
• Recherche de proximité	47
• Exemple de résultat d'une collaboration réussie : les entrées directes	48
4. Limites et perspectives	49
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	52

INTRODUCTION

Prévention, dépistage, diagnostic précoce, suivi de pathologies chroniques autant de rôles qui font de l'omnipraticien un acteur clé dans notre système de soins. Si cette véritable spécialité médicale relève d'une prise en charge globale de proximité elle reste aussi une interface entre les autres spécialités et les différents modes de prise en charge aussi bien ambulatoire qu'hospitalier.

Au cours de ma formation, l'opportunité m'a été donnée d'exercer dans une unité fonctionnelle de médecine polyvalente. En tant que futur médecin généraliste, mon intérêt pour la pratique menée dans ce service, la mise en réseau qui y est proposée, les liens tissés avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge d'une part mais aussi le patient lui-même a été grand.

Bien entendu la prétention de cette étude n'est pas de proposer un modèle de prise en charge conjointe mais plus simplement de décrire et analyser les relations établies entre cette unité fonctionnelle et les médecins généralistes du secteur. Pour ce faire, encore faut-il organiser cette analyse autour de deux registres de prise en charge qui nous paraissent essentiels et dont on se servira comme modèle : la prise en charge globale des patients poly pathologiques d'une part et celle des maladies chroniques comme le diabète d'autre part.

A. PREAMBULE

Dans un premier temps, nous proposons une description de la population concernée, de l'offre de soin qui lui est proposée et enfin du fonctionnement de l'unité médicale en question. L'objectif est de bien situer le contexte local de cette étude. Nous verrons que l'évolutivité dans ces trois secteurs est et sera grande d'où l'enjeu d'optimiser nos coopérations.

1. Description de la population concernée

Afin d'identifier la population concernée il faut définir le territoire correspondant approximativement au bassin de population de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente de Louviers. La Communauté d'Agglomération Seine Eure (CASE) correspond à cette recherche (annexe 1). Ce territoire regroupe 29 communes situées au nord de l'Eure. Il se structure autour des communes de Louviers, Val-de-Reuil et Pont-de-L'arche. Il représente 11% de la population de l'Eure avec 59 622 habitants et une densité de population élevée de 235 habitants/km² (146,9 en Haute-Normandie et 112,9 en France hexagonale) [1].

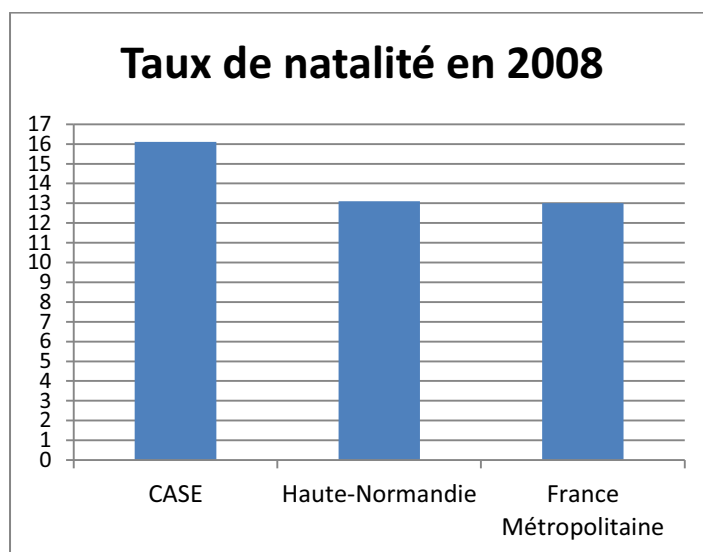
En 2009 une étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de Haute-Normandie dresse un « diagnostic santé sur le territoire de la Communauté d'Agglomération Seine-Eure » [1]. Cette étude permet de relever des données marquantes sur différents thèmes au sein de la communauté d'agglomération Seine-Eure.

- Sur le plan sociodémographique.

Au niveau national on observe un phénomène de vieillissement de la population. En effet l'INSEE estime que si 20.8 % de la population avait plus de 60 ans en 2005, c'est près de 32% que cette tranche d'âge représentera en 2050 [2]. Au niveau local, c'est d'une population jeune dont il s'agit. 30% de la population à moins de 20 ans alors qu'ils ne représentent que 24.8% de la population française (tableau 1). Parallèlement, la proportion de ménage avec famille y est élevée ainsi que le taux de natalité (graphique 1).

	CASE	Haute-Normandie	France Métropolitaine
< 20 ans	29,6	26,3	24,8
20-60 ans	54,2	53,6	53,8
> 60 ans	16,2	20,1	21,4

Tableau 1 : Structure de la population par groupe d'âge en 2006 (chiffres INSEE recensement 2006)

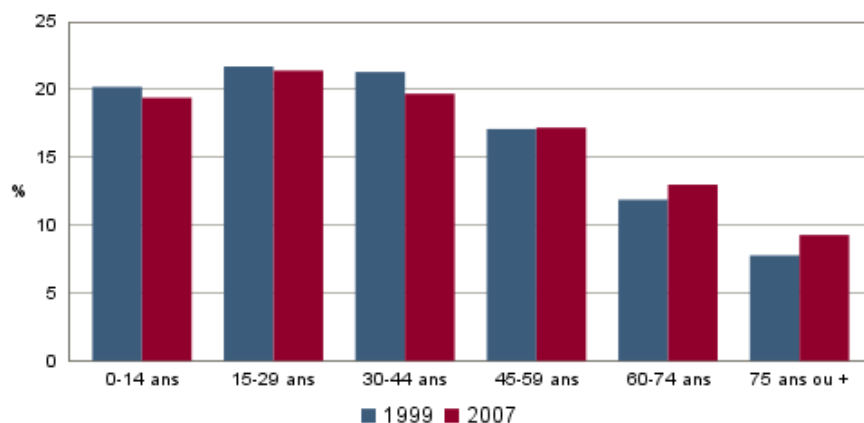


Graphique 1 : Taux de natalité en 2008 (chiffres INSEE).

Alors que les chiffres, comme nous l'avons vu précédemment, montrent un vieillissement de la population sur le plan national, ce phénomène semble moins prononcé sur notre territoire (tableau 2). Néanmoins, on observe une augmentation de la part des plus de 45 ans dans la population de la commune de Louviers depuis 1999. (Graphique 2). Ainsi, même si le phénomène de vieillissement est moins marqué sur ce territoire, il n'en reste pas moins un enjeu pour l'avenir.

	Indice de vieillissement 2006
CASE	41
Haute-Normandie	59
France Métropolitaine	67

Tableau 2 : Indice de vieillissement 2006 (Chiffres recensement INSEE)

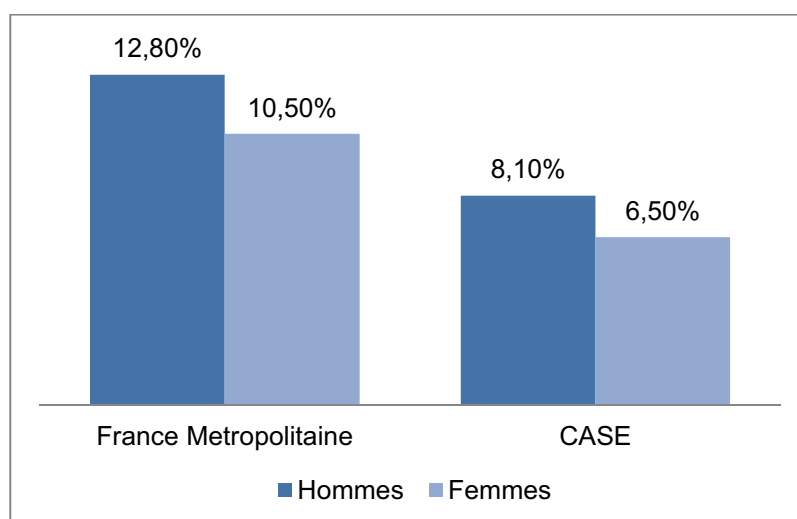


Graphique 2 : Population par grande tranche d'âge en 1999 et 2007, commune de Louviers [3].

- Sur le plan socio-économique.

Tous les indicateurs révèlent une population vulnérable .On peut citer :

- un faible taux de scolarisation au-delà de 18 ans (tableau 3)
- un taux élevé de non diplômé surtout chez les femmes (graphique 3)
- un taux de chômage un peu plus élevé (8.4% ce qui la place au 7^{ème} rang des zones d'emploi les plus touchées par le chômage).
- des jeunes particulièrement touchés puisque un quart des demandeurs d'emploi ont moins de 25 ans.

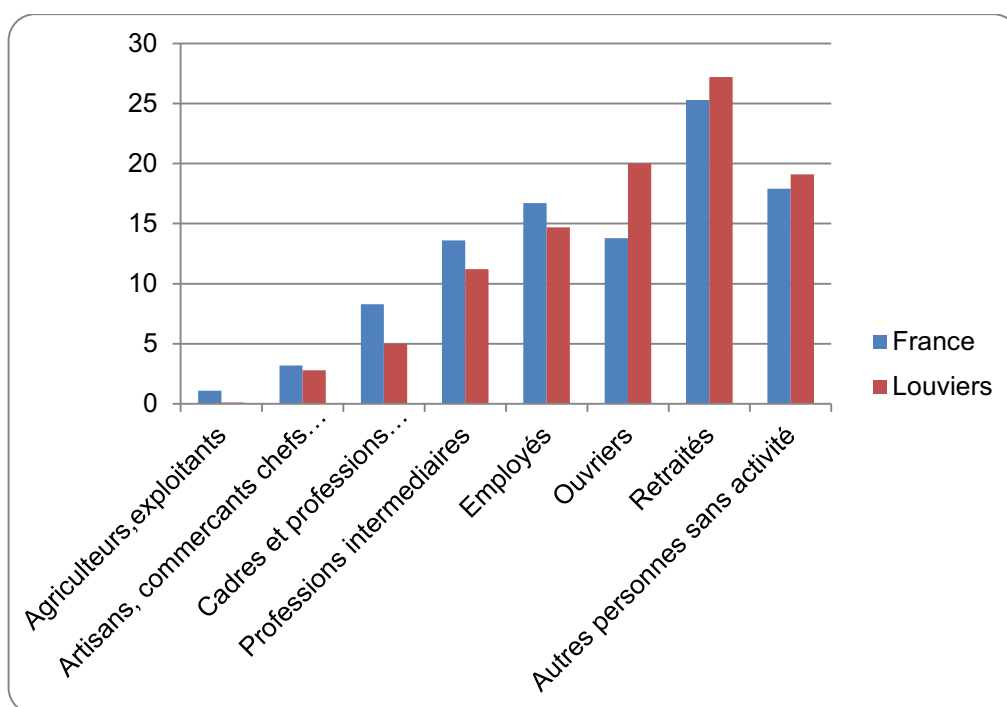


Graphique 3 : Pourcentage de la population titulaire d'un diplôme supérieur à Bac +2 (Chiffres INSEE recensement 2006).

	18-24 ans	25-29 ans
CASE	41,6%	3,8%
Haute-Normandie	47,5%	6,2%
France Métropolitaine	51,6%	7,7%

Tableau 3 : Pourcentage de population scolarisée selon l'âge en 2006 (Chiffres INSEE recensement 2006).

De manière plus localisée, il existe sur la commune de Louviers une surreprésentation des ouvriers aux dépens des autres catégories socioprofessionnelles (graphique 4).



Graphique 4 : Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2007 [3].

- Sur le plan de l'état de santé de la population

C'est une population fragile. L'étude de l'indice comparatif de mortalité fait apparaître une surmortalité de 20% sur le territoire de la CASE (25% chez les hommes et 15 % chez les femmes) (tableau 4).

ICM	
Tumeurs	120,1
Maladies de l'appareil circulatoire	115,9
Alcoolisme	170,7

Tableau 4 : Indice comparatif de mortalité pour les 2 sexes de 2000 à 2007. Source : INSEE, recensement de la population 2006.

De plus la CASE affiche une surmortalité prématurée globale de 23% (Tableau 5).

ICM	
Tumeurs	130,2
Maladies de l'appareil circulatoire	127,2
Alcoolisme	170,7

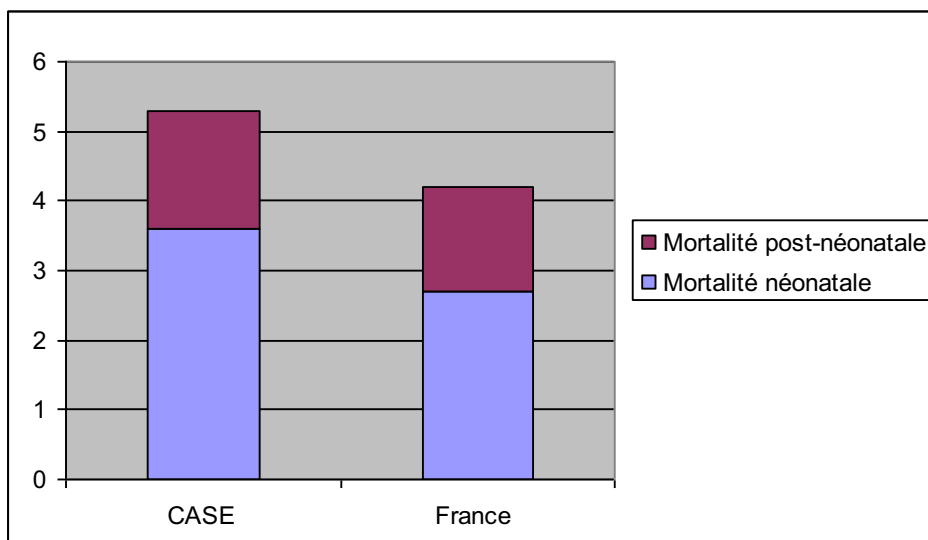
Tableau 5 : Indice comparatif de mortalité prématurée pour les 2 sexes de 2000 à 2007. Sources : INSEE, recensement de la population 2006.

Entre 15 et 65 ans les principaux motifs d'admission en Affection Longue Durée (ALD) sont les tumeurs, les maladies cardio-vasculaires et métaboliques. Après 65 ans les maladies cardio-vasculaires prédominent avec des taux d'admission plus forts qu'en Haute-Normandie (Tableau 6) [1].

Maladies cardio-vasculaires	CASE	Haute-Normandie
Hommes	44,1 %	40,9 %
Femmes	43,2 %	41,9 %

Tableau 6 : Part des admissions en ALD pour maladie cardio-vasculaire entre 2006 et 2007.

Cette vulnérabilité s'exprime aussi à travers la mortalité infantile. Alors que la France hexagonale observe une baisse de 30% entre 1995 et 2006, la mortalité infantile augmente de 10 % sur le territoire de la CASE (graphique 5).



Graphique 5 : Taux de mortalité infantile/ 1997-2007 (taux pour 1000 naissances vivantes)
 Source : INSEE.

Ainsi, cette population, jeune, semble vulnérable quant aux risques socioéconomique et sanitaire. Au regard de ce sur risque qu'en est-il de l'offre de soin ambulatoire ?

2. L'offre de soin ambulatoire

Actuellement la région Haute-Normandie est la 3^{ème} région de France en terme de sous densité médicale avec 266 médecins/100 000 habitants contre 372/100 000 dans la moyenne nationale.

Pour la médecine générale comme pour les autres spécialités, la situation dans le département de l'Eure est particulièrement préoccupante.

L'étude de l'offre de soin sur le territoire de la CASE fait ressortir :

- une densité de médecins généralistes libéraux semblable au niveau régional mais plus faible qu'au niveau national.
- surtout une densité de spécialistes libéraux et salariés très inférieure à la moyenne (Tableau 7) [1].

	CASE	Haute- Normandie	France Hexagonale
Médecins généralistes	93,9	99	111,3
Médecins spécialistes	30,2	53,7	88,2

Tableau 7 : Densité de l'offre de soin libérale au 30/12/2008.

De plus la démographie médicale dans notre département va subir les mêmes évolutions qu'au niveau national. Du fait de la diminution du numerus clausus à la fin des années 70, les jeunes médecins ne suffisent plus à remplacer les praticiens partant à la retraite alors que ceux-là mêmes sont issus de promotions nombreuses. D'après le scénario tendanciel de la DRESS, le solde entre médecins entrants et sortants de la vie active ne sera pas compensé avant 2020 [4]. De plus, l'évolution du nombre de médecins sur le territoire ne peut s'interpréter qu'en fonction de l'évolution de la population. Selon les estimations, la population devrait augmenter de 10% entre 2006 et 2030. Cela accentue la chute de la densité médicale qui diminuerait jusqu'en 2020. Ensuite, elle devrait augmenter à nouveau pour revenir à un niveau proche de l'actuel en 2030 (Tableau 8) [5]

	2006	2020	2030
Densité Médicale /100 000 habitants	327	276	292

Tableau 8 : Evolution de la densité médicale en France selon le scénario tendanciel de l'ONDPS.

Au sein de la CASE, la densité médicale étant déjà plus basse que la moyenne nationale, les années à venir risquent de voir une pénurie importante de temps médical s'installer. Comment s'adapter pour faire face à cette évolution ?

3. Unité fonctionnelle de médecine polyvalente de Louviers

- La médecine polyvalente

La médecine polyvalente souffre de l'absence de définition consensuelle. Selon les hôpitaux cette appellation peut désigner des services de médecine peu spécialisés mais aussi des services aux orientations diverses (urgence, rhumatologie, gériatrie...). Cette absence de contours précis comporte certains risques. Par exemple, si les praticiens correspondants (urgentistes ou libéraux) ne cernent pas la spécificité de ce service, ils peuvent être amenés à y adresser en majorité les patients qui ne trouvent pas leur place ailleurs. Cependant cette notion de médecine polyvalente figure dans le SROS de certaines régions. Cela témoigne de l'intérêt pour ces structures. Elle est, par exemple, largement étudiée dans le SROS 3 de Basse-Normandie. Cinq niveaux d'offre de soins y sont distingués. La médecine polyvalente représente le « niveau intermédiaire », situé entre le « niveau de proximité » (médecine de ville, hospitalisation à domicile et hôpitaux locaux) et le « niveau de recours » (plateau technique spécialisé). Ce document présente la médecine polyvalente comme un service «accueillant la pathologie dans toute sa diversité et au sein duquel des médecins à compétence générale prennent en charge les patients. Les objectifs sont d'assurer, à proximité du domicile du patient, un diagnostic et des soins en accord avec l'état des connaissances médicales en l'absence de recours possible immédiat au spécialiste, de prendre en charge les pathologies courantes nécessitant une hospitalisation, d'accueillir les situations n'entrant pas dans un cadre pathologique clairement déterminé et d'assurer leur orientation secondaire si nécessaire. » [6].

Même si la médecine polyvalente reste une discipline difficile à cerner, certaines de ses particularités peuvent aider à la définir. On peut citer le type de professionnels y exerçant, le type de patients pris en charge ainsi que sa situation dans l'offre de soin :

* Il n'existe pas de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) ou de Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine polyvalente. Les compétences attendues des médecins travaillant en médecine polyvalente sont la prise en charge des patients atteints de maladies variées, polyopathologiques mais ne pouvant assumer les compétences techniques ou les connaissances des spécialistes

d'organe [6]. Ils sont généralement détenteurs du diplôme de praticien hospitalier en médecine générale ou autre spécialité.

* Les pathologies pouvant être prises en charge dans ces services sont multiples :

- patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation, porteurs de pathologies stables, ne nécessitant pas le recours au spécialiste en urgence (pneumopathie, décompensation cardiaque modérée...)

- Bilan diagnostique de symptômes d'origine indéterminée (bilan d'anémie, de malaise, douleurs...)

- Prise en charge psycho-sociale (sevrage alcoolique, maintien à domicile impossible...)

- Relais pour rapprochement du lieu de vie après une hospitalisation en service spécialisé...

* L'entrée dans le service peut se faire par l'intermédiaire des urgences, des consultations, par transfert ou par entrée directe (en coordination avec le médecin traitant). Ces services sont le plus souvent au sein de structures de proximité.

- Le service de louviers

Le territoire de la CASE comprend trois établissements hospitaliers : deux publics, l'hôpital de Louviers et l'hôpital local de Pont-de-l'Arche, et un privé, le centre de médecine physique et réadaptation « La Lovière », mais aussi d'une unité d'accueil d'urgence au sein de l'hôpital de Louviers (Unité Proximité Accueil Traitement et Orientation Urgences). Ces structures offrent un total de 3,9 lits d'hospitalisation complète pour 1000 habitants alors que la moyenne nationale est de 8,9 /1 000 habitants [6]. Au sein de cette organisation hospitalière on compte l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente dont il est question dans ce travail. Ses caractéristiques sont présentées ci-dessous.

Pour une capacité de 33 lits (+1 lit supplémentaire), l'équipe médicale est composée de deux praticiens hospitaliers, d'un assistant et de deux internes. En 2010 on compte 1150 entrées avec une file active de 904 patients. Les patients proviennent majoritairement de leur domicile (entrées directes ou via les urgences) (Tableau 9). La durée moyenne de séjour est de 9,4 jours en 2010 (10,17 en 2009).

Mode d'entrée	Nombre	Pourcentage
Mutation de MCO	60	5,2%
Mutation de SSR	3	0,3%
Mutation de HAD	1	0,1%
Transfert de MCO	7	0,6%
Transfert de SSR	2	0,2%
Domicile	1077	93,7%

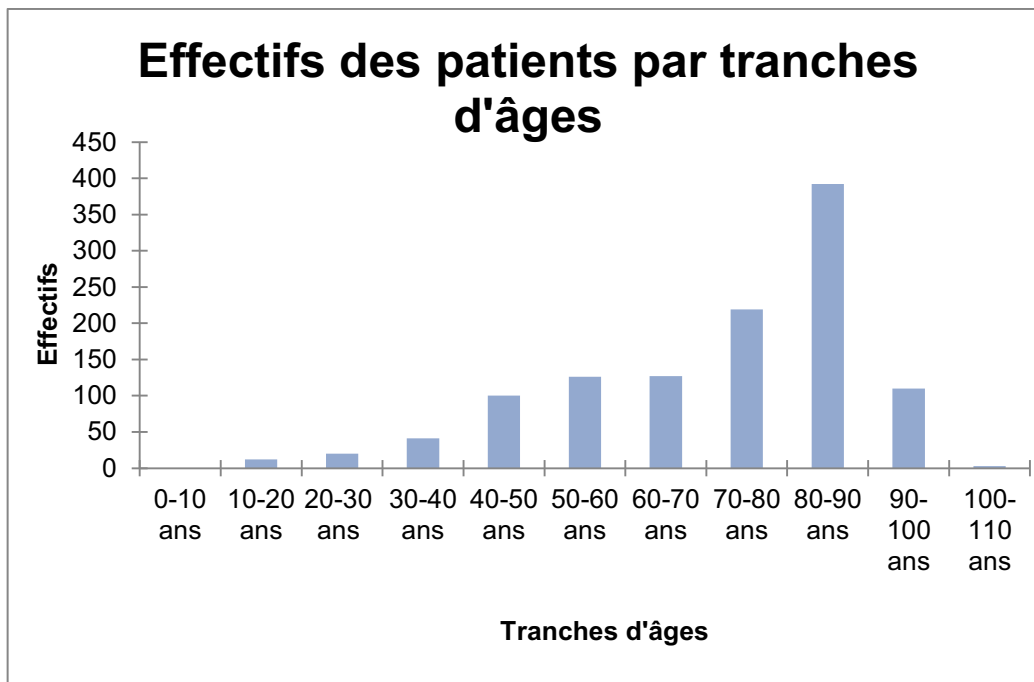
Tableau 9 : Mode d'entrée dans le service.

Données PMSI, Département d'information médicale centre hospitalier intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil.

L'âge moyen des patients est de 71 ,8 ans et 44 % des patients ont plus de 80 ans. Mais le service accueille des patients de tous âges. (Graphique 6).

Les 10 principaux motifs d'hospitalisation cités dans les Résumés d'Unité Médicale (RUM) sont :

- Pneumopathie bactérienne, sans précision
- Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
- Diabète sucré insulino-dépendant, sans complication
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aigue
- Démence sans précision
- Diabète sucré non insulino-dépendant, sans complication
- Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang (chronique)
- Autres obstructions de l'intestin
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de sevrage
- Bronchite aigue, sans précision.



Graphique 6 .Données PMSI, DIM CHI Elbeuf, Louviers, Val de Reuil.

L'unité fonctionnelle de médecine polyvalente confirme son rôle de proximité puisque près de 60% des patients ayant été hospitalisés dans le service en 2010 résident sur les communes de Louviers et Val de Reuil.

Ce service reçoit donc la population locale de tous âges et pour des pathologies très variées.

Les acteurs du service expriment leur désir d'interactions par la mise en œuvre de différentes actions de communication.

Ces actions s'expriment au quotidien :

- * Présence des coordonnées téléphoniques (lignes directes) des trois médecins du service sur les comptes rendus d'hospitalisation, venant compléter l'envoi annuel de plaquettes de l'hôpital. Ces lignes directes permettent un accès facilité pour les médecins généralistes en cas de demande d'entrée directe. Certains médecins généralistes utilisent aussi ces lignes pour chercher auprès des médecins du service de l'aide pour une prise en charge ou pour l'orientation d'un patient au sein de l'établissement.

- * A l'inverse, face à une décision difficile ou appelant la discussion, les médecins du service peuvent être amenés à contacter le médecin traitant du patient.

* Rédaction, dans la mesure du possible, du compte rendu d'hospitalisation la veille ou le jour de la sortie du patient.

* Service accessible aux médecins généralistes, sans horaires préétablis, afin qu'ils puissent rendre visite à leurs patients hospitalisés. Possibilité de partage d'expérience médicale entre médecins hospitaliers et libéraux à cette occasion.

Certaines actions sont hebdomadaires ou pluriannuelles :

* Il a été proposé aux médecins libéraux de participer à un « staff » hebdomadaire dans le service. Cependant ce projet n'a pu aboutir du fait de nombreuses difficultés organisationnelles.

* Depuis 2005 le service organise des soirées de formation médicale à l'intention des médecins libéraux lovériens. Ces soirées regroupent un minimum de vingt participants réguliers.

De plus, depuis 2008 l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente participe à la formation des internes de médecine générale. Cela offre l'opportunité à ces futurs médecins généralistes de découvrir le fonctionnement de ce service mais aussi de leur faire découvrir les communes environnantes et leurs atouts.

Les praticiens du service ont aussi une action régionale de mise en valeur de leur activité. En effet ils ont participé en 2010 à la création du Club Haut Normand de Médecine Polyvalente. La vocation de ce club est le regroupement des médecins hospitaliers de la région exerçant la médecine polyvalente en court ou moyen séjour lors de soirées de formation semestrielles.

Toutes ces actions témoignent de l'ouverture vers l'extérieur de ces professionnels de santé. Comment ces efforts sont-ils perçus par les médecins généralistes ? Ces démarches correspondent-elles à leurs attentes ? Sont-ils satisfaits de la collaboration avec cette unité ?

Notre étude se situe donc sur un territoire où la population est particulièrement fragile tant sur le plan socio-économique que sur le plan de la santé. Face à cela, l'offre de soin ambulatoire est déficitaire et cette situation va s'aggraver. C'est dans ce contexte que nous nous sommes intéressés à la notion de communication entre

les secteurs hospitaliers et libéraux et plus spécifiquement entre les acteurs de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente de Louviers et les médecins généralistes du secteur. Qu'en est-il des relations actuelles? Quel peut être l'apport d'une collaboration plus riche ? Comment mieux communiquer ? Telles sont les questions que nous nous sommes posés.

B. MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé deux enquêtes par questionnaire auprès des deux populations concernées. La part la plus importante du travail est représentée par l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes du secteur. La communication étant un échange à double sens, il nous a semblé important de recueillir aussi le sentiment des médecins hospitaliers du service concerné. Néanmoins, étant donné leur nombre réduit, il s'est simplement agi de recueillir une impression générale.

1. Enquête auprès des médecins généralistes

- Population étudiée

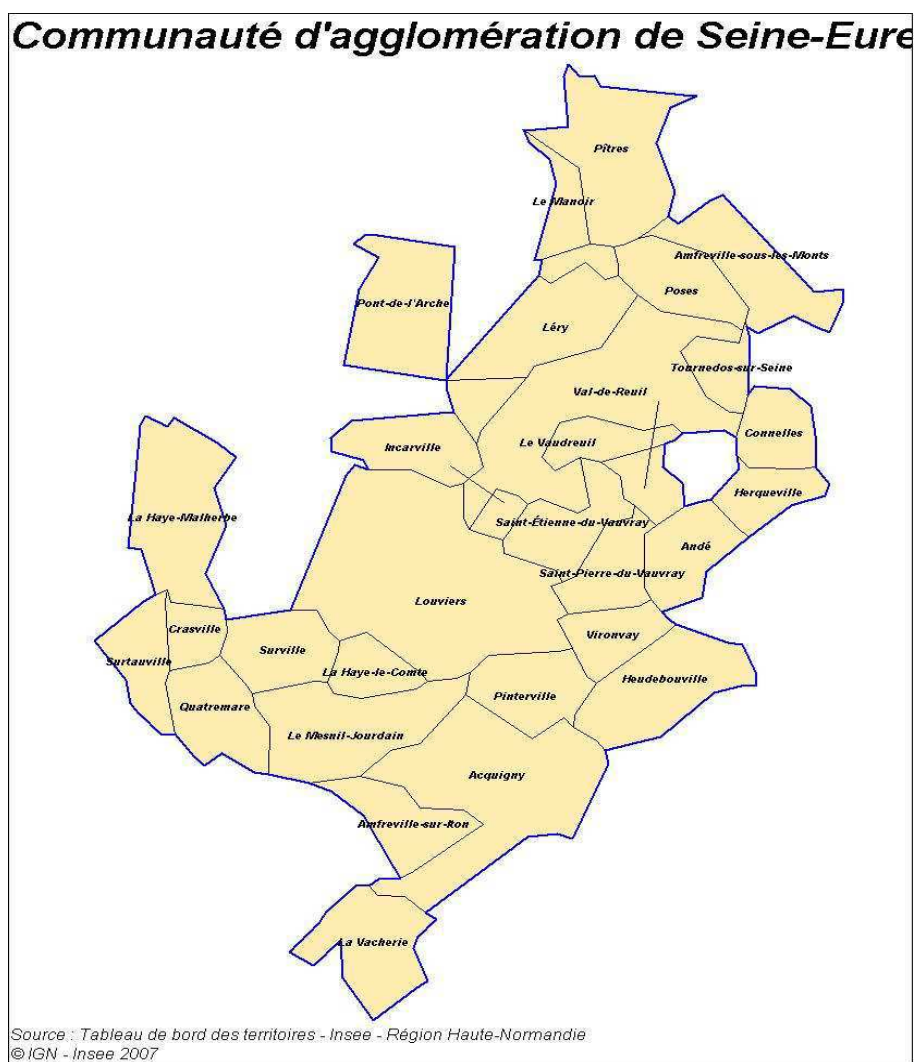
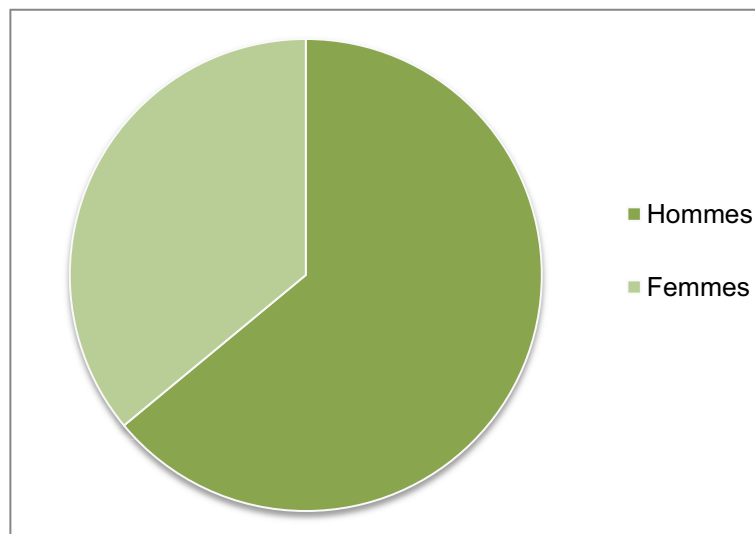


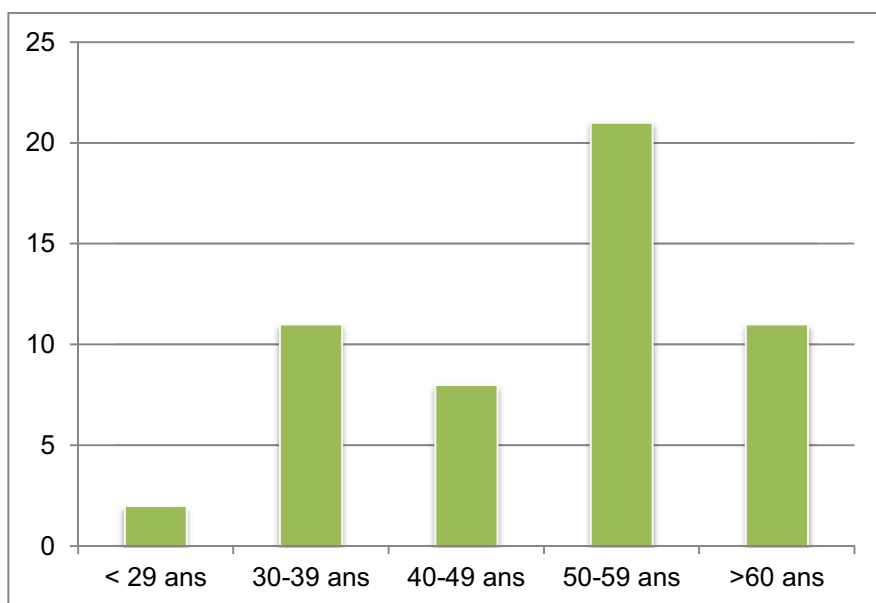
Figure 1: Communauté d'Agglomération Seine Eure.

Notre étude se situe donc sur le territoire de la CASE (figure 1). Tous les médecins généralistes libéraux de cette zone ont été recensés par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre de l'Eure. Quatre médecins ont été exclus pour exercice particulier : 2 médecins généralistes pratiquant l'acupuncture, 1 l'ostéopathie et 1 uniquement de la pédiatrie. Il a été considéré que leur exercice rendait la collaboration avec le service en question rare voire inexistante. 53 médecins libéraux exerçant la médecine générale ont donc été inclus. Ils sont représentés par 64% d'hommes et 36% de femmes (graphique 7).



Graphique 7 : Répartition des médecins généralistes de la CASE par sexe. Données conseil de l'ordre de l'Eure Mars 2011.

C'est une population médicale vieillissante puisque 60% d'entre eux ont plus de 50 ans. (Graphique 8). Néanmoins 10 installations datent de moins de 5 ans ce qui témoigne d'un certain dynamisme.



Graphique 8 : Répartition des médecins généralistes de la CASE par tranches d'âge.

- Protocole d'étude

Pour recueillir le point de vue des médecins généralistes sur leurs collaborations avec l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente concernant le diabète et les polyopathologies il a été décidé de réaliser une enquête par questionnaire anonyme (annexe 2). Ce questionnaire comporte 19 questions fermées. Certains items se divisent en plusieurs sous questions. Sa réalisation est rapide. Une première partie cherche à décrire le médecin et son activité. La seconde partie s'intéresse aux pratiques et à la satisfaction du médecin généraliste. Il explore :

- *Les partenaires hospitaliers préférentiels des médecins interrogés (1 question)
- *Les modes de communication des médecins généralistes avec l'UFMP (1 question)
- *La qualité de la collaboration (2 questions)
- *La collaboration concernant les patients diabétiques et polyopathologiques (3 questions)
- *La satisfaction des médecins en cas d'entrée programmée (1 question)
- *La satisfaction des patients au décours de leur hospitalisation (1 question)
- *Le niveau d'information des médecins libéraux concernant les décisions importantes prises pour leur patient au cours d'une hospitalisation (1 question)
- *La satisfaction concernant les comptes rendus de sortie (3 questions)

*La satisfaction concernant les actions du service et la connaissance de son fonctionnement (3 questions)

La plupart des adresses électroniques des médecins ont été trouvées par l'intermédiaire du système de garde du secteur. Concernant les médecins dont l'adresse électronique n'était pas accessible, l'adresse postale de leur cabinet a été cherchée sur les pages jaunes.

9 questionnaires ont été envoyés par courrier au cabinet des médecins. Le courrier comprenait une lettre de présentation (annexe 3), le questionnaire et une enveloppe réponse.

44 questionnaires ont été envoyés par mail (annexe 4). Il s'agissait d'un lien renvoyant au questionnaire, permettant son remplissage et l'envoi en ligne.

L'envoi des questionnaires a eu lieu le 11 juin 2011. Il a été suivi de deux relances. La réception des questionnaires a été clôturée le 11 septembre 2011.

L'analyse des questionnaires a été réalisée de manière manuelle. Les résultats sont exprimés en pourcentages. Les réponses à choix multiple ont été décrites par l'effectif et le pourcentage de réponse à chaque proposition.

2. Enquête auprès des médecins hospitaliers

- Population étudiée

Comme nous l'avons vu précédemment, l'équipe médicale du service se compose de deux praticiens hospitaliers, d'un assistant et de deux internes. Les internes n'étant présents dans le service que de manière temporaire, ils n'ont pas été inclus dans l'étude. Le nombre de praticiens interrogés étant très réduit, les résultats attendus seront très subjectifs. Il ne s'agit donc pas d'étudier l'avis général des médecins hospitaliers sur leur communication avec les médecins généralistes mais de recueillir le sentiment global des médecins du service.

- Protocole d'étude

L'enquête auprès des médecins hospitaliers de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente a été réalisée par questionnaire envoyé via internet (annexe 5). Il aborde principalement les thèmes de la communication en général et des courriers réalisés

par les médecins traitants pour accompagner leurs patients en cas d'hospitalisation.
Certaines questions sont identiques à celles posées aux médecins généralistes.

C. RESULTATS

1. Enquête auprès des médecins généralistes

- Taux de réponse

Sur 53 questionnaires envoyés, nous avons reçu 26 réponses, soit un taux de réponse de 49%. Nous avons obtenu 5 réponses papier et 21 par internet soit un taux de réponse papier de 55% et internet de 47%.

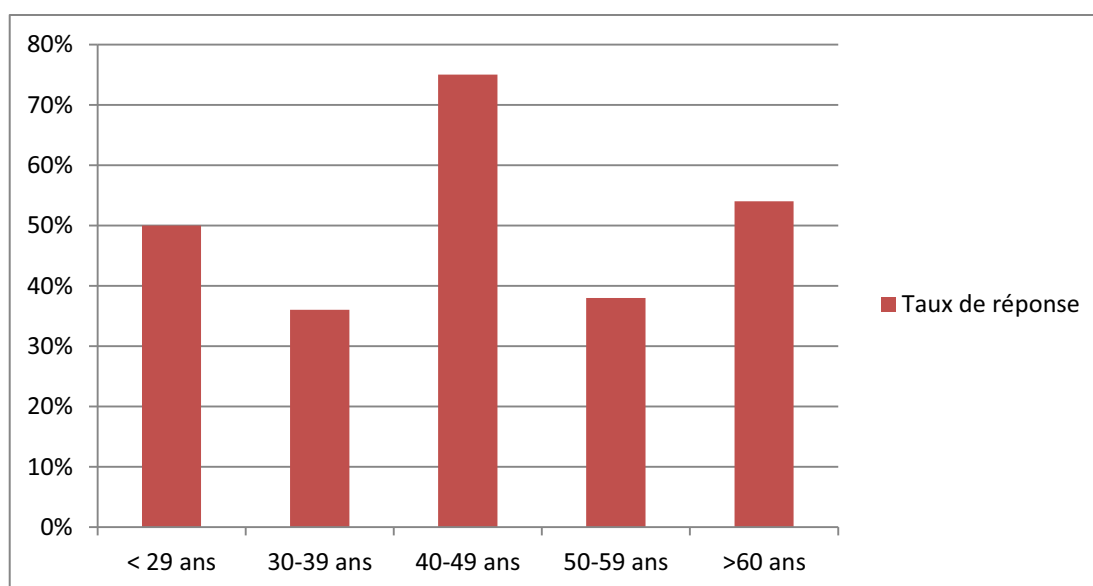
Les 26 répondants étaient composés de 14 hommes (54%) et 12 femmes (46%) soit une plus forte participation des femmes (Tableau 10).

Sexe	Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de réponses	Pourcentage de participation
Femme	19	12	63%
Hommes	34	14	41%

Tableau 10: pourcentage de réponse au questionnaire par sexe.

Le nombre de réponse 72 heures après l'envoi du questionnaire par mail a été de 10, soit 48% des réponses électroniques.

Le taux de réponse selon l'âge était variable (graphique 9). Un seul des participants n'a pas renseigné son âge.



Graphique 9: Taux de réponse au questionnaire par âge (en pourcentage).

- Présentation des médecins ayant participé à l'enquête.

81% des médecins interrogés ont déclaré exercer en cabinet de groupe. La moyenne d'âge des médecins exerçant seuls était de 57.6 ans contre 45.8 ans pour les médecins exerçant en cabinet de groupe.

Ils étaient informatisés à 96%. Seulement 2 médecins ont dit avoir un exercice mixte : l'un était attaché dans un hôpital local du secteur ainsi que dans une clinique, l'autre était vacataire dans un centre hospitalier universitaire.

Quatre médecins ont déclaré avoir une orientation particulière de leur activité : expertises, médecine du sport ou gériatrie.

Le tableau suivant s'intéresse à la date d'installation des médecins répondants (tableau 11).

	1971- 1975	1976- 1980	1981- 1985	1986- 1990	1991- 1995	1996- 2000	2001- 2005	2006- 2010
Hommes	3	2	4	3	1	0	0	1
Femmes	0	1	0	1	0	1	3	6
Total	3	3	4	4	1	1	3	7

Tableau 11 : Date d'installation par âge des médecins répondants.

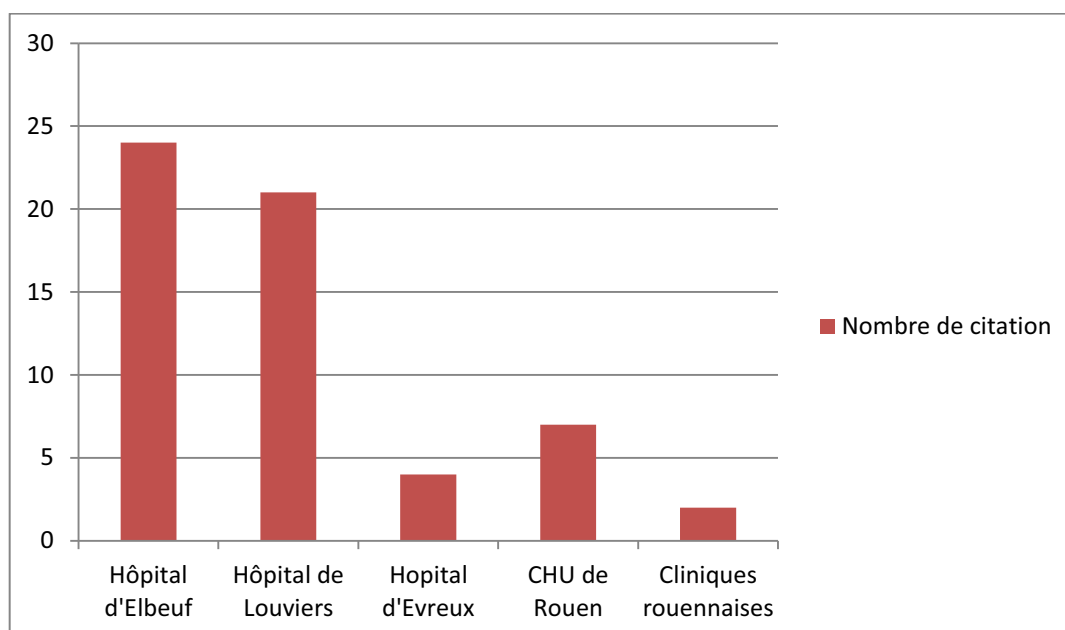
Ce tableau met en évidence que 10 des médecins répondants étaient installés depuis moins de 10 ans en 2011. 9 de ces médecins sont des femmes.

61% des médecins qui ont répondu suivent une formation continue. Les types de formation qui ont été les plus cités sont:

- Les formations MG Form (cités 7 fois)
- Lecture de la revue médicale Prescrire (cité 5 fois)
- Participation à des groupes qualité ou groupes de pairs (cité 7 fois).

Concernant la participation à la formation des étudiants en médecine, 6 médecins ont déclaré être maitres de stage (23% des médecins ayant répondu). Un de ces médecins participait également à l'enseignement dispensé à la faculté et dirigeait le travail de thèse d'un étudiant.

- Partenaires hospitaliers préférés



Graphique 10: Partenaires hospitaliers préférés des médecins généralistes pour leurs patients diabétiques et polyopathologiques.

Les médecins du secteur ont répondu travailler en priorité avec les hôpitaux d'Elbeuf et de Louviers comme le montre le graphique 10.

De plus, 13 médecins (50% des participants) ont donné comme réponse le binôme Elbeuf-Louviers et 4 participants le trinôme Elbeuf-Louviers-CHU.

- Mode de communication des médecins généralistes vers l'UFMP.

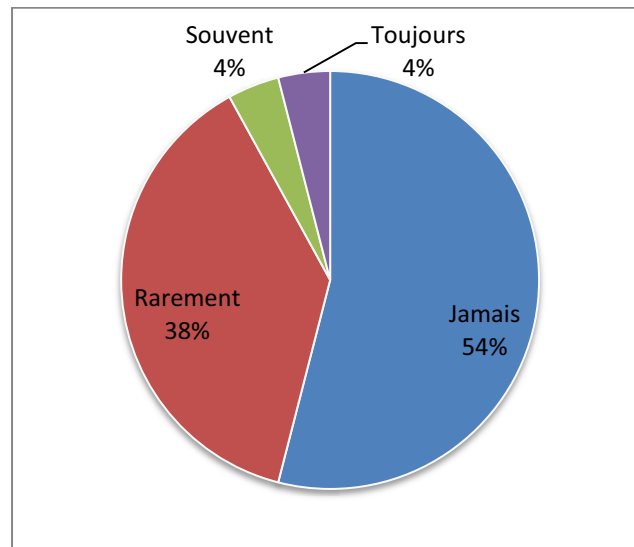
En cas de collaboration avec l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente (UFMP), les médecins généralistes ont déclaré utiliser préférentiellement le courrier et/ou le téléphone comme moyens de communication (tableau 12).

Moyen de communication	Nombre de citation
Courriers	15
Téléphone	22
Contact direct	4
Mail	0
Non concerné	1
Binôme courriers+ téléphone	11

Tableau 12: moyens de communications utilisé en cas de collaboration avec l'UFMP.

- Qualité de la collaboration avec le service.

La collaboration avec l'unité était perçue comme facile ou assez facile par 88% des médecins. Seuls 3 médecins trouvaient la collaboration compliquée et aucun très compliquée.

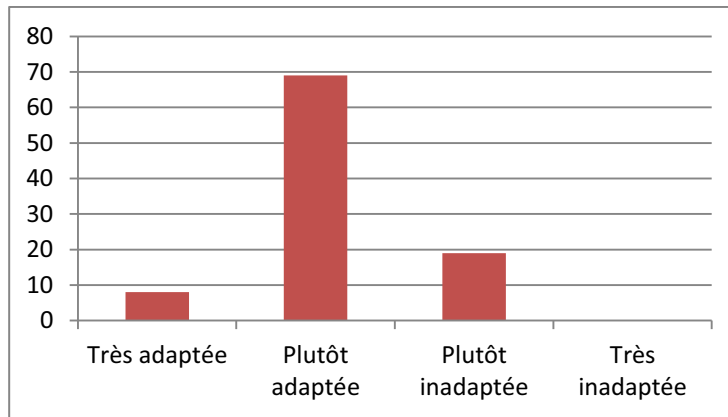


Graphique 11 : présence du sentiment de concurrence vis-à-vis de l'UFMP.

92 % des médecins ont déclaré ne s'être rarement voire jamais sentis en concurrence avec l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente (graphique 11).

- Collaboration avec l'UFMP concernant les patients diabétiques et polypathologiques.

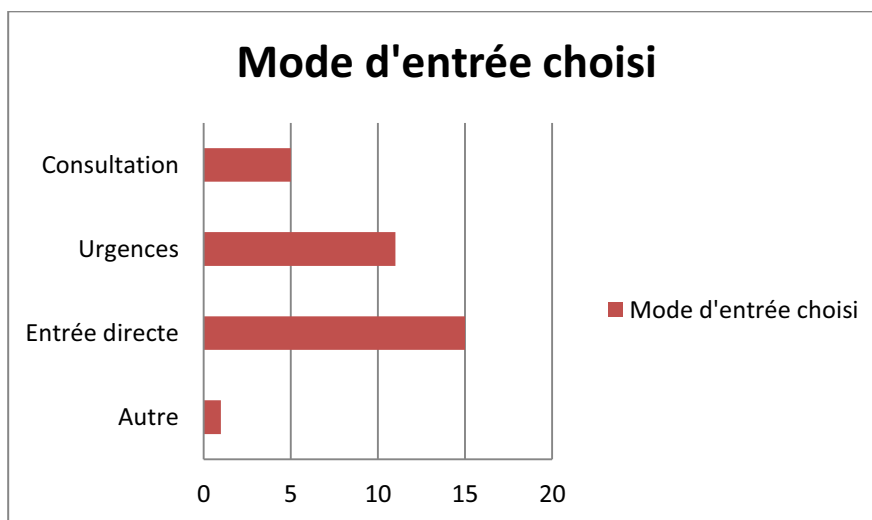
* 65% des médecins ont répondu envisager avoir recours à l'UFMP en cas de déséquilibre de diabète ou de passage à l'insuline chez leurs patients. Ils déclaraient le plus souvent adresser les patients par le biais d'une consultation (8 réponses) ou par entrée directe (13 réponses).



Graphique 12 : Satisfaction des médecins interrogés concernant l'adaptation du traitement au mode de vie du patient diabétique.

Dans cette situation, l'adaptation thérapeutique semblait plutôt ou très adaptée au mode de vie du patient pour 77% des médecins (graphique 12). Un médecin n'a pas répondu à cet item.

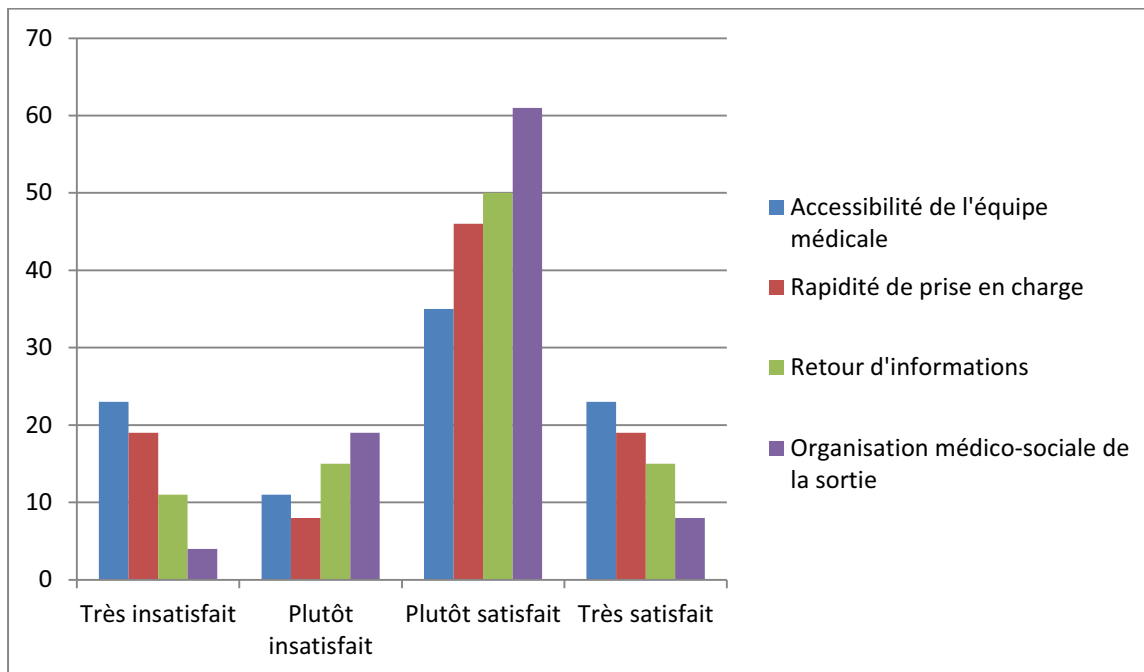
* Concernant les patients polypathologiques, en cas de décompensation ou de précarité du maintien à domicile, 88% des médecins interrogés envisageaient avoir recours à l'UFMP. Le mode d'hospitalisation privilégié était l'entrée directe (graphique 13).



Graphique 13 : Modes d'entrées dans l'unité choisies par les médecins pour leurs patients polypathologiques

Le médecin ayant répondu « autre » procédait par contact téléphonique.

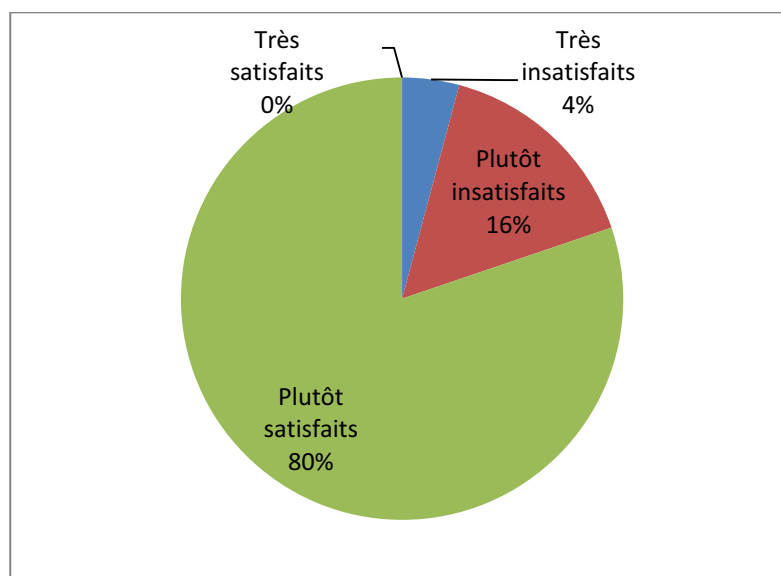
- Degrés de satisfaction des médecins en cas d'entrée programmée



Graphique 14: Satisfaction des médecins en cas d'entrée programmée selon quatre items.

Ce graphique (graphique 14) illustre le degré de satisfaction des médecins interrogés en cas de contact avec le service pour une entrée programmée. Cette satisfaction a été évaluée selon quatre items. Deux médecins n'ont pas répondu à ces questions.

- Satisfaction des patients

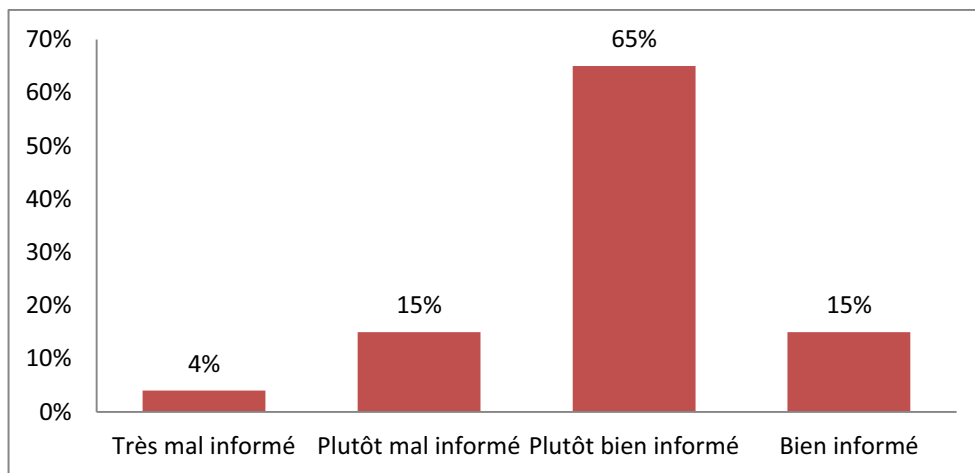


Graphique 15 : Satisfaction des patients.

Le graphique 15 illustre la satisfaction des patients au décours d'une hospitalisation dans le service selon leur médecin. Les médecins généralistes ont donc estimé avoir eu de bons retours de l'hospitalisation par 80% de leurs patients.

- Information du médecin

Le graphique 16 illustre le ressenti des médecins sur leur niveau d'information concernant les décisions importantes prises pour leur patient pendant leur hospitalisation.

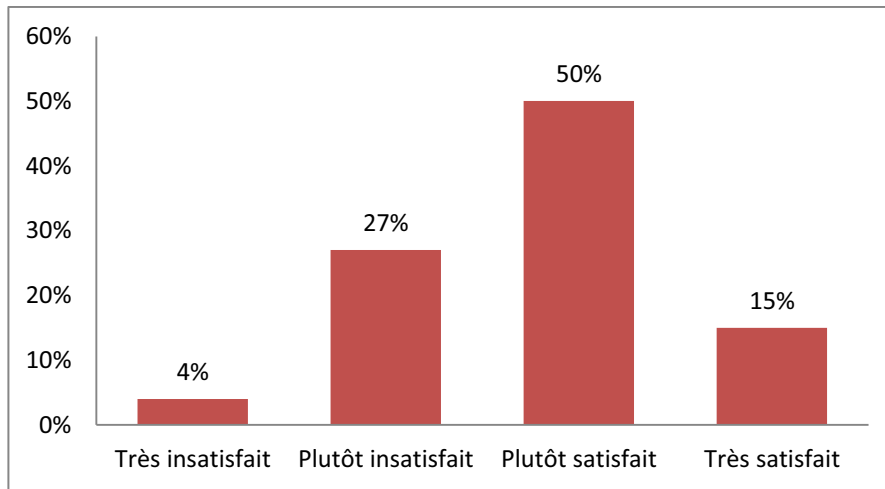


Graphique 16 : Information des médecins concernant les décisions importantes prises pour leur patient.

80% des médecins estimaient être satisfaits de l'information dispensée par les praticiens du service.

- Compte-rendu de sortie d'hospitalisation.

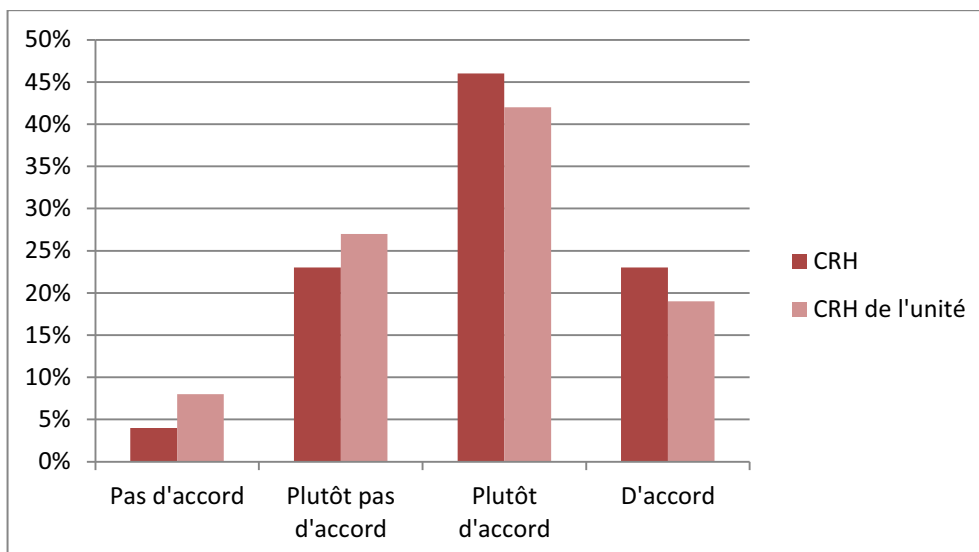
* Le graphique 17 ci-dessous illustre la satisfaction des médecins concernant le délai d'obtention du compte-rendu d'hospitalisation.



Graphique 17 : Satisfaction concernant le délai d'obtention du compte-rendu d'hospitalisation.

A propos de la formalisation du compte-rendu, 19% des médecins se sont estimés très satisfaits, 73% plutôt satisfaits et 4% plutôt insatisfaits. Un médecin n'a pas répondu à cette question. Deux médecins considéraient le compte-rendu pas assez complet.

* Nous nous sommes aussi intéressés au sentiment des médecins généralistes vis-à-vis du rôle d'enrichissement des connaissances médicales du compte-rendu d'hospitalisation. Le graphique 18 montre le parallèle entre les réponses concernant les comptes-rendus hospitaliers en général et les comptes-rendus de l'UFMP en particulier.



Graphique 18 : Le compte-rendu d'hospitalisation a-t-il un rôle d'enrichissement des connaissances ?

* Afin de diminuer les délais d'obtention des comptes-rendus nous avons cherché à avoir l'avis des médecins généralistes vis-à-vis de l'utilisation du courrier électronique pour l'envoi des comptes-rendus. 46% des médecins étaient intéressés, 19% plutôt intéressés, 19% plutôt pas intéressé et 15% pas intéressé. Il ne se distingue pas de différence de moyenne d'âge entre ces différentes catégories.

- Fonctionnement du service

73% des médecins interrogés étaient plutôt (65%) voir très (8%) satisfaits des actions de communications réalisées par les praticiens du service. 19% étaient plutôt insatisfaits. Deux médecins n'ont pas répondu (8%).

	Nombre de réponses	Pourcentage
Pas intéressé	2	8%
Plutôt pas intéressé	5	19%
Plutôt intéressé	12	46%
Intéressé	7	27%

Tableau 13 : Intérêt des médecins généralistes à participer à un staff avec l'UFMP.

Le tableau 13 ci-dessus illustre la volonté des médecins généralistes de participer à un staff dans l'unité, d'accès libre, afin de discuter de leurs patients à hospitaliser, hospitalisés ou sortis d'hospitalisation. Environ 73% ont répondu y être favorables. Six médecins justifiaient leur refus par manque de temps, 1 par manque d'intérêt. Dans ce contexte de réforme organisationnelle et tarifaire, 92% des médecins se sentaient plutôt voire très mal informés des modalités de fonctionnement d'un service de médecine polyvalente comme celui de Louviers. 1 seul médecin se considérait plutôt bien informé et 1 n'a pas répondu.

2. Enquête auprès des médecins hospitaliers

- Taux de réponses

Les trois praticiens ont répondu à ce questionnaire. Les deux premières réponses ont été reçues en 24 Heures et la troisième en 10 jours.

- Ancienneté dans le service

Les praticiens interrogés ont répondu exercer dans le service depuis respectivement 8 ans, 6 ans, et 10 mois.

- La communication avec les médecins généralistes

Selon les médecins interrogés, la communication avec les médecins généralistes du secteur semblait assez facile (1 réponse) voire facile (2 réponses). Leurs contacts directs étaient quotidiens pour 1 médecin et d'une fréquence de 1 à 2 par semaines pour les deux autres participants.

L'ensemble des médecins hospitaliers ont dit considérer qu'il est très important de prendre l'avis et d'informer le médecin généraliste du patient en cas de décision importante. Dans ce type de situation, les médecins généralistes leur semblaient plutôt facilement joignables.

- Courriers d'accompagnement

L'ensemble des médecins interrogés considéraient que les courriers rédigés par les médecins traitant en cas d'hospitalisation d'un de leur patient est un outil de communication très important. Selon eux, une majorité (2 réponses) voire la totalité (1 réponse) des patients était munie d'un courrier de leur médecin traitant lors de leur hospitalisation.

Deux praticiens étaient plutôt satisfaits du contenu de ces courriers d'une manière générale. Le troisième se disait très insatisfait.

Le tableau ci-dessous (tableau 14) traite de la fréquence d'apparition dans ces courriers de certains items primordiaux.

	Antécédents médicaux du patient	Traitements en cours	Présence d'une question clairement exposée
Jamais			
Rarement		1 réponse	
Souvent	3 réponses	1 réponse	2 réponses
Toujours		1 réponse	1 réponse

Tableau 14 : Contenu des courriers de médecins traitant selon les médecins hospitaliers.

- Rôle d'enrichissement des connaissances des courriers médicaux

A la question « Considérez-vous que la lecture des courriers médicaux remplit un rôle d'enrichissement des connaissances médicales ? », les médecins de l'unité ont répondu être plutôt d'accord (2 réponses) ou d'accord (1 réponse).

- Staff interdisciplinaire

La question concernant la mise en place d'un staff interdisciplinaire régulier a été posée aux médecins hospitaliers. Ils se disaient prêts à organiser et à participer à ce type de réunions.

- Fonctionnement d'un cabinet médical libéral

Les praticiens interrogés se sentaient plutôt (2 réponses) voire très (1 réponse) mal informés des modalités de fonctionnement d'un cabinet libéral de médecine générale.

D. DISCUSSION

A partir de cette étude, locale, une réflexion sur la notion de communication dans notre système de soin et en particulier entre le secteur libéral et le secteur hospitalier peut être menée. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à identifier les enjeux auxquels notre système de soin va devoir faire face dans les années à venir. Ensuite, nous verrons quelle place y tient la communication et quel peut être son apport face à ces enjeux à venir. Enfin, nous centrerons cette réflexion sur le plan local.

1. Les enjeux

Il s'agit de situer le contexte de cette étude et de poser les enjeux qui font de la communication un atout à développer afin d'optimiser le fonctionnement de notre système de santé.

- Démographie médicale et vieillissement de la population

Comme nous l'avons vu dans le préambule, la France va observer dans les années à venir une chute des effectifs des médecins en activité. La région Haute-Normandie présentant d'ores et déjà, comme neuf autres régions de France, des densités médicales inférieures à la moyenne nationale, ce constat est inquiétant [5]. Face à cette diminution à venir de la densité médicale, nous allons parallèlement observer une augmentation des individus de plus de 65 ans. En effet, comme abordé dans le préambule, on estime qu'en 2050 un tiers de la population aura plus de 60 ans. Il y aurait donc 69 habitants âgés de plus de 60 ans pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005 [2]. Trois phénomènes rentrent en compte dans cette évolution: les conséquences du « baby-boom », l'allongement de l'espérance de vie et la diminution des effectifs des moins de 20 ans [7]. Diminution de la densité médicale et vieillissement de la population sont donc deux enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de soin nécessitant des adaptations afin d'optimiser les prises en charge des patients.

- Prise en charge des maladies chroniques dont le diabète et les polyopathologies

L'augmentation de la part la plus âgée de la population s'accompagnera naturellement d'un accroissement du nombre de patients atteints de maladies chroniques et polyopathologiques. Il faudra donc faire face à cette augmentation d'une catégorie de patients forts consommateurs de soins. La caisse nationale d'assurance maladie a déjà observé une hausse du nombre de patients en ALD. Entre 2007 et 2008, une augmentation de +3,5% a été enregistrée [8]. Sur le plan du diabète, on a observé une augmentation continue de la prévalence de cette maladie de +6% par an entre 2000 et 2009 [9]. Cette « épidémie » diabétique devrait se poursuivre du fait de différents facteurs : vieillissement de la population, augmentation de l'espérance de vie des diabétiques, augmentation de la prévalence de l'obésité et augmentation du dépistage. Le pic de prévalence se situe entre 75 et 79 ans, atteignant 20% des hommes et 14% des femmes de cette tranche d'âge en 2009. Malgré de fortes disparités régionales, la Haute-Normandie présente un taux de prévalence du diabète proche de la moyenne nationale [10]. Cependant, ainsi que nous l'avons vu précédemment, tous les indicateurs socio-économiques décrivent la population de la CASE comme une population à risque [1]. Des études ont été menées afin d'établir la prévalence du diabète en fonction du niveau socio-économique des patients. Il en ressort que la maladie diabétique est plus fréquente dans les populations à faible niveau socio-économique. De manière globale c'est le niveau d'étude qui est l'indicateur le plus fortement associé à la prévalence du diabète. On sait, par exemple, que les femmes et les hommes ayant un niveau d'étude inférieur au CEP (Certificat d'Etudes Primaires) déclarent respectivement 3,7 fois et 2 fois plus souvent un diabète que celles et ceux qui ont le baccalauréat [11]. A sein de la CASE le taux de scolarisation de la population âgée de 18 à 24 ans est de 42% alors qu'il est de 52% en France Hexagonale. De même, 21,6% des personnes âgées de 15 ans et plus domiciliées dans la CASE sont ouvriers alors qu'ils ne représentent que 14% en France métropolitaines. La population de la CASE s'inscrit donc comme une population à risque de diabète. Ainsi, outre le risque inhérent au vieillissement de la population, ce territoire va connaître une demande d'autant plus croissante de soins médicaux.

- Evolution du mode d'exercice de la médecine générale

Nous allons observer, dans les années à venir, une chute de la densité médicale. Au-delà de cette réalité chiffrée, de nombreuses autres évolutions sont à prendre en compte pour appréhender l'évolution de l'offre de soin dans notre pays, en particulier la féminisation de la profession, l'évolution du mode de vie et l'attrait pour le salariat. Sur le plan local, le nombre d'installations récentes chez les médecins généralistes ayant répondu à notre enquête est important. En effet dix installations datent de moins de 10 ans (la totalité en cabinet de groupe). Neuf de ces médecins sont des femmes. Cela reflète la tendance actuelle vers la féminisation de la profession. En effet si l'évolution reste constante, la proportion de femmes parmi les médecins actifs passerait de 39% en 2006 à 53,8% en 2030 [4]. Sans juger de la qualité de la prise en charge, plusieurs études ont noté des différences quantitatives entre le temps de travail des hommes et des femmes [12]. Les femmes travailleraient moins que les hommes et ces différences s'expriment de manière diffuse : nombre de patients pris en charge par jour (H =28/F=24,6), nombre de jours travaillés par semaine (H=5,1/F=4,6), durée de travail par semaine (H=53 heures/F=42,5 heures), nombre de semaines de vacances par an (H=6,1/F=6,9) [13].

Cette évolution n'est toutefois pas la seule à prendre en compte dans l'évolution de l'offre de soin. En effet les jeunes générations, hommes et femmes, ont un désir grandissant d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. La même étude réalisée auprès de jeunes médecins a montré que seulement 67,5% d'entre eux envisageaient de travailler à temps plein si ils n'avaient pas d'enfants et 36,5% si ils étaient parents (11% des femmes). De plus, seulement 4% des personnes interrogées privilégieraient la vie professionnelle aux dépens de la vie privée si ils devaient faire un choix [14]. Ces chiffres reflètent bien l'évolution des aspirations par rapport aux générations précédentes.

Le secteur libéral souffre aussi de l'attrait du salariat. Depuis les années 1990, on observe une très nette augmentation du choix du mode d'exercice salarié au détriment du libéral [15]. Cela se traduit entre autre par une stagnation des effectifs de médecins de premier recours malgré l'augmentation du nombre de médecins généralistes entre 1995 et 2005 [16].

Féminisation de la profession, attrait du salariat, importance donnée à la vie personnelle, diminution de la densité médicale sont autant de facteurs d'évolution allant vers la diminution de l'offre de soin. Dans ce contexte il est donc important d'optimiser notre prise en charge conjointe des patients. Une des pistes pour y arriver est d'établir une communication de qualité entre les différents intervenants.

- Enjeux pour la prise en charge des patients

Ainsi la population vieillit. L'« épidémie » diabétique s'étend. La densité médicale va diminuer. Faire face à ces enjeux va nécessiter une collaboration importante entre les différents acteurs du système de santé. En effet la prise en charge de patients chroniques par un effectif médical réduit ne peut s'envisager sans une coopération efficace.

Prenons comme exemple une étude réalisée en 2003 à propos des consultations aux urgences. Il est mis en évidence que le temps d'attente aux urgences qui s'écoulait entre la décision d'hospitaliser et la disponibilité de la chambre augmentait avec l'âge. Le temps d'attente moyen était de 2H43 alors qu'il augmentait à plus de 3H30 pour les personnes âgées de plus de 70 ans [17]. Une coopération efficace entre professionnels de santé ne permettrait-elle pas d'éviter ce type d'étape inutile et ainsi d'améliorer la prise en charge de ces patients? En effet, dans ce contexte démographique, une modification de la prise en charge de nos patients va être nécessaire afin de faire face à cette situation et d'éviter une saturation du système de soin.

- Enjeux financiers

Au-delà des enjeux humains, essentiels bien sûr, ces évolutions comportent aussi de forts enjeux financiers. En effet, ces patients polypathologiques ou diabétiques sont des consommateurs réguliers du système de soin. Leur augmentation risque donc d'être accompagnée d'une augmentation des dépenses. En 2009, la forte croissance des dépenses de santé est liée à celle des dépenses de soins aux personnes âgées en établissement (+15%) [18]. Le vieillissement de la population risque d'entretenir ce phénomène. En fait si l'allongement de la durée de vie coïncide avec une amélioration de l'état de santé, l'augmentation des dépenses de santé sera moindre. Par contre si cet allongement est dû à un accroissement de

l'intensité des soins permettant le maintien en vie de personnes dont l'état de santé est détérioré, alors l'augmentation des dépenses sera plus forte [7]. Un vieillissement réussi est donc un enjeu pour le patient bien sûr, mais aussi sur le plan socio-économique.

La prise en charge des patients diabétiques représente elle aussi un coût important. Les remboursements versés à l'ensemble des diabétiques en France s'élevaient à 12,5 milliards d'euros en 2007 (hospitalisation : 4,7 milliards, médicaments : 3,4 milliards, soins infirmiers : 1,0 milliard). A l'échelle d'une personne diabétique traitée, le remboursement moyen était estimé à 5 300 euros par an. Ce chiffre a augmenté de 30% en 6 ans (2000-2006). Cependant le montant des remboursements varie avec l'âge. Les patients les plus âgés (>85 ans) ont des dépenses deux fois plus élevées que les plus jeunes (< 45 ans). De nombreuses données peuvent expliquer la hausse des dépenses dans le cadre de la maladie diabétique : augmentation de la prévalence du diabète, hausse des remboursements moyens par personne diabétique, intensification des traitements, amélioration du suivi, modification des pratiques, augmentation de la couverture en ALD des patients diabétiques... Il est à noter que ces estimations ne prennent pas en compte les frais restant à la charge des patients ni les coûts indirects (perte de productivité résultant des arrêts de travail, invalidités, mortalité prématurée) [19]. Le coût global pour le patient mais aussi pour la société est donc supérieur à ces chiffres.

Notre système de soin va donc devoir faire face à de nombreux enjeux dans les années à venir. Les réponses à ces enjeux sont complexes et multiples. Apporter des modifications dans l'organisation de l'offre de soin demande du temps. En effet à l'échelle d'un pays la modification de pratique ne peut être immédiate. Cependant, certaines actions, plus simples, accessibles à tous, peuvent aider à la prise en charge des patients au quotidien. L'efficacité d'un service hospitalier est en grande partie le fruit d'un travail d'équipe. Faire de la prise en charge de proximité des patients un « travail d'équipe » englobant les praticiens hospitaliers et libéraux peut constituer une piste pour faire face à ces enjeux.

2. Une piste pour faire face à ces enjeux : la communication et ses outils

Travailler en collaboration ne peut se faire sans communiquer de manière efficace. Les acteurs du système de soin, libéraux ou hospitaliers, sont-ils intéressés par ce type de travail en collaboration ? Qu'en est-il aujourd'hui, quelles sont leurs attentes pour l'avenir, qu'est ce qui rend cette communication difficile, qu'en est-il des politiques de santé du gouvernement ? Autant de questions à aborder.

- Intérêt des médecins libéraux pour une démarche de collaboration

Tout d'abord, il semble que notre intérêt pour la communication soit partagé par les médecins généralistes libéraux du secteur. En effet l'enquête réalisée auprès de ces praticiens a obtenu une participation importante. Le taux de réponse au questionnaire est de 49%. Les enquêtes sur le thème de la collaboration entre le secteur libéral et hospitalier obtiennent en général des taux de réponses assez élevés [20 ; 21 ; 22]. Deux études réalisées sur ce thème sous forme de questionnaire adressé aux médecins traitants ont affiché des taux de réponse de 42% [20] et 49% [21]. Une troisième enquête a été réalisée par entretien avec les médecins généralistes après recrutement téléphonique. Leur taux de réponse est de 62% [22]. Le taux de réponse varie donc aussi selon le mode de réalisation de l'enquête. Ces participations témoignent de l'intérêt des médecins généralistes pour ce sujet qui les concerne au quotidien. La réactivité des médecins de notre étude confirme cet intérêt : 48% des réponses au questionnaire par mail ont été reçues dans les 72 heures suivant son envoi. Il n'a pas été mis en évidence d'écart entre la moyenne d'âge de ces médecins par rapport à l'ensemble des médecins répondants.

Le médecin généraliste a un rôle de coordinateur des soins et des informations relatives aux patients. Ce rôle a été entériné par la réforme du Mars 2004 créant le « parcours de soins coordonnés » et confirmé par la loi HPST en 2009. Pour mener à bien cette fonction, avoir des relations privilégiées avec les autres acteurs du système de soin est essentiel. Ainsi la communication prend une place croissante dans le quotidien des médecins généralistes. Sans une communication réussie, le médecin ne peut remplir son rôle de pivot. Son intérêt est donc le reflet de l'importance de cet enjeu dans sa pratique.

- Intérêt des médecins hospitaliers pour une démarche de collaboration

Pour les médecins hospitaliers, les relations avec les médecins libéraux représentent aussi un enjeu important pour le fonctionnement du service. Le choix de l'hôpital et du service par le médecin traitant tient compte de différents paramètres comme la proximité, la spécialisation du service, les préférences du patient, mais aussi de ses propres expériences vécues avec tel ou tel service [23]. Dans ce contexte de réforme tarifaire avec notion de rentabilité de l'activité, il semble important pour les services hospitaliers d'entretenir de bonnes relations avec leurs partenaires libéraux. Comme nous l'avons vu précédemment, les praticiens du service mettent en œuvre de nombreuses actions de communications, reflet de leur intérêt pour ce sujet. 73% des médecins répondants étaient plutôt, voire très satisfaits de ces actions de communication. Afin d'aller plus loin dans le dialogue et la collaboration, nous avons émis l'idée d'un « staff » regroupant les praticiens du service et les médecins généralistes volontaires. Ce regroupement serait l'occasion de discuter du cas des patients hospitalisés, à hospitaliser (en vue d'une entrée programmée), ou sortis d'hospitalisation. Ce temps permettrait aux différents acteurs de mieux se connaître mais aussi de collaborer pour la prise en charge des patients. Les trois praticiens de l'unité se disaient prêt à organiser et à participer à ce type de réunion. De leur côté 73% des médecins libéraux interrogés y seraient favorables. Le principal frein était le manque de temps. Néanmoins, cette motivation exprimée par des généralistes le plus souvent débordés, est le signe d'une forte volonté de collaboration. Toutefois, même si l'apport d'un tel temps de rencontre serait grand, son organisation et sa réussite restent incertaines.

- Freins à la collaboration

Même si les différents intervenants semblent concernés par ce sujet, il existe de réelles difficultés de mise en œuvre. En effet, de nombreux facteurs rentrent en compte dans cette relation complexe.

Des études montrent que 84% des médecins généralistes interrogés ont dit avoir le sentiment de ne pas exercer le même métier que leurs collègues hospitaliers [22] et seulement 51% se sentaient reconnus par leurs pairs [13]. Cette distance ressentie entre ces différents acteurs du système de soin n'est pas propice à une relation réussie. En effet le respect de l'autre et de son travail est un préalable indispensable

pour une bonne collaboration. On peut trouver une origine à cet écart entre spécialités dès les années d'études. Très peu d'universités proposent un stage en médecine générale durant l'externat. Ainsi les médecins à vocation hospitalière n'ont aucun contact avec le milieu libéral durant leurs études. Ils n'en connaissent donc pas les particularités d'exercice. Les médecins hospitaliers de l'unité fonctionnelle de Louviers, par exemple, s'estiment plutôt voir très mal informés sur les modalités de fonctionnement d'un cabinet libéral de médecine générale. De même, les médecins libéraux connaissent peu les contraintes de fonctionnement d'un service hospitalier de médecine. Dans le contexte de réforme organisationnelle et tarifaire actuel, 92% des médecins de notre enquête se considéraient plutôt mal, voire très mal informés sur les modalités de fonctionnement d'un tel service. Cette méconnaissance du milieu d'exercice de l'autre peut être à l'origine de difficultés de collaboration. En effet, il est plus facile de répondre aux attentes de l'autre et à ses besoins lorsqu'on les a préalablement ciblés. De plus, pour la plupart des médecins traitants, l'hôpital représente un lieu de haute technologie, de prestige et de connaissances de pointe [20 ; 23]. Cela s'applique en particulier lorsqu'il s'agit d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). La différence d'exercice au quotidien fait que les préoccupations, bien que centrées sur le patient, sont différentes. Cette considération pour ces médecins de pointe rend la « marche » plus haute pour entrer en relation avec eux.

Tous ces éléments creusent l'écart entre ces deux univers et rendent la collaboration difficile bien que reconnue comme essentielle par les deux parties.

- Mutations du système de soin primaire

L'organisation du système de soin ambulatoire en France a longtemps été assez libre, faiblement hiérarchisée. La coordination des soins reposait alors en grande partie sur le patient, sa famille et les habitudes d'exercice du médecin traitant. La réforme de 2004 met en place « le parcours de soins coordonnés ». Le médecin traitant devient alors le point d'entrée dans le parcours de soins. Cela correspond à un début de hiérarchisation du système de soin. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 confirme cette volonté d'organisation du système de soins primaires autour du médecin traitant. Cette réforme redéfinit les missions de premier recours du médecin généraliste : orientation des patients dans le système de soin,

coordination des soins, synthèse des informations relatives à ces patients, actions de prévention et de dépistage [24]. Cette loi a aussi permis la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS). Ces agences regroupent différentes instances de l'Etat et de l'Assurance Maladie qui étaient auparavant dispersées. Elles regroupent en particulier la gestion du secteur hospitalier ainsi que du secteur libéral. Le but est donc de permettre une gestion régionale (décentralisée), simplifiée du système de soin dans son ensemble. Ces modifications dans notre système de santé le rapprochent de différents modèles européens. L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a réalisé une étude en 2009 sur l'organisation des soins primaires de 9 pays développés [25]. Les auteurs de cette étude ont différencié trois modèles distincts d'organisation : le modèle normatif hiérarchisé (Catalogne, Suède et Finlande), le modèle professionnel hiérarchisé (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande) et le modèle professionnel non hiérarchisé (Allemagne, Canada). Dans le modèle normatif hiérarchisé, le système est régulé par l'Etat de manière décentralisée et organisé autour des soins primaires. Le cœur de ce système est représenté par des centres d'équipes de soins primaires pluridisciplinaires. La coopération interprofessionnelle est fort développée dans ces systèmes. Les autorités locales mettent en place des ratios d'offre de soins (qui s'expriment en nombre de professionnels) par unité de population. Le modèle professionnel hiérarchisé se caractérise par une réglementation moins présente. Le médecin généraliste a ici une fonction essentielle de filtre et de pivot dans le système de soin. La gestion financière est là aussi décentralisée. Enfin, dans le modèle professionnel non hiérarchisé il y a une absence de projet global pour l'organisation des soins primaires et notamment au regard du secteur hospitalier. La plupart des pays développés, confrontés à des défis similaires, connaissent des évolutions convergentes : décentralisation, regroupement de professionnels de soins primaires autour du médecin généraliste... En France, les évolutions telles que la réforme du parcours de soin et du médecin traitant de 2004, la définition des soins de premier recours par la loi HPST ainsi que la territorialisation croissante des politiques de santé, traduisent un désir d'organisation de l'offre de soin autour des acteurs locaux pour une prise en charge de proximité.

- Attrait du travail en groupe

Si le travail en centre pluridisciplinaire est, dans certains pays, l'organisation imposée par l'Etat, c'est aussi un mode de travail de plus en plus recherché par les médecins généralistes français. 81% des médecins répondants exerçaient en cabinet de groupe. La moyenne d'âge des médecins exerçant en groupe était de plus de 11 ans plus basse que celle des médecins exerçant seuls. En effet, les aspirations professionnelles des jeunes médecins diffèrent de celles de leurs aînés. En 2002, la mission « Démographie des professions de santé » rapportait que « d'une manière générale l'ensemble des professionnels de santé déclare ne plus souhaiter l'exercice isolé, que ce soit en milieu urbain ou rural. Les raisons sont multiples : rejet de l'isolement intellectuel, souhait de préserver une qualité de vie personnelle et familiale, partage de plateau administratif, souci de faciliter la continuité des soins et leur permanence » [26]. Une enquête réalisée auprès d'étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale a montré l'attrait important de ces jeunes médecins pour le travail en association : 67% des personnes interrogées envisageaient de travailler dans un cabinet de groupe et 18% dans un centre pluridisciplinaire libéral. Seulement 3% d'entre eux projetaient de travailler seuls [14]. Les jeunes expriment donc un réel attrait pour le travail en groupe. Le désir de travailler en collaboration étroite avec les praticiens hospitaliers sera peut-être plus fort chez ces jeunes générations qui recherchent un exercice moins isolé que leurs aînés.

- Un temps propice à la communication : l'hospitalisation

Même si les relations entre les médecins hospitaliers et libéraux s'inscrivent au quotidien, elles sont exacerbées en cas d'hospitalisation. Selon le code de la santé publique, les médecins des services hospitaliers sont « tenus d'informer par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné ». C'est ensuite au médecin de faire savoir sa volonté d'être informé [27]. Toutefois c'est le praticien hospitalier qui doit tenir informé le médecin désigné par le patient ou sa famille « des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible » [28]. L'enquête réalisée auprès des médecins du service a montré qu'ils considéraient à l'unanimité qu'il était très important de prendre l'avis et d'informer le médecin généraliste en cas de décision importante pour le patient. Dans ces

situations par exemple, les médecins de l'unité estimaient que les médecins généralistes étaient plutôt facilement joignables. En parallèle nous avons aussi mis en évidence que 65% des médecins généralistes du secteur s'estimaient plutôt bien informés et 15% bien informés concernant ces décisions importantes prises pendant l'hospitalisation. Si la communication locale dans cette situation semble fonctionner, ce n'est pas le reflet des nombreuses autres études sur ce sujet [22; 29]. Une étude réalisée en 2009 montrait que 84% des médecins généralistes interrogés souhaitaient être associés aux décisions graves concernant leur patient. Ils étaient pourtant 88% à ne pas se sentir associés au projet thérapeutique lors de l'hospitalisation [22]. A Grenoble en 2010, une étude s'est intéressée à ce sujet de la coopération entre la ville et l'hôpital. Au travers de cette enquête les médecins généralistes déclaraient avoir de grandes difficultés à joindre les médecins hospitaliers, à identifier le médecin en charge du patient et à obtenir des informations pour assurer la continuité des soins [20]. Pourtant, respecter la continuité des soins représente un élément essentiel pour la prise en charge des patients. C'est donc un enjeu important de la collaboration entre médecins de ville et médecins hospitaliers.

- Deux outils essentiels de communication : le courrier d'accompagnement du médecin traitant et le compte rendu d'hospitalisation.

En cas d'hospitalisation, lorsque le patient est adressé par son médecin traitant, il est habituellement accompagné d'un courrier descriptif. Dans cette enquête les médecins de l'unité déclaraient qu'une majorité voire la totalité des patients en sont munis. L'ensemble des médecins hospitaliers interrogés considéraient que ce courrier représente un outil de communication très important. Parmi les médecins du service, deux étaient plutôt satisfaits du contenu de ces courriers et un était très insatisfait. Selon eux les antécédents médicaux sont souvent présents. De même ils considéraient que la question médicale est souvent voire toujours clairement exposée. Les résultats étaient plus partagés concernant la présence des traitements en cours.

De la même façon le compte rendu de sortie d'hospitalisation est un outil important de communication. Il joue un rôle essentiel dans la continuité des soins, en particulier lorsqu'il s'agit de la prise en charge de patients chroniques. Les points importants pour la qualité d'un compte rendu hospitalier sont le délai de réception et

son contenu. Dans une étude réalisée en Ile de France, 42,9% des patients ont consulté leur médecin traitant moins de huit jours après la sortie d'hospitalisation [30]. Ce délai figure également dans les textes de loi : à la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum [32]. En effet, la prise en charge d'un patient à la sortie de son hospitalisation ne peut se faire sans avoir connaissance des informations relatives à cette période. Notre enquête a montré que 65% des médecins généralistes étaient plutôt, voire très satisfaits du délai d'obtention du compte rendu d'hospitalisation. Sur le plan du contenu, 73% étaient plutôt satisfaits et 19% très satisfaits. Ces constatations sont encourageantes par rapport aux autres études traitant de ce sujet. On note par exemple que dans une enquête récente portant sur la circulation de l'information médicale entre la ville et l'hôpital, 94% des médecins jugeaient le délai de réception trop long [29].

Le compte rendu de sortie d'hospitalisation est donc un outil indispensable à la continuité des soins. Peut-il aussi remplir un rôle d'enrichissement des connaissances ? Selon deux sociologues, le compte rendu d'hospitalisation peut être vu comme un signe de reconnaissance et comporter un intérêt intellectuel [23]. Deux études plus récentes abordent ce sujet. Dans l'une, l'information transmise par l'hôpital comportait un intérêt didactique et pédagogique pour 68% des médecins [29]. Dans l'autre, 46,7% des médecins libéraux déclaraient que le compte rendu d'hospitalisation contribue à leur formation continue et plus de la moitié souhaitait que cet aspect pédagogique soit renforcé [33]. Les résultats de nos enquêtes sont en accord avec ces constatations. En effet, 69% des médecins généralistes ainsi que les trois médecins hospitaliers interrogés considéraient que les courriers médicaux de confrères remplissent ce rôle d'enrichissement des connaissances. Concernant les comptes rendus hospitaliers de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente, 61% des médecins généralistes ont estimé qu'ils remplissaient ce rôle.

Dans l'optique d'optimiser le délai de réception, nous nous sommes intéressés à l'avis des médecins généralistes concernant l'envoi des comptes rendus par courrier électronique sécurisé. Malgré un taux d'informatisation de 92%, ils n'ont été que 46% à se déclarer intéressés et 19% plutôt intéressés par cette éventualité. Il n'y avait pas

de différence d'âge entre ces différents groupes. S'agit-il d'une « peur » de l'informatique ou d'une crainte pour la confidentialité des informations transmises?

Le compte rendu d'hospitalisation est donc un outil de communication du quotidien entre les secteurs hospitaliers et libéraux. Il garantit la continuité des soins mais remplit aussi dans certains cas un rôle de formation.

Plusieurs études ont démontré que le retour d'information vers les médecins généralistes en cas d'hospitalisation est meilleur quand le médecin libéral a lui-même transmis des informations au praticien hospitalier [29; 30; 31] (rédaction d'une lettre ou prise de contact téléphonique). Ces études nous permettent de prendre pleinement conscience du double sens de la communication.

3. La communication globale sur le plan local

- La communication en général

Sur le plan de la communication globale notre enquête montre des résultats plutôt encourageants. La collaboration était perçue comme assez facile ou facile par 88% des médecins généralistes interrogés ainsi que par l'ensemble des médecins de l'unité. De même, 92% des médecins généralistes ne s'étaient jamais ou rarement sentis en concurrence avec le service. Ces résultats peuvent être expliqués par le type d'hôpital et le service en lui-même. En effet, nous avons vu que l'hôpital de Louviers correspond à la définition d'hôpital de proximité. Ainsi, par sa situation et sa petite taille, il représente une structure plus abordable qu'un CHU. Le nombre d'intervenants étant plus restreint, il est plus aisé pour les médecins libéraux de savoir qui prend en charge leurs patients et d'établir une relation entre professionnels. Dans une étude anglo-saxonne portant sur la communication, plusieurs praticiens ont déclaré qu'ils téléphonaient plus facilement pour discuter du cas d'un patient quand ils connaissent le collègue en question [34]. Développer des relations personnelles, un respect mutuel, familiariser l'autre avec son propre mode de travail, sont autant de pistes pour une communication plus facile.

Cette collaboration réussie peut aussi résulter de la nature du service en question. La médecine polyvalente, par le type de patients pris en charge, par la formation de ses soignants, par ses moyens médicaux et par sa place dans l'offre de soin est au plus près des médecins généralistes. Actuellement, les médecins généralistes

tiennent un rôle clé, pivot dans la prise en charge des patients. L'unité fonctionnelle de médecine polyvalente représente une solution de proximité pour la prise en charge hospitalière des patients de tout âge, stables et ne nécessitant pas d'avis spécialisé urgent. Face à l'hyperspécialisation et l'hypersegmentation des activités médicales hospitalières, ce type de service propose une prise en charge globale du patient. Un service de médecine polyvalente occupe paradoxalement une place à la fois périphérique et centrale dans un établissement de santé : périphérique du fait de l'absence de spécialisation et centrale pour sa collaboration avec de nombreux intervenants [35]. 65% des médecins interrogés envisageaient d'avoir recours à l'UFMP pour leurs patients diabétiques, en cas de déséquilibre ou de passage à l'insuline. Ils étaient 88% à l'envisager en cas de décompensation ou de précarité du maintien à domicile des patients polyopathologiques. A la lecture de ces chiffres on voit que les médecins généralistes ont intégré le rôle de l'UFMP dans la prise en charge des patients polyopathologiques et qu'ils n'hésitent pas à y avoir recours. Concernant les patients diabétiques, ce chiffre laisse à penser que l'unité doit confirmer sa place dans la prise en charge des patients diabétiques auprès des médecins généralistes.

Augmentation du nombre de patients diabétiques et vieillissement de la population constituent deux éléments pourvoyeurs de patients chroniques, fragiles dont la prise en charge conjointe en respectant la continuité des soins est primordiale.

- Recherche de proximité

La moitié des médecins interrogés du secteur ont répondu travailler en priorité avec le binôme Hôpitaux d'Elbeuf et de Louviers pour la prise en charge de leurs patients diabétiques et polyopathologiques. Cela reflète une réelle recherche de proximité. Une étude de la DREES a évalué le temps de trajet des patients entre leur domicile et leur lieu d'hospitalisation [36]. Près de 30% des patients étaient hospitalisés à moins de 10 minutes de chez eux et près de 50% à moins de 20 minutes. Il a été mis en évidence que le temps de trajet était en moyenne plus long pour les pathologies plus lourdes. Le temps de trajet faible associé aux centres hospitaliers (CH) montre qu'ils sont tout à fait dans leur rôle d'établissement de proximité.

Il n'existe pas de texte officiel pour définir un hôpital de proximité. En 2004, la Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a tenté d'établir une typologie des établissements de soins publics [37]. Les hôpitaux de proximité étaient définis par :

- Un nombre de séjours plus faible que la moyenne
- Une part de marché relativement faible, sur une zone de chalandise peu peuplée, moins urbaine et économiquement moins favorisée
- Une localisation majoritaire dans un département sans CHRU
- Une activité peu technique
- Un plateau technique comportant une part importante de radiologie mais peu d'actes de biologie.

L'hôpital de Louviers peut donc être considéré comme un hôpital de proximité. Comme nous l'avons vu, la proximité est un réel atout pour une collaboration réussie entre secteur hospitalier et libéral.

- Exemple de résultat d'une collaboration réussie : les entrées directes

Que ce soit pour les patients diabétiques ou polypathologiques, le mode d'hospitalisation privilégié des médecins traitants de notre étude était l'entrée directe. En effet, les médecins généralistes exprimaient la volonté d'avoir un accès facilité pour ce type d'entrées [20]. On caractérise les entrées directes par des hospitalisations du patient directement en provenance de son domicile après entente préalable du médecin généraliste et du médecin hospitalier. Ces hospitalisations par entrée directe offrent de nombreux avantages.

→ Prise en charge cohérente dans le cadre de la politique du parcours de soin. Dans ce contexte de diminution de l'offre de soin libérale, le recours aux services d'urgences risque de se trouver augmenté. Il y a donc un intérêt particulier à organiser la prise en charge des patients à la fois en amont et en aval. En amont, en favorisant les entrées directes ou programmées afin de diminuer le risque de surcharge des urgences. En aval, en proposant des services de proximité adaptés à la prise en charge de ces patients. Le territoire de la CASE comprend trois établissements hospitaliers : l'hôpital de Louviers, l'hôpital local de Pont de l'Arche et le centre privé de médecine physique et de réadaptation La Lovière. Ces structures offrent un total de 3,9 lits d'hospitalisation complète pour 1000 habitants alors que la

moyenne nationale est de 8,9/1000 habitants [1]. Il y a donc un enjeu important à réaliser des hospitalisations réussies. Cette prise en charge par entrée directe permettrait à la fois une économie de temps médical et une économie de dépenses de santé.

→Optimisation de la prise en charge des patients. De nombreux patients sont adressés aux urgences par leur médecin traitant alors que leur état et leur pathologie auraient été compatibles avec une entrée directe [38]. Une étude réalisée à propos des usagers des urgences a montré que 74% des patients des urgences sont jugés stables (état jugé non susceptible de s'aggraver) mais nécessitant des examens complémentaires [17]. Parmi ces patients, de nombreux auraient donc pu être des candidats à l'entrée directe. Ce mode d'hospitalisation permet de limiter les intervenants et donc le risque de perte d'information. En cas de passage aux urgences, les patients âgés sont plus souvent hospitalisés : 49% des 71-80 ans et plus de 50% des patients plus âgés alors que la moyenne est de 19%. De plus, on a vu que le temps d'attente aux urgences avant l'hospitalisation augmente avec l'âge [17]. Pour ces patients âgés, fragiles, souvent polyopathologiques cette étape peut être très éprouvante. Constitue-t-elle une étape obligatoire ?

L'UFMP accède aux demandes d'entrée directe dans la mesure du possible. Plus de la moitié des médecins généralistes semblent plutôt satisfaits, voire très satisfaits de la collaboration avec l'unité en cas d'entrée directe ou programmée. De plus, selon les médecins généralistes, 80% de leurs patients sont plutôt satisfaits de leur hospitalisation dans le service.

4. Limites et perspectives

Si les résultats sont plutôt encourageants, cette étude comporte bien sûr des limites qu'il convient de rappeler.

Tout d'abord à propos de l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes, il s'agit d'une étude très locale, non standardisée. On ne dispose pas d'étude similaire permettant de comparer nos résultats avec ceux d'autres structures du même type. De plus même si le taux de réponses au questionnaire est de 49%, cela ne représente l'avis que de 26 médecins. Cela peut entraîner un biais de sélection. Enfin, du fait de collaborations régulières, des affinités peuvent s'être tissées entre

les médecins de l'unité et certains médecins généralistes du secteur. Ce travail étant réalisé sous la direction d'un membre de l'unité en question, le jugement des médecins libéraux peut s'en trouver modifié.

Concernant l'enquête auprès des médecins hospitaliers, elle a été réalisée dans le but d'avoir une vision globale du sentiment des praticiens de l'unité sur ce sujet de la communication avec les généralistes du secteur. Néanmoins cela représente l'avis de seulement trois personnes.

Il s'agit donc d'une étude très locale, sans valeur statistique. Cela permet simplement d'avoir une vision sans prétention de la communication entre un service précis et les médecins du secteur. Le choix de l'envoi préférentiel par mail peut aussi être à l'origine d'un biais. En effet la détention d'une adresse mail ne signe pas la capacité et la volonté d'en user. Néanmoins les taux de réponse aux questionnaires papiers et électroniques sont proches. Enfin notre volonté a été de réaliser un questionnaire succinct afin d'augmenter le taux de réponse. Toutefois le champ des sujets abordés s'en trouve réduit.

Cette étude rapporte une vision plutôt encourageante de la communication dans ce secteur. Il serait intéressant de pouvoir comparer ces résultats dans d'autres secteurs afin d'identifier les atouts d'une communication réussie : proximité, type de service, volonté personnelle... ?

CONCLUSION

Les évolutions de l'offre de soin d'une part et de la demande de soin d'autre part vont imposer des modifications de notre système de santé et un ajustement dans la prise en charge de nos patients. Ces enjeux relèveront principalement de mutations complexes du système de soin à l'échelon national. Mais des actions d'une telle ampleur risquent de souffrir d'un long délai de mise en place. Parallèlement à ces grandes orientations, nous nous sommes ici intéressés à l'apport des actions individuelles réalisées et réalisables à l'échelle locale. L'optimisation de la collaboration de proximité des acteurs médicaux du quotidien autour des patients représente pour nous une piste importante. La forte participation à notre étude traduit que cet intérêt est partagé par les médecins du secteur. A travers notre enquête, les praticiens tant libéraux qu'hospitaliers s'estiment globalement satisfaits quant à la communication et à la collaboration déjà établies dans leur secteur. Bien entendu, la prétention de ce travail n'était pas d'établir un modèle de collaboration mais de recueillir l'opinion de chacun sur sa pratique quotidienne et de faire ressortir les atouts d'un travail en réseau. Ces résultats encourageants sont en grande partie le fruit de volontés et d'efforts individuels des acteurs locaux. Bien sur d'autres éléments semblent rentrer en compte pour une communication réussie comme par exemple la proximité géographique, la connaissance et le respect de l'autre et de son travail. Malgré les nouveaux modes de communication, les supports plébiscités restent la communication écrite et le téléphone. A l'heure où les technologies offrent de nouvelles manières de communiquer, l'essentiel reste la volonté de travailler ensemble.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Yon A, Villet H. Diagnostic santé sur le territoire de la Communauté d'agglomération Seine-Eure. ORS de Haute-Normandie. 2009.

[2] Isabelle Robert-Bobée. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 : la population continue de croître et le vieillissement se poursuit. Insee Première N°1089 - juillet 2006.

[3] Evolution et structure de la population, chiffres clés, commune de Louviers. INSEE, juin 2010.

[4] La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES, études et résultats n°679, février 2009.

[5] Rapport annuel 2008-2009 de l'ONDPS- tome 3 Le renouvellement des effectifs médicaux.

[6] Schéma régional d'organisation III, médecine. Agence régionale de l'hospitalisation de Basse-Normandie. Consulté en ligne le 18/11/11.
[http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/DBA2674B6572F22CC125715C004D7376/\\$FILE/III.1.%20M%C3%A9decine.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/DBA2674B6572F22CC125715C004D7376/$FILE/III.1.%20M%C3%A9decine.pdf)

[7] Grignon M. Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, questions d'économie de la santé. CREDES n°66, Mars 2003.

[8] Païta M, Weill A. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. CNAMTS, point repère n°27 décembre 2009.

[9] Diabète, le diabète en quelques chiffres et faits. Institut de veille sanitaire (INVS), Dossiers thématiques. Consultés sur internet le 08/12/2012.
<http://www.invs.sante.fr/surveillance/diabete/default.htm>

[10] Ricci P et al. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? Institut de Veille Sanitaire (INVS), Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), novembre 2010; 42-43 :425-431.

[11] Fosse S, Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. Enquête décennale santé 2002-2003 et enquête santé et protection sociale 2002 et 2004. Institut de veille sanitaire; 2011.

[12] Niel X, Vilain A. Le temps de travail des médecins : impact des évolutions sociodémographiques. DREES, études et résultats n°114. Mai 2001.

[13] Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. CDOM, Décembre 2008.

[14] Etude des mutations de la médecine générale : enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Rhône-Alpes, Février 2005.

[15] Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en région Haute-Normandie, situation au 1^{er} janvier 2009. Ordre National des Médecins.

[16] Rapport 2006-2007, Tome 1, La médecine générale. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS).

[17] Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale. DREES, études et résultats n°212 janvier 2003.

[18] Fenina A, Le Garrec M A, Koubi M. Les comptes nationaux de la santé en 2009. DREES, études et résultats n°736, septembre 2010.

[19] Ricci P et al. Coûts des soins remboursés par l'assurance maladie aux personnes traitées pour diabète : étude Entred 2001 et 2007. Institut de Veille

Sanitaire (INVS), Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 2009; 42-43 : 464-469.

[20] Giraud M. Coopération ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Thèse de médecine, Grenoble 2010.

[21] Charmion S, Piatek I, Bencharif L, Cathébas P. Qu'attendent les médecins généralistes de la médecine interne? Résultats d'une enquête postale sur le secteur de la Loire et des départements limitrophes. La revue de médecine interne 2002; 23 : 840-846.

[22] Hubert G, Galinskin M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? La Presse Médicale 2009 ; 38 : 1404-1409.

[23] Guyot J C, Traverso D. Les médecins généralistes et l'hôpital. Sociologie santé 1993 ; 8 :77-93.

[24] Article L4130-1 du code de la santé publique.

[25] Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Questions d'économie de la santé n°141, 2009.

[26] Berland Y, Gausseron T. Mission « Démographie des professions de santé », Tome 1. Rapport n°2002135, Novembre 2002. Consulté en ligne le 20/11/11.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000643/0000.pdf>

[27] Article R1112-6. Code de la santé publique.

[28] Article R4127-63. Code de la santé publique.

[29] Hubert G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville –hôpital. Thèse de médecine Bobigny 2006.

[30] Fenies C. La continuité des soins en ville après une hospitalisation. Enquête sortie établissement de santé. Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'île de France 2006.

[31] Bournot M C, Goupil M C, Truffeau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. DREES, études et résultats n°649 aout 2008.

[32] Article R1112-1. Code de la santé publique.

[33] François P, Bertrand D, Weil G, Bosson J L. Qualité des courriers de fin de séjour hospitalier : besoins et attentes des médecins libéraux. La Presse Médicale 1996; 25 : 1136-1139.

[34] Berendsen A J, Benneker W H, Meyboom-de Jong B et al. motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. BMC Health Services Research 2007, 7: 4.

[35] Matray J. Créer un service de médecine polyvalente au centre hospitalier de Dole : pertinence, limites et préconisations. Thèse d'exercice, filière directeurs d'hôpitaux. Décembre 2008. Consulté le 18/11/11.
<http://ressources.ensp.fr/memoires/2008/edh/matray.pdf>

[36] Evain F. A quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? DREES, études et résultats n°754, février 2011.

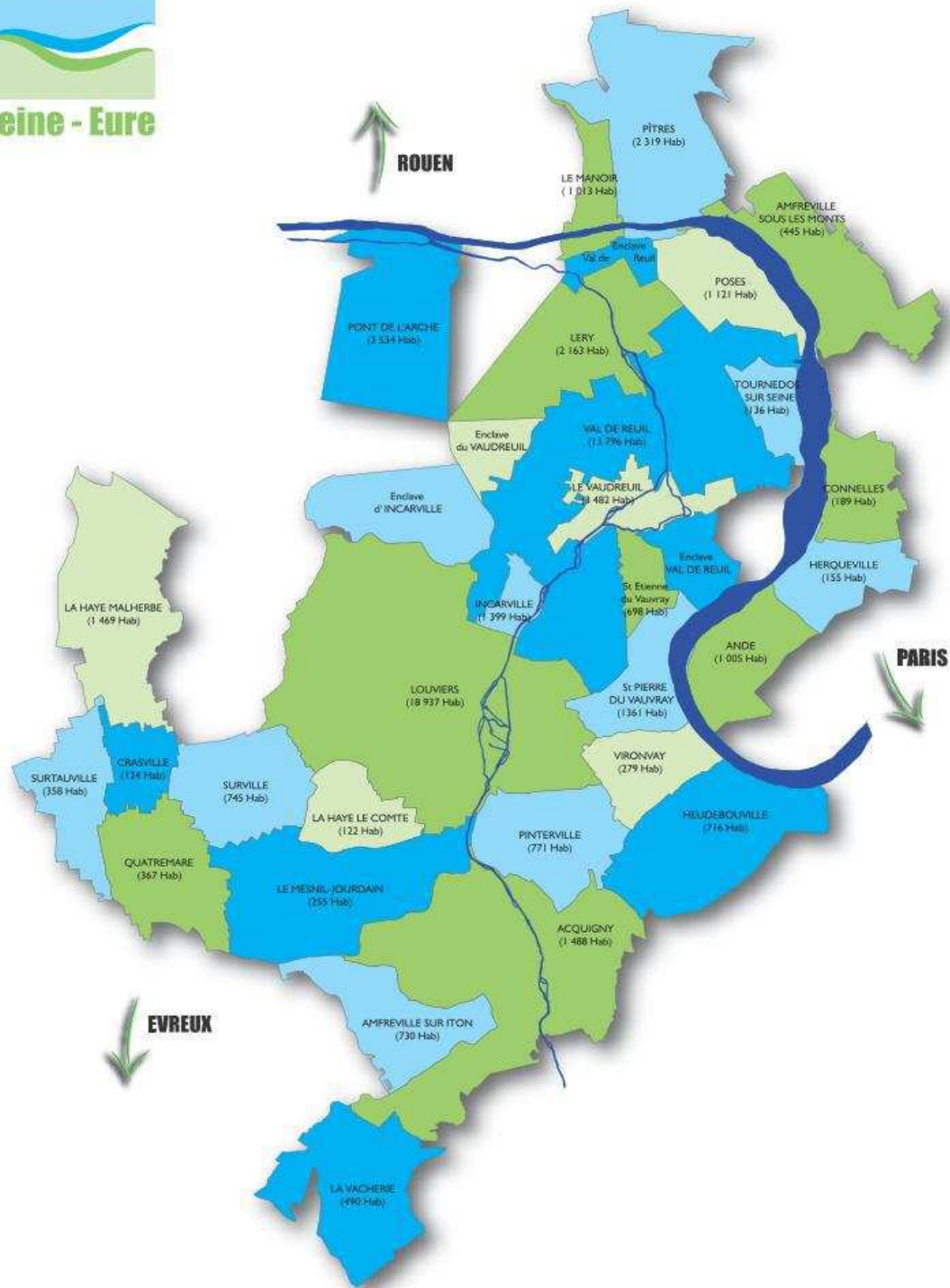
[37] Balsan D. Une typologie des établissements de soins publics et PSPH de court séjour selon leur activité et leur environnement. DREES, études et résultats n°325, juillet 2004.

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

[39] Portail internet de la Communauté d'Agglomération Seine-Eure. Le territoire de la CASE. Consulté le 15/05/2012.

http://www.agglo-seine-eure.fr/modules/archives/downloads/Carte_agglo_Seine-Eure.pdf

Annexe 1 : territoire de la Communauté d'Agglomération Seine-Eure [39].



Annexe 2 : questionnaire à l'intention des médecins généralistes.

ENQUETE DE TERRAIN

Date de réalisation:

N°

1- Genre

Masculin

Féminin

2-Age

_____ ans

3-Votre exercice:

* Cabinet de groupe

Seul

* informatisation

oui

non

* année d'installation _____

* exercice libéral

exclusif

mixte

En cas d'exercice mixte, quelle activité
complémentaire
exercez-vous? _____

* orientation de votre activité

oui

non

laquelle? (gériatrie, médecine du sport...) _____

* Participation à des FMC

oui

non

laquelle? _____

* Participez-vous à la formation des étudiants en médecine?

oui

non

Si oui, comment (maitre de stage, participation aux cours..)?

4-Pour vos patients diabétiques et polyopathologiques vers lesquelles de ces cinq structures vous tournez-vous en cas de besoin?

- Hôpital d'Elbeuf
- Hôpital de Louviers
- Hôpital d'Evreux
- CHU de Rouen
- Cliniques rouennaises

5-En cas de collaboration avec l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente (UFMP), quels moyens de communication utilisez-vous?

- courriers
- téléphone
- contact direct (déplacement dans le service)
- mails-courriers électroniques
- non concerné

6-De manière générale, la collaboration vous semble-t-elle:

- assez facile facile compliquée très compliquée

7-Vous est-il déjà arrivé de vous sentir en concurrence avec l'unité ?

- jamais rarement souvent toujours

8-Dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques:

* En cas de déséquilibre diabétique ou de passage à l'insuline, envisagez-vous d'avoir recours à l'UFMP?

- oui non

Si oui, par quel biais ?

- Consultation
- Patient adressé aux urgences
- Entrée directe
- Autre moyen

lequel: _____

9-L'adaptation thérapeutique, en cas de prise en charge dans le service, vous semble-t-elle adaptée au mode de vie du patient?

Très adaptée plutôt adaptée plutôt inadaptée très inadaptée

10-Concernant les patients polypathologiques

* En cas de décompensation ou de précarité du maintien à domicile, envisagez-vous d'avoir recours à l'UFMP?

oui non

Si oui, par quel biais ?

Consultation
 Patient adressé aux urgences
 Entrée directe
 Autre moyen

lequel: _____

11-En cas de contact pour entrée programmée, êtes-vous satisfait :

* De l'accessibilité de l'équipe médicale

très insatisfait plutôt insatisfait plutôt satisfait très satisfait

* De la rapidité de prise en charge

très insatisfait plutôt insatisfait plutôt satisfait très satisfait

* Du retour d'informations

très insatisfait plutôt insatisfait plutôt satisfait très satisfait

* De l'organisation médico-sociale de la sortie

très insatisfait plutôt insatisfait plutôt satisfait très satisfait

12-Au décours de leur hospitalisation dans le service, les patients vous disent être:

très insatisfait plutôt insatisfait plutôt satisfait très satisfait

Remarques:

13-Vous sentez-vous suffisamment informé concernant les décisions importantes pour votre patient (passage à l'insuline, institutionnalisation...) ?

très mal informé plutôt mal informé plutôt bien informé bien informé

14-En conservant l'exemple des patients diabétiques et polyopathologiques, êtes-vous satisfaits
* du délai d'obtention du compte-rendu d'hospitalisation (CRH)

très insatisfait plutôt insatisfait plutôt satisfait très satisfait

* de la formalisation du CRH

très insatisfait plutôt insatisfait plutôt satisfait très satisfait

En cas d'insatisfaction, considérez-vous que le CRH est

trop complet, informations inutiles
 pas assez complet, manque d'informations

Remarques:

15-Considérez-vous que les courriers médicaux de confrères remplissent
un rôle d'enrichissement des connaissances médicales?

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

Pensez-vous que les comptes-rendus hospitaliers (CRH) de l'unité fonctionnelle de médecine
polyvalente remplissent ce rôle ?

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

16-Seriez-vous intéressé par un envoi sécurisé des CRH par mail?

pas intéressé plutôt pas intéressé plutôt intéressé intéressé

17- Concernant les actions de communication réalisées par les praticiens du service (formation médicale continue, formation paramédicale de secteur, action de prévention sanitaire..), êtes-vous:

très insatisfait plutôt insatisfait plutôt satisfait très satisfait

18-Si l'UFMP organisait un staff avec les médecins généralistes, d'accès libre, pour discuter de vos patients à hospitaliser/ hospitalisés/ sortis d'hospitalisation, seriez-vous

pas intéressé plutôt pas intéressé plutôt intéressé intéressé

si vous n'êtes pas intéressé(e)s est-ce

par manque de temps

par manque d'intérêt

autres raisons

lesquelles _____

19-Dans un contexte de réforme organisationnelle et tarifaire (loi HPST, tarification PMSI...), vous sentez vous informé des modalités de fonctionnement d'un service de médecine polyvalente comme celui de Louviers?

très mal informé plutôt mal informé plutôt bien informé bien informé

Merci de votre collaboration, je ne manquerai pas de vous tenir informés des résultats de l'enquête.

Annexe 3 : lettre d'introduction du questionnaire papier à l'intention des médecins généralistes.

Madame, Monsieur,

Futur diplômée de l'université de Rouen je finalise mon DES de médecine générale par la réalisation d'un travail de thèse.

J'ai effectué mon deuxième stage d'interne dans l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente de Louviers. Les six mois passés dans ce service m'ont permis de découvrir les nombreux intérêts de la coordination entre la médecine générale libérale et un service d'hospitalisation de proximité tel que celui-ci.

Afin de compléter cette expérience je réalise ma thèse, avec le soutien du Dr Y. Poulingue, sur la coopération entre ce service et les médecins généralistes. Dans ce but, en tant que médecin généraliste du secteur, je vous sollicite pour la réalisation d'un questionnaire. Celui-ci consiste en une enquête de terrain afin de recueillir votre point de vue sur cette collaboration.

Sa réalisation ne prendra que quelques minutes.

Avec mes remerciements anticipés pour l'intérêt que vous porterez à mon travail,

Celine Debaudre.

Annexe 4 : Mail d'introduction du questionnaire par internet à l'intention des médecins généralistes.

Madame, Monsieur,

Future diplômée de l'université de Rouen je finalise mon DES de médecine générale par la réalisation d'un travail de thèse.

J'ai effectué mon deuxième stage d'interne dans l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente de Louviers. Les six mois passés dans ce service m'ont permis de découvrir les nombreux intérêts de la coordination entre la médecine générale libérale et un service d'hospitalisation de proximité tel que celui-ci.

Afin de compléter cette expérience je réalise ma thèse, avec le soutien du Dr Y. Poulingue, sur la coopération entre ce service et les médecins généralistes. Dans ce but, en tant que médecin généraliste du secteur, je vous sollicite pour la réalisation d'un questionnaire. Celui-ci consiste en une enquête de terrain afin de recueillir votre point de vue sur cette collaboration.

Pour accéder au questionnaire il vous suffit de cliquer sur le lien ci-dessous, sa réalisation ne prendra que quelques minutes.

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHdULW4tS1c4VjA0aVByUk43MIIBNGc6MQ>

Avec mes remerciements anticipés pour l'intérêt que vous porterez à mon travail,

Celine Debaudre.

Annexe 5 : questionnaire à l'intention des médecins hospitaliers.

1. Ancienneté dans le service : _____

2. D'une manière générale, la communication avec les médecins généralistes du secteur vous semble-t-elle :

assez facile facile compliquée très compliquée

3. Vos contacts avec les médecins généralistes (en direct ou par téléphone) sont-ils :

pluriquotidiens quotidiens 1 à 2 par semaine 1 à 2 par mois

4. Selon vous, quelle proportion de patients hospitalisés est arrivée munie d'un courrier du médecin traitant lorsque celui-ci est à l'origine de l'hospitalisation?

aucun une minorité une majorité tous

5. Concernant ces courriers de médecins traitants, considérez-vous que c'est un outil de communication :

sans importance peu important important très important

6. D'une manière générale, êtes-vous satisfaits du contenu de ces courriers :

très insatisfait plutôt insatisfait plutôt satisfait très satisfait

7. Concernant les patients polypathologiques et diabétiques hospitalisés munis d'un courrier de leur médecin traitant. Selon vous sur ce courrier:

* les antécédents médicaux du patient sont-ils présents :

jamais rarement souvent toujours

* les traitements en cours sont-ils présents:

jamais rarement souvent toujours

* La question est-elle clairement exposée ?

jamais rarement souvent toujours

8. En cas de décision importante pour le patient, considérez-vous qu'il est important de prendre l'avis et d'informer le médecin généraliste du patient?

sans importance peu important important très important

9. Dans ce type de situation par exemple, les médecins généralistes vous semblent-ils facilement joignables?

très difficilement plutôt difficilement plutôt facilement très facilement

10. Considérez-vous que la lecture des courriers médicaux remplissent un rôle d'enrichissement des connaissances médicales?

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

11. Seriez-vous prêts à organiser et à participer à un staff régulier avec les médecins généralistes du secteur pour discuter des patients à hospitaliser/ hospitalisés/ sortis d'hospitalisation?

pas d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord d'accord

12. Vous sentez vous informés des modalités de fonctionnement d'un cabinet libéral de médecine générale ?

très mal informé plutôt mal informé plutôt bien informé bien informé

Merci de votre collaboration!

TITRE DE LA THESE :

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.

RESUME :

Le système de soin français va devoir faire face à des enjeux importants dans les années à venir. En effet différentes tendances vont mener la demande de soin d'une part et l'offre de soin d'autre part à connaître d'importantes évolutions. La situation au sein de la Communauté d'Agglomération Seine-Eure est particulièrement préoccupante avec une population fragile sur le plan sanitaire et une densité médicale réduite.

Sur ce territoire, une étroite communication a été mise en place entre les médecins hospitaliers de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente de Louviers et les médecins généralistes du secteur pour une meilleure collaboration. C'est à cette communication et à ses atouts pour l'avenir que nous nous sommes intéressés dans ce travail.

Dans ce but nous avons réalisé un questionnaire à l'intention des médecins généralistes et un second destiné aux médecins hospitaliers.

26 médecins généralistes (taux de réponse de 49%) et les trois médecins du service ont répondu à notre enquête.

Les résultats dans ce secteur sont encourageants. Les médecins semblent globalement satisfaits de la communication établie. Toutefois c'est d'une relation fragile dont il s'agit qui nécessite un investissement et une motivation personnelle quotidienne. Dans le contexte sanitaire actuel, l'optimisation de cette collaboration pourrait être un atout pour la prise en charge globale des patients et améliorer ainsi l'efficacité de notre système de soin.

MOTS CLES :

Communication, médecins généralistes, médecins hospitaliers, médecine polyvalente.