



HAL
open science

Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients

Marianne Sailliol

► To cite this version:

Marianne Sailliol. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01080525

HAL Id: dumas-01080525

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01080525>

Submitted on 5 Nov 2014

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.

Université Bordeaux 2
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014 N°94

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par SAILLIOL, Marianne

Née le 17 mars 1987 à Nancy

Le vendredi 3 octobre 2014

**ETUDE DES RELATIONS ENTRE LES MEDECINS
GENERALISTES DE LA REGION DE PAU ET LE
CENTRE HOSPITALIER DE RATTACHEMENT DE PAU
POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE
MUTUALISEE DES PATIENTS**

Directeur de thèse

Docteur Isabelle POUYANNE-DANDONNEAU

Jury

Monsieur le Professeur Raymond ROUDAUT	Président
Madame le Professeur Nathalie SALLES	Juge
Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL	Juge
Monsieur le Docteur Lionel DUISIT	Juge
Madame le Docteur Isabelle POUYANNE-DANDONNEAU	Juge

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

A Monsieur le Professeur Raymond Roudaut. Merci d'avoir accepté de présider ce jury.

A Madame le Professeur Nathalie Salles. Merci d'avoir accepté de participer au jury.

A Madame le Docteur Sylvie Duhamel. Merci d'avoir accepté de participer au jury.

A Monsieur le Docteur Lionel Duisit. Merci d'avoir accepté de participer au jury. Merci pour ces séances de groupes d'échange et d'analyse de pratique toujours dynamiques.

A Madame le Docteur Isabelle Pouyanne. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

A notre rapporteur, Monsieur le Docteur Laurent Magot. Merci pour votre aide et vos conseils précieux.

A tous ceux qui ont participé à ce projet,

Aux médecins généralistes qui ont participé à cette étude.

A Christelle et Aurora, mes deux bibliothécaires Palois, pour leur patience sans faille et leur aide précieuse.

A mes formateurs,

Au Docteur Lionel Leroux. Merci pour ton enseignement et ton soutien dans mon projet professionnel. Tu m'as donné le goût pour la cardiologie.

A mes trois maîtres de stage, le Docteur Michel Lamaignere, le Docteur Michel Merly, le Docteur Thomas Robert De Saint Vincent. Merci pour vos enseignements et votre gentillesse.

A tous les médecins du service des Urgences adultes du Centre Hospitalier de Pau, pour leur joie de vivre, leur gentillesse et leur soutien dans mon parcours professionnel.

Au Docteur Carole Bastard, pour son soutien dans les moments difficiles, son optimisme et son professionnalisme.

A toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai rencontrées durant mon cursus. Merci pour votre bonne humeur et vos enseignements.

A ma famille,

A mes parents. Merci pour votre soutien tout au long de mes études et votre amour. A ma mère, pour ces longues heures de travail passées à corriger ma thèse.

A mes frères. Merci pour vos conseils.

A mon oncle Ludovic et son ami Dave. Merci pour votre aide précieuse.

A ma grand-mère Maryse pour la femme qu'elle est.

A mon grand-père Jean qui aurait tant voulu être présent en ce jour.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS	5
I. INTRODUCTION.....	6
II. POINT DE VUE ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA COMMUNICATION ET LEURS RELATIONS AVEC LES MEDECINS HOSPITALIERS DANS LA LITTERATURE.....	8
III. TEXTES DE LOI ET INDICATEURS DE QUALITE DE LA RELATION ENTRE UN CENTRE HOSPITALIER ET LES MEDECINS CORRESPONDANTS EXTERNES.....	11
IV. PRESENTATION DE LA MEDECINE GENERALE ET DE LA MEDECINE HOSPITALIERE DANS LA REGION DE PAU.....	13
A. LA MEDECINE GENERALE EN REGION DE PAU DANS LE PAYSAGE FRANÇAIS.....	13
1. DEFINITION ET ROLE DE LA MEDECINE GENERALE.....	13
2. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN AQUITAINE. 15	
a) DEFINITION DE LA MISSION DE PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE.....	15
b) PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS.....	16
c) REORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE EN AQUITAINE.....	16
d) ORGANISATION DES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS LE DEPARTMENT DES PYRENNES ATLANTIQUES... 16	
3. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE.....	18
a) LA DENSITE MEDICALE.....	18
b) REPARTITION PAR AGE ET PAR GENRE.....	20
B. PRESENTATION GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER DE PAU..	22
V. METHODE.....	24
A. SCHEMA D'ETUDE.....	24
B. POPULATION ETUDIEE.....	25
1. CRITERE D'INCLUSION.....	25
2. CRITERE D'EXCLUSION.....	25
C. RECUEIL DES DONNEES.....	25
D. ELABORATION ET CONTENU DU QUESTIONNAIRE.....	26
E. ANALYSE STATISTIQUE.....	27
VI. RESULTATS.....	28

A.	TAUX DE REPONSE ET DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	28
B.	REPONSES AU QUESTIONNAIRE	28
1.	PHASE PRÉ-HOSPITALIÈRE	28
a)	PATIENTS ADRESSES AUX URGENCES ADULTES.....	28
b)	PATIENTS ADRESSES DIRECTEMENT DANS UN SERVICE SPECIALISE.....	33
2.	PHASE POST HOSPITALISATION	40
a)	CONCERNANT LES PASSAGES AUX URGENCES ADULTES .	40
b)	CONCERNANT LES SORTIES D'HOSPITALISATION.....	41
3.	QUESTIONS DIVERSES.....	44
4.	PISTES D'AMELIORATION.....	47
5.	COMMENTAIRES LIBRES	54
VII.	DISCUSSION.....	68
A.	DISCUSSION DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	68
B.	DISCUSSION DES METHODES.....	68
1.	SCHEMA D'ETUDE	68
2.	POPULATION ETUDIEE	69
3.	RECUEIL DES DONNEES	69
C.	DISCUSSION DES RESULTATS.....	71
D.	COMPARAISON AVEC L'ENQUETE SUR LA SATISFACTION DES CORRESPONDANTS EXTERNES (CH DE PAU, 2008).....	77
E.	PISTES D'AMELIORATION	79
1.	ADMISSION DU PATIENT AU CH DE PAU	79
2.	COMMUNICATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES MEDECINS HOSPITALIERS	79
3.	RELATIONS ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES MEDECINS HOSPITALIERS	80
4.	SORTIE DU PATIENT ET DECES DU PATIENT A L'HOPITAL	80
VIII.	CONCLUSION	82
IX.	BIBLIOGRAPHIE	84
X.	ANNEXES.....	88
A.	ANNEXE 1 : LETTRE AU MEDECIN GENERALISTE	88
B.	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE	89
C.	ANNEXE 3 : DESCRIPTIF DES COMMENTAIRES LIBRES DE L'ENQUETE DU CH DE PAU DE 2008 SUR LA SATISFACTION DES CORRESPONDANTS EXTERNES.	97
XI.	SERMENT D HIPPOCRATE.....	103

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CH et CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

DIMESP : Département d'Informatique Médicale Et de Santé Publique

DM : Densité Médicale

DMP : Dossier Médical Personnel

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
Dépendantes

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EMOG : Equipe Mobile de Gériatrie

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HC : Hospitalisation Complète

HS : Hospitalisation de Semaine

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MPIE : Médecine Polyvalente Infectiologie et Endocrinologie

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PDSA : Permanence des Soins en médecine Ambulatoire

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UMJ : Unité Médico-Judicaire

UNV et UNVI : Unité Neuro Vasculaire et Intensive

UPUG : Unité Post Urgences Gériatriques

USC : Unité de Soins Continus

USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

USMP : Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire

I. INTRODUCTION

Nos stages aux Urgences adultes du Centre Hospitalier (CH) de Pau et chez le médecin généraliste à Seignosse nous ont fait prendre conscience des différentes problématiques rencontrées dans ces deux types d'exercice de la médecine « en ville » et « à l'hôpital ». Nous avons ainsi pu mesurer le manque de communication et donc de compréhension entre ces deux entités qui nuit parfois à la qualité de la prise en charge du patient [1].

L'étude des relations et de la communication entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers a fait l'objet de plusieurs études en France [2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10] et à l'étranger [1 ; 11; 12]. Nous avons choisi d'aborder à nouveau ce sujet car la médecine est en constante évolution et aspire inlassablement à une amélioration de la qualité et de la coordination des soins pour améliorer, au final, la prise en charge du patient. Les modes de communication entre la ville et l'hôpital évoluent au fil du temps avec des échanges de plus en plus informatisés à l'ère de la « e-santé » avec le développement du Dossier Médical Personnel (DMP) [13], de la télémédecine et des messageries sécurisées [14 ; 15]. La coopération ville-hôpital est ainsi devenue un enjeu majeur dans la politique de Santé, aboutissant à des recommandations [16] et à une législation à ce sujet [17; 18; 19; 20 ; 21].

Depuis la réforme de 2004 relative à l'assurance maladie [22] et la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » de juillet 2009 [23], le médecin généraliste est clairement défini comme le « pivot central » de la prise en charge du patient « en terme de soins de premier recours et de participation à la permanence des soins : orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social, coordination des soins, [...], synthèse des informations transmises par les professionnels de santé ». Pour mener à bien cette mission, ses relations avec l'hôpital et ses intervenants se doivent d'être optimales.

Devant cette évolution permanente du système de soins, il nous paraissait essentiel d'évaluer à un instant « t » le ressenti des médecins généralistes et leurs attentes vis-à-vis de leurs relations avec l'hôpital.

Notre question de recherche était « Quels sont les attentes et le point de vue des médecins généralistes à propos de leurs relations avec le centre hospitalier de Pau ? Pour répondre à cette question, nous avons choisi de réaliser une étude transversale observationnelle semi quantitative auprès des médecins généralistes de la région de Pau.

L'hypothèse de départ était que les relations et plus précisément la communication entre l'hôpital et les médecins généralistes de Pau étaient améliorables.

L'objectif principal de cette étude était de recueillir le point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'hôpital de Pau. L'objectif secondaire était de connaître leurs attentes vis-à-vis de leurs relations avec l'hôpital afin de dégager des pistes pour des études complémentaires de type observationnel. Ceci nous permettrait de proposer par la suite, des pistes d'amélioration pour une prise en charge optimisée et mutualisée des patients.

Nous avons choisi de commencer notre travail par la présentation de quelques études issues de la littérature française et étrangère, concernant le point de vue et les attentes des médecins généralistes sur la communication et leurs relations avec les médecins hospitaliers afin de mieux cibler le contexte actuel. Puis nous présenterons les textes de lois et indicateurs de qualité de la relation entre un centre hospitalier et les médecins correspondants externes. Pour présenter la spécialité de la médecine générale, nous aborderons la définition européenne de la médecine générale-médecine de famille ainsi que les rôles du médecin généraliste. Puis nous aborderons la permanence des soins en médecine ambulatoire en Aquitaine et la démographie des médecins généralistes de la région de Pau en comparaison aux données régionales et nationales. Pour finir, nous ferons une présentation succincte du centre hospitalier de Pau avant de développer l'étude proprement dite.

La direction générale et la direction qualité du CH de PAU ont été informées de cette étude et ont soutenu ce projet. Nous avons reçu une aide du DIMESP (Département d'Information Médicale Et de Santé Publique) pour les statistiques.

II. POINT DE VUE ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA COMMUNICATION ET LEURS RELATIONS AVEC LES MEDECINS HOSPITALIERS DANS LA LITTERATURE

D'après la thèse de Giraud de 2010 sur la coopération entre la ville et le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Grenoble [3], le retour d'information médicale concernant la prise en charge des patients suite à une hospitalisation n'était pas satisfaisant du point de vue des médecins généralistes. L'indicateur de satisfaction concernant le compte rendu d'hospitalisation (CRH) obtenait une note de 35,9/100 du fait des mauvais scores attribués aux questions portant sur le délai de réception du CRH (23,9/100) et sur la transmission de l'information de la date de sortie du patient (25,3/100). Le plus mauvais indicateur portait sur la préparation de la sortie (29,3/100) du fait des scores très bas pour les questions portant sur l'association du médecin généraliste à la planification de la sortie (21,1/100) et sur sa participation au projet thérapeutique (25/100).

La qualité des échanges d'information entre les médecins généralistes et les médecins du CHU obtenait une note de 39,2/100 et les relations avec les médecins du CHU une note de 47,9/100. Cependant, les médecins généralistes étaient d'accord (89%) sur le fait que les relations avec les médecins hospitaliers étaient variables selon les services.

Les médecins généralistes n'étaient pas satisfaits des délais de transmission des informations sur le décès des patients (seulement 17,4% d'avis favorable) et considéraient que les médecins hospitaliers ne les faisaient pas participer aux décisions concernant leurs patients (seulement 4,6% d'avis favorable).

Le point faible le plus souvent cité par les médecins généralistes (44%) était le défaut d'accessibilité des médecins hospitaliers. Cependant, certains médecins précisait que ces difficultés étaient variables selon les médecins et selon les services. Les médecins généralistes perdaient beaucoup de temps à joindre un praticien pour solliciter un avis, organiser une prise en charge ou prendre des nouvelles d'un patient hospitalisé. Ils citaient ensuite (37%) le manque de communication et de relations entre les médecins hospitaliers et les généralistes. Enfin, ils avaient des difficultés pour obtenir un rendez-vous pour une hospitalisation ou pour une consultation spécialisée et déploraient la quasi impossibilité de faire hospitaliser leur patient en urgence directement dans les services de spécialités, sans passer par le service des Urgences. Pour finir, l'accès téléphonique du CHU de Grenoble était cité comme point faible par 55 médecins généralistes.

Dans la thèse de Hubert de 2006, enquête qualitative réalisée auprès de 50 médecins généralistes sur la circulation de l'information médicale entre l'hôpital et la ville dans le secteur de Paris et de la Seine-Saint-Denis [5], la communication entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes semblait satisfaisante sur le plan quantitatif puisque le taux de retour des CRH s'élevait à 86%. Lors du suivi d'une pathologie chronique ou lorsque le médecin généraliste était l'initiateur d'une consultation spécialisée à l'hôpital, le taux de retour des CRH était plus important (respectivement

82% et 90%) que si l'hospitalisation s'était faite à « l'insu » du médecin traitant, via le SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) ou les Urgences (38%).

La communication entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes ne semblait pas satisfaisante sur le plan qualitatif. Pour 23 médecins généralistes, les médecins hospitaliers prenaient rarement l'initiative de la communication avec le médecin généraliste. Selon 6 médecins généralistes, les difficultés de la communication avec l'hôpital s'expliquaient par l'indisponibilité des médecins hospitaliers et la difficulté à les joindre, l'instabilité des correspondants hospitaliers et la méconnaissance de la pratique de ville par les médecins hospitaliers. Sept médecins généralistes avaient le sentiment d'une communication unidirectionnelle dont ils étaient toujours les initiateurs et les demandeurs. 40 médecins généralistes reprochaient à l'hôpital de conserver les clichés radiologiques.

Les médecins hospitaliers prévenaient le médecin généraliste du décès de ses patients dans seulement 12% des cas. Dans 70% des décès, c'était la famille qui annonçait le décès du patient au médecin traitant.

Les délais de réception des CRH estimés entre 8 jours et 1 mois pour 32 médecins généralistes, étaient considérés comme long ou trop long pour 47 médecins généralistes. Enfin 44 médecins généralistes ne se sentaient pas associés au projet thérapeutique de leurs patients lorsqu'ils étaient hospitalisés.

D'après les résultats de l'enquête de Dormard et son équipe sur le suivi des patients lors d'une hospitalisation, publiés dans la revue le concours médical en 2006 [8], le CRH était parvenu au médecin désigné par le malade dans les délais légaux de huit jours maximum pour seulement 32,80% des patients hospitalisés. Pour 32,40% des patients hospitalisés, aucun CRH n'était adressé au médecin libéral. Parmi les 251 patients ayant fait l'objet de soins à domicile après l'hospitalisation, seulement 16,30% des médecins traitants étaient associés à la coordination des soins à domicile.

L'enquête du CHU Bichat-Claude-Bernard sur les relations entre la médecine de ville et l'hôpital réalisée en 2005 auprès des correspondants externes [6], fait ressortir deux axes d'amélioration concernant les relations avec les généralistes : le délai des CRH et l'accessibilité des praticiens hospitaliers. Le retour d'information aux médecins de ville que ce soit via le contact téléphonique ou via le CRH était perçu comme insuffisant. Après la sortie du patient, les délais de réception des CRH étaient supérieurs à 15 jours pour 65% des généralistes. Les CRH étaient majoritairement reçus par les généralistes après qu'ils aient revu le patient. Enfin les généralistes se sentaient moins reconnus que les spécialistes par leurs confrères hospitaliers.

Dans l'enquête de Beden et son équipe de 2001 [9], les principales attentes des médecins généralistes vis-à-vis du CHU de Grenoble étaient la possibilité de participer aux décisions concernant leurs patients, d'hospitaliser les patients directement dans les services spécialisés sans passer par les Urgences (73%) et d'identifier le médecin hospitalier responsable de leur patient. Les points faibles les plus cités étaient les difficultés de communication avec les médecins hospitaliers, la lenteur de réception des

CRH (38,3%) et le manque de collaboration entre les médecins généralistes et les praticiens hospitaliers. Les généralistes souhaitaient que les améliorations portent en priorité sur la transmission de l'information médicale : délais d'envoi des CRH dans un délai de huit jours (75%), renforcer les contacts téléphoniques entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers (64%). Les principaux points faibles du service des Urgences cités par les généralistes, étaient les problèmes d'attente et d'encombrement ainsi que la lenteur de réception du CRH.

Dans l'enquête de François et son équipe de 1996 sur la qualité des courriers de fin d'hospitalisation du CHU de Grenoble [10], les médecins généralistes n'étaient pas satisfaits des délais de transmission des CRH qui leur paraissaient comme « passables » pour 34,6% d'entre eux et « insuffisants » pour 29% d'entre eux. Les médecins généralistes souhaitaient que la longueur du CRH n'excède pas une page pour 66% d'entre eux.

Ces données françaises sont confirmées par quelques publications dans la littérature internationale dont l'étude américaine de Pantilat et son équipe de 2001, intitulée « Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists » [12]. Dans cette étude, les médecins de soins primaires préféraient de loin communiquer avec les spécialistes hospitaliers par téléphone (77%) lors de l'admission du patient (73%) ainsi qu'à sa sortie de l'hôpital (78%). Seulement 56% des médecins de premiers recours étaient satisfaits de la communication avec les spécialistes. Concernant le retour d'information à la sortie du patient de l'hôpital, seulement 33% des médecins de soins primaires rapportaient que les CRH arrivaient toujours ou habituellement avant qu'ils ne revoient le patient.

D'après ces études, la transmission des informations médicales entre l'hôpital et la ville du point de vue des médecins généralistes est insuffisante, surtout lorsque le patient sort de l'hôpital. Les principaux reproches cités par les médecins généralistes sont les délais de réception des CRH jugés trop longs, le retard voir l'absence d'information lorsque qu'un patient décède à l'hôpital et l'indisponibilité des médecins hospitaliers. Les médecins généralistes déplorent de ne pas être associés à la planification de la sortie et de ne pas participer au projet thérapeutique ainsi qu'à la prise de décision concernant leurs patients lorsqu'ils sont hospitalisés.

III. TEXTES DE LOI ET INDICATEURS DE QUALITE DE LA RELATION ENTRE UN CENTRE HOSPITALIER ET LES MEDECINS CORRESPONDANTS EXTERNES.

Selon l'Article 56 du Code de Déontologie Médicale, relatif à la confraternité [26]:
« **Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité** ».

Selon l'Article 45 du Code de Déontologie Médicale, relatif au dossier professionnel tenu par le médecin [25]: « A la demande du patient ou avec son consentement, **le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge** ou à ceux qu'il entend consulter **les informations et documents utiles à la continuité des soins** ».

Selon l'article 62 du Code de Déontologie Médicale, relatif au rôle du consultant [27]:
« **Le consultant** (...) ne doit pas, sauf volonté contraire du malade, poursuivre les soins exigés par l'état de celui-ci lorsque ces soins sont de la compétence du **médecin traitant et il doit donner à ce dernier toutes informations nécessaires pour le suivi du patient** ».

Selon l'Article 63 du Code de Déontologie Médicale, relatif à l'information entre médecins traitants en cas d'hospitalisation du patient [17]: « Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements publics de santé et aux établissements privés participants au service public hospitalier, le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. **Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible** ».

Selon l'Article 64 du Code de Déontologie Médicale, relatif à l'exercice collégial [18]:
« **Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés**; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères ».

Selon l'Article 68 du Code de Déontologie Médicale, relatif au rapport avec les autres professionnels de santé [19]: « **Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé**. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient ».

Selon l'Article 28 de la Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière [29]: « **Les établissements publics de santé sont tenus de communiquer le dossier des malades, hospitalisés ou reçus en consultation externe dans ces établissements, au médecin appelé à dispenser des soins à ces malades** ».

Selon l'Article R710-2-6 du Code de la Santé Publique [20] : « **A la fin de chaque séjour hospitalier, les documents** mentionnés au II de l'article R. 710-2-1, ainsi que tous autres jugés nécessaires, **sont adressés dans un délai de huit jours au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins.** Il est alors établi des doubles de ces mêmes documents qui demeurent dans le dossier du patient ».

Selon l'Article R710-2-7 du Code de la Santé Publique [21] : « **Dans tous les cas, le directeur de l'établissement veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical** conformément aux règles définies ci-dessus ».

Selon l'article 3 du Décret n°74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication du dossier des malades hospitalisés ou consultants des établissements hospitaliers publics [28], « **le chef du service hospitalier concerné adresse au médecin [...] par voie postale et dans un délai maximum de huit jours suivant la sortie du malade, une lettre l'informant de cette sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre [...]** ».

La communication d'informations médicales, nécessaires à la continuité des soins est rapportée dans le manuel de certification des établissements de santé de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2014 dans le critère 24.a [16]: « Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert lorsque la situation le nécessite. **Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels de santé d'aval dans les règles de confidentialité.** Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient. **Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires** ».

Selon l'indicateur « Tenue du dossier patient » de l'IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) établi par l'HAS en 2008, les éléments nécessaires à la coordination en aval sont [24] : « **La présence d'un CRH** retraçant les éléments suivants : **l'identité du médecin destinataire** (nom et adresse), **la référence aux dates de séjour** (date d'entrée et date de sortie), **la synthèse du séjour** (contenu médical sur la prise en charge du patient) et **la trace écrite d'un traitement de sortie**. » Pour que le critère soit satisfait, **le traitement de sortie doit comporter** les six éléments suivants : **le nom et le prénom du patient, la date de prescription, le nom du médecin, la dénomination des médicaments, la posologie** (dosage unitaire et rythme d'administration des médicaments), **la durée du traitement** ».

IV. PRESENTATION DE LA MEDECINE GENERALE ET DE LA MEDECINE HOSPITALIERE DANS LA REGION DE PAU

A. LA MEDECINE GENERALE EN REGION DE PAU DANS LE PAYSAGE FRANÇAIS

1. DEFINITION ET ROLE DE LA MEDECINE GENERALE

La World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) Europe 2002 [30] nous donne une définition européenne de la médecine générale-médecine de famille au travers des caractéristiques de cette discipline, du rôle du médecin généraliste et des compétences fondamentales de cette discipline.

Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille sont les suivantes :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

La WONCA définit le rôle du médecin généraliste comme suit:

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

Pour mettre en œuvre des soins conformes aux caractéristiques ci-dessus, les médecins généralistes doivent développer un certain nombre de compétences génériques. Ces compétences, au nombre de six, étaient déjà présentes dans la définition de la WONCA et ont été décrites par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) [31] :

- L'approche globale et la prise en compte de la complexité, c'est-à-dire la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée sur le patient selon un modèle global de santé.
- L'éducation et la prévention afin de promouvoir la santé individuelle et communautaire. C'est-à-dire la capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.
- Le premier recours, urgences C'est-à-dire la capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité optimale.
- La continuité, le suivi et la coordination des soins autour du patient.
- La compétence relation, communication, approche centrée patient. C'est-à-dire la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

- La compétence professionnalisme. C'est à dire la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009 [23] prend en compte bon nombre des caractéristiques décrites ci-dessus en affirmant « le rôle pivot du médecin généraliste en terme de soins de premier recours et de participation à la permanence des soins : orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social, coordination des soins, respect des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et pour les maladies chroniques, synthèse des informations transmises par les professionnels de santé, prévention et dépistage ».

Les caractéristiques de la médecine générale placent le médecin généraliste comme premier interlocuteur du patient dans tous les moments de son existence et pour l'ensemble de ses problèmes de santé. Le médecin généraliste est le responsable du suivi du patient dans le temps et de la coordination des soins. Il connaît l'environnement familial et social des patients, il est capable d'élaborer un projet de soins adapté. C'est l'ensemble de ces données qui fait que le médecin généraliste a besoin, pour exercer pleinement son rôle, d'une communication de qualité avec les autres intervenants de santé participant à la prise en charge du patient.

Parmi ces intervenants, les structures hospitalières tiennent une place centrale car elles participent à la prise en charge de la santé des patients, que ce soit pour des soins programmés ou pour des soins urgents, éventuellement dans le cadre de la permanence des soins.

2. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN AQUITAINE

L'étude de la Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire (PDSA) en Aquitaine a été réalisée en regard des données de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de 2012 [32].

a) DEFINITION DE LA MISSION DE PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE

Selon l'article 1 du cahier des charges de la PDSA en Aquitaine de l'ARS de 2012 et conformément à l'article R. 6315-1 du Code de la Santé Publique [33], « La mission de permanence des soins de médecine ambulatoire a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés tous les jours de 20 heures à 8 heures ; les dimanches et jours fériés de 8h à 20 heures et, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, le samedi à partir de midi,

le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié ».

b) PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

Trois dispositifs sont indispensables à la mission de la PDSA :

- Une régulation médicale ;
- Des territoires de permanence des soins avec, sur chaque territoire, un médecin effecteur au minimum qui correspond au recours de premier niveau ;
- Des services d'Urgence qui correspondent aux soins de second recours.

Cette mission de service public est assurée sur le mode du volontariat par des médecins généralistes libéraux ou salariés. Cependant, si le tableau de garde est incomplet, le préfet du département peut procéder aux réquisitions nécessaires selon la procédure mentionnée à l'article R.6315-4 du code de santé publique [34].

Le médecin effecteur assure les consultations et visites dans le cadre de la PDSA à son cabinet, au domicile des patients, aux établissements médico-sociaux (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes essentiellement) et/ou aux maisons médicales de garde.

c) REORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE EN AQUITAINE

Il existe depuis 2008, une réduction du nombre de territoires de la PDSA dans un objectif double : améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes en dehors des heures ouvrables et réduire les coûts budgétaires. Il s'en est suivi un arrêt de la permanence des soins en nuit profonde (0h-8h) en Aquitaine, sauf dans le cas particulier des zones situées à plus de 30 minutes d'un service d'Urgence et dans certaines zones urbaines où le dispositif « 20h-8h » est maintenu.

d) ORGANISATION DES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS LE DEPARTMENT DES PYRENNES ATLANTIQUES

Le département des Pyrénées-Atlantiques compte 33 territoires de PDSA. En Béarn et Soule, il y a quatre secteurs effectifs sur la période nuit profonde (0-8h):

- Les secteurs numéro 1 d'Arudy-Laruns (communes d'Arudy, Bescat, Buzy, Castet, Izeste, Louvie-Juzon, Lys, Rebenacq, Sainte-Colome, Seignacq-Meyracq, Aste-Béon, Beost, Bielle, Bilheres, Eaux-Bonnes, Gere-Belesten, Laruns, Louvie-Soubiron) et numéro 19 de Pau (communes de Billère, Jurançon, Lons et Pau), dépendants du CH de Pau pour les déplacements du SMUR (carte n°1).

- Les secteurs numéro 11 d’Aramits-Tardets-Sorholus et numéro 12 de Mauléon-Licharre, dépendants du CH d’Orlon pour les déplacements du SMUR (carte n°1).

Les structures d’Urgences définies pour le territoire Béarn et Soule sont le CH de Pau, la clinique Marzet sur la commune de Pau, le CH d’Orthez et le CH d’Orlon Sainte Marie.

Le SAMU 64 B (Service d’Aide Médicale Urgente), basé au CH de Pau, couvre le territoire Béarn-Soule avec 3 SMUR (Service Mobile d’Urgence et de Réanimation) : Pau, Orthez et Orlon Sainte Marie.

Carte n°1: Sectorisation du département des Pyrénées-Atlantiques pour la PDSA (Agence Régionale de Santé, Cahier des charges de la PDSA en Aquitaine, 2012).



3. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

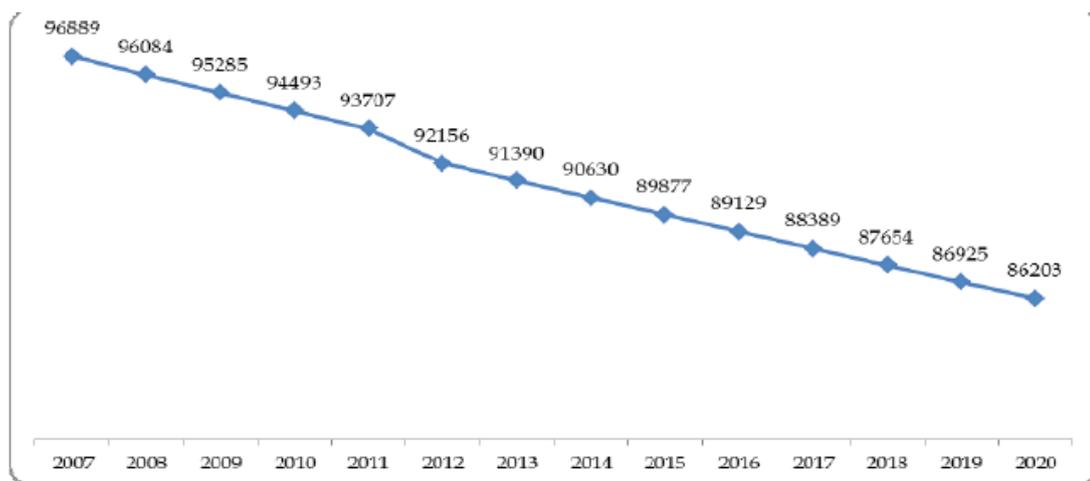
Pau est une ville de 81 505 habitants [35], située dans la région Aquitaine et le département des Pyrénées-Atlantiques.

L'étude de la démographie médicale à Pau a été réalisée en regard des données nationales, régionales et départementales du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) afin de mettre en évidence d'éventuelles spécificités [36 ; 37].

a) LA DENSITE MEDICALE

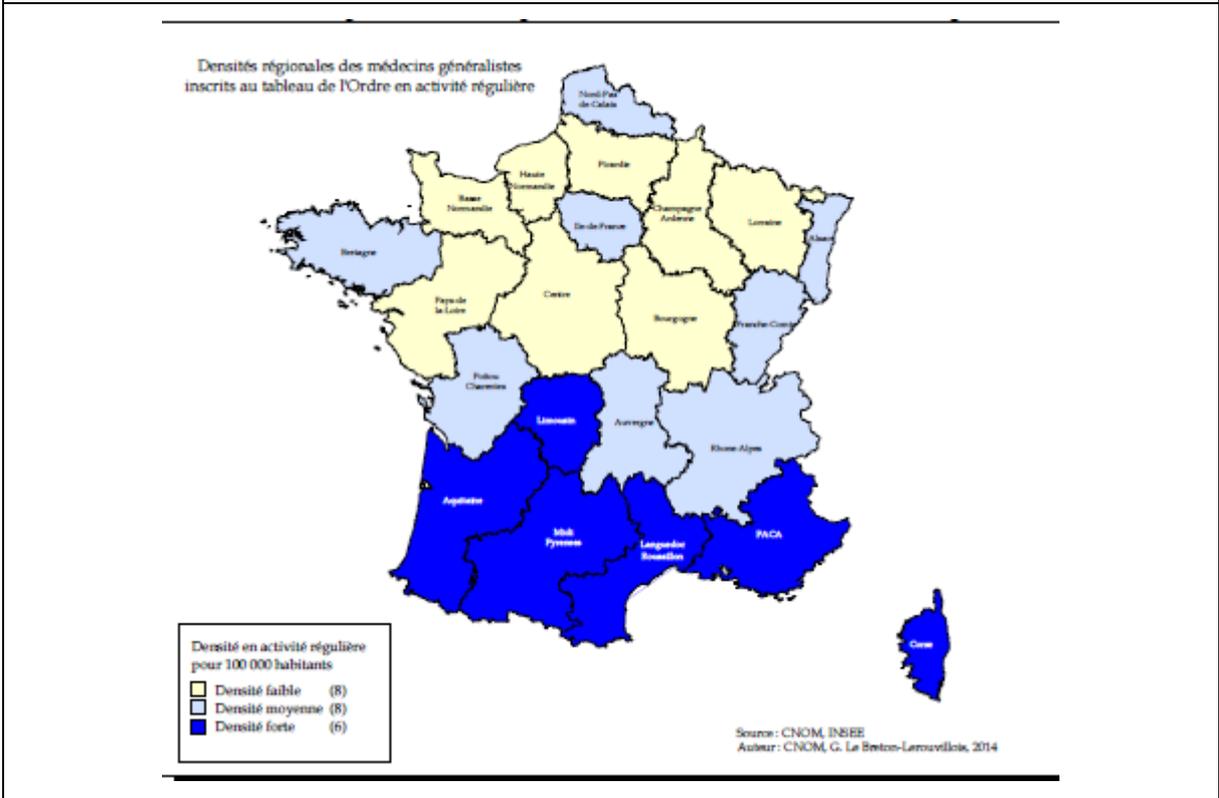
Depuis 2007, en France, le CNOM enregistre une diminution des effectifs des médecins généralistes en activité régulière de moins 6,5% et estime que cette tendance à la baisse risque de se confirmer jusqu'en 2020 (graphique n°1).

Graphique n°1: Effectifs des médecins généralistes en activité régulière en France, de l'observé à l'attendu
(Atlas national CNOM 2014).



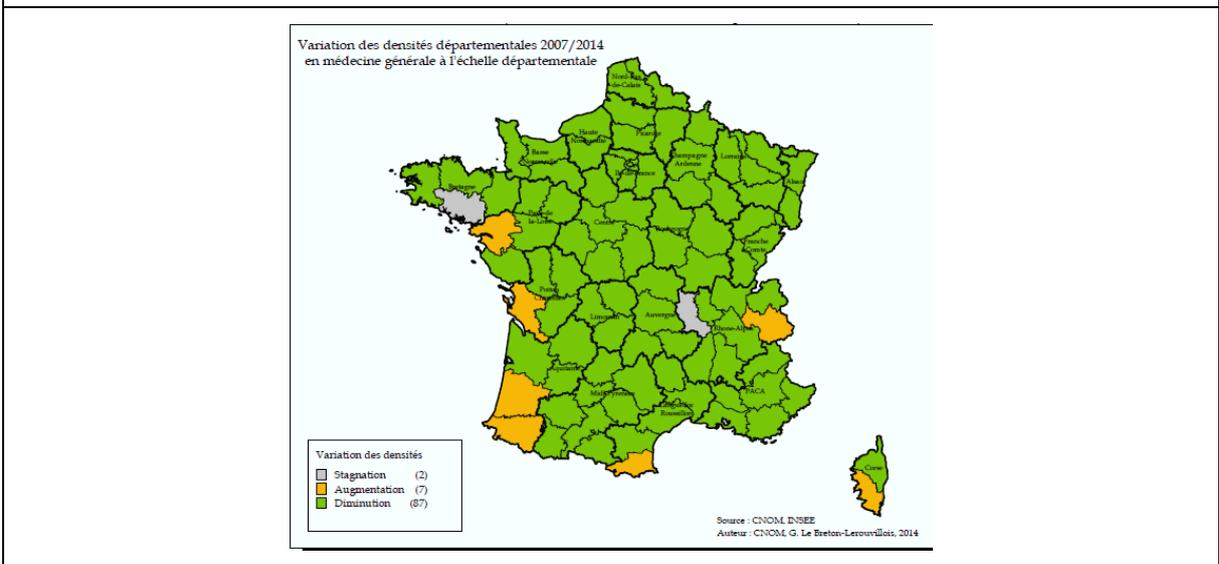
D'après le CNOM, au 1er janvier 2014, la densité régionale des médecins généralistes en France est en moyenne de 134,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants avec un important gradient Nord-Sud (carte n°2). La région Aquitaine est une des régions française où la densité des médecins généralistes est la plus forte avec 145,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants (carte n°2 et 4).

Carte n°2: Densité régionale des médecins généralistes en activité régulière
(Atlas national CNOM 2014).

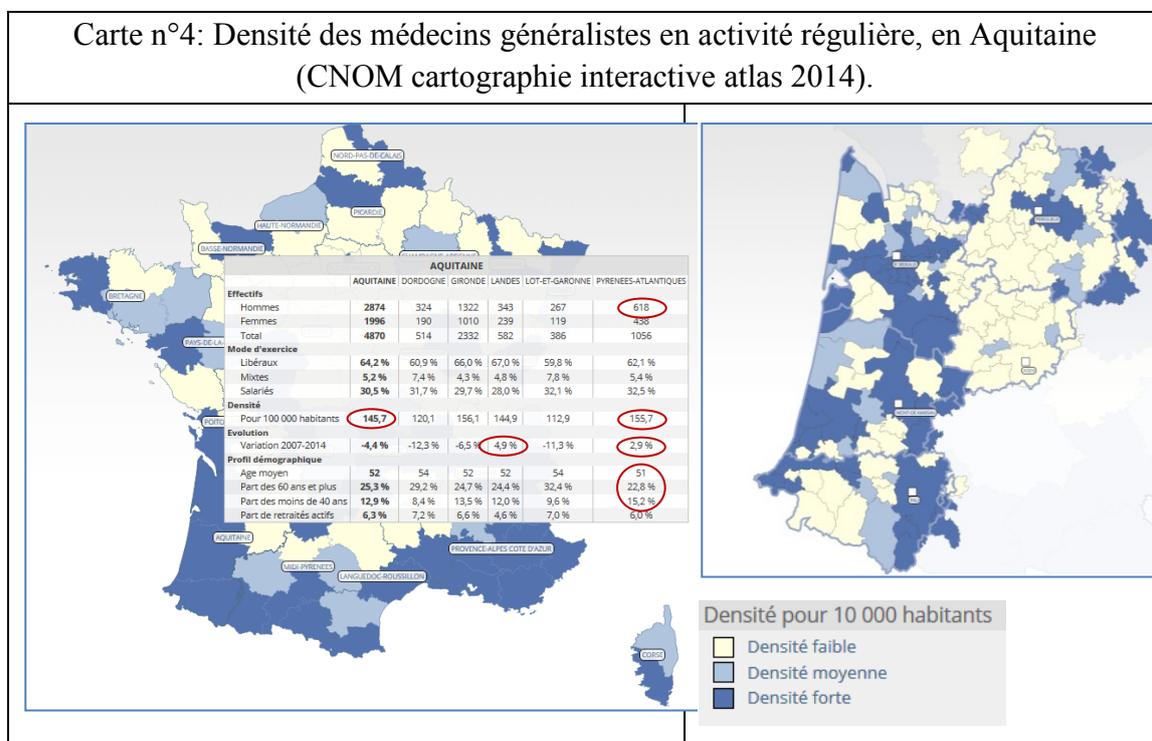


En France, à l'échelle départementale, la densité moyenne des médecins généralistes est de 132 pour 100 000 habitants. Entre 2007 et 2014, seuls sept départements français enregistrent une hausse de cette densité dont les Pyrénées-Atlantiques (+2,9 %) et les Landes (+4,9 %) (Carte n°3 et 4).

Carte n°3: Variation des densités départementales en médecine générale entre 2007 et 2014
(Atlas national CNOM 2014).



Au 1^{er} janvier 2014, la densité des médecins généralistes dans le département des Pyrénées-Atlantiques est de 155,7 pour 100 000 habitants, ce qui est plus élevé que la moyenne départementale française (132) et représente le deuxième département d'Aquitaine, après la Gironde, en densité de médecins généralistes (carte n°4).

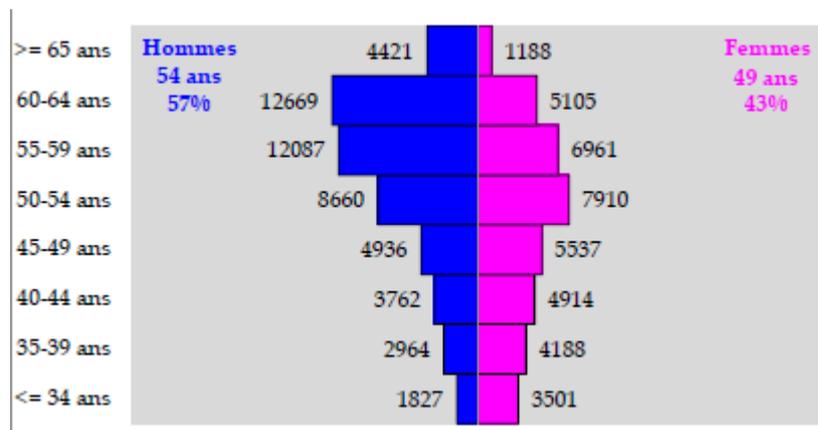


Au sein du département des Pyrénées-Atlantiques (carte n°4), il existe de fortes disparités de densité médicale (DM) avec une forte DM sur la côte, notamment aux alentours de Bayonne où la DM est de 139 pour 100 000 habitants et dans le territoire de Béarn-Soule où la DM est de 110 pour 100 000 habitants [38] avec un pic dans le territoire de Pau et son agglomération où la DM est de 120,9 pour 100 000 habitants [38].

b) REPARTITION PAR AGE ET PAR GENRE

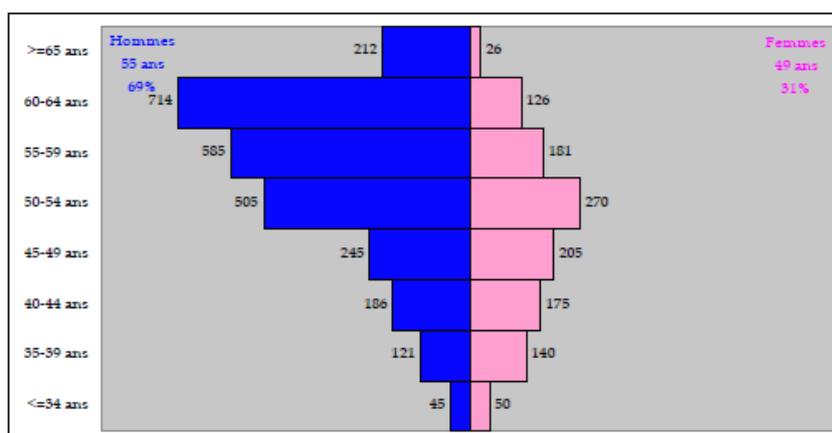
Actuellement, en France, le CNOM recense 90 630 médecins généralistes avec un âge moyen de 51 ans. Parmi eux, les hommes représentent 57 % et sont âgés en moyenne de 54 ans ; les femmes représentent 43 % et sont âgées en moyennes de 49 ans (graphique n°2).

Graphique 2 : Pyramides des âges en médecine générale en France
(Atlas National CNOM 2013)



En Aquitaine, en 2013, on dénombrait 3 786 médecins généralistes avec une plus forte proportion d'hommes (69 %) d'âge moyen de 55 ans, proche du niveau national (graphique n°3). Les femmes qui représentaient 31% des médecins généralistes avaient un âge moyen de 49 ans comme au niveau national (graphique n°3).

Graphique n°3: Pyramide des âges de médecins généralistes en Aquitaine (Atlas régional CNOM 2013).



Les médecins généralistes âgés de moins de 40 ans sont concentrés sur la façade Atlantique : 15,2% dans les Pyrénées-Atlantiques (département de Pau), 13,5% en Gironde et 12 % dans les Landes. A contrario, les médecins généralistes âgés de 60 ans et plus sont concentrés dans l'intérieur des terres : 32,4% dans le Lot-et-Garonne et 29,2% en Dordogne.

En résumé, la densité des médecins généralistes dans le territoire de Pau et son agglomération (120,9 pour 100 000 habitants) est la seconde du département des Pyrénées-Atlantiques. Le département des Pyrénées-Atlantiques se singularise par une densité médicale en hausse (+2,9%) à l'inverse de ce qui s'observe au niveau

national, et par une densité médicale plus forte (155,7 pour 100 000 habitants) que la moyenne départementale française (132 pour 100 000 habitants). Autre différence, la proportion d'hommes en région Aquitaine (69%) est plus importante qu'au niveau national (57%) et la proportion de jeunes médecins (15,2%) est plus importante dans le département des Pyrénées-Atlantiques que dans le reste de la région Aquitaine.

B. PRESENTATION GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER DE PAU

Le CH de Pau compte 560 lits installés en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et Hospitalisation à Domicile (HAD).

- 476 lits en Hospitalisation Complète (HC) et Hospitalisation de Semaine (HS) en MCO ;
- 8 places en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ;
- 76 places Hospitalisation de jour hors UHCD.

Le centre hospitalier de Pau regroupe :

- 8 pôles cliniques :
 - Pôle Urgences : SAU adultes (Service d'Accueil des Urgences), SAMU et CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence), SMUR, UHCD, USMP (Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire), UMJ (Unité Médico-Judiciaire), PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) ;
 - Pôle Gériatrie : Court séjour gériatrique, Moyen séjour gériatrique, USLD (Unité de Soins Longue Durée), UPUG (Unité Post Urgences Gériatriques), EMOG (Equipe Mobile de Gériatrie) ;
 - Pôle mère-enfant : Urgences pédiatriques, Pédiatrie, Néonatalogie, Réanimation néonatalogique et pédiatrique, Gynécologie-Obstétrique avec une maternité de niveau 3, Bloc obstétrical, Centre de Gynécologie sociale, Centre de planification ;
 - Pôle médecine I : Cardiologie, USIC (Unité de Soins Intensifs Cardiologiques), Réanimation, Unité de Surveillance Continue, Prélèvement multi-organes, Neurologie, Unité Neuro-Vasculaire, Unité Neurologie Vasculaire Intensive ;
 - Pôle médecine II : Oncologie et dispositif d'annonce, Pneumologie, Laboratoire du sommeil, MPIE (Médecine Polyvalente Infectiologie et Endocrinologie), Dermatologie, Rhumatologie, Hépatogastroentérologie, HAD, Médecine Physique et Rééducation fonctionnelle, Convalescence

- Soins de Suite et de Réadaptation, Consultation douleur, Unité de Sevrage, Equipe de Liaison et de Soins en addictologie (ELSA) ;
- Chirurgie orthopédique et traumatologique ;
 - Chirurgies : Chirurgie Viscérale, Chirurgie Vasculaire et Thoracique ; Unité de Chirurgie Thoracique; Chirurgie de l'Obésité; Spécialités : ORL, Ophtalmologie et Stomatologie ;
 - Anesthésie : Anesthésiologie, UACA (Unité d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire), Blocs opératoires, Acupuncture.
- 3 pôles médico-techniques transversaux :
- Laboratoire ;
 - Imagerie médicale : deux IRM, deux scanners, deux caméras à scintillation, seize échographes doppler, deux angiographes numérisés dont un appareil de coronarographie ;
 - Pharmacie et DIMESP (Département d'Informatique Médicale et de Santé Publique).
- 1 pôle administratif.

Le plateau technique de l'établissement est vaste avec treize salles opératoires, un plateau d'explorations fonctionnelles de cardiologie (coronarographie, exploration électro-physiologique endo-cavitaire) et un secteur d'imagerie interventionnelle.

Le CH de Pau présente donc une très grande diversité de spécialités médicales et chirurgicales avec un plateau médico-technique performant.

V. METHODE

A. SCHEMA D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle semi quantitative menée au travers d'un questionnaire anonyme adressé aux médecins généralistes libéraux de la région de Pau.

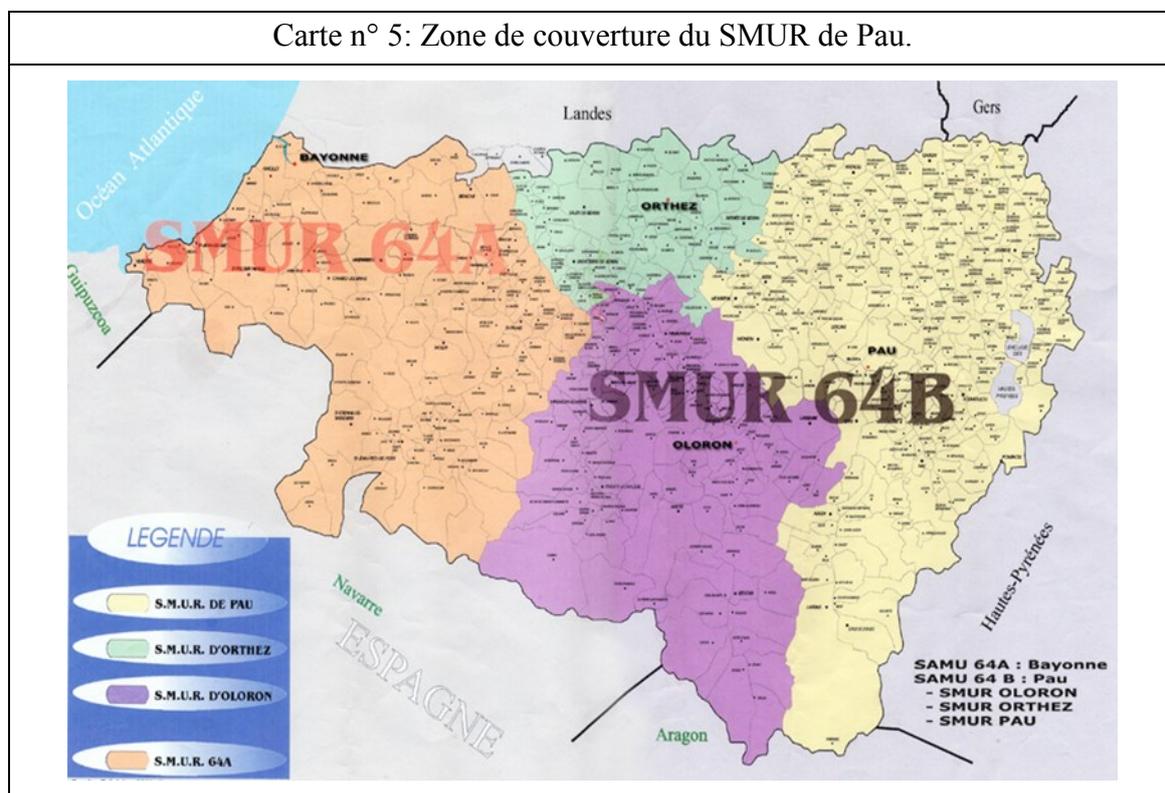
L'étude portant sur les relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et leur centre hospitalier de référence, il fallait sélectionner en première intention des médecins généralistes qui travaillaient en collaboration avec l'hôpital de Pau (territoire de recours de l'hôpital).

Nous avons donc choisi pour zone géographique de l'étude, la zone de couverture du SMUR de Pau (carte n°5, zone jaune), qui comprend 245 communes.

Cette zone correspond aux secteurs de garde numéros 1 (Arudy-Laruns), 4 (Artix-Monein-Mourenx), 5 (Arzacq-Thez), 6 (Lembeye), 7 (Garlin), 8 (Ger-Pontacq-Soumoulou), 9 (Lescar), 10 (Gan-Lasseube), 13 (Morlaas), 16 (Nay-Est-Ouest-Soulor), 17 (Pau Sud et Ouest), 18 (Pau-Nord) et 19 (Pau) pour la PDSA sur le département des Pyrénées Atlantiques (carte n°1).

Le CH de Pau est la structure d'Urgence de recours en nuit profonde pour ces différents secteurs.

Les coordonnées des médecins généralistes concernés ont été obtenues via les listes du SAMU-centre 15 du CH de Pau et les pages jaunes des annuaires.



B. POPULATION ETUDIEE

Elle concernait les médecins généralistes libéraux des communes dépendantes du SMUR de Pau.

1. CRITERE D'INCLUSION

Le critère d'inclusion était les médecins généralistes libéraux des 245 communes dépendantes du SMUR de Pau (carte n°5, zone jaune) inscrits sur les pages jaunes de l'annuaire, soit **271 médecins au total**.

2. CRITERE D'EXCLUSION

Le critère d'exclusion était les médecins généralistes libéraux qui avaient une activité médicale particulière (acupuncture, allergologie, homéopathie) mentionnée sur les pages jaunes de l'annuaire.

C. RECUEIL DES DONNEES

Les questionnaires ont été envoyés le 27 janvier 2014 de l'hôpital de Pau. Une relance téléphonique a été faite quatre semaines après auprès des médecins généralistes qui n'avaient pas répondu. Il leur était demandé de préciser les raisons de leur non réponse au questionnaire :

- Questionnaire non reçu
- Questionnaire perdu
- Non intéressé par l'étude
- Manque de temps pour répondre
- Cessation d'activité

Dans le cas où les questionnaires étaient perdus, un nouveau questionnaire leur était envoyé par mail ou par voie postale, selon la préférence du médecin.

Dans le cas où le médecin était absent ou non joignable, un message était laissé à la secrétaire avec les motifs de notre appel et nos coordonnées téléphoniques afin que le médecin nous rappelle à son retour.

Dans le cas où le médecin ne répondait pas au téléphone et disposait d'une boîte vocale, un message était laissé sur son répondeur avec les motifs de notre appel et nos coordonnées téléphoniques pour nous rappeler ultérieurement.

Enfin, pour les médecins ne répondant pas au téléphone et n'ayant pas de messagerie vocale, une relance téléphonique était faite dans les heures et les jours suivants jusqu'à 5 essais.

La date de fin de recueil des questionnaires a été fixée au 25 mai 2014 car nous ne recevions plus de courrier depuis plusieurs semaines malgré les relances téléphoniques.

D. ELABORATION ET CONTENU DU QUESTIONNAIRE

Pour élaborer le questionnaire, nous nous sommes inspirés de notre pratique professionnelle, de notre expérience au CH de Pau, d'une thèse de médecine générale [4] et de l'aide de plusieurs professionnels de santé libéraux et hospitaliers.

Nous avons ainsi envoyé le questionnaire à nos trois anciens maîtres de stage, médecins généralistes sur la commune de Seignosse (département des Landes), qui travaillent en étroite collaboration avec le CH de Dax et de Bayonne, afin d'évaluer la pertinence de notre sujet et d'obtenir leur approbation sur la longueur et le contenu du questionnaire.

Ma directrice de thèse, le Dr POUYANNE, ancienne chef du pôle Urgences du CH de Pau nous a également suggéré plusieurs items.

Enfin, la direction du CH de Pau, très intéressée par le sujet, nous a proposé d'aborder le thème du Dossier Médical Personnel (DMP) et la création d'une rubrique « espace professionnel » sur le site internet du CH de Pau.

Le questionnaire anonyme comprenait principalement des questions fermées pour faciliter le recueil statistique des données et quelques questions ouvertes pour permettre une expression plus libre. Il était divisé en 4 parties :

1. Phase pré-hospitalière avec un versant Urgences adultes et un versant Spécialités médico-chirurgicales.
2. Phase post-hospitalière avec un versant Urgences adultes et un versant Spécialités médico-chirurgicales.
3. La formation médicale continue sur l'hôpital de Pau et l'échange d'informations entre la ville et l'hôpital.
4. Pistes d'amélioration sur les thèmes relations ville-hôpital et communication ville-hôpital.

Le courrier comprenait une lettre (ANNEXE 1) jointe au questionnaire (ANNEXE 2), adressée aux médecins généralistes et expliquant le but de notre étude ainsi qu'une enveloppe retour pré-timbrée adressée à notre nom.

E. ANALYSE STATISTIQUE

Le traitement des données a été réalisé sur tableau Excel. L'analyse des résultats a été descriptive.

Les réponses aux questions fermées ont été décrites par l'effectif (n) et le pourcentage (%) de médecins ayant répondu à chaque proposition.

Certains questionnaires étaient incomplets. Les pourcentages ont donc été calculés sur le nombre de médecins ayant répondu à la question posée et non sur le nombre total de médecins interrogés.

Les réponses aux questions ouvertes introduites par l'intitulé « Autres, précisez » et les commentaires libres rajoutés par les médecins à certaines questions ont été intégralement retranscrites à la fin de chaque question fermée.

Bien que nous ayons informé la direction générale et la direction qualité du CH de PAU de notre étude avant l'envoi du questionnaire, nous avons découvert à posteriori que le CH de Pau avait participé en janvier 2008 à l'enquête régionale sur la « Satisfaction des correspondants externes des établissements de santé » réalisée par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA).

Pour pouvoir comparer les commentaires libres de notre étude, correspondants à des données qualitatives, à celle de 2008 (Annexe 3), nous avons regroupé les commentaires libres sous les mêmes thèmes que ceux de l'enquête de 2008 puis nous avons calculé leur fréquence de citation (n) :

- Problème d'accès aux soins en terme de délai de prise en charge ;
- Problème d'accès aux soins en terme d'organisation ;
- Problème d'accès aux soins pour les personnes âgées ;
- Difficulté de prise de contact avec les professionnels de santé ;
- Défaut de communication entre hospitaliers et libéraux ;
- Problème d'exclusion des libéraux à participer au projet thérapeutique ;
- Délai de réception du compte-rendu trop long ;
- Défaut de connaissance de l'activité de l'établissement ;
- Satisfaction générale sur la qualité des soins et les relations avec les praticiens hospitaliers.

Nous avons rajouté six thèmes non présents dans l'enquête de 2008 :

- Problème d'accueil et de tri des patients aux Urgences ;
- Problème relationnel avec le personnel médical des Urgences ;
- Informations insuffisantes quand le patient sort de l'hôpital ;
- Problèmes de reconnaissance des médecins généralistes auprès des praticiens hospitaliers ;
- Volonté des médecins généralistes d'améliorer leurs relations avec leurs confrères hospitaliers ;
- Pistes d'amélioration.

VI. RESULTATS

A. TAUX DE REPONSE ET DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

139 médecins généralistes sur les 271 contactés ont répondu au questionnaire soit un **taux de réponse de 51 %**.

Parmi les médecins répondeurs, il y avait 37 femmes (26,6%) et 102 hommes (73,4%). Ce sexe ratio est proche de celui des médecins généralistes en Aquitaine (69% de médecins généralistes de sexe masculin) avec tout de même une plus grande part de réponse des médecins généralistes masculins. Trente-deux médecins (23%) exerçaient sur Pau et 107 médecins (77%) exerçaient en dehors de l'agglomération paloise.

Parmi les 132 médecins qui n'ont pas répondu, il y avait 40 femmes (30,3%) et 92 hommes (69,7%):

- **62 médecins (47%) n'avaient pas eu le temps de répondre au questionnaire.** Parmi eux, 27 médecins (43,5%) exerçaient sur Pau et 35 médecins (56,5%) en dehors de l'agglomération paloise.
- **9 médecins (6,8%) n'étaient pas intéressés par l'étude.** Parmi eux, 3 médecins (33,3%) exerçaient sur Pau et 6 médecins (66,6%) exerçaient en dehors de l'agglomération paloise.
- **10 médecins (7,6%) avaient cessé leur activité.**
- **51 médecins (38,6%) n'ont pas répondu au téléphone** même après plusieurs relances téléphoniques ou après avoir laissé un message s'ils avaient un répondeur. Parmi eux, 12 médecins (23,5%) exerçaient sur Pau et 39 (76,5%) exerçaient en dehors de l'agglomération paloise.

B. REPONSES AU QUESTIONNAIRE

1. PHASE PRÉ-HOSPITALIÈRE

a) *PATIENTS ADRESSES AUX URGENCES ADULTES*

- **Etes-vous satisfait de l'accessibilité téléphonique du service des Urgences ?**

132 médecins ont répondu

Oui: n=104 (78,8%).

Non: n=28 (21,2%).

- **Parmi les raisons qui vous font hospitaliser vos patients au CH de Pau via les Urgences, classez-les par ordre de préférence croissant de 1 à 7 :**

111 médecins ont répondu

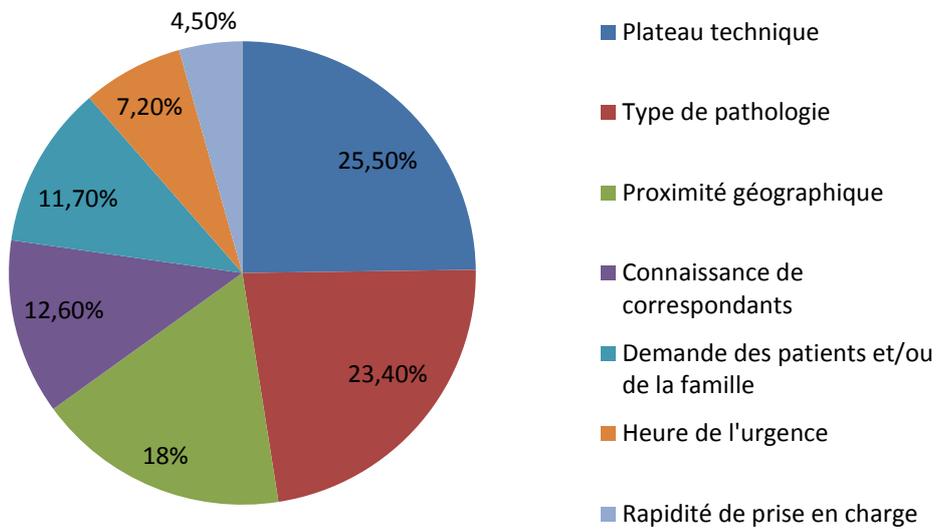
- Le plateau technique est classé dans les trois premiers choix par 79 médecins généralistes.
- Le type de pathologie est classé dans les trois premiers choix par 71 médecins généralistes.
- La proximité géographique est classée dans les trois premiers choix par 50 médecins généralistes.
- L'heure de l'urgence est classée dans les trois derniers choix par 49 médecins généralistes.
- La demande des patients et/ ou de la famille est classée dans les trois derniers choix par 54 médecins généralistes.
- La rapidité de la prise en charge (PEC) est classée dans les trois derniers choix par 66 médecins généralistes.
- La connaissance de correspondants est classée dans les trois derniers choix par 68 médecins généralistes.

Tableau n°1: Raisons d'hospitalisation aux Urgences par ordre de préférence
(effectifs des médecins généralistes ayant répondu exprimés en valeur absolue)

Raisons	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7
Proximité géographique	20	14	16	23	16	9	11
Plateau technique	28	28	23	15	5	7	14
Type de pathologie	26	26	19	11	12	10	7
Demande des patients et /ou de la famille	13	8	19	16	21	15	18
Connaissance de correspondants	14	7	7	12	24	20	24
Heure de l'urgence	8	15	16	21	13	30	6
Rapidité de PEC	5	11	13	13	14	17	35

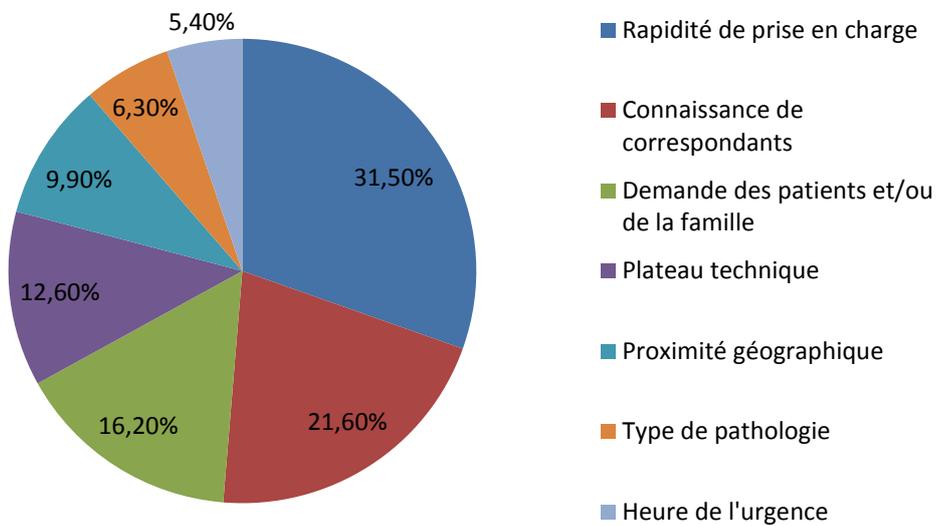
Graphique n°4:

Raisons d'hospitalisation aux Urgences citées en n°1



Graphique n°5:

Raisons d'hospitalisation aux Urgences citées en n°7



– **Envoyez-vous des patients aux Urgences parce que les admissions directes dans les services hospitaliers sont difficiles ?**

133 médecins ont répondu

Oui: n=106 (79,7%).

Non: n=27 (20,3%).

De quelles difficultés s'agit-il ? *111 médecins ont répondu*

- Difficultés pour joindre le spécialiste par téléphone: n=70 (63,1%) ;
- Demande du spécialiste de passer par les Urgences: n=24 (21,6%) ;
- Manque de place dans les services: n=28 (25,2%) ;
- Le fonctionnement de l'hôpital ne permet pas les entrées directes dans les services: n=5 (4,5%).

Commentaires libres:

« Impression de ne pas être pris au sérieux par les spécialistes ».

« Refus de voir rapidement les patients ».

« Heure tardive, weekend, garde ».

« Refus systématique ou quasiment de la neurologie ».

« Impossibilité d'hospitaliser rapidement un patient sans passer par les urgences même s'il semblerait plus simple de réaliser une admission directe ».

« C'est à mon sens l'intérêt des urgences ».

« Je ne savais même pas qu'on pouvait les adresser directement ! ».

« Horaires de prise en charge ».

« Horaire ».

« Ne prennent pas rapidement. Prennent peu de nouveaux patients. Pas de consultation selon les médecins ».

– **Quand vous adressez un patient pour une urgence vitale (UV), appelez-vous le SAMU-Centre 15 avant son transfert ?**

137 médecins ont répondu

Oui: n=134 (97,8%).

Non: n=3 (2,2%).

Si oui, à quel rythme ? 129 médecins ont répondu

- A chaque fois: n=120 (93%) ;
- Parfois: n=8 (6,2%) ;
- Rarement: n=1 (0,8%).

Si non, pourquoi ? 11 médecins ont répondu

- Attente au téléphone trop longue pour joindre le médecin régulateur: n=1 (9%) ;
- Gain de temps dans le cadre de l'urgence vitale en transportant le patient aux Urgences en ambulance: n=3 (27,3%).

- **Quel numéro de téléphone faites-vous pour joindre le service des Urgences du CH de PAU ?**

137 médecins ont répondu

- La salle de soins du service des Urgences (05 59 92 47 47): n=85 (62%) ;
- L'infirmière d'Accueil et d'Orientation (05 59 92 50 55): n=7 (5,1%) ;
- Le standard de l'hôpital (05 59 92 48 48): n=36 (26,3%) ;
- Le 15: n=9 (6,6%).

- **Pour les patients que vous envoyez aux Urgences sans passer par le 15, prévenez-vous à chaque fois le service des Urgences par téléphone du transfert ?**

135 médecins ont répondu

Oui: n=115 (85,2%).

Non: n=20 (14,8%).

Si oui, pourquoi ? 118 médecins ont répondu

- Pour avertir l'équipe médicale du degré de l'urgence: n=91 (77,1%) ;
- Par politesse: n=97 (82,2%).

Si non pourquoi ? 35 médecins ont répondu

- Par faute de temps: n=15 (42,8%) ;

- L'attente au téléphone pour joindre le médecin référent ou l'IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation) des Urgences est trop longue: n=8 (22,8%) ;
 - Le temps d'attente pour joindre l'IAO ou le médecin référent est compris: entre 2 et 5 min: n=4; entre 5 et 10 minutes: n=3, plus de 10 min: n=1
- Inutile car vous joignez un courrier: n=18 (51,4%) ;
- Vous avez déjà essayé un refus d'admission de la part des Urgences: n=6 (17,1%), au motif que les Urgences étaient surchargées: n=5.

Commentaires libres pour la réponse Oui:

« Dans l'espoir qu'ils soient pris en charge plus vite mais malheureusement, ce n'est pas le cas ».

Commentaires libres pour la réponse Non:

« Besoin d'expliquer à une cascade de personnes pourquoi on les envoie, le tableau présenté... ».

« L'ennui vient de répéter l'histoire du patient plusieurs fois avant d'être en présence d'un confrère urgentiste ».

« La personne qui va recevoir mon patient ne sera pas celui qui aura été prévenu, donc lettre ! ».

« Réponse peu confraternelle d'internes qui se croient urgentistes mais qui n'ont pas l'expérience du terrain ».

« Médecin urgentiste très peu coopératif ».

« Trop vieux, trop cher... ».

b) PATIENTS ADRESSES DIRECTEMENT DANS UN SERVICE SPECIALISE

- **Etes-vous satisfait de l'accessibilité téléphonique des services spécialisés du CH de Pau?**

127 médecins ont répondu

Oui: n=57 (44,8%).

Non: n=70 (55,1%).

Commentaires libres:

« Non, souvent difficulté à joindre l'astreinte, nombreuses "basculés" de poste à poste... »

« Ils font comme ils peuvent !! ».

« Non, ça sert à quoi les portables ? ».

– **Vous arrive-t-il de joindre au téléphone les spécialistes du CH de Pau ?**

136 médecins ont répondu

Oui: n=133 (97,8%).

Non: n=3 (2,2%).

Si oui, par quels moyens ? *130 médecins ont répondu*

- Directement: n=16 (12,3%) ;
- Via le secrétariat: n=114 (87,7%).

Si oui, pour quelles raisons ? *133 médecins ont répondu*

- Pour un avis spécialisé: n=113 (85%) ;
- Pour une hospitalisation directe: n=111 (83,4%).

Si non, pourquoi ? *15 médecins ont répondu*

- Par faute de temps: n=1 (6,6%) ;
- Trop longue attente au téléphone pour joindre les spécialistes: n=12 (80%).

Commentaires libres pour la réponse Oui:

« Pour avoir des nouvelles d'un patient hospitalisé ».

« Pour avoir une consultation rapide ».

« De moins en moins car c'est de plus en plus le parcours du combattant. Il faut avoir 3 ou 4 postes avant d'aboutir si la ligne n'a pas été coupée entre temps !! ».

« Pour des RDV plus rapides ».

« Pour un RDV rapide ».

« Pour une hospitalisation programmée ».

« Pour une consultation ».

« Demande de courrier après 1 mois ! ».

« Discuter de l'évolution de la pathologie du patient en hospitalisation ».

Commentaires libres pour la réponse Non:

« Spécialistes hospitaliers très difficile à joindre (réunion, visite, indisponible). Les médecins du CHU sont beaucoup plus accessibles ».

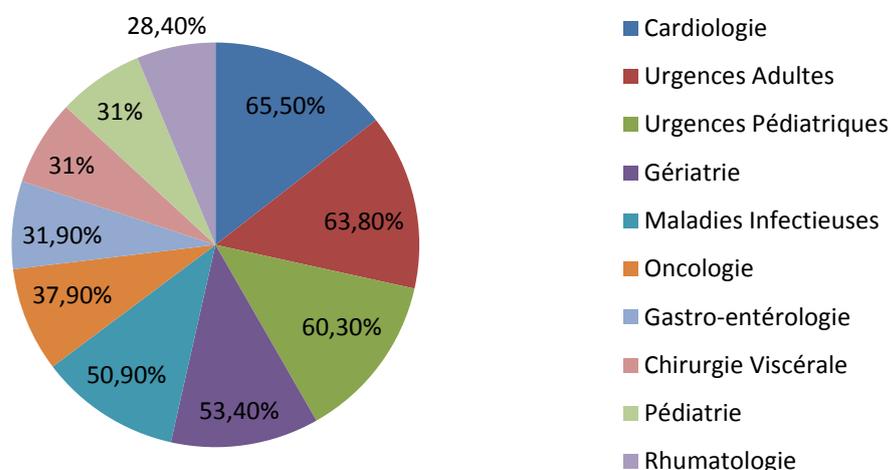
– **Quelles sont les spécialités où les médecins sont les plus facilement joignables par téléphone sur l'hôpital ?**

116 médecins ont répondu

- La Cardiologie: n=76 (65,5%) ;
- Les Urgences Adultes : n=74 (63,8%) ;
- Les Urgences Pédiatriques: n=70 (60,3%) ;
- La Gériatrie: n=62 (53,4%) ;
- Les Maladies Infectieuses: n=59 (50,9%) ;
- L'Oncologie: n=44 (37,9%) ;
- La Gastro-entérologie: n=37 (31,9%) ;
- La Chirurgie Viscérale: n=36 (31%) ;
- La Pédiatrie: n=36 (31%) ;
- La Rhumatologie: n=33 (28,4%) ;
- La Pneumologie: n=32 (27,6%) ;
- La Réanimation: n=23 (19,8%) ;
- La Neurologie: n=19 (16,4%) ;
- L'Endocrinologie: n=19 (16,4%) ;
- La Gynécologie-obstétrique: n=16 (13,8%) ;
- L'ORL: n=11 (9,5%) ;
- La Chirurgie Orthopédique: n=10 (8,6%) ;
- La Radiologie: n=8 (6,9%) ;
- La Chirurgie Thoracique : n=6 (5,2%) ;
- La Psychiatrie: n=5 (4,3%) ;
- L'Ophtalmologie: n=2 (1,7%).

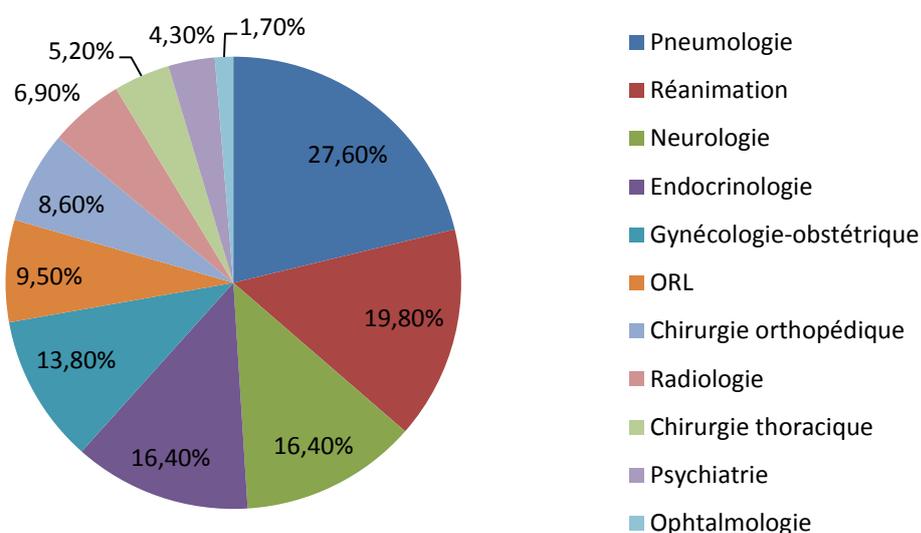
Graphique n°6:

Les 10 premières spécialités les plus joignables selon les médecins généralistes.



Graphique n°7:

Les 11 dernières spécialités les plus joignables selon les médecins généralistes.



Commentaires libres:

« Très variable selon les services ».

« Très longue attente au téléphone ».

« Gastro-entérologie jamais (à impossible !) ».

« Psychiatrie !! La blague (sauf SAU) ».

« Chirurgie viscérale : peut être maintenant avec le numéro de portable ».

« Après une longue attente en se pliant aux horaires imposés ».

« Je ne sais pas ».

– **Communiquez-vous par mail avec les médecins spécialistes du CH de Pau ?**

134 médecins ont répondu

Oui: n=4 (3%).

Non: n=130 (97%).

Si non, pourquoi ? *128 médecins ont répondu*

- Vous ne connaissez pas leur adresse-mail: n=94 (73,4%) ;
- Vous pensez qu'ils ne répondront pas à votre mail: n=30 (23,4%) ;
- Vous pensez qu'ils ne liront pas votre mail: n=29 (22,6%) ;
- Vous pensez que ce mode de communication n'est pas assez sécurisé: n=20 (15,6%).

Commentaires libres à la réponse Non:

« Ils sont trop débordés pour passer des heures à répondre à des mails nombreux ».

« Pas habitué à communiquer comme ça, il faut du temps et un ordinateur ».

« Pas habituel ».

« Le serveur bloque trop les pièces jointes et complique la communication ».

« Quand il est possible d'avoir le mail sans barrage du secrétariat ».

« Il faudrait avoir HPRIM Net comme le CHU de Toulouse ».

« Souvent ils ne répondent pas à nos coups de fils ».

« Je lis rarement les miens ».

« Je n'aime pas les mails ! ».

« Le téléphone est plus rapide, plus humain ».

« Je n'en ai pas eu l'occasion ! ».

« Pas envie ».

« Pas l'habitude de ce support ».

« Je ne suis pas informatisé ».

– **Que faites-vous si vous avez besoin d'un avis spécialisé, sans nécessité d'hospitalisation ?**

138 Médecins ont répondu

- Vous essayez de joindre le spécialiste par téléphone: n=123 (89,1%) ;
- Vous envoyez un mail aux spécialistes: n=0 ;
- Vous envoyez le patient aux Urgences: n=5 (3,6%) ;
- Les médecins généralistes ont recours à un confrère spécialiste en ville: n=18 (13%).

Commentaires libres:

« Je prends RDV ».

« RDV téléphonique avec le secrétariat qui transmet ».

« Prise de contact avec le secrétariat puis fax de la lettre demande de consultation ».

« RDV en consultation externe ».

« On prend RDV au secrétariat intéressé. Les patients appellent eux-mêmes sinon ».

« Je prends RDV pour une consultation ».

« Message par fax ».

« Fax suite à l'appel du secrétariat ».

« Lettre-fax ».

– **Les hospitalisations directes sont-elles possibles pour vous ?**

136 médecins ont répondu

Oui: n=104 (76,5%).

Non: n=32 (23,5%).

Si oui, comment faites-vous ?

- Vous appelez directement le spécialiste concerné par téléphone: n=106 ;
- Vous envoyez un mail au spécialiste concerné pour programmer une hospitalisation dans les jours qui suivent: n=0.

Si oui, elles concernent: *104 médecins ont répondu*

- Tous les patients: n=57 (54,8%) ;
- Seulement les patients chroniques suivis au CH de Pau: n=18 (17,3%) ;

- Seulement les patients relevant de la Gériatrie (n=25; 24%), de la Cardiologie (n=24; 23,1%), de l'Infectiologie (n=21; 20,2%), de l'Oncologie (n=14; 13,5%), de la Rhumatologie (n=14; 13,5%), de la Pneumologie (n=11; 10,6%), de la Pédiatrie (n=11; 10,6%), de la Gynécologie (n=10; 9,6%), de l'Endocrinologie (n=8; 7,7%), de la Gastro-entérologie (n=8; 7,7%), de la Neurologie (n=7; 6,7%), de la Chirurgie viscérale (n=7; 6,7%), de la Psychiatrie (n=5; 4,8%), de l'ORL (n=4; 3,8%), de la Chirurgie thoracique (n=3; 2,8%), de la Chirurgie orthopédique (n=3; 2,8%), de l'Ophtalmologie (n=2; 1,9%) et de la Réanimation (n=1; 1%).

Si non, pourquoi ? 39 médecins ont répondu

- Vous pensez que le passage par les Urgences est une étape indispensable à l'hospitalisation de votre patient, notamment pour évaluer sa gravité: n=21 (53,8%) ;
- Les médecins généralistes ignoraient que les entrées directes étaient possibles sur le CH de Pau: n=1 (2,6%) ;
- Demande des spécialistes d'envoyer les patients par les Urgences: n=7 (17,9%).

Commentaires libres à la réponse Non:

« Souvent service plein ou non joignable, d'où la "facilité" désagréable d'adresser aux urgences après avoir perdu beaucoup de temps ».

« Attente téléphonique trop longue, secrétariats souvent injoignables car fermés trop tôt l'après-midi par exemple ».

« Très compliqué ».

« Difficultés à joindre le médecin souvent peu disponible ».

« Très difficile de trouver des places dans un service, je pense que les urgentistes en savent quelque chose ... j'ai l'impression que c'est l'organisation de l'hôpital, la moins pire ? ».

« Je pensais que le passage par les urgences était obligatoire sauf pour les patients chroniques suivis au CH de Pau ».

« Je pensais que même sans notion de gravité, l'accès direct dans les services n'était pas possible dans le cadre d'une hospitalisation mais possible pour des consultations programmées ».

2. PHASE POST HOSPITALISATION

a) CONCERNANT LES PASSAGES AUX URGENCES ADULTES

– **Etes-vous informés du passage et de la sortie des Urgences de vos patients ?**

136 médecins ont répondu

Oui: n=114 (83,8%).

Non: n=22 (16,2%).

Si oui, à quel rythme ? *106 médecins ont répondu*

– A chaque fois: n=21(19,8%) ;

– Parfois: n=55 (51,9%) ;

– Rarement: n=30 (28,3%).

Si oui, par quels moyens ? *97 médecins ont répondu*

– Par téléphone: n=10 (10,3%) ;

– Par courrier: n=79 (81,4%) ;

– Par téléphone et par courrier: n=10 (10,3%).

Commentaires libres:

« Oui par courrier remis au patient... ».

« Oui par courrier qui arrive tard... par fax jamais et par mail jamais ».

« Oui par courrier remis au patient si non hospitalisé ».

« Quand on revoit les patients ».

« Par le patient ».

« Non sauf si passage au lit porte ».

« Par le patient, parfois par courrier ».

« Peu de courrier, téléphone jamais...compte rendu donné aux patients ».

« Par téléphone exceptionnellement, par courrier de moins en moins ».

– **Avez-vous des documents concernant votre patient à la sortie des Urgences ?**

135 médecins ont répondu

Oui: n=123 (91,1%).

Non: n=12 (8,9%).

Si oui, à quelle fréquence ? *117 médecins ont répondu*

- A chaque fois: n=33 (28,2 %) ;
- Parfois: n=60 (51,3%) ;
- Rarement: n=24 (20,5%).

Si oui, de quel type de documents s'agit-il ? *110 médecins ont répondu*

- Observation médicale: n=108 (98,2%) ;
- Résultats biologiques: n=52 (47,3%) ;
- Clichés radiologiques: n=17 (15,4%).

Commentaires libres:

« Document très brouillon ».

« Si le patient revient nous voir ».

« Résultats biologiques et clichés radiologiques jamais ».

« Avec le patient ».

« Clichés radiologiques jamais, ce n'est pas normal ».

« Résultats biologiques écrits mais jamais les résultats du laboratoire. Clichés radiologiques : résultats écrits mais jamais les clichés ce qui est souvent gênant ».

« Formulaire d'observation en 4 volets adressé (des fois) par le patient... ».

« Non la plupart du temps. Que si le patient les apporte ».

« Il faut parfois le réclamer via le patient (qui va le chercher dans un second temps...) ».

b) CONCERNANT LES SORTIES D'HOSPITALISATION

Etes-vous informés par téléphone de la sortie de vos patients ?

133 médecins ont répondu

Oui: n=10 (7,5%).

Non: n=123 (92,5%).

Si oui, par qui ? *10 médecins ont répondu*

- Par le spécialiste: n=4 (40%) ;
- Par l'interne: n=6 (60%).

Commentaires libres:

« Non, cette réponse concerne aussi le décès des patients ».

« JAMAIS !!! C'est LAMENTABLE ! ».

« Pas toujours ».

« Non JAMAIS ».

« Oui depuis peu de temps... ».

– **Etes-vous informés du traitement de sortie de vos patients ?**

131 médecins ont répondu

Oui: n=79 (60,3%).

Non: n=52 (39,7%).

Commentaires libres:

« Oui par courrier 8 à 20 jours plus tard... »

« Oui par courrier ».

« Oui sur les courriers ».

« Quelquefois par une ordonnance ».

« Quand les courriers arrivent... ».

« Par les ordonnances données aux patients et jamais expliquées ! ».

« Oui la plupart du temps dans le courrier ».

« Par courrier qui arrive après la sortie ».

« Par le courrier ou le patient ».

« Par le courrier ou l'ordonnance présentée par le patient ».

« Si courrier.. »

« Si ordonnance faite par le service ».

« Oui 3 semaines plus tard ».

« Après coup dans le courrier qui arrive longtemps après !... ».

« Par le courrier ».

« Très irrégulièrement ».

« Ultérieurement par courrier ».

– **Avez-vous les courriers de sortie de vos patients ?**

135 médecins ont répondu

Oui: n=134 (99,3%).

Non: n=1 (0,7%).

Si oui, dans quels délais ? 123 médecins ont répondu

- Jour : n=15 (12,2%) ;
- Semaine : n=98 (79,7%) ;
- Moi : n=33 (26,8%).

Commentaires libres:

« Les délais varient selon les services et les spécialistes ».

« Dans un délai de 3 semaines ».

« Oui dans un délai de 1 à 3 semaines ».

« Oui dans un délai de 1 mois ».

« On ne nous prévient quasiment jamais du décès de nos patients. On l'apprend par la famille ou le journal. Très regrettable ».

« Semaines, mois en fonction du service ».

« Dans un délai de 10 jours ».

« Dans un délai de 1 à 3 jours pour la chirurgie et de 1 à 4 semaines pour la médecine ».

« Mois, souvent plus. Exemple du problème de ce retard : en oncologie, on reçoit parfois le courrier de la 2^{ème} cure de chimio alors que le patient vient de faire la 3^{ème} voir la 4^{ème} !! ».

« Plusieurs semaines après la sortie et si décès on n'est jamais avertis ».

« 15 à 20 jours après la sortie ».

« Oui dans un délai de 15 jours ».

« Tardivement, souvent dans les 2 à 3 semaines ».

« Toujours en retard. 1 mois après ce n'est plus la peine !! ».

« Trop longs ».

« Dans un délai de 8 jours environ ».

« Plusieurs semaines après : minimum 15 jours à 1 mois voir 2 mois en obstétrique. J'ai un souvenir cuisant de mort intra-utérine 3 jours avant le terme et faire le gag dans la salle d'attente: « et bébé, vous ne l'avez pas amené pour me le montrer... ». Ça faisait un mois et demi... ».

« Dans un délai de plusieurs semaines voir quelques mois ».

« Selon le service : de 2 jours à 2 mois... ».

« Cela est très variable : toujours au moins 1 semaine. Parfois des semaines conf services de rhumatologie et oncologie et ce depuis 6 mois ».

« Etes-vous-informés du décès de votre patient à l'hôpital ? NON, un scandale ».

« Dans les 3 semaines environ ».

« Oui dans un délai de 2 à 3 semaines ».

« Délais très variables ».

« Dans les 15 jours à 3 semaines ».

« Dans un délai de 1 semaine ».

« Dans un délai de 1 mois ».

« Dans un délai de 1 mois !!! SCANDALE ».

« Dans un délai de 1 mois sauf Vignalou. Problème du secrétariat déjà au temps de mon internat. Il faut embaucher des secrétaires ».

« Dans quel délais ? Ca dépend !! Parfois 1 mois ».

« Selon les services, très variable ».

« 1 semaine !! ».

« Très aléatoire selon les services. Année ? ».

« Dans les 3 semaines ».

« Dans les 2 à 3 semaines ».

« Parfois mois pour la neurologie et la pneumologie ».

« 2 à 3 semaines ».

« Tout dépend des services ».

« Plusieurs semaines parfois ».

« Même pas avertis EN CAS DE DECES ».

3. QUESTIONS DIVERSES

– **Etes-vous informés de l'évolution des nouvelles spécialités du CH de Pau ?**

136 médecins ont répondu

Oui: n=28 (20,6%).

Non: n=108 (79,4%).

Si non, comment préféreriez-vous être informés ? *108 médecins ont répondu*

- Par courrier postal: n=62 (57,4%) ;
- Par mail: n=33 (30,5%) ;
- Via le site internet du CH Pau (création d'une rubrique « espace professionnel »): n=23 (21,3%) ;
- Par téléphone: n=5 (4,6%).

– **Etes-vous informés des soirées ou staffs médicaux dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC) ?**

134 médecins ont répondu

Oui: n=49 (36,6%).

Non: n=85 (63,4%).

Si oui, par quels moyens ? *53 médecins ont répondu*

- Par mail: n=15 (28,3%) ;

- Par courrier postal: n=42 (79,2%) ;
- Par téléphone: n=0.

Si non, comment voudriez-vous être informés ? *85 médecins ont répondu*

- Par mail: n=50 (58,8%) ;
- Par courrier postal: n=38 (44,7%) ;
- Via le site internet du CH Pau (création d'une rubrique « espace professionnel »): n=9 (10,6%) ;
- Par téléphone: n=1 (1,2%).

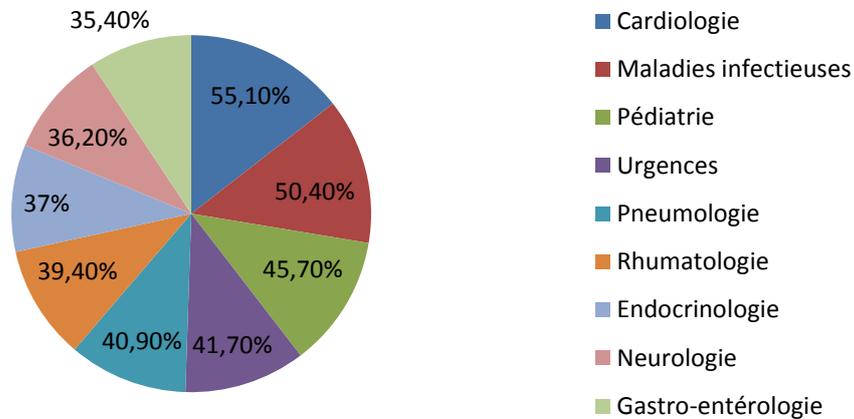
- **Quelles sont les spécialités qui vous intéressent pour la FMC ?**

127 médecins ont répondu

- Cardiologie: n=70 (55,1%) ;
- Maladies Infectieuses: n=64 (50,4%) ;
- Pédiatrie: n=58 (45,7%) ;
- Urgences: n=53 (41,7%) ;
- Pneumologie: n=52 (40,9%) ;
- Rhumatologie: n=50 (39,4%) ;
- Endocrinologie: n=47 (37%) ;
- Neurologie: n=46 (36,2%) ;
- Gastro-entérologie: n=45 (35,4%) ;
- Gériatrie: n=41 (32,3%) ;
- Toutes les spécialités: n=33 (26%) ;
- Oncologie: n=29 (22,8%) ;
- ORL: n=28 (22%) ;
- Gynécologie-Obstétrique: n=26 (20,5%) ;
- Psychiatrie: n=17 (13,4%) ;
- Radiologie: n=15 (11,8%) ;
- Ophtalmologie: n=10 (7,9%) ;
- Réanimation: n=3 (2,4%).

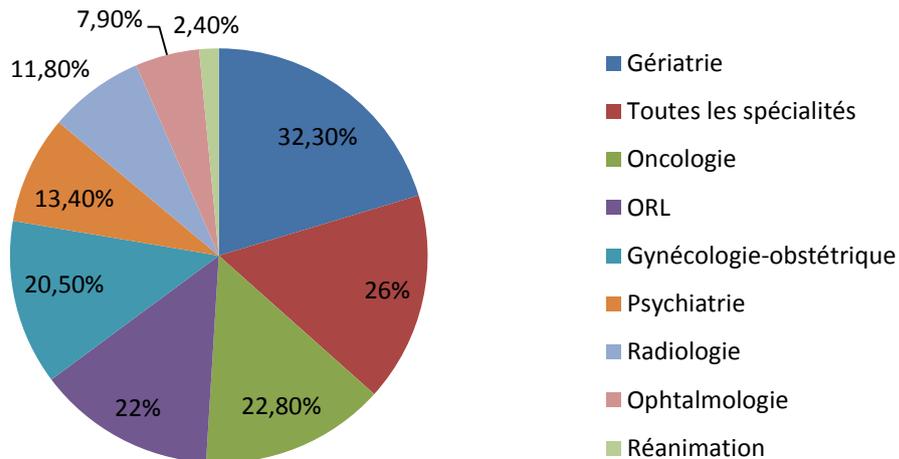
Graphique n°8:

Les 9 premières spécialités intéressant les médecins généralistes pour la FMC.



Graphique n°9:

Les 9 dernières spécialités intéressant les médecins généralistes pour la FMC.



Commentaires libres:

« Médecine interne ».

« Médecine générale ».

« En ce qui concerne la FMC « grand sujet » !!! Je pense qu'elle doit être organisée par secteur d'activité. Je perçois mal le CH organiser la FMC des médecins libéraux ».

« Souvenir de FMC à l'hôpital du Bouscat tous les 1er mercredi du mois « obligatoire » pour les internes et proposé aux médecins généralistes du coin ».

« Je vais chaque semaine à la réunion de pédiatrie le jeudi ».

– **A quelle fréquence voudriez-vous que se déroulent ces rencontres ?**

128 Médecins ont répondu

- Tous les 15 jours: n=0 ;
- Une fois par mois: n=42 (32,8%) ;
- Tous les 2 mois: n=63 (49,2%) ;
- Une fois par semestre: n=26 (20,3%).

4. PISTES D'AMELIORATION

– **Pensez-vous qu'une plateforme téléphonique pour joindre les spécialistes soit utile ?**

126 médecins ont répondu

Oui: n=102 (80,9%).

Non: n=24 (19%).

– **Concernant les échanges professionnels entre vous et les médecins du CH, que préférez-vous ?**

133 Médecins ont répondu

- Téléphone: n=94 (70,7%) ;
- E-mail sécurisé: n=49 (36,8%) ;
- Courrier postal: n=36 (27,1%).

Commentaires libres:

« Téléphone pour ce qui est urgent et important. Courrier postal pour la sortie mais plus rapidement ce qui veut dire de l'investissement de la part des secrétariats ».

« Egal ».

« Téléphone si urgent ».

« Courrier postal si non urgent ».

- **Seriez-vous favorable à la création d'une rubrique « espace professionnel » sur le site internet du CH Pau, accessible aux médecins hospitaliers et aux médecins généralistes via un code personnel, pour communiquer des informations médicales du CH de Pau (date des FMC et des staffs accessibles aux médecins généralistes, actualités du CH) ?**

126 médecins ont répondu

Oui: n=105 (83,3%).

Non: n=21 (16,7%).

Commentaires libres: Quelles autres rubriques vous intéresseraient sur cet espace ?

« Prise de RDV spécialisés ? ».

« Echange avec possibilité de questions de notre part, pas seulement communication dans un sens CH-généraliste ».

« Partager le dossier médical (courriers) ».

« Consulter les résultats ».

« Jours de présence ou de disponibilité des praticiens ».

« Annuaire téléphonique et mail des praticiens ainsi que leurs jours de présence ou de disponibilités pour les appels téléphoniques ».

« Exposition de cas cliniques, proposition de solutions et de conduite à tenir adaptées. Analyse autocritique ».

« Départs à la retraite des médecins hospitaliers et arrivée des nouveaux médecins hospitaliers ».

« FMC ».

« Organigramme : spécialistes, noms, changement de médecins, nouveaux spécialistes ».

« Spécificités de chaque médecin (qui s'occupe du membre supérieur ou inférieur en chirurgie orthopédique, qui fait l'asthme en pédiatrie...) ».

« Années et départs des médecins hospitaliers (retraite, nouveaux médecins) ».

- **Que pensez-vous du développement du Dossier Médical Personnel (DMP) ?**

131 médecins ont répondu

Favorable: n=54 (41,2%).

Non favorable: n=77 (58,8%).

Si non favorable, pour quelles raisons ? *86 médecins ont répondu*

- Manque de temps pour mettre en place le DMP au cabinet médical: n=58 (67,4%) ;

- Logiciel métier non compatible avec le DMP: n=22 (25,6%) ;
- Vous n'en voyez pas l'utilité: n=11 (12,8%) ;
- « Usine à sous »: n=7 (8,1%) ;
- Trop compliqué à utiliser: n=5 (5,8%).

Commentaires libres pour les médecins n'ayant pas répondu:

« Pas d'avis, pas d'information suffisante ».

« Grande nébuleuse !!! ».

« Inconnu ».

« Je n'ai pas d'information sur le DMP ».

Commentaires libres pour la réponse Favorable:

« Lent à mettre en route, chronophage et non rémunéré pour le médecin traitant ».

« Usine à gaz (début il y a 10-15 ans) ».

« Manque d'informations ».

« Il faudrait parler le même « langage ».

« Sécurité de l'information médicale ? Informations dans la carte vitale qui se déplace avec le patient, qui donne l'accès au professionnel de son choix : faisabilité ? ».

Commentaires libres pour la réponse Non favorable:

« Pour être utile il doit être exhaustif ce qui est loin d'être le cas ».

« Ne veut pas que le patient puisse le modifier ».

« Pas de langage commun et non définition des rôles respectifs ».

« Trop compliqué ».

« Je ne suis pas la secrétaire des spécialistes. Pas le temps. Une charge administrative de plus ».

« Usine à gaz ».

« Tel qu'il existe actuellement c'est une perte de temps. Tant qu'il ne sera pas totalement intégré à notre logiciel métier ».

« Dangereux !! ».

« Ergonomie du DMP. Le DMP est un outils de stockage de données ne facilitant pas la coordination des soins ».

« Qui va remplir les données sur le dossier ? Si tout le monde participe ok, si ce n'est que le médecin généraliste NON ».

« Ça rame ».

« Usine à gaz ».

« En 2008 ! Un des premiers médecins à m'engager, j'ai reçu un chèque de 420 euros !! Sans avoir créé un seul dossier !! Chèque que j'ai renvoyé... et je vois que 6 ans après le DMP n'a pas décollé... ».

« On a déjà du boulot par-dessus la tête et en plus on doit gérer le DMP !... ».

« Partagé veut dire aussi partage du remplissage du dossier entre généraliste et spécialiste... ».

« Encore des complications ! ».

« Je ne pense pas dans l'état actuel du DMP avec la loi informatique et libertés que les informations soient exhaustives d'où la « fragilité » des informations contenues sur le DMP ».

« La configuration de mon poste de travail pour utiliser le DMP fait planter mes télétransmissions... ».

« Stop au tout informatique ».

« Trop compliqué ».

« C'est une usine à gaz. Aucun intérêt ».

« Contours flous ».

« Quand le logiciel métier sera compatible ce sera peut-être possible. Ensuite il faut définir le contenu de l'information utile ».

« Pas sécurisé ».

« Pas de temps à perdre. Je préfère la FMC, la relation humaine ».

« Vu ce qui se passe ».

« Usine à gaz mal gérée depuis le début ».

« Forme actuelle inepte. Le DMP comme il existe doit avoir la carte vitale comme support ».

« On ne comprend rien, personne n'est capable d'en expliquer les principes. Trop compliqué ».

« Retraité actif depuis plus d'un an mais pour combien de temps encore ??? ».

« Le patient peut masquer des éléments ».

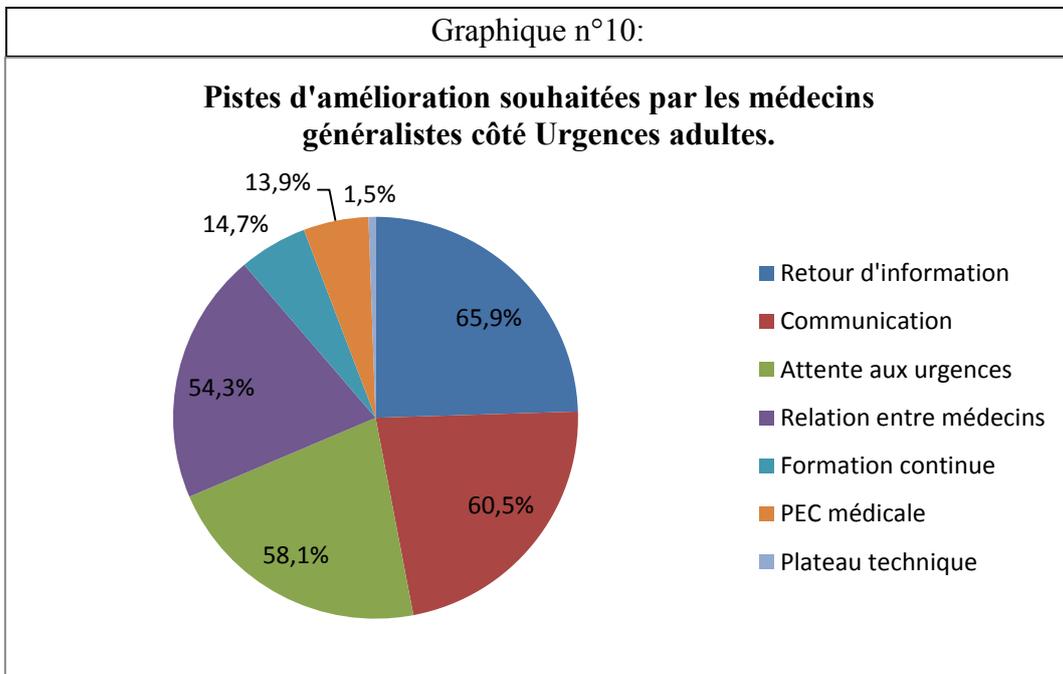
« En l'état et dans la pratique courante, le DMP est beaucoup trop compliqué pour être utilisé ».

« Ca a pris une très mauvaise direction. Nous n'avons pas été mis à contribution, garantie de secret médical insuffisant, gouffre financier, etc.... ».

– **Selon-vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l’avenir côté Urgences adultes ?**

129 médecins ont répondu

- Le retour d’information concernant la prise en charge de vos patients: n=85 (65,9%) ;
- La communication: n=78 (60,5%) ;
- L’attente des patients aux Urgences: n=75 (58,1%) ;
- Les relations entre les médecins: n=70 (54,3%) ;
- La formation continue: n=19 (14,7%) ;
- La prise en charge (PEC) médicale des patients: n=18 (13,9%) ;
- Le plateau technique des Urgences: n=2 (1,5%).



Commentaires libres:

« Malgré tous les défauts, on ne peut qu’être admiratif du travail effectué aux Urgences par les urgentistes. L’hôpital de Pau est tout de même très performant, je pense ».

« Le professionnalisme des médecins ».

« Que soit pris en compte le travail fait en amont par les généralistes, seuls, sans plateau technique, et qui doivent prendre la bonne décision dans l’urgence. Trop souvent l’on minimise notre travail quotidien avec une certaine forme de mépris ».

« Globalement très satisfait ».

« Arrêter de prendre tout et n'importe quoi aux urgences ! ».

« Pas d'avis. Je suis satisfait du service des urgences compte-tenu des contraintes auxquelles il doit faire face ».

« Le retour d'information concernant la prise en charge des patients dans des délais raisonnables surtout lorsqu'ils ont été adressés durant les gardes, nuits, weekend et fériés ».

« Notre avis de médecin traitant n'est absolument pas pris en compte par les urgentistes au sujet de nos patients hospitalisés. Cause (s) ??? ».

« L'accueil téléphonique ».

« Faire un tri des patients et renvoyer ceux qui ne relèvent pas de l'urgence chez leur médecin ».

« Ne pas se tromper de mot. Toute admission aux « urgences » est considérée comme une « urgence » par ceux qui viennent avec toute l'exigence que cela implique. Ils sont reçus par des « urgentistes » qui travaillent dans « l'urgence » et qui ont un plateau technique « d'urgence »: c'est inadapté. Séparez l'admission des urgences vraies ».

« Les relations entre les médecins : vaste débat, il faut juste retrouver une confiance mutuelle on fait le même boulot ! ».

« Savoir refouler les patients qui n'ont rien à faire aux urgences pour créer de l'espace et du temps avec les vraies urgences ».

« La prise en compte des courriers faits par les médecins généralistes et la communication sur les patients s'ils retournent à domicile. Parfois certains patients sont renvoyés à domicile sans information du médecin généraliste : difficile de prendre la suite ! ».

« Faire un tri en avant, ne pas prendre tout le monde. Eduquer les patients. Faire payer un minimum le passage aux urgences pour responsabiliser les gens ».

« Les médecins font de leur mieux, il faudrait éviter tous les patients qui n'ont rien à faire aux urgences. Donc un poste avec des médecins de ville qui gèrent ! Et des gériatres qui gèrent les plus de 80 ans ! ».

« Pour les patients ayant consulté seul, ils bottent souvent en touche, prescrivent ou conseillent des examens « abusifs » qu'il nous faut gérer ».

« MAISON MEDICALE ».

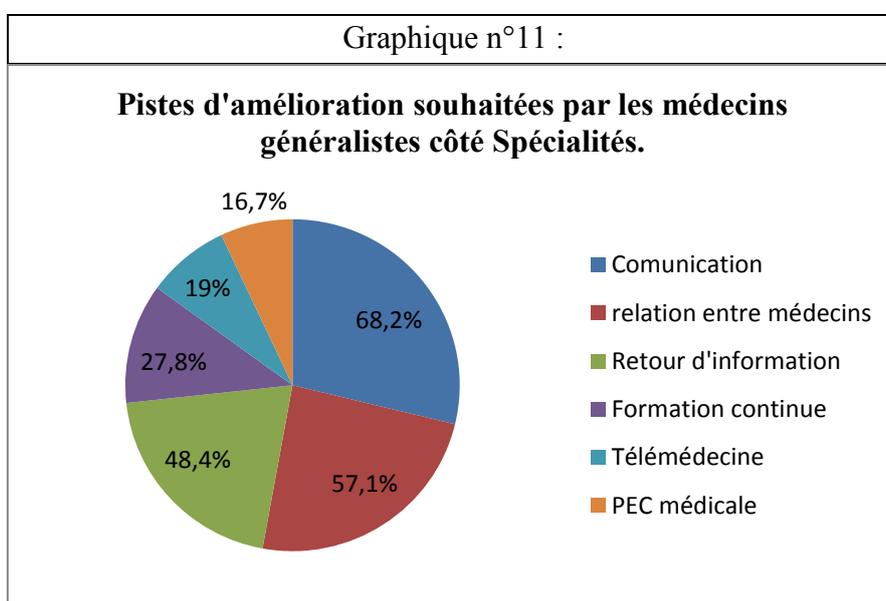
« Problèmes des lits disponibles : retentissement sur la prise en charge des patients. Priorité : faire sortir. Pas de temps pour la communication entre professionnels. La confiance dans la médecine de ville. Il y a beaucoup de bons médecins en ville. Il faut revoir ses représentations du corps médical libéral : venez en FMC ».

« TRI SELECTIF avant les urgences ».

– **Selon vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l'avenir côté spécialités ?**

126 médecins ont répondu

- La communication: n=86 (68,2%) ;
- Les relations entre les médecins: n=72 (57,1%) ;
- Le retour d'information concernant la prise en charge de vos patients: n=61 (48,4%) ;
- La formation continue: n=35 (27,8%) ;
- La télémédecine: n=24 (19%) ;
- La prise en charge (PEC) médicale des patients: n=21 (16,7%).



Commentaires libres:

« Les délais de prise en charge des patients ».

« Attente d'au moins 5 minutes pour joindre un médecin spécialiste même quand il est là. Souvent accueil désagréable du personnel au téléphone même si une amélioration s'est fait sentir depuis 2-3 ans. D'où ma préférence pour travailler avec le secteur privé. Sinon je n'ai aucune animosité avec le CH de Pau et le secteur public ».

« Délai des courriers ».

« Les courriers pourraient être transmis par mail dans l'heure qui suit la sortie du patient, cela permettrait une meilleure continuité du suivi et serait mieux qu'une simple observation illisible de sortie... ».

« Actuellement les patients quittent les services beaucoup trop tôt. Ils ne sont absolument pas stabilisés et doivent souvent retourner à l'hôpital quelques jours plus tard. Améliorer la communication entre les services hospitaliers et le généraliste. Jamais d'appel pour signifier le départ d'un patient. Quelquefois (la plupart du temps), on apprend le décès du patient quelques jours plus tard par la famille ou par un courrier arrivant un mois plus tard. Il est souvent difficile d'accéder au spécialiste référent même par téléphone, on tombe sur les consultations ou sur le staff etc....».

« Pouvoir joindre les spécialistes rapidement quelle que soit l'heure via un numéro d'appel direct pour chaque spécialité par exemple, cela simplifierait bien des démarches ».

« Sans doute le DMP ».

« L'accessibilité. Trop de délai pour obtenir un rendez-vous ».

« La communication ou plutôt l'accessibilité au téléphone (on est tous débordés) ».

« Des pôles d'Urgences gériatriques pour désengorger les urgences et des médecins généralistes pour les urgences qui n'en sont pas sinon les urgentistes ne tiendront pas longtemps à ce rythme de fou ! ».

« Facilité pour parler avec un spécialiste ».

« La confiance dans la médecine de ville ».

« L'accessibilité pour certains services ».

« Délai d'obtention du compte rendu pour certains services ».

« Un retour d'information concernant la prise en charge des patients plus rapide ».

5. COMMENTAIRES LIBRES

Le nombre de commentaires négatifs (**n=167**) était plus important que le nombre de commentaires positifs (**n=26**).

Délai de réception du compte-rendu trop long: n=52

« Des services difficiles d'accès avec des courriers souvent à 3 semaines: rhumatologie, gastro-entérologie, neurologie ++ ».

« La communication en sortie de l'hôpital est la plupart du temps déplorable:

- Courriers très tardifs après la sortie des patients avec des consignes précises dessus qu'on n'a pas pu suivre par la force des choses.
- Absence totale de courrier. On ne sait même pas que le patient est passé par le CH. C'est systématique aux urgences et en psychiatrie. Les patients de psychiatrie disparaissent et apparaissent au gré des consultations, les traitements sont modifiés, à nous de deviner... ».

- « Courrier souvent absent (radiographies absentes) après un passage aux urgences !! ».
- « Il faudrait améliorer le délai des courriers pour les sorties d'hospitalisation ».
- « Lettre de sortie reçue dans des délais supérieurs à 3 mois, INADMISSIBLE. »
- « Demande de courrier après 1 mois ! ».

Etes-vous informés du passage et de la sortie des Urgences de vos patients ?

- « Oui par courrier remis au patient... ».
- « Oui par courrier qui arrive tard... par fax jamais et par mail jamais ».
- « Oui par courrier remis au patient si non hospitalisé ».
- « Par le patient, parfois par courrier ».
- « Peu de courrier, téléphone jamais...compte rendu donné aux patients ».
- « Par téléphone exceptionnellement, par courrier de moins en moins ».

Avez-vous les courriers de sortie de vos patients ? Si oui dans quels délais ?

- «Les délais varient selon les services et les spécialistes ».
- « Délais très variables ».
- « Semaines, mois en fonction du service ».
- « Selon le service : de 2 jours à 2 mois... ».
- « Cela est très variable : toujours au moins 1 semaine. Parfois des semaines conf services de rhumatologie et oncologie et ce depuis 6 mois »
- «Dans quel délais ? Ca dépend !! Parfois 1 mois ».
- « Selon les services, très variable ».
- « Très aléatoires selon les services. Année ? ».
- « Tout dépend des services ».
- « Dans un délai de 1 à 3 jours pour la chirurgie et de 1 à 4 semaines pour la médecine ».
- « 1 semaine !! ».
- « Dans un délai de 1 semaine ».
- « Dans un délai de 8 jours environ ».
- « Dans un délai de 10 jours ».
- « Oui dans un délai de 15 jours ».
- « Plusieurs semaines après : minimum 15 jours à 1 mois voire 2 mois en obstétrique. J'ai un souvenir cuisant de mort intra-utérine 3jours avant le terme et faire le gag dans la

salle d'attente « et bébé vous ne l'avez pas amené pour me le montrer.... ». Ça faisait un mois et demi... ».

« Oui dans un délai de 1 à 3 semaines ».

« Oui dans un délai de 2 à 3 semaines ».

« Dans les 15 jours à 3 semaines ».

« 15 à 20 jours après la sortie ».

« Tardivement, souvent dans les 2 à 3 semaines ».

« 2 à 3 semaines ».

« Dans les 2 à 3 semaines ».

« Dans un délai de 3 semaines ».

« Dans les 3 semaines environ ».

« Dans les 3 semaines ».

« Plusieurs semaines parfois ».

« Dans un délai de plusieurs semaines voir quelques mois ».

« Oui dans un délai de 1 mois ».

« Dans un délai de 1 mois sauf Vignalou. Problème du secrétariat déjà au temps de mon internat. Il faut embaucher des secrétaires ».

« Parfois mois pour la neurologie et la pneumologie ».

« Mois, souvent plus. Exemple du problème de ce retard : en oncologie, on reçoit parfois le courrier de la 2ème cure de chimio alors que le patient vient de faire la 3ème voir la 4ème !! ».

« Toujours en retard. 1 mois après ce n'est plus la peine !! ».

« Dans un délai de 1 mois ».

« Dans un délai de mois !!! SCANDALE ».

« Trop longs ».

Selon-vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l'avenir côté spécialités ?

« Délai des courriers ».

« Délai d'obtention du compte rendu pour certains services ».

« Un retour d'information concernant la prise en charge des patients plus rapide ».

Informations insuffisantes quand le patient sort de l'hôpital: n=39

« Patients lourds qui sortent avec des ordonnances, mais sans informations pour le médecin traitant ou les IDE, on est mis devant le fait accompli, dans des situations périlleuses, surtout pour des patients socialement précaires ».

Etes-vous informés par téléphone de la sortie de vos patients ?

« Non, cette réponse concerne aussi le décès des patients ».

« JAMAIS !!! C'est LAMENTABLE ! ».

« Pas toujours ».

« Non JAMAIS ».

Etes-vous informés du passage et de la sortie des Urgences de vos patients ?

« Quand on revoit les patients ».

« Par le patient ».

« Non sauf si passage au lit porte ».

Selon-vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l'avenir côté Urgences adultes ?

« Le retour d'information concernant la prise en charge des patients dans des délais raisonnables surtout lorsqu'ils ont été adressés durant les gardes, nuits, weekend et fériés ».

« La prise en compte des courriers faits par les médecins généralistes et la communication sur les patients s'ils retournent à domicile. Parfois certains patients sont renvoyés à domicile sans information du médecin généraliste : difficile de prendre la suite ! ».

« Pour les patients ayant consulté seuls, ils bottent souvent en touche, prescrivent ou conseillent des examens « abusifs » qu'il nous faut gérer ».

Selon-vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l'avenir côté spécialités ?

« Actuellement les patients quittent les services beaucoup trop tôt. Ils ne sont absolument pas stabilisés et doivent souvent retourner à l'hôpital quelques jours plus tard ».

« Améliorer la communication entre les services hospitaliers et le généraliste. Jamais d'appel pour signifier le départ d'un patient. Quelquefois (la plupart du temps), on apprend le décès du patient quelques jours plus tard par la famille ou par un courrier arrivant un mois plus tard. Il est souvent difficile d'accéder au spécialiste référent même par téléphone ; on tombe sur les consultations ou sur le staff etc. ».

Etes-vous informés du traitement de sortie de vos patients ?

- « Oui par courrier 8 à 20 jours plus tard... »
- « Oui par courrier ».
- « Oui sur les courriers ».
- « Quelquefois par une ordonnance ».
- « Quand les courriers arrivent... ».
- « Par les ordonnances données aux patients et jamais expliquées ! ».
- « Oui la plupart du temps dans le courrier ».
- « Par courrier qui arrive après la sortie ».
- « Par le courrier ou le patient ».
- « Par le courrier ou l'ordonnance présentée par le patient ».
- « Si courrier.. »
- « Si ordonnance faite par le service ».
- « Oui 3 semaines plus tard ».
- « Après coup dans le courrier qui arrive longtemps après !... ».
- « Par le courrier ».
- « Très irrégulièrement ».
- « Ultérieurement par courrier ».

Avez-vous des documents concernant votre patient à la sortie des Urgences ?

- « Document très brouillon ».
- « Si le patient revient nous voir ».
- « Avec le patient ».
- « Formulaire d'observation en 4 volets adressé (des fois) par le patient... ».
- « Non la plupart du temps. Que si le patient les apporte ».
- « Il faut parfois le réclamer via le patient (qui va le chercher dans un second temps...) ».
- « Résultats biologiques et clichés radiologiques jamais ».
- « Clichés radiologiques jamais, ce n'est pas normal ».
- « Résultats biologiques écrits mais jamais les résultats du laboratoire. Clichés radiologiques : résultats écrits mais jamais les clichés ce qui est souvent gênant ».
- « Oui depuis peu de temps... ».

Difficulté de prise de contact avec les professionnels de sante: n=20

« Depuis 28 ans que j'exerce, j'avoue avoir changé ma manière de travailler avec le CH de Pau. Quand on appelle le CH pour un problème, on a souvent la crainte d'être mal reçu. Je le regrette, les professeurs agrégés du CHU de Bordeaux ou de Toulouse sont beaucoup plus facilement accessibles qu'un praticien hospitalier palois. Pourquoi ? Nos confrères spécialistes du privé sont très accessibles, pourquoi ? J'ai l'impression que l'hôpital public ne joue plus son rôle d'accueil comme il devrait le faire ».

« Je pense que le fossé se creuse entre les médecins généralistes et l'hôpital. Nous gérons de plus en plus de cas lourds et quand on appelle directement pour un avis ou une hospitalisation, le médecin spécialiste botte en touche ou n'est pas accessible (filtrage des secrétaires). Personnellement, quand j'appelle c'est que j'ai besoin d'un avis ou d'un RDV plus rapide ou d'une place (le reste a souvent été fait) ».

« Relations téléphoniques insupportables, temps d'attente...Balade de poste en poste. Changer la musique d'attente au moins une fois par mois ».

« En fait la question posée est l'avenir de la médecine libérale. Je suis généraliste exerçant depuis plus de 30 ans. Le problème est la relation entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Je n'ai jamais eu de problèmes d'accès à un médecin chirurgien spécialiste du secteur privé ».

« D'une façon générale, difficile de parler à un médecin au CH de Pau, sauf en pédiatrie et en gynécologie. Beaucoup plus aisé en privé ».

« Médecins hospitaliers quasi injoignables ».

« Souvent difficulté à joindre l'astreinte, nombreuses « bascules » de poste à poste... »

« Non satisfait de l'accessibilité téléphonique des services hospitaliers, ça sert à quoi les portables ? ».

« C'est de plus en plus le parcours du combattant pour joindre un spécialiste au téléphone. Il faut avoir 3 ou 4 postes avant d'aboutir si la ligne n'a pas été coupée entre temps !! ».

« Spécialistes hospitaliers très difficile à joindre (réunion, visite, indisponible etc....). Les médecins du CHU sont beaucoup plus accessibles ».

« Souvent les spécialistes ne répondent pas à nos coups de fils ».

« Souvent service plein ou non joignable, d'où la « facilité » désagréable d'adresser aux urgences après avoir perdu beaucoup de temps ».

« Difficultés pour joindre le médecin souvent peu disponible ».

« Attente téléphonique trop longue pour joindre les spécialistes, secrétariats souvent injoignables car fermés trop tôt l'après-midi par exemple ».

Selon vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l'avenir côté spécialités ?

« Attente d'au moins 5 minutes pour joindre un médecin spécialiste même quand il est là. Souvent accueil désagréable du personnel au téléphone même si une amélioration s'est fait sentir depuis 2-3 ans. D'où ma préférence pour travailler avec le secteur privé. Sinon je n'ai aucune animosité avec le CH de Pau et le secteur public ».

« Pouvoir joindre les spécialistes rapidement quelle que soit l'heure via un numéro d'appel direct pour chaque spécialité par exemple, cela simplifierait bien des démarches ».

« L'accessibilité. Trop de délai pour obtenir un rendez-vous ».

« La communication ou plutôt l'accessibilité au téléphone (on est tous débordés) ».

« Facilité pour parler avec un spécialiste ».

« L'accessibilité pour certains services ».

Problème d'accueil et de tri des patients aux urgences: n=13

« Un appel émanant d'un médecin généraliste devrait alimenter plus vite vers l'interne ou l'urgentiste...si celui est mobilisable bien sur... ».

« Intérêt à un meilleur tri des patients aux urgences. Personnellement, je serais pour la mise en place d'un service médecine générale à l'accueil pour la bobologie ».

« Il serait bien que les gens des urgences considèrent que les patients que nous envoyons ont été triés par nous. Si nous les envoyons aux Urgences c'est parce que nous avons un cas qui ne nous paraît pas de notre compétence. Les patients devraient être considérés au moins de la même manière que ceux qui viennent en direct ».

« Les patients adressés aux urgences par un médecin généraliste doivent être pris en charge en priorité ».

Selon-vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l'avenir côté Urgences adultes ?

« Arrêter de prendre tout et n'importe quoi aux urgences ! ».

« Savoir refouler les patients qui n'ont rien à faire aux urgences pour créer de l'espace et du temps avec les vraies urgences ».

« TRI SELECTIF avant les urgences ».

« Faire un tri des patients et renvoyer ceux qui ne relèvent pas de l'urgence chez leur médecin ».

« Faire un tri en avant, ne pas prendre tout le monde. Eduquer les patients. Faire payer un minimum le passage aux urgences pour responsabiliser les gens ».

« Ne pas se tromper de mot. Toute admission aux « urgences » est considérée comme une « urgence » par ceux qui viennent avec toute l'exigence que cela implique. Ils sont

reçus par des « urgentistes » qui travaillent dans « l'urgence » et qui ont un plateau technique « d'urgence » : c'est inadapté. Séparez l'admission des urgences vraies ».

« MAISON MEDICALE ».

« Les médecins font de leur mieux, il faudrait éviter tous les patients qui n'ont rien à faire aux urgences. Donc un poste avec des médecins de ville qui gèrent ! Et des gériatres qui gèrent les plus de 80 ans ! ».

« Des pôles urgences gériatriques pour désengorger les urgences et des médecins généralistes pour les urgences qui n'en sont pas sinon les urgentistes ne tiendront pas longtemps à ce rythme de fou ! ».

Problème d'accès aux soins en terme de délai de prise en charge: n=12

« Le plus insupportable est le refus de prise en charge directe dans le service quand on a perdu 30 min à joindre le spécialiste pour éviter un passage aux urgences inutile...J'envoie de moins en moins à l'hôpital pour cette raison. La chirurgie est bien plus accessible ».

« Difficultés majeures avec les consultations externes avec un délai très long ».

« Il y a un service public magnifique mais qui semble débordé. En terrain libéral, heureusement que nous disposons des cliniques pour des rendez-vous et des hospitalisations plus rapides ».

« Les spécialistes refusent de voir rapidement les patients ».

« Les spécialistes ne prennent pas rapidement. Prennent peu de nouveaux patients. Pas de consultation selon les médecins ».

« Refus systématique ou quasiment de la neurologie de faire des entrées directes ».

« Impossibilité d'hospitaliser rapidement un patient sans passer par les urgences même s'il semblerait plus simple de réaliser une admission directe ».

Selon-vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l'avenir côté spécialités ?

« Les délais de prise en charge des patients ».

Les hospitalisations directes sont-elles possibles pour vous ? Si non, pourquoi ?

« Très difficile de trouver des places dans un service, je pense que les urgentistes en savent quelque chose ...J'ai l'impression que c'est l'organisation de l'hôpital: la moins pire ? ».

Vous arrive-t-il de joindre au téléphone les spécialistes du CH de Pau ? Si oui, pour quelles raisons ?

« Pour avoir une consultation rapide ».

« Pour des RDV plus rapides ».

« Pour un RDV rapide ».

Satisfaction générale sur la qualité des soins et les relations avec les praticiens hospitaliers: n=11

« Plateau technique formidable au CH de Pau. Professionnels de bonne qualité. »

« Au niveau compétences et soins, je n'ai rien à redire sur le CH. Tout va bien ».

« Des services accessibles et sympas : cardiologie, infectiologie, gériatrie, UPUG ».

« La médecine est de grande qualité avec des urgentistes très compétents. Forcément les spécialistes délèguent toutes leurs urgences aux urgentistes ! Le problème c'est l'affluence trop importante, il faut sensibiliser les gens pour n'aller aux urgences que quand c'est grave ! Toute une éducation à revoir ».

« Les relations sont bonnes avec les médecins en général, heureusement ».

« Globalement très satisfait du CH de Pau où j'adresse régulièrement des patients ».

« Des efforts ont été faits récemment par des spécialistes hospitaliers avec des numéros directs (liste adressée aux médecins généralistes), à poursuivre. Bravo pour l'UPUG : enfin des professionnels spécialisés pour la prise en charge de nos vieux, mais ils sont nombreux et les déments à moitié à poil dans les couloirs essayant d'enjamber les barrières du brancard, ça se voit encore, ainsi que du personnel excédé qui pratique la violence verbale face aux gémissements voire aux cris... ».

« Les spécialistes sont globalement accessibles, à nous aussi de soigner notre communication : élaguer le problème avant d'appeler, formuler clairement notre demande... ».

« Malgré tous les défauts, on ne peut qu'être admiratif du travail effectué aux Urgences par les urgentistes. L'hôpital de Pau est tout de même très performant, je pense ».

« Pas d'avis. Je suis satisfait du service des urgences compte-tenu des contraintes auxquelles il doit faire face ».

« Globalement très satisfait du service des Urgences ».

Défaut de communication entre hospitaliers et libéraux: n=9

« Au niveau relationnel : catastrophique ».

« Il y a une rupture complète de communication très dommageable pour le patient, entre les médecins hospitaliers et les libéraux ! ».

« La communication entre médecins n'est pas le fort malheureusement dans notre exercice. Personnellement, je n'hésite pas à contacter un médecin quand cela me semble utile mais je constate que peu de spécialistes (urgentistes ou autres) font la même chose. C'est fort dommage car en tant que médecin traitant, bien souvent nous connaissons bien nos patients ».

« Communication avec l'hôpital impossible apparue depuis 7 à 8 ans. Refus de leur part de toute communication ! ».

« Malades décédés à l'hôpital: avertis par les familles ou la presse, INADMISSIBLE ».

« Plusieurs semaines après la sortie et si décès on n'est jamais avertis ».

« Etes-vous-informés du décès de votre patient à l'hôpital ? NON, un scandale ».

« Même pas avertis EN CAS DE DECES ».

« On ne nous prévient quasiment jamais du décès de nos patients. On l'apprend par la famille ou le journal. Très regrettable ».

Problèmes de reconnaissance des médecins généralistes auprès des praticiens hospitaliers: n=9

« Nous avons le sentiment, nous médecins généralistes, d'être totalement sous-estimés par nos confrères hospitaliers (et nous avons des témoignages d'internes pour le confirmer). Les médecins hospitaliers et en particulier les urgentistes (que l'on entend toujours débordés) ne doivent pas oublier que nous faisons un travail passionnant mais difficile. Ils critiquent trop souvent nos diagnostics ou nos traitements et ils devraient venir travailler avec nous pour juger. Nous travaillons plus de 60h par semaine et nous n'avons pas de récupération ».

« On nous demande enfin notre avis !!! En 25 ans d'exercice...ALLELUIA. Certains services de cet hôpital (heureusement pas tous !!) sont encore trop cloisonnés. Certains praticiens hospitaliers se considèrent à tort comme « tout puissants », toisant ainsi les généralistes, relégués au rang de sous-spécialités (pour ne pas dire sous-fifres). Pourtant ce sont nous qui connaissons le mieux nos patients parfois depuis plus de 25 ans. Je reconnais souvent de grands sentiments de frustrations... En terme d'investissement de temps passé au quotidien, la reconnaissance de notre fonction se réduit comme peau de chagrin ».

« Après une formation médicale centrée sur l'hôpital, on retrouve la même conformation localement, avec à Pau, un fonctionnement de mini-CHU, avec un mépris total des généralistes dans certaines spécialités et un manque de communication et de compréhension chroniques. Peut-être verra-t-on dans l'avenir une coopération et une synergie d'action ? (à construire...) ».

« Il existe également un manque de confraternité avec souvent des critiques alors que les personnes ne connaissent pas forcément les situations. Je travaille donc de plus en plus avec les praticiens du privé (plus joignables, délai plus court) ».

« Impression de ne pas être pris au sérieux par les spécialistes ».

Selon-vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l'avenir côté Urgences adultes ?

« Le professionnalisme des médecins ».

« Que soit pris en compte le travail fait en amont par les généralistes, seuls, sans plateau technique, et qui doivent prendre la bonne décision dans l'urgence. Trop souvent l'on minimise notre travail quotidien avec une certaine forme de mépris ».

« Notre avis de médecin traitant n'est absolument pas pris en compte par les urgentistes au sujet de nos patients hospitalisés. Cause (s) ??? ».

Selon-vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l'avenir côté spécialités ?

« La confiance dans la médecine de ville ».

Volonté des médecins généralistes d'améliorer leurs relations avec leurs confrères hospitaliers: n=8

« Nous aimons tous notre magnifique travail et nous devrions mieux nous entendre et communiquer ».

« Je suis très intéressée à mieux communiquer avec les spécialistes. En particulier les rencontrer à l'hôpital à travers des formations continues m'intéresserait beaucoup. Oui pour la FMC à l'hôpital ».

« Confiance totale en notre hôpital et nos praticiens. Travaillons ensemble confraternellement ».

« On peut toujours tous s'améliorer... mais il y a certainement des difficultés qui persisteront car elles dépendent de tout ce qui est d'ordre organisationnel, structurel, bref financier. Si les médecins, les infirmiers, les aides-soignants et les secrétaires ont plus de temps pour faire leur métier alors :

- Les patients n'attendent plus, du moins pour ceux qui auront été aux urgences (car une grande partie pourrait être pris en charge autrement, plutôt par une maison médicale de proximité au lieu de ces « gardes » complètement nulles.
- Les courriers arriveraient dans les 48h (au lieu de faire la queue dans les dictaphones...)

Mais ça c'est beaucoup d'argent ! ».

« Les relations entre les médecins : vaste débat, il faut juste retrouver une confiance mutuelle on fait le même boulot ! ».

« Problèmes des lits disponibles : retentissement sur la prise en charge de patients : priorité : faire sortir. Pas de temps pour la communication entre professionnels. La

confiance dans la médecine de ville. Il y a beaucoup de bons médecins en ville. Il faut revoir ses représentations du corps médical libéral : venez en FMC ».

« Souvenir de FMC à l'hôpital du Bouscat tous les 1er mercredi du mois « obligatoire » pour les internes et proposé aux médecins généralistes du coin ».

« Je vais chaque semaine à la réunion de pédiatrie le jeudi ».

Pistes d'amélioration: n=7

« Adieu papier, vive les e-mails sur Smartphone et les lunettes Google ».

« Une plaquette destinée aux médecins généralistes serait la bienvenue, réactualisée, simple, avec les numéros de téléphone des médecins spécialistes ou fax pour les joindre, pouvant être glissée dans notre sacoche ».

« Le DMP devrait être alimenté à partir du secrétariat des praticiens hospitaliers dès que le courrier est tapé ».

« L'hôpital possède tous nos numéros de téléphone. Un SMS pourrait être envoyé à chaque médecin traitant pour prévenir du passage d'un de ses patients aux urgences avec la raison de sa venue aux urgences ».

« L'information via une rubrique « espace professionnel » du site ne me semble pas adapté : cela fait pour les médecins généralistes un énième site à surveiller, des codes etc...L'information par courrier papier est efficace mais chère. L'information par mail avec un mail-liste me semble la plus simple et efficace pour un coût modique ».

« Il faudrait avoir HPRIM Net comme le CHU de Toulouse ».

« Les courriers pourraient être transmis par mail dans l'heure qui suit la sortie du patient cela permettrait une meilleure continuité du suivi et serait mieux qu'une simple observation illisible de sortie... ».

Problème relationnel avec l'équipe médicale des Urgences: n=5

« Relations médecins généralistes-urgentistes du CH de Pau moyenne. Difficultés paraissant assez spécifique au CH de Pau pour être en relation avec les médecins hospitaliers ».

« Médecin régulateur pas forcément à l'écoute et pense souvent qu'on appelle pour rien ou pas grand-chose. Par contre intervention rapide++ si situation urgente ».

« Certains médecins des urgences trop désagréables devraient de temps en temps faire de la médecine de ville qui devient de plus en plus difficile ».

« Réponse peu confraternelle d'internes qui se croient urgentistes mais qui n'ont pas l'expérience du terrain ».

« Médecin urgentiste très peu coopératif ».

Défaut de connaissance de l'activité de l'établissement: n=3

Envoyez-vous des patients aux Urgences parce que les admissions directes dans les services hospitaliers sont difficiles ? Si oui, de quelles difficultés s'agit-il ?

« Je ne savais même pas qu'on pouvait les adresser directement ! ».

Les hospitalisations directes sont-elles possibles pour vous ? Si non, pourquoi ?

« Je pensais que le passage par les urgences était obligatoire sauf pour les patients chroniques suivis au CH de Pau ».

« Je pensais que même sans notion de gravité, l'accès direct dans les services n'était pas possible dans le cadre d'une hospitalisation mais possible pour des consultations programmées ».

Problème d'exclusion des libéraux à participer au projet thérapeutique: n=2

« Les médecins généralistes sont toujours les derniers acteurs dans la prise de décision, on les relègue de plus en plus aux tâches administratives et on leur demande trop peu leur avis. Ils « savent » eux aussi pas mal de choses...Manque de concertation entre l'hôpital et la ville ».

« Dans ma pratique personnelle, il existe deux points noirs en terme de communication entre spécialistes et médecin traitant:

- La psychiatrie où il existe une espèce de « black-out » total quant aux informations concernant le suivi des patients (compte rendu de consultations spécialisées ou d'hospitalisation inexistant).
- L'HAD. Le médecin traitant est littéralement exclu du dispositif d'HAD. Non seulement la frustration est grande mais en plus, le médecin traitant que je suis se sent totalement dévalorisé. « Circuler il n'y a rien à voir » pourrait peut-être constituer la devise de l'HAD ; DOMMAGE ! ».

Problème d'accès aux soins en terme d'organisation: n=2

« Il serait souhaitable que le service d'ophtalmologie soit au moins parfois joignable par téléphone ».

« Il est difficile de donner une réponse globale pour les spécialistes, certains confrères téléphonent pour prévenir des problèmes, des sorties avec courriers rapides ; d'autres non. Il est urgent de créer d'autres postes de secrétaire : en radiologie parcours du combattant pour avoir un RDV de scanner ou d'IRM !!... ».

Problème d'accès aux soins pour les personnes âgées: n=1

« Il persiste aux urgences un problème de prise en charge des personnes âgées qui sont renvoyées à domicile et que je renvoie le jour même ou le lendemain. Y-a-t'il un âge à partir duquel il faut arrêter les soins ? Je me suis entendu dire : pas de place, vous comprenez, 82 ans, début d'Alzheimer...Finalement AVC, il y avait de la place...ça me perturbe...effort sur l'écoute, si on envoie les patients c'est qu'on estime qu'il y a problème ».

VII. DISCUSSION

A. DISCUSSION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

La question de recherche posée était « Quelles sont les attentes et le point de vue des médecins généralistes à propos de leurs relations avec le centre hospitalier de Pau ? ».

Pour répondre à cette question, nous avons choisi de réaliser une étude transversale observationnelle semi quantitative auprès des médecins généralistes de la région de Pau. Il nous paraissait essentiel d'évaluer à un instant « t » leur ressenti et leurs attentes vis-à-vis de leurs relations avec l'hôpital afin de dégager des pistes pour des études complémentaires de type observationnelle. Ceci nous permettrait de proposer par la suite, des pistes d'amélioration pour une prise en charge optimisée et mutualisée des patient, avec en finalité, l'amélioration de la qualité des soins par une meilleure coordination ville-hôpital.

B. DISCUSSION DES METHODES

1. SCHEMA D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle semi quantitative réalisée auprès de médecins généralistes libéraux.

Les principaux inconvénients de ce type d'enquête sont:

- Le faible taux de réponses qui n'est donc pas le reflet de la réalité ;
- La formulation du questionnaire peut influencer les réponses (item oui avant le non par exemple) ;
- Les réponses peuvent parfois être cochées au hasard quand le médecin interrogé ne sait pas quoi répondre ;
- Le caractère déclaratif des réponses.

Les résultats de ce type d'enquête ne permettent pas, en général, de proposer des pistes d'amélioration puisque elles s'appuient sur le ressenti des personnes interrogées et non sur des faits constatés. Cependant, cette étude nous permet de dégager des pistes pour des études complémentaires de type observationnel (études de pratique par exemple) et de proposer, par la suite, des pistes d'amélioration.

Parmi les 271 médecins généralistes interrogés, 13 médecins ont souligné l'originalité de l'étude et 15 médecins désiraient recevoir la thèse dans son intégralité sous forme numérique.

2. POPULATION ETUDIEE

Nous avons choisi la zone de couverture du SMUR de Pau (carte n°5, zone jaune) afin d'étudier les remarques des médecins généralistes travaillant le plus avec le CH de Pau.

Nous n'avons pas choisi la zone du SMUR 64B (carte n°5, zone jaune, violette et verte) gérée par le SAMU-centre 15 de Pau qui regroupe les SMUR de Pau, d'Orthez et d'Oloron car les médecins généralistes des communes d'Orthez et d'Oloron travaillent davantage avec leur CH de proximité.

Nous avons exclu de l'étude tous les médecins qui s'éloignaient de la pratique exclusive de la médecine générale, notamment les médecins généralistes libéraux qui avaient une activité médicale particulière (acupuncture, allergologie, homéopathie) mentionnée sur les pages jaunes de l'annuaire.

3. RECUEIL DES DONNEES

Une fois les 245 communes de la zone de couverture du SMUR de Pau identifiées, il nous a fallu recueillir les noms et coordonnées des médecins généralistes du secteur. Pour cela, nous avons recoupé les informations répertoriées au SAMU-centre 15 du CH de Pau avec celles des pages jaunes de l'annuaire.

Ce type de recensement peut induire un biais de sélection secondaire à l'auto-sélection des répondants et à la non exhaustivité de notre liste de médecins généralistes. En effet, lors de la relance téléphonique, nous avons découvert que plusieurs médecins inscrits sur les pages jaunes avaient cessé leur activité. Afin de minimiser les erreurs de recensement, ces derniers ont été retirés de la liste originelle. S'ils étaient remplacés par un médecin généraliste non présent sur la liste originelle, un questionnaire était envoyé au médecin remplaçant.

Enfin, il est possible que les médecins généralistes remplaçants et ceux récemment inscrits au conseil de l'ordre ne soient pas inscrits sur les pages jaunes de l'annuaire. Pour minimiser ce biais de sélection, nous aurions pu demander au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de nous adresser la liste des médecins généralistes sur le secteur étudié. Cependant, cette requête avait été effectuée quelques mois auparavant par la responsable du SAMU de Pau et la liste fournie par le CDOM était identique à celle des pages jaunes.

Nous avons choisi d'interroger les médecins généralistes via un questionnaire anonyme envoyé par courrier postal plutôt qu'un entretien téléphonique ou individuel au cabinet pour plusieurs raisons.

Premièrement, le courrier permettait de conserver l'anonymat de l'interlocuteur. Il nous semblait que les médecins seraient plus libres de répondre aux questions ouvertes avec franchise, notamment s'ils avaient des remarques négatives à faire. Au total, cela

permettait une meilleure confidentialité et une meilleure traçabilité pour l'exploitation des résultats.

Deuxièmement, l'envoi par courrier était à moindre coût au vu du nombre de médecins sélectionnés (n=271).

Troisièmement, l'envoi par courrier faisait gagner du temps car la zone de couverture du SMUR de Pau s'étend sur des centaines de kilomètres. Il nous aurait fallu davantage de temps libre pour se rendre à tous les cabinets de médecine générale du secteur.

Nous avons ainsi pu envoyer le questionnaire à un plus grand nombre de médecins, ce qui augmentait la taille de l'échantillon et donc la puissance de l'étude.

La contrepartie de ce type de recueil par rapport à un entretien téléphonique ou individuel au cabinet est la proportion plus élevée de « non-réponse » et de questionnaires incomplets, entraînant un biais d'information. Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons : un jugement de valeur bien que les résultats soient anonymes, l'absence d'opinion sur la question, la longueur du questionnaire et l'incompréhension à certaines questions posées.

Pour pallier à ce biais de « non-réponse », nous avons relancé par téléphone tous les médecins généralistes qui n'avaient pas répondu au premier envoi. Dans le cas où ils n'avaient pas eu le temps de répondre mais voulaient tout de même participer à l'étude, un nouveau questionnaire leur était renvoyé par mail ou par courrier postal, selon leur préférence. Cette relance a permis de récupérer 24 questionnaires.

Une autre faille dans notre étude est d'avoir mélangé dans le questionnaire les aspects quantitatifs et qualitatifs. Les questions ouvertes correspondent à une recherche du domaine du qualitatif qui requière normalement des entretiens individuels.

Le principal biais de cette étude reste l'aspect déclaratif des données puisque nos résultats portent sur des critères subjectifs fondés sur la perception qu'ont les médecins généralistes de leurs relations avec le CH de Pau.

C. DISCUSSION DES RESULTATS

La taille de l'échantillon était de 271 médecins généralistes. Nous avons reçu 139 questionnaires remplis, soit un **taux de réponse de 51 %**. Cela correspond en moyenne aux taux de réponses des enquêtes similaires retrouvées dans la littérature avec 43,3% pour l'enquête de Giraud [3], 43% pour l'enquête de Wattiaux [6] et 70,3 % pour l'enquête de Beden [9].

Les remarques adressées aux **spécialistes** sont les suivantes:

- **Les admissions directes dans les services spécialisés sont difficiles (79,7%) car les spécialistes sont difficilement joignables par téléphone (63,1%) et le nombre de place dans les services hospitaliers est limité (25,2%).** Un des médecins écrit: « Impossibilité d'hospitaliser rapidement un patient sans passer par les urgences même s'il semblerait plus simple de réaliser une admission directe ». Un autre écrit : « Souvent service plein ou non joignable, d'où la « facilité » désagréable d'adresser aux urgences après avoir perdu beaucoup de temps ».

Dans la thèse de Giraud de 2010 sur la coopération entre la ville et le CHU de Grenoble [3], les médecins généralistes déploraient la quasi impossibilité de faire hospitaliser leur patient en urgence directement dans les services de spécialités sans passer par le service des Urgences.

Dans l'enquête de Beden et son équipe de 2001 [9], une des principales attentes des médecins généralistes vis-à-vis du CHU de Grenoble était la possibilité d'hospitaliser les patients directement dans les services spécialisés sans passer par les Urgences (73%).

- **Les médecins généralistes ne sont pas prévenus par téléphone de la sortie de leurs patients (92,5%). Le thème « Informations insuffisantes quand le patient sort de l'hôpital » est cité par 39 médecins généralistes.**
- **Les médecins généralistes sont informés des traitements de sortie de leurs patients (60,3%) mais tardivement par courrier :** « Oui par courrier 8 à 20 jours plus tard... » ; « Après coup dans le courrier qui arrive longtemps après !... ».
- **Les délais d'obtention des CRH sont reçus après plusieurs semaines (79,7%) voire mois (26,8%). Le thème « Délai de réception du compte rendu d'hospitalisation trop long » est cité par 52 médecins généralistes. Cependant les délais sont variables selon les services :** « Les délais varient selon les services et les spécialistes » ; « Semaines, mois en fonction du service » ; « Selon le service : de 2 jours à 2 mois... » ; « Selon les services, très variable ». A l'extrême, un des médecins écrit: « Dans un délai de 8 jours environ » et un autre écrit: « Oui dans un délai de 1 mois ».

Dans la thèse de Giraud de 2010 sur la coopération entre la ville et le CHU de Grenoble [3], l'indicateur de satisfaction concernant le CRH obtenait une note

de 35,9/100 du fait des mauvais scores attribués aux questions portant sur le délai de réception du CRH (23,9/100) et sur la transmission de l'information de la date de sortie du patient (25,3/100).

Dans la thèse de Hubert de 2006 sur la circulation de l'information médicale [5], le taux de retour des CRH était beaucoup plus important lors du suivi d'une pathologie chronique (82%) ou lorsque le médecin généraliste était l'initiateur d'une consultation spécialisée à l'hôpital (90%) que si l'hospitalisation s'était faite à « l'insu » du médecin traitant, via les Urgences ou le SAMU (38%).

Les délais de réception des CRH estimés entre 8 jours et 1 mois pour 32 médecins généralistes, étaient considérés comme long ou trop long pour 47 médecins généralistes.

D'après les résultats de l'enquête de Dormard et son équipe sur le suivi des patients lors d'une hospitalisation, publiés dans la revue le concours médical en 2006 [8], le CRH était parvenu au médecin désigné par le malade dans les délais légaux de huit jours maximum pour seulement 32,80% des patients hospitalisés. Pour 32,40% des patients hospitalisés, aucun CRH n'était adressé au médecin libéral.

L'enquête du CHU Bichat-Claude-Bernard sur les relations entre la médecine de ville et l'hôpital réalisée en 2005 auprès des correspondants externes [6] faisait ressortir deux axes d'amélioration concernant les relations avec les généralistes : le délai des CRH et l'accessibilité des praticiens hospitaliers. Après la sortie du patient, les délais de réception des CRH étaient supérieurs à 15 jours pour 65% des généralistes. Les CRH étaient majoritairement reçus par les généralistes après qu'ils aient revu le patient.

Dans l'enquête de Beden et son équipe de 2001 [9], un des points faibles les plus cités par les médecins généralistes était la lenteur de réception des CRH (38,3%).

Dans l'enquête de François et son équipe de 1996, sur la qualité des courriers de fin d'hospitalisation [10], les médecins généralistes n'étaient pas satisfaits des délais de transmission des CRH qui leur paraissaient comme « passable » pour 34,6% d'entre eux et « insuffisant » pour 29% d'entre eux. Les médecins souhaitaient que la longueur du CRH n'excède pas une page pour 66% d'entre eux.

Dans l'étude américaine de Pantilat et son équipe de 2001 [12], seulement 33% des médecins de soins primaires rapportaient que les CRH arrivaient toujours ou habituellement avant qu'ils ne revoient le patient.

- **Les médecins généralistes ne sont pas satisfaits de l'accessibilité téléphonique des services hospitaliers (55,10%). Le thème « Difficulté de prise de contact avec les professionnels de santé » est cité par 20 médecins généralistes.** Un des médecins généralistes écrit: « Souvent difficulté à joindre l'astreinte, nombreuses « bascules » de poste à poste... ». Un autre écrit: « C'est de plus en plus le parcours du combattant. Il faut avoir 3 ou 4 postes avant d'aboutir si la ligne n'a pas été coupée entre temps !! ». **Mais deux médecins**

remarquent que l'accessibilité est variable selon les services : « Très variable selon les services » ; « L'accessibilité pour certains services ».

Dans la thèse de Giraud de 2010 sur la coopération entre la ville et le CHU de Grenoble [3], le point faible le plus souvent cité par les médecins généralistes (44%) était le défaut d'accessibilité des médecins hospitaliers. Cependant, certains médecins précisait que ces difficultés étaient variables selon les médecins et selon les services.

- **Les médecins généralistes ne sont pas prévenus rapidement par téléphone du décès de leur patient** : « On ne nous prévient quasiment jamais du décès de nos patients. On l'apprend par la famille ou le journal. Très regrettable » ; « Etes-vous-informés du décès de votre patient à l'hôpital ? NON, un scandale » ; « Même pas avertis EN CAS DE DECES » ; « Quelquefois (la plupart du temps), on apprend le décès du patient quelques jours plus tard par la famille ou par un courrier arrivant un mois plus tard ».

Dans la thèse de Giraud de 2010 sur la coopération entre la ville et le CHU de Grenoble [3], les médecins généralistes n'étaient pas satisfaits des délais de transmission des informations sur le décès des patients (seulement 17,4% d'avis favorable).

Dans la thèse de Hubert de 2006 sur la circulation de l'information médicale [5], les médecins hospitaliers prévenaient les médecins généralistes du décès de leurs patients dans seulement 12% des cas. Dans 70% des décès, c'était la famille qui annonçait le décès du patient au médecin traitant.

Du point de vue des médecins généralistes, les principaux points à améliorer au niveau des spécialités seraient :

- **La communication (68,2%). Le thème « Défaut de communication entre hospitaliers et libéraux » est cité par 9 médecins généralistes.** Selon les médecins généralistes, une plateforme téléphonique pour joindre les spécialistes serait utile (80,95%). Le mode de communication privilégié par les médecins généralistes est le téléphone (70,7%). Un des médecins écrit : « Pouvoir joindre les spécialistes rapidement quelle que soit l'heure via un numéro d'appel direct pour chaque spécialité par exemple, cela simplifierait bien des démarches ». Un autre écrit : « Facilité à parler avec un spécialiste ».

Dans la thèse de Giraud de 2010 sur la coopération entre la ville et le CHU de Grenoble [3], les médecins généralistes citaient (37%) le manque de communication et de relations entre les médecins hospitaliers et les généralistes. La qualité des échanges d'information entre les médecins généralistes et les médecins du CHU obtenait une note de 39,2/100.

Dans la thèse de Hubert de 2006 sur la circulation de l'information médicale [5], les médecins hospitaliers prenaient rarement l'initiative de la communication avec le médecin généraliste (n=23). Selon 6 médecins généralistes, les difficultés de la communication avec l'hôpital s'expliquaient par l'indisponibilité des médecins hospitaliers et la difficulté à les joindre, l'instabilité des

correspondants hospitaliers et la méconnaissance de la pratique de ville par les médecins hospitaliers. Sept médecins généralistes avaient le sentiment d'une communication unidirectionnelle dont ils étaient toujours les initiateurs et les demandeurs.

Dans l'étude américaine de Pantilat et son équipe de 2001 [12], les médecins de soins primaires préféraient de loin communiquer avec les spécialistes hospitaliers par téléphone (77%) lors de l'admission du patient (73%) ainsi qu'à sa sortie de l'hôpital (78%). Seulement 56% des médecins de premier recours étaient satisfaits de la communication avec les spécialistes.

- **Les relations entre les médecins (57,1%). Le thème « Problèmes de reconnaissance des médecins généralistes auprès des praticiens hospitaliers » est cité par 9 médecins généralistes.**

Dans la thèse de Giraud de 2010 sur la coopération entre la ville et le CHU de Grenoble [3], la thématique « Relations avec les médecins du CHU » obtenait une note de 47,9/100. Cependant, les médecins généralistes étaient d'accord (89%) sur le fait que les relations avec les médecins hospitaliers étaient variables selon les services.

- **Le retour d'information concernant la prise en charge des patients (48,4%).**

Un des médecins écrit: « Un retour d'information concernant la prise en charge des patients plus rapide ». Certains médecins généralistes évoquent les conséquences du manque d'information médicale concernant la prise en charge de leur patient à la sortie de l'hôpital qui peut atteindre à la sécurité du patient et affecter la qualité des soins ultérieurs : « Patients lourds qui sortent avec des ordonnances mais sans information pour le médecin traitant ou les IDE, on est mis devant le fait accompli, dans des situations périlleuses, surtout pour des patients socialement précaires » ; « Parfois certains patients sont renvoyés à domicile sans information du médecin généraliste : difficile de prendre la suite ! » ; « Actuellement les patients quittent les services beaucoup trop tôt. Ils ne sont absolument pas stabilisés et doivent souvent retourner à l'hôpital quelques jours plus tard ».

Dans l'enquête de Beden et son équipe de 2001 [9], les médecins généralistes souhaitaient que les améliorations portent en priorité sur la transmission de l'information médicale : délais d'envoi des CRH dans un délai de huit jours (75%), renforcer les contacts téléphoniques entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers (64%).

Selon Kripalani et son équipe [1], l'absence de CRH à quatre semaines de la sortie du patient affectait la qualité des soins ultérieurs dans 25% des cas. Cependant, cela n'avait pas pu être démontré de manière significative dans l'étude de Bell et son équipe [11].

Les remarques adressées aux **urgentistes** sont les suivantes :

- **Les médecins généralistes sont parfois informés (51,9%) du passage et de la sortie des Urgences de leurs patients, principalement par courrier (81,4%) et peu par téléphone (10,3%).** Un des médecins écrit: « Quand on revoit les patients ». Un autre écrit: « Peu de courrier, téléphone jamais... compte rendu donné aux patients ».
- **Les médecins généralistes ont parfois (51,3%) des documents concernant leur patient à la sortie des Urgence Il s'agit le plus souvent du double de l'observation médicale (98,2%). Ils reçoivent peu de résultats biologiques (47,3%) et peu de clichés radiologiques (15,4%).** Un des médecins écrit: « Formulaire d'observation en 4 volets adressé (des fois) par le patient... ». Un autre écrit: « Résultats biologiques et clichés radiologiques jamais ».

Dans la thèse de Hubert de 2006 sur la circulation de l'information médicale [5], 40 médecins généralistes reprochaient à l'hôpital de conserver les clichés radiologiques.

Du point de vue des médecins généralistes, les principaux points à améliorer au niveau des Urgences seraient :

- **Le retour d'information concernant la prise en charge des patients (65,9%).** Un des médecins écrit: « Le retour d'information concernant la prise en charge des patients dans des délais raisonnables surtout lorsqu'ils ont été adressés durant les gardes, nuits, weekend et férié ».

Dans l'enquête de Beden et son équipe de 2001 [9], un des principaux points faibles du service des Urgences cité par les généralistes était la lenteur de réception du CRH.

- **La communication (60,5%). Le thème « Défaut de communication entre hospitaliers et libéraux » est cité par 9 médecins généralistes.**
- **L'attente des patients aux Urgences (58,1%).** Un des médecins écrit: « Faire un tri des patients et renvoyer ceux qui ne relèvent pas de l'urgence chez leur médecin ». Un autre écrit: « Faire un tri en avant, ne pas prendre tout le monde. Eduquer les patients. Faire payer un minimum le passage aux urgences pour responsabiliser les gens ». Un autre écrit: « MAISON MEDICALE ».

Dans l'enquête de Beden et son équipe de 2001 [9], un des principaux points faibles du service des urgences cité par les généralistes était les problèmes d'attente et d'encombrement aux Urgences.

- **Les relations entre les médecins (54,3%). Le thème « Problèmes de reconnaissance des médecins généralistes auprès des praticiens hospitaliers » est cité par 9 médecins généralistes et le thème « Problème relationnel avec le personnel médical des Urgences » est cité par 5 médecins généralistes.**

Les médecins généralistes semblent globalement satisfaits de l'accessibilité téléphonique du service des Urgences (78,8%).

Les remarques adressées aux **services administratifs** du CH de Pau sont les suivantes :

- **Les médecins généralistes ne sont pas informés de l'évolution des nouvelles spécialités du CH de Pau (79,4%) et préféreraient en être informés par courrier postal (57,4%).**
- **Les médecins généralités ne sont pas informés des soirées ou staffs médicaux réalisés dans le cadre de la formation médicale continue (63,4%) et préféreraient en être informés par mail (58,8%).**

Le plateau technique du CH de Pau est la principale raison (25,5%) qui incite les médecins généralistes à hospitaliser leurs patients via les Urgences.

Les médecins généralistes sont dans l'ensemble favorables (83,3%) à la création d'une rubrique «espace professionnel» sur le site internet du CH de Pau qui publierait les dates des FMC et des staffs accessibles aux médecins généralistes ainsi que les actualités du CH. Des propositions concernant le contenu de cette rubrique ont été émises par certains médecins généralistes:

- Les points d'excellence de chaque spécialiste ;
- L'arrivée de nouveaux médecins sur le CH de Pau et le départ à la retraite des autres ;
- Un organigramme avec le nom et la spécialité de chaque médecin avec leur mail et un numéro direct pour les joindre ;
- Les créneaux de consultation des spécialistes
- Des cas cliniques, animation scientifique et médicale loco-régionale.

Dans l'ensemble, les médecins généralistes ne sont pas favorables à la création du DMP à l'heure actuelle (58,8%) car ils manquent de temps pour l'installer au cabinet médical (67,4%) et leur logiciel métier n'est pas compatible avec le DMP (25,6%). Certains médecins écrivent: « Grande nébuleuse !!! » ; « Lent à mettre en route, chronophage et non rémunéré pour le médecin traitant » ; « Pour être utile il doit être exhaustif ce qui est loin d'être le cas » ; « Je ne suis pas la secrétaire des spécialistes. Pas le temps. Une charge administrative de plus » ; « Usine à gaz » ; « Je ne pense pas dans l'état actuel du DMP avec la loi informatique et libertés que les informations soient exhaustives d'où la "fragilité" des informations contenues sur le DMP » ; « On ne comprend rien, personne n'est capable d'en expliquer les principes. Trop compliqué ».

Dans l'enquête de Hurtaud de 2006 sur le point de vue des médecins (126 généralistes et 251 spécialistes) vis-à-vis du DMP [7], les craintes liées à son utilisation était le

surcroît de travail (55,6%), l'accumulation de données non pertinentes (46,6%) et l'insécurité des données (44,8%). Les principaux obstacles à son utilisation étaient l'incompatibilité avec le dossier métier (39%), la double saisie (39%), le manque de temps (27,3%) et l'absence de rémunération (11,7%). 85,1% des médecins interrogés s'estimaient insuffisamment informés. 74,2% des répondants estimaient que le DMP permettrait une meilleure prise en charge médicale des patients et 62,2% qu'il améliorerait la communication entre confrères.

D'après les travaux de thèse de Bidault Diallo de 2013 sur les perceptions et attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la télémédecine et du DMP [2], les médecins reconnaissaient une certaine méconnaissance du DMP même si leur impression était bonne. La moitié des médecins exprimaient clairement leur intention d'utiliser le DMP. Les craintes liées à son utilisation étaient le surcroît de travail, le droit d'opposition des patients à l'inscription d'une pathologie dans leur DMP, la confidentialité des données. La plupart des médecins généralistes reconnaissaient la nécessité d'une motivation sous une forme pécuniaire. Les médecins généralistes souhaitaient un « effort synergique » hospitalier et libéral pour remplir le DMP.

D. COMPARAISON AVEC L'ENQUETE SUR LA SATISFACTION DES CORRESPONDANTS EXTERNES (CH DE PAU, 2008)

En janvier 2008, le CH de Pau a participé à l'enquête régionale sur la « Satisfacation des correspondants externes des établissements de santé » réalisée par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA).

Les correspondants externes étaient des médecins traitants généralistes ayant une activité en cabinet et ayant eu au moins 20 patients hospitalisés au sein du CH de Pau au cours de l'année 2007. Le CH de Pau avait opté pour le recueil téléphonique des données via un prestataire externe proposé par le CCECQA.

Le questionnaire était regroupé en quatre parties : l'accès aux soins, la qualité des soins, la continuité des soins, l'organisation de la sortie. Il comprenait également des questions ouvertes et fermées permettant de décrire les répondants et leur niveau d'information.

Sur 200 médecins contactés, 81 médecins ont répondu, soit un **taux de participation de 40,5%**. Dans notre étude, sur 271 médecins généralistes contactés, 139 ont répondu au questionnaire soit un **taux de réponse de 51 %**.

Les points forts du CH de Pau retenus par les médecins généralistes étaient :

- La qualité des soins (score moyen CH Pau = 85,2/100) ;
- La prise en charge diagnostique (score moyen CH Pau = 82,7/100) ;
- La prise en charge thérapeutique (score moyen CH Pau = 81,9/100) ;
- La qualité du compte-rendu d'hospitalisation (score moyen CH Pau = 80,6/100).

Les points d'amélioration cités par les médecins généralistes par ordre de priorité décroissante étaient les suivants :

- **Le délai de réception du compte rendu d'hospitalisation (score moyen CH Pau = 36,7/100).** Dans notre étude, le thème « Délai de réception du compte rendu d'hospitalisation trop long » est cité par 52 médecins généralistes.
- **L'association à la planification de la sortie (score moyen CH de Pau = 49,3/100).**
- **Le délai de prise en charge des patients lors d'une demande de consultation en urgence (score moyen CH Pau = 56,3/100).**
- **L'accès aux soins (score moyen CH Pau = 59,4/100).**

Les commentaires libres des médecins généralistes avaient été regroupés sous forme de thème avec leur fréquence de citation. Ces différents thèmes (Annexe 3) étaient les suivants:

- **Délai de réception du compte-rendu trop long: n=51. Ce problème est toujours d'actualité puisque 52 commentaires libres sont en rapport avec ce thème dans notre étude.**
- Problème d'accès aux soins en terme de délai de prise en charge: n=31.
- Défaut de connaissance de la sortie du patient: n=24.
- Défaut de communication entre hospitaliers et libéraux: n=15.
- **Difficulté de prise de contact avec les professionnels de santé: n=15. Ce problème est toujours d'actualité puisque 20 commentaires libres sont en rapport avec ce thème dans notre étude.**
- Problème d'accès aux soins au niveau du service des urgences: n=14.
- Problème d'exclusion des libéraux à participer au projet thérapeutique: n=13.
- Satisfaction générale sur la qualité des soins: n=8.
- Défaut de qualité de prise en charge au service des urgences: n=7
- Problème d'accès aux soins en terme d'organisation: n=4.
- Problème d'accès aux soins pour les personnes âgées: n=4.
- Défaut de connaissance de l'activité de l'établissement: n=4.
- Sortie prématurée: n=3

E. PISTES D'AMELIORATION

Les pistes d'améliorations proposées sont issues des suggestions des médecins généralistes de l'enquête, des résultats d'autres enquêtes similaires trouvées dans la littérature ainsi que de notre expérience professionnelle.

1. ADMISSION DU PATIENT AU CH DE PAU

- Faciliter l'accès aux hospitalisations directes dans les services spécialisé. Dans l'étude de Giraud [3], les médecins généralistes suggèrent l'instauration de plages de consultation spécialisées réservées aux urgences. Dans le projet médical d'établissement 2014-2018 du CH de Pau, ce point a également été proposé par un des praticiens hospitaliers de médecine.
- Le temps d'attente des patients en période de forte affluence aux Urgences pourrait être diminué en mettant en œuvre un médecin des Urgences qui recevrait les appels des médecins généralistes et qui pourrait travailler en collaboration avec les spécialistes du CH de Pau. Un projet de maison médicale de garde est en cours au CH de Pau, en lien avec l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

2. COMMUNICATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES MEDECINS HOSPITALIERS

- Création d'une rubrique « espace professionnel » sur le site du CH de Pau.
- Informer les médecins généralistes des dernières actualités du CH de Pau par mail: Un des médecins écrit: « L'information par mail avec un mail-liste me semble la plus simple et efficace pour un cout modique ».
- Création d'une messagerie sécurisée pour échanger les courriers et les résultats des examens complémentaires. La région Rhône-Alpes a vu naître un système de messagerie sécurisé pour véhiculer les transactions entre la ville et l'hôpital via le Système d'Information en Santé de la région Rhône-Alpes (SISRA). Ce système d'échanges informatisés baptisé ZEPRA (Zéro Echange Papier en Rhône-Alpes) permet, depuis 2010, de transférer des documents à partir de l'hôpital Léon-Bernard et le CHU de Grenoble aux médecins de ville déclarés. Depuis 2011 d'autres établissements se sont associés à ce projet dans l'optique de couvrir toute la région Rhône-Alpes [14]

Un des médecins écrit: « Il faudrait avoir HPRIM Net comme le CHU de Toulouse ».

- Faciliter l'accès téléphonique des services hospitaliers en augmentant les horaires d'ouvertures des secrétariats. Un des médecins écrit: « Il est urgent de créer d'autre postes de secrétaire : en Radiologie parcours du combattant pour avoir un RDV de scanner ou d'IRM !!... ».

- « Une plaquette destinée aux médecins généralistes serait la bienvenue, réactualisée, simple, avec les numéros de téléphone des médecins spécialistes ou fax pour les joindre, pouvant être glissée dans notre sacoche ».
- Communication de la ligne directe des spécialistes aux médecins généralistes par courrier ou par mail.
- Désignation d'un référent hospitalier chargé de la communication avec les médecins généralistes.
- A l'hôpital, « Le DMP devrait être alimenté à partir du secrétariat des praticiens hospitaliers dès que le courrier est tapé ». En ville, le DMP pourrait être intégré au logiciel métier des médecins généralistes de façon à fusionner les informations médicales du patient. Enfin une réflexion conjointe entre les généralistes et les spécialistes serait souhaitable pour améliorer la version actuelle du DMP.

3. RELATIONS ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES MEDECINS HOSPITALIERS

- Proposer des réunions entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes à l'hôpital pour discuter de cas cliniques et échanger sur leurs pratiques professionnelles. Cela permettrait une meilleure connaissance réciproque et faciliterait ensuite les échanges. Des séances de ce type ont déjà lieu tous les jeudis à 11h à la bibliothèque médicale du CH de Pau. Elles réunissent les pédiatres de l'hôpital et les médecins généralistes qui le souhaitent pour discuter de cas cliniques et échanger sur leurs pratiques professionnelles.

4. SORTIE DU PATIENT ET DECES DU PATIENT A L'HOPITAL

- Raccourcir les délais de transmission des CRH en l'envoyant via une messagerie électronique sécurisée. Un des médecins écrit: « Les courriers pourraient être transmis par mail dans l'heure qui suit la sortie du patient, cela permettrait une meilleure continuité du suivi et serait mieux qu'une simple observation illisible de sortie... ». Suite à l'enquête du CHU Bichat-Claude-Bernard sur les relations entre la médecine de ville et l'hôpital [6], une fiche de synthèse manuscrite destinée au médecin généraliste et rédigée par l'interne avant la rédaction et l'envoi du CRH est remise au patient avec ses papiers de sortie. Dans le service d'Unité Post Urgences Gériatriques du CH de Pau, les médecins du service et les internes remettent également au patient un courrier manuscrit bref destiné au médecin traitant, résumant le diagnostic, les résultats des principaux examens complémentaires et les traitements de sortie dans l'attente de la rédaction et de l'envoi du CRH.
- Informer le médecin généraliste du jour de la sortie de son patient des services médico-chirurgicaux par téléphone et du service des Urgences par l'envoi d'un SMS, pour permettre au médecin généraliste d'assurer la continuité des soins. Un des médecins écrit: « L'hôpital possède tous nos numéros de téléphone. Un SMS

pourrait être envoyé à chaque médecin traitant pour prévenir du passage d'un de ses patients aux urgences avec la raison de sa venue aux urgences ».

- Pour les patients décédés à l'hôpital, il serait souhaitable que les médecins hospitaliers ou les internes informent personnellement le médecin généraliste par téléphone du décès de leur patient.

VIII. CONCLUSION

L'étude des relations et de la communication entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers a fait l'objet de plusieurs études en France et à l'étranger. D'après les résultats de ces études, les médecins généralistes étaient peu satisfaits de la transmission des informations médicales entre l'hôpital et la ville, des délais de réception des comptes rendus d'hospitalisation jugés trop longs et de l'accessibilité des spécialistes hospitaliers. La coopération ville-hôpital est devenue depuis quelques années, un enjeu majeur dans la politique de Santé. Depuis la réforme de 2004 relative à l'assurance maladie et la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » de juillet 2009, le médecin généraliste est clairement défini comme le « pivot central » de la prise en charge du patient. Pour mener à bien cette mission, ses relations avec l'hôpital et ses intervenants se doivent d'être optimales.

L'objectif principal de cette étude était de recueillir le point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'hôpital de Pau. L'objectif secondaire était de connaître leurs attentes vis-à-vis de leurs relations avec l'hôpital afin de dégager des pistes pour des études complémentaires de type observationnel. Ceci nous permettrait de proposer par la suite des pistes d'amélioration pour une prise en charge optimisée et mutualisée des patients.

D'après notre étude, les relations et notamment la communication entre les médecins généralistes et le centre hospitalier de Pau ne semblent pas satisfaisantes au vu du ressenti des médecins généralistes.

Les propositions d'amélioration au niveau du service des Urgences et des services spécialisée citées par les médecins généralistes répondaient aux points faibles. La priorité est d'améliorer les relations et la communication avec les médecins hospitaliers ainsi que le retour d'information concernant la prise en charge des patients. Les délais de transmission des comptes rendus d'hospitalisation doivent être raccourcis. D'après les médecins généralistes, les admissions directes dans les services spécialisés sont compliquées car les spécialistes sont difficilement joignables par téléphone. Les médecins généralistes souhaitent une amélioration du temps d'attente des patients aux Urgences. Ils ne sont pas assez informés de l'évolution des nouvelles spécialités du CH de Pau. Dans l'ensemble, ils ne sont pas favorables à la création du DMP à l'heure actuelle car ils manquent de temps pour l'installer au cabinet médical et leur logiciel métier n'est pas compatible avec le DMP.

Nos résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des médecins généralistes de l'agglomération de Pau et de ses alentours puisque les réponses à notre enquête ne concernent qu'une partie d'entre eux. En revanche, nous pouvons constater que les problématiques soulevées sur le CH de Pau sont quasiment identiques à celle des autres études et rejoignent celles soulevées par l'enquête de satisfaction des correspondants externes du CH de Pau de 2008.

Les résultats et conclusions de cette étude seront présentés à la direction du CH de Pau ainsi qu'aux spécialistes et urgentistes de l'hôpital pour essayer de trouver des pistes d'amélioration conjointe dans un but d'amélioration continue de la qualité des soins.

Les propositions d'amélioration citées par les médecins généralistes ont été travaillées dans le projet médical d'établissement 2014-2018 du CH de Pau et dans la mission de gestion des lits débutée en janvier 2014 en lien avec l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux). Dans le cadre de cette mission, un diagnostic de l'établissement a été établi. Deux des points à travailler proposés à la direction du CH de PAU étaient la sortie du patient et la relation avec la médecine de ville. Le président de la Commission Médicale d'Etablissement du CH de PAU a été informé et sensibilisé à cette problématique. Ainsi, nous espérons que ce travail renforcera les axes de travail initiés.

IX. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW.
Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care.
JAMA 2007 ; 297 (8) : 831-841.
- [2] Bidault Diallo A.
Télémédecine et dossier médical personnel: perceptions et attentes des médecins généralistes.
Th : Med : Angers ; 2013.
- [3] Giraud M.
Coopération ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes.
Th : Med : Grenoble ; 2010.
- [4] Hauguel A.
Relations entre les médecins généralistes et l'hôpital Louis Mourier et ses urgences en 2006, comparaison avec 1992.
Th : Med : Paris V-René Descartes ; 2008.
- [5] Hubert G.
La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital.
Th : Med : Bobigny ; 2006.
- [6] Wattiaux M-J, Lauret T, Macrez A.
Relations médecine de ville-hôpital. Une enquête du CHU Bichat-Claude Bernard.
Revue hospitalière de France 2007 ; 516 : 66-69.
- [7] Hurtaud A, Dominique D.
Dossier médical personnel: qu'en pensent les médecins? Une enquête auprès des médecins de l'agglomération de Reims.
Médecine juin 2007 ; 3 (6) : 278-282.
- [8] Poindron PY.
Carence de communication entre l'hôpital et la ville.
Le concours médical 2006 ; 128 : 1148-1149.
- [9] Beden C, François P, Beaudouin-Bertrand D, Caligula F.
Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire.

Journal d'Economie Médicale 2001 ; 19 (4) : 263-274.

[10] François P, Bertrand D, Weil G, Bosson JL.

Qualité des courriers de fin de séjour hospitalier: besoins et attentes des médecins libéraux.

La Presse Médicale 1996 ; 25 (25) : 1136-1139.

[11] Bell CM, Schnipper JL, Auerbach AD, Kaboli PJ, Wetterneck TB, Gonzales DV, et al.

Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes.

J Gen Intern Med 2008 ; 24 (3) : 381-386.

[12] Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Watcher RM.

Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists.

The American Journal of Medicine 2001 ; 111 (9B) : 15S-20S.

[13] Pieru F.

L'e-santé sauvera-t-elle le système de santé ? Retour sur les errements du dossier médical personnel.

Regards sur l'actualité avril 2011 ; 370 : 55-66.

[14] Mayega E.

Ville-Hôpital : enfin connectés ! ZEPRA : Comment mieux informer le médecin de ville.

Décision Santé 2012 ; 284 : 17-18.

[15] Mayega E.

Ville-Hôpital : enfin connectés ! Permanence des soins : La télémédecine doit transformer l'essai.

Décision Santé 2012 ; 284 : 20-21.

[16] Haute Autorité de Santé.

Manuel de certification des établissements de santé. Critère 24.a « Sortie du patient ».

Janvier 2014.

[17] Code de Déontologie Médicale.

Article 63, relatif à l'information entre médecins traitants en cas d'hospitalisation du patient (Article R.4127-63 du Code de la Santé Publique). 2004.

[18] Code de Déontologie Médicale.

Article 64, relatif à l'exercice collégial (Article R.4127-64 du Code de la Santé Publique). 2004.

[19] Code de Déontologie Médicale.

Article 68, relatif au rapport avec les autres professionnels de santé (Article R.4127-68 du Code de la Santé Publique). 2004.

[20] Code de la Santé Publique.

Article R710-2-6, créé par Décret n°92-329 du 30 mars 1992 - art. 1 JORF 1er avril 1992.

[21] Code de la Santé Publique.

Article R710-2-7, créé par Décret n°92-329 du 30 mars 1992 - art. 1 JORF 1er avril 1992.

[22] Code de la Sécurité Sociale.

Article L162-5-3, crée par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie - art 7 JORF 26 février 2010.

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

[24] HAS. IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins.

Edition internet, [En ligne], 2008.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/fiche_descriptive_tdp_030608.pdf]

[25] Code de Déontologie Médicale.

Article 45 (article R.4127-45 du Code de la Santé Publique). 2004

[26] Code de Déontologie Médicale.

Article 56 (Article 4127-56 du Code de la Santé Publique). 2004.

[27] Code de Déontologie Médicale.

Article 62 (Article 4127-62 du Code de la Santé Publique). 2004.

[28] Journal Officiel de la République Française.

Décret n°74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication du dossier des malades hospitalisés ou consultants des établissements hospitaliers publics. Article 3.

[29] Journal officiel de la République Française.

Article 28. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

[30] WONCA Europe. « La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille ». Edition internet, [En ligne], 2002.

[<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>]

[31] Attali C, Bail P, Compagnon L, Ghasarossian C, Huez JF, Piriou C, et al. Référentiel des niveaux de compétence en médecine générale.

Collège National des Généralistes Enseignants. Edition internet, [En ligne].
[<http://www.dmg-nantes.fr/images/gear/refcompetences.pdf>]

[32] Agence Régionale de Santé Aquitaine. Le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire en Aquitaine. Edition internet, [En ligne], 2012.

[http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/404_Soins_1er_recours/CDC_PDSA_20_11_2012.pdf]

[33] Code de la santé publique.

Article R6315-1, modifié par Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 - art. 1

[34] Code de la Santé Publique.

Article R6315-4.

[35] INSEE. Population ; « Evolution et structure de la population ; populations légales 2011 de la commune de Pau ». Edition internet, [En ligne], 2011.

[<http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/commune.asp?depcom=64445&annee=2011>]

[36] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médical; « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014 ». Edition internet, [En ligne], 1er janvier 2014.

[http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf]

[37] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas régionaux 2013, « La démographie médicale en Aquitaine, situation en 2013 ». Edition internet, [En ligne], 2013.

[http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/aquitaine_2013.pdf]

[38] Agence Régionale de Santé Aquitaine. Observatoire Régional de la Santé en Aquitaine. « Territoire de Santé de Béarn-Soule ». Edition internet, [En ligne], octobre 2012.

[http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/01_votre_ars/04_Contexte_regional/02_territoires/02_02_proximite/Territoire_sante_Sept2012_Bearn_Soule.pdf]

X. ANNEXES

A. ANNEXE 1 : LETTRE AU MEDECIN GENERALISTE

Cher(e)s consœurs et confrères,

Actuellement interne en 5^{ème} semestre de médecine générale aux Urgences pédiatriques du Centre Hospitalier (CH) de Pau et inscrite en DESC de Médecine d'Urgence, je réalise ma thèse sur « Les relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de PAU pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients ». Ce travail est effectué avec l'aide du Dr Isabelle POUYANNE des Urgences-SAMU-SMUR du CH de PAU.

Mes stages aux Urgences adultes du CH de Pau et chez le médecin généraliste à Seignosse m'ont permis de comprendre les différents points de vue des deux versants ville-hôpital. J'ai réalisé que les relations entre ces deux versants étaient souvent entachées du fait d'un manque de communication et donc de compréhension entre les deux parties. Cette étude a pour but de mieux comprendre vos attentes afin de proposer, dans l'avenir, des solutions pour améliorer la prise en charge des patients adressés au CH de Pau et vos relations avec les Urgences et les spécialistes du CH. Future urgentiste, j'espère que ces travaux m'aideront à l'avenir dans mon parcours professionnel.

Pour ce faire, je vous propose de répondre au questionnaire ci-joint. Il concerne les patients que vous adressez aux Urgences ou directement dans un service hospitalier spécialisé.

La première partie concerne les patients adressés aux Urgences ou directement dans un service spécialisé. La deuxième partie s'attache à la sortie des patients des Urgences ou des services spécialisés. Enfin la dernière partie propose des pistes d'amélioration au niveau des Urgences et des spécialités. Toutes les questions proposent une ou plusieurs réponses. Dans certaines questions, vous trouverez des commentaires libres indiqués par l'item « Autres, précisez ».

Une fois rempli, vous pouvez me retourner le questionnaire dans l'enveloppe pré-timbrée adressée à mon nom. Ce questionnaire est anonyme.

Si vous avez des questions, vous pouvez me contacter par mail ou par téléphone. Enfin si vous souhaitez obtenir ma thèse dans son intégralité (version numérique), veuillez me le préciser à la fin du questionnaire avec votre adresse e-mail.

Je vous remercie par avance de votre participation et de l'aide que vous pourrez m'apporter.

Cordialement.

Marianne SAILLIOL, Isabelle POUYANNE

B. ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

«Etude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le Centre Hospitalier de rattachement pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients ».

1. PHASE PRE-HOSPITALIERE :

1.1. Patients adressés aux Urgences adultes :

- **Etes-vous satisfait de l'accessibilité téléphonique du service des Urgences ?**
 - Oui
 - Non

- **Parmi les raisons qui vous font hospitaliser vos patients au CH de Pau via les Urgences, classez-les par ordre de préférence croissant de 1 à 7 :**
 - . Proximité géographique
 - . Plateau technique
 - . Type de pathologie
 - . Demande des patients et/ ou de la famille
 - . Connaissance de correspondants
 - . Heure de l'urgence
 - . Rapidité de la prise en charge

- **Envoyez-vous des patients aux Urgences parce que les admissions directes dans les services hospitaliers sont difficiles ?**
 - Non
 - Oui. De quelles difficultés s'agit-il ?
 - O Difficulté à joindre directement les spécialistes par téléphone
 - O Autres, précisez :

- **Quand vous adressez un patient pour une urgence vitale (UV), appelez-vous le SAMU-Centre 15 avant son transfert ?**
 - Oui : A chaque fois O Parfois O Rarement O
 - Non. Pourquoi ?
 - O Attente trop longue au téléphone pour joindre le médecin régulateur
 - O Gain de temps dans le cadre de l'UV en transportant le patient aux Urgences en ambulance
 - O Autres, précisez :

- **Quel numéro de téléphone faites-vous pour joindre le service des Urgences du CH de PAU ?**
 - 05 59 92 47 47 (salle de soins du service des Urgences)
 - 05 59 92 50 55 (Infirmière d'Accueil et d'Orientation)
 - Autres, précisez :

- **Pour les patients que vous envoyez aux Urgences sans passer par le 15, prévenez-vous à chaque fois le service des Urgences par téléphone du transfert ?**
 - Oui. Pourquoi ?
 - Pour avertir l'équipe médicale du degré de l'urgence
 - Par politesse
 - Non. Pourquoi ?
 - Par faute de temps
 - Trop longue attente au téléphone pour joindre le médecin référent ou l'infirmier d'accueil des Urgences. Dans ce cas, combien de temps attendez-vous au téléphone avant d'avoir le médecin ou l'infirmier en ligne ?
 - < 2 min
 - entre 2 et 5 min
 - entre 5 et 10 min
 - > 10 min
 - Cela vous semble inutile parce que vous joignez un courrier
 - Vous avez déjà essayé un refus d'admission de la part des Urgences et vous préférez envoyer votre patient sans l'aval de l'urgentiste. Dans ce cas, quel était le motif de refus ?
 - Urgences surchargées
 - Motif d'admission ne relevant pas d'une prise en charge en urgence
 - Autres, précisez :

1.2. Patients adressés directement dans un service spécialisé :

- **Etes-vous satisfait de l'accessibilité téléphonique des services spécialisés du CH de Pau?**
 - Oui
 - Non

- **Vous arrive-t-il de joindre au téléphone les spécialistes du CH Pau ?**
 - Oui : Directement Par le secrétariat
 - Pour quelles raisons ?
 - Pour un avis spécialisé
 - Pour une hospitalisation directe
 - Autres, précisez :

 - Non. Pourquoi ?
 - Par faute de temps
 - Trop longue attente au téléphone pour joindre les spécialistes
 - Autres, précisez :

- **Quelles sont les spécialités où les médecins sont les plus facilement joignables par téléphone sur l'hôpital ?**
 - Cardiologie Urgences pédiatriques
 - Gériatrie Chirurgie thoracique
 - Urgences adultes Endocrinologie
 - Pneumologie Chirurgie viscérale
 - Psychiatrie Gastro-entérologie
 - Radiologie Maladies infectieuses
 - Rhumatologie Pédiatrie
 - Neurologie Oncologie
 - Ophtalmologie Gynécologie-Obstétrique
 - ORL Chirurgie orthopédique
 - Réanimation

- **Communiquez-vous par mail avec les médecins spécialistes du CH de Pau ?**
 - Oui
 - Non. Pourquoi ?
 - Vous ne connaissez pas leur adresse-mail
 - Vous pensez que ce mode de communication n'est pas assez sécurisé
 - Vous pensez qu'ils ne liront pas votre mail
 - Vous pensez qu'ils ne répondront pas à votre mail

- **Que faites-vous si vous avez besoin d'un avis spécialisé, sans nécessité d'hospitalisation ?**

- Vous essayez de joindre le spécialiste du CH par téléphone
- Vous envoyez un mail au spécialiste du CH
- Vous envoyez le patient aux Urgences
- Autres, précisez :

- **Les hospitalisations directes sont-elles possibles pour vous ?**

- Non. Pourquoi ?

- Vous pensez que le passage par les Urgences est une étape indispensable à l'hospitalisation de votre patient, notamment pour évaluer sa gravité

- Autres, précisez :

- Oui. Dans ce cas, comment faites-vous ?

- Vous appelez directement le spécialiste concerné par téléphone

- Vous envoyez un mail au spécialiste concerné pour programmer une hospitalisation dans les jours qui suivent

- . Dans ce cas, elles concernent:

- Tous les patients

- Seulement les patients chroniques suivis au CH de Pau

- Seulement les patients relevant des spécialités suivantes :

- O Cardiologie
 - O Réanimation
 - O Pédiatrie
 - O Endocrinologie
 - O Gynéco-Obstétrique
 - O ORL
 - O Psychiatrie
 - O Gastro-entérologie
 - O Gériatrie
 - O Maladies infectieuses
 - O Rhumatologie
 - O Ophtalmologie
 - O Neurologie
 - O Oncologie
 - O Chirurgie viscérale
 - O Chirurgie orthopédique
 - O Chirurgie thoracique
 - O Pneumologie

2. PHASE POST HOSPITALISATION :

2.1. Concernant les passages aux Urgences adultes :

- **Etes-vous informés du passage et de la sortie des Urgences de vos patients ?**

- Oui : A chaque fois Parfois Rarement

- . Par quels moyens ?

Par téléphone

Par courrier

Les deux

Non

• **Avez-vous des documents concernant votre patient à la sortie des Urgences ?**

Non.

Oui : A chaque fois Parfois Rarement

. De quel type de documents s'agit-il ?

Observation médicale

Résultats biologiques

Clichés radiologiques

2.2. Concernant les sorties d'hospitalisation :

• **Etes-vous informés par téléphone de la sortie de vos patients ?**

Non

Oui. Par qui ?

Par le spécialiste

Par l'interne du service

Par un infirmier du service

Par l'assistante sociale

Par la secrétaire du service

• **Etes-vous informés du traitement de sortie de vos patients ?**

Oui

Non.

• **Avez-vous les courriers de sortie de vos patients ?**

Non.

Oui. Dans quels délais ?

Jours

Semaine

Mois

3. QUESTIONS DIVERSES :

- **Etes-vous informés de l'évolution des nouvelles spécialités du CH de Pau ?**

Oui

Non. Dans ce cas, comment voudriez-vous être informés ?

Par mail

Par courrier postal

Par téléphone

Via le site internet du CH Pau (création d'une rubrique « espace professionnel »)

- **Etes-vous informés des soirées ou staffs médicaux dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC) ?**

Oui. Comment êtes-vous informés ?

Par mail

Par courrier postal

Par téléphone

Non. Dans ce cas, comment voudriez-vous être informés ?

Par mail

Par courrier postal

Par téléphone

Via le site internet du CH Pau (création d'une rubrique espace professionnel)

- **Quelles sont les spécialités qui vous intéressent pour la FMC ?**

Cardiologie

Réanimation

Pédiatrie

Pneumologie

Urgences

Endocrinologie

Psychiatrie

Gastro-entérologie

Gériatrie

Rhumatologie

Radiologie

Maladies infectieuses

Neurologie

Oncologie

Ophtalmologie

Gynécologie-Obstétrique

ORL

- **A quelle fréquence voudriez-vous que se déroulent ces rencontres ?**
 - /15 jours
 - 1/mois
 - Tous les 2 mois
 - Une fois par semestre.

4. PISTES D'AMELIORATION :

- **Pensez-vous qu'une plateforme téléphonique pour joindre les spécialistes soit utile ?**
 - Oui
 - Non.

- **Concernant les échanges professionnels entre vous et les médecins du CH, que préférez-vous ?**
 - Téléphone
 - E-mail sécurisé
 - Courrier postal

- **Concernant la création d'une rubrique « espace professionnel » sur le site internet du CH Pau qui serait accessible aux médecins de l'hôpital et aux médecins généralistes via un code personnel :**
 - Seriez-vous favorable à la communication d'informations médicales du CH Pau sur cette rubrique (date des Formations Médicales Continues et des staffs médicaux accessibles aux médecins généralistes, actualités du CH) ?
 - O Oui O Non
 - Quelles autres rubriques vous intéresseraient sur cet espace ?

- **Que pensez-vous du développement du Dossier Médical Personnel (DMP) ?**
 - Favorable
 - Non favorable. Pour quelles raisons ?
 - O Manque de temps pour mettre en place le DMP au cabinet médical
 - O Logiciel métier non compatible avec le DMP
 - O Vous n'en voyez pas l'utilité
 - O Autres, précisez :

- **Selon-vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l'avenir coté Urgences adultes ?**
 - Les relations entre les médecins
 - La communication
 - La formation continue
 - L'attente des patients aux Urgences
 - La prise en charge médicale des patients
 - Le plateau technique des Urgences
 - Le retour d'information concernant la prise en charge de vos patients
 - Autres, précisez :

- **Selon vous, quels axes faudrait-il améliorer dans l'avenir coté spécialités ?**
 - Les relations entre les médecins
 - La communication
 - La formation continue
 - La télémédecine
 - La prise en charge médicale des patients
 - Le retour d'information concernant la prise en charge de vos patients
 - Autres, précisez :

5. COMMENTAIRES LIBRES :

Merci de votre coopération et de vos réponses.

Marianne SAILLIOL

Isabelle POUYANNE

C. ANNEXE 3 : DESCRIPTIF DES COMMENTAIRES LIBRES DE L'ENQUETE DU CH DE PAU DE 2008 SUR LA SATISFACTION DES CORRESPONDANTS EXTERNES.

	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE TROP IMPORTANT	AS	
	DELAI ASSEZ LONG	AS	
	PRISE EN CHARGE AVEC RETARD POUR UN NOMBRE CONSEQUENT DE MALADES	AS	
	LES SERVICES NE SONT PAS ASSEZ RADIDES	AS	
	LES DELAIS DE PRISE EN CHARGE SONT TROP LONGS	AS	
	LES DELAIS SONT TROP LONGS	AS	
	PROBLÈME DE DÉLAIS QUI SONT PARFOIS IMPORTANTS	AS	
	DELAI IMPORTANT	AS	
	DELAI DE PRISE EN CHARGE TROP LONG EN FONCTION DU SERVICE	AS	
	LES DELAIS SONT TROP LONGS	AS	
	DELAI PARFOIS TRÈS LONG	AS	
	PRISE EN CHARGE TROP LONGUE	AS	
	L'ACCES AUX SOINS PAS ASSEZ RAPIDE	AS	
	DELAI DE PRISE EN CHARGE ASSEZ IMPORTANT	AS	
Problème d'accès aux soins en terme de délai de prise en charge	DELAI EXTRÊMEMENT LONG (PARFOIS 8 MOIS D'ATTENTE)	AS	
	L'ACCES AUX SOINS N'EST PAS ASSEZ RAPIDE, LES DELAIS D'ATTENTE DE PRISE EN CHARGE SONT TROP LONGS	AS	
	DÉLAI PARFOIS LONG	AS	
	TROP D'ATTENTE / LES DELAIS DE PRISE EN CHARGE SONT TROP LONGS	AS	
	LES DELAIS DE PRISE EN CHARGE SONT TROP LONGS ET PAR TELEPHONE TROP DIFFICILE A GERER	CS	
	LES DELAIS DE PRISES EN CHARGES SONT TROP LONGS	CS	
	LES DELAIS DE PRISE EN CHARGE SONT TROP LONGS. LES SERVICES SONT DEBORDES	OS	
	TROP D'ATTENTE AU SERVICE RUMATHOLOGIE	OS	
	PRISES EN CHARGES TROP LONGUES / ACCES AUX SOINS PAS ASSEZ RAPIDE	OS	
	LES SERVICES SONT TROP CHARGES	OS	
	MANQUE DE PLACES ET PAS FACILE DE POUVOIR GARDER LES PATIENTS	OS	
	LES DELAIS DE PRISES EN CHARGE SONT PARFOIS LONGS	CG	
	ATTENTE ASSEZ LONGUE AVANT QUE LES MÉDECINS VOIENT LEURS PATIENTS	CG	
	PARFOIS LES DELAIS DE PRISES CHARGES SONT TROP LONGS	CG	
	LES DELAIS DE PRISE EN CHARGE SONT TROP LONGS	CG	
	TROP D'ATTENTE	CG	
	DELAIS D'ATTENTE TROP LONGS / BARRAGE AVEC LES SECRETAIRES	CG	
	Problème d'accès aux soins en terme d'organisation	PERTE DE TEMPS CE N'EST AU MEDECIN DE FAIRE LE SECRETARIAT	AS
		QUAND ELLE APPELLE POUR UNE HOSPITALISATION PROGRAMMÉE, ELLE EST ENVOYÉE D'UN SERVICE À L'AUTRE	AS
		DIFFICILE D'OBTENIR DES PLACES D'HOSPITALISATION ET RENDEZ VOUS	AS
METTRE EN PLACE UN RETOUR D'APPEL, QUAND UN MEDECIN N'EST PAS JOIGNABLE, QUE LES DEMANDES DE RAPPELS SOIENT TRANSMISES.		CG	
Problème d'accès aux soins au niveau du service des urgences	DELAI DE PRISE EN CHARGE IMPORTANT CE QUI EST GRAVE POUR DES URGENCES	AS	
	MAUVAISE ORGANISATION AU NIVEAU DES URGENCES	AS	
	DIFFICILE D'OBTENIR UNE HOSPITALISATION EN URGENCE. IMPOSSIBLE D'OBTENIR UNE CONSULTATION EN URGENCE	AS	
	PAS DE PLACE AUX URGENCES	AS	
	REFUS AUX URGENCES LORSQUE LES PATIENTS SE PRESENTENT	AS	
	DELAI TRES LONG POUR LES CONSULTATIONS EN URGENCE	AS	
	DELAI DE PRISES EN CHARGE POUR LES CONSULTATIONS EN URGENCE TRES LONG	AS	
DIFFICULTES POUR OBTENIR UNE HOSPITALISATION EN URGENCE	OS		

	IMPOSSIBLE D'AVOIR DES RDV AVEC LES URGENCES	OS
	TROP D'ATTENTE AU SERVICE D'URGENCE	CG
	LES URGENCES ACCEPTENT TROP DE MONDE CERTAINS PATIENTS DEVRAIENT ÊTRE ORIENTES DIRECTEMENT CHEZ LES GENERALISTES	CG
	L'ATTENTE AUX URGENCES EST TROP LONGUE	CG
	LES FORMALITES A TRAITER AU SERVICES DES URGENCE SONT TROP LONGUES	CG
	DELAI DE PRISE EN CHARGE POUR LES CONSULTATIONS EN URGENCE TRÈS LONG	CG
	SERVICE DES URGENCES PAS DU TOUT AGREABLE	AS
	GROS PROBLÈME AVEC LE SAMU, ON LEUR POSE ÉNORMÉMENT DE QUESTIONS, LIMITE "INTERROGATOIRE", IL FAUT INSISTER. IL ARRIVE QU'ILS NE VIENNENT MÊME PAS	CG
Défaut de qualité de prise en charge au service des urgences	AUX URGENCES, L'ACCUEIL DE CERTAINS MÉDECINS ET INTERNES EST PARFOIS TRÈS FROID LORSQU'UNE HOSPITALISATION EST DEMANDÉE	CG
	L'ACCUEIL AUX URGENCES N'EST PAS AGREABLE	CG
	CE SONT SURTOUT LES URGENCES QUI POSENT PROBLÈMES.	CG
	PROBLÈME AU NIVEAU DES URGENCES	CG
	AU NIVEAU DES SERVICES, CE N'EST PAS PARFAIT MAIS ÇA SE PASSE BIEN	CG
	DIFFICULTES POUR ACCEPTER DES PERSONNES AGEES EN URGENCE.	AS
Problèmes d'accès aux soins pour les personnes âgées	LES PERSONNES AGEES NE SONT TOUJOURS PAS ADMISES AU CENTRE HOSPITALIER OU ALORS AVEC DIFFICULTES	CS
	GROS PROBLEMES LORSQU'IL S'AGIT DE PERSONNES AGEES	OS
	PROBLÈME AU NIVEAU DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGÉES	CG
	AUCUNE PRISE EN CHARGE SOCIALE	QS
	PAS DE SUIVI AU NIVEAU SOCIAL	QS
Défaut de qualité de prise en charge sociale	DELAI DE PRISES EN CHARGE SOCIALES TRES LONG, DIFFICILE A JOINDRE	QS
	PATIENTS QUI RESTENT PAR EXEMPLE 2 -3 MOIS HOSPITALISÉS, PRISES EN CHARGE SOCIALES SATISFAISANTES	QS
	LE SUIVI SOCIAL N'EST PAS TROP RESPECTE	OS
	PAS TOUJOURS DE SUIVI AU NIVEAU SOCIAL	CG
	AU NIVEAU SOCIAL PAS ASSEZ DE PERSONNEL	CG
	MAUVAISES COMMUNICATIONS	AS
	MANQUE D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION	AS
	PAS DE COMMUNICATION	AS
	MANQUE DE RELATION ET COMMUNICATION	AS
	MANQUE DE COMMUNICATION	CS
	LA COMMUNICATION ENTRE LES MÉDECINS ET LE PERSONNEL HOSPITALIER EST QUASI-NULLE	CS
Défaut de communication entre hospitaliers et libéraux	CERTAINS MEDECINS TRAVAILLENT UN PEU DANS LEUR "COIN"	CS
	MANQUE DE COMMUNICATION ET D'INFORMATIONS	CS
	MANQUE DE COMMUNICATION AVEC LES JEUNES MÉDECINS	CS
	REVOIR LES MOYENS DE COMMUNICATION ENTRE LES MÉDECINS ET LE PERSONNEL HOSPITALIER (EX: E-MAIL)	OS
	MANQUE DE COMMUNICATION	OS
	PLUS DE COMMUNICATION ET DE RELATION	CG
	MANQUE DE RELATION ET COMMUNICATION DE LA PART DE L'HOPITAL	CG
	AMÉLIORER LA COMMUNICATION	CG
	AUNCUNE RELATION ET COMMUNICATION AVEC LES MEDECINS	CG

	DIFFICULTÉ POUR AVOIR LES MÉDECINS, PAS JOIGNABLES	AS
	IL A DU MAL A AVOIR LES MEDECINS, ILS NE SONT PAS FORCEMENT COOPÉRATIFS	AS
	LES CORRESPONDANTS SONT DIFFICILEMENT JOIGNABLES	AS
	PAS D'ACCESSIBILITE PAR TELEPHONE A L'HOPITAL	AS
	BARRAGE POUR RENCONTRER LES SPECIALISTES	AS
	DIFFICILE DE JOINDRE LES MÉDECINS	AS
Difficulté de prise de contact avec les professionnels de santé	PEU DE CONTACT AVEC LES MEDECINS ET AVOIR UN CONTACT RAPIDE AVEC EUX. TRES MECONTENT DE BERTRAND DAUT NEUROLOGUE, A ÉTÉ DÉSAITÉABLE AVEC LUI	CS
	LES SERVICES NE SONT PAS DISPONIBLES	CS
	CONTACT PARFOIS DIFFICILE (À JOINDRE)	CS
	LES SERVICES NE SONT PAS ASSEZ DISPONIBLES	OS
	PAS DE CONTACTS AVEC LES PROFESSEURS	OS
	IL N'EST PAS TOUJOURS FACILE D'AVOIR DES RENSEIGNEMENTS SUR L'ETAT DU PATIENT	CG
	DIFFICILE D'AVOIR UN CORRESPONDANT AU TÉLÉPHONE EN FONCTION DES SERVICES	CG
	ACCESSIBILITE AUX MEDECINS EST DIFFICILE	CG
	MEDECINS QUE L'ON PEUT AVOIR FACILEMENT CONTRAIREMENT A D'AUTRES. AMÉLIORER LA JOIGNABILITÉ	CG
Problème d'exclusion des libéraux à participer au projet thérapeutique	AUCUNE PARTICIPATION AUX PROJETS THERAPEUTHIQUES	CS
	AUCUNE PARTICIPATION AUX PROJETS	CS
	PAS DE RELATION ET DE PARTICIPATION AVEC LES MEDECINS	CS
	N'EST PAS MISE AU COURANT DES PROJETS THERAPEUTIQUES MIS EN PLACE	CS
	ELLE AIMERAIT ÊTRE INFORMÉE SUR L'ÉVOLUTION DU PROJET THÉRAPEUTIQUE	CS
	LES MEDECINS DU CH PAU N'APPELLENT PAS POUR INFORMER DE L'ÉVOLUTION DU TRAITEMENT	CS
	TOUT DEPEND DES SERVICICES MAIS IL N'EST PAS TENU AU COURANT DU PROJET THERAPEUTIQUE	CS
	N'EST PAS TENUE AU COURANT DU PROJET THERAPEUTIQUE MIS EN PLACE	CS
	AIMERAIT ÊTRE TENU AU COURANT DU PROJET THERAPEUTIQUE POUR LES CAS SÉRIEUX	CS
	NE SONT PAS INFORMÉS DU PROJET THÉRAPEUTIQUES MIS EN PLACE	CS
Défaut de qualité de prise en charge lors du suivi	PATIENT RENVOYÉ TROP RAPIDEMENT ALORS QU'EUX MÊMES NE SAVENT PAS COMMENT LES TRAITER (NIVEAU SOCIAL)	QS
	AU NIVEAU THÉRAPEUTIQUE PRATIQUEMENT PAS DE SUIVI	QS
	LES PERSONNES QUI VONT AUX URGENCES SORTENT AVEC DES ORDONNANCES SUR UN MOIS, LES PRESCRIPTIONS NE SONT PAS RÉALISTES	QS
	LE SUIVI DU MALADE SE FAIT SOUVENT PAR LE MEDECIN	OS
	ORTHOPÉDIE: DÉLÈGUE FACILEMENT LE SUIVI	CG
	LORSQU'UN MALADE SORT DE L'ETABLISSEMENT, LE PERSONNEL MEDICAL NE TIENT PAS COMPTE DE L'ORDONNANCIER DU MALADE QUI EST A 100%	CG
	LE MEDECIN N'EST PAS TENU AU COURANT DU SUIVI DU MALADE.	CS
	PARFOIS NE SAIT PAS OÙ SONT SES PATIENTS (EX: A CHERCHÉ UNE PATIENTE DANS TOUS LES HOPITAUX AVANT DE DÉCOUVRIR QU'ELLE ÉTAIT CHEZ SA FILLE, EN MAUVAISE SANTÉ)	CS

	LE COURRIER NE SUIT PAS ASSEZ VITE	AS
	DÉLAI DE RECEPTION DES COURRIERS PARFOIS LONG	CS
	BON COMPTE RENDU MAIS LE DÉLAI D'ENVOI DES COMPTES RENDU EST TROP LONG (EXEMPLE: 1 MOIS APRÈS LA SORTIE), COURRIER QUI ARRIVE TROP TARD	OS
	COURRIERS ARRIVENT TARD (PARFOIS 3 SEMAINES DE DÉCALAGE)	OS
	LES COMPTES RENDUS SONT TROP LONGS A ARRIVER	OS
	COMPTE RENDU N'ARRIVE PAS ASSEZ VITE	OS
	DELAI DE RECEPTION DU COMPTE RENDU TRES LONG	OS
	LE COMPTE RENDU EST TROP LONG A ARRIVER CHEZ LE MEDECIN	OS
	LES COMPTES RENDUS N'ARRIVENT PAS COMME IL FAUT. LES SECRETAIRES SONT DEBORDEES	OS
	COMPTE RENDU PAS ASSEZ RAPIDE	OS
	MÉDECINE INTERNE: DELAI DE RECEPTION TRÉS IMPORTANT	OS
	DÉLAI DE RECEPTION ASSEZ LONG	OS
	DELAI DE RECEPTION QUI PEUT ÊTRE LONG	OS
	DELAI DE RECEPTION ASSEZ LONG	OS
	DELAI DE RECEPTION ASSEZ LONG (PARFOIS 1 MOIS D'ATTENTE)	OS
	TRÉS MAUVAIS AU NIVEAU DU DÉLAI. RECEPTION DES COURRIERS RETARDÉE	OS
	DELAI DE RECEPTION DES COURRIERS DE SORTIES IMPORTANT	OS
	LES COMPTES RENDUS ARRIVENT TARDIVEMENT	OS
	LE COURRIER ARRIVE PARFOIS AVEC BEAUCOUP DE RETARD	OS
	DELAIS PEUVENT ÊTRE TRÉS LONGS. RETARD DE COURRIERS (PARFOIS 3 SEMAINES APRÉS)	OS
	LE DÉLAI DE RECEPTION PEUT ÊTRE ASSEZ LONG	OS
	AMÉLIORER LE DELAI DE RECEPTION DES COMPTES RENDUS	OS
	DELAI DE RECEPTION DES COURRIERS PARFOIS LONG	OS
Délai de réception du compte-rendu trop long	DELAI ASSEZ LONG	OS
	COMPTE RENDU TROP TARDIF	OS
	COMPTES RENDUS ASSEZ LONGS	OS
	DELAI SOUVENT TRES LONG (PARFOIS 1 MOIS D'ATTENTE), DANS CERTAINS CAS PAS DE COURRIER DU TOUT	OS
	DELAIS SONT PARFOIS LONGS	OS
	DELAI DE RECEPTION DES COMPTES RENDUS TRES LONG	OS
	COMPTE RENDUS TROP LONG A ARRIVER	OS
	COMPTE RENDUS TROP LONG, POUQUOI PAS ENVOYER PAR FAX	OS
	DÉLAI DE RÉCEPTION IMPORTANT	OS
	COMPTES RENDUS ARRIVENT TROP TARD	OS
	DELAI DE RECEPTION ASSEZ LONG	OS
	IL FAUT PARFOIS RÉCLAMER LES COMPTES RENDUS ET LE DÉLAI DE RÉCEPTION EST LONG	OS
	LES COMPTES RENDUS ARRIVENT TRES TARD	OS
	LE COMPTE RENDU DU MALADE N'ARRIVE PAS ASSEZ VITE CHEZ LE MEDECIN	CG
	IL FAUDRAIT AMELIORER LE DELAI DE RECEPTION DU COMPTE RENDU OPERATOIRE.	CG
	COMPTE RENDU DELAI TROP LONG	CG
	COMPTES RENDUS TROP LONG A ARRIVER	CG
	COMPTES RENDUS TROP LONG	CG
	MEILLEURE RECEPTION DES COURRIERS	CG
	REDUIRE LES DELAIS AU NIVEAU DU COURRIER	CG
	LES INFORMATIONS ET LES COURRIERS N'ARRIVENT PAS ASSEZ VITE	CG
	COMPTES RENDUS TROP LONG A ARRIVER	CG
	COMPTE RENDU ARRIVE ASSEZ TARD	CG
	LES COMPTES RENDUS DEVRAIENT ÊTRE ENVOYES PAR FAX OU MAIL	CG
	COMPTE RENDU ARRIVE TROP TARD	CG

	COMPTES RENDUS TROP TARDIFS	CG
	LES COMPTE RENDUS ARRIVENT TARDIVEMENT	CG
	COMPTE RENDUS TROP TARDIFS, IL FAUDRAIT TRAITER PAR ENVOI INTERNET	CG
Qualité du compte-rendu	MÉDECINE INTERNE: LETTRE DE TRANSMISSION PAS ASSEZ DÉTAILLÉE	OS
	BON COMPTE RENDU	OS
Défaut de connaissance de la sortie du patient	NE SONT JAMAIS AU COURANT DES SORTIES	OS
	LORSQUE LE PATIENT QUITTE L'HOPITAL, LE MEDECIN N'EST PAS INFORME	OS
	PAS FORCEMENT AVERTI DE LA SORTIE DU PATIENT	OS
	SORTIE DU MALADE PAS ASSOCIE	OS
	IL AIMERAIT ÊTRE PLUS INFORMÉ SUR LES SORTIES DES SES PATIENTS	OS
	NE SONT PAS AU COURANT DE LA SORTIE DES PATIENTS	OS
	NE SONT PAS TENUS AU COURANT DES SORTIES DES PATIENTS	OS
	LES MALADES SORTENT TROP TOT, LE MEDECIN N'EST PAS INFORME	OS
	ON N'EST PAS MIS AU COURANT DES SORTIES DE NOS PATIENTS	OS
	AIMERAIT SAVOIR QUAND LES PATIENTS SORTENT	OS
	PAS INFORME DE LA SORTIE DU PATIENT ET PAS DE PARTICIPATION	OS
	AIMERAIT ÊTRE TENU AU COURANT AU NIVEAU DES SORTIES	OS
	AIMERAIT ÊTRE TENU AU COURANT LORS DE LA SORTIE DE SES PATIENTS	OS
	PAS AVERTI DE LA SORTIE DE SON MALADE	OS
	N'EST PAS AU COURANT DE LA SORTIE DE SES PATIENTS	OS
	AIMERAIT ÊTRE TENU AU COURANT DES SORTIES DES PATIENTS	OS
	NE SONT PAS AU COURANT DE LA SORTIE, ET QUAND LES PATIENTS SORTENT, IL MANQUE DES INFORMATIONS	OS
	PAS DU TOUT INFORMÉE	OS
	AUCUNE ASSOCIATION A LA SORTIE DU PATIENT	OS
	N'EST PAS MIS AU COURANT DE LA SORTIE DU PATIENT	OS
N'EST PAS AU COURANT DE LA SORTIE DES PATIENTS	OS	
MANQUE D'INFORMATION CONCERNANT LA SORTIE DU PATIENT	CG	
LORSQUE LA PERSONNE DECEDE LE MEDECIN TRAITANT N'EST PAS INFORME	CG	
LE MEDECIN N'EST PAS INFORME DE LA SORTIE DE SON MALADE	CG	
Sortie prématurée	LES MALADES SORTENT TROP TOT	OS
	DES PERSONNES SORTENT ALORS QU'ELLES N'EN SONT PAS APTES	OS
	CARDIO: SORTIE PARFOIS PRÉMATURÉE	CG
Satisfaction générale sur la qualité des soins	LA QUALITE DES SOINS EST A REVOIR	AS
	LA SATISFACTION DÉPEND DU CHEF DE SERVICE	QS
	MANQUE D' HUMANITE	QS
	TROP GRANDE STRUCTURE, MOINS FAMILIALE QUE LES PETITES STRUCTURES EX : ORTHEZ / OLERON.	AS
	GLOBALEMENT SATISFAIT MAIS TOUT DÉPEND DES SERVICES	CG
	POUR LA PARTIE ACCESSIBILITE AUX SOINS : PAS DE RÉPONSES DONNÉES CAR VARIABLES EN FONCTION DES SERVICES	CG
MAUVAIS ACCUEIL, AUCUN EFFORT	AS	
CERTAINS MEDECINS LES METTENT DE CÔTÉ SURTOUT AU NIVEAU PÉDIATRIQUE, SERVICE MÉDECINE ET PNEUMONIE	CG	

Défaut de connaissance de l'activité de l'établissement	AVOIR UN ANNUAIRE AVEC TOUS LES MÉDECINS ET LEURS COORDONNÉES	CG
	AIMERAIT AVOIR UN LISTING MIS A JOUR RÉGULIÈREMENT DES MÉDECINS	CG
	IL FAUDRAIT UN ORGANIGRAMME	CG
	AVOIR UN LISTING AVEC LES NOMS ET COORDONNÉES DES MÉDECINS	CG
Difficultés pour rendre visite aux patients	PROBLEME DE TEMPS	VP
	PROBLÈME DE TEMPS	VP
	PROBLEME DE PARKING	VP
	PLACE DE PARKING / PROBLEME POUR RENCONTRER LE MEDECIN DU MALADE	VP
	AVEC LES SURVEILLANTES	VP
	PROBLEME POUR SE GARER	VP
Commentaires généraux	UROLOGIE: MAIN MISE EN SECTEUR 2 DANS LE PRIVÉE, BEAUCOUP DE DEMANDES	CG
	INSTALLATION MESSAGERIE SECURISEE ENTRE L'HOPITAL ET LES CABINETS (CH AU COURANT)	CG
	ENGAGER UN TRAVAILLEUR SOCIAL PORTUGAIS POUR PERMETTRE AUX PATIENTS EN DIFFICULTÉ DE BIEN COMPRENDRE LES TRAITEMENTS ET AUTRES	CG
	METTRE EN PLACE UN RÉSEAU INFORMATIQUE POUR PERMETTRE A TOUS LES MÉDECINS D'ACCÉDER AUX DOSSIERS DES PATIENTS ET DES FORMATIONS DU STYLE COURS POST-UNIVERSITAIRES	CG

Accès aux soins (AS) , Qualité des soins(QS), Continuité des soins(CS) ,Organisation de la sortie(OS), Commentaires généraux(CG), Visite auprès des patients (VP)

XI. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

RESUME :

La coopération ville-hôpital est devenue un enjeu majeur dans la politique de Santé. Le médecin généraliste est le pivot central de la prise en charge du patient. Pour mener à bien cette mission, ses relations avec l'hôpital et ses intervenants se doivent d'être optimales.

Objectif: L'objectif principal était de recueillir le point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'hôpital de Pau. L'objectif secondaire était de connaître leurs attentes vis-à-vis de leurs relations avec l'hôpital.

Méthode: Etude transversale observationnelle semi quantitative menée au travers d'un questionnaire anonyme adressé aux médecins généralistes libéraux des communes dépendantes du SMUR de Pau, soit 271 médecins au total.

Résultats: 139 médecins ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 51 %. Les principaux points à améliorer côté spécialités seraient la communication (68,2%), les relations entre les médecins (57,1%) et le retour d'information concernant la prise en charge des patients (48,4%). Les principaux points à améliorer côté Urgences seraient le retour d'information concernant la prise en charge des patients (65,9%), la communication (60,5%), l'attente des patients aux Urgences (58%) et les relations entre les médecins (54,3%).

Conclusion: Les relations et la communication entre les médecins généralistes et le centre hospitalier de Pau semblent insuffisantes au vu du ressenti des médecins généralistes. La priorité est d'améliorer les relations et la communication avec les médecins hospitaliers ainsi que le retour d'information concernant la prise en charge des patients. Les délais de transmission des comptes rendus d'hospitalisation doivent être raccourcis.

SUMMARY: Study of relations between the general practitioners of Pau and the hospital to improve the management of patients pooled.

Cooperation between the city and the hospital has become a major challenge in health policy. The general practitioners have clearly been identified as the "keystone" in the patient care. To carry out this mission, their relationship with the hospital and its stakeholders must be optimal.

Aim: The main objective was to obtain the views of general practitioners on their relationship with Pau hospital. The secondary objective was to know their expectations about relationships with the hospital.

Method: Observational cross semi quantitative conducted through an anonymous questionnaire sent to private general practitioners in the districts linked to "SMUR Pau", 271 doctors in total.

Results: 139 physicians responded to the questionnaire, a response rate of 51%. The main areas for improvement of the specialty would be communication (68,2%), relationships between physicians (57,1%) and the feedback on the management of patients (48,4%). The main areas for improvement at the Emergency Room would be feedback on patient care (65,9%), communication (60,5%), waiting time for patients in the Emergency Room (58%) and relationships between physicians (54,3%).

Conclusion: The relationships and communication between general practitioners and Pau hospital did not appear to be satisfactory according to the general practitioners' view. The priority is to improve the relationship and communication with hospital doctors and the feedback on the management of patients. Transmission times of hospitalization reports must be shortened.

DISCIPLINE: Médecine générale

MOTS-CLEFS: Relations médecins généralistes-hôpital, coopération ville-hôpital, communication ville-hôpital, accessibilité des médecins hospitaliers, coordination des soins, médecins généralistes, prise en charge mutualisée du patient, compte rendu d'hospitalisation.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR: Département de Médecine Générale - Université Bordeaux Segalen - Case 148 - 146 rue Léo Saignat - 33076 Bordeaux Cedex