



État des lieux de la communication entre les urgences adultes du GHH Monod et les médecins généralistes de l'agglomération havraise

Clémence Desvages

► To cite this version:

Clémence Desvages. État des lieux de la communication entre les urgences adultes du GHH Monod et les médecins généralistes de l'agglomération havraise. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01598615

HAL Id: dumas-01598615

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01598615>

Submitted on 29 Sep 2017

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.

ANNEE 2017

N °

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

Clémence DESVAGES-NOVELLO

Née le 18 Novembre 1989 à Coutances (50)

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 2017

TITRE DE LA THESE :

**ETAT DES LIEUX DE LA COMMUNICATION ENTRE LES
URGENCES ADULTES DU GHH MONOD ET LES
MEDECINS GENERALISTES DE L'AGGLOMERATION
HAVRAISE**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Jean Loup HERMIL

Directrice de thèse : Madame le Docteur Agnès AUBOURG

Membres du jury : Monsieur le Professeur Luc Marie JOLY

Monsieur le Professeur Joël LADNER

Madame le Professeur Véronique MERLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHO (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCKETTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie

Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoît MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel HAZARD	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile PELLERIN	UFR	Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

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

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

A Monsieur le Professeur Jean Loup HERMIL,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.
Vous avez toujours répondu présent quand je m'interrogeais sur la voie à suivre et pour mes choix de stages.
Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Luc Marie JOLY,

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury et d'évaluer mon travail.
Merci de m'avoir dit un jour qu'il valait mieux être un généraliste heureux plutôt qu'un urgentiste incertain. Depuis ce jour, je n'ai jamais regretté mon choix.
Merci d'avoir su me comprendre.

A Monsieur le Professeur Joël LADNER,

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury et d'évaluer mon travail.

A Madame le Professeur Véronique MERLE,

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury et d'évaluer mon travail.

A Madame le Docteur Agnès AUBOURG,

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail.
Merci d'avoir toujours répondu présente quand je me disais que je n'y arriverais jamais.
Merci d'avoir su me soutenir et de m'avoir permis de finir ce travail à temps.

A tous ceux qui ont permis de rendre ce travail possible,

Aux médecins généralistes qui ont participé à cette étude.

Au président de l'AHFMC le Dr BLONDET et au Dr RENAUT. Merci d'avoir permis la diffusion de mon questionnaire.

Au Dr LE SIRE, merci pour votre aide.

Au Dr CEPITELLI et à Mr LEBREUILLY pour votre aide.

A André, à ton soutien pour le traitement de mes résultats. Merci pour toutes tes explications sur les statistiques.

Aux bibliothécaires du Havre, Merci de m'avoir aidée à enrichir ma bibliographie.

A toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai pu rencontrer durant tout mon cursus. Merci pour votre bonne humeur, vos bons soins et vos enseignements.

A ma famille et mes amis,

A mes parents,

Merci pour votre amour et votre soutien sans faille depuis toutes ces années.

Merci d'avoir été là quand ça allait moins bien.

Merci pour vos sacrifices pour que j'en arrive là, je vous en serai à jamais reconnaissante. Je suis fière de vous avoir pour parents.

Je vous aime.

A ma sœur Linette,

Merci d'avoir supporté mes sautes d'humeur.

Merci pour tes conseils, ton soutien et tes encouragements.

A mes beaux-parents,

Merci Anouk d'avoir accepté de relire mon travail et d'avoir corrigé mes vilaines fautes.

Merci à tous les deux de m'avoir aussi gentiment accueillie dans votre famille.

A mes amies et amis,

A Hélène, ma colocataire des débuts. Sans nos longues nocturnes je n'en serai pas là. Merci pour tout.

A mes amis de fac, et ceux d'ailleurs, merci pour votre soutien.

A Jean Yves et Coco, pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour nous.

A mon Bastien,

Merci pour ton amour, ton soutien.

Merci de savoir me comprendre et de me supporter au quotidien.

Merci d'avoir toujours été là et de m'avoir aidée à aller au bout de mon travail.

Je t'aime.

A Adèle, ma merveilleuse petite fille,

Merci d'avoir fait de nous une famille.

Merci pour tes sourires chaque matin.

Je t'aime mon chaton.

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION	18
II – CADRE LEGAL	19
A – LA COMMUNICATION ENTRE MEDECINS	19
B – CONTENU D’UN COURRIER TYPE DE SORTIE D’HOSPITALISATION / SORTIE DE CONSULTATION DES URGENCES	19
C – LE DOSSIER PATIENT	20
D – LE PARCOURS DE SOIN	21
E – LA CONTINUITE DES SOINS	21
III – COMMUNICATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET HOSPITALIERS DANS LA LITTERATURE	23
IV – LE HAVRE ET SON AGGLOMERATION :	25
A – PRESENTATION DE L’AGGLOMERATION	25
B – LA PERMANENCE DES SOINS SUR LA REGION HAVRAISE	26
V – ETUDE – MATERIELS ET METHODES :	28
A – OBJECTIFS	28
B – SCHEMA D’ETUDE	28
C – POPULATION ET RECUEIL DES DONNEES	28
D – ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	29
E – ETUDE DES DONNEES	31
VI – RESULTATS	32
A – TAUX DE REPONSE	32
B – CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CONCERNEE	32
1 – SEXE RATIO	32
2 – MODE D’EXERCICE	33
3 – LIEU D’ACTIVITE	34
4 – PERMANENCE DE SOINS	35
C – ETAT ACTUEL DE LA COMMUNICATION	36
1 – FORMAT UTILISE POUR LA COMMUNICATION ACTUELLE	36
a – INFORMATION SYSTEMATIQUE A CHAQUE PASSAGE	36
b – COURRIER POSTAL	37
c – COURRIER REMIS EN MAINS PROPRES AU PATIENT	38
d – MAIL CRYPTÉ OU MESSAGERIE SECURISEE	39
e – APPEL TELEPHONIQUE	40

2 – CONTENU DU COURRIER.....	42
a – LISIBILITE DU COURRIER.....	42
b – LE MOTIF DE CONSULTATION	42
c – L’EXAMEN CLINIQUE	42
d – RESULTATS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	43
e – AVIS SPECIALISE	43
f – TRAITEMENT REALISE AUX URGENCES	43
g – TRAITEMENT DE SORTIE.....	43
h – RENDEZ VOUS EN EXTERNE	44
i – CONCLUSION.....	44
j – CONSULTATION A DISTANCE	44
3 – SATISFACTION GLOBALE.....	46
4 – DECES DU PATIENT	46
5 – MEDECINS POSSEDANT UNE MESSAGERIE SECURISEE	47
6 – INFLUENCE SUR LA COMMUNICATION SELON MEDECIN TRAITANT	48
a – EN CAS D’APPEL TELEPHONIQUE POUR ADRESSER LE PATIENT	48
b – SI COURRIER POUR ADRESSER LE PATIENT	48
D – PISTES D’AMELIORATION	49
1 – MOYENS DE COMMUNICATION A PRIVILEGIER	49
2 – NECESSITE D’ETRE INFORME A CHAQUE PASSAGE	50
3 – POPULATION NECESSITANT UN COURRIER DE SORTIE	50
4 – SUGGESTIONS EN COMMENTAIRES LIBRES	51
VII – DISCUSSION	52
A – DISCUSSION DE LA METHODE :	52
1 – SCHEMA D’ETUDE	52
2 – UTILISATION D’UN QUESTIONNAIRE	53
3 – MODE DE DIFFUSION PAR INTERNET	53
4 – DATE D’ENVOI	54
B – DISCUSSION DES RESULTATS	54
1 – TAUX DE REPONSE DE L’ETUDE	54
2 – REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION	55
3 – ETAT DES LIEUX DE LA COMMUNICATION ACTUELLE	55
a – TRANSMISSION DE L’INFORMATION.....	55
b – FORMAT DE LA COMMUNICATION ACTUELLE.....	56
c – CONTENU DU COURRIER ACTUEL	57
d – SATISFACTION GENERALE	58
e – INFORMATIONS CONCERNANT LE DECES D’UN PATIENT	58

f – INFLUENCE DES DIFFERENTS FACTEURS	59
4 – PISTES D’AMELIORATION	59
a – MODE DE COMMUNICATION PREFERE	59
b – NECESSITE D’ETRE INFORME A CHAQUE PASSAGE	60
c – INTERET POUR LES PISTES D’AMELIORATION	60
C – DISCUSSION DES PISTES D’AMELIORATION	61
1 – EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	61
2 – PROPOSITIONS	61
a – AMELIORER LE CONTENU DU COURRIER	61
b – AMELIORER LA QUALITE DU COURRIER	62
c – OPTIMISER LA COMMUNICATION HOPITAL-VILLE	62
d – ADHESION A UN SERVICE DE MESSAGERIE SECURISEE PAR LE SERVICE DES URGENCES ADULTES DU GHH MONOD	63
3 – DE LA THEORIE A LA PRATIQUE	64
a – ADHESION A UNE MESSAGERIE SECURISEE PAR LE GHH	64
b – INTEROPERABILITE MSSANTE – APICRYPT	64
c – UN COURRIER PREDEFINI REVISE	65
d – LE DOSSIER MEDICAL PERSONNEL : L’AVENIR DE LA E-SANTE	66
VIII – CONCLUSION	67
IX – BIBLIOGRAPHIE	68
X – ANNEXES	71
SERMENT D’HIPPOCRATE	83

LISTES DES ABBREVIATIONS

AMUH : Association Médicale des Urgences Havraises

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP santé : Agence des Systèmes d'Informations Partagés de santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAH : Communauté de l'Agglomération Havraise

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

DMP : Dossier Médical Personnel

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

GHH : Groupe Hospitalier du Havre

HAS : Haute Autorité de Santé

HPE : Hôpital Privé de l'Estuaire

IC 95% : Indice de Confiance à 95%

MT : Médecin Traitant

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PDSA : Permanence de Soins en Médecine Ambulatoire

POS : Procédure Opérationnelle Standardisée

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIH : Système d'Information Hospitalier

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

I – INTRODUCTION

La communication entre les médecins généralistes et les urgentistes est primordiale pour une prise en charge pertinente des patients. Elle s'inscrit dans un souci de continuité des soins et de qualité.

Les caractéristiques de ces échanges sont définies par un cadre légal riche concernant une sortie d'hospitalisation, beaucoup plus nébuleux en ce qui concerne une sortie de consultation aux urgences.

Mon expérience en tant qu'interne de médecine générale me porte à penser que cette communication est loin d'être optimale.

Ce travail vise donc à dresser un état des lieux de la communication entre les généralistes de l'agglomération havraise et les médecins des urgences adultes du GHH Monod. C'est par le biais d'un questionnaire qu'ont été recueillies les données afin de pouvoir en extraire des axes d'amélioration.

II – CADRE LEGAL

A – LA COMMUNICATION ENTRE MEDECINS

La circulaire du 18 décembre 1970 est l'un des premiers écrits législatifs sur la communication entre l'hôpital et le médecin traitant: « A l'entrée de son malade dans un service hospitalier, le médecin de ville doit être informé, invité à rendre visite à son client et à prendre contact avec le médecin hospitalier. Ces relations entre l'hôpital et le médecin de ville s'imposent également, à plus forte raison, lors de la sortie du malade. Il appartient au service hospitalier de fournir alors au médecin traitant (à moins que le malade ne s'y oppose) un compte rendu complet et précis sur le diagnostic fait dans le service, les soins dispensés et s'il y a lieu, la thérapeutique recommandable pour la suite du traitement ».

Selon l'Article 63 du Code de Déontologie Médicale (1), traitant de l'information entre médecins traitants en cas d'hospitalisation du patient: « Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements publics de santé et aux établissements privés participant au service public hospitalier, le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible ».

Selon l'Article 64 du Code de Déontologie Médicale (2), traitant de l'exercice collégial: « Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères ».

La loi du 4 Mars 2002 (3), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, rappelle que le médecin traitant doit être informé en fin de séjour hospitalier.

B – CONTENU D'UN COURRIER TYPE DE SORTIE D'HOSPITALISATION / SORTIE DE CONSULTATION DES URGENCES

Au même titre que l'ordonnance de sortie, le courrier de sortie permet la continuité des soins. Il informe le médecin traitant des soins qui ont été dispensés à son patient. Il identifie le service où il a été pris en charge ainsi que le médecin prescripteur et le traitement établi (4).

En 2003, des recommandations sur les éléments indispensables de ce courrier ont été listées par la Haute Autorité de Santé (HAS) via l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé (ANAES). Ces recommandations ont été mises à jour en 2014.

Certaines rubriques sont rendues obligatoires par ce document et d'autres sont laissées au choix des équipes.

Les éléments rendus obligatoires dans le rapport de l'HAS sont : l'identification du patient, le motif d'hospitalisation, une synthèse médicale du séjour, les actes techniques examens complémentaires et biologiques, les traitements médicamenteux (les habituels avant l'admission et ceux à la sortie avec une justification en cas de modification ou d'arrêt), les suites à donner et enfin les effets indésirables (dont l'allergie si cela survient pendant l'hospitalisation) (5).

Il semble alors clair qu'il existe un cadre réglementaire pour la rédaction d'un compte rendu d'hospitalisation (CRH) si l'hospitalisation dure plus de 24 heures mais rien si la durée est inférieure. Il n'existe donc pas de cadre légal pour la rédaction d'un courrier relatant une simple consultation aux urgences qui n'aboutit pas à une hospitalisation (6).

C – LE DOSSIER PATIENT

Selon l'Article 45 du Code de Déontologie Médicale (7), traitant du dossier professionnel tenu par le médecin : « A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins ».

La bonne tenue du dossier contribue à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité. Le dossier permet des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

Le dossier du patient est un outil central de l'organisation des soins dans un établissement de santé ; sa qualité et son utilisation doivent être régulièrement évaluées pour être améliorées et conduire ainsi à une meilleure prise en charge du patient et à l'optimisation du fonctionnement de l'établissement.

Le dossier du patient a un rôle de mémoire du patient et des professionnels, de communication et de coordination ; ses fonctions sont multiples (8) :

- mise à disposition d'informations nécessaires et utiles à la prise en charge et au suivi
- traçabilité des soins et des actions entreprises vis-à-vis du patient
- continuité des soins
- aide à la décision thérapeutique par son contenu

- lieu de recueil du consentement éclairé du patient, de l'analyse bénéfices/risques et de la traçabilité de la décision
- évaluation de la qualité des soins et de la tenue du dossier
- enseignement et recherche
- extraction des informations nécessaires à l'analyse médico-économique de l'activité, notamment au Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) et à ses contrôles de qualité
- rôle juridique important dans le cas d'une recherche de responsabilité.

D – LE PARCOURS DE SOIN

Mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie (9), le parcours de soins coordonné consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique s'appuie sur la promotion de ce parcours de soins qui comprend, pour le patient, le juste enchaînement – au bon moment – de ces différentes compétences professionnelles (10).

La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur des bonnes pratiques.

E – LA CONTINUITE DES SOINS

Le Code de la Santé Publique et le Code de Déontologie Médicale donnent obligation au médecin hospitalier de « prendre toutes les dispositions pour que soit assurée la continuité des soins entre les médecins hospitaliers et médecins traitants de ville ».

Le Code de Déontologie précise que « 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 toute la mesure du possible ».

Le Code de Santé Publique quant à lui stipule que tout médecin réalisant un acte de soins auprès d'un patient doit faire part de son intervention et de ses conséquences au médecin traitant de ce patient.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ajoute que cette information doit se faire dans les meilleurs délais pendant l'hospitalisation quand un diagnostic est établi et aux premiers temps d'un traitement.

Un des rôles principaux du médecin traitant n'est autre que l'accompagnement familial d'un patient s'inscrivant dans la durée et l'histoire de la famille. Ce rôle unique - auprès des familles d'un patient hospitalisé - donne une obligation morale aux médecins hospitaliers de communiquer les informations médicales du patient, qu'il convient d'apporter en temps utile.

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

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

Pour la première fois en juillet 2016, un décret paraît au journal officiel et fait référence à un autre mode de transmission d'informations que la voie postale ou le courrier remis au patient: la messagerie sécurisée (11).

III – COMMUNICATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET HOSPITALIERS DANS LA LITTERATURE

Dans la thèse de G. Hubert de 2006, une étude qualitative réalisée auprès de 50 médecins généralistes sur la circulation de l'information médicale entre l'hôpital et la ville dans le secteur de Paris et de la Seine Saint Denis (12), la communication entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes semblait satisfaisante sur le plan quantitatif. Comme l'auteur l'indique dans sa thèse, « il semble logique que le médecin urgentiste qui réalise le premier examen clinique lors de la prise en charge hospitalière du patient, rédige un courrier à l'attention du médecin traitant » ; tout comme il transmet ses observations dans le dossier médical des urgences.

Selon la thèse de Giraud de 2010 traitant de la coopération entre la ville et le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Grenoble (13), le retour d'informations médicales concernant principalement la prise en charge du patient suite à une hospitalisation n'était pas satisfaisant selon les médecins généralistes.

L'enquête du CHU Bichat-Claude Bernard traitant des relations entre la médecine de ville et l'hôpital réalisée auprès des correspondants externes en 2005 (14) met en évidence deux axes d'amélioration concernant la relation médecin traitant – médecin hospitalier : le délai de réception des CRH et l'accessibilité des praticiens hospitaliers.

Très souvent, le retour d'informations aux médecins traitants, que ce soit via un appel téléphonique ou via le CRH, était perçu comme insuffisant.

Le plus souvent les CRH étaient reçus par le médecin traitant après que ceux-ci aient revu leur patient.

Selon les résultats de l'enquête de Dormard sur le suivi des patients pendant une hospitalisation, publiée dans la revue Le Concours médical en 2006 : d'une façon générale, les praticiens de ville ont l'impression que cette transmission est loin d'être optimale (15).

Dans une étude rétrospective publiée dans la Revue Santé Publique dont l'objectif était d'évaluer la qualité de la communication des informations du parcours de soin des patients effectuant un passage dans un Service des admissions d'un CHU avec les médecins généralistes à partir d'une grille d'évaluation (16) ; il était mis en avant de nombreux points faibles et axes d'amélioration tels que la nécessité de préciser le traitement antérieur du patient, celui administré dans le service d'urgences ainsi que le nouveau traitement à la sortie.

Le SAMU 54 a mis en place une Procédure Opérationnelle Standardisée (POS) permettant d'établir une communication hôpital/ville, c'est-à-dire un courrier précis dans lequel sont relatés le déroulement et les conclusions d'une intervention du SAMU à destination du médecin traitant (17). Sur le plan humain, médical et légal, la mise en place d'une POS à l'attention du médecin généraliste a prouvé sa raison d'être, et semble, vu la conjoncture et la réforme « Hôpital 2007 », être une nécessité plutôt qu'un luxe.

Ces données de la littérature française sont renforcées par quelques publications de la littérature internationale comme l'étude américaine de Pantilat et son équipe (18).

Dans la majorité de ces études, la communication entre l'hôpital et les médecins généralistes vue par ces mêmes médecins généralistes semble franchement insuffisante.

Les remarques les plus souvent mises en avant par les médecins traitants sont :

- ✓ Les délais de réception des CRH jugés trop longs et non conformes au délai légal de huit jours
- ✓ Des médecins hospitaliers indisponibles, voire inaccessibles
- ✓ Le retard, voire l'absence d'information concernant le décès d'un patient à l'hôpital

Les médecins traitants déplorent le plus souvent leur manque d'implication dans le projet thérapeutique de leur patient ainsi que le fait de ne pas être associés à la planification de la sortie.

IV – LE HAVRE ET SON AGGLOMERATION :

A – PRESENTATION DE L'AGGLOMERATION

En 2013, Le Havre comptait 172 074 habitants pour une superficie de 46,95 km². La densité de population était alors de 3 665 habitants/km² (19).

Le Havre se distingue surtout par son agglomération très étendue, gérée par la CODAH : Communauté de l'Agglomération Havraise et qui regroupe 17 communes à proximité du Havre : Cauville Sur Mer, Epouville, Fontaine La Mallet, Fontenay, Gainneville, Gonfreville l'Orcher, Harfleur, Le Havre, Manéglise, Mannevillette, Montivilliers, Notre Dame du Bec, Octeville sur Mer, Rogerville, Sainte Adresse et Saint Martin du Manoir. (Figure 1)

La population de l'agglomération était de 239 759 habitants en 2013 (238 151 habitants en 2016). Elle s'étend sur un territoire beaucoup plus vaste de 190km² (20).

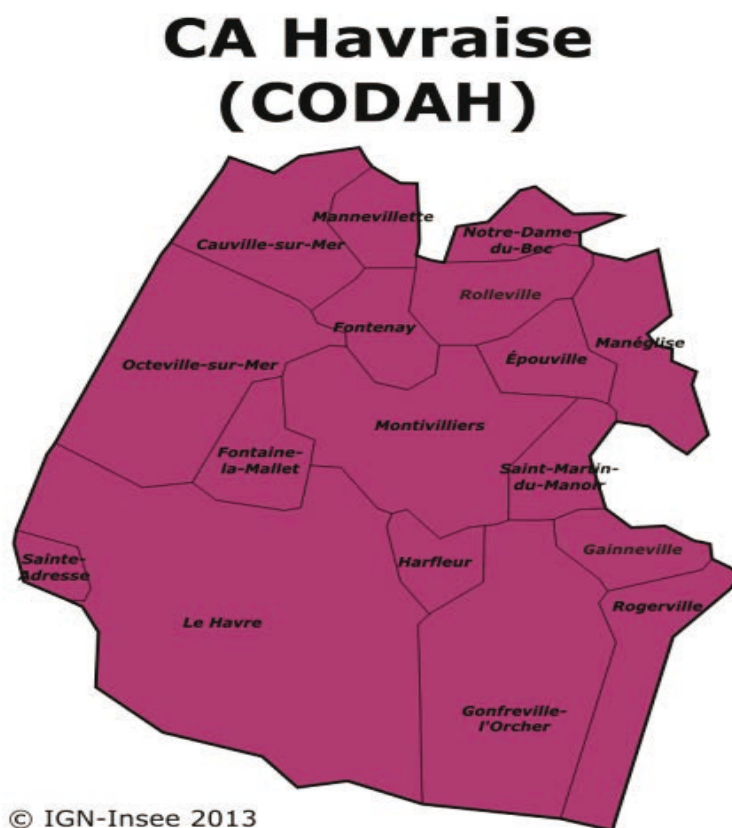


FIGURE 1 : CARTOGRAPHIE DE LA CODAH

Au 1^{er} janvier 2016, la ville du Havre comptait 205 médecins généralistes soit une densité de 85 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Bien que l'agglomération havraise ne soit pas considérée comme une zone déficitaire en matière de professionnels de santé libéraux en Haute Normandie, il est très fréquent que de nouveaux arrivants au Havre aient de grandes difficultés pour trouver un nouveau médecin traitant, notamment en raison des nombreux départs en retraite et des médecins non remplacés.

Par exemple, on note une variation du nombre de médecins sur la région havraise entre 2007 et 2016 de -20,2 % (21).

B – LA PERMANENCE DES SOINS SUR LA REGION HAVRAISE

La permanence des soins est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées par les médecins libéraux notamment. Actuellement, le dispositif de permanence des soins est organisé sous l'autorité du Préfet et avec l'aide du CODAMUP-TS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires). Le département est ainsi divisé en secteurs et à chaque secteur correspond un médecin libéral de garde ou une association de permanence des soins selon le tableau départemental de permanence.

Un certain cadre légal renforce cette définition :

- ✓ Article 77 du Code de Déontologie Médicale (22) « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent ».
- ✓ Le Code de Santé Publique modifié en 2009 par la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) (23) assure que la permanence des soins ambulatoires se doit d'être assurée par les médecins libéraux en collaboration avec les établissements de santé.

Au Havre et dans son agglomération – comme ailleurs - malgré la présence d'une permanence des soins ambulatoires (PDSA) bien développée et organisée par une association créée il y a 34 ans, les services des urgences restent très fréquentés.

Voici les principaux lieux de permanence des soins au Havre :

- ➔ L'AMUH : Association Médicale des Urgences du Havre a été créée le 25 juillet 1978 par un groupe de médecins généralistes avec comme objectif de s'unir pour organiser au mieux les gardes de nuit. En 1985, la première maison médicale de garde est créée au Havre : la DOMUS MEDICA.

- ➔ L'Hôpital Jacques Monod fait partie du Groupe Hospitalier du Havre (GHH) qui comporte près de 2000 lits. Une permanence de soins y est assurée par le service des urgences Adultes – Pédiatriques et Gynécologiques 24h sur 24, 7 jours sur 7. Aux urgences adultes du GHH, on compte un secteur où la prise en charge est ambulatoire (ne nécessitant pas d'hospitalisation).

Un secteur d'accueil médico-chirurgical où les prises en charge sont plus complexes. A l'issue de la prise en charge, le médecin décide de l'orientation du patient : retour à domicile, hospitalisation ou surveillance prolongée dans le secteur d'UHCD, bloc opératoire...

Un secteur d'urgences vitales.

L'unité d'hospitalisation de courte durée (ou UHCD) est réservée à des patients nécessitant une surveillance de moins de 24 heures.

- ➔ Il existe deux principales cliniques privées du Havre qui sont la Clinique des Ormeaux et l'Hôpital Privé de l'Estuaire (HPE).

V – ETUDE – MATERIELS ET METHODES :

A – OBJECTIFS

L'objectif principal de notre étude est d'établir un état des lieux de la situation actuelle de la communication ville/hôpital c'est-à-dire entre le service des urgences adultes du GHH et le médecin traitant d'un patient effectuant un passage aux urgences.

L'objectif secondaire est de mettre en avant les axes d'amélioration possibles sur le fond et la forme de cette communication (contenu, support, délai d'envoi ...).

B – SCHEMA D'ETUDE

Il s'agit d'une enquête d'opinion réalisée au travers d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes de l'agglomération havraise.

Cette étude quantitative vise à récolter les avis et impressions intimes des médecins généralistes.

C – POPULATION ET RECUEIL DES DONNEES

Elle concerne l'ensemble des médecins généralistes de l'agglomération du Havre membres de l'AHFMC (Association Havraise de Formation Médicale Continue).

Le questionnaire est réalisé sur internet (Google FORM via Google DRIVE) et est envoyé par un administrateur de cette association. Les réponses sont réceptionnées sur une boîte mail créée à cet effet. Les réponses sont anonymes.

250 questionnaires sont envoyés par mail le 8 juin 2016 pour la première fois avec un courrier d'introduction. Une première relance est effectuée le 18 juillet 2016 par le même mode de diffusion. Une deuxième relance est faite le 26 septembre 2016.

La date de fin de recueil est fixée au 30 novembre 2016 de manière assez arbitraire et parce que nous ne recevons plus de réponses depuis plusieurs semaines.

D – ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

La réalisation de ce questionnaire est avant tout inspirée de ma pratique afin de mettre en lumière l'état actuel de la communication hôpital-ville de notre territoire.

La première page du mail contient un texte d'introduction destiné au médecin généraliste qui explique la raison de cette étude et son intérêt tant pour ma thèse que pour une EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) en accord avec le GHH et le chef de pôle Urgences – SAMU.

TEXTE D'INTRODUCTION EN ANNEXE 1

Le questionnaire comprend principalement des questions fermées pour dresser un état des lieux et quelques questions ouvertes.

QUESTIONNAIRE EN ANNEXE 2

Il se divise en deux parties distinctes : la première s'intéressant à l'état actuel de la communication entre les urgences et le médecin traitant du patient concerné et la seconde qui met en avant les pistes à améliorer selon les médecins interrogés.

A - Etat actuel de la communication

4 questions portent sur l'étude du profil du médecin interrogé :

- Le sexe
- L'âge
- Le mode d'exercice
- L'activité
- La participation ou non à la permanence des soins

2 questions portent sur les informations partagées dans la communication urgences/médecin traitant :

- Leur satisfaction sur cette communication
- La fréquence des courriers échangés

4 questions portent sur le format de la communication avec à chaque fois une précision sur le délai de réception :

- Le courrier postal
- Le courrier remis au patient
- Un mail crypté
- Un appel

9 questions traitent du contenu des informations transmises au médecin généraliste par le service des urgences adultes :

- La lisibilité
- Le motif de consultation
- Un examen clinique détaillé
- Les résultats d'examens complémentaires
- Un avis spécialiste
- Le traitement entrepris aux urgences
- Le traitement de sortie
- Les rendez-vous à prévoir en externe
- La conclusion et la conduite à tenir

2 questions cherchent à montrer une éventuelle différence de prise en charge si le patient est adressé aux urgences par son médecin traitant :

- Par courrier
- Par un appel téléphonique

B - Améliorations à envisager

3 questions portent sur la forme et la fréquence des courriers et demandent aux médecins interrogés les points à améliorer :

- Le type de communication le plus adapté
- La nécessité d'être informé à chaque passage ou non
- Le type de patient nécessitant un courrier lors d'une consultation aux urgences

Les données sont anonymisées directement par Google FORMS conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les données recueillies auprès de répondants volontaires et non rémunérés sont alors rendues anonymes de manière systématique avant tout traitement informatique.

E – ETUDE DES DONNEES

Les variables qualitatives ordinales ou nominales sont décrites par des pourcentages et des diagrammes en barres superposées.

En ce qui concerne l'étude des résultats de chaque question : 5 réponses étaient doubles (par exemple Souvent + Parfois) concernant 4 médecins. Auquel cas, une réponse a été tirée au sort par du pseudo-aléatoire à graine fixée pour pouvoir être comptabilisée.

VI – RESULTATS

FLOW CHART:

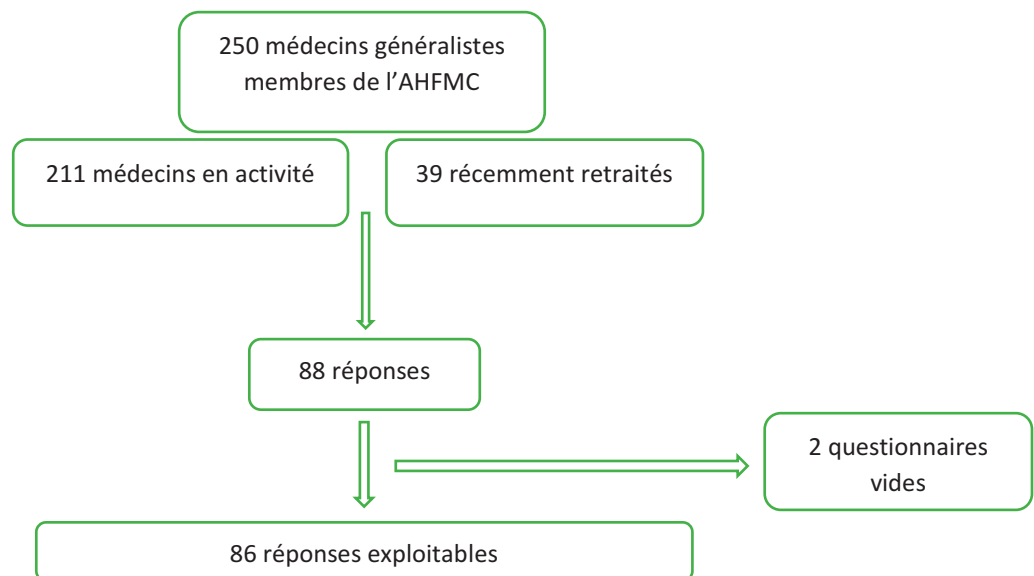


FIGURE 2 : FLOW CHART

A – TAUX DE REPONSE

250 questionnaires sont envoyés par mail aux membres de l'AHFMC, 88 questionnaires sont ouverts. Au final, 86 réponses complètes ou incomplètes sont enregistrées. Cela représente un taux de réponse calculé à 34.4 %.

B – CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CONCERNEE

1 – SEXE RATIO

Parmi les médecins répondants, 67 % (n=57) sont des hommes et 33 % (n=28) des femmes. (Figure 3)

20 % (n=17) des répondants ont moins de 45 ans, 55 % (n=47) sont âgés de plus de 60 ans et 25 % (n=22) ont entre 45 et 60 ans.

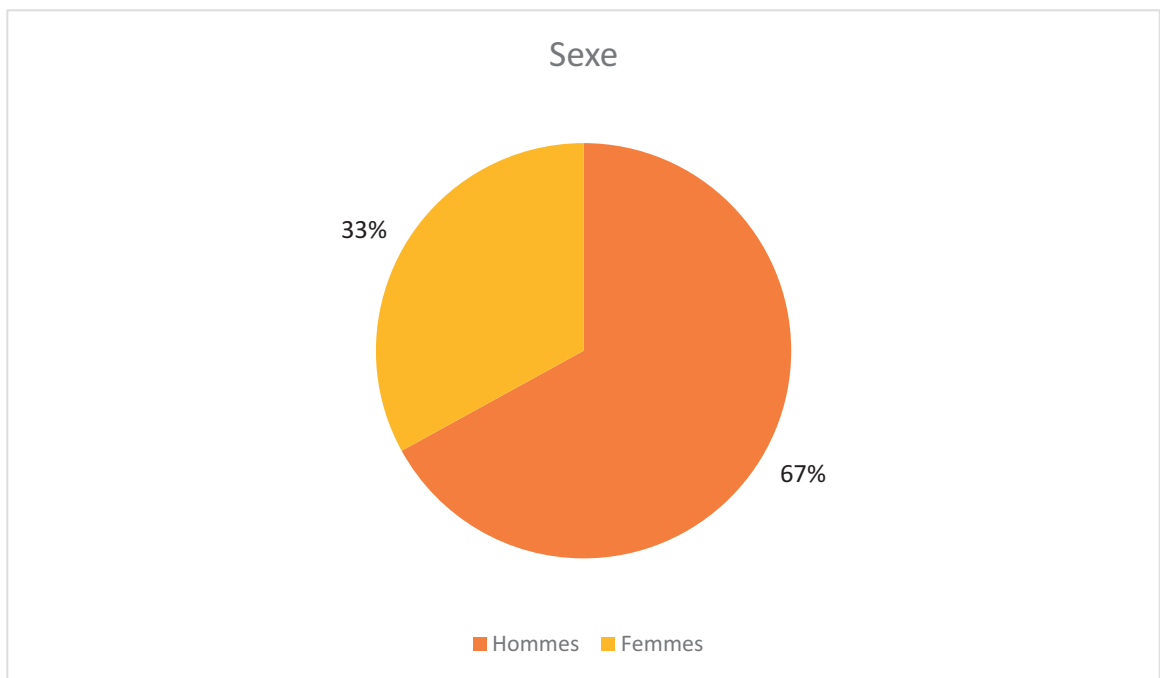


FIGURE 3 : SEXE RATIO DES MEDECINS REPONDEURS

2 – MODE D'EXERCICE

Concernant le mode d'exercice, 86 médecins répondent à la question : 7 médecins répondants exercent seuls (8 %), 7 en maison médicale (8 %) et la majorité : 72 en cabinet de groupe (84 %).

(Figure 4)

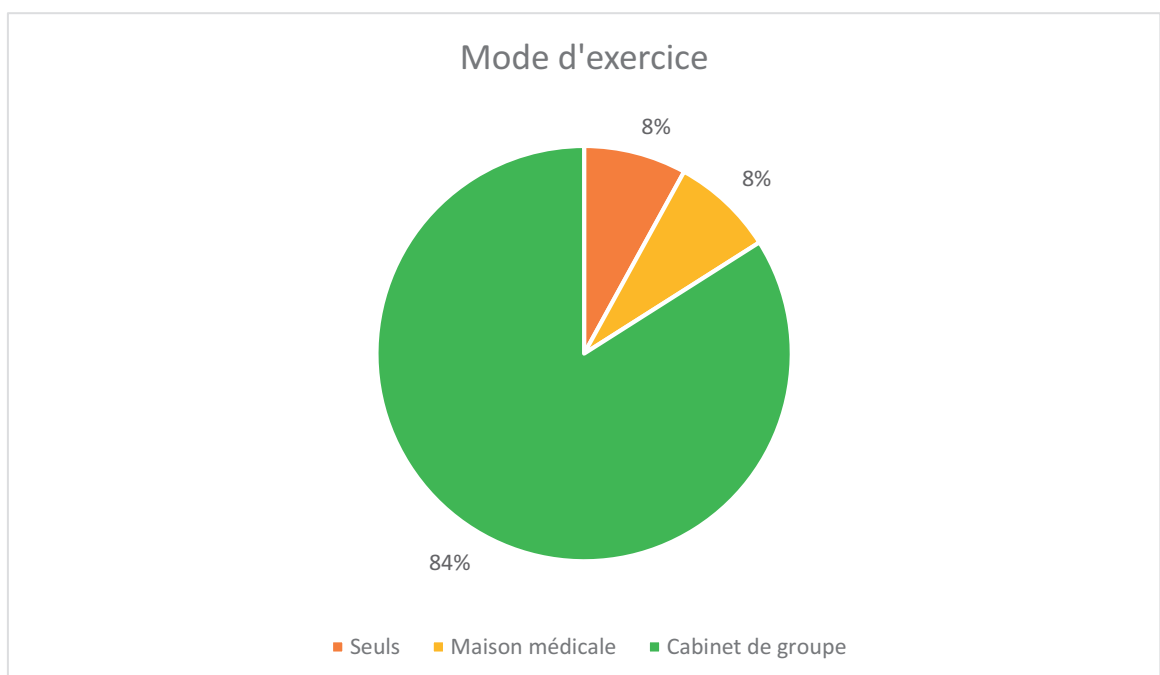


FIGURE 4 : REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR MODE D'EXERCICE

3 – LIEU D'ACTIVITE

Ensuite, l'étude du lieu d'exercice des médecins intéresse 86 médecins également et les réponses sont pour 68 % d'entre eux une activité urbaine (n=58), 22% une activité semi urbaine (n=19) et 10 % une activité rurale (n=9). (Figure 5)

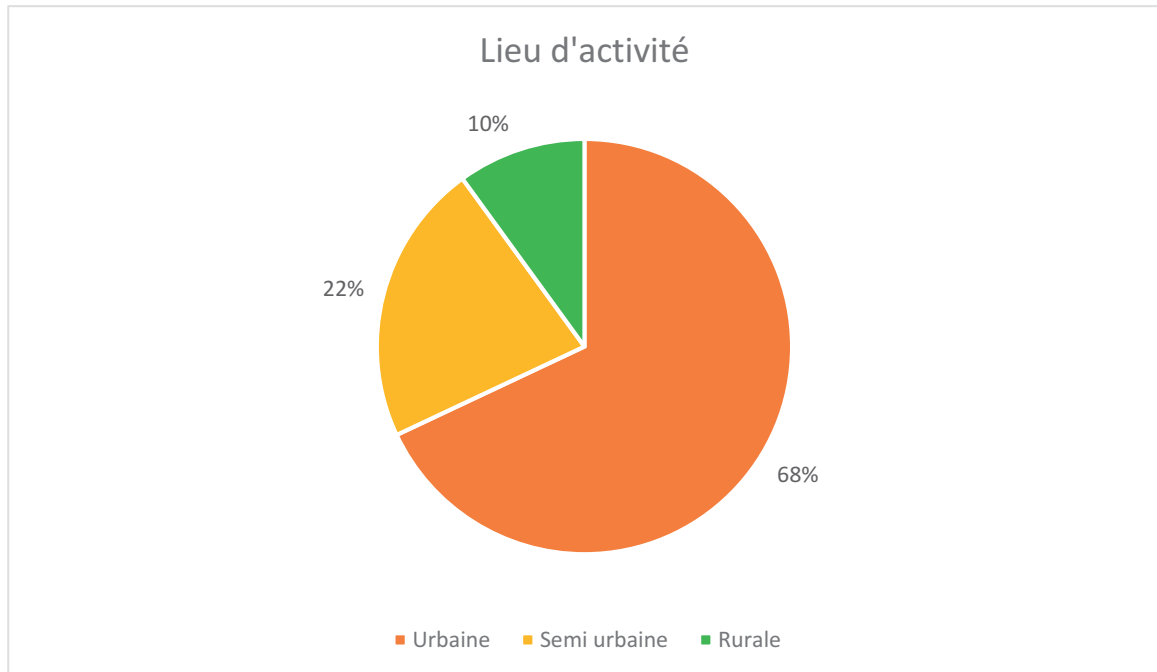


FIGURE 5 : REPARTITION DES MEDECINS REPONDEURS SELON LEUR LIEU D'ACTIVITE

	Effectif	Proportion
Sexe		
H	57	67%
F	28	33%
Âge		
< 45 ans	17	20%
> 60 ans	47	55%
45 - 60 ans	22	25%
Mode d'exercice		
Seul	7	8%
Cabinet de groupe	72	84%
Maison médicale	7	8%
Lieu d'exercice		
Urbaine	58	68%
Semi urbaine	19	22%
Rurale	9	10%

TABEAU 1 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

4 – PERMANENCE DE SOINS

Parmi les médecins interrogés, 79 répondent à la question « Exercez-vous une activité de permanence de soins ? » : 92 % rapportent effectuer une activité de permanence des soins (n=77).

La majorité concerne les visites de leurs patients pour 35.4 % (n=28) d'entre eux et le fonctionnement en cabinet de secteur pour 39.2 % (n=31) d'entre eux. Le reste concerne la DOMUS à 7,6 % (n=6), 3,8% (n=3) la régulation et enfin 13,9 % (n=11) répondent autre. Les réponses données sont parfois multiples, à savoir plusieurs activités de permanence de soins exercées en même temps par un même médecin. (Figure 6)

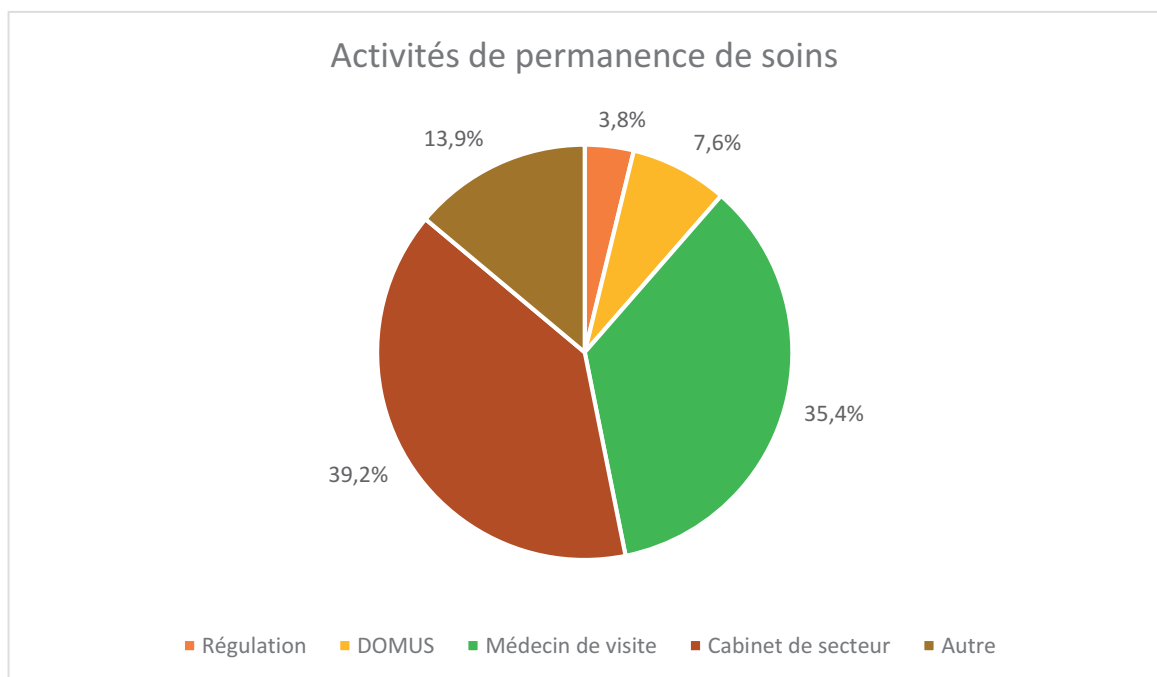


FIGURE 6 : ACTIVITE DES MEDECINS REPONDEURS DANS LA PERMANENCE DE SOINS

C – ETAT ACTUEL DE LA COMMUNICATION

1 – FORMAT UTILISE POUR LA COMMUNICATION ACTUELLE

a – INFORMATION SYSTEMATIQUE A CHAQUE PASSAGE

A la question « Etes-vous informés par le service des urgences en cas de passage aux urgences d'un de vos patients ? », 86 médecins répondent.

Les réponses sont :

Toujours : n=12 (14%)

Souvent : n= 42 (49%)

Parfois : n=26 (30%)

Jamais : n=6 (7%)

(Figure 7)

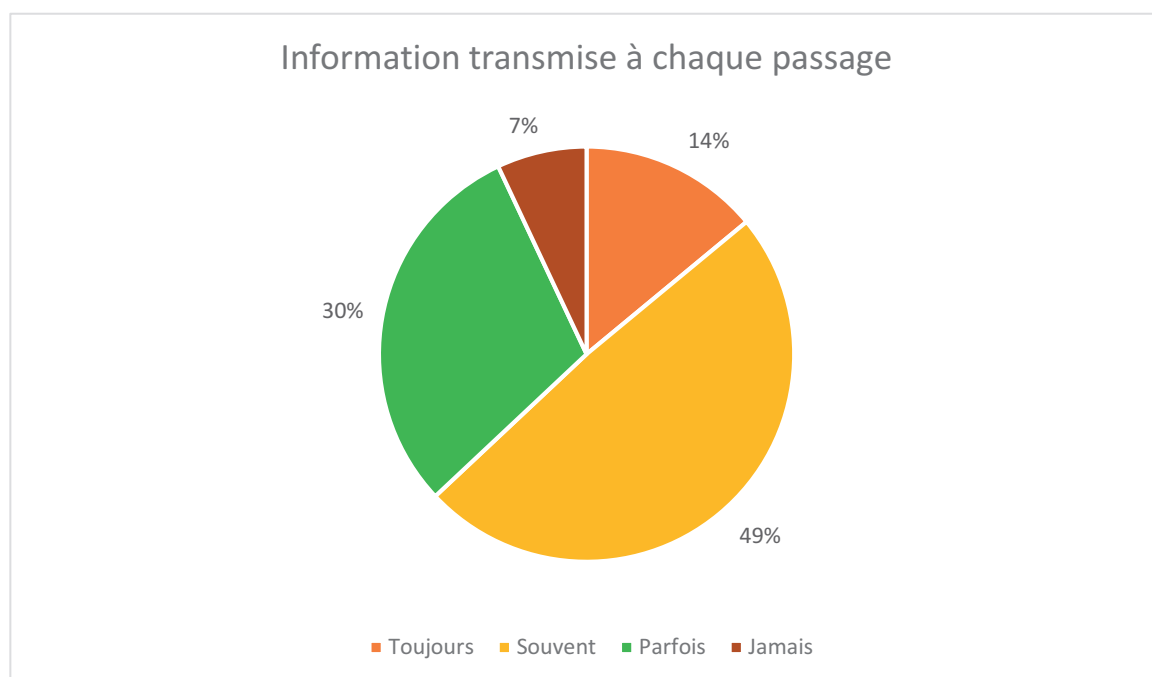


FIGURE 7 : PROPORTION DES MEDECINS ESTIMANT ETRE INFORMES A CHAQUE PASSAGE

b – COURRIER POSTAL

A la question : « Etes-vous informés d’une consultation aux urgences d’un de vos patients par courrier postal ? », 86 médecins répondent.

Les réponses sont :

Toujours à 10 % (n=9)

Souvent à 55 % (n=47)

Parfois à 29 % (n=25)

Jamais à 6 % (n=5).

(Figure 8)

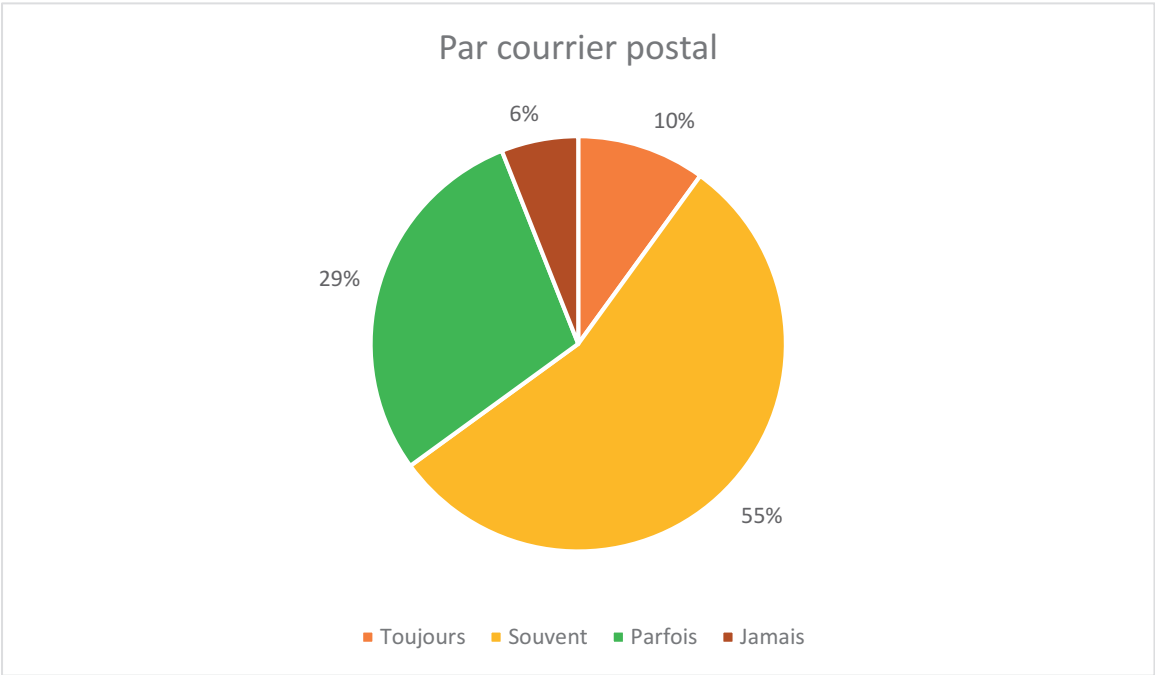


FIGURE 8 : PAR COURRIER POSTAL

Une sous question s’intéresse au délai de réception du courrier (Tableau 2)

	Pourcentage	Effectifs
< 1 semaine	18%	14
1 semaine - 1 mois	66%	52
> 1 mois	16%	13

TABEAU 2 : DELAI DE RECEPTION DU COURRIER TRANSMIS PAR VOIE POSTALE

c – COURRIER REMIS EN MAINS PROPRES AU PATIENT

A la question : « Etes-vous informés d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par courrier remis directement en mains propres par le patient lui-même lors d'une nouvelle consultation ? », 84 médecins répondent.

Les réponses sont :

Toujours : 2 % (n=2)

Souvent : 35 % (n=29)

Parfois : 52 % (n=44)

Jamais : 11 % (n=9)

(Figure 9)

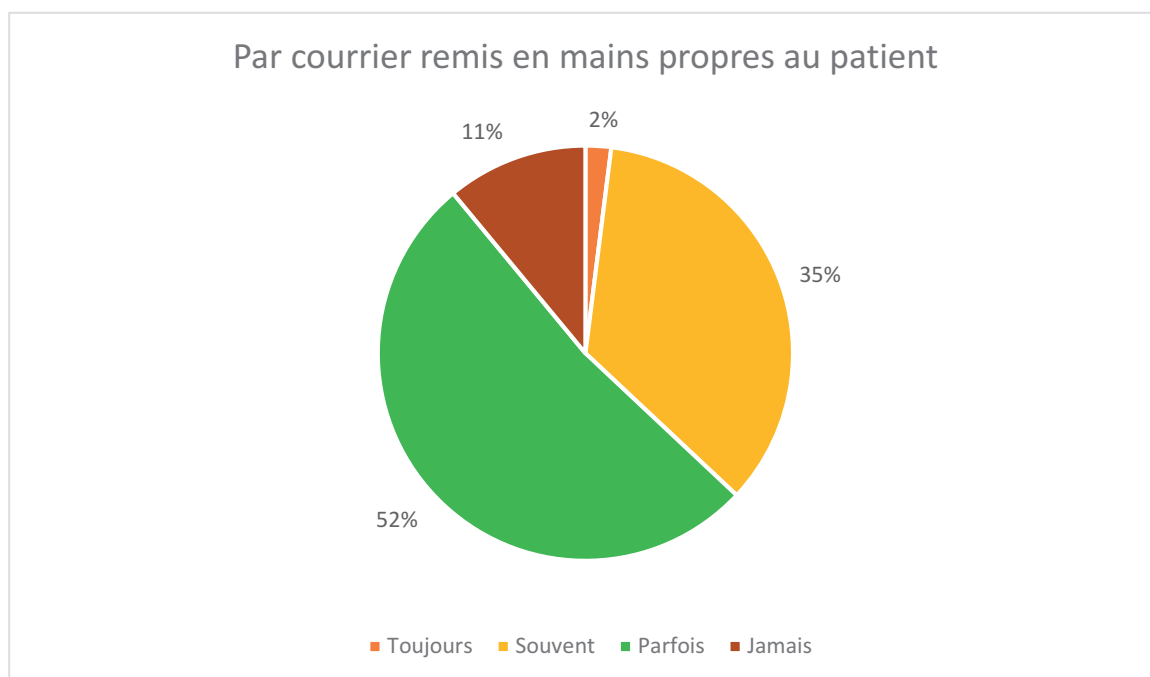


FIGURE 9 : PAR COURRIER REMIS EN MAINS PROPRES AU PATIENT

Une sous question s'intéresse au délai de transmission de ce courrier (Tableau 3) :

	Pourcentage	Effectifs
< 1 semaine	33%	24
1 semaine - 1 mois	40%	29
> 1 mois	27%	20

TABEAU 3 : DELAI DE TRANSMISSION DU COURRIER REMIS EN MAINS PROPRES AU PATIENT

d – MAIL CRYPTÉ OU MESSAGERIE SECURISEE

A la question: « Etes-vous informés des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par un mail crypté (type apicrypt) ou par messagerie sécurisée ? », 84 médecins répondent.

Les réponses données sont:

Toujours: 0 %

Souvent: 0 %

Parfois: 1 % (n=1)

Jamais: 99 % (n=83)

(Figure 10)

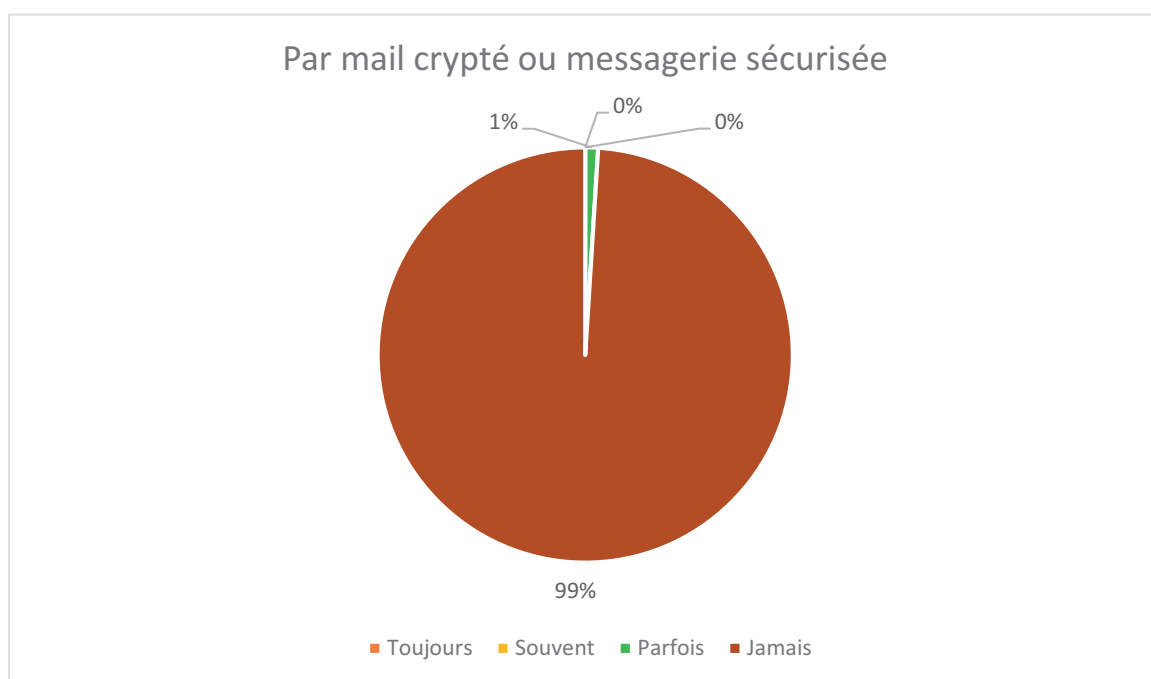


FIGURE 10 : INFORMATIONS TRANSMISES PAR EMAILS SECURISES

Une sous question s'intéresse là encore au délai de transmission de ce mail. Un seul médecin a répondu pour un délai entre 1 semaine – 1 mois.

e – APPEL TELEPHONIQUE

A la question : « Etes-vous informés des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par un appel par un médecin/interne des urgences ? », 84 médecins répondent.

Les réponses s'organisent comme suit :

Toujours : 0 % (n=0)

Souvent : 1 % (n=1)

Parfois : 45 % (n=38)

Jamais : 54 % (n=45)

(Figure 11)

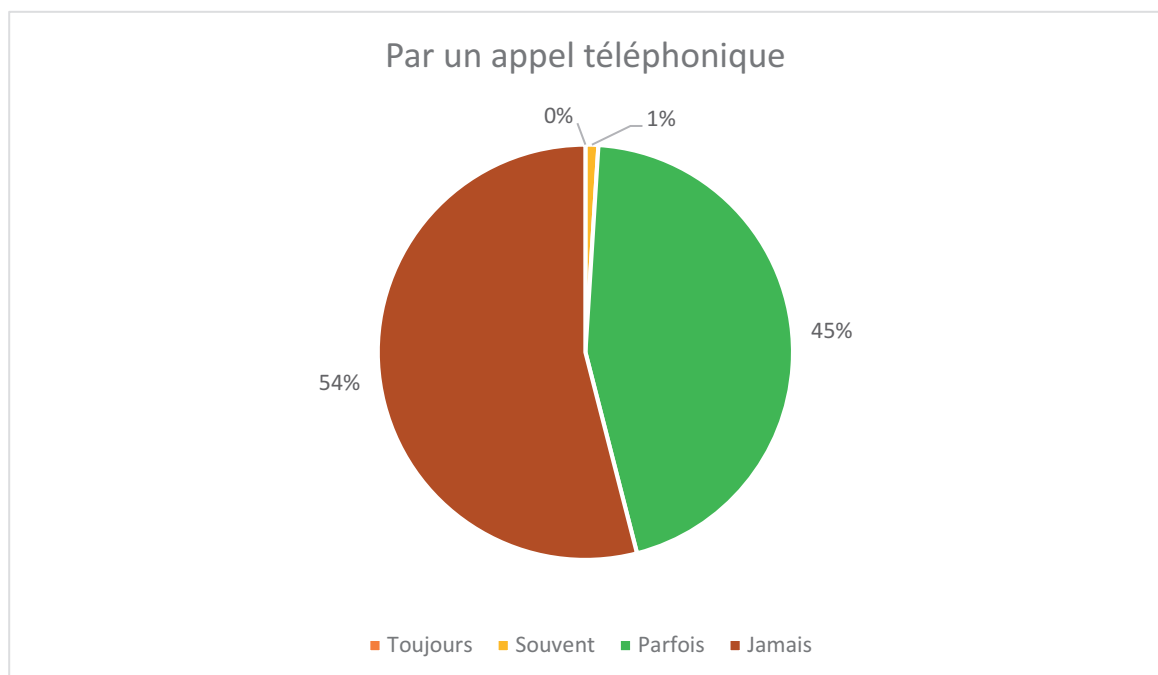


FIGURE 11 : INFORMATIONS TRANSMISES PAR APPEL TELEPHONIQUE

Une sous question s'intéresse au délai d'émission de cet appel téléphonique : 35 médecins répondent. 34 estiment le délai < 1 semaine (soit 97 %) et 1 médecin l'estime entre 1 semaine et 1 mois (soit 3 %).

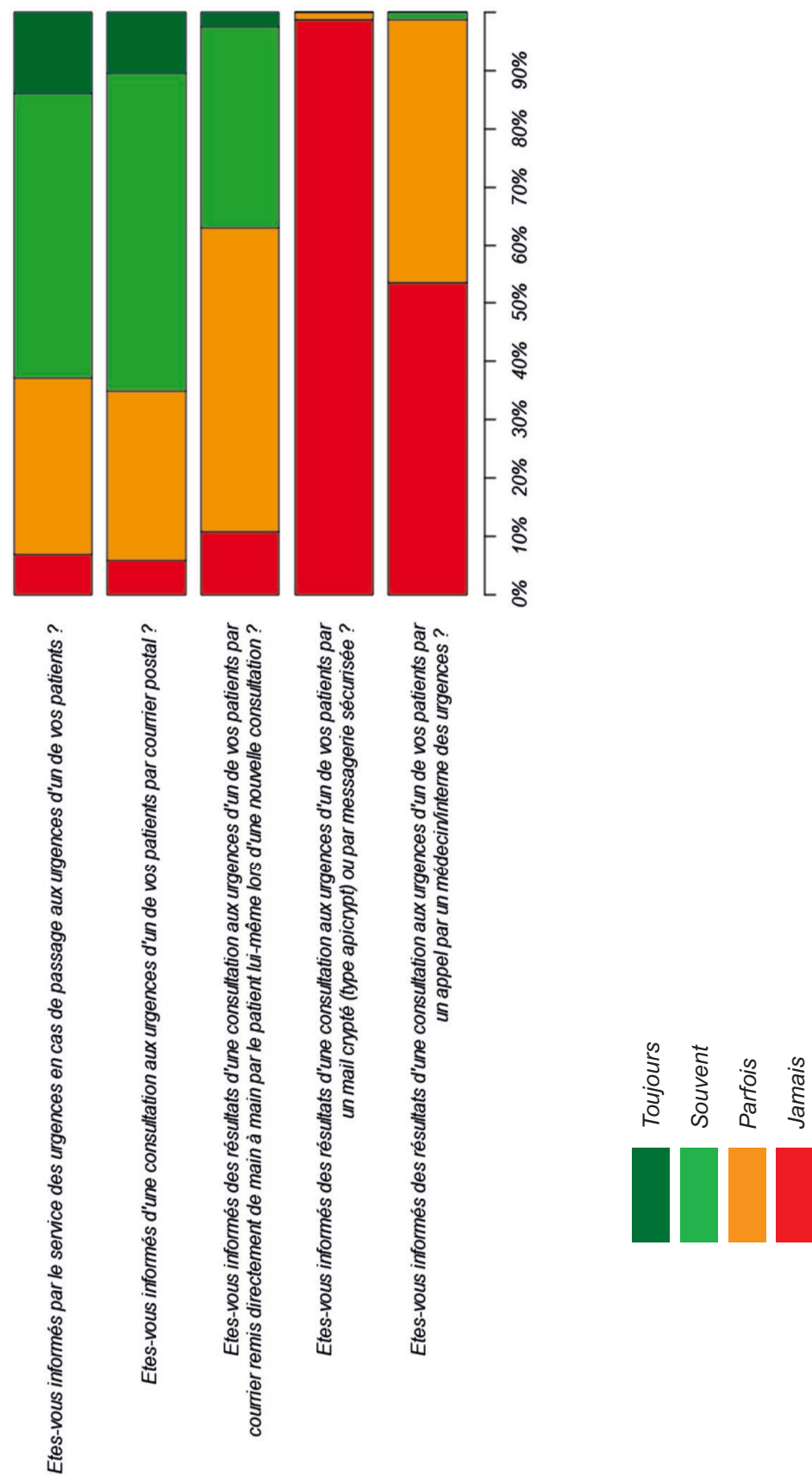


FIGURE 12 : MODALITÉS DES INFORMATIONS TRANSMISES

2 – CONTENU DU COURRIER

La figure illustrant l'ensemble des résultats concernant le contenu des courriers se trouve à la fin du paragraphe. (Figure 13)

a – LISIBILITE DU COURRIER

A la question « Le courrier est-il suffisamment lisible ? », 81 médecins répondent.

Les réponses sont :

Toujours à 25 % (n=20)

Souvent à 59 % (n=48)

Parfois à 16 % (n=13)

Jamais à 0 % (n=0)

b – LE MOTIF DE CONSULTATION

A la question « Le motif de consultation est-il clairement défini ? », 81 médecins répondent.

Les réponses sont :

Toujours à 35 % (n=28)

Souvent à 53 % (n=43)

Parfois à 12 % (n=10)

Jamais à 0 % (n=0)

c – L'EXAMEN CLINIQUE

A la question « L'examen clinique est-il clairement détaillé ? », 82 réponses sont données.

Les réponses sont :

Toujours à 7 % (n=6)

Souvent à 44 % (n=36)

Parfois à 41 % (n=34)

Jamais à 7 % (n=6)

d – RESULTATS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A la question « Les résultats d'examens complémentaires y sont mentionnés ? », 81 médecins répondent.

Les réponses sont :

Toujours à 15 % (n=12)

Souvent à 53 % (n=43)

Parfois à 32 % (n=26)

Jamais à 0 % (n=0)

e – AVIS SPECIALISE

A la question « Un avis spécialisé y est clairement décrit ? », 81 médecins ont répondu.

Les réponses données sont :

Toujours à 1 % (n=1)

Souvent à 30 % (n=24)

Parfois à 53 % (n=43)

Jamais à 16 % (n=13)

f – TRAITEMENT REALISE AUX URGENCES

A la question « Le traitement entrepris aux urgences est clair ? », 81 réponses sont données.

Les réponses sont :

Toujours à 15 % (n=12)

Souvent à 49 % (n=40)

Parfois à 28 % (n=23)

Jamais à 7 % (n=6)

g – TRAITEMENT DE SORTIE

A la question « Le traitement de sortie est explicite ? », 82 médecins répondent.

Les réponses données sont :

Toujours à 20 % (n=16)

Souvent à 60 % (n=49)

Parfois à 21 % (n=17)

Jamais à 0 % (n=0)

h – RENDEZ-VOUS EN EXTERNE

A la question « Les rendez-vous en externe sont clairement indiqués ? », 82 réponses sont données.

Les réponses sont :

Toujours à 5 % (n=4)

Souvent à 43 % (n=35)

Parfois à 39 % (n=32)

Jamais à 13 % (n=11)

i – CONCLUSION

A la question « La conclusion et la conduite à tenir vous semblent claires ? », 81 médecins répondent.

Les réponses sont :

Toujours à 7 % (n=6)

Souvent à 51 % (n=41)

Parfois à 40 % (n=32)

Jamais à 2 % (n=2)

j – CONSULTATION A DISTANCE

A la question « A-t-on demandé au patient de vous consulter à distance de la consultation aux urgences ? », 83 médecins ont répondu.

Les réponses sont :

Toujours à 16 % (n=13)

Souvent à 52 % (n=43)

Parfois à 28 % (n=23)

Jamais à 5 % (n=4)

Une sous question était posée à savoir : « Si oui, l'a-t-il fait ? » et 77 réponses sont enregistrées.

Les réponses sont :

Toujours à 10 % (n=8)

Souvent à 62 % (n=48)

Parfois à 27 % (n=21)

Jamais à 0 % (n=0)

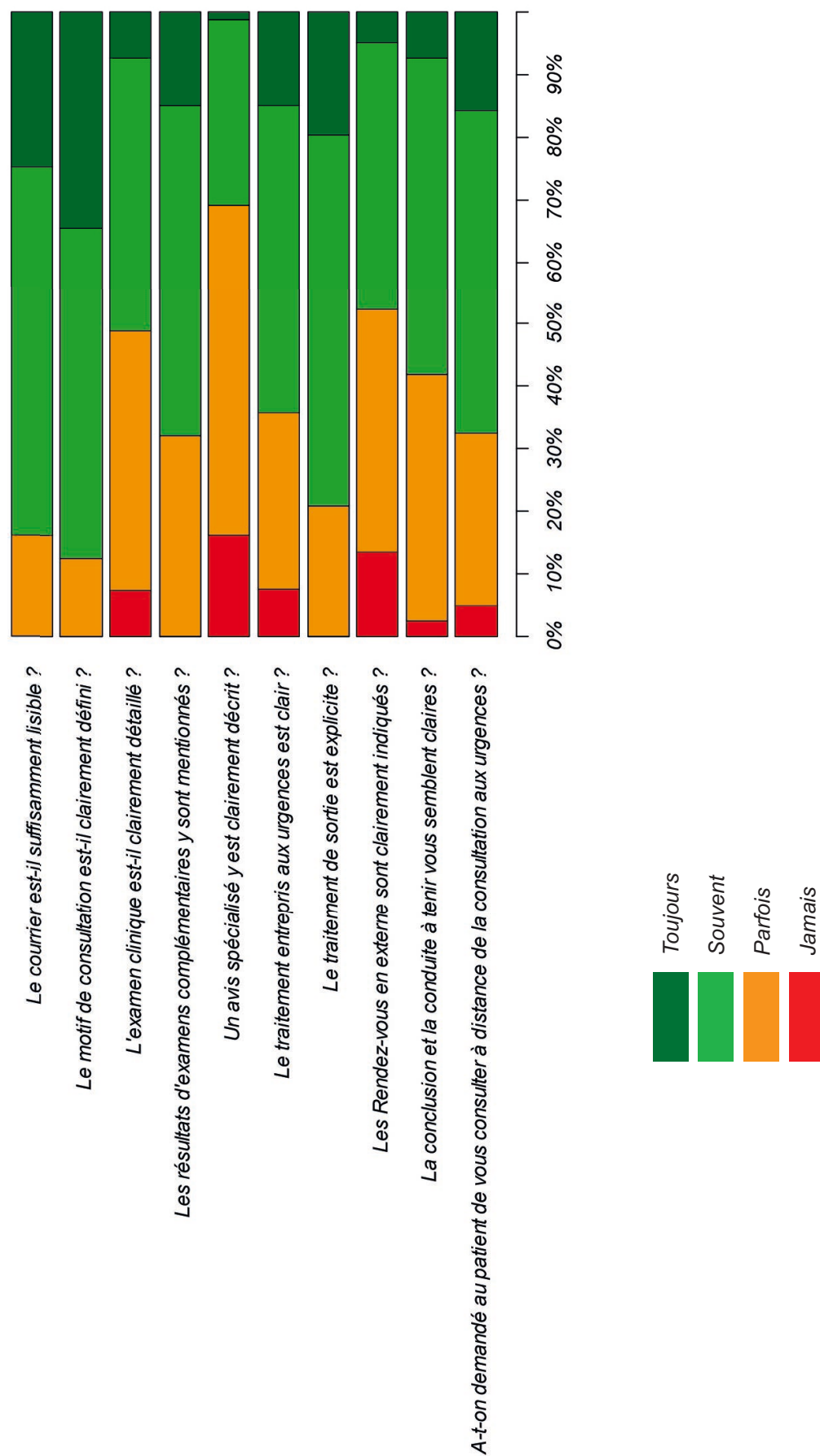


FIGURE 13 : SATISFACTION CONCERNANT LE CONTENU DES COURRIERS

3 – SATISFACTION GLOBALE

A la question posée « Etes-vous globalement satisfait de la communication à la sortie des urgences ? », 86 médecins répondent.

La répartition des réponses est la suivante :

Toujours à 15 % (n=13)

Souvent à 44 % (n=38)

Parfois à 37 % (n=32)

Jamais à 3 % (n=3)

(Figure 14)

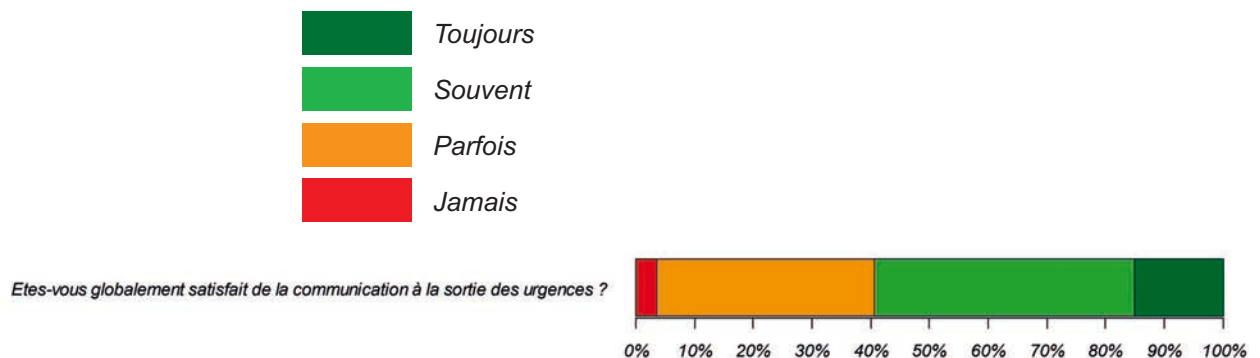


FIGURE 14 : EVALUATION DE LA SATISFACTION GLOBALE

4 – DECES DU PATIENT

Une question s'intéresse au mode de communication entre les urgences et le médecin traitant d'un patient qui décède aux urgences. A la question « En cas de décès d'un de vos patients aux urgences, êtes-vous prévenus ? », 77 médecins répondent.

Les réponses s'organisent comme suit :

Toujours : 14 % (n=11)

Souvent : 22 % (n=17)

Parfois : 36 % (n=28)

Jamais : 27 % (n=21)

Une sous question s'intéresse au moyen employé pour informer le médecin traitant de ce décès : 55 médecins ont répondu. 29 % (n=16) rapportent être informé par téléphone, 69 % (n=38) par courrier et 2 % (n=1) par courrier ou appel téléphonique.

5 – MEDECINS POSSEDANT UNE MESSAGERIE SECURISEE

A la question « Disposez-vous d'une boîte mail sécurisée (type MS santé)? », 84 médecins répondent.

Les réponses sont :

Oui : 85 % (n=71)

Non : 15 % (n=13)

(Figure 15)

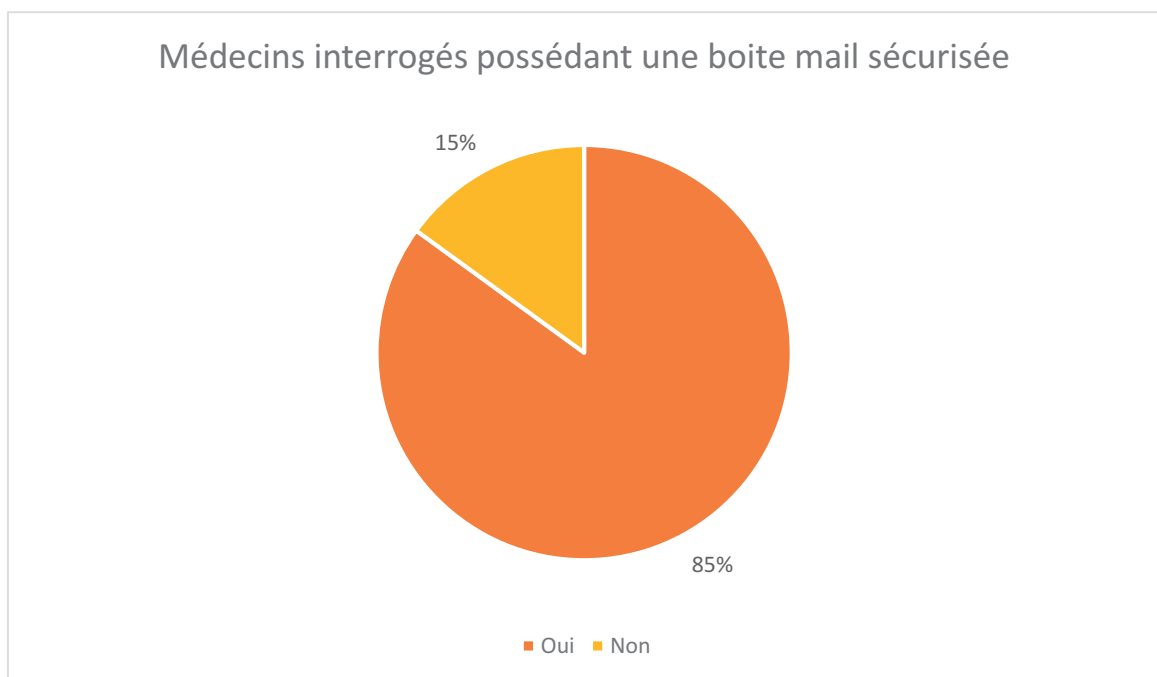


FIGURE 15 : PROPORTION DES MEDECINS POSSEDANT UNE MESSAGERIE SECURISEE

6 – INFLUENCE SUR LA COMMUNICATION SELON MEDECIN TRAITANT

a – EN CAS D'APPEL TELEPHONIQUE POUR ADRESSER LE PATIENT

A la question : « Avez-vous noté une différence sur la fréquence de rédaction ou non d'un courrier de sortie des urgences de votre patient si vous avez appelé aux urgences pour y adresser votre patient ? », 80 médecins répondent.

Les réponses obtenues sont :

Toujours : 5 % (n=4)

Souvent : 21 % (n=17)

Parfois : 23 % (n=18)

Jamais : 51 % (n=41)

b – SI COURRIER POUR ADRESSER LE PATIENT

A la question : « Avez-vous noté une différence sur la fréquence de rédaction ou non d'un courrier de sortie des urgences de votre patient si vous avez adressé votre patient avec un courrier ? », 81 médecins répondent.

Les réponses données sont :

Toujours : 11 % (n=9)

Souvent : 25 % (n=17)

Parfois : 22 % (n=18)

Jamais : 42 % (n=34)

D – PISTES D'AMELIORATION

1 – MOYENS DE COMMUNICATION A PRIVILEGIER

A la question « Quel type de communication trouvez-vous la plus adaptée à la sortie des urgences ? », 85 médecins ont répondu et parfois avec plusieurs réponses. (Tableau 4 et Figure 16)

Mode de communication souhaité	Taux
Appel téléphonique	12% (n=10)
Courrier envoyé au cabinet	20% (n=17)
Courrier remis au patient	21% (n=18)
Mail sécurisé / crypté	80% (n=68)
	133%

TABEAU 4 : MODE DE COMMUNICATION SOUHAITE PAR LES MEDECINS INTERROGES

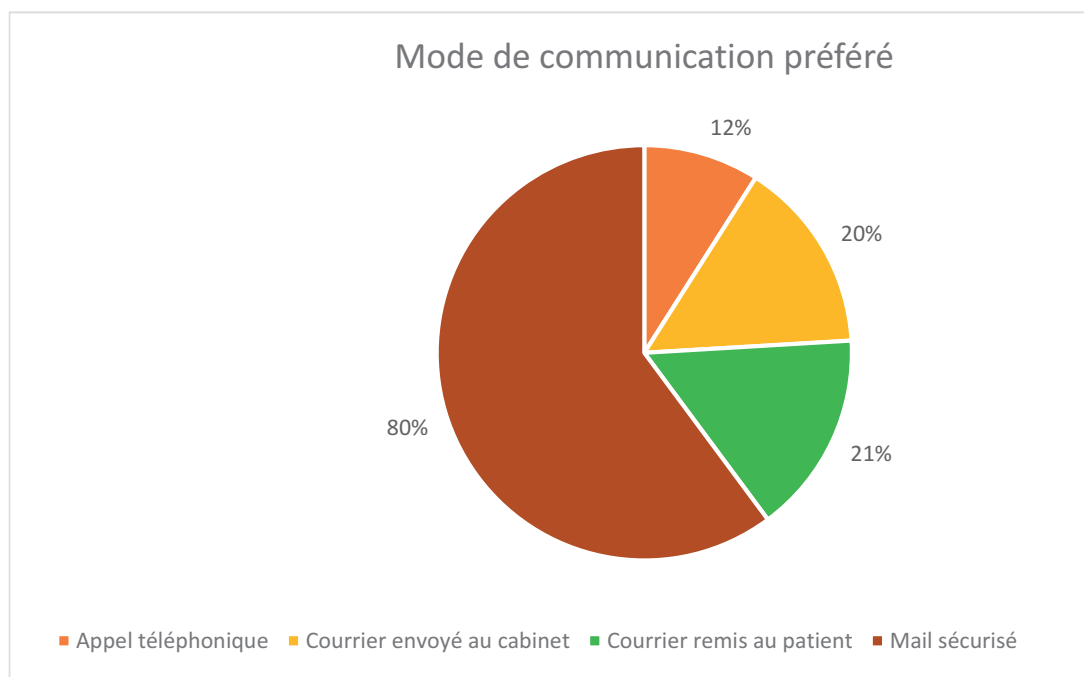


FIGURE 16 : MODE DE COMMUNICATION A PRIVILEGIER SELON LES MEDECINS REPONDEURS

2 – NECESSITE D'ETRE INFORME A CHAQUE PASSAGE

A la question « Cela vous semble-t-il nécessaire d'être informé lors de chaque passage ? », 84 médecins répondent.

Les réponses s'organisent comme suit :

Toujours : 76 % (n=64)

Souvent : 18 % (n=15)

Parfois : 6 % (n=5)

Jamais : 0 % (n=0)

(Figure 17)

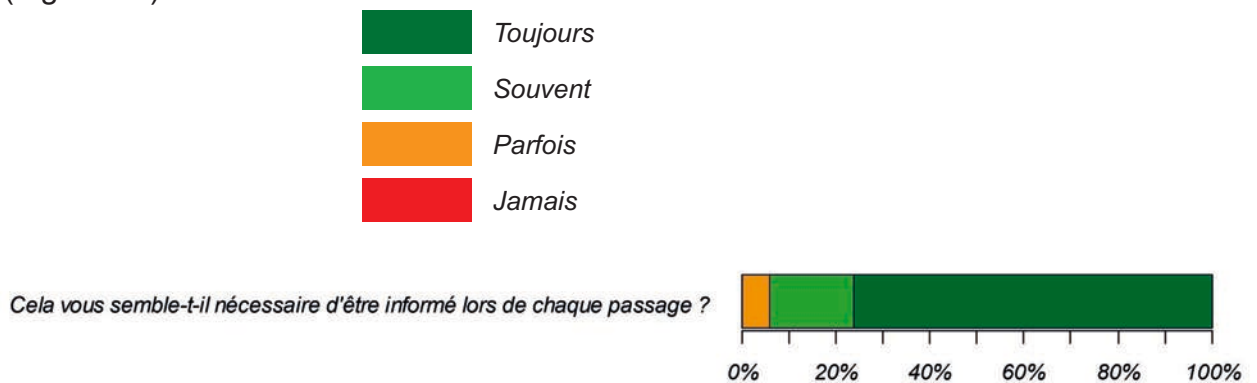


FIGURE 17 : NÉCESSITÉ D'ÊTRE INFORMÉ À CHAQUE PASSAGE

3 – POPULATION NECESSITANT UN COURRIER DE SORTIE

A la question « Pour quel type de patient vous semble-t-il nécessaire d'être informé d'un passage aux urgences ? », 75 réponses sont données.

Elles sont données en commentaire libre (EN ANNEXE 3). Pour un souci de compréhension elles sont regroupées par mots clés :

75 % (n=56) des médecins répondants déclarent qu'il faut que ce soit systématique, pour tout patient.

16 % (n=12) les jugent nécessaires pour les patients nécessitant un suivi au décours par le médecin traitant.

7 % (n=6) estiment qu'ils sont nécessaires pour les patients poly pathologiques.

Enfin, 5 % (n=4) les trouvent nécessaires pour signaler un abus de fréquentation des urgences. (Figure 18)

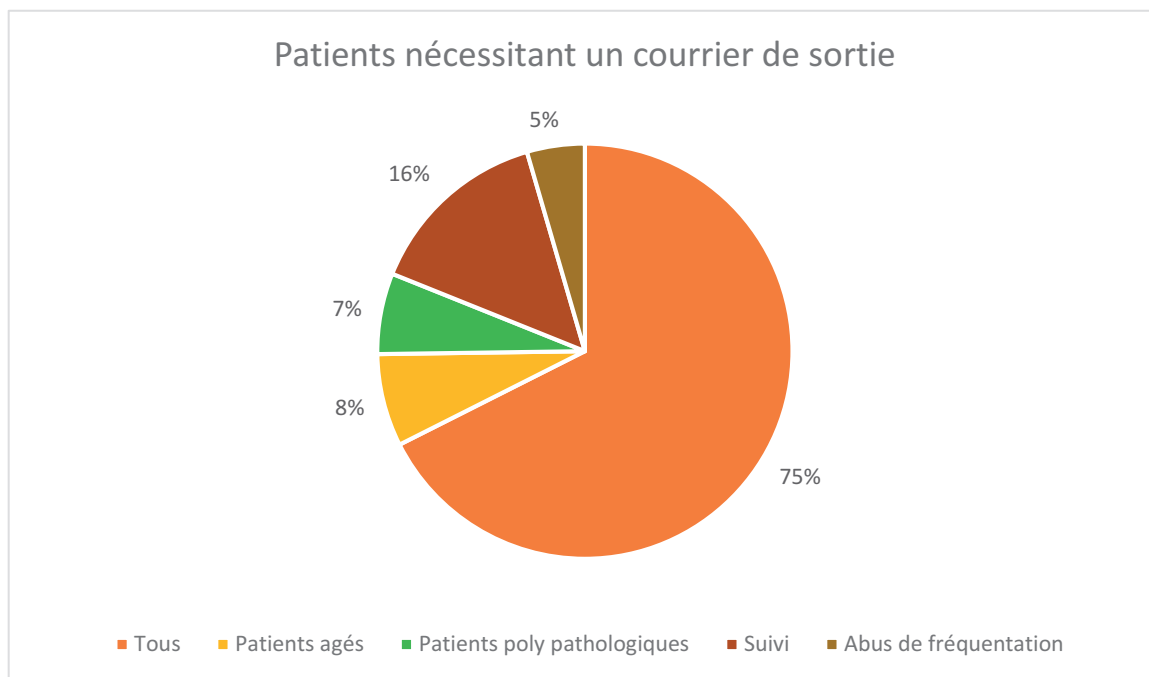


FIGURE 18 : PATIENTS NECESSITANT UN COURRIER DE SORTIE

4 – SUGGESTIONS EN COMMENTAIRES LIBRES

Les commentaires libres sont regroupés en ANNEXE 4.

Pour une meilleure lisibilité, ils ont été organisés en différentes sous parties.

Les fautes d'orthographe ont été corrigées et tous les commentaires d'ordre privé et d'encouragement, retirés.

56 commentaires sont rédigés en tout.

33 commentaires rapportent la nécessité de changer la forme de la communication parmi lesquels 26 sont en faveur de l'utilisation des courriers électroniques via apicrypt et/ou MSsanté.

8 traitent du contenu propre de la communication.

1 fait référence au délai d'acheminement de l'information.

11 mettent en avant le désaccord des médecins généralistes répondants concernant l'information transmise et 3 font ressortir les points forts de ces échanges.

VII – DISCUSSION

A – DISCUSSION DE LA METHODE :

1 – SCHEMA D'ETUDE

Cette étude est une enquête d'opinion. Elle a permis de dresser un état des lieux représentatif à un instant donné du sujet étudié avec une précision dans les réponses apportée par des questions à choix fermé. Cette étude quantitative a permis d'obtenir l'opinion des médecins généralistes libéraux sur des points précis que ce soit sur la communication actuellement en place ou sur les points à améliorer.

Evidemment notre étude présente une limite importante: elle est non généralisable car réalisée à une échelle locale, elle ne concerne qu'un seul établissement de santé spécifique (GHH Monod) d'où un effet centre. Cela importe peu puisque le but était de faire ressortir les pistes à améliorer pour optimiser les échanges localement.

En ce qui concerne la population interrogée, nous avons dû faire face à un certain biais de mémorisation. En effet, le risque était qu'au moment où le médecin interrogé choisit de répondre, il se fie au dernier courrier lu par exemple, et qu'il n'en retienne que les points négatifs ou au contraire, ce qui lui a plu.

La qualité du courrier étant dépendante en partie du rédacteur, cela a peut-être influencé ses réponses. Il a pu vouloir faire ressortir un détail de ce dernier courrier.

On pourrait aussi penser que le point de vue des médecins diffère en fonction du nombre de courriers qu'ils ont pu recevoir. En effet, plus le nombre de courrier reçu est important, plus les réponses sont nuancées (surtout parfois/souvent). Il aurait été judicieux de pouvoir moduler les réponses selon le nombre de courriers reçus mais notre étude ne nous a pas permis de faire ce tri.

Autre point à souligner, dans la lettre d'introduction il a bien été précisé qu'il ne s'agissait que des courriers concernant les patients sortant des urgences adultes de Monod (c'est-à-dire sans hospitalisation et à ne pas confondre avec l'ensemble des courriers reçus des différents services du GHH). Certains médecins ont peut-être fait un amalgame et ainsi généralisé leurs commentaires à l'ensemble de la communication avec le GHH.

2 – UTILISATION D'UN QUESTIONNAIRE

Le caractère auto-administré du questionnaire présente un avantage pour notre étude car cela permettait au médecin de répondre quand il voulait, augmentant ainsi le taux de réponse et leur qualité.

Ce mode de questionnaire comportant des questions fermées et une partie de commentaires libres a permis de travailler sur des critères précis (standardisation des réponses : informations plus faciles à traiter) mais a aussi favorisé une expression plus spontanée car anonyme des médecins interrogés. Les informations obtenues en commentaires libres auront permis d'obtenir des discours très riches et variés (surtout si critiques négatives à faire).

Les questionnaires à questions fermées ont par ailleurs pour inconvénient que certaines réponses peuvent être données au hasard (si le médecin ne sait pas quoi répondre mais qu'il se sent obligé de le faire). La formulation des questions a parfois peut-être influé sur les réponses données. Pour réduire ce risque, certaines questions comportaient des propositions « réponse autre » ainsi qu'un espace suggestions/commentaires libres proposé à la fin.

La partie commentaires libres, anonyme, aurait pu servir d'exutoire pour les plus mécontents.

3 – MODE DE DIFFUSION PAR INTERNET

Le choix a été fait d'envoyer le questionnaire par mail via Google Forms pour les avantages que cela présente. Un moindre coût devant les 250 médecins interrogés : un envoi postal aurait été onéreux et un entretien par appel téléphonique, chronophage. L'augmentation de la taille de l'échantillon a par conséquent permis une meilleure puissance de l'étude. Cela a également présenté un grand intérêt pour les relances.

Ce mode de recueil de données a permis une meilleure confidentialité et traçabilité dans l'étude des résultats.

A contrario, ce mode d'envoi peut présenter comme inconvénient un plus grand risque d'incompréhension sur le sens de la question.

Le mode de diffusion par internet met surtout en avant un certain biais de recrutement, un biais dans le choix des répondants. L'étude de satisfaction ayant été réalisée par internet, il semblerait que les informatophiles étaient plus enclins à répondre au questionnaire et ils étaient probablement plus enthousiastes vu qu'ils utilisent plus communément l'outil.

Il n'existait pas de format papier pour les médecins qui n'ont pas d'adresse mail ou de connexion internet.

A noter également que les médecins qui aiment le courrier électronique sont plus enclins à recevoir l'e-mail et à répondre à l'étude et forcément, déclareront qu'ils aimeraient qu'on utilise leur système de messagerie sécurisée.

4 – DATE D'ENVOI

A posteriori, le choix de la date d'envoi sur la période d'été n'était pas propice à un taux de réponse optimal. Le manque de temps des médecins généralistes ainsi que les périodes de vacances ont probablement influé sur notre taux de réponse.

Pour pallier cet inconvénient, nous avons effectué deux relances dont une au moins était après la fin des vacances scolaires. (26 septembre 2016)

B – DISCUSSION DES RESULTATS

1 – TAUX DE REPONSE DE L'ETUDE

La force de notre étude se trouve principalement dans le taux de participation. En effet il s'élève 34.4 % ce qui est plutôt satisfaisant.

Dans notre cas, cette méthode choisie semble judicieuse puisque les médecins concernés ont pu répondre à leur convenance et en toute confidentialité. Ce taux de réponse obtenu est d'autant plus honorable que les médecins de ville sont de plus en plus surchargés de travail et de plus en plus sollicités pour différents travaux (thèse, étude...).

Comparons notre taux de réponse à d'autres études en prenant pour exemple celle de Dormard (15) relative à la carence de communication entre ville et hôpital dans laquelle seuls 109 médecins généralistes ont accepté de remplir le questionnaire papier avec renvoi postal sur les 3350 médecins contactés soit un taux de réponse inférieur à 5 %.

Ou encore, l'étude américaine Primary Care Physician Attitudes Regarding Communication with Hospitalists (24) réalisée par internet portait sur 4155 médecins généralistes avec 1030 réponses soit 26 %.

2 – REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION

Le sexe ratio de notre étude est relativement proche de celui des médecins généralistes de l'agglomération havraise (61,2 % d'hommes) avec tout de même une plus grande part de réponses des médecins généralistes masculins (67 %).

Ce résultat est compatible avec un tirage au sort car l'intervalle de confiance hypergéométrique du taux d'hommes tiré de l'échantillon (IC95: 59 %; 75 %) est compatible avec le taux d'hommes de la population 67 %.

En ce qui concerne le mode d'exercice: les médecins répondants exercent pour 8 % seuls, 8 % en maison médicale et la majorité, 84 % en cabinet de groupe. Il est difficile de confronter ces résultats aux caractéristiques de l'ensemble des médecins généralistes de l'agglomération. En effet, la qualité des données du RPPS est insuffisante et on obtient une information trop indirecte pour l'exploiter.

Pour le lieu d'exercice: 68 % d'activité urbaine, 22 % en semi urbain et 10 % ont une activité rurale. Ces réponses données par les médecins interrogés sont relativement subjectives tout comme les données obtenues grâce aux données RPPS. Les médecins de l'agglomération havraise exercent à 79 % une activité urbaine, 15 % une semi urbaine et 6 % une activité rurale. Ces résultats sont donc relativement comparables à notre échantillon.

Pour une meilleure interprétation, nous avons regroupé les réponses « Toujours » et « Souvent » dans la suite de notre discussion sur les résultats, considérant ces deux réponses comme étant satisfaisantes pour les médecins interrogés.

3 – ETAT DES LIEUX DE LA COMMUNICATION ACTUELLE

a – TRANSMISSION DE L'INFORMATION

En ce qui concerne le fait qu'une information est transmise à chaque passage aux urgences et pour chaque patient, les médecins interrogés ont répondu Toujours ou Souvent à 63 %.

Dans une étude montpelliéraine de 2011, E. Gervais (25) montre que seuls 36 % des patients sortent des urgences avec un courrier de sortie; un taux qui s'abaisse à 20 % en cas de sortie nocturne.

Ce taux de transmission de l'information est donc meilleur que dans d'autres études (12) (13) (26), mais cela ne semble tout de même pas satisfaisant à en croire les nombreux commentaires libres notamment à la question « Quel type de patients nécessitent une information du médecin traitant à la sortie ? » où la réponse Tous/Tout type de patient est retrouvée dans 75 % des cas (ANNEXE 3).

Dans l'étude rétrospective de la Revue Santé Publique (27) concernant l'évaluation de la qualité de communication des informations du parcours de soins des consultants aux urgences d'un CHU avec les médecins généralistes, la grille d'évaluation a permis de mettre en avant des informations manquantes dans les courriers et par conséquent, des pistes d'amélioration. La notification du traitement antérieur était absente dans 93 % des cas, le traitement reçu au SAU et de sortie absent ou incomplet dans 78 et 92 % des courriers et des consignes de suivi n'étaient données que dans 36 % des cas.

Le délai de réception des courriers rapporté dans cette étude était dans 8,5 % des cas inférieur ou égal à 48h et dans 99 % des cas inférieur ou égal à 8 jours (délai légal). Il est dit dans cette étude que le délai de réception du compte rendu est l'élément central pour la poursuite de soins de qualité.

b – FORMAT DE LA COMMUNICATION ACTUELLE

Les informations sont transmises par courrier postal dans 65 % des cas. Avec un délai le plus souvent de 1 semaine à 1 mois (66 %), supérieur au délai légal de 8 jours ce qui rend bien souvent obsolètes les informations transmises.

Les informations sont transmises par un courrier remis en main propre par le patient dans 37 % des cas. Ce qui le rend « acteur de sa santé » et ne pose pas le problème de la transmission d'informations au médecin traitant à son insu.

En revanche, cela représente une perte des informations puisque bien souvent la consultation avec le médecin traitant au décours est trop éloignée en temps de l'épisode l'ayant conduit aux urgences, rendant là aussi les informations obsolètes. On peut également imaginer que les documents peuvent être perdus par le patient lui-même.

Des données publiées comme Kripalani et al dans une revue de la littérature de 1977 à 2005 concernant l'ensemble des services de soins (28) ont montré que le taux de courriers présentés au médecin traitant lors de la consultation suivante variait entre 12 et 34 % quand il y avait une consultation au décours.

Ces résultats sont très insuffisants si on se réfère aux articles R. 1112-1-2.-I (11) et L. 1110-4 (29) du Code de la Santé Publique.

En quelques mots, ces articles font référence à l'obligation par les services de rédiger une lettre de liaison lors de la sortie d'un patient, lettre qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises par le patient et son médecin traitant (ou par le médecin à l'initiative de l'hospitalisation). Ils se réfèrent aussi à la nécessité de respecter la vie privée du patient et de n'échanger entre professionnels que les informations nécessaires à sa prise en charge.

Le taux d'information transmise par mail crypté ou messagerie sécurisée est de 0 %. En effet, aucun mail n'est envoyé des urgences pour informer le patient : alors que dans les commentaires libres ce mode de communication semble être celui préféré par les médecins. Ils possèdent une messagerie sécurisée dans 85 % des cas.

Pour des raisons matérielles cela n'est pas possible : il n'existe pas d'accès à une messagerie sécurisée via le logiciel des urgences Résurgences, pas d'intégration systématique de la messagerie du médecin traitant par les secrétaires d'accueil (seules leur identité et leur adresse postale sont renseignées pour le moment).

Cela représente une des pistes d'amélioration majeure de notre étude avec un travail à effectuer sur le logiciel peut être dans un premier temps.

La transmission d'informations par un appel téléphonique par un médecin ou un interne des urgences est retrouvée dans seulement 1 % des cas. Ici, nous pouvons critiquer notre questionnaire avec une évidente inutilité de la sous question « Sous quel délai » ou alors un mauvais choix des réponses proposées puisqu'il va de soi qu'aux urgences - si appel il y a - il est réalisé au même moment que la prise en charge du patient.

c – CONTENU DU COURRIER ACTUEL

Le courrier est reconnu lisible dans 84 % des cas, avec un motif d'admission clair dans 88 % des cas. Le motif d'admission devrait s'imposer visuellement au lecteur, comme évident afin que l'on sache pourquoi le patient s'est rendu aux urgences.

Un examen clinique y est repris dans 51 % des cas, les examens complémentaires détaillés dans 68 % des cas et un avis spécialisé retrouvé dans 31 % des cas.

En ce qui concerne le traitement administré aux urgences, on le retrouve dans 64 % des cas, le traitement de sortie est explicite dans 80 % des cas et la nécessité de rendez-vous en externe est retrouvée dans 48 % des cas.

Pour la conclusion, elle est détaillée dans 58 % des cas et là aussi cela semble trop insuffisant, c'est un des éléments clés d'un courrier de sortie.

Dans son rapport de 1998, le Conseil de l'Ordre guide les médecins dans la rédaction de ce courrier. Sa forme et son contenu sont codifiés et cela a pour objectif de le rendre plus uniforme (30).

Le courrier de sortie d'un service hospitalier est réglementé dans le guide ANAES (31).

d – SATISFACTION GENERALE

Si on regroupe « Toujours » et « Souvent », concernant les réponses données à la question « Etes-vous globalement satisfait de la communication à la sortie des urgences ? », on obtient un taux de satisfaction globale de 59 % ce qui est loin d'être optimal. C'est ce qui a donné lieu à de nombreux commentaires libres et permettra une réelle marge de progression dans la communication ville-hôpital.

La satisfaction générale aussi peu optimale de la communication entre médecine de ville et médecine hospitalière n'est pas spécifique à notre établissement, ni à notre pays.

Une enquête réalisée dans 26 établissements hospitaliers d'Aquitaine avec un questionnaire assez semblable retrouvait les mêmes points faibles (32). Les points d'amélioration cités par les médecins généralistes par ordre de priorité décroissante étaient les suivants : le délai de réception du CRH (note moyenne 36,7/100), l'association à la planification de la sortie (note moyenne 49,3/100) et le délai de prise en charge des patients lors d'une demande de consultation en urgence (note moyenne 56,3/100).

Une étude réalisée à Liverpool concernant la qualité de la communication entre les médecins généralistes et urgentistes conclut qu'il devient essentiel de changer radicalement le mode de communication actuel en proposant la mise en place de courriers électroniques (33).

e – INFORMATIONS CONCERNANT LE DECES D'UN PATIENT

La survenue du décès d'un patient est transmise dans 36 % des cas à son médecin traitant selon les médecins interrogés. Dans 29 % des cas par téléphone et 69 % des cas par courrier.

Ce taux, très faible de transmission de cette information capitale fait penser que le médecin généraliste n'est pas averti comme il se doit de la survenue d'un tel événement. Si ce taux reflète une réalité, cela n'est pas acceptable et sous-estime grandement le rôle et la place du médecin traitant dans la vie de son patient et de sa famille.

Peut-être que parfois si les médecins ne sont pas prévenus du décès de leur patient c'est parce que celui-ci survient en dehors des heures ouvrables.

Dans la thèse de Giraud de 2010 sur la coopération entre la ville et le CHU de Grenoble (13), les médecins généralistes n'étaient pas satisfaits des délais de transmission des informations sur le décès des patients (seulement 17,4 % d'avis favorable).

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

f – INFLUENCE DES DIFFERENTS FACTEURS

26 % des médecins qui ont répondu notent une différence dans la rédaction du courrier de sortie s'ils sont à l'initiative de la consultation du patient aux urgences et qu'ils l'ont adressé par téléphone. Ils sont 36 % à le souligner s'ils l'ont adressé par courrier.

Toujours dans l'étude de E. Gervais (25), il en ressort que 14 % des patients sortant avec un courrier ont été admis avec une lettre versus 10 % des patients sortant sans courrier. Cette différence tendrait à montrer que l'échange réciproque améliore la transmission des informations médicales.

4 – PISTES D'AMELIORATION

a – MODE DE COMMUNICATION PREFERE

80 % des médecins interrogés ont une préférence pour la messagerie sécurisée et les mails cryptés, 21 % préfèrent un courrier remis en mains propres au patient, 20 % un courrier postal et enfin 12 % sont intéressés par un appel téléphonique.

De façon flagrante ce qui ressort de notre étude c'est la préférence pour les échanges via une messagerie sécurisée pour une grande majorité des médecins interrogés. Cela est retrouvé de manière toute aussi importante dans la partie commentaires libres à la fin du questionnaire.

Dans la littérature internationale, l'étude américaine de Pantilat (24) met en avant le fait que les médecins de premier recours préféraient de loin communiquer avec les spécialistes hospitaliers par téléphone (77 %) lors de l'admission du patient (73 %) ainsi qu'à sa sortie de l'hôpital (78 %).

Seuls 56 % des médecins de soins primaires étaient satisfaits de la communication avec les spécialistes et seuls 33 % reconnaissaient que les CRH arrivaient toujours ou habituellement avant qu'ils ne revoient le patient en consultation.

Dans son étude rennaise, H. Debue (34) montre que 75 % des médecins interrogés considèrent recevoir un plus grand nombre de courriers de sortie depuis la mise en place d'un système de communication par messagerie sécurisée. Pour 93 % des médecins, le délai de transmission très court apporte une nette amélioration dans la prise en charge globale de leurs patients. La réception de ce courrier de sortie par emails sécurisés permet à 89 % des interrogés d'intégrer plus facilement les données dans le dossier médical de leur patient.

b – NECESSITE D'ETRE INFORME A CHAQUE PASSAGE

94 % des médecins interrogés trouvent qu'il est nécessaire d'être informé à chaque passage. C'est un élément important à prendre en compte : les médecins de ville sont demandeurs d'informations.

Dans les commentaires libres, ils ont renseigné pour qui ou pourquoi ils souhaitent cette information : pour tous dans 75 % des cas, les patients âgés (8 %), poly-pathologiques (7 %), pour assurer le suivi (16 %) et pour signaler un abus de fréquentation (5 %).

Dans son étude épidémiologique descriptive réalisée dans le Val de Marne, Laure Saada (35) relève que 70 % des médecins interrogés estiment que le courrier de sortie d'une consultation aux urgences leur est utile pour la suite de la prise en charge. 74 % des médecins se déclaraient alors prêts à utiliser un serveur informatique permettant l'accès au dossier médical du patient pour améliorer la coordination des soins entre personnel médical et paramédical.

c – INTERET POUR LES PISTES D'AMELIORATION

La question ouverte « Commentaires libres/Suggestions », bien que située en fin de questionnaire, a suscité un intérêt important pour les médecins interrogés (48 suggestions).

La redondance de certains commentaires semble montrer qu'il s'agit des réels points à améliorer à savoir peut-être changer le format de la communication et aussi la nécessité d'être plus systématique dans l'envoi des courriers pour un plus large nombre de patients.

On remarque une absence de rigueur dans l'échange d'informations entre les urgences et la médecine libérale : pas d'envoi systématique du courrier.

Le Code de Déontologie précise les conditions de la nécessaire continuité des soins :

« Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins ».

Le Code de la Santé Publique légifère l'organisation de la sortie et le contenu du dossier médical :

« A la fin de chaque séjour hospitalier, une copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné ».

C – DISCUSSION DES PISTES D'AMELIORATION

1 – EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'une EPP pour le GHH Monod. Les résultats de cette étude sont attendus et permettront à l'avenir d'agir pour optimiser la communication hôpital-ville à la sortie des urgences, en tenant compte des pistes d'amélioration soulevées par les médecins généralistes.

2 – PROPOSITIONS

a – AMELIORER LE CONTENU DU COURRIER

Dans la partie « gestion de l'aval » de son référentiel, la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) indique qu'une lettre adressée au médecin traitant est obligatoire pour tout patient sortant d'un Service d'Accueil des Urgences. Cette lettre fait partie des critères d'évaluation de la qualité des services d'urgence. L'importance de la qualité du courrier de sortie des urgences est soulignée par l'ANAES (31) et le rapport de l'HAS (5).

Aux Etats Unis, l'organisme d'accréditation JCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) a mis en place une liste d'éléments que les courriers doivent contenir tels que : le motif d'hospitalisation, les résultats des examens complémentaires, le traitement donné aux urgences, le diagnostic final, le traitement de sortie s'il a été modifié et l'organisation des soins à la sortie (28).

Dans notre étude, les résultats concernant la présence systématique d'une conclusion au courrier incluant le diagnostic est de 7 % (réponses Toujours). Ce qui est très insuffisant compte tenu du fait qu'il s'agit d'une des informations principales du courrier et qu'elle devrait être systématique.

b – AMELIORER LA QUALITE DU COURRIER

En réponse à notre travail, une démarche de formation serait intéressante. Un module de formation à la rédaction d'un courrier de sortie pourrait être intégré à la formation médicale lors de l'internat par exemple. Une attention plus particulière pour rendre les courriers plus uniformes et répondant mieux aux attentes des médecins généralistes interrogés serait à envisager et ainsi permettrait d'améliorer la communication.

Il existe une option de rédaction de courrier automatique par le logiciel Résurgences qui intègre différents éléments de l'observation médicale dans un courrier préétabli. C'est entre autre cet outil, bien souvent utilisé par manque de temps et par les internes qui rendent les courriers mal faits ou illisibles. La révision des éléments du dossier sélectionnés informatiquement pour la rédaction automatique du courrier serait bénéfique. Par ailleurs, on peut envisager comme acteur privilégié de cette communication hôpital-ville l'interne de médecine générale. Effectuant des stages aussi bien dans un Service d'Accueil des Urgences que chez les praticiens de ville, il se trouve au cœur de la relation entre ces deux acteurs de santé durant sa formation.

Si on en revient à l'étude rétrospective de la Revue Santé Publique (16): Les médecins généralistes sont satisfaits du contenu (90 %) et de la forme (84 %) des courriers du SAU toutefois, ils souhaitent des courriers de sortie mieux structurés et plus synthétiques qui soient transmis pour 62 % d'entre eux par mail sécurisé.

c – OPTIMISER LA COMMUNICATION HOPITAL-VILLE

Dans sa thèse, Salmon (36) fait des propositions pour améliorer les échanges entre la ville et l'hôpital :

- Une meilleure communication : ce qui est pointé du doigt par les médecins généralistes c'est surtout la fréquence et le manque de systématisme des courriers. Elle rapporte également le fait que le courrier papier est désuet: beaucoup de temps passé à les numériser. Déjà elle mettait en avant la nécessité de penser aux échanges électroniques.
- Discuter une formation : c'est-à-dire un besoin de formation commune pour que chacun apporte son expérience du terrain, et ainsi favoriser la réalisation de protocoles pragmatiques afin de mieux se connaître mutuellement et de répondre au mieux aux attentes de chacun.
- Un besoin d'organisation dans la prise en charge de l'urgence et de la permanence des soins.

Les résultats de notre étude devront dans un premier temps être communiqués à l'ensemble des médecins urgentistes du GHH Monod. Il faudrait probablement recueillir leurs avis sur nos résultats et sur les pistes d'amélioration. Dans un second temps, une réévaluation devra probablement être réalisée pour s'inscrire dans une démarche à long terme.

d – ADHESION A UN SERVICE DE MESSAGERIE SECURISEE PAR LE SERVICE DES URGENCES ADULTES DU GHH MONOD

Il y a une dizaine d'années, certains obstacles à l'utilisation des messageries sécurisées étaient avancés dans la littérature tels que (36) :

- la peur du manque de confidentialité
- l'absence de courriers médicaux informatisés et uniformisés
- la formation hétérogène des urgentistes et des généralistes à cette pratique
- la réticence de certains médecins qui craignent une déshumanisation de la relation médecin/patient

Mais plus tard, il était vite reconnu une simplicité et une rapidité dans les échanges d'informations (37).

Depuis la naissance des messageries électroniques sécurisées, un nouveau mode de communication a vu le jour. Différentes études tendent à prouver que la communication des courriers par emails sécurisés représente une réelle avancée dans les échanges entre les urgences et la médecine de ville (16) (26) (38).

Dans une étude canadienne (39), il était comparé un système de communication informatisé versus un courrier manuscrit envoyé par la poste. L'intervention de l'informatisation permet un accès plus rapide aux données du patient par le médecin traitant et permet ainsi d'améliorer la continuité des soins.

Cette communication électronique entre un service d'urgences et les médecins libéraux est donc non seulement faisable mais aussi une volonté réelle. De nos jours, nombreux sont les médecins qui utilisent les dossiers informatiques pour leur patient. Aucun chiffre évident n'a été retrouvé pour illustrer ce propos. Des échanges par emails seraient donc évidemment plus faciles à intégrer au dossier du médecin traitant. L'outil informatique est maintenant familier pour la plupart d'entre eux et ce qui était un frein aux échanges informatiques avant ne l'est plus à l'heure actuelle.

La transmission par email via apicrypt par exemple est sécurisée par un double système de mots de passe (clés) indispensables à l'expéditeur et au destinataire. Ceci est renforcé par rapport aux autres systèmes de transmission (courrier papier, fax, appel téléphonique). Ce mode d'échange permet également une intégration des données simplifiées (gain de temps : plus besoin de numériser les courriers et de place : plus besoin de stocker du papier).

Dans sa thèse H. Debue (34) montre à quel point les médecins sont unanimes sur l'avancée que représente l'utilisation des emails sécurisés comme nouveau mode de communication (pour la satisfaction globale des médecins généralistes, on compte plus de 90 % de réponses positives). Le taux de satisfaction concernant le délai de transmission, la sécurité et la facilité d'intégration des informations est excellent.

3 – DE LA THEORIE A LA PRATIQUE

a – ADHESION A UNE MESSAGERIE SECURISEE PAR LE GHH

En mars 2013, à l'occasion de son discours sur la stratégie nationale en matière de e-santé, Marisol Touraine alors ministre des affaires sociales et de la santé, confirme la mise en place d'une messagerie sécurisée de santé comme une des priorités de la politique publique en matière de e-santé (40). Suite à cela et sur demande de l'ASIPsanté, l'Agence des Systèmes d'Informations Partagés de santé, depuis juin 2013 les établissements publics de santé se doivent de devenir MSsanté compatibles. L'utilisation de cette messagerie sécurisée est non obligatoire mais vivement recommandée.

Depuis juin 2016, tous les établissements publics de santé dont le GHH Monod fait partie ont achevé l'intégration de MSsanté au sein de leur Système d'Information Hospitalier, à la fois vis-à-vis du système de messagerie interne : Convergence dans le cas de Monod et vis-à-vis du logiciel patients : Sillage. (ANNEXE 5)

Cela signifie en théorie que l'hôpital peut d'ores et déjà échanger avec les médecins généralistes de ville, notamment à propos de leurs patients par exemple pour un envoi de CRH.

Or, à l'heure actuelle, aucun email n'est envoyé de l'hôpital Monod et notamment du service des urgences adultes en ce qui concerne notre étude pour transmettre ce genre d'information. Pour cause, tous les médecins de ville ne sont pas équipés de MSsanté. Donc même si le GHH se mettait à envoyer des emails aux médecins, ils ne seraient pas tous dans la capacité de les recevoir.

Pour le moment, le logiciel patients Sillage, qui n'est pas utilisé aux urgences adultes du GHH ne contient pas les adresses emails des médecins correspondants compatibles MSsanté. L'annuaire est public sur le site de l'ASIPsanté <https://annuaire.sante.fr> mais les adresses sont encore à intégrer manuellement au logiciel.

A noter que le logiciel Résurgences qui concerne les urgences adultes, service pour lequel a été réalisée notre étude ne contient pas non plus les adresses emails des messageries sécurisées des correspondants externes.

b – INTEROPERABILITE MSSANTE – APICRYPT

Il existe sur le marché français plusieurs messageries sécurisées mais nous nous intéresserons à deux d'entre elles : les plus répandues et les seules citées dans les commentaires libres de notre étude.

Une majorité des médecins de France est plutôt adhérente à la messagerie sécurisée Apicrypt. En effet, celle-ci compte près de 70000 utilisateurs. Aucune source fiable ne fait référence aux nombres d'utilisateurs de MSsanté mais il est notifié que le taux d'utilisateurs est encore trop faible comparé à son concurrent (41). Cela s'explique notamment par l'ancienneté d'apicrypt, première messagerie sécurisée créée en France à l'échelle nationale en 1996 contre 2013 pour MSsanté.

Ces deux messageries sont encore aujourd'hui incompatibles pour fonctionner ensemble ce qui limite grandement les échanges. Une version apicrypt2 serait en réflexion depuis janvier 2016 ; une nouvelle version qui permettrait la mise en place de l'interopérabilité avec MSsanté (42).

Les médecins généralistes qui sont en possession d'apicrypt sont satisfaits de l'utilisation actuelle (fonctionne bien avec les laboratoires de ville pour transmission des résultats de biologie, d'imagerie ou encore les échanges avec les établissements privés du Havre type HPE). Ils ne vont pas forcément faire l'effort de rendre leur mode de fonctionnement compatible avec le GHH alors que pour le reste tout fonctionne bien.

A noter qu'avant 2012, le GHH possédait une adresse et un mode de fonctionnement apicrypt changé pour MSsanté rapidement sur demande nationale de l'ASIPsanté.

D'autre part, ce qui est rendu possible aujourd'hui par le logiciel patients Sillage utilisé par l'ensemble du GHH ne peut s'appliquer pour une consultation aux urgences. En effet, le service des urgences adultes est le seul service de l'hôpital à utiliser un logiciel différent : Résurgences.

A priori, il existe pour ce logiciel des modules adaptables payants pour rendre un envoi possible par email via ce logiciel. Cela est impossible pour le moment en pratique. Pour l'instant, il n'a pas été question d'un investissement dans ce mode de fonctionnement.

En revanche, il est tout à fait envisageable, via Résurgences de rédiger un courrier de synthèse relatant la consultation aux urgences du patient et de synchroniser ce document sur Sillage et ainsi l'envoyer par mail.

c – UN COURRIER PREDEFINI REVISE

Le courrier rédigé à la sortie d'une consultation des urgences se voudrait plus uniforme. Cela permettrait d'intégrer les informations retenues par l'HAS et celles souhaitées par un maximum des médecins généralistes interrogés.

Le courrier prédéfini inclus dans le logiciel Résurgences étant modifiable à souhait, il est par conséquent tout à fait envisageable de revoir les caractéristiques de ce courrier type.

d – LE DOSSIER MEDICAL PERSONNEL : L'AVENIR DE LA E-SANTE

Il paraît clair que ce mode de communication hôpital/ville via les emails sécurisés est réalisable. Ces systèmes de communication permettent actuellement des échanges « point à point », c'est-à-dire que l'expéditeur l'envoie au professionnel de santé qui lui l'intégrera secondairement au dossier du patient via son logiciel patient.

Pour pallier les soucis d'accessibilité au dossier du patient par l'ensemble des professionnels de santé, il existe déjà en France, un système national capable de répondre aux différents acteurs de santé : il s'agit du Dossier Médical Personnel (DMP). Celui-ci permettrait d'y intégrer des CRH, des biologies et des imageries. MSsanté ne supporte pas des dossiers trop importants comme une IRM par exemple, sa capacité de stockage étant limitée à 2Go et la taille maximale supportée d'une pièce jointe de 10Mo.

En ce qui concerne le DMP, il s'agit pour autant d'un outil complémentaire de MSsanté. En effet, alors que les messageries sécurisées permettent des échanges entre professionnels de santé uniquement, reconnus par leur carte CPS ou leur numéro RPPS ; le DMP est lui, consultable par le patient. Le DMP constitue une étape supplémentaire dans la réforme e-santé en facilitant les échanges de données dématérialisées entre professionnels de santé, tout en respectant la confidentialité autour du patient.

Certains hôpitaux de proximité ont déjà décidé d'y adhérer comme c'est le cas à Caen pour le Centre de Cancérologie François Baclesse. Ce mode de fonctionnement semble être une solution adaptée.

VIII – CONCLUSION

La communication entre médecins généralistes et médecins hospitaliers est essentielle à la qualité et à la continuité des soins. Celle-ci est d'autant plus importante que le système de santé français tend à placer le médecin traitant comme un réel pivot du système avec le rôle de coordinateur des soins et d'orientation dans le parcours de soins.

L'objectif de cette étude était de recueillir l'opinion des médecins généralistes de l'agglomération havraise, partenaires essentiels de l'hôpital, d'identifier les points forts et faibles de la communication actuelle avec les médecins hospitaliers du service d'urgences adultes du GHH à la sortie d'une consultation aux urgences et d'utiliser ces informations pour améliorer les échanges avec la médecine de ville.

Notre travail s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, elle-même conforme à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles. Ces pistes d'améliorations seront donc à soumettre dans un second temps au GHH Monod.

59 % des médecins interrogés se disent satisfaits de la communication actuelle à la sortie des urgences. 85 % des médecins possèdent une messagerie sécurisée et ils sont 80 % à vouloir que ce mode de communication soit celui à privilégier. Or, un mail sécurisé pour transmettre des informations au médecin traitant n'est jamais utilisé par les urgences adultes du GHH.

94 % des médecins souhaitent être informés à chaque passage aux urgences.

Les pistes d'amélioration principalement citées par les médecins généralistes sont: le changement de format des échanges au profit des messageries sécurisées et des emails cryptés; l'amélioration du contenu du courrier et aussi un envoi plus systématique des informations.

Avec un cadre légal peu règlementé, la communication entre l'hôpital et la ville est à améliorer pour tenter de satisfaire au mieux les médecins généralistes très demandeurs d'informations.

L'utilisation de messageries sécurisées au sein du GHH Monod pour échanger avec les médecins généralistes de l'agglomération est confrontée à de nombreux obstacles. L'incompatibilité du logiciel Résurgences avec MSsanté ainsi que l'absence d'interopérabilité entre MSsanté et apicrypt rendent impossible les échanges pour le moment.

Si les messageries sécurisées semblent être la solution d'aujourd'hui, le Dossier Médical Personnel apparaît comme la prochaine étape de la réforme de la e-santé.

IX – BIBLIOGRAPHIE

1. France. Article R.4127-63 du code de la santé publique - Information entre médecins en cas d'hospitalisation du patient.
2. France. Article R.4127-64 du code de la santé publique - Exercice collégial.
3. France. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002 page 4118.
4. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi Pyrénées. Thèse de médecine générale. Université de Toulouse; 2014.
5. Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation > 24h. Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation. Edition en ligne. Octobre 2014.
6. Haute Autorité de Santé. Manuel de Certification des établissements de santé. Critère 24.a. « Sortie du patient ». Janvier 2014.
7. France. Article R.4127-45 du code de la santé publique - Dossier professionnel ou fiche d'observation, tenu par le médecin.
8. ANAES - Service évaluation des pratiques. Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé : Dossier du patient - Règlementation et recommandation. Juin 2003;
9. France. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF n°0190 du 17 août 2004 page 14598.
10. Haute Autorité de Santé. Lettre d'information de la Haute Autorité de Santé - Des indicateurs pour améliorer la qualité et la sécurité des soins - n°35 avril juin 2013.
11. France. Article R.1112-1-1 - Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison [Internet].
12. Hubert G. La circulation de l'information : Evaluation du lien complexe ville hôpital. Thèse de médecine générale. Université de Bobigny; 2006.
13. Giraud M. Coopération ville hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Thèse de médecine générale. Université de Grenoble; 2010.
14. Wattiaux M, Lauret T, Macrez A. Relations médecine de ville-hôpital. Une enquête du CHU Bichat - Claude-Bernard. Revue Hospitalière de France 2007. 516 : 66-69.
15. Poindron PY. Carence de communication entre l'hôpital et la ville. Le concours médical 2006; 128 : 1148-1149.
16. 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. 27 mai 2014; 26(2):165-172.

17. Christophe D. Rédaction d'un courrier pour le médecin traitant au SAMU 54 : luxe ou nécessité. Collège Lorrain de Médecine d'Urgence (COLMU) ; Avril 2004.
18. Ruth JL, Geskey JM, Shaffer ML, Bramley HP, Paul IM. Evaluating Communication Between Pediatric Primary Care Physicians and Hospitalists. *Clinical Pediatrics*. 1er octobre 2011 ; 50 (10):923-8.
19. INSEE. Comparateur de territoire - Commune du Havre - chiffres détaillés - paru le 29/9/2016.
20. INSEE. Diagnostic social infra-urbain de la CODAH - Indicateurs sociaux dans les quartiers | Insee [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1560114>
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas régionaux 2016, « La démographie médicale en Seine Maritime, situation en 2015 ». Edition Internet, [En ligne], 2016.
22. France. Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A - Permanence de soins et obligations. JORF 8 août 2004.
23. France. La loi Hôpital, patients, santé et territoire, « Le support pédagogique de la loi HPST ». Edition Internet, [En ligne], septembre 2009.
24. Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Wachter RM. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. *The American Journal of Medicine* 2001 ; 111 (9B) : 15S-20S.
25. Gervais E. Courriers de sortie informatisés des patients externes adressés au médecin traitant à la sortie d'un service d'accueil des urgences. Thèse de médecine générale. Université de Montpellier ; 2011.
26. Le Barbenchon A. La communication des urgences avec les médecins généralistes. Enquête de satisfaction et étude prospective sur les courriers de sortie des urgences de Saint Brieuc et du CHCB. Thèse de médecine générale. Université de Rennes ; 2011.
27. D Bertrand, P François, P Romanet ; Le point de vue des médecins généralistes sur l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital. *Santé Publique*. Volume 11 n°4 p453-463 ; 1999.
28. Kripalani S, Lefevre F, Phillips CO et al. Deficits in Communication and Information Transfert Between Hospital-Based and Primary Care Physicians : Implications for patient safety and Continuity of Care ; *JAMA* 2007 297 (8) 831-841.
29. France. Article L.1110-4 - Ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017 - art. 5 relatif aux droits des personnes.
30. Mercat F-X, Les courriers entre médecins. Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des médecins lors de la session du 30 janvier 1998. Janvier 1998.
31. ANAES. Préparation à la sortie du patient hospitalisé, évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. 2001.
32. Allemandou M. Evaluer la satisfaction des correspondants externes. Protocole Cellule Qualité n°32. Version 1er novembre 2010.

33. Harris MF, Giles A, O'Toole BI. Communication across the divide. A trial of structured communication between general practice and emergency departments. février 2002 ; 31(2):197-200.
34. Debue H. L'apport de courriers de sortie des urgences transmis par messagerie informatique sécurisée dans la communication entre les médecins généralistes et le service des urgences. Thèse de médecine générale. Université de Rennes ; 2015.
35. Saada L. Evaluation de la communication entre les services d'urgences adultes et les médecins généralistes. Thèse de médecine générale. Université de Paris VI ; juin 2013.
36. Salmon C. Etat des lieux des relations généralistes-urgentistes : enquête par entretiens dans la région de Dinan. Thèse de médecine générale. Dinan ; 2005.
37. Le Douarn YM. Internet comme outil de communication et de cohésion pour les médecins généralistes, modèle des plateformes communicatives mises en place dans les SAMI 94. Thèse de médecine générale. Université de Créteil ; 2012.
38. Truffaut S. Evaluation d'un réseau de soins Médecine générale-urgences : analyse des modes de communication et attente des praticiens. Thèse de médecine générale. Université de Paris ; 2008.
39. Afiliato M. Impact of a standardized communication system on continuity of care between family physicians and the emergency department. Can J Emerg Med. 2007 ; 9 (2) 79-86.
40. Stratégie e-santé, Intervention de Marisol Touraine, jeudi 28 mars 2013, dans le cadre de la 13ème journée TELESANTE organisée par le CATEL - version en ligne. 2013.
41. Fédération Régionale des maisons et des pôles de santé en Normandie. Les systèmes d'information. Dernière mise à jour Février 2017. Publication en ligne - Fortspro.
42. Midi Picardie Informatique Hospitalière (MiPih). Naissance de l'interopérabilité entre Apicrypt et Medimail - Communiqué du 9 février 2017.

X – ANNEXES

ANNEXE 1 : TEXTE D'INTRODUCTION QUESTIONNAIRE

Je travaille sur ma thèse de médecine générale traitant de l'état de communication actuel entre les urgences adultes du GHH Monod et l'ensemble des médecins généralistes de l'agglomération du Havre.

Ce questionnaire va donner lieu à une Évaluation de Pratiques professionnelles réalisée en partenariat avec le Service d'Accueil des Urgences du GHH. Les réponses à cette étude me serviront alors dans le cadre de mon travail de thèse.

Après être passée en stage un semestre aux urgences adultes du GHH, j'ai fait le constat qu'il n'existait pas réellement de courrier type pour tenir informé le médecin traitant de l'état de santé de son patient suite à un passage aux urgences, ou que celui-ci n'était pas clair et que, de plus nous n'étions vraiment pas systématiques dans sa rédaction. M'est alors venue l'idée de vous solliciter - directement vous - médecins généralistes de l'agglomération, afin de connaître vos attentes sur ce courrier, si vous en êtes satisfaits actuellement ou s'il vous semblait plus judicieux de choisir un autre mode de communication. Je voulais également savoir ce que vous attendiez de cette communication : ce qui vous semble important voire indispensable.

Si je réalise cette étude, c'est tout d'abord parce que ça n'a jamais été fait auparavant aux urgences adultes du GHH mais surtout afin de vous donner l'opportunité de suggérer ce qui vous semble le mieux pour améliorer cette communication, montrer du doigt les points noirs actuels et donc, d'améliorer ensemble cet échange afin qu'à l'avenir nous soyons tous satisfaits de cette communication.

Je vous joins donc un petit questionnaire que je vous prierai de bien vouloir remplir. Je compte sur vous pour être le plus nombreux possible à me répondre afin que ce constat soit le plus parlant possible. Je vous laisse un espace libre à la fin pour me faire part de vos suggestions.

Rappel : Ce questionnaire ne concerne que les patients SORTIS des urgences adultes (hors hospitalisation).

En vous remerciant par avance

Cordialement

Clémence

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

ETAT ACTUEL DE LA COMMUNICATION

1 - CARACTERISTIQUES DU MEDECIN GENERALISTE :

Sexe ☐ Homme ☐ Femme

Age ☐ < 45 ans ☐ 45-60 ans ☐ > 60 ans

Mode d'exercice ☐ seul ☐ cabinet de groupe ☐ maison médicale

Activité ☐ rurale ☐ urbaine ☐ semi urbaine

Exercez-vous une activité de permanence des soins ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle est-elle ?

☐ Domus ☐ Cabinet de secteur ☐ Régulation ☐ médecin de visite ☐ autre :
.....

2 - INFORMATIONS DONNEES :

- Etes-vous globalement satisfait de la communication à la sortie des urgences ?

☐ Oui, toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

- Etes-vous informé par le service des urgences en cas de passage aux urgences d'un de vos patients

☐ Oui, toujours ☐ Oui, souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

3 - FORMES DE LA COMMUNICATION :

- Etes-vous informé des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par courrier postal ?

☐ Oui, toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Si oui, sous quel délai ? ☐ < 1 semaine ☐ 1 semaine – 1 mois ☐ > 1 mois

- Etes-vous informé des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par un courrier remis directement de main à main par le patient lui-même lors d'une nouvelle consultation ?

☐ Oui, toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Si oui, sous quel délai ? ☐ < 1 semaine ☐ 1 semaine – 1 mois ☐ > 1 mois

- Etes-vous informé des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par un mail crypté (type apicrypt) ou sur messagerie sécurisée ?

☐ Oui, toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Si oui, sous quel délai ? ☐ < 1 semaine ☐ 1 semaine – 1 mois ☐ > 1 mois

- Etes- vous informé des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par un appel par un médecin/interne des urgences ?

☐ Oui, toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Si oui, sous quel délai ? ☐ < 1 semaine ☐ 1 semaine – 1 mois ☐ > 1 mois

- Autre moyen de communication ? Délai ?

4 – CONTENU DES INFORMATIONS :

- En cas de courrier rédigé par le médecin des urgences :

. Le courrier est-il suffisamment lisible ? ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

. Le motif de consultation est-il clairement défini ? ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

. L'examen clinique est-il clairement détaillé ? ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

. Les résultats d'examens complémentaires y sont mentionnés ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

. Un avis de spécialiste y est clairement décrit ? ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

. Le traitement entrepris aux urgences est clair ? ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

. Le traitement de sortie est explicite ? ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

. Les RDV en externes sont clairement indiqués ? ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

. La conclusion et la conduite à tenir vous semblent claires ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

. A-t-on demandé au patient de vous consulter à distance de la consultation aux urgences ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

- Si oui, l'a-t-il fait ?

☐ Oui, toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

- En cas de décès d'un de vos patients aux urgences, êtes-vous prévenu ?

☐ Oui, toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Si oui, par quel moyen ? ☐ Courrier ☐ mail type ☐ appel téléphonique

RECTO VERSO – TOURNER SVP

5 – AVEZ-VOUS NOTE UNE DIFFERENCE SUR LA REDACTION OU NON D'UN COURRIER DE SORTIE DES URGENCES DE VOTRE PATIENT :

- SI VOUS AVEZ APPELE AUX URGENCES POUR ADRESSER VOTRE PATIENT ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

- SI VOUS AVEZ ADRESSE VOTRE PATIENT AVEC UN COURRIER ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

AMELIORATIONS A ENVISAGER

6 – QUEL TYPE DE COMMUNICATION TROUVEZ VOUS LA PLUS ADAPTEE A LA SORTIE DES URGENCES ?

- ☐ Courrier envoyé au cabinet ☐ Courrier remis au patient ☐ Mail crypté / messagerie sécurisée ☐ Appel téléphonique ☐ Autre

- Cela vous semble-t-il nécessaire d'être informé lors de chaque passage ?

- ☐ Oui, toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

- Disposez-vous d'une boîte mail sécurisée ? (type MS santé)

- ☐ Oui ☐ Non

7 – POUR QUEL TYPE DE PATIENT SOUHAITEZ-VOUS ETRE INFORMES DE SON PASSAGE AUX URGENCES ?

Gériatrie, patient poly pathologique	
Consultation traumatisme pour un jeune patient	
Consultation médicale avec examens complémentaires à poursuivre	
Consultation sans diagnostic de sortie	

8 – AVEZ-VOUS DES SUGGESTIONS POUR AMELIORER LA FORME / LA TRANSMISSION DE CETTE COMMUNICATION ?

- ☐ Oui ☐ Non

TEXTE LIBRE, SUGGESTIONS :

ANNEXE 3 :

Population nécessitant un courrier de sortie lors d'un passage aux urgences selon les médecins répondants :

	Réponses en commentaires libres
Tout type de patient (n=56)	Tous (38 fois)
	Tout type de patients (12)
	Tous sans exception (3)
	Dès qu'une consultation a été nécessaire (1)
	Pour tout patient ayant consulté pour un motif réel et sérieux (1)
	Tout passage aux urgences doit être signalé au médecin traitant (1)
Nécessité de suivi (n=12)	Les pathologies nécessitant une suite de prise en charge (4)
	Quand poursuite de prise en charge le patient au décours (2)
	Poursuite de prise en charge à la sortie (1)
	Si suites de soins (2)
	Tout ce qui demande un suivi (2)
	Consultation médicale avec poursuite de prise en charge à la sortie (type examens complémentaires) (1)
Patient âgé (n=6)	Sujets âgés, poly pathologiques (3)
	Pour les patients âgés, lourds (2)
	Gériatrie (1)
Patient poly pathologique (n=5)	Patient poly pathologique (2)
	Sujets âgés, poly pathologiques (3)
Abus de fréquentation des urgences (n=4)	Tout type de patient même si la consultation n'aboutit pas à un diagnostic mais cela nous permettrait de relever un abus des urgences (1)
	Pour les patients qui consultent souvent, même pour pas grand-chose (1)
	Pour signaler un abus de recours aux urgences (1)
	Même pour ceux qui viennent pour rien (1)

ANNEXE 4 :

Les commentaires libres de fin de questionnaire.

Chaque alinéa correspond au commentaire d'un médecin.

CHANGEMENT DE FORME :

• En Faveur de l'utilisation d'un courrier électronique

- Un courrier par messagerie sécurisée type HPRim ou MSsanté c'est l'idéal.
- Transmission par apicrypt d'un compte rendu de consultation ou d'hospitalisation aux urgences pour tous les patients.
- La messagerie apicrypt fonctionne très bien avec les confrères partenaires. C'est simple, pas besoin de scanner le courrier, et informations en temps réel indépendante du délai pour lequel on peut revoir le patient.
- Apicrypt
- Convertir l'observation en courrier, le signer du nom de la personne qui a fait l'observation. Envoyer un exemplaire au médecin traitant par messagerie cryptée et donner un exemplaire papier au patient.
- Favoriser les échanges informatiques à l'heure où on essaye d'avoir le moins de papier possible : délai d'information plus court et pas de perte de temps pour scanner les courriers.
- Pourquoi ne pas échanger nos informations que par mail via une messagerie sécurisée. Plus rapide et plus efficace.
- Dossier médical urgences type et transmission par apicrypt ou autre (messagerie la plus utilisée de préférence).
- MSsanté
- L'utilisation de mail/messagerie sécurisée semble être une très bonne solution qui fonctionne déjà très bien avec nos collègues libéraux spécialistes (notamment biologie et radio).
- Généraliser la transmission par boîte mail mais ce qui suppose une participation des médecins libéraux.
- Privilégier les mails cryptés (intérêt informatif, gain de temps pour saisir le courrier dans le dossier).
- Pourquoi ne pas utiliser Apicrypt qui fonctionne très bien en ville, et nous éviterait de devoir de nouveau paramétrer nos outils informatiques.
- Favoriser la communication par mail et arrêter le papier.
- Echanger par boîte mail sécurisée.
- L'information par mail crypté me paraît une bonne solution. Cela permettrait d'être informé plus rapidement, de rappeler le patient si nécessaire et d'éviter toute manipulation d'informations médicales (lorsque le courrier est remis au patient notamment).
- Un mail crypté simple, concis qui résume la consultation aux urgences insistant surtout sur la suite de la prise en charge et la continuité des soins.

- Systématiquement un mail sécurisé serait beaucoup plus efficace et efficient : problème de la messagerie car bon nombre de médecins utilisent apicrypt mais pas l'hôpital.
- Privilégier les échanges par messenger sécurisée pour un gain de temps du médecin généraliste (pas besoin de scanner les résultats ni les courriers).
- Messagerie sécurisée type apicrypt.
- Utiliser les messageries cryptées.
- Améliorer le contenu de l'information avec peut être des courriers type par mail crypté.
- Apicrypt ou MSsanté
- Préférer les échanges par mail pour un gain de temps. Pas transmettre le courrier au patient car bien souvent il l'égare ou nous l'amène en consultation plus de 6 mois après l'épisode quand il vient consulter pour tout autre chose.
- Et si le GHH adoptait Apicrypt comme les libéraux des cliniques alentours.
- Apicrypt ou autre à défaut.

• **Autres commentaires**

- Appel des urgences si besoin de transmettre des informations importantes.
- Un coup de fil pour une précision peut être rapide et plein d'intérêt pour le médecin receveur.
- Donner au patient ses résultats radiologiques pour pouvoir comparer si nécessaire à distance (gag souvent lu : refaire une radiographie pulmonaire à distance : d'accord mais sans image initiale cela relève de la mauvaise plaisanterie).
- Un courrier postal systématique me semble indispensable pour tout patient adressé avec une lettre même si c'est un patient vu en garde dont on n'est pas le médecin traitant et pour tout patient dont on est le médecin traitant et qui se présente même sans lettre.
- Ne pas hésiter à téléphoner pour les patients poly pathologiques.
- Appeler le médecin aux heures ouvrables quand le patient nécessite une prise en charge à la sortie des urgences (avis spécialisé, traitement au long cours, examens complémentaires ...).
- Tout moyen permettant un retour concis mais synthétique, de manière peu chronophage pour l'urgentiste et avec un délai pertinent pour la poursuite du suivi par le médecin traitant. Un courrier papier, un mail, un appel téléphonique s'y prêtent tous d'une manière ou d'une autre. Je me fais l'obligation déontologique et éthique de rédiger systématiquement un courrier à l'attention du confrère urgentiste à qui j'adresse un patient pour avis et/ou prise en charge, et j'attends par conséquent une réciprocité.

FOND / CONTENU DU COURRIER :

- Courrier court, sans doublon
- Courrier type : motif du passage, examens complémentaires réalisés et leurs résultats, actions faites (Consultation du spécialiste et traitement), traitement de sortie et actions à réaliser ensuite.
- Observation plus courte s'il vous plait. Sans pas de ..., pas de ..., pas de ...
- Nous transmettre la biologie effectuée de façon systématique, les examens complémentaires et les hypothèses diagnostiques.
- Si courrier papier : pas de biologie, 3 pages inutiles mais si mail : joindre les examens complémentaires
- Signaler chaque passage de nos patients pour le parcours de soins.
- Faire synthétique < une page.
- Courrier type : Nom prénom âge du patient avec motif de la consultation, examens complémentaires effectués, diagnostic évoqué, traitement de sortie, examens complémentaires à envisager ou programmés, nom de l'intervenant médecin ou interne et téléphone pour le joindre si problème. Une fiche brève, concise, informative envoyée par mail, fax ou courrier mais dans les jours qui suivent. A noter que j'adresse toujours mes patients avec une lettre s'ils sont passés à mon cabinet et que j'attends évidemment une réponse écrite en retour.

DELAI :

- Faire un effort sur le délai d'acheminement des informations et non pas sur la forme qui est souvent claire.

DESACCORD / POINTS NOIRS :

- Il reste inacceptable qu'un patient envoyé par son médecin traitant avec un courrier indiquant le caractère grave des symptômes du patient, puisse ressortir des urgences sans avis spécialisé et sans que le senior ou l'interne prenne le temps de s'accorder avec le médecin traitant. Je viens d'avoir ce cas grave.
- Trame du courrier formatée trop rigide. Pourquoi mettre Glasgow 15 pour de la « bobologie » par exemple et il y a d'autres items inutiles. Finalement, on commence par la conclusion et bien souvent on s'arrête là, ce qui peut présenter un danger.
- Pourquoi les courriers vont toujours dans le même sens ?
- Arrêter de nous envoyer ces courriers type, illisibles avec 2 pages de biologie et un codage en conclusion. Rédiger un vrai courrier qui relate une vraie démarche diagnostique.
- Un des problèmes est la prise des rendez-vous en externe qui sont souvent trop éloignés du passage aux urgences.
- Courriers trop longs sur 3 pages : pourquoi toute une page de biologie
- Ne pas forcément refaire les examens complémentaires avec lesquels le patient se présente et tenir compte de l'orientation diagnostique du médecin qui adresse (lettre). Jusqu'à preuve du contraire il n'est pas forcément nul !
- Parfois l'orientation vers un spécialiste hospitalier n'est pas toujours signalée.
- En traumatologie, les lectures de radios sont souvent différées auprès du radiologue – clichés pas toujours communiqués au patient. A noter : les urgences pédiatriques ont

des courriers plus rapides et plus concis.

- Quand un patient sortait de Clinique il avait tout son dossier : radio + IRM + biologie + courrier ... Sortant des urgences adultes de Monod ils n'ont pratiquement rien !!!
- Problème majeur des radios, non remises (exemple : entorse ou fracture ou accident de travail ou certificat de coups et blessures ou AVP) ou sinon non interprétées même 1 mois après le passage aux urgences.

POINTS FORTS :

- Il est appréciable de voir que l'interne ou le sénior prennent le temps d'appeler le médecin traitant pour clarifier une situation complexe.
- Il existe depuis peu une amélioration des transmissions aux urgences ce qui n'est pas le cas pour les services d'hospitalisation.
- Souvent l'interne nous appelle pour avoir des renseignements complémentaires qui peuvent aider à la prise en charge du problème aigu alors pourquoi pas pour nous informer de la prise en charge ?

ANNEXE 5 :

Guide d'utilisation de la messagerie MS Santé :

Table des matières :

Comment envoyer et recevoir des mails MSsanté ?

Comment reconnaître des mails MS Santé ?

Comment trouver l'adresse MS Santé de vos correspondants extérieurs ?

Pour quel agent GHH a été créé un compte MS Santé?

Rappel : Pourquoi la MS Santé ?

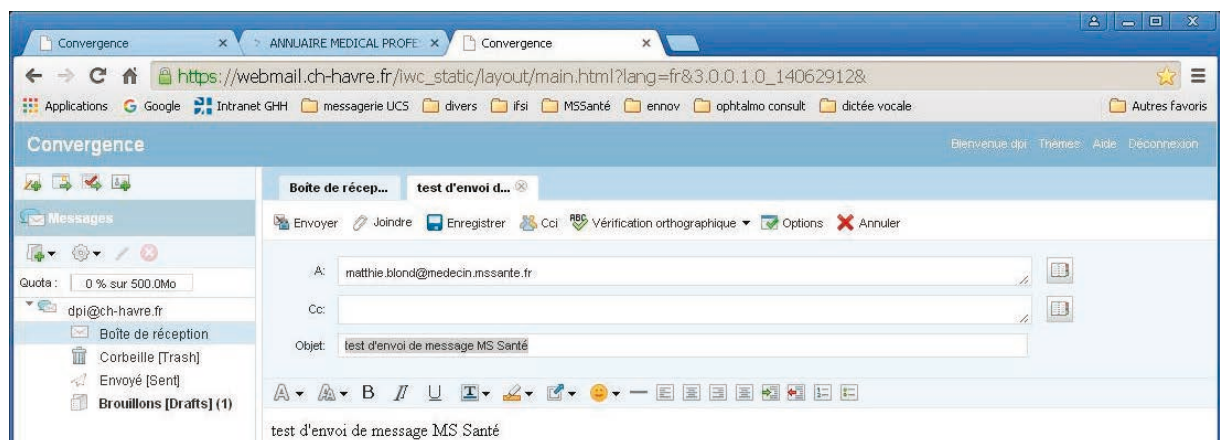
Une adresse mail MS Santé a été créée pour chaque médecin du GHH. Pour connaître votre adresse MS Santé, vous devez ajouter les mots clés « mssante » à votre adresse usuel. Par exemple, le médecin GHH philippe.martin@ch-havre.fr possède aussi une adresse email MS Santé philippe.dupont@ch-havre.mssante.fr

Vos correspondants peuvent dès aujourd'hui vous envoyer des mails à votre adresse MS Santé. Les mails MS Santé sont traités dans votre outil mail Convergence comme les autres mails.

Comment envoyer et recevoir des mails MS Santé ?

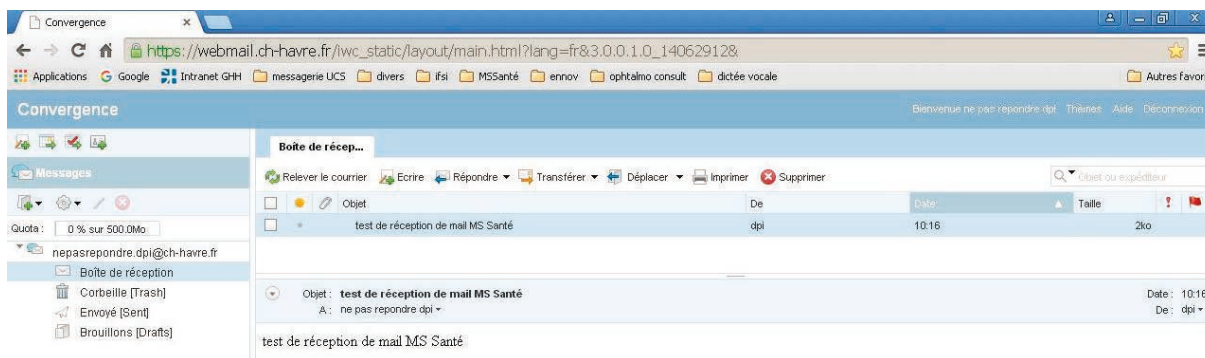
Vous devez utiliser votre compte mail Convergence pour l'écriture et la lecture des mails MS Santé.

Envoi de mails MS Santé : utiliser le bouton « Ecrire » et saisir l'adresse MS Santé de votre correspondant dans le champ Destinataire 'A' : exemple : rachid.martin@medecin.mssante.fr



Attention : vous ne pouvez pas envoyer un email avec des destinataires MS Santé et non MS Santé dans le même message; les adresses mails de TOUS les destinataires de votre email MS Santé doivent posséder les mots clés mssante.fr.

Réception de mail MS Santé : Vos mails MS Santé sont visibles dans votre Boite de Réception de votre outil mail Convergence.



Comment reconnaître des mails MS Santé ?

Les adresses expéditeurs ou destinataires des mails MS santé possèdent les mots clés mssante.fr.

Comment trouver l'adresse MS Santé de vos correspondants extérieurs au GHH ?

Vous pouvez trouver l'adresse mail MS Santé de vos correspondants extérieurs sur le site <https://annuaire.sante.fr>

Pour quel agent GHH a été créé un compte MS Santé ?

Une adresse mail MS Santé (exemple : philippe.dupont@ch-havre.mssante.fr) a été créée pour chaque médecin du GHH. L'ASIP autorise uniquement les adresses personnelles d'agents possédant un numéro RPPS ou ADELI. La liste des adresses mails MS Santé du GHH est présente sur l'Intranet.

Rubrique « Assistance Informatique ». Vous pouvez contacter le support informatique : support@ch-havre.fr, pour toute demande de création de mail MS Santé si vous n'êtes pas sur cette liste. Vous devez communiquer votre numéro de RPPS pour les médecins ou votre numéro d'ADELI pour les autres Professionnels de Santé.

Note aux responsables des Services de Soins:

Votre secrétaire peut bénéficier d'une adresse mail MS Santé. L'ASIP impose que cela se fasse sous la responsabilité d'un Professionnel de Santé qui devra remplir et signer le formulaire.

« Création de compte MS Santé pour les secrétariats médicaux » présent sur l'Intranet Rubrique.

« Assistance Informatique – Messagerie Convergence ».

Rappel : Pourquoi la MS Santé :

Les pouvoirs publics (l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé -ASIP-) ont développé une Messagerie Sécurisée de Santé (MS Santé) afin de permettre aux professionnels de santé d'échanger par mail des données personnelles de santé des patients en toute sécurité dans le respect de la réglementation en vigueur. Plus d'information sur http://esante.gouv.fr/sites/default/files/faq_mssante_bd_2014.pdf ou au 36 57. Vos échanges mails

interne GHH sont déjà sécurisés. Cet espace MS Santé vous permettra de sécuriser vos mails avec les Professionnels de Santé extérieurs qui possèdent aussi

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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