



HAL
open science

Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication

Nicolas Lemaire

► **To cite this version:**

Nicolas Lemaire. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01347479

HAL Id: dumas-01347479

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01347479v1>

Submitted on 21 Jul 2016

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.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 20

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Evaluation qualitative de la relation ville- hôpital du point de vue
des généralistes : données explicatives et ressenti face
aux difficultés de communication

Présentée et soutenue publiquement
le 14 mars 2016

Par

Nicolas LEMAIRE

Né le 12 octobre 1984 à Eaubonne (95)

Dirigée par Mme Le Docteur Virginie Lvovschi

Jury :

M. Le Professeur Luc-Marie Joly Président

M. Le Professeur Benoît Veber

M. Le Professeur Vincent Laudенbach



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

« Le meilleur service à rendre à la cause de la communication, c'est peut être d'en rappeler les difficultés, de manière à mieux les traiter. »

Raymond Boudon, sociologue, 1934-2013

REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement le Professeur Joly, d'avoir accepté de présider cette thèse et de m'avoir soutenu dans cette démarche,

Je remercie les Professeurs Veber et Laudenbach pour leur participation en tant que membres du Jury,

Merci à Virginie Lvovschi pour son aide précieuse et son soutien dans la réalisation de ce travail,

Merci à tous mes maîtres et enseignants, qui ont su me transmettre au cours de ces années leur passion pour l'exercice de la Médecine, et pour le savoir qu'ils m'ont apporté

Merci à Valeria et Paul, pour le bonheur qu'ils m'apportent chaque jour,

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
ABBREVIATIONS.....	6
I - INTRODUCTION.....	7
II - LA COMMUNICATION VILLE-HOPITAL : ETAT DES LIEUX.....	9
1. Définitions.....	9
2. Le cadre légal.....	10
Historique.....	10
Le médecin traitant au cœur du dispositif.....	11
L'encadrement de la sortie de l'hôpital.....	12
3. De la ville vers l'hôpital.....	13
Les outils de communication à disposition des généralistes.....	13
Un accès au spécialiste difficile.....	13
Les courriers des généralistes critiqués car incomplets.....	14
4. De l'hôpital vers la ville.....	14
La qualité de l'information écrite à nuancer.....	14
Des délais de réception trop longs.....	14
Le médecin traitant non informé de la sortie d'hospitalisation des patients.....	15
5. Le manque de communication : à l'origine de la rupture de la continuité des soins ?.....	15
6. La frustration exprimée des généralistes.....	16
III – PRESENTATION DE L'ETUDE.....	17
1. Objectif du projet.....	17
2. Type d'étude.....	17
3. Choix du lieu de l'étude et des participants.....	17
4. Choix de la méthode.....	18
5. Recherche bibliographique.....	19
6. Méthode d'entretien.....	19
7. Retranscription des entretiens.....	20
8. Analyse des entretiens.....	20
IV - RESULTATS.....	21
1. Population.....	21
2. Les attentes des généralistes en terme de collaboration.....	22
Sortir de leur isolement.....	22
La volonté de ne pas interférer dans la prise en charge hospitalière.....	22
Transmettre leur connaissance du patient et de son environnement.....	23
Collaborer afin d'enrichir leurs connaissances.....	24
3. Un manque de confraternité ressenti.....	25
Un sentiment de manque de reconnaissance de leur statut de généraliste.....	25
Une impression de méconnaissance des pratiques du généraliste.....	25
La tolérance face aux difficultés du monde hospitalier.....	26
La relation avec les urgences : une communication à revoir radicalement.....	27
4. Le souhait de rendre la communication plus humaine.....	27
Un anonymat délétère.....	27
La contact direct facilite l'échange.....	28
Une demande confirmée de formation continuer par et avec les hospitaliers.....	28
6. Les limites des outils de communication.....	29
Des échanges téléphoniques privilégiés mais en échec.....	29
Des informations écrites obtenues tardivement et partielles.....	31
La difficulté de créer des contacts privilégiés.....	33
7. La place de l'informatique discutée.....	34

Des avantages théoriques reconnus.....	34
Des logiciels inadaptés et une perte de temps.....	34
Un risque d'être submergé par l'information.....	35
8. Des relations variables selon le type d'établissement.....	35
La communication avec le privé mise en valeur.....	35
La bonne entente avec les hôpitaux de proximité.....	36
L'ambivalence avec les CHU.....	36
9. Conséquences du manque de communication et impact sur la continuité des soins.....	37
Un manque d'efficacité ressenti.....	37
Une crainte d'altérer la relation médecin-malade.....	38
Une perte de rentabilité.....	38
Le patient vu comme un « messenger malgré lui ».....	39
Des erreurs médicales redoutées.....	39
V - DISCUSSION.....	42
1. Discussion des principaux résultats.....	43
Difficulté d'accès à l'hôpital.....	43
Des rapports particulièrement difficiles avec leurs confrères urgentistes.....	43
Le sentiment de manque de reconnaissance.....	44
Quelle place pour le médecin traitant durant l'hospitalisation ?.....	45
La transition vers la communication informatique.....	46
La confirmation de données quantitatives.....	47
2. Limites de l'étude.....	49
VI – CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	52
ANNEXES.....	56
Guide d'entretien.....	57
Exemple de retranscription d'un entretien : Entretien M1.....	58

ABBREVIATIONS

- CRH : compte rendu d'hospitalisation
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CHR : centre hospitalier régional
- APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
- CSP : Code de Santé publique
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
- HAD : Hospitalisation à Domicile
- HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire
- EPU : enseignement post universitaire
- CAQDAS : Computer Assisted Qualitative Datas Analysis Software
- FMC : Formation Médicale Continue
- MT : médecin traitant
- MDV : mode de vie
- DMP : Dossier Médical Partagé

I - INTRODUCTION

Une communication de qualité entre la ville et l'hôpital est indispensable au bon fonctionnement du parcours de soins, permettant une transmission efficace de l'information, dans le but d'assurer la continuité des soins et de proposer au patient la meilleure prise en charge possible.

La collaboration entre médecine de ville et médecine hospitalière est régulée depuis peu. Les premières dispositions légales apparaissent en 1970 avec la loi hospitalière(1), et sont renforcées en 1991 avec la création des schémas régionaux d'organisation des soins, facilitant la coopération entre les hôpitaux et la médecine de ville. C'est au cours des deux dernières décennies que des textes de lois tels que la loi du 13 Août 2004 et la loi HPST, créent le statut du médecin traitant, et renforcent la communication de manière considérable en énonçant les dispositions nécessaires à la communication ville-hôpital.

Nous constatons donc une volonté croissante des pouvoirs publics de promouvoir et d'encadrer la communication entre l'hôpital et la médecine de ville, dans le but d'améliorer la qualité des soins. Paradoxalement, la relation entre la médecine générale et la médecine hospitalière est encore insatisfaisante : l'hôpital est difficilement accessible, la transmission de l'information est déficiente, et les généralistes n'ont pas le sentiment de collaborer avec leur confrères hospitaliers(2) voire n'ont pas le sentiment d'exercer le même métier(3). Ces difficultés dans les rapports interprofessionnels et le manque de communication sont potentiellement à l'origine de lacunes dans la continuité des soins. Il semble en effet fondamental que le médecin traitant, placé au centre du parcours de soins coordonnés, ait en sa possession les informations importantes relatives au dossier médical du patient, afin de guider le patient, d'éviter la répétition inutile des examens, et de prévenir les erreurs médicamenteuses.

Cette problématique a été abordée dans plusieurs travaux(3-5), de manière essentiellement semi quantitative, en se basant sur les rapports des généralistes avec un seul centre hospitalier en particulier (généralement un CHU), et en analysant la communication a posteriori sur la qualité des CRH. Ces études analysaient la quantité d'information transmise ou bien la satisfaction globale du généraliste vis-à-vis de l'hôpital, mais n'avaient pas pour objectif principal de déterminer les mécanismes conduisant au manque de communication, ni les

attentes des généralistes.

Nous avons donc décidé de nous intéresser de manière qualitative à ce sujet, en se plaçant du point de vue du généraliste, afin de recueillir son ressenti, et d'apporter des éléments explicatifs face aux difficultés de communication. Pour cela, nous avons interrogé dix médecins généralistes dans le département du Val D'Oise, disposant d'une offre de soins variée et permettant ainsi d'analyser au mieux l'ensemble des déterminants et des acteurs pouvant interférer dans le processus de communication. Le choix de l'analyse du point de vue exclusif du médecin traitant est justifié par le fait qu'il a vocation à centraliser mais aussi à synthétiser, et à restituer les informations d'un côté comme de l'autre de la chaîne de communication.

II - LA COMMUNICATION VILLE-HOPITAL : ETAT DES LIEUX

Il est important avant d'étudier en détail les mécanismes conduisant aux difficultés de communication du point de vue du généraliste, de rappeler les principales entraves rencontrées dans la relation ville-hôpital. Après avoir tenté de définir ce que représente la communication ville-hôpital, nous rappellerons brièvement les textes réglementaires encadrant cette communication, ainsi que les problèmes déjà identifiés dans d'autres protocoles de recherche et dans la littérature, de la ville vers l'hôpital, puis de l'hôpital vers la ville.

1. Définitions

Il n'existe pas à l'heure actuelle dans la littérature de définition consensuelle de la communication ville-hôpital.

La communication consiste à l'établissement d'une relation avec autrui. Il s'agit d'un processus interactif impliquant la notion d'échange, de partage, elle ne consiste pas seulement en la transmission d'une information.

La communication entre la ville et l'hôpital peut parfois se rapprocher en certains points de la communication institutionnelle propre aux entreprises, et ayant pour objectif de promouvoir l'image dans l'entreprise auprès des intervenants extérieurs. Ici, il ne s'agit pas de mettre en valeur l'image de l'hôpital, mais son efficience en terme de qualité des soins et de transmission de l'information.

Nous pouvons également voir la communication ville-hôpital comme une communication interpersonnelle, où le généraliste et le médecin hospitalier sont à la fois émetteurs et récepteurs du message (qui est véhiculé par différents canaux ; la voix, le téléphone, l'écrit...) ; ce message est interféré par des « bruits » (mauvaise qualité du message, défaut d'accessibilité du médecin concerné...). La transmission du message entraîne une rétro-action (feed-back) qui modifie l'action de l'émetteur. Le sujet du travail consistera donc à se focaliser sur ces « bruits » pouvant altérer la communication, en se plaçant du point de vue du généraliste, ainsi que sur les mécanismes entravant le *feed-back* de l'hôpital.

Nous avons schématisé la communication ville-hôpital d'après les travaux de Shannon et Weaver(6), dans le schéma ci-après :

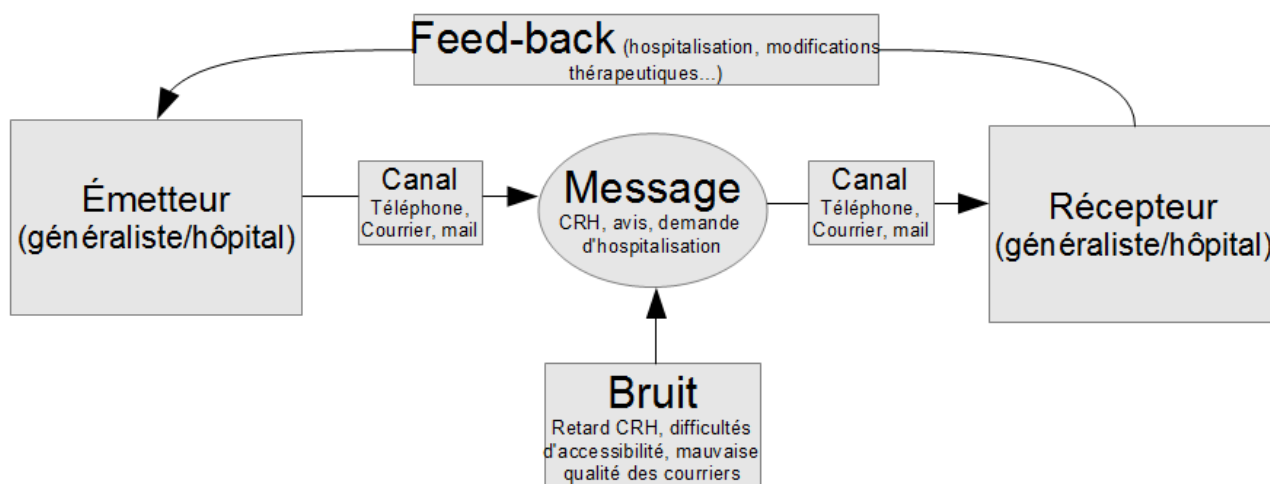


Schéma 1. Représentation de la communication ville-hôpital d'après Shannon et Weaver

2. Le cadre légal

Historique

Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du vingtième siècle qu'apparaissent les premières dispositions légales. En 1970 la loi hospitalière(1), permet aux praticiens non hospitaliers de recourir à l'aide technique apportée par l'hôpital public, et met en avant les missions d'enseignement de l'hôpital à l'égard des praticiens de ville.

En 1991, la loi portant sur la réforme hospitalière(7), renforce ces principes avec la création des schémas régionaux d'organisation de soins (SROS), favorisant les coopérations entre les établissements de santé et la médecine ambulatoire. C'est ainsi que sont développés des réseaux coordonnés de soins, avec notamment les HAD, incitant le service public hospitalier à « *participer avec les médecins traitants à l'organisation des soins coordonnés au domicile du malade* ».

Le médecin traitant au cœur du dispositif

La loi du 4 Mars 2002 a permis de préciser le droit à la communication des informations contenues dans le dossier patient, et place le médecin traitant au cœur de la transmission d'information relatives à l'hospitalisation(8) ;

- Article R. 1112-6 du CSP : *"En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade."*
- Article R. 1112-60 du CSP : *"Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade."*

Depuis la loi du 13 Août 2004, portant sur la réforme de l'assurance maladie, le rôle et l'importance du médecin généraliste ont été mis en avant. Avec la création du parcours de soins coordonnés et du statut de médecin traitant, les médecins généralistes sont devenus le pivot central de la prise en charge du patient. Ces mesures ont eu pour objectif d'améliorer la prise en charge du patient en homogénéisant les soins apportés au malade, en ville comme à l'hôpital. En 2008, le sénateur Gérard Larcher remet son rapport sur les missions de l'hôpital, et parmi ses propositions, la commission parlementaire insiste sur la nécessité « d'aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge », notamment en facilitant « la communication entre acteurs » et en assurant « la continuité du parcours de soins entre hôpital et médecine de ville »(9).

Promulguée en Juillet 2009, la loi HPST(10) reprend en partie les propositions figurant dans le rapport Larcher de 2008. Dans l'article L 4130.1, il est mentionné que le médecin traitant doit :

- *« orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social, s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients, veiller à l'application individualisée des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient, s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé. »*

Le code de déontologie(11) permet également de rappeler la nécessité de communiquer au médecin traitant les informations relatives au patient :

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

L'implication du médecin traitant dans la prise en charge du patient hospitalisé y figure également :

- *« 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 auxquelles ce praticien sera associé dans la mesure du possible. »*

L'encadrement de la sortie de l'hôpital

Plusieurs recommandations émises par l'ANAES puis la HAS, et faisant suite pour la plupart à la loi du 4 Mars 2002 ont permis d'encadrer au mieux la sortie du patient hospitalisé, dans le but de rendre homogène la qualité des CRH entre les différents centre hospitaliers.

Parmi celles-ci, nous pouvons mentionner :

- *Préparation de la sortie du patient hospitalisé(12,13)*
- *Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou physique*
- *Accès aux informations concernant la santé d'une personne*
- *Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur le plan moteur et ou neuropsychologique*
- *Dossier du patient : réglementation et recommandations(14) :*

Ces dispositions mettent en avant l'importance de la communication avec le médecin traitant lors de l'hospitalisation du patient, notamment en insistant sur la nécessité de faire figurer dans le dossier du patient les coordonnées et le nom du médecin traitant, de remettre à la sortie du patient une lettre de sortie contenant les informations nécessaires à la continuité des soins (prescriptions), et d'envoyer le compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant au plus tard dans les 8 jours suivants la sortie du malade.

3. De la ville vers l'hôpital

Les outils de communication à disposition des généralistes

La communication des médecins généralistes avec l'hôpital se fait par le biais de moyens multiples tels le téléphone, le courrier, le courrier électronique ou bien encore le fax. Les deux outils principalement utilisés sont le téléphone et le courrier.

Selon une étude de l'URML Ile-De-France parue en 2006(15), 41% des patients adressés pour hospitalisation le sont avec une lettre, 31,69% des hospitalisations font l'objet d'une transmission des dossiers des patients par les médecins généralistes et 15,85% des hospitalisation font l'objet d'un contact téléphonique. Dans son travail sur la communication ville-hôpital, Gaël Hubert(2), montre que le téléphone et le courrier sont utilisés par 86% des généraliste pour entrer en communication avec l'hôpital.

Les autres outils tels que le courrier électronique sont peu utilisés (14%)(2), alors que les cabinets de médecine générale sont informatisés pour prêt de 90% d'entre eux. Dans sa thèse, Fabre(16) montre pourtant que les médecins généralistes préféreraient, après le téléphone, communiquer par mail avec les spécialistes.

Un accès au spécialiste difficile

Plusieurs travaux retrouvent des difficultés d'accès à l'hôpital, dans sa thèse, Delahaye(17) montre que seulement 39% des généralistes considèrent les spécialistes hospitaliers comme accessibles. Ce défaut d'accessibilité constitue un des points faible dans la communication ville-hôpital pour 44% des médecins traitants d'après le travail de Giraud(4). Pourtant le téléphone est considéré comme le meilleur moyen de planifier une hospitalisation pour 62% des généralistes, ou afin d'obtenir un avis spécialisé pour 50% d'entre eux(16). Malgré cela, 61% des médecins généralistes déclarent ne pas connaître les coordonnées téléphonique de leurs correspondants, comme le montre Delahaye(17).

Les courriers des généralistes critiqués car incomplets

Si les généralistes utilisent fréquemment le courrier comme mode de communication avec l'hôpital, la qualité de ces courriers est souvent reprochée par les spécialistes hospitaliers, dans une étude britannique de 1990(18), seulement 39,5% des courriers étaient considérés comme bons ou excellents. Lorsque l'hôpital se met en contact avec le médecin adressant le patient, c'est dans le but d'obtenir des informations complémentaires sur le malade dans 95% des cas(2). Les informations transmises par le généraliste à l'hôpital sont donc probablement insuffisantes, considérées comme incomplètes ou inadéquates par les hospitaliers, et n'incluant pas forcément de question spécifique(19).

4. De l'hôpital vers la ville

La qualité de l'information écrite à nuancer

La qualité des comptes rendus hospitaliers est rarement remise en question par les généralistes. 92% des médecins généralistes trouvent l'information hospitalière utile(2), 94%(5) apprécient son contenu. Il faut cependant nuancer ces données en soulignant que certaines informations, bien qu'indispensables sont parfois manquantes(20) ; il s'agit souvent des thérapeutiques de sortie et de l'orientation sur le suivi ambulatoire. Par ailleurs, des données essentielles à la prise en charge du malade, telles que le mode de vie, sont présentes dans seulement 47% des CRH(21).

Des délais de réception trop longs

Malgré de multiples recommandations encadrant le délai maximal d'obtention du CRH (fixé à 8 jours en France), les retards de réception de ce dernier sont retrouvés dans la plupart des études analysées.

Selon l'étude de l'URML, dans seulement 32% des hospitalisations(15), le CRH parvient au médecin traitant dans un délai de 8 jours ouvrés. Pour Hubert(2), 64% des médecins reçoivent les informations entre huit jours et un mois après la sortie d'hospitalisation. Ce délai est considéré comme trop long par 94% des médecins interrogés. Ces résultats sont corroborés par le travail de Jourdain(5), qui retrouve que 72% des médecins généralistes sont insatisfaits

du délai de réception des CRH. Les études anglo-saxonnes(19), montrent que moins de un quart des généralistes ont le sentiment que les lettres des spécialistes hospitaliers arrivent dans un délai raisonnable.

Nous voyons donc que l'information et la communication existent, avec des compte rendus détaillés, mais que ces données sont transmises tardivement, empêchant le médecin traitant de pouvoir accomplir son rôle dans le parcours de soins coordonné du patient. Dans certains cas, le médecin traitant ne reçoit pas de retour d'information de l'hôpital, plusieurs travaux montrent qu'un nombre non négligeable de médecins adressant leur patient à l'hôpital ne reçoivent par de CRH, ces chiffres varient de 25% à 38% (15,22) à selon les études.

Le médecin traitant non informé de la sortie d'hospitalisation des patients

Dans le transfert d'information de l'hôpital vers la ville, on relève dans plusieurs travaux des lacunes dans la communication. Seulement 41% des médecins ont été informés de la date et de l'heure d'hospitalisation de leur patient(15). Mais plus grave, les médecins généralistes sont rarement informés de la sortie de leur patient de l'hôpital, selon les études, ils le sont dans seulement 17% à 23% des cas(15,22). Concernant la décision de sortie, entre 3% et 18%(15,22) des médecins sont impliqués à l'avance par le spécialiste hospitalier.

Nous avons donc une insatisfaction des deux acteurs de la communication ville-hôpital, avec des hospitaliers manquant d'information sur le patient, et des généralistes mis à l'écart des décisions importantes durant l'hospitalisation, et du calendrier hospitalier de leurs patients. Ces carences dans la communication ville-hôpital sont donc potentiellement susceptibles d'entraver la continuité des soins.

5. Le manque de communication : à l'origine de la rupture de la continuité des soins ?

Le patient consulte son médecin traitant dans un délai d'environ 14 jours(23) après sa sortie d'hospitalisation. Cependant, lors de cette visite, 66% à 88% des médecins(22) n'ont toujours pas reçu de compte rendu détaillé de l'hospitalisation, et seulement 16% à 53%(22) ont reçu une lettre les informant de la sortie du patient. Ceci signifie que le médecin traitant obtient les informations concernant le séjour hospitalier auprès du patient ou de sa famille. Pour 24% des

médecins traitants(24), le retard lié à l'obtention du CRH affecte de manière négative la qualité du suivi et la prise en charge du patient. Une étude américaine de 2010(25) montre que 67% des patients dont les médecins traitants n'étaient pas informés de l'hospitalisation présentaient des problèmes lors de leur sortie contre 32% des patients dont le médecin traitant avait été informé ($p<0,05$). Le déficit en communication peut donc avoir de sévères conséquences sur la continuité des soins, avec parfois, une tendance non significative à des ré-hospitalisations précoces plus importantes(26).

Le manque d'information brute ou bien d'explications peut également faire avorter certaines modifications thérapeutiques initiées à l'hôpital ; une étude française récente(27) a montré que lorsqu'il était spécifié dans le CRH les raisons d'un changement de traitement, cette modification était pérennisée par le médecin traitant.

6. La frustration exprimée des généralistes

Les médecins généralistes sont pourtant demandeurs de participer activement à la prise en charge de leur patient hospitalisé, ils y voient également un moyen de mettre à jour leurs connaissances et de profiter du rôle pédagogique, notamment des hôpitaux universitaires. Les médecins généralistes sont disponibles à discuter avec les hospitaliers puisque 92%(28) seraient prêts à interrompre une consultation pour évoquer la prise en charge d'un patient. Ces phénomènes ont tendance à isoler le médecin traitant, le reléguant en effecteur des consignes délivrées par l'hôpital. La plupart des médecins n'ont pas le sentiment de collaborer avec leurs confrères hospitaliers, étonnement, ils ressentent le fait de ne pas exercer le même métier qu'eux(3). Dans une étude réalisée au CHU de Bichat(29), les généralistes disent se sentir moins reconnus que les spécialistes par leurs confrères hospitaliers, et la place du médecin traitant est perçue par les généralistes comme négligée dans 48% des cas.

III – PRESENTATION DE L'ETUDE

1. Objectif du projet

Ce travail a pour objectif de déterminer du point de vue du généraliste ses attentes en terme de collaboration avec l'hôpital, et de comprendre et identifier les mécanismes conduisant au déficit de communication dans la relation ville hôpital.

2. Type d'étude

Afin d'étudier les relations entre les médecins généralistes et le monde hospitalier, nous avons décidé d'effectuer une étude qualitative, par entretiens semi dirigés.

3. Choix du lieu de l'étude et des participants

Le département du Val d'Oise a été choisi pour réaliser cet étude. Ce département, situé dans la région Ile-De-France présente une grande hétérogénéité que ce soit en terme géographique, social, ou économique. Composé de bassins de populations densément peuplés au sud, et de zones rurales au nord, le département est marqué par un clivage entre des bassins de populations plutôt aisés (L'Isle Adam, Montmorency, Enghien-Les-Bains...) et d'autres secteurs plus précaires, urbanisés comme Gonesse et Argenteuil, ou ruraux comme le secteur de Persan-Beaumont(30). L'offre de soins du département se regroupe autour de :

- 7 structures publiques : Groupe Hospitalier Eaubonne-Montmorency, le CH d'Argenteuil, CH René Dubos à Pontoise, le groupe hospitalier intercommunal du Vexin, le centre hospitalier intercommunal des portes de l'Oise, le CH de Gonesse, le centre hospitalier Charles Richet (APHP)
- 21 structures privées, dont notamment la clinique Claude Bernard, premier opérateur de l'Ile de France en chirurgie.

De plus, la proximité de centres hospitalo-universitaires parisiens ou de la petite couronne complète cette offre de soins assez riche. Il semblait donc intéressant d'étudier ce département

qui offre aux médecins généralistes de la région des possibilités d'hospitalisations diverses sur de nombreux centres (CH de proximité, cliniques privées, et CHU).

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone via les Pages Jaunes en fonction de leur répartition sur trois grands bassins territoriaux :

- centre du département, bassins de vie d'Argenteuil, Eaubonne et Montmorency
- ouest du département : territoire centré sur l'agglomération de Cergy Pontoise
- est du département : territoire à la fois urbain et rural, avec une population précarisée au sud (Gonesse, Sarcelles)

De cette manière, nous avons tenté d'établir une vision représentative de l'offre de soins proposée par le département, afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié.

4. Choix de la méthode(31)

Les méthodes qualitatives sont issues des sciences sociales, elles s'opposent aux méthodes quantitatives dont les résultats sont mesurables, quantifiables. Cependant, ces deux méthodes sont souvent complémentaires, la recherche qualitative permettant via le recueil de données souvent verbales, d'analyser les déterminants des comportements des acteurs, en répondant aux questions « pourquoi ? », « comment ? ». La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la médecine générale, permettant un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soins(32).

Il existe plusieurs méthodes de recueil des données, en recherche qualitative, dont les deux principales sont(31) :

- les entretiens individuels (semi-dirigés et non dirigés)
- les entretiens de groupe (focus group)

Nous avons choisi de réaliser pour l'étude du sujet des entretiens individuels semi-dirigés. Les focus group ont pour avantage de susciter une dynamique de groupe intéressante, une émulation liée à l'interaction entre plusieurs individus. Cependant, dans le cas présent, la variabilité supposée des différents moyens de communiquer d'un centre hospitalier à l'autre n'aurait pas permis ce phénomène. Les entretiens individuels non dirigés auraient eu pour inconvénient d'être trop dispersifs, et de ne pas permettre d'aborder les différents thèmes. Une analyse thématique des problématiques dégagées auraient été rendue plus difficile.

5. Recherche bibliographique

La bibliographie a été effectuée grâce à l'intermédiaire de plusieurs bases de données telles que PubMed, Chochrane, Sudoc ou encore Google Scholar.

Les références bibliographiques ont ensuite été regroupées dans le logiciel Zotero.

6. Méthode d'entretien

Les entretiens ont été réalisés directement au cabinet des médecins généralistes. Des plages dédiées à ces entretiens ont été définies par avance afin que les médecins puissent s'organiser, pendant ou en dehors des horaires des consultations.

Les participants à l'étude ont été informés lors de la prise de rendez-vous, du sujet abordé et de la méthodologie utilisée ; par ailleurs la durée moyenne prévisible des entretiens a été communiquée par avance aux médecins (entre 20 et 40mn environ), ainsi que la caractère anonyme des entretiens. L'enquêteur a indiqué l'objet du travail au médecins susceptibles de répondre par la phrase suivante :

- « Dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale, j'effectue une étude qualitative sur les relations du généraliste avec le monde hospitalier, son ressenti quant à son implication dans la prise en charge du malade hospitalisé et son comportement face au déficit en communication souvent rencontré. Il s'agit d'entretiens semi directifs, anonymes, enregistrés pour une retranscription fidèle »

Les entretiens ont été enregistrés numériquement à l'aide d'un dictaphone de marque Olympus®, modèle *Note Corder DP-211*.

Un guide d'entretien, figurant en annexe, a été élaboré au préalable afin de structurer les interviews de médecins généralistes.

7. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits, le plus fidèlement possible, sur un logiciel de traitement de texte.

Afin d'en faciliter la lecture, les questions de l'interrogateur sont indiquées « Q », et les réponses sont indiquées « R ».

Pour chaque médecin interrogé a été attribué un numéro de 1 à 10 dans l'ordre chronologique des entretiens (M1 à M10).

Un exemple de retranscription d'entretien figure en annexe.

8. Analyse des entretiens(33,34)

Les verbatims obtenus après retranscription des entretiens ont été analysés selon les méthodes d'analyse des données en recherche qualitative retrouvée dans la littérature.

Nous avons choisi d'utiliser l'analyse inductive comme approche pour interpréter les données. La démarche inductive part d'observations et mène à une généralisation des données. L'objectif de l'analyse inductive consiste à développer des catégories à partir de données brutes.

Le processus de codage à consister à identifier dans les entretiens des segments de texte ayant une signification spécifique et unique constituant des unités de sens. Les sous-catégories ainsi obtenues ont ensuite été classées en catégories et en thèmes plus généraux.

Le processus de codage a été effectué de manière manuelle, sans recourir aux techniques d'analyse de données qualitatives assistées par ordinateur (CAQDAS), fournies par des logiciels tels que Nvivo, RQDA ou ATLAS.ti.

IV - RESULTATS

Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre Octobre 2015 et Janvier 2016.

La durée des entretiens variait entre 11 et 41mn., la durée moyenne des entretiens était de 20mn.

1. Population

L'ensemble des médecins généralistes ayant participé à l'étude étaient en secteur 1. Seul un praticien (M2) participait à une activité universitaire en étant maître de stage pour les externes. M4 était un ancien médecin urgentiste ayant de nombreuses relations avec les professionnels de santé hospitaliers de la région. M7 était un médecin en pré-retraite mais exerçant encore une activité libérale.

Seuls deux médecins participaient à un réseau de soins

Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques des différents médecins interrogés :

	Secteur	Activité	Années d'installation	Sexe	Activité universitaire	Réseau de soins	Durée de l'entretien
M1	1	Urbaine	30	Masculin	Non	Diabète	41mn
M2	1	Urbaine	3	Féminin	Oui (externes)	Non	20mn
M3	1	Urbaine	25	Féminin	Non	Non	11mn
M4	1	Urbaine	31	Masculin	Non	HIV	12mn
M5	1	Semi rurale	35	Masculin	Non	Non	15mn
M6	1	Urbaine	13	Féminin	Non	Non	24mn
M7	1	Urbaine	52	Masculin	Non	Non	17mn
M8	1	Remplaçant	-	Féminin	Non	Non	19mn
M9	1	Urbaine	2	Féminin	Non	Non	19mn
M10	1	Urbaine	12	Féminin	Non	Non	22mn

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés

2. Les attentes des généralistes en terme de collaboration

Sortir de leur isolement

Les praticiens interrogés ont le sentiment d'être isolés dans leur pratique et dans la prise en charge de leur patient. Plus de la moitié d'entre eux rapportent que l'hôpital ne cherche pas à entrer en communication avec les médecins traitants. L'effort de communication provient pour eux souvent du généraliste, sans réciprocité de la part des hospitaliers. D'ailleurs, concernant les appels émanant de l'hôpital, ils sont quasi-exclusivement réalisés par les internes.

- M2 : « Je n'ai pas l'impression que l'on cherche à rentrer en communication avec moi », « Jamais on se posera la question d'aller appeler le médecin traitant », « il n y a pas d'échange, il y a un échange si nous on fait l'effort »
- M4 : « j'aimerais bien de temps en temps recevoir un coup de fil si il y a un problème particulier »
- M5 : « les appels c'est rare »
- M9 : « j'aurais bien aimé que quelqu'un me joigne, ou même laisse un message », « ça aurait un côté agréable que le médecin [...] qui s'occupe du patient [...] pense à prévenir », « pour demander les renseignements sur un patient, c'est toujours les internes »
- M10 : « c'est nous qui devons courir derrière l'information »

Comme nous le verrons dans une autre partie des résultats, cet isolement peut conduire à une mise en difficulté ressentie des généralistes, avec une situation parfois d'impasse sur la prise en charge du patient.

La volonté de ne pas interférer dans la prise en charge hospitalière

Le recours à l'hôpital pour le médecin traitant est en rapport avec le manque de connaissances, parfaitement assumé par les les généralistes ; ainsi que l'incapacité technique ou logistique à gérer le patient en ambulatoire.

- M1 : « je ne peux pas tout savoir, en plus tout évolue très vite », « on a nos limites... Ils savent très bien qu'on est limités dans leur spécialité »
- M6 : « si je les adresse, c'est que je suis dépourvue de réponse au problème »
- M7 : « c'est un monde complémentaire »
- M8 : « quand on demande l'avis, c'est juste qu'on n'a pas la connaissance »

- M9 : « le monde hospitalier, ça reste quand même la référence de ce qui est médical, et c'est aussi là ou quelque part on envoie les gens quand on n'y arrive pas »

Les médecins interrogés ne sont pas demandeurs ou n'expriment pas la nécessité de participer activement, en collaboration avec le spécialiste hospitalier, à la prise en charge du patient. Ils confient le patient à l'hôpital en toute confiance, et reconnaissent que leur aide est limitée dans des spécialités en perpétuelle évolution.

- M1 : « on n'a pas tellement voix au chapitre, ce qui ne me choque pas, [...] La médecine devient tellement spécialisée »
- M4 : « on ne me demande pas mon avis hein, une fois que le patient est hospitalisé, il est pris en charge »
- M5 : « Une fois que le patient est hospitalisé il est pris en charge par l'hôpital »
- M6 : « la prise de décision, ça ne me dérange pas qu'elle soit prise sans moi , je cherche par forcément à m'impliquer dans les décisions hospitalières »
- M8 : « je sais pas vraiment si une collaboration plus développée serait révolutionnaire sur la prise en charge, je suis pas convaincue »
- M9 : « c'est vrai que moi je vais pas aidé beaucoup plus »

Le point où la collaboration pourrait être renforcée est celui de l'organisation de la sortie de l'hôpital, où le médecin traitant insiste sur son rôle de coordonnateur du parcours de soins du patient.

- M2 : « je pense, ça pourrait être pertinent »
- M8 : « ça peut valoir le coup dans le sens où c'est le médecin traitant qui va assurer le suivi du patient après l'hospit' »
- M9 : « ça serait bien, si y'a un suivi particulier après »

Transmettre leur connaissance du patient et de son environnement

Les médecins traitants ont pleinement conscience d'avoir noué avec leurs patients une relation privilégiée, différente de celle des médecins hospitaliers. Ils connaissent le patient dans le temps, dans son environnement et sont plus aptes à parler du mode de vie des malades.

- M1 : « le mode de vie, les habitudes quand on connaît certaines personnes depuis longtemps »
- M8 : « Il connaît mieux son patient et l'environnement dans lequel il évolue, par rapport à l'hôpital »

La non transmission de ces données au confrère hospitalier peut avoir des conséquences sévères sur la prise de décision réalisée à l'hôpital, puisqu'elle n'inclurait pas des renseignements indispensables dont seul le médecin traitant est détenteur.

- M1 : « je connaissais bien la patiente, psychologiquement, de toute façon, il y aura un échec ; et ça n'a pas loupé »
- M2 : « pourquoi est-ce-qu'il ne m'a pas appelé, il voulait faire un traitement palliatif, pourquoi il ne m'a pas demandé ce que j'en pensais, comment elle vivait, comment elle était au quotidien, est-ce-qu'elle était autonome »

Cette attente correspond à un besoin réel des hospitaliers : lorsque les hospitaliers appellent le médecin traitant, c'est afin d'obtenir des informations concernant le mode de vie, les antécédents ou le traitement.

- M2 : « si il y a des éléments manquants dans le dossier, un traitement, des antécédents qu'on n'arrive pas à retrouver, alors la oui, en effet on peut être sollicités »
- M3 : « on est bien content de nous appeler et de nous demander tout les renseignements »
- M5 : « des fois les urgentistes appellent pour avoir des renseignements médicaux, ou au point de vue du traitement »
- M6 : « les internes appellent plus facilement le médecin pour avoir des précisions sur le traitement, sur la prise en charge, sur ce qu'il s'est passé »
- M8 : « juste faire les points sur ses pathologies et ses traitements en cours »
- M9 : « parfois ils appellent parce qu'ils leur manque des antécédents »

Collaborer afin d'enrichir leurs connaissances

La collaboration entre la ville et l'hôpital est un moyen pour le généraliste d'enrichir, de manière informelle ses connaissances. Les compte rendus sont parfois source de savoir et de mise à jour des connaissances.

- M1 : « Cela fait partie de la formation continue aussi, parce que moi ça m'intéresse de savoir quel médicament... et puis tiens, ce truc là je ne connais pas, enfin j'en ai entendu parler une fois... C'est intéressant aussi pour nous de savoir »
- M6 : « on sait la prise en charge aussi grâce aux compte rendus, ça permet de nous entretenir, et de nous former », « les CR permettent à nous médecin généraliste à continuer à nous former, à voir l'évolution de telle ou telle pratique »

3. Un manque de confraternité ressenti

Un sentiment de manque de reconnaissance de leur statut de généraliste

Les médecins interrogés se questionnent sur la reconnaissance de leur statut auprès des hospitaliers, ils regrettent un manque de considération, avec parfois une certaine condescendance. Le travail fait en amont de la prise en charge hospitalière est parfois insuffisamment reconnu. Les justifications avancées par les médecins sont, le fait d'être généraliste et non spécialiste en ville, la dégradation des rapports ville-hôpital avec le temps.

- M1 : « c'est quand même beaucoup plus difficile d'avoir un spécialiste hospitalier en tant que médecin généraliste, je serais spécialiste peut être que ce serait différent », « Moi je fais ce que je peux, je ne sais pas si ils ont entièrement confiance dans le médecin »
- M2 : « ça dépend si il nous considère, si il pense qu'on a peut être notre place je pense, dans la prise en charge »
- M5 : « avant, je trouve qu'il y avait une plus grande relation entre les médecins hospitaliers et puis les médecins de ville, quand on venait voir, on était quand même reçu, et pas à toute vitesse parce qu'ils n'ont pas le temps, y'a eu une perte avec les années qui sont passées, avant la communication était beaucoup plus facile, le relationnel était beaucoup plus facile que maintenant »
- M6 : « y'a quelque fois on est un peu dénigrés »
- M9 : « quand on a été à l'origine du diagnostic, quand c'est nous qui avons adressé une personne, on attend quelque chose peut être », « ça a un côté plus gratifiant quand même qu'on me dise "bah vous avez bien fait de l'envoyer" ou "oui, y'avait effectivement quelque chose" »
- M10 : « Je pense qu'il y a un peu de manque de reconnaissance »

Une impression de méconnaissance des pratiques du généraliste

Pour justifier également ce manque de reconnaissance, les praticiens interrogés soulèvent la méconnaissance totale des pratiques libérales et de la médecine générale de la part des hospitaliers, en avançant comme argument, que si la communication se fait mieux avec le privé, c'est parce que leurs interlocuteurs exercent souvent également en cabinet, et qu'ils les comprennent mieux. Les médecins à l'hôpital n'ont pas conscience de l'isolement du généraliste et du manque de moyens à disposition.

- M1 : « ils n'imaginent pas que le généraliste, il passe d'un angine à une personne qui a un

- cancer avec une thérapeutique hyper lourde »
- M6 : « on se connaît moins et on est de plus en plus isolés »
 - M8 : « A moins d'avoir une activité libérale, je pense que c'est compliqué de s'imaginer une pratique quand on ne la fait pas »
 - M9 : « nous on est là tout seuls avec notre stetho et que eux ils ont tout un plateau technique, ils peuvent demander un avis en deux minutes »
 - M10 : « ceux à qui j'ai à faire un petit peu plus ils sont en clinique, donc ils ont un côté privé/libéral, parfois ils ont même une consultation ailleurs, donc je pense que ça joue »

La tolérance face aux difficultés du monde hospitalier

En revanche, les médecins interviewés n'expriment pas de colère envers leurs confrères hospitaliers et comprennent les difficultés liées à l'hôpital, la surcharge de travail. Ils pensent que les spécialistes n'ont pas plus de temps à consacrer à leurs relations avec les médecins traitants, et que le manque de communication est indépendant de leur volonté.

- M1 : « eux même sont débordés, et qu'on leur demande maintenant de faire des hospitalisations courtes et d'envoyer les gens en ville », « une administration lourde », « globalement les gens font ce qu'ils peuvent, mais qu'ils sont saturés », « Ils ont assez de boulot et d'administratif »
- M2 : « je ne pense pas qu'on puisse demander aux médecins de nous appeler systématiquement, pour nous faire un compte rendu. Dans leur charge de travail je n' imagine pas ça »,
- M5 : « je sais qu'ils ont du boulot, c'est simple pour personne », « Plus personne n'a le temps »
- M7 : « on vit dans un monde de fou et tout le monde court dans tout les sens »
- M6 : « nos collègues hospitaliers comme nous, on essaye de faire notre mieux, et on travaille pas 24h/24, 365 jours par an, et on a le droit au repos comme tout le monde »; « c'est pas de leur faute, ils ont trop de travail », « ils sont pas désagréables, ils essayent de faire leur mieux », « le spécialiste n'a pas forcément le temps »
- M9 : « Je sais que c'est pas facile parce qu'ils n'ont pas le temps », « Je pense qu'ils n'ont pas forcément le temps [...] d'appeler forcément le généraliste pour savoir »

Cette compréhension exprimée des conditions de travail des hospitaliers est possiblement liée au fait que l'hôpital est le lieu de formation des jeunes médecins, et que les praticiens interrogés ont eux même travaillé à l'hôpital.

- M3 : « C'est l'hôpital qui nous a formé »
- M4 : « j'ai été externe et interne la bas, je connais le milieu »
- M8 : « c'est eux qui nous ont formé plus pendant l'internat en tout cas, j'ai peut être plus connu l'hôpital que le côté libéral »

La relation avec les urgences : une communication à revoir radicalement

Les services d'urgences, pourtant principale « porte d'entrée » de l'hôpital, constituent un véritable problème en terme de communication et de collaboration. Mettant en avant des difficultés d'ordre confraternelles avec les urgentistes, les généralistes déplorent également une difficulté d'accès téléphonique et un manque de retour d'information sur le passage des patients.

- M1 : « souvent, je n'arrive pas à avoir les urgences au téléphone »
- M2 : « pour les urgences c'est peut être plus compliqué », « ils freinent plus, ils sont moins à l'écoute des problématique que nous on peut rencontrer », « on n'a pas de retour »
- M4 : « C'est le gros problème des urgences, il peut y avoir 5, 6, 7 heures d'attente »
- M7 : « pour parfois avoir des nouvelles du patient ou même adresser un patient c'est un peu plus difficile par les urgences »
- M9 : « ils ont peut être l'impression [...] qu'on envoie trop aux urgences, [...] donc ils vont être un peu critiques », « les urgences c'est plus difficile, en plus comme ça tourne, donc on n'a pas toujours la même personne »

Le seul praticien interrogé ne rapportant pas de problèmes avec les services d'urgence est un ancien médecin urgentiste.

- M3 : « ça se passe plutôt bien, avec ce type de réseau très informel, et puis aussi avec cette pratique de médecine d'urgence »

4. Le souhait de rendre la communication plus humaine

Un anonymat délétère

L'anonymat des interlocuteurs a un impact négatif sur la qualité de communication et la facilité d'accès à l'information.

- M1 : « Petit reproche que je ferais aux gens que l'on a au téléphone, ils ne se présentent

JAMAIS », « les intervenants hospitaliers changent régulièrement, vous ne savez pas, vous n'êtes pas au courant... "ah ben untel ne travaille plus là, il y en a un nouveau"... Vous ne saviez pas et vous ne connaissez pas ce nouveau »

- M3 : « il y a beaucoup de restructurations actuellement, ce qui fait que tout le monde bouge, on a du mal à savoir qui est ou, et qui est parti ; ça c'est un problème pour certains correspondants »
- M6 : « pouvoir nous rencontrer, c'est à dire on n'est plus un nom, on est une personne »

La contact direct facilite l'échange

Les médecins généralistes considèrent que l'échange et la communication sont facilités par la rencontre directe avec les spécialistes hospitaliers. Une méthode pour y parvenir est la visite des patients à l'hôpital, malheureusement, les médecins traitants ont de moins en moins de temps à y consacrer et les hospitaliers sont moins disponibles à les recevoir.

- M4 : « les patients que j'hospitalise, globalement je vais les voir. Ca crée des liens avec des hospitaliers »
- M5 : « il y a 35 ans même les médecins passaient quand même voir les patients à l'hôpital le matin, ils allaient faire un petit coucou, voir ce qui se passait et tout », « quand un patient est hospitalisé et qu'on va le voir directement à l'hôpital, déjà pour avoir un interne ou un responsable, chef de service et tout, c'est pas toujours simple »
- M6 : « pour mieux développer la communication de la ville et de l'hôpital, ça serait de se connaître mais physiquement », « Y'a moins de communication en direct »
- M8 : « les rencontres c'est quand même plus simple pour parler de quelque chose que des conférences téléphoniques », « que le fait de se connaître c'est ce qui facilite aussi les échanges »
- M9 : « quand on a vu quelqu'un, je pense que y'a un contact qui se fait plus facilement après. Si on l'a par téléphone, il a en tête qu'on existe »

Une demande confirmée de formation continuer par et avec les hospitaliers

Les généralistes sont demandeurs de formations avec les médecins hospitaliers. Elle permettent selon eux de servir de lieu de rencontre, de se connaître, et d'enrichir leurs connaissances au titre de la formation médicale continue.

- M3 : « j'assiste aussi régulièrement aux conférences du Val De Grâce, et on voit aussi bien des médecins civils que militaires, hospitaliers et non hospitaliers, donc ça nous fait un

réseau supplémentaire qui est intéressant »

- M5 : « De temps en temps on les croise au niveau des EPU ou dans une réunion médicale le soir »
- M6 : « développer, par exemple des réunions d'information, ou les médecins hospitaliers, prennent contact avec les médecins de ville, pour parler d'un sujet »
- M8 : « les échanges face à face, ça apporte quelque chose qui paraît plus concret en fait »

6. Les limites des outils de communication

Des échanges téléphoniques privilégiés mais en échec

Le téléphone semble être le moyen privilégié par le généraliste pour entrer en contact avec son confrère hospitalier :

- M1 : « on a une ligne téléphonique privilégiée pour les gériatres », « lorsque c'est de la médecine je téléphone en général au Dr S ou à Mme V qui sont les deux pour qui on a une ligne directe, un numéro réservé pour les médecins, et donc je leur expose le problème et ils voient si c'est une hospitalisation différée ou pas », « je téléphone aux urgences pour leur signaler l'accueil du patient »
- M2 : « J'appelle le [...] médecin référent dans le service concerné »,
- M4 : « Je fais le numéro et je demande à parler, en général on me passe le médecin »
- M6 : « si c'est une urgence importante, j'appelle directement le spécialiste en question pour qu'on organise une consultation ou une hospitalisation »
- M8 : « si il y a besoin je décroche mon téléphone en fait et je demande les avis par téléphone »

Le contact téléphonique est pour les médecins le mode de communication le plus facile puisqu'il est immédiat, et permet un contact direct avec leur interlocuteur. Il peut de plus être utilisé face au malade au cours d'une consultation.

Cependant, l'utilisation de cet outil est limitée sur plusieurs points. Un des freins les plus fréquemment mis en évidence au cours de ces entretiens est l'existence d'intermédiaires empêchant la discussion directe avec le médecin hospitalier. Les médecins interrogés parlent de « barrage » (en particulier au niveau des secrétariats), de « filtres ». Ces barrières entravent la fluidité du parcours de soins et retardent la mise en relation avec l'hôpital.

- M1 : « Vous tombez en général sur un barrage, la secrétaire », « Petit reproche que je ferais aux gens que l'on a au téléphone, ils ne se présentent JAMAIS », « Et puis parfois je tombe sur la secrétaire qui me dit "secret médical" »
- M2 : « C'est long, quand on donne un message on n'est pas rappelé. », « vous allez avoir la secrétaire, qui va transmettre je ne sais pas quand, finalement au chirurgien, qui sera au bloc »
- M3 : « les délais au niveau des standards sont de plus en plus longs », « Les freins, ben ça peut être les délais, et le barrage. Le secrétariat c'est quelque chose que l'on a de plus en plus depuis 2/3 ans, on n'avait pas tellement ce problème avant »
- M5 : « au téléphone c'est occupé, le service on peut pas l'avoir, ou le spécialiste on peut pas l'avoir, donc faut retéléphoner »
- M6 : « y'a vraiment une barrière qui semble assez infranchissable », « il y a une demi heure d'attente au niveau du standard téléphonique, et puis on passe d'une secrétaire à l'autre »
- M9 : « souvent on est baladé »
- M10 : « maintenant faut passer par une centrale téléphonique qui vous envoie à droite à gauche »

On note une évolution des pratiques à ce niveau puisque certains praticiens interviewés estiment que de telles barrières sont apparues relativement récemment dans leur pratique et qu'auparavant, ils parvenaient plus aisément à joindre leurs correspondants.

- M5 : « avant, même les spécialistes on pouvait les avoir en direct comme ça »

Cette difficulté à joindre les correspondants hospitaliers est source d'une certaine perte de temps car elle engendre des appels répétés, qui montrent la détermination des médecins généralistes.

- M1 : « Quand je téléphone à l'hôpital, je téléphone au moins trois fois pour avoir le retour d'information »
- M2 : « il faut rappeler, il faut être insistant », « si je n'ai pas de nouvelles, je rappelle systématiquement »
- M5 : « le spécialiste on peut pas l'avoir, donc faut retéléphoner »
- M6 : « je rappelle le lendemain »

Les médecins reprochent également de ne pas être recontactés lorsqu'un message est laissé.

- M2 : « quand on donne un message on n'est pas rappelé »

Par ailleurs, les disponibilités téléphoniques ne correspondent pas aux besoins des médecins traitants, en effet la disponibilité des médecins hospitaliers n'est pas maximale durant les plages horaires de consultation de fin d'après midi, ou la fréquentation des cabinets médicaux est importante.

- M1 : « sans parler qu'a 16 ou 17h il n'y a plus de secrétaires », « Ça pose un gros problème quand même, parce que c'est au moment ou on peut en avoir le plus besoin, donc il faut reporter l'appel téléphonique au lendemain »
- M6 : « à partir de 18h c'est plus difficile »

Cependant, il semble que la création de lignes directes avec le spécialiste concerné, parfois disponibles H24 pour certaines spécialités, facilitent la communication :

- M1 : « je téléphone en général au Dr S ou à Mme V qui sont les deux pour qui on a une ligne directe, un numéro réservé pour les médecins, et donc je leur expose le problème et ils voient »
- M2 : « il y a une Hotline sur laquelle le chef de service nous répond ; sur des questions, pour nous aider à régler des problèmes, et ça c'est bien, c'est hyper motivant », « je sais pas si c'est fait dans tout les services, je ne pense pas, mais un référent, avec un numéro, pour pouvoir avoir un accès vraiment direct »
- M9 : « c'est bien, c'est une aide, ça va plus vite, on perd moins de temps et puis on est directement en rapport »

Des informations écrites obtenues tardivement et partielles

La lenteur de transmission des CRH a été rapportée par plus de la moitié des médecins interrogés.

- M1 : « moi je vois les patients et j'ai le courrier de sortie longtemps après »
- M2 : « le fameux compte rendu, qui met beaucoup de temps à venir, plus que les 8 jours prévus »
- M3 : « on a des délais plus longs maintenant en hospitalier pour récupérer des compte rendus »
- M4 : « le seul problème c'est que suivant les service c'est plus ou moins rapide »
- M5 : « le seul truc c'est qu'on les reçoit un peu tard des fois »
- M6 : « Quelque fois les CRH arrivent avec retard »
- M7 : « j'ai reçu des compte rendus qui dataient de plus de 4 mois »

- M8 : « ça arrive de pas avoir les compte rendus »
- M9 : « c'est vrai que y'a des cas ou ils arrivent deux mois plus tard »

La qualité globale des compte-rendus ne semble pas être reprochée, mais les courriers de sortie des patients sont décrits comme complets et informatifs, manquants peut être parfois d'esprit de synthèse.

- M1 : « la qualité des courriers y est hein »
- M3 : « Corrects dans l'ensemble »
- M4 : « globalement c'est pas mal »
- M5 : « il n'y a rien à dire la dessus, pour n'importe quel service »
- M6 : « la plupart sont assez complets hein »
- M8 : « ils sont plutôt clairs, la plupart du temps », « aller à l'essentiel directement à la fin du compte rendu, plutôt que de tout relire en détail »
- M9 : « En général ils sont complets, ils sont bien faits. Parfois même pas assez, heu, presque trop de détails pour aller à l'essentiel »

Les généralistes interrogés se plaignent de manquer de certaines informations dans les CRH, surtout sur les questions de modifications thérapeutiques.

- M2 : « c'est à dire qu'il faut comparer le traitement d'entrée et le traitement de sortie pour voir les changements qu'il y a eu. Mais on ne va jamais dire clairement on a arrêté les diurétiques »
- M10 : « le dosage des traitements, on a rarement les résultats de bio »

Récemment se sont développés des compte-rendus de sortie, moins complets que les CRH mais permettant de transmettre rapidement (à la sortie du patient) une information succincte et contenant les données suffisantes aux généralistes pour assurer la continuité des soins.

- M6 : « mais la de plus en plus les patients arrivent avec un pré-compte rendu de sortie »
- M8 : « il y a des cas ou on a des compte rendus provisoires qui finalement nous permettent déjà bien de déblayer le terrain »

Un des médecins interrogé considère l'existence des courriers comme obsolète, et il évoque la perte de temps liée à la numérisation des courriers, afin de les intégrer dans son logiciel de gestion du dossier du patient.

- M1 : « c'est ringard au possible, vous avez, si vous faites une numération, un ionogramme

et puis un ECBU, vous avez 3 courriers différents », « pour que mon fonctionnement soit rapide, je veux que tout soit dans mon ordinateur, donc tout les courriers que je reçois sont scannés. Donc ça me fait perdre énormément de temps, entre nous je le fais le dimanche »

Le contenu du courrier que le médecin adresse à l'hôpital peut être parfois insuffisant en terme de qualité, du fait de demandes multiples du patient et du temps de consultation trop court.

- M1 : « Donc faire un courrier sur l'instant, parfois je l'écris à l'ordi mais souvent à la main, et je pense que des fois je saute des informations ouais... Je reconnais »

Il existe donc une auto-critique de la part des médecins interrogés sur la qualité de leur transmission d'information à leur confrère hospitalier. La surcharge de travail et le manque de temps sont mises en avant pour justifier ces lacunes.

La difficulté de créer des contacts privilégiés

L'entrée en communication avec l'hôpital passe par la création d'un réseau de correspondants privilégiés, souvent constitué au fil du temps et des expériences passées. Chaque médecin bénéficie donc de son propre réseau et les généralistes les plus récemment installés ont moins de possibilités d'avoir un numéro de correspondant direct. Il s'agit donc de « débrouillardise », les médecins se basant sur leur vécu personnel auprès de chaque interlocuteur, en sélectionnant ceux avec qui la communication se fait plus aisément.

- M2 : « au fil du temps je m'en constitue », « bah maintenant j'ai compris qu'il faut plus envoyer au CHR, et j'ai mon référent j'allais dire, sur un CHU », « devoir fouiller pour avoir ces lignes directes, de rechercher d'anciens compte rendus [...] pour avoir le numéro du secrétariat », « Quand on a un numéro, c'est vrai qu'on le garde précieusement »
- M3 : « avec cette formation d'urgentiste, on a toujours notre réseau, qui est peut être très très rapide »
- M4 : « soit j'ai un courrier avec le nom d'un médecin, soit c'est des gens que j'ai pu connaître, c'est comme ça que ça se passe en général ; ou alors je recherche sur internet »
- M6 : « j'ai mes noms, je les appelle et ils ont un portable sur lequel ils sont joignables »

Afin de faciliter la mise en relation avec un médecin référent dans chaque service, certains hôpitaux ont mis en place des annuaires, que les généralistes voient avec un certain intérêt, mais qui ne sont pas remis régulièrement à jour.

- M1 : « c'était formidable, mais c'est totalement obsolète, c'est un truc qui a 10 ans, on peut le mettre à la poubelle carrément, les téléphones ont changés »

- M2 : « d'avoir un espèce d'annuaire, ça serait pas mal »

7. La place de l'informatique discutée

Des avantages théoriques reconnus

L'utilisation des outils informatiques offre de nombreux avantages aux généralistes, permettant une plus grande rapidité dans la transmission de l'information, notamment lors de la demande d'avis spécialisé, ou bien dans la transmission du compte rendu. Les médecins interrogés y voient aussi un moyen d'être mis au courant de l'hospitalisation de leurs patients.

- M1 : « ce n'est jamais par informatique, c'est toujours par courrier, alors qu'il existe des plates-formes informatique dédiées à cela », « internet existe, il ne faut pas que l'hôpital l'oublie »
- M2 : « faire passer les compte rendu par cette voie électronique ça serait peut être mieux », « je pense que ça irait beaucoup plus vite, pas de papiers, enfin, c'est quand même plus simple »
- M4 : « Recevoir un mail ça accélérera peut être le courrier »
- M5 : « c'est beaucoup plus pratique, je vois des correspondants spécialistes en ville, ils ont ma boîte mail, ils scannent et ils envoient tout de suite le compte rendu, donc je l'ai tout de suite »
- M6 : « c'est très bien dans l'absolu »
- M8 : « beaucoup de communication par mails, ce qui permet aussi d'avoir des réponses généralement rapidement, sur n'importe quelle question, avec des conduites à tenir »,
- M10 : « ça facilite les échanges, parce que du coup ça peut être fait quand on a dix minutes de libre »

Cependant, ces avantages reconnus sont nuancés par une logistique souvent chronophage.

Des logiciels inadaptés et une perte de temps

Les logiciels parfois utilisés par certains hôpitaux pour transmettre l'information par voie informatique sont décrits comme « lourds », peu intuitifs dans leur interface et faisant paradoxalement perdre plus de temps aux généralistes.

- M1 : « je ne vous parle même pas de l'outil lui-même qui est un peu lourd, comme

toujours, ça ne peut pas être simple...(rires) La procédure pour avoir le courrier, il faut faire à peu près 6 clics, 6 fenêtres différentes pour avoir le courrier »

- M3 : « regardez le temps qui est perdu »
- M6 : « le temps qu'ils vont mettre à la réponse des mails, va pas être forcément le temps ou ils vont être au chevet du malade », « du point de vue médico-légal, tout est écrit, on est protégé etc, sauf que ça met du temps en moins au vrai travail de médecin »
- M8 : « quand on est le spécialiste interrogé on peut être réticents, je pense qu'il y a une charge de travail supplémentaire »

Un risque d'être submergé par l'information

Les craintes avancées par les généralistes sont liées au risque d'un flot d'information non ou mal maîtrisé, qui noierait l'information véritablement importante.

- M5 : « faut pas non plus qu'on soit envahi avec une boîte mail complètement pleine parce que faut avoir le temps après de tout lire », « Quand c'est concis, ça va, mais si c'est 4 pages d'hospitalisation, si y'a 10 ou 15 mails à lire, ça va être un peu compliqué », « Trop d'information c'est pas bon non plus »
- M6 : « c'est très bien dans l'absolu, sauf qu'on a déjà des compte-rendus à lire, des résultats d'examens, si en plus il va falloir qu'on lise tout les mails etc, heu, moi ça sera difficile »

Nous voyons donc un certain intérêt pour les nouveaux modes de communication, mais il nécessiterait pour être utilisés en pratique quotidienne le développement d'interfaces plus simples, ainsi que des règles de bonne utilisation, pour ne pas saturer les quantités de données transmises.

8. Des relations variables selon le type d'établissement

La communication avec le privé mise en valeur

Nous avons retrouvé dans l'analyse des entretiens une plus grande facilité d'échange avec les spécialistes hospitaliers exerçant dans les établissements privés. Cette facilité existe aussi bien en terme d'accessibilité au médecin concerné, de rapidité d'obtention des courriers, et de quantité d'information délivrée. Cette facilité de communication s'explique peut être par le fait

que les correspondants des cliniques ont aussi souvent une activité libérale et connaissent mieux les généralistes par ce biais.

- M1 : « J'ai probablement moins de courriers heu, de l'hôpital public que des cliniques privées », « les intervenants des cliniques privées écrivent quasiment systématiquement », « un courrier qui arrive très vite après la consultation », « en général on a le chirurgien, y a pas de problème, parfois on a même le chirurgien au bloc en train d'opérer », « par les cliniques privées, très régulièrement on reçoit un petit formulaire avec le listing des médecins et leur téléphone », « Quand vous demandez après aux médecins des cliniques privées comment ils font, bah le type, le patient est là est pendant que le patient est là il dicte à la secrétaire le courrier et la secrétaire le tape sur l'instant », « les cliniques privées se débrouillent nettement mieux dans la communication que les hôpitaux publics »
- M2 : « En clinique privée souvent le médecin a sa consultation de ville en plus, je vais plutôt le voir à son cabinet, et après lui va s'organiser au niveau de la clinique »
- M3 : « Au niveau standard, c'est plus rapide en clinique »
- M8 : « sur le privé, il arrive qu'on ai des délais de rendez-vous moins longs »,
- M9 : « Les cliniques ça a un côté où on arrive plus rapidement et plus facilement à avoir quelqu'un, j'ai l'impression ; et par téléphone, et pour faire admettre quelqu'un »

La bonne entente avec les hôpitaux de proximité

Les médecins interrogés travaillaient essentiellement avec les CHR à proximité. La communication avec ces hôpitaux était plutôt perçue de manière positive. On comprend lors de l'analyse des entretiens qu'il existe avec les médecins des CHR une plus grande relation de confiance et de confraternité.

- M6 : « je travaille beaucoup avec l'hôpital de Pontoise, on est assez proche, j'ai plutôt un bon relationnel avec les médecins hospitaliers », « j'ai le sentiment que les hôpitaux de banlieue et de province ont vraiment changé dans la relation ville-hôpital en faisant vraiment une symbiose des deux »
- M8 : « sur des structures plus petites et souvent du coup pas universitaires, y'a une proximité quand même plus facile, un abord plus facile »

L'ambivalence avec les CHU

Les médecins généralistes reconnaissent les compétences et la qualité de prise en charge au sein des CHU. Dans leur communication, ils apprécient l'efficacité dans la transmission des

compte-rendus ainsi que la qualité de ces derniers. Par ailleurs, l'existence de numéros d'urgence à l'attention du médecin traitant en cas de difficultés est ressentie comme une aide importante.

- M1 : « Le monde hospitalier parisien [...] est plus efficace », « le retour de courrier [...] est rapide et assez riche », « les services d'oncologie parisiens, d'hématologie à Paris – ils laissent des numéros d'urgence [...] ils fonctionnent 24 heures sur 24 »
- M2 : « j'adressais à des CHU en effet, et pour moi la prise en charge était meilleure »
- M5 : « pour des choses un petit peu plus pointues, c'est vrai qu'on envoie sur Paris »

Cette bonne image renvoyée par les CHU est contrastée par des difficultés majeures d'accessibilité justifiées par la taille de la structure et le nombre d'intervenants important.

- M6 : « c'est beaucoup beaucoup beaucoup plus difficile de joindre qui que ce soit à l'hôpital »
- M9 : « les CHU c'est toujours un peu plus difficile d'accéder », « c'est du au fait que c'est très grand, qu'il y a beaucoup beaucoup d'échelons avant d'arriver à la personne à qui on veut parler »

Ces résultats mettent en évidence l'hétérogénéité de la communication avec la médecine de ville. Les médecins généralistes semblent choisir les lieux de soins pour leurs patients en fonction de la facilité d'accès et du relationnel avec leur correspondant.

9. Conséquences du manque de communication et impact sur la continuité des soins

Un manque d'efficacité ressenti

Du fait d'un manque de transmission rapide de l'information, le généraliste est parfois mis en porte à faux, il reçoit souvent le patient en consultation avant d'avoir obtenu les informations émanant de l'hôpital. Ceci entraîne une situation délicate où il doit répondre aux demandes sans avoir les clés pour décider.

- M1 : « un patient qui vient vous voir en disant "je sors de l'hôpital il y a 10 jours, et on m'a dit de venir vous voir", je lui répond alors je suis désolé, je n'ai toujours pas reçu votre courrier, je ne sais pas ce qu'on vous a fait, je ne sais pas quel est le protocole », « il faut

- qu'on se dépatouille tout seul, et le patient devant nous », « à un moment donné on est dans une impasse, moi je dis aux gens, très souvent, ah ben je suis désolé on va attendre »
- M5 : « des fois les gens ne savent pas pourquoi on a changé le traitement, ce qu'il ont comme traitement exactement, heu, n'ayant pas le compte rendu on ne sait pas non plus, c'est pas simple »
 - M6 : « le patient vient vous voir et le compte rendu arrive en deuxième temps, donc on fait suivant les habitudes »

Les médecins généralistes expriment un besoin de réassurance dans cette volonté de se sentir moins seuls face au patient. Cette situation d'isolement conduit le généraliste à parfois ne pas pouvoir répondre aux problèmes du patient.

- M1 : « ce qui me rassurerait aussi parce qu'on a aussi besoin d'être rassurer nous généralistes », « il me serait agréable d'avoir une démarche à suivre, suivant tel ou tel problème, qu'est ce que je vais faire si il arrive tel truc »
- M2 : « je sais pas trop quoi faire »
- M6 : « y'a des fois on se demande ce qu'on doit faire »

Une crainte d'altérer la relation médecin-malade

Les généralistes subissent généralement la pression des patients, qui s'étonnent que leur médecin traitant ne puisse répondre à leurs attentes.

- M1 : « Les patients sont habitués à ça, ce qui m'enquiquine bien d'ailleurs », « Les patients sont déçus, rouspètent [...]. Par conséquent il faut se mettre sur le dos leur stress, et il faut essayer d'avoir l'information »
- M2 : « Il y a des patients qui font attention à ça, en disant : "docteur est ce que vous avez bien reçu le compte rendu et tout" »

Une perte de rentabilité

Cette mise en difficulté du médecin traitant entraîne pour lui une perte de temps supplémentaire puisqu'il se doit de récupérer l'information face au patient insistant.

- M1 : « c'est une perte de temps, c'est ça surtout »
- M2 : « ça nous fait perdre du temps, énormément de temps »
- M3 : « on doit repasser du temps au téléphone »

Le patient vu comme un « messenger malgré lui »

En raison du retard de transfert de données vers le généraliste à la sortie de l'hôpital, le patient sert souvent d'intermédiaire, essayant soit de retransmettre les données qu'il a pu comprendre, soit de récupérer lui-même les comptes rendus pour son généraliste. Il ne semble pas que les carences de communication avec l'hôpital nuisent à la relation médecin-malade entre le patient et son médecin traitant.

- M1 : « en général c'est les familles qui nous préviennent »
- M5 : « je téléphone ou sinon la famille le lendemain cherche un compte rendu à l'hôpital »
- M4 : « la confiance reste la même »
- M6 : « la relation qu'on établit entre le patient et le médecin généraliste est vraiment une relation de confiance, et puis même si c'est un spécialiste qui dit, que ce soit validé par le médecin traitant a un poids plus important »
- M9 : « le patient il arrive quand même à expliquer les choses, ils sortent en général avec son ordonnance, donc on comprend à peu près »

Concernant les décès, les médecins apprennent très souvent la mort d'un de leur patient par l'entourage direct de ce dernier, et jamais par le service où il est décédé.

- M2 : « j'ai un patient qui est décédé, c'est la femme qui m'a prévenu, elle venait consulter pour elle et je lui ai demandé bêtement comment allait son mari »
- M4 : « quand il y a un décès, j'aimerais bien être au courant autrement que par les patients ou que par le journal local »

Des erreurs médicales redoutées

Le retard dans la transmission des CRH a pour les médecins interrogés un impact sur la continuité des soins.

- M5 : « Des fois il y a des retards conséquents oui, avec un impact sur la continuité des soins »

Cet impact peut consister à favoriser les ré-hospitalisations précoces injustifiées, indicateur de mauvaise qualité des soins, et peut engendrer de la iatrogénie.

- M1 : « je pense que ça peut arriver vers des retours à l'hôpital pour quelque chose ou ça n'était pas nécessaire »
- M3 : « je l'avais toujours pas eu, la secrétaire faisait vraiment barrage ; et la personne entre temps a du être ré-hospitalisée »

- M9 : « parfois sur les soins on peut se tromper si on reprend une ancienne ordonnance, qu'entre temps l'hôpital ils ont tout changé et on n'est pas au courant, oui, ça c'est déjà arrivé »

Le schéma ci-après synthétise l'ensemble des résultats, adapté à la modélisation de la communication.

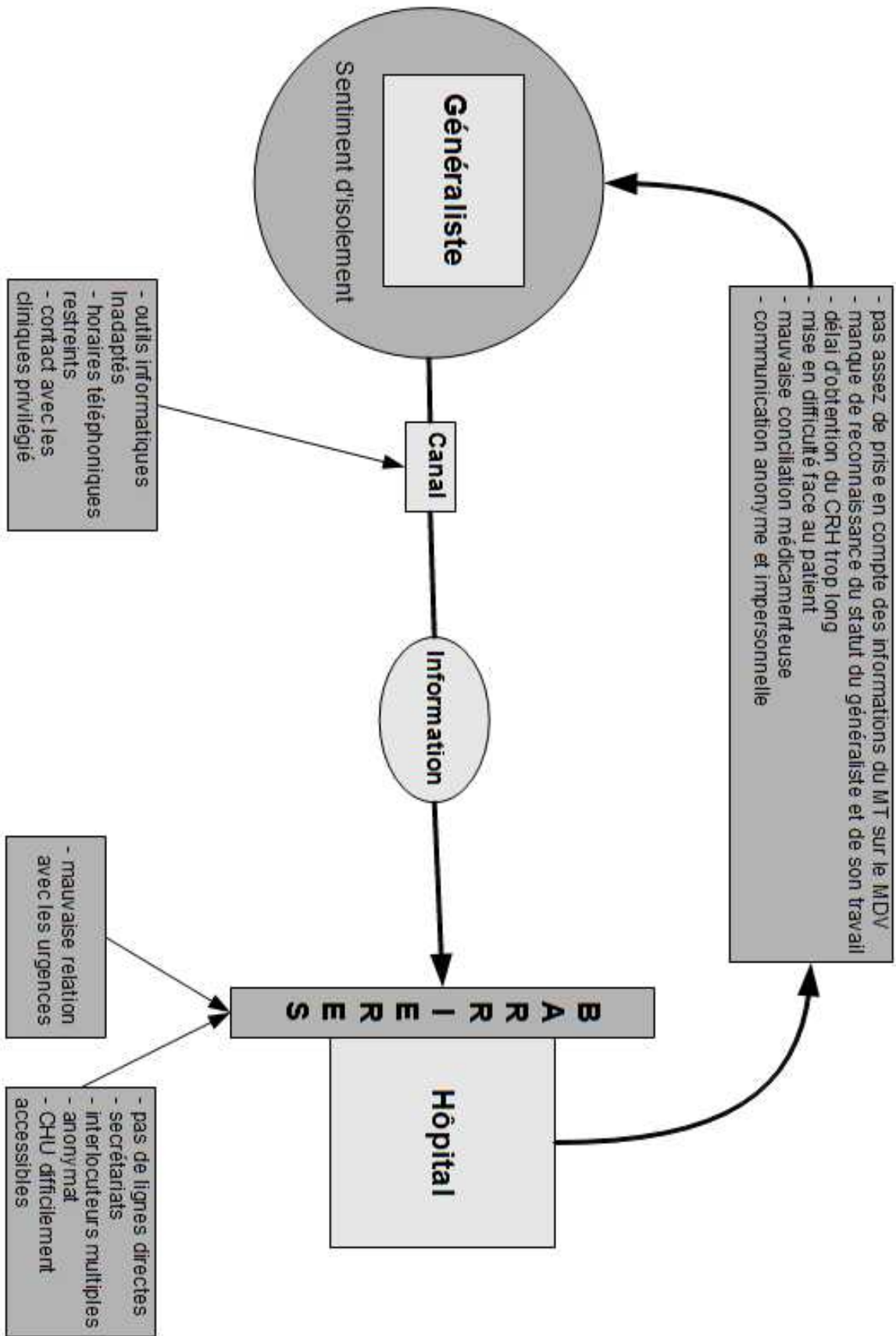


Schéma 2. Représentation schématique des résultats

V - DISCUSSION

Notre étude a permis d'apporter de nouvelles données explicatives sur la compréhension du déficit de communication entre la ville et l'hôpital. Nous avons pu mettre en évidence après analyse des entretiens :

- des difficultés d'accès à l'hôpital ; en raison des barrages formés par les secrétariats et les standards téléphoniques, de la difficulté pour les jeunes médecins d'établir des contacts privilégiés faute de connaître leurs interlocuteurs. Ces difficultés d'accès concernent essentiellement les CHU et les CHR, puisque les médecins interrogés ont une vision plutôt positive de la communication avec les établissements privés.
- des relations conflictuelles avec les services d'urgences, principale porte d'entrée de l'hôpital
- un manque de reconnaissance du statut de généraliste et une méconnaissance par les hospitaliers des pratiques de ville, entraînant un retard dans la transmission de l'information et une mauvaise prise en compte des données sur le patient détenues par le médecin traitant
- une volonté de ne pas interférer dans la prise en charge hospitalière, mais de pouvoir apporter son point de vue sur les décisions thérapeutiques grâce à une meilleure connaissance du patient et de son environnement
- un impact du manque de communication sur la continuité des soins avec des généralistes mis en difficultés face au patient
- une inadéquation entre la volonté d'utiliser les outils informatiques pour communiquer, et le manque de praticité actuels de ces outils

D'autre part, nous avons pu confirmer de manière qualitative certaines données de la littérature telles que :

- l'importance d'encadrer la sortie d'hospitalisation
- le retard fréquent d'obtention des CRH
- la demande de formation des généralistes par et avec les médecins hospitaliers, dans le but de mieux se connaître

1. Discussion des principaux résultats

Difficulté d'accès à l'hôpital

- Le standard de l'hôpital et les secrétariats sont principalement montrés du doigt, puisqu'ils constituent des filtres ou des barrières, empêchant ou retardant l'accès à l'information.

Les généralistes sont demandeurs de création d'annuaires spécifiques à leur attention permettant une mise en relation directe avec le spécialiste concerné. Une piste d'amélioration serait donc de généraliser dans les hôpitaux la création de plate formes téléphoniques dédiées aux généralistes. Dans son travail, Sailliol(35) montre que 90% des généralistes jugent la création de tels outils utiles pour joindre les spécialistes. L'hôpital de Lille a par exemple créé une plateforme téléphonique dédiée exclusivement aux médecins généralistes nommée *Hop'line CHRU*, permettant d'entrer directement en contact avec les médecins du CHRU, pour avis instantané, rendez-vous ou hospitalisation. Dans le même esprit, le CHRU de Nancy a développé un outil similaire nommé *Vill'Hôp*. Cependant, ces lignes directes sont créées pour le moment dans des CHU et n'existent pas encore dans les centres hospitaliers de proximité.

- Les médecins interrogés dans notre étude rapportent une communication plus aisée avec les cliniques privées, ce qui est retrouvé dans la thèse de Giraud(4) La meilleure connaissance du monde libéral par les praticiens exerçant en clinique est une des hypothèses avancées, ils seraient plus à même de comprendre les problématiques des généralistes et se rendraient plus disponibles car sensibilisés à ce sujet. L'efficacité des secrétariats des cliniques est également mise en avant par les médecins interrogés ; nous retrouvons donc le résultat cité plus haut, de façon indirecte. Il faut peut-être aussi prendre en compte le mode de fonctionnement des cliniques privées, plus proche de l'entreprise, où la communication est alors véritablement institutionnelle et a pour objectif de valoriser l'image de la clinique auprès des acteurs de soins et des patients.

Des rapports particulièrement difficiles avec leurs confrères urgentistes

Nous avons retrouvé dans ce travail une plainte récurrente vis-à-vis des rapports et de la communication avec les services d'urgences des hôpitaux. Les urgences cristallisent à elles seules l'ensemble des difficultés de communication entre la ville et l'hôpital ; les

correspondants sont nombreux, changeants, difficilement accessibles, l'information concernant l'hospitalisation ou la sortie du patient est rarement transmises au généraliste, et les résultats des examens complémentaires réalisés ne parviennent pas non plus au médecin traitant. Ces données sont concordantes avec la littérature ; Sailliol(35)retrouve que pour 55% des médecins traitants, la relation avec les urgentistes est à améliorer. Il est reproché aux médecins des urgences de ne pas informer les généralistes de l'hospitalisation de leur patient ; en effet, le généraliste n'est pas informé de l'hospitalisation de son malade par les urgences dans 74% des cas(36). Un autre problème soulevé est celui de l'accès par les généralistes aux examens réalisés aux urgences, puisque souvent non informés de ce qui a été réalisé, il existe un risque de répétition des examen biologiques ou d'imagerie avec un surcoût potentiel. Une étude australienne(37)montre que 40% des médecins généralistes n'ont pas accès aux examens complémentaires réalisés aux urgences. Cependant, la multiplicité des intervenants est propre au fonctionnement d'un service d'urgence, et l'information de l'hospitalisation du patient peut également être réalisée par le service d'aval. Il serait en revanche intéressant de systématiser l'utilisation d'un compte rendu type, pourtant présent dans de nombreux service d'urgence, à remettre au patient à la sortie et contenant les principales informations et résultats d'examens(38). Par ailleurs les relations interprofessionnelles seraient peut-être améliorées par l'existence d'un interlocuteur unique au sein des urgences, dont le rôle serait de répondre aux demandes des médecins généralistes. Cela peut être une tâche dédiée au médecin de tri et de régulation.

Le sentiment de manque de reconnaissance

Un point important et récurrent souligné dans notre étude est le sentiment du généraliste de ne pas être considéré par ses confrères hospitaliers. Il semblerait que la relation soit gênée par leur statut de généraliste et la vision que les professionnels hospitaliers ont d'eux. Il est difficile d'expliquer précisément ce ressenti ; nous pouvons avancer comme hypothèse une méconnaissance de la pratique des généralistes par les hospitaliers, ou bien encore les différences de parcours et de formation. Il serait intéressant d'obtenir le point de vue des spécialistes afin d'être plus objectif sur ce point. Malgré tout, plusieurs études tendent à montrer que le fait d'être généraliste est en soi un frein à la communication, en opposition au fait d'être spécialiste libéral. Dans une étude réalisée par l'hôpital Bichat(29), les difficultés de communication liées au statut de généraliste sont mises en évidence puisque il est retrouvé que les spécialistes hospitalisent plus aisément leurs patients que les généralistes (71% contre

65%), ils sont moins nombreux à se plaindre de l'absence de correspondants privilégiés que les généralistes dans les difficultés d'accès à l'hôpital (3% contre 9%), et ils parviennent à joindre plus facilement un confrère hospitalier (65% des spécialistes libéraux contre 52% des généralistes). Le manque de considération est retrouvé également dans cette étude, puisque 48% des généralistes pensent que la place du médecin traitant est négligée. De plus, les internes sont plus nombreux à joindre les généralistes (78%), alors que les spécialistes libéraux sont contactés par un médecin senior dans 61% des cas.

Cette attitude semble être relativement récente puisque les médecins plus anciens interrogés retrouvaient une dégradation des relations avec les spécialistes hospitaliers avec le temps.

Quelle place pour le médecin traitant durant l'hospitalisation ?

Les médecins interrogés dans notre étude avaient recours à l'hôpital pour leur apporter une aide technique ou bien les aider à sortir d'une impasse diagnostique ou thérapeutique. Ils ne semblaient pas voir l'hospitalisation comme une fatalité mais comme une continuité du processus de soins initié en ville. Peu d'entre eux étaient désireux de participer activement à la prise en charge du patient hospitalisé, reconnaissant leur manque de compétences dans certaines spécialités, et faisant entièrement confiance à leur confrère hospitalier. Cependant, il semblait important pour eux d'apporter leur vision globale du malade dans son environnement, dont la connaissance par l'hôpital pouvait engendrer des modifications dans la prise en charge. Par ailleurs, ils n'avaient pas l'impression que l'hôpital cherchait à entrer en contact avec eux, ne serait-ce que pour les informer d'un événement important, et qu'ils étaient toujours les initiateurs des appels téléphoniques.

Les données de la littérature étudiées montrent au contraire une demande plus importante des généralistes à participer activement aux décisions hospitalières(39). En revanche le caractère unilatéral de la communication est retrouvé, puisque 33% des médecins considèrent la communication comme unidirectionnelle(2), et que les spécialistes méconnaissent le travail du médecin traitant et n'utilisent pas assez les informations disponibles auprès de lui à propos du patient(40). Les connaissances du généraliste sur l'environnement du patient et son environnement sont rarement demandées ou transmises à l'hôpital, elles ne figurent que dans 47%(20) des compte-rendus.

Notre travail montre donc, que l'implication du médecin traitant lors de l'hospitalisation d'un patient ne consiste pas à prendre part aux décisions de traitement, mais à apporter un point de

vue global sur le patient dans son environnement qui peut dans certains cas modifier la prise en charge.

La transition vers la communication informatique

Le travail réalisé montre une certaine ambivalence dans l'attitude des généralistes face aux outils de communication informatique tels le contact d'un spécialiste par mail ou bien la transmission de CRH ; si la plupart des médecins sont d'accord pour reconnaître les avantages potentiels de ces techniques, ils se méfient de leur utilisation au quotidien avec le risque d'être saturés d'information.

Pourtant l'utilisation de courriers informatiques diminue de manière significative le délai d'obtention du compte rendu d'hospitalisation. Le taux de réception des CRH est également plus important par mails (73,9%), comparativement au courrier classique (43,8%) ou bien à la remise en main propre du patient (24,2%)(41). Par ailleurs, ce résultats contraste avec des études quantitatives où les médecins traitants considéraient le mail comme le meilleur moyen de transmettre les informations de sortie du patient pour 56,2% d'entre eux(16).

Aucun des médecins interrogés n'a évoquer le Dossier Médical Partagé (ancien dossier médical personnel), pourtant élément central dans l'amélioration de la transmission de l'information entre les différents praticiens soignant le patient. Le fonctionnement du DMP, instauré par la loi du 13 Août 2004, est encore mal connu par les généralistes(42), ce qui explique probablement la faible proportion de dossiers créés à l'heure actuelle. D'autre part, le surcoût engendré par la création de ces dossiers constitue également un frein à son développement.

D'autres méthodes de communication et de transmission de l'information par voie informatique existent ; c'est le cas des messageries professionnelles sécurisées. La plus utilisée en France est Apicrypt(43), qui permet à presque 20% des généralistes français de recevoir par courriel crypté et sécurisé des résultats biologiques, ou bien des courriers concernant leurs patients. Le problème réside dans le fait que peu d'hôpitaux sont encore abonnés à cette messagerie, contrairement aux nombreux généralistes et spécialistes libéraux.

La confirmation de données quantitatives

- La sortie de l'hospitalisation est retrouvée comme étant un moment capital de la communication entre la ville et l'hôpital.

Les médecins de l'étude ont exprimés leur intérêt à être plus fréquemment associés au projet de sortie de patient, puisque ce sera à eux de poursuivre la prise en charge débutée à l'hôpital et d'assurer la continuité des soins. Feintrenie(44) dans sa thèse de 2010, montre que plus de deux tiers des généralistes ne sont pas interrogés pour organiser le retour à domicile d'un patient ce qui entraîne une insatisfaction chez 75% d'entre eux. Kripalani(22) retrouve une implication du médecin traitant dans seulement 3% des sorties. Pourtant, associer le généraliste à la sortie, et l'impliquer au projet de soins du patient améliore de manière significative le degré de satisfaction du généraliste vis-à-vis de la communication, celui-ci passe de 48% à 96%(45) après intégration du médecin traitant au projet de soins.

Concernant les ordonnances de sortie, nous avons remarqué dans notre étude que les généralistes étaient en difficulté face au patient, puisqu'il n'avait pas forcément les informations concernant les arrêts de traitement ou les modifications apportées. Par ailleurs ces modifications manquaient parfois de justification. Ces résultats sont concordants avec d'autres études(21), où l'on retrouve que les traitements arrêtés sont mentionnés dans 46% des CRH et les justifications de ces arrêts figurent dans seulement 42% des cas.

Afin d'améliorer la transmission de l'information à la sortie, plusieurs solutions sont envisagées dans la littérature ; la généralisation du compte-rendu provisoire est considérée comme une bonne idée pour 51% des généralistes(44), la transmission par fax au médecin traitant du compte-rendu lors de la sortie peut également être intéressante(46). Les généralistes attendent de l'hôpital une plus grande rapidité dans la transmission de l'information, 57,85% d'entre eux(16) souhaitent que les données de sortie du patient soient transmises le jour même.

Le patient à sa sortie de l'hôpital endosse souvent le rôle de transmetteur de l'information, comme on le retrouve dans plus de deux tiers des cas dans la littérature(22). Ceci provoque chez les généralistes interviewés une insatisfaction, puisqu'ils ont le sentiment que le patient ne possède peut être pas toutes les informations le concernant. Cette problématique renvoie à l'éducation du malade hospitalisé et à l'information du patient.

Un autre point soulevé par les médecins interrogés est le fait qu'ils ne sont pas prévenus du décès de leur patient. Ceci les place parfois en difficulté, puisqu'ils commettent parfois certaines maladresses envers la famille du patient. Dans la littérature, les médecins sont informés du décès de leur patient par un autre moyen que l'hôpital dans 50% des cas(44)

- Il existe un lien fort entre une bonne communication et la qualité de la continuité des soins. Notre étude met en évidence un lien entre le retard à la transmission de l'information et la qualité de la continuité des soins. En effet, il semble difficile de pouvoir traiter un patient récemment hospitalisé lorsque l'on n'a pas à disposition tout les éléments clés tels que les modifications thérapeutiques ou les derniers résultats biologiques. Les conséquences rapportées dans notre étude sont une perte de temps liée à la nécessité d'appels téléphonique pour avoir l'information, un risque de retour injustifié à l'hôpital, ou bien le non respect de la dernière ordonnance hospitalière. Pourtant les compte-rendus de sortie sont essentiels à la bonne prise en charge du patient par son médecin traitant, Hubert(2) montre que pour 90% des médecins généralistes de son étude, les informations reçues par l'hôpital modifient la prise en charge ultérieure ; ces données sont retrouvées dans d'autres ou les médecins généralistes sont demandeurs d'obtenir rapidement l'information car elle leur est utile pour la suite de prise en charge du patient en libéral dans 90,4% des cas(21). Les consignes de suivi et le traitement à la sortie de l'hôpital constituent le principal intérêt du CRH pour 75% des médecins généralistes(17). Les conséquences de ce délai de transmission de l'information en terme de qualité de soins sont également mises en évidence dans la littérature ; le suivi du patient est affecté de manière négative dans 24% des cas(22), et il existe une tendance à la ré-hospitalisation précoce en cas d'absence du compte-rendu(26).

- La rencontre directe avec les confrères hospitaliers est une attente forte de la part des médecins interrogés. Ils privilégient effectivement la connaissance de leurs interlocuteurs au travers de réunions de FMC, permettant de lever l'anonymat qui les limite dans leur crédibilité, et voient ces formations comme un moyen d'enrichir et de mettre à jour leurs connaissances.

Ces résultats sont concordants avec plusieurs travaux sur ce sujet. Dans sa thèse parue en 2014, Fabre(16), montre que 73,55% des généralistes considèrent la FMC comme un bon moyen d'améliorer les échanges, et 51,24% des médecins généralistes(16)voient dans ces réunions un moyen d'améliorer la communication. Les médecins généralistes comptent sur la participation de leur confrères spécialistes à ces FMC, 60% d'entre eux(19) pensent que les hospitaliers sont importants dans l'amélioration de leurs connaissances.

Concernant les résultats ci-dessus, nous n'avons pas pu apporter par le biais de notre étude de données explicatives supplémentaires.

2. Limites de l'étude

Notre étude comporte des limitations dans le choix de sa méthode pour répondre à la problématique posée.

Tout d'abord, Les médecins ayant répondu favorablement aux demandes d'entretien sont intégralement des médecins exerçant en secteur 1, la représentativité souhaitée n'est donc peut être par réelle. Ceci peut constituer un biais de sélection. On peut également penser que les médecins intéressés pour répondre aux questions de ce sujet sont ceux pour qui les carences de communication constituent un véritable problème dans leur pratiques et que leur point de vue vis à vis de la collaboration ville-hôpital est plutôt négatif.

De plus, du fait de la diversité du territoire étudié, un échantillon plus important de médecins aurait pu être proposé. Il est difficile d'affirmer qu'au terme des dix entretiens, nous soyons arrivés à une saturation complète des données.

D'autre part, il n'y a pas eu lors de l'analyse des données, une double lecture des codes, ni de vérification de ces codes auprès des participants, permettant ainsi une triangulation renforçant la validité interne de l'étude. Il peut donc exister un biais d'interprétation dans l'analyse des résultats.

VI – CONCLUSION

Grâce à une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes exerçant dans le même département, nous avons tenté de comprendre les ressentis face au déficit de communication entre la ville et l'hôpital. Le but était de déterminer les éléments entravant cette communication de leur point de vue.

Nos résultats montrent des problèmes persistants, essentiellement d'ordre relationnels et comportementaux, faisant réellement obstacle à l'amélioration de la communication ville-hôpital. En effet, les médecins généralistes ont le sentiment de ne pas être considérés à leur juste valeur par leurs confrères hospitaliers ; ils avancent entre autre une méconnaissance de leur travail par ces derniers. Ceci engendre un sentiment d'isolement des médecins généralistes, qui s'ajoute au manque d'information objectif lors de la sortie du patient, provoquant une mise en difficulté du généraliste dans son rôle de coordonnateur du parcours de soins, menaçant la qualité de la continuité des soins.

Premièrement, les outils de communication ont besoin d'être perfectionnés ; les plate-formes téléphoniques dédiées aux généralistes dans les hôpitaux doivent se généraliser afin de limiter les barrières à l'accès aux spécialistes, et l'utilisation des outils informatiques par les médecins libéraux et les hôpitaux doit bénéficier de campagnes de promotion.

Deuxièmement, les médecins généralistes souhaitent une communication plus directe, plus humaine dans leur relation avec l'hôpital.

Les améliorations peuvent s'inscrire à différents niveaux ; à l'échelle individuelle avec la nécessité d'améliorer les relations confraternelles entre généralistes et hospitaliers, à l'échelle locale avec la mise en place de formations interprofessionnelles permettant la mise en contact des professionnels de santé de la région, et à l'échelle nationale avec le développement du dossier médical partagé et le respect des recommandations concernant la sortie du patient hospitalisé. Des études quantitatives pourraient venir valider ces démarches.

En apportant certaines données nouvelles, ce travail permet de mieux comprendre les difficultés de communication entre la médecine de ville et l'hôpital. Cependant, des limites méthodologiques empêchent de préciser certains éléments ressentis. Il serait intéressant de

compléter ce travail, en axant les recherches sur le manque de considération décrit par les généralistes, et en recueillant cette fois le point de vue des spécialistes hospitaliers, par une étude qualitative de plus grande ampleur.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 décembre, 1970. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr
2. Hubert, G. : La circulation de l'information médicale: évaluation du lien complexe ville-hôpital. Thèse d'exercice : Médecine : Paris : 2006.
3. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. 2009 Oct;38(10):1404-9.
4. Giraud M. Coopération ville-hôpital: le point de vue des médecins généralistes. Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble : 2010.
5. Jourdain, J. A propos de la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital (enquête concernant le CHU de Poitiers). Thèse d'exercice : Médecine : Poitiers : 2009.
6. Weaver W, Shannon CE, Cosnier J, Dahan G. Théorie mathématique de la communication. Retz-CEPL; 1975.
7. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr
8. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2003). Dossier du patient: amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Guide pratique. Paris: ANAES.
9. Larcher, G. (2008). Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital. La documentation française.
10. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr
11. Code de Déontologie médical, 2012. Conseil national de l'Ordre des médecins
12. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2001). Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris: Anaes.
13. Rapport de l'expérimentation nationale : Audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé, Juin 2006, HAS
14. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2003). Dossier du patient : réglementation et recommandations. Paris: Anaes.
15. Dormard, C., & Clavero, J. (2006). La continuité des soins en ville après une hospitalisation. URML Ile de France.
16. Fabre. L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées ? Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse : 2014
17. Delahaye. M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles

technologies dans la relation médecine de ville-hôpital. Thèse d'exercice : Médecine : 2015

18. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pr.* 1990 Nov 1;40(340):445–9.
19. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Jong BM, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res.* 2009 Aug 8;9(1):143.
20. Nham TT. Etude de la communication médecins généralistes-praticiens hospitaliers. Thèse d'exercice : Médecine : Amiens : 2010.
21. Saunier-Segyo A. Compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes. Thèse d'exercice : Médecine : Rouen : 2012
22. 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 Feb 28;297(8):831–41.
23. Roughead EE, Kalisch LM, Ramsay EN, Ryan P, Gilbert AL. Continuity of care: when do patients visit community healthcare providers after leaving hospital? *Intern Med J.* 2011 Sep;41(9):662–7.
24. Harding J. Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice. *J R Coll Gen Pract.* 1987 Nov;37(304):494–5.
25. Arora VM, Prochaska ML, Farnan JM, D'Arcy M, Schwanz KJ, Vinci LM, et al. Problems After Discharge and Understanding of Communication with their PCPs Among Hospitalized Seniors: A Mixed Methods Study. *J Hosp Med Off Publ Soc Hosp Med.* 2010 Sep;5(7):385–91.
26. van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med.* 2002 Mar;17(3):186–92.
27. Coutellier M, Mouly S, Delcey V, Lopes A, Lloret-Linares C, Bergmann J-F. [What happens to therapeutic changes decided during hospitalization in an internal medicine ward? A two-month single-centre prospective study in France]. *Rev Médecine Interne Fondée Par Société Natl Française Médecine Interne.* 2014 Aug;35(8):498–502.
28. Isaac DR, Gijsbers AJ, Wyman KT, Martyres RF, Garrow BA. The GP-hospital interface: attitudes of general practitioners to tertiary teaching hospitals. *Med J Aust.* 1997 Jan 6;166(1):9–12.
29. Wattiaux, M. J., Lauret, T., & Macrez, A. (2007). Relations médecine de ville-hôpital. Une enquête du CHU Bichat–Claude-Bernard. *Revue hospitalière de France*, 516, 66-9.
30. Île-de-France, A. R. S. (2012). Schéma d'organisation des soins. Le volet hospitalier, médecine d'urgence.

31. Côte, L., & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*, 3(2), 81-90.
32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142–5.
33. Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Analysing and presenting qualitative data. *Br Dent J*. 2008 Apr 26;204(8):429–32.
34. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ*. 2000 Jan 8;320(7227):114–6.
35. Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. Thèse d'exercice : Médecine : Bordeaux : 2014
36. Trautmann, J. Evaluation de la communication du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau envers les médecins généralistes. Thèse d'exercice : Médecine : Nancy: 2009
37. Lane N, Bragg MJ. From emergency department to general practitioner: evaluating emergency department communication and service to general practitioners. *Emerg Med Australas EMA*. 2007 Aug;19(4):346–52.
38. Carneiro B, Paré F, Roy PM, Fanello S. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes. *Santé Publique*. 2014 Mar 15;Vol. 26(2):165–72.
39. Beden, C., Francois, P., Beaudouin-Bertrand, D., & Caligula, F. (2001). Attentes et satisfaction des medecins generalistes vis-a-vis d'un hopital universitaire. *Journal d'Economie Medicale*, 19(4), 263-278.
40. Balla JI, Jamieson WE. Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals. *Med J Aust*. 1994 Dec 5;161(11-12):656–9.
41. Chen Y, Brennan N, Magrabi F. Is email an effective method for hospital discharge communication? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. *Int J Med Inf*. 2010 Mar 1;79(3):167–72.
42. Oumakhlouf L. Le dossier médical personnel (DMP), enquête auprès de médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs besoins de formation. Thèse d'exercice : Médecine : Paris : 2014
44. Dufrenne J. Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins : la messagerie sécurisée de santé utilisée par les médecins généralistes. Thèse d'exercice : Médecine : Antilles-Guyane ; 2011
45. Feintrenie. C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Thèse d'exercice : Médecine : Nancy : 2010.
45. Marks MK, Hynson JL, Karabatsos G. Asthma: communication between hospital and general practitioners. *J Paediatr Child Health*. 1999 Jun;35(3):251–4.

46. Paterson JM, Allega RL. Improving communication between hospital and community physicians. Feasibility study of a handwritten, faxed hospital discharge summary. Discharge Summary Study Group. Can Fam Physician. 1999 Dec;45:2893–9.

ANNEXES

PRESENTATION

Dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale, j'effectue une étude qualitative sur les relations du généraliste avec le monde hospitalier, son ressenti quant à son implication dans la prise en charge du malade hospitalisé et son comportement face au déficit en communication souvent rencontré.

Il s'agit d'entretiens semi directifs, anonymes, enregistrés pour une retranscription fidèle.

1 – GENERALITES :

- type d'exercice, activité en dehors du cabinet (notamment hospitalière)
- formation spécifique / participation à un réseau de soins
- installé / remplaçant
- années d'installation
- enseignements à la faculté /maitre de stage

2 - REPRESENTATION DE L'HOPITAL :

- Que représente pour vous le monde hospitalier ?
- Que vous apporte-t-il ?

3 - COMMENT ENTRER EN COMMUNICATION AVEC L'HOPITAL :

- Quelles stratégies avez vous développer ?
- Que pensez-vous de votre réseau de correspondants ?
- Que pensez-vous de l'accessibilité des différents centres hospitaliers vous entourant ?

4 - RAPPORT AVEC LES MEDECINS HOSPITALIERS

- Quel rapport/relation entretenez-vous avec vos confrères hospitaliers ?
- Avez-vous le sentiment de collaborer, d'échanger ?
- vous sentez vous impliquer dans la prise de décision et dans la prise en charge des malades ?
- Qualité de l'information retransmise

5 – QUELLE RETOUR D'INFORMATION ET IMPACT SUR LA CONTINUTE DES SOINS ET LA RELATION AVEC LE PATIENT

- Que pensez-vous du retour de communication de l'hôpital ?
- Qu'attendez vous de l'hôpital lors de la sortie du patient ?
- Comment pensez-vous de la continuité des soins après hospitalisation ?

6 – LIMITES/FREINS A LA BONNE COMMUNICATION VILLE HOPITAL, COMMENT AMELIORER CETTE COMMUNICATION

- Comment pourrait-on selon vous améliorer la communication ?
- Quelle est pour vous la place des outils informatiques ?
- Avez-vous le sentiment que la communication se fait dans les deux sens ?

Exemple de retranscription d'un entretien : Entretien M1

ENTRETIEN M1 (M) – 08/10/2015 - 41mn

1 - GENERALITES

- type d'exercice : libéral, activité urbaine
- participation réseau Joséphine (Gérontologie et soins palliatifs)
- années d'installation : 30 ans
- pas de rôle d'enseignant ou maître de stage

2 – REPRESENTATION DU MONDE HOSPITALIER

Q – Donc nous allons commencer l'entretien à proprement parler ; quelles sont vos représentations de l'hôpital et du monde hospitalier en général ?

R – Bonnes...

Q – Bonnes, développez un petit peu plus.

R – Et bien la représentation c'est à dire dans la communication ou bien l'efficacité,,

Q – En règle général, sur la communication en elle même et...

R – Disons que en voie descendante en général, l'hôpital adresse des courriers, je dis bien en général... J'ai probablement moins de courriers heu, de l'hôpital publique que des cliniques privées, c'est à dire que les intervenants des cliniques privées écrivent quasiment systématiquement – je dis pas toujours – avec un courrier qui arrive très vite après la consultation ; le monde hospitalier publique c'est très très variable. L'hôpital d'Eaubonne, parce que c'est l'hôpital de proximité, n'est pas parmi les plus efficace... heu... pas parmi les plus rapides, ça dépend des services, mais ça peut être très long pour certains services, et un peu moins long pour d'autres... Et certains intervenants pas du tout. Le monde hospitalier parisien, je dirais, à la limite est plus efficace ; d'une façon générale moi j'ai remarqué que plus on a des patients suivis par des gens qui sont élevés dans la hiérarchie médicale, plus le retour de courrier – je parle simplement des courriers – est rapide et assez riche.

Après la communication verbale par téléphone c'est encore autre chose...

Q – C'est un des points que l'on va aborder par la suite, mais vous avez une représentation plutôt positive heu...

R – Oui oui, globalement, globalement c'est... mais ce que je peux reprocher, car ce sont toujours les reproches qui sont plus constructifs, ce que je reproche heu... à l'hôpital public et à Eaubonne en particulier, c'est la lenteur de l'information...

Q – D'accord...

R – L'information écrite qui représente quand même la majorité des rapports qu'on a avec le monde hospitalier, c'est l'écrit. Voilà, en ce qui me concerne

Q – Ensuite nous allons aborder les manières d'entrer en communication avec l'hôpital.

3 – ENTRER EN COMMUNICATION AVEC L'HOPITAL

Q – Est-ce-qu'il y a des stratégies que vous avez développer ? Avez vous des correspondants privilégiés ?

R – Alors oui. Quand il s'agit... heu... je crois que c'est au cas par cas en pratique... Disons que globalement quand il s'agit d'une urgence j'ai deux stratégies : c'est un courrier bien entendu hein, le patient est adressé avec un courrier... Soit j'appelle les pompiers ou le SAMU, heu, quand cela me semble être une urgence, disons moyenne ou grande urgence ; soit je n'appelle pas les pompiers ou le SAMU, j'envoie directement le patient avec la lettre, et si je peux, je

téléphone aux urgences pour leur signaler l'accueil du patient. Mais, souvent, je n'arrive pas à avoir les urgences au téléphone.

Q – hmmm...

R – Il y a une difficulté – ce n'est pas toujours le cas – la dernière fois que j'ai téléphoné, je crois que c'est la semaine dernière, j'ai eu tout de suite l'interne des urgences au téléphone, pour moi c'était un miracle, mais ce n'est pas facile... Ils sont peut être surchargés, etc etc, et voilà.... Petit reproche que je ferais aux gens que l'on a au téléphone, ils ne se présentent JAMAIS... Donc je suis obligé de demander "mais à qui je m'adresse ?"

Q – Il y a un anonymat ?

R – Bah d'emblée oui, "bonjour je suis le Dr R à Montmorency, je vous adresse une personne... oui très bien... mais qui êtes vous ?" Est-ce que c'est l'infirmière, est ce que c'est l'aide soignante, est ce que c'est quelqu'un qui passe dans le couloir, est ce que c'est un médecin ? C'est souvent comme ça ; ça c'est pour les urgences...

Q – D'accord. Et pour les hospitalisations directes justement, est-ce-que vous arrivez à faire hospitaliser les gens directement dans les services ?

R – C'est beaucoup plus... Alors je m'y prend sans doute mal, mais il faut tomber sur le spécialiste, il faut tomber sur lui. Alors en ce qui concerne Eaubonne puisque la encore, je suis proche d'Eaubonne ; lorsque c'est de la médecine je téléphone en général au Dr S ou à Mme V qui sont les deux pour qui on a une ligne directe, un numéro réservé pour les médecins, et donc je leur expose le problème et ils voient si c'est une hospitalisation différée ou pas et si ils peuvent prendre la personne... heu... Le gros souci qu'on a ici c'est la gériatrie je trouve, puisqu'il y a une population âgée importante et c'est très difficile de faire accepter quelqu'un en gériatrie directement parce que faute de place tout simplement, donc la, malheureusement, on passe par les urgences... Moi j'essaye de signaler, parce qu'on a une ligne téléphonique privilégiée pour les gériatres, de téléphoner "donc voilà j'ai envoyé une personne aux urgences qui a tel âge et qui etc...". Théoriquement, théoriquement, la gériatrie a mis en place au sein de l'hôpital, ils ont, un protocole commun avec les urgences dès qu'une personne d'un certain âge arrive il fassent appel au gériatre ; je ne sais pas si ça fonctionne. J'essaye, j'essaye, c'est pas facile, c'est vraiment pas facile.

Q – Et à ce niveau là vous trouvez qu'il existe une différence entre les cliniques privées et l'hôpital publique ?

R – Alors, oui, parce que... Alors le privé c'est très rarement la médecine, c'est beaucoup plus souvent la chirurgie, et en général on a le chirurgien, y'a pas de problème, parfois on a même le chirurgien au bloc en train d'opérer. Ça m'est arrivé de tomber sur le chirurgien et je ne savais pas qu'il était en train d'opérer. Je sais pas, ils ont un microphone branché, etc. L'hôpital, quand vous connaissez certaines personne vous arrivez à les avoir, mais c'est moins facile, c'est moins facile... L'hôpital publique c'est beaucoup moins facile d'avoir le spécialiste. Vous tombez en général sur un barrage, la secrétaire : "il peut pas vous répondre, il est en consultation..." Je lui dit moi aussi je suis en consultation et quand on me téléphone je décroche, heu, voilà.... ou il est en réunion, ou en colloque ou etc... C'est malheureusement, depuis 30 ans, j'ai remarqué que c'est quand même beaucoup plus difficile d'avoir un spécialiste hospitalier en tant que médecin généraliste hein... Je serais spécialiste peut être que ce serait différent. Mais c'est un peu plus difficile quand même que dans le monde privé, effectivement...

4 - RAPPORT AVEC LES MEDECINS HOSPITALIERS

Q – Justement vous disiez "en tant que médecine généraliste"... Quel est votre rapport confraternel avec les médecins hospitalier ? Vous considérez vous d'égal à égal ? Pensez-vous qu'ils connaissent votre pratique ?

R – Oui, enfin en ce qui me concerne, heu, oui je pense qu'il n'y a pas de dysfonctions... Ils sont peut être...heu... Oui il se rendent compte de plus en plus des difficultés qu'ont les médecins généralistes effectivement, de la somme de travail, et puis du temps, du temps de présence dans leur cabinet. Je pense qu'ils s'en rendent compte plus aujourd'hui qu'il y a 30 ans, effectivement. On parle beaucoup des dissensions entre les urgences et les médecins généralistes, je lisais encore avant que vous arriviez un article la dessus, ou les urgentistes considèrent que les généralistes sont responsables de l'afflux des patients aux urgences parce qu'ils ne sont pas présents dans leur cabinet... Bon, je pense que certains le pense bien sur, mais ils doivent bien savoir qu'on fait beaucoup d'heure et que c'est plus un problème de désertification médicale que d'absence du médecin dans son cabinet... Mais bon, non, ça se passe bien, globalement, après y'a toujours des gens méprisants c'est vrai, mais c'est pas légion.

Q – Avez un sentiment de collaborer ? D'échanger ? Y a t-il une réciprocité dans la prise en charge du malade ?

R – J'irais pas jusque là... Je pense que c'est un souci d'information... Mais c'est évident quand moi j'adresse un patient dans un service spécialisé en oncologie par exemple, il est évident que je n'ai aucun mot, que je n'ai rien à dire sur le protocole qui va être mis en place ; c'est pas ma spécialité du tout... Je fais entièrement confiance à mon collègue, et je vois pas trop ce qu'il aurait à me demander...

Q – Et inversement, vous pensez que les médecins hospitaliers ont confiance en les généralistes qui leur adressent les patients ?

R – Je pense qu'ils ne peuvent pas faire autrement, parce qu'eux même sont débordés, et qu'on leur demande maintenant de faire des hospitalisations courtes et d'envoyer les gens en ville, voilà... Mais heu, on a nos limites... Ils savent très bien qu'on est limités dans leur spécialité. On jette une bouteille à la mer et puis on dit bah tiens, on va peut être la rapporter à la personne qui l'a jeté quoi (rires)... Moi je fais ce que je peux, je ne sais pas si ils ont entièrement confiance dans le médecin ; ils peuvent pas faire autrement, je crois que c'est comme ça, et nous on ne peut pas faire autrement non plus... heu... Ce qui est vrai c'est que, après on entre dans des détails hein, mais on parlait en oncologie parce que c'est là où les rapports devraient être peut être plus... affirmés... Moi je reçois pratiquement toujours des courriers très détaillés, mais heu, de temps en temps, il me serait agréable d'avoir une démarche à suivre, suivant tel ou tel problème, parce que... je ne peux pas tout savoir, en plus tout évolue très vite... Et des fois je me dis, mince, qu'est ce que je vais faire si il arrive tel truc... Après y'a plus qu'a envoyer le patient à l'hôpital... Alors que peut être dans certaines situations, si j'avais des idées directrices ou des protocoles, "si il vous arrive ça, vous pouvez proposer ça au patient etc..." Ce qui ferait gagner du temps certainement, ce qui me rassurerait aussi parce qu'on a aussi besoin d'être rassurer nous généralistes, il faut pas croire (rires)...

Q – Nous allons revenir sur le retour d'information et l'impact que cela peut avoir sur la continuité des soins. Juste une...

R – Je pense que c'est la rapidité d'information aussi qui est très importante aussi, quand vous avez un patient qui vient vous voir en disant "je sors de l'hôpital il y a 10 jours, et on m'a dit de venir vous voir", je lui répond alors je suis désolé, je n'ai toujours pas reçu votre courrier, je ne sais pas ce qu'on vous a fait, je ne sais pas quel est le protocole etc... C'est l'élément peut être le plus important, c'est la rapidité du retour d'information.

Q – Du coup vous vous sentez....

R - Ah ben, à un moment donné on est dans une impasse, moi je dis aux gens, très souvent, ah ben je suis désolé on va attendre... Alors je peux toujours téléphoner mais... je travaille 12-13 heures d'affilé, et téléphoner à l'hôpital, comme je le disais tout à l'heure, c'est vous heurter... sans parler qu'a 16 ou 17h il n'y a plus de secrétaires, etc... Quand je téléphone à l'hôpital, je téléphone au moins trois fois pour avoir le retour d'information. La première fois

on me dit "il peut pas vous répondre parce que le médecin est pas là", après on me dit "ah ben je suis désolé il est parti"... c'est très souvent comme ça... après on me dit "bah là il est aller manger" heu... etc, donc en général il faut que je téléphone à l'hôpital au moins Trois fois pour avoir une information directe. Et puis parfois je tombe sur la secrétaire qui me dit "secret médicale"... Alors ça à l'hôpital publique c'est très fréquent, vous téléphoner pour avoir... "ah je suis pas médecin je peux pas vous dire"... Bon très bien... " il faut que j'ai l'accord du médecin"... Enfin vous voyez, il y a des petites choses comme ça qui ralentissent l'information. On finit par avoir l'information, il y a une notion de rapidité, surtout aujourd'hui. Je vous donne un exemple, ou un contre exemple : quand je prescrit une examen de laboratoire qui est fait au laboratoire du coin, le patient fait la prise de sang le matin, le soir dans l'ordinateur, j'ai son résultat... Les patients sont habitués à ça, ce qui m'enquiquine bien d'ailleurs, ils me téléphonent en disant : "vous avez reçu mon résultat". Ils ont fait la prise de sang le matin et le soir il faut que je leur donne leur résultat. Si je prend le laboratoire de l'hôpital d'Eaubonne, je reçois le courrier, parce que ce n'est jamais par informatique, c'est toujours par courrier, alors qu'il existe des plate-formes informatique dédiées à cela, sécurisées ; je reçois le courrier du laboratoire de l'hôpital d'Eaubonne, allez, une semaine après...

Q – Hmmm....

R – Les gens sont habitués à une rapidité maintenant, ça nous stresse, mais bon on n'y peut rien, c'est comme ça. Donc moi j'aime bien que les courriers arrivent vite.

Q – D'accord. Juste une dernière question sur vos rapports avec les médecins hospitaliers, est-ce-que vous vous sentez impliquer parfois dans la prise décision ? Dans la prise en charge des malades ?

R – Non. La prise de décision non. Moi je... ça arrive...le chirurgien me téléphone... J'ai eu le cas par exemple la semaine dernière, ça faisait deux ans qu'on tergiversait pour opérer une patiente et puis finalement le chirurgien l'a opéré puisque la patiente allait de mieux en mieux sur le plan de l'état général et pouvait donc être opérée. La le chirurgien effectivement, a communiquer verbalement "Qu'est ce que tu en penses ?". J'ai dit, "je le ferais", si c'est chirurgicalement faisable et que l'anesthésiste est d'accord, je pense qu'il faut le faire. Donc voilà, il m'a juste demander mon avis, de temps en temps les spécialistes hospitaliers aiment bien savoir les habitudes de vie ou l'environnement familial, etc, pour la pris en charge. Mais sur la décision thérapeutique elle-même, est ce que je donne ça ou est ce que je fais ça ; non, on n'a pas tellement voix au chapitre. Ce qui ne me choque pas ; moi ça ne me choque pas du tout. La médecine devient tellement spécialisée... Voilà... Ceci dit je pense que, de temps en temps ils devraient – j'ai dans l'esprit certains types d'interventions comme la chirurgie bariatrique – il y a certains patients qui ont été opéré, personnellement si le chirurgien m'avait dit, m'avait demandé si j'étais d'accord ; je lui aurais dit : "écouter moi je ferais attention, le profil psychologique de la patiente ou du patient me semble pas tout à fait adapté". Dans d'autres pathologies et ça m'est arrivé plusieurs fois, notamment les pathologies canalaire, le canal carpien, ou il y a certains chirurgiens qui sont un peu rapides pour intervenir... J'ai deux cas ou je me suis dit "ça se passera mal", parce que je connaissais bien la patiente, psychologiquement, de tout façon, il y aura un échec ; et ça n'a pas loupé. C'est des histoires qui traînent, il y en a même une qui est allée au procès. Le chirurgien m'aurait demandé avant son avis sur ce problème là, il m'aurait dit "qu'est ce que tu penses de...", j'aurais dit "moi, je ferais très attention avant d'opérer". Mais c'est des situations ou disons que, il y'a un contexte psychologique particulier, et ça, parfois, le monde hospitalier n'y fait pas assez attention - mais ce n'est pas leur faute non plus - ils ne peuvent pas tout savoir, mais le mode de vie, les habitudes quand on connaît certaines personnes depuis longtemps, sur certaines chirurgies, qui ne sont pas des chirurgies obligatoires, on pressent que le chirurgien va avoir des problèmes (rires), et ils devraient peut être plus poser la question dans ces cas là, on ne peut

pas être affirmatif hein, mais... Il y a des patients, j'ai quelques cas très rares, je les vois revenir le leur dit "on vous a opérés ?", je me dis en moi-même, ça ne va pas bien se passer, et voilà... ça ne s'est pas bien passé...

Q – OK. Nous allons aborder maintenant le retour d'information et l'impact que cela peut avoir sur la continuité des soins, et la relation que vous pouvez avoir le malade.

5 – QUELLE RETOUR D'INFORMATION ET IMPACT SUR LA CONTINUITÉ DES SOINS ET LA RELATION AVEC LE PATIENT

Q – Vous avez déjà évoqué, certains points négatifs, notamment la lenteur du retour d'information... Qualitativement, quand vous l'avez ce retour est plutôt bon ?

R – Oui, oui oui oui... C'est surtout là-dessus que j'ai mis l'accent, c'est la lenteur du retour d'information du service public. Ils sont structurés, je pense, avec une administration lourde, etc, heu... Mais je vois à peu près comment ça fonctionne, j'ai discuté de ça avec un chef de service, qui est à la retraite maintenant, qui était patron à Montmorency, ou lui disais "écoutez c'est quand même fou, je reçois vos courriers 15 jours, 3 semaines après", il me dit "qu'est-ce que vous voulez, moi j'ai deux secrétaires, et il y en a une qui est en congé maternité, l'autre qui travaille 35 heures, le courrier il faut que je le signe une fois qu'elle l'a tapé et qu'après le vaguemestre admette le courrier à la boîte, et tout ça prend beaucoup de temps...". Quand vous demandez après aux médecins des cliniques privées comment ils font, bah le type, le patient est là pendant que le patient est là il dicte à la secrétaire le courrier et la secrétaire le tape sur l'instant. Il est mis à la boîte à lettres le lendemain matin et vous avez le courrier le surlendemain. C'est une méthodologie différente, voilà.

Q – Vous me disiez qu'il manquait certains éléments, sur les conduites à tenir...

R – Oui, c'est dans de situations, heu... Je pense que les médecins spécialistes, je pense à l'oncologie surtout, qui nous pose problème en ville, enfin moi personnellement, heu... je me demande si je suis dans une situation qui est normale ou si il faut retourner à l'hôpital etc... Je pense que ils sont tellement habitués à cette médecine de pointe, qu'ils ont une vision qui est extrêmement microscopique, qu'ils n'imaginent pas que le généraliste, il passe d'un angine à une personne qui a un cancer avec une thérapeutique hyper lourde, avec des produits que vous ne connaissez pas, et dont vous ne connaissez pas forcément les effets secondaires, je pense que ce serait bien que ce soit notifié dans le rapport... J'ai un exemple, qui n'est pas de l'oncologie mais qui est heu, un jeune garçon qui a été mis sous un protocole anti-TNF, avec un produit que je ne connaissais pas, je ne connaissais pas. C'était un produit qu'on ne trouve qu'à la pharmacie centrale des hôpitaux, moi je savais pas quelles étaient les risques ; donc j'ai demandé à la famille de contacter le médecin hospitalier pour avoir la notice du médicament. Bon, ce serait plus simple que ce soit systématique si vous voulez, et puis ça nous déstresse... Nous, ce qu'ils ne comprennent peut-être pas, c'est qu'on ne peut pas tout faire tout le temps, et ce qu'ils ne voient pas c'est que le patient est habitué à prendre un rendez-vous à 3 mois pour le spécialiste ; mais le généraliste il téléphone le matin pour le voir le jour même... Et on est tout seul, on n'a pas forcément de secrétaire, on n'a pas d'infirmière, on a rien. Donc il faut qu'on se dépatouille tout seul, et le patient devant nous, on dit "bon attendez je prend le téléphone". Vous prenez le téléphone et là ; y'a rien heu... Donc je dis, je suis désolé je n'ai pas l'information.

Q – Cela vous met en difficulté sur la prise en charge et la qualité des soins ?

R – Oui quand même, c'est une perte de temps, c'est ça surtout... On en est là maintenant... On veut grappiller chaque minute, c'est une perte de temps, sûrement... Alors des fois, je pense que ça peut arriver vers des retours à l'hôpital pour quelque chose ou ça n'était pas nécessaire, c'est possible...

Q – La sortie du patient elle-même. Êtes-vous impliqué ?

R – Toujours avec retard, moi je vois les patients et j'ai le courrier de sortie longtemps après.

Q – Les décès ?

R – Même chose.. Oui bien sur, en général c'est les familles qui nous préviennent. J'ai une patiente qui a été hospitalisé, je savais pas qu'ils étaient à l'hôpital, et je les revois, je dis "ça va ? Ah vous avez passer 15 jours à l'hôpital ? Je savais pas..." Ce qui m'arrive, c'est de recevoir les courriers de maisons de convalescence, après hospitalisation, et je ne savais même pas qu'ils avaient été hospitalisés.

Q – Votre relation avec votre patient en est-elle affectée ?

R – Non, non non... Les patients sont déçus, rouspètent, "comment ça se fait, vous n'avez pas reçu ?", je dis bah oui, moi je peux vous dire ce que je reçois, je ne peux pas vous dire ce que je ne reçois pas... Oui bien sur, ils aimeraient bien que, ils ont l'impression que, on est à l'ère d'internet, plein de gens sont très pressés. Par conséquent il faut se mettre sur le dos leur stress, et il faut essayer d'avoir l'information etc... Oui oui, bien sur...

Q – Et qu'attendez vous donc de l'hôpital dans sa communication ?

R – Qu'il aille plus vite c'est tout, voilà... Que ce soit systématique déjà, et puis complet bien sur... Mais ce qu'il manque c'est la rapidité du retour. Il y a un système qui a été mis en place avec l'hôpital d'Eaubonne, de communication par courrier crypté. Cela a été mis en place si je me souviens bien en juin 2014. Moi tout de suite j'ai signé, il fallait qu'on donne notre accord pour être sur cette plate forme, permettant d'avoir le... J'ai tout de suite signé, c'était Mme D, qui est la cardiologue d'hôpital, qui m'avait expliqué ça, et qui a dit "y'a pas de problèmes, y'a des médecins qui acceptent de se mettre sur cette plate forme", curieusement pas tous. Depuis juin 2014, j'ai reçu 5 courriers par ce biais là, ou 6, mais pas une dizaine... C'est amusant... Alors il y a un outil qui est mis en place mais qui n'est pas utilisé. Bon je ne vous parle même pas de l'outil lui-même qui est un peu lourd, comme toujours, ça ne peut pas être simple... (rires) La procédure pour avoir le courrier, il faut faire a peu près 6 clics, 6 fenêtres différentes pour avoir le courrier... bon bref... Mais le système est là et... De temps en temps je reçois un courrier du cardiologue, un diabétologue, un ou deux, et puis c'est tout... Voilà, je ne comprend pas... J'ai justement demandé "on ne reçoit presque rien?", on me dit qu'il y a des problèmes informatiques...

Q – D'accord... On va aborder la dernière partie relatives aux limites et freins à une bonne communication, vous avez abordé certains problèmes, la lenteur qui ressort notamment...

6 – LIMITES/FREINS A LA BONNE COMMUNICATION VILLE HOPITAL, COMMENT AMELIORER CETTE COMMUNICATION

Q – Y a t-il d'autres limites à la communication ?

R – Je pense que ce sont les filtres, quand on téléphone à l'hôpital... D'abord les intervenants hospitaliers changent régulièrement, vous ne savez pas, vous n'êtes pas au courant... "ah ben untel ne travaille plus là, il y en a un nouveau"... Vous ne saviez pas et vous ne connaissez pas ce nouveau... Bon... A un moment donné, l'hôpital d'Eaubonne avait fait un répertoire, c'était très bien, de l'ensemble des services, avec les téléphones de chaque intervenant etc... Ça c'était formidable, mais c'est totalement obsolète, c'est un truc qui a 10 ans, on peut le mettre à la poubelle carrément, les téléphones ont changés etc... Ce serait bien qu'ils refassent un outil comme ça je pense, c'était vraiment très très bien. Mettre en place des lignes directes, beaucoup plus qu'il y en a je pense, mais des lignes qui ne fonctionnent pas seulement quelques heures par jour, parce que la grande différence entre l'activité ici en ville et à l'hôpital, c'est que notre activité est de plus en plus débordante au fur et à mesure que la journée se passe. C'est à dire que, le nombre de consultations commence à croître à 17, 18 heures etc... Et la y'a plus personne quand vous téléphonez, fini... Y'a plus que les gens de garde, mais le secrétariat est fermé, etc etc... Ça pose un gros problème quand même, parce

que c'est au moment où on peut en avoir le plus besoin, donc il faut reporter l'appel téléphonique au lendemain. Donc comme outil je pense – c'était votre question ? -

Q – Après oui, comment améliorer potentiellement...

R – Je pense que, concernant l'hôpital de proximité, parce qu'on travaille quand même avec les services de l'hôpital de proximité... Cet outil... Qui fait d'ailleurs par les cliniques privées, très régulièrement on reçoit un petit formulaire avec le listing des médecins et leur téléphone... Donc que l'hôpital refasse un outil comme ça, je pense que c'était vraiment très très bien vécu. Que les filtres, quand vous téléphonez et que vous arrivez sur ligne direct et non pas que vous passiez par... 36 personnes... vous ne savez jamais à qui... Alors en plus "attendez...", on laisse le téléphone et alors moi j'entends tout ce qui se passe autour pendant parfois, 5 minutes... Alors on va avoir une personne qui va vous dire "ah ben on peut pas vous répondre...". Ça c'est très agaçant, heu... Donc supprimer ces filtres.

Internet existe, il ne faut pas que l'hôpital l'oublie et que ils peuvent fonctionner avec des réseaux extérieurs je pense, par exemple, le laboratoire d'analyse de l'hôpital, c'est ringard au possible, vous avez, si vous faites une numération, un ionogramme et puis un ECBU, vous avez 3 courriers différents, d'accord... Qui arrivent pas forcément en même temps... Il faut leur dire qu'internet existe, il faut dire aussi aux service d'hospitalisation qu'on pourrait avoir un courrier par internet, ça ferait gagner du papier, ça ferait gagner du temps, du secrétariat, des timbres... Tout bêtement... Et ça me ferait gagner moi beaucoup de temps, parce que je passe environ 4 heures par semaine, à scanner les courriers pour les mettre dans mon ordinateur... Il ne faut pas oublier ça, c'est que nous – enfin moi je suis totalement informatisé depuis extrêmement longtemps, depuis que c'est sorti, depuis 95 – mais pour que mon fonctionnement soit rapide, je veux que tout soit dans mon ordinateur, donc tout les courriers que je reçois sont scannés. Donc ça me fait perdre énormément de temps, entre nous je le fais le dimanche, j'aurais autre chose à faire le dimanche...

Donc si ils pouvaient faire ça ça serait quand même nettement mieux, mais pas que l'hôpital d'Eaubonne, c'est tout les services... Parce qu'alors ça, même le courrier informatisé, même les cliniques privées le font pas... heu... Bon, un peu mystérieux. Nous avons des correspondants de ville qui le font par contre... Qu'est-ce que je pourrais vous dire d'autre... heu... Non la qualité des courriers y est hein, je... globalement, peut être plus précis pour les lignes de conduite concernant des médecines heu....

Q – Complexes...

R – Quand vous sortez de l'hôpital et vous avez eu un infarctus, vous avez un stent et que vous prenez 4 ou 5 médicaments, ce n'est pas un problème, c'est malheureusement du courant. Quand vous sortez d'un service extrêmement pointu, d'une pathologie complexe, avec des médicaments qui sont strictement hospitaliers, il faut bien comprendre que le médecin de ville n'est pas un médecin hospitalier, ce n'est qu'un généraliste, il fait ce qu'il peut mais il peut pas être au courant de cela. Donc, peut être, fournir, pas un livret, mais dire, voilà, attention, tel médicament faites très attention à ça ça et ça. Et que si il y a tel problème – mais ça c'est plus les services d'oncologie parisiens, d'hématologie à Paris – ils laissent des numéros d'urgence, même pour le patient ; ils fonctionnent 24 heures sur 24.

Q – Vous pensez qu'il y a une politique de communication propre à chaque service ?

R – Oui, je pense... Mais j'ai remarqué que dans les services d'hématologie, c'est assez fréquent qu'il y ait justement une ligne dédiées 24 sur 24 aux problèmes aigus des patients déjà connus qui retournent à la maison avec des chimiothérapies. Donc ça, ça serait pas mal... Cela fait partie de la formation continue aussi, parce que moi ça m'intéresse de savoir quel médicament... et puis tiens, ce truc là je ne connais, enfin j'en ai entendu parler une fois... C'est intéressant aussi pour nous de savoir...

Q – Alors, il y a pas mal de recommandations mises en place sur le contenu, les délais d'obtention des compte rendus d'hospitalisation.... En pratique ? Ce n'est pas appliqué le délai

légal de 8 jours ?

Les recommandations concernant la lettre adressée au généraliste au début de l'hospitalisation du patient ?

R – Je ne savais même pas que ça existait... Moi je comprend pas trop si vous voulez... Ils ont assez de boulot et d'administratif, heu, je vais pas leur dire de faire un courrier à chaque fois qu'il y a un truc qui se passe, ce n'est pas possible, je me mets à leur place, et puis moi aussi j'en ai un peu marre de l'administratif... Je pense que globalement, on est informé, mais c'est le facteur temps qui me semble vraiment important... On peut toujours envoyer un courrier disant "tiens, untel est hospitalisé"... Je reçois ça, je ne savais pas que c'était une obligation, je reçois assez fréquemment, "nous avons reçu votre patient, vous aurez un courrier ultérieurement". Je le reçois effectivement, franchement, c'est pas tout le temps... Mais je n'en demande pas trop, franchement ce qui me semble important c'est la rapidité... On est tous à vouloir gagner du temps, ce qui est malheureux, enfin, ou heureux, mais c'est ça.... Après c'est des problèmes ponctuels de service à service... Il y a des services qui sont extrêmement lents, très lents... Il y en a d'autres qui sont plus rapides, je ne cafterais pas (rires)..

Q – La communication elle se fait plutôt dans un sens seulement ?

R – A vrai dire heu, oui... Il y a des communications qui ne se font pas du tout, je réfléchissais, c'est par exemple – alors là je vais cafter – c'est pas exemple les patients (c'est rare), chez qui est détectée une tuberculose, si ils sont suivis par l'hôpital, j'ai un courrier, si c'est par le biais d'un dépistage au dispensaire ça n'existe pas. J'ai eu 2 3 fois le cas, ça m'est arrivé rarement, et je leur ai demandé pourquoi quand moi j'ai un patient pour qui je suspecte une tuberculose, je l'envoie avec un courrier, et si par hasard ce patient a été dépisté dans un cadre de dépistage autre, professionnel, etc, qu'il est suivi dans un dispensaire et que 3 mois ou 6 mois après je vois le patient qui me dit qu'il prend un traitement anti-tuberculeux, je dis "ah bon ?". On n'existe pas dans l'organigramme du dispensaire, je leur ai téléphoné, ils m'ont dit, bah non, y'a pas la voie descendant, la pour le coup on n'existe pas du tout. Un autre exemple, quand vous avez une suspicion de méningite bactérienne, normalement y'a tout un processus etc, et bien, jamais en 30 ans, jamais je n'ai eu d'avertissement de l'ancienne DDASS comme quoi il y avait dans le quartier un cas. Je l'apprend par les patients ou je l'ai appris par mon épouse qui était médecin scolaire à Goussainville, ou à Deuil, qui me dit tiens tu as un cas à Montmorency... Ça c'est pas l'hôpital... Voilà, mais ça fait quand même des relations importantes avec le circuit de soins...

Q – D'accord. Je crois qu'on a abordé les différents points qu'il fallait aborder, est-ce-que vous avez d'autres choses à rajouter ?

R – Non, je pense que les gens font ce qu'ils peuvent, globalement les gens font ce qu'ils peuvent, mais qu'ils sont saturés, on est tous saturés heu... Pour aller de temps en temps à l'hôpital voir mes patients dans les services, je me rends compte qu'ils des taches qui ne sont pas que des taches de soins, mais des taches administratives. Vous passez dans les couloirs vous voyez l'infirmière qui tape en permanence sur l'ordinateur parce qu'on lui demande la traçabilité etc, donc elle passe beaucoup de temps la dessus, même l'aide-soignante. En maison de retraite c'est la même chose, il faut tout tracer, donc on passe énormément de temps la dessus, donc effectivement, pour des tâches qui sont plus importantes, ils ont moins de temps, ça c'est sur, et en particulier pour la communication... Moi je demande pas à ce qu'on me téléphone, je ne demande pas ceci ou cela, bon si c'est nécessaire bien sur, mais je pense il faut leur donner le temps aussi de faire parvenir l'information rapidement. Je ne les accuse pas, je pense qu'ils n'ont pas forcément le temps, mais peut être que les secrétaires... Parce que ça passe par les secrétaires en fait tout ce qu' j'ai dit, elles ne sont peut être pas assez nombreuses, elles n'ont pas assez de temps de travail je ne sais pas... Mais ce qui est vrai, et ça je l'ai toujours dit, c'est que les cliniques privées se débrouillent nettement mieux dans la communication que les hôpitaux publics. Je dis pas qu'elle soit de meilleur qualité hein, ce

n'est pas forcément vrai ; c'est beaucoup plus rapide. Je pense que dans les hôpitaux, les compte-rendus sont beaucoup plus fournis, beaucoup plus détaillés... quand on les reçoit (rires).

Je pense, quand un patient est hospitalisé, il faut faire une différence entre le chirurgien et le médecin. C'est vrai qu'avec le chirurgien c'est un peu plus léger, y'a le compte-rendu opératoire, c'est pas un problème, c'est une obligation. Après l'hospitalisation c'est un peu plus léger en chirurgie... Les médecins c'est plus complet, ça c'est vrai. Donc en rapidité, l'hôpital est beaucoup moins rapide que le privé ; en densité, un compte-rendu hospitalier est en général beaucoup plus dense qu'un compte rendu de clinique privée. Je trouve... je vais me faire tuer là...

Q – Ne vous en faites pas, c'est anonyme... (rires). OK, ben écoutez on a fait le tour...

R – Alors je n'ai parlé que de la voie descendante, après moi ce que je fais, c'est autre chose... Alors moi l'information que je donne à l'hôpital, je la trouve pas bonne. Je m'auto-critique sévèrement pour une raison extrêmement simple : j'ai pas le temps. C'est à dire que vous recevez le patient, il lui faut des tas d'ordonnances, et puis en plus il demande l'ordonnance pour sa fille, la pilule, l'ordonnance pour le foot de son fils et pour sa femme je sais pas quoi ; et puis il lui faut un courrier pour le spécialiste... Donc faire un courrier sur l'instant, parfois je l'écris à l'ordi mais souvent à la main, et je pense que des fois je saute des informations ouais... Je reconnais... Mais mon problème c'est le temps... On est saturés...

Q – Très bien, écoutez je vous remercie de m'avoir reçu.



EVUALUATION QUALITATIVE DE LA RELATION VILLE-HOPITAL DU POINT DE VUE DES GENERALISTES, DONNEES EXPLICATIVES ET RESSENTI FACE AUX DIFFICULTES DE COMMUNICATION

Résumé : Une bonne communication entre la ville et l'hôpital est fondamentale : elle permet au médecin traitant de remplir son rôle de coordonnateur du parcours de soins et d'assurer une continuité des soins qualitative. Pourtant, de nombreux dysfonctionnements persistent. Nous avons décidé de recueillir par le biais d'entretiens semi-dirigés le point de vue de généralistes exerçant dans le département du Val D'Oise, afin de comprendre et de déterminer les mécanismes entravant la communication avec l'hôpital. Les résultats de cette étude qualitative montrent des difficultés d'accès aux spécialistes hospitaliers. Les généralistes rapportent avant tout un sentiment d'isolement ainsi qu'un manque de considération de la part des hospitaliers, les empêchant de pouvoir accomplir comme ils le souhaiteraient leur fonction de médecin traitant. Ils souhaitent une facilitation de l'accès à l'hôpital, une transmission de l'information plus rapide, ainsi que le développement de rencontres interprofessionnelles permettant un contact direct avec leurs interlocuteurs hospitaliers. La communication entre la ville et l'hôpital doit donc encore continuer à s'améliorer, en prenant peut être plus en compte la dimension humaine inhérente à la relation entre professionnels de santé sur le plan local, individuel, mais aussi à l'échelon institutionnel. Des études quantitatives pourraient venir valider ces démarches.

Mots clés : Médecine générale, Communication interdisciplinaire, Continuité des soins

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06

