



**HAL**  
open science

# Évaluation des attentes des médecins généralistes envers les médecins internistes en Gironde

Élodie Delas

► **To cite this version:**

Élodie Delas. Évaluation des attentes des médecins généralistes envers les médecins internistes en Gironde . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01611364

**HAL Id: dumas-01611364**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01611364>**

Submitted on 5 Oct 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.

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 10 Juillet 2017

Par **Élodie DELAS**

Née le 10 mai 1986 à Dax

Évaluation des attentes des médecins généralistes envers les médecins  
internistes en Gironde.

Directeur de Thèse

Mr le Docteur RIBEIRO Emmanuel

Rapporteur de Thèse

Mr le Docteur MONTARIOL Yves

Membres du Jury

Mr le Professeur MERCIE Patrick,	Président
Mr le Professeur PETREGNE François	Juge
Mr le Docteur DUFFAU Pierre, Maître de Conférence	Juge
Mr le Docteur MONTARIOL Yves, Maître de Conférence	Juge
Mr le Docteur ROUANES Nicolas	Juge
Mr le Docteur RIBEIRO Emmanuel	Juge

## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>3</b>
<b>ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>HISTOIRE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>9</b>
1. Qu'est ce que la médecine générale ?.....	9
1.1. Définition de la médecine générale.....	9
1.2. État des lieux de la médecine générale en France en 2016 :.....	9
2. La communication ville-hôpital dans les textes de loi et dans la littérature :.....	10
2.1. Selon les textes de loi, les réglementations sur le papier :.....	10
2.2. Dans les faits :.....	12
3. La médecine interne, histoire et relation :.....	13
3.1. Définition de la médecine interne :.....	13
3.2. État des lieux de la médecine interne en France en 2016 :.....	14
3.3. La Médecine interne chez nos voisins européens :.....	15
4. Interactions Médecine Interne-Médecine Générale :.....	15
4.1. Une histoire commune.....	15
4.2. La communication et les attentes des médecins généralistes libéraux envers la médecine interne dans la littérature :.....	16
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b>	<b>18</b>
1. Introduction et élaboration du questionnaire :.....	18
2. Sélection de la population :.....	19
3. Méthode d'intervention et recueil de l'information :.....	19
4. Saisie et analyse des données :.....	20
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>21</b>
1. Taux de réponses au questionnaire :.....	21
2. Description de l'échantillon des médecins généralistes :.....	22
3. Degré de satisfaction des médecins généralistes sur la qualité de communication avec les services de médecine interne de Gironde :.....	23
4. Caractéristiques des habitudes de travail des généralistes envers les services de médecine interne :.....	24
5. Les avis et les consultations.....	26
5.1. Communication des généralistes vers un service de médecine interne.....	26
5.2. Intérêt d'une ligne téléphonique d'astreinte :.....	27
6. Les hospitalisations :.....	28
6.1. La communication entre généralistes et internistes :.....	28
6.2. Les courriers en sortie d'hospitalisation.....	29
6.3. Le renouvellement du traitement.....	31
7. La prise en charge des patients chroniques :.....	31
8. Commentaires libres (annexe 3) :.....	32
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>33</b>
1. Forces et faiblesses de notre étude.....	33
2. Discussion des résultats de l'étude.....	34
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>54</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>57</b>

# REMERCIEMENTS

## Aux membres du Jury

A Monsieur le Professeur MERCIE Patrick, c'est un grand honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Je vous remercie plus personnellement pour les 6 mois d'internat passé dans votre service, pour votre gentillesse et votre pédagogie. Tout interne serait ravi d'avoir un chef de service comme vous.

A Monsieur le Professeur PETREGNE François, merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

A Monsieur le Docteur DUFFAU Pierre, je te remercie pour ta participation dans ce jury. Merci également pour ces 6 mois de stage, pour ton implication dans notre formation, pour ta disponibilité et tes histoires en tout genre.

A Monsieur le Docteur ROUANES Nicolas, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et d'avoir bien voulu être l'un des membres de ce jury. Merci pour votre aide, votre réactivité et votre soutien.

A Monsieur le Docteur MONTARIOL Yves, merci d'avoir accepté le rôle de rapporteur et de participer à ce jury.

## A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur RIBEIRO Emmanuel,

Je ne saurais jamais assez te remercier pour ton implication dans ce travail. Merci pour ton soutien, pour tes remarques toujours très constructives et pour ta bienveillance. La situation n'était pas évidente surtout ces derniers mois mais tu as su me soutenir et surtout m'amener dans les bonnes directions. Tu es un directeur de thèse accompli et les prochains étudiants auront de la chance de t'avoir comme directeur.

**A toutes les équipes médicales et paramédicales** que j'ai rencontré pendant et après mon internat, merci de m'avoir transmis votre savoir, vos petites astuces. Merci pour votre soutien dans les moments difficiles et votre bonne humeur dans les moments plus joyeux.

Un merci tout particulier à mes Maîtres de stage, le Dr LE MOUËL Stéphane et le Dr MAUCLERE François, qui m'ont montré réellement ce qu'était la médecine générale et qui m'ont conforté dans mon choix.

A Charlie, merci chef pour le partage de tes connaissances pour ton aide et ton soutien, pour ta joie, ta bonne humeur, on aurait pas rêvé meilleur chef de clinique que toi. Je vous souhaite plein de bonheur dans votre nouvelle vie avec Arnaud!

Merci aux infirmières et aux aide-soignantes pour le superbe travail qu'elles font, à l'hôpital comme en libéral, vous êtes réellement d'une aide précieuse.

## **A ma famille**

A Maman et Frédo, merci pour l'amour que vous m'avez apporté jusqu'ici et merci pour celui à venir. Vous avez été mon plus fort soutien (parfois un peu pressant...) pendant toutes ces années d'études et Dieu sait qu'elles sont longues. Du premier jour où je me voyais kiné en Belgique... au dernier jour qui est celui-ci, vous avez toujours été là, une petite voix derrière moi toujours pour me motiver et m'amener là où je suis maintenant. Je ne pense pas pouvoir un jour vous rendre tout ce que vous m'avez apporté mais je vais tout de même essayer dans les prochaines années.

A Papa et Véro, merci d'être là aujourd'hui. Ça n'a pas toujours été évident dans mes jeunes années mais je suis heureuse de vous avoir à mes côtés aujourd'hui et pour les nombreuses années à venir.

A Ulrich et Laurence et les enfants, quoi vous dire si ce n'est merci de m'avoir supporté et soutenu, surtout Kukick, et de continuer à le faire encore maintenant. Même si maintenant je suis quand même beaucoup plus sage, il faut le reconnaître, n'est-ce pas ?

A Sam et Nana, à vous deux vous êtes des cobayes scientifiques hors du commun. Merci de me permettre de réviser ma médecine dans le domaine des blessures (n'est-ce pas Sam?!) et des maladies en tout genre !! Entre autre d'être de supers cobayes, vous êtes surtout de supers frère et sœur. Merci d'être là aujourd'hui.

A mes grands-mères et grand-père, merci de m'avoir appris tout ce que vous savez, d'avoir joué vos rôles de grand-parents à la perfection. J'ai une pensée toute particulière vers ceux qui ne pourront malheureusement jamais voir cette réussite. Vous avez tous contribué à mon bonheur, ce qui m'a permis d'être là où je suis aujourd'hui.

A Marraine, merci d'être là aujourd'hui et surtout merci d'être toujours présente quand j'en ai besoin. Tu es une marraine fantastique, toujours à l'écoute avec des conseils précieux. Tu as toujours été là pour moi, toujours présente aux événements les plus importants malgré la distance. J'espère un jour faire aussi bien que toi dans mon rôle de marraine.

A ma belle-famille, vous m'avez accueilli dans votre famille à bras ouverts, tellement bien d'ailleurs que ça fait 10 ans maintenant et je suis toujours là. Merci d'avoir fait de Thomas l'homme extraordinaire qu'il est maintenant, attention il n'est pas parfait, même si Michèle pourrait dire le contraire, mais il est très bien comme il est.

A Isa, Antoine, Marie, Gégé, Claude et Martine vous avez été et vous serez toujours mes oncles et mes tantes de cœur. Vous avez suivi mon ascension depuis mes premiers débuts jusqu'à maintenant. Je vous remercie d'être encore une fois au rendez-vous.

**A mes amis**, tous d'abord merci pour votre amitié, c'est un bien précieux qu'il faut conserver et j'espère que l'on va réussir à le préserver encore très longtemps.

A Édouard, copain de longue date. Je me souviens encore de notre première rencontre, mais chut on ne peut pas en parler car ce qui se passe au WEI reste au WEI. Je pourrai dire simplement que tu as toujours été là, dans les fiestas (surtout!) mais également pour m'aider et

me soutenir dans les galères (de la thèse notamment). Vivement les prochaines années ensemble et surtout les prochains voyages à 4 (ou peut-être 5 ?) !

A Élodie, ma petite élo, ma sœurette de cœur. Tu es une amie géniale qui est toujours là quand on a besoin, toujours le sourire au lèvres, qui ne fait (presque) jamais la tête et pour ça je t'en remercie. Qu'est-ce qu'on a pu rire ensemble, parfois malgré toi mais c'est ce qui fait aussi ton charme et c'est pour ça qu'on t'aime ! J'espère que l'on aura encore de très bons moments ensemble.

A Juliette et Geoffrey, les sportifs flambeurs (enfin surtout Juju ^^), merci d'être là aujourd'hui, merci également d'être toujours présents pour les moments importants de ma vie, vous faites vraiment partis de ma petite famille d'amis, j'en suis ravie et j'espère que ça va continuer comme tel.

A Laure et Geoffroy, merci d'avoir eu confiance en moi au point de m'avoir nommer marraine de mon petit Loulou, j'espère que je serais digne de lui. Je suis heureuse de vous compter parmi mes amis proches, il me tarde de vous voir bientôt à 4 !

A Barbara et Alex, Ma petite babs tu es ma plus vieille et ma meilleure amie. On en a vécu des choses ensemble : la rencontre mutuelle de nos amoureux, la naissance de nos filles et j'en passe évidemment. Tu es une personne merveilleuse et je ne voudrais que tu changes pour rien au monde, tu es déjà parfaite et ce n'est pas Alex qui va me contredire. Merci d'être toujours là pour moi. Quand au grand shrat, je suis très contente que Barbara soit tombée sur un homme comme toi, tu la rends réellement heureuse et je t'en remercie pour ça.

A Claire, tu es devenue au fil des années une véritable amie, je pense que nos grossesses nous ont vraiment rapproché et j'en suis ravie. Nous avons passé ensemble des joyeuses années d'externat et d'internat et j'espère que cela va continuer. Il me tarde de voir grandir nos deux petits monstres. Et vivement les prochaines vacances au ski avec eux.

A Sonia, Corentine, Maïder, Julie et Elorri, merci pour ces belles années d'externat, pour ces week-end de folie entre filles, pour ces beaux mariages. On a passé de superbes années ensemble, grâce à vous l'externat m'a paru moins long et surtout plus vivable. Malgré la distance, j'espère qu'il y aura encore pleins d'autres week-ends ensemble et avec nos bambins maintenant.

A Stéphanie alias passe-partout, c'est une longue histoire d'amour entre nous deux. Tu as réussi à me supporter pendant nos stages d'externat, ce qui était déjà pas mal puis à notre grande surprise pendant ces 6 mois d'internat. Je te tire mon chapeau ma belle. Qu'est ce qu'on s'est marré pendant ces stages et surtout pendant les soirées...! Vivement les prochaines.

A Audrey alias pioupioute, ces 6 mois avec toi m'ont fait regretté de ne pas t'avoir connu avant. Tu es une vraie amie et même si maintenant on se voit moins souvent à cause de la distance, sache que je ne t'oublies pas et que tu es la bienvenue à la maison. D'ailleurs on attend toujours la soirée « nems » avec Thomas... !

**A mes co-internes,** Brice, Thomas, Marion, les dacquois et tous les autres, merci pour ces fous rires et ces bons moments passés en votre compagnie. Heureusement l'internat est fini mais pas nos sorties.

### **A Thomas**

On dit toujours le meilleur pour la fin et je pense que cela s'y prête bien aujourd'hui. Je ne te remercierai jamais assez pour m'avoir supportée pendant toutes ces années, et encore le terme "supporter" est peut-être trop faible. Tu a été mon pilier pendant ces années d'étude et même encore maintenant. Tu as fait de moi la femme la plus heureuse en m'offrant notre petit amour de Pipou. Cela fait maintenant 10 ans que je t'aime et je compte bien rajouter encore plusieurs années à ce compteur.

### **A Cléa**

Ma puce, mon amour, ma petite pipou, tu es mon rayon de soleil. Ma vie était déjà merveilleuse avant de t'avoir, elle encore plus belle maintenant. Pour l'instant tu ne peux pas comprendre tout cela mais je voulais laisser une trace pour plus tard quand tu seras en âge de lire et de comprendre, pour te montrer à quel point nous t'aimons.

## **ABRÉVIATIONS**

CH : centre hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

CSP : Code de la Santé Publique

DES : Diplôme d'Étude Supérieure

HAS : Haute Autorité de Santé

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

UE : Union Européenne

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA Europe : Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille,  
branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille

## INTRODUCTION

Dans notre pratique professionnelle de tous les jours, nous avons pu remarquer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour accéder au médecin hospitalier que ce soit pour des demandes d'avis, de consultations ou même d'hospitalisation. Le temps passé à trouver des solutions, à contacter les bonnes personnes pour nos patients est chronophage dans la pratique de la médecine libérale et en l'occurrence dans la pratique de la médecine générale.

Certes les médecins généralistes installés depuis plusieurs années ont réussi à s'organiser un réseau de confrères facilitant ainsi la communication. Cependant ce n'est pas le cas de tous les médecins et notamment des jeunes médecins installés.

Le temps en médecine libérale est précieux, il est donc important de ne pas le perdre inutilement.

Notre expérience auprès des médecins internistes, nous a fait poser également plusieurs questions sur l'organisation et la continuité des soins à domicile. Nous nous sommes aperçus de l'importance de la communication avec les médecins de ville dans la prise en charge des patients hospitalisés, des patients chroniques et l'importance du partage des informations médicales dans les deux sens. Le recrutement de patientèle des médecins internistes en consultation vient à la fois des hospitalisations mais également des demandes des médecins généralistes. Ainsi il est important pour les médecins internistes de favoriser et faciliter cette communication.

C'est pour tout cela qu'il nous a paru nécessaire de connaître les attentes des médecins généralistes sur leur relation avec les médecins internistes.

# HISTOIRE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

## 1. Qu'est ce que la médecine générale ?

### 1.1. *Définition de la médecine générale*

Il est très difficile de donner une date bien précise de la naissance de la médecine générale. En effet, les premiers écrits retraçant des actes de médecine ont été datés vers le VIII<sup>e</sup> siècle avant J-C [1]. Les premiers médecins étaient tous des médecins généralistes, il n'existait pas de spécialité à proprement parlé.

La médecine générale ou médecine de famille est une médecine de proximité, de premiers recours, de soins premiers. Selon la Société Européenne de Médecine Générale-Médecine de Famille (WONCA Europe), dont le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) font partis, une définition de la médecine générale a pu être mise en place en 2002 permettant ainsi d'établir les compétences et les tâches professionnelles de cette discipline [2]. Cette définition proposée par la WONCA a été élaborée également pour faire comprendre au corps médical, aux professionnels associés et aux responsables de santé le réel rôle du médecin généraliste-médecin de famille.

La médecine générale est une « discipline scientifique et universitaire, spécialité clinique orientée vers les soins primaires ». Elle donne un accès ouvert à la médecine aux usagers sans limite d'âge ou de sexe.

Elle permet la coordination des soins et gère l'accès aux autres spécialités, médicales ou autres. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales et culturelles. Dans un bulletin récent de l'Ordre National des Médecins, le Dr Bellanger, Médecin Généraliste dans une maison médicale du département du Maine-et-Loire donne une définition tout à fait personnelle mais très pertinente de la médecine générale actuelle : « La médecine générale est une spécialité qui articule la dimension organique de la personne aux dimensions psychiques et sociales. Le médecin généraliste est vraiment un praticien de l'intime. » [3]

C'est grâce et pour tout cela que la médecine générale est considérée depuis 2004 [4] comme une spécialité à part entière grâce à la création d'un diplôme d'étude supérieure (DES) de médecine générale. Les premiers médecins généralistes spécialistes sont sortis diplômés des universités françaises en 2007.

### 1.2. *État des lieux de la médecine générale en France en 2016 :*

Il existe en France, plusieurs types de médecines générales [4] : la médecine libérale, la médecine salariée et la médecine hospitalière. Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, 88801 médecins sont répertoriés comme généralistes. 50608 exercent une médecine exclusivement libérale soit 57% des médecins généralistes répertoriés et 5739 exercent une activité mixte. On compte 54 % d'hommes contre 46 % de femmes. La moyenne d'âge chez

les hommes est de 54 ans tandis qu'elle est de 49 ans chez les femmes. La tendance actuelle serait à la diminution de l'activité libérale/mixte au profit d'une activité salariée pure [11].

En Gironde, on dénombre en 2016, 2321 médecins généralistes dont 69,5 % ont une activité libérale/mixte (activité libérale et salariée) et 30,4 % ont une activité salariée. On compte 53,8 % d'hommes contre 46,2 % de femmes [11].

Un rapport édité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en juin 2014 permet de faire la liste des différentes disciplines complémentaires déclarées par les médecins généralistes de France [4]. Voici la liste de ces disciplines par ordre de fréquence : médecine du sport, médecine d'urgence, gériatrie, angiologie, homéopathie, ostéopathie, médecine du travail, acupuncture, réparation du dommage corporel, allergologie, mésothérapie, échographie, médecine thermale, médecine tropicale, addictologie, soins palliatifs, tabacologie, traitement de la douleur, médecine subaquatique, médecine aéronautique, maladie du sang, médecine légale, sexologie, médecine morphologique, médecine aérospatiale, gynécologie, pratiques médico-judiciaires, réanimation et enfin pédiatrie.

## 2. La communication ville-hôpital dans les textes de loi et dans la littérature :

### 2.1. *Selon les textes de loi, les réglementations sur le papier :*

D'après le Code de Déontologie Médicale [12], plusieurs articles font référence à cette communication entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers (privés ou publics).

- **L'article 45** 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. »
  
- **L'article 60** relatif au recours de consultation spécialisée : « Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent (...). A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient. »
  
- **L'article 63** relatif à l'information des médecins en cas d'hospitalisation du malade : « 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. »

Ce dernier article est sans doute le plus parlant en terme de relationnel.

D'après le Code de la Santé Publique (CSP) [13], plusieurs articles font référence à la prise en charge des malades lors des hospitalisations ainsi que leur sortie d'hospitalisation :

- **Article L.1112-1 alinéa II** : « Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient [...]. Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient est pris en charge en l'absence de la lettre de liaison mentionnée au premier alinéa du présent II. La lettre de liaison est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord et dans les conditions prévues à l'article L. 1111-6, à la personne de confiance. Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et au médecin traitant. »
  
- **Article R.1112-6** : « Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier. En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade. »
  
- **Article R.1112-60** : « Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade. »

La continuité des soins ainsi que la communication entre les différents professionnels de santé sont rapportées dans le manuel de certification des établissements de santé publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en janvier 2014 [14]. Deux critères sont notamment intéressants pour notre étude :

- **Critère 18.a** : La continuité s'apprécie selon les axes suivants [...] une coordination et une concertation entre les acteurs internes et externes. Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs. Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les

intervenants extérieurs sont définies. Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

- **Critère 24.a** : Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital) lorsque la situation le nécessite. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité. Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient. Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.

En résumé, ces textes de lois mettent bien en valeur la nécessité d'une communication claire et exhaustive entre les médecins traitants des patients et les médecins intervenants dans la continuité des soins du patient. Ces informations doivent être, le plus possible, écrites et transmises directement au confrère pour une prise en charge optimale. Le médecin traitant se doit également de proposer au patient l'orientation vers un confrère spécialisé lorsque la prise en charge du patient le nécessite. Le confrère consulté (hospitalisation ou consultation) doit quand à lui en retour donner tous les éléments de la consultation ou de l'hospitalisation au médecin traitant du patient pour la suite de cette prise en charge, dans les plus brefs délais.

## 2.2. *Dans les faits :*

Il existe un écart significatif entre la réglementation (code de déontologie, CSP, HAS) et son application au quotidien. De nombreuses études ont été menées en France sur le sujet de la communication ville-hôpital d'un point de vue général et dans certains services en particuliers.

Nous avons retenu quelques-unes de ces études pour montrer les difficultés rencontrées entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers.

Dans l'article R.1112-6 du CSP, cité plus haut, il est stipulé la nécessité par les établissements de santé de prévenir par courrier le médecin désigné par le malade de son admission en hospitalisation.

Or, dans une étude menée en Île-de-France en 2006 auprès de 109 praticiens libéraux de soins primaires par le biais d'un questionnaire [15], il était mis en exergue que cette fameuse lettre n'était pas reçue dans 59% des cas. Pour 48% des patients inclus dans cette étude, le résumé d'hospitalisation n'était pas adressé au médecin de ville.

Dans seulement 18% des cas, le médecin de ville était associé à la décision de sortie d'hospitalisation de son patient et seulement 23% des médecins libéraux étaient prévenus de sa sortie.

Le compte rendu d'hospitalisation était parvenu au médecin libéral dans les délais légaux (huit jours minimum) pour seulement 33% des patients, et pour 33 % aucun compte rendu n'était envoyé.

La thèse de Mlle HUBERT menée en 2006 [16], enquête qualitative réalisée auprès de 50 médecins généralistes sur la communication ville-hôpital et notamment sur les retours d'information d'hospitalisation des patients, retrouvait des données similaires. En effet, lors d'une hospitalisation demandée par le médecin libéral, le taux de compte rendu d'hospitalisation (CRH) reçu par les libéraux s'élevait à 86%. Malheureusement ce taux baissait à 38% lorsque le patient était hospitalisé à l'insu du médecin généraliste. Le délai de réception des CRH était considéré comme long ou trop long pour 47 médecins généralistes soit environ 94 % des médecins interrogés. Lors de consultations spécialisées à l'hôpital, les courriers de retour étaient reçus dans 90% des cas.

Cette étude montrait également que dans 43% des cas les hôpitaux étaient sollicités par les médecins généralistes pour des avis ou des consultations spécialisées, 28% pour les urgences. Les moyens « traditionnels » de communication (téléphone et courrier postal) restaient les plus utilisés en pratique.

Enfin 44 médecins généralistes ne se sentaient pas associés au projet thérapeutique de leurs patients lorsqu'ils étaient hospitalisés. Selon 6 médecins généralistes, les difficultés de communication avec l'hôpital s'expliquaient par l'indisponibilité des médecins hospitaliers et la difficulté à les joindre, l'instabilité des correspondants hospitaliers et la méconnaissance de la pratique de ville par les médecins hospitaliers.

Dans notre région, une étude plus récente datant de 2014 a été menée autour du centre hospitalier (CH) de Pau recensant les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la communication avec le CH de Pau [17]. Dans cette étude transversale observationnelle semi-quantitative sur 139 médecins généralistes palois, les admissions directes dans les services spécialisés étaient difficiles pour 79.3% des médecins généralistes car les spécialistes étaient difficilement joignables par téléphone (63,1%) et le nombre de place dans les services hospitaliers était limité (25,2%).

Les CRH étaient reçus après plusieurs semaines (79,7%) voire plusieurs mois (26,8%). Le thème « Délai de réception du CRH trop long » était cité par 52 médecins généralistes (37,4 %).

### 3. La médecine interne, histoire et relation :

#### 3.1. *Définition de la médecine interne :*

La médecine interne est quant à elle une spécialité plutôt récente. En effet, elle est née en 1970 en France [5]. Le Pr Claude LAROCHE qui, voyant que la médecine évoluait et se segmentait en diverses spécialités de plus en plus nombreuses et de plus en plus spécifiques, décida de créer une nouvelle médecine, permettant de répondre aux problèmes alors non résolus par les autres spécialités.

La médecine était en train de se fragmenter en médecine d'organes (cardiologue, pneumologue,...). Les médecins devenaient très bons dans leur spécialité mais lorsque les patients présentaient plusieurs problèmes à la fois, leur prise en charge globale devenait plus compliquée. Le Pr LAROCHE a donc voulu élever la médecine interne au rang de spécialité à part entière, d'autant plus que celle-ci existait déjà dans les pays limitrophes (Allemagne par exemple).

Ainsi la médecine interne se définit dans son Livre Blanc [6] comme une « spécialité dont le champ d'activité ne se limite pas à un organe ou un appareil ».

Elle est en grande partie une médecine hospitalière, polyvalente et globale. Son rôle est de porter un diagnostic sur des cas complexes qui n'ont pas pu être expliqués par des médecins généralistes et des médecins « d'organes », et de conduire à leur prise en charge thérapeutique.

L'interniste est considéré par les malades comme un « super généraliste », par les spécialistes d'organes comme un référent voire même un concurrent dans certaines situations et il est vu par les médecins généralistes comme un confrère aux « multi cartes » [7].

« Le médecin interniste joue le rôle d'un chef d'orchestre, chargé d'équilibrer, de hiérarchiser les explorations complémentaires et les traitements ».

Cependant, cette prise en charge par la médecine interne ne s'applique pas à toute la population. En effet, elle ne prend pas en charge la surveillance des grossesses, les soins aux enfants avant l'adolescence, ni la petite chirurgie, ni les urgences à domicile, en comparaison de la médecine générale.

### 3.2. *État des lieux de la médecine interne en France en 2016 :*

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, on compte en France 2216 médecins internistes. 1945 ont une activité salariée (essentiellement hospitalière), 149 sont des médecins libéraux et 122 ont une activité mixte. On compte 58 % d'hommes contre 42 % de femmes. La moyenne d'âge chez les hommes est de 54 ans contre 46 ans chez les femmes. La tendance dans les années à venir serait une diminution des secteurs libéraux/mixtes et du salariat [11].

En Gironde en 2016, on compte 70 médecins internistes. 90 % sont salariés contre 10 % pratiquant une activité libérale/mixte. On compte 65,7 % d'hommes contre 34,3 % de femmes [11].

D'après une enquête nationale réalisée en 2002 sous l'égide du Conseil National Professionnel de Médecine Interne auprès des internistes répertoriés dans le fichier ADELI [20], les internistes exercent surtout au sein d'un service de « Médecine interne » avec (26 %) ou sans orientation particulière (44%).

Les différentes orientations des services de médecine interne sont nombreuses et variées, par ordre de fréquence (citées lors de l'enquête de 2002) : infectiologie, gastro-entérologie, diabétologie, gériatrie, néphrologie, vasculaire, immunologie, hématologie, rhumatologie, pneumologie cardiologie, nutrition, oncologie, neurologie, dermatologie et enfin urgences.

### 3.3. *La Médecine interne chez nos voisins européens :*

Dans une enquête menée en 2008 par les universités du Royaume-Uni pour le Conseil Européen des Compétences de Médecine Interne [21], il est décrit les pratiques des médecins internistes de 27 pays de l'Union Européenne (UE) ainsi que les études de médecine interne dans chacun des pays interrogés. Les données ont été récoltées à l'aide de deux questionnaires envoyés aux présidents et secrétariats des sociétés nationales de médecine interne de chaque pays. Ainsi, les résultats montrent que dans 10 pays de l'UE, 50 % ou plus des médecins internistes pratiquent essentiellement de la médecine interne (France, Autriche, Allemagne, Grèce, Portugal, Roumanie, Espagne, République Tchèque, Turquie, Italie) alors que dans 5 pays de l'UE, plus de 50 % des internistes pratiquent essentiellement une sur-spécialité (Islande, Norvège, Suède, Finlande et Lituanie).

9 pays ont déclaré que plus de 50 % des médecins internistes pratiquent à la fois de la médecine interne pure et à la fois une sur-spécialité (Danemark, Belgique, Finlande, Irlande, Lettonie, Pologne, Slovaquie, Slovénie, Royaume-Uni).

Les sur-spécialités considérées dans leur étude étaient : allergologie et immunologie, vasculaire, cardiologie, endocrinologie, gastro-hépto-entérologie, gériatrie, hématologie, infectiologie, néphrologie, oncologie, pneumologie et rhumatologie.

En République Tchèque, Estonie, Israël, Portugal et Turquie, les patients des soins intensifs et des urgences sont le plus souvent pris en charge par les médecins internistes. Dans 23 pays sur 26, les personnes âgées sont prises en charge soit par les services de Gériatrie soit par les services de Médecine Interne, excepté au Portugal et en Turquie où la spécialité de « Gériatrie » n'existe pas.

Les pathologies et les diagnostics médicaux sont quasiment les mêmes quelque soit les pays européens interrogés (à 75%). Cependant il est à noter une plus grande variabilité dans les procédures diagnostiques et thérapeutiques (biopsie cutanée, analyse d'urine, ventilation mécanique, les voies centrales...)

## 4. Interactions Médecine Interne-Médecine Générale :

### 4.1. *Une histoire commune*

La médecine générale est une médecine de ville, de premiers recours au cœur du lieu de vie. La médecine interne est quant à elle une médecine hospitalière de 2<sup>ème</sup> voire de 3<sup>ème</sup> recours [8]. L'étendue des compétences du médecin généraliste explique que parfois il lui soit nécessaire d'avoir recours aux spécialistes pour la prise en charge de problèmes complexes qu'il ne maîtrise pas correctement.

Dans ces deux disciplines, les médecins ont une même vocation : la résolution de problème de santé complexe. Ce pôle d'excellence commun doit être mis en exergue par l'ensemble des internistes et des généralistes.

Les internistes et les généralistes doivent travailler et réfléchir ensemble aux différentes passerelles possibles entre leurs deux professions. Il est nécessaire que les deux médecines discutent ensemble pour préciser leurs complémentarités et leurs synergies.

Ainsi, dans les années 70, des médecins internistes militent pour la création d'un pôle d'enseignement de médecins généralistes [10]. En effet, l'heure est grave pour les généralistes, depuis la création en 1958 des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les généralistes sont relayés au plan de « supplétif », destinés à confier leur malade aux « maîtres » des CHU.

Un mouvement de contestation se met en place dans les années 70 avec la création d'un diplôme universitaire de formation supérieure de médecine générale. Les généralistes veulent alors contourner les CHU et prendre en main directement la formation des futurs praticiens.

Dans le même temps, la création officielle de la spécialité de médecine interne permet aux médecins généralistes de trouver dans les internistes des interlocuteurs parfaits. En effet les internistes, rappelons-le, prônent une filière de soins d'enseignement et de recherche fondée sur la prise en charge globale du patient contrairement à une médecine hyper-spécialisée.

Ainsi en 1975 à Bordeaux, nous voyons naître le premier département de médecine praticienne dirigé à l'époque par un médecin interniste (le Pr Jacques Beylot) et un médecin généraliste (le Dr René Chassaigne) dans le CHU.

Ils vont alors mettre en place en partenariat un internat de médecine générale dans les années 80 suite à une nouvelle réforme pour toutes les spécialités exceptée la médecine générale. Une nouvelle réforme est lancée dans les années 90 pour la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière.

Cette volonté de travailler ensemble va encore plus loin lorsqu'un groupe de travail composé de généralistes et d'internistes se réunit à plusieurs reprises en 2001 pour mettre en valeur leur ressemblance et leur différence [9]. Ainsi plusieurs changements ont été proposés, comme la mise en place de modules communs d'enseignement entre les DES de médecine générale et le DES de médecine interne, la conception d'un clinicat de médecine générale et la recherche en médecine générale. Les médecins internistes se sont engagés à accueillir prioritairement, au cours des enseignements initiaux, de futurs généralistes.

Ainsi la médecine interne et la médecine générale ont toujours été étroitement liées, de par leur ressemblance sur le plan professionnel, une médecine globale et polyvalente, mais également sur les actions antérieures de nos confrères.

#### 4.2. *La communication et les attentes des médecins généralistes libéraux envers la médecine interne dans la littérature :*

Nous l'avons vu dans l'histoire de la Médecine et notamment celle de la médecine générale et de la médecine interne, la communication entre ces deux spécialités est un cas particulier. En effet ces deux spécialités sont plus liées qu'on ne le pense.

Dans les chapitres précédents, la communication générale entre la ville et l'hôpital reste un sujet épineux dont les solutions de communication ne sont pas encore optimales.

Nous avons trouvé dans la littérature française, deux articles travaillant sur le sujet plus spécifique de la communication et des attentes des libéraux envers la médecine interne.

En 2005, dans le service de médecine interne du CHU de Rennes, est mise en place une unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide permettant ainsi au médecin libéral de joindre instantanément un médecin interniste senior sur une ligne téléphonique directe. L'étude permettant d'évaluer cette ligne téléphonique a été réalisée au bout d'une année de fonctionnement [18]. Cette étude porte à la fois sur l'évaluation des appels reçus lors de cette année d'utilisation et sur une évaluation par questionnaire envoyé aux 226 médecins généralistes libéraux ayant utilisé la ligne téléphonique.

71% des appels enregistrés provenaient de médecins généralistes, 27% de spécialistes. Les appels concernaient surtout des questions sur des anomalies biologiques (42%), des signes généraux (20%), la prise en charge de maladie de système (15%) et les pathologies vasculaires (10%). 41% des appels avaient abouti à un conseil téléphonique, 26% avait conduit à une consultation dans la semaine (9%) ou une hospitalisation dans les 24 à 48h (17%).

Le questionnaire des médecins généralistes avait révélé avant la mise en place de la ligne téléphonique les difficultés de prise en charge des patients par un service de médecine interne : - manque de place en consultation ou hospitalisation (51% des médecins), - difficulté de joindre un médecin du service (40.6%), - obligation d'adresser les patients via les urgences (14%).

Après la mise en place de la ligne, 77% des médecins se disaient satisfaits de cet outil, 23% le trouvaient peu ou non efficace. Elle était considérée cependant comme une alternative largement efficace au passage aux urgences dans 80% des cas. Les délais étaient cependant parfois trop longs pour la prise en charge en consultation et/ou hospitalisation par manque de place.

Une étude réalisée en 2002 par le service de médecine interne du CHU de Saint-Étienne a permis de mettre en exergue les attentes et les améliorations vues par 308 médecins généralistes sur le secteur de la Loire et des départements limitrophes [19]. Les médecins généralistes étaient satisfaits à 94% de la prise en charge des patients, à 76% de l'accessibilité des médecins et à 76% de la transmission du courrier. Néanmoins, ils souhaitaient pouvoir obtenir des consultations plus rapides en 24 à 48h (94%) à leur demande et après appel téléphonique de leur part, ainsi qu'une transmission plus rapide des CRH ou de consultations (74%). La demande d'avis par courrier électronique recevait quant à elle un accueil mitigé (55%).

Cette revue de la littérature française nous permet de voir l'importance d'une relation entre médecine générale et médecine interne. Ces deux spécialités étant plus liées qu'on ne le pense, il est important de préserver une bonne communication. Notre objectif principal était donc d'évaluer les attentes des médecins généralistes envers les médecins internistes et les services de médecine interne de la Gironde, celles-ci nous permettront de relever les points à améliorer et ainsi pouvoir amener des solutions pour optimiser cette relation.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons souhaité recueillir les attentes des médecins généralistes envers les médecins internistes en Gironde, espérant ainsi pouvoir révéler des améliorations et amener des solutions pour optimiser cette relation.

### 1. Introduction et élaboration du questionnaire :

Nous avons décidé de réaliser une étude descriptive semi-quantitative rétrospective, analysant les pratiques des médecins généralistes de la Gironde. Nous avons réalisé un questionnaire en s'inspirant d'un précédent questionnaire retrouvé dans une étude [20] réalisée auprès des médecins généralistes de la Loire, portant sur un sujet similaire. Nous avons ensuite modifié ce questionnaire selon nos données et nos attentes professionnelles et personnelles. Nous avons ensuite soumis ce questionnaire à l'analyse de différents groupes : un groupe de 10 médecins généralistes de la Gironde choisis au hasard par une tierce personne indépendante de l'étude et un groupe de 4 médecins internistes (2 médecins de formation interniste travaillant au CHU de Bordeaux et 2 médecins de formation généralistes travaillant dans des services de médecine interne des CH périphériques de la région bordelaise). L'envoi de ce premier questionnaire a été fait par messagerie électronique.

Nous avons ensuite modifié notre questionnaire en prenant en compte les remarques des différentes parties (médecins généralistes et médecins internistes).

Le questionnaire final (*annexe 1*) comportait 25 questions réparties en 5 parties. Il était anonyme et le plus concis possible pour favoriser le taux de participation :

- La première partie comportait 12 questions qui portaient sur les données personnelles (sexe, âge) et professionnelles des médecins généralistes (orientation professionnelle, type d'exercice, lieu d'exercice,...), ensuite étaient posées des questions sur les habitudes de travail des médecins généralistes concernant la médecine interne (évaluation de la communication globale, structures d'hospitalisation, la sollicitation des confrères internistes,...).

- La deuxième partie comportait 4 questions portant sur le vécu et les préférences des médecins généralistes, sur la demande d'avis ou de consultation en médecine interne.

- La troisième partie portait sur la demande d'hospitalisation en médecine interne des médecins généralistes et sur la sortie d'hospitalisation des patients. Cette partie comportait 5 questions portant sur les différents moyens d'hospitalisation des patients, les courriers de sortie et le renouvellement des traitements.

- La quatrième partie mettait en exergue la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients aux pathologies chroniques suivies en médecine interne. Elle comportait 4 questions sur la place du médecin généraliste, son vécu, et ses attentes devant des effets indésirables de traitement spécifiques.

- Une dernière partie ouverte permettait aux médecins généralistes de laisser des remarques et commentaires sur l'étude et le questionnaire.

Ce questionnaire comprenait des questions fermées appelant à une réponse affirmative ou négative, des questions semi-fermées à choix multiples, des questions fermées à choix unique et des questions ouvertes à réponses courtes et une partie « remarques et commentaires »

## 2. Sélection de la population :

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste en Gironde, avoir renseigné auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) une adresse de messagerie électronique personnelle ou professionnelle.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Le questionnaire a été adressé aux médecins généralistes de la Gironde répertoriés dans la liste des médecins généralistes libéraux de la CPAM. Pour cela, nous avons eu besoin de faire une demande écrite auprès du directeur général de la CPAM de la Gironde pour avoir accès à la liste des médecins généralistes libéraux inscrits dans leur fichier. Nous n'avons pas eu accès directement à la liste des médecins généralistes mais le pôle de gestion des professionnels de santé de la CPAM a envoyé via messagerie électronique le questionnaire que nous leur avons fourni avec un texte explicatif sur notre étude. Nos noms et coordonnées étaient également fournis aux médecins généralistes dans ce texte explicatif (*annexe 2*), leur permettant ainsi de nous écrire individuellement s'ils le souhaitaient.

## 3. Méthode d'intervention et recueil de l'information :

Le questionnaire a été rédigé à l'aide du logiciel Google Forms®, disponible directement sur internet, permettant ainsi aux médecins généralistes de répondre directement au questionnaire et de manière anonyme.

Le questionnaire a donc été envoyé aux médecins le 14 mars 2016.

Malheureusement, nous n'avons pas pu faire de relance auprès des médecins généralistes concernés. Nous avons clôturé les réponses au questionnaire le 12 mai 2016, ayant laissé ainsi deux mois aux médecins généralistes pour répondre à notre questionnaire.

#### 4. Saisie et analyse des données :

Les données ont été recueillies depuis GoogleDoc® et enregistrées sous la forme d'un tableur de type Excel®.

L'ensemble des données recueillies a été traité sous forme de diagrammes et d'histogrammes.

Nous avons réaliser une analyse descriptive de ces données.

## RÉSULTATS

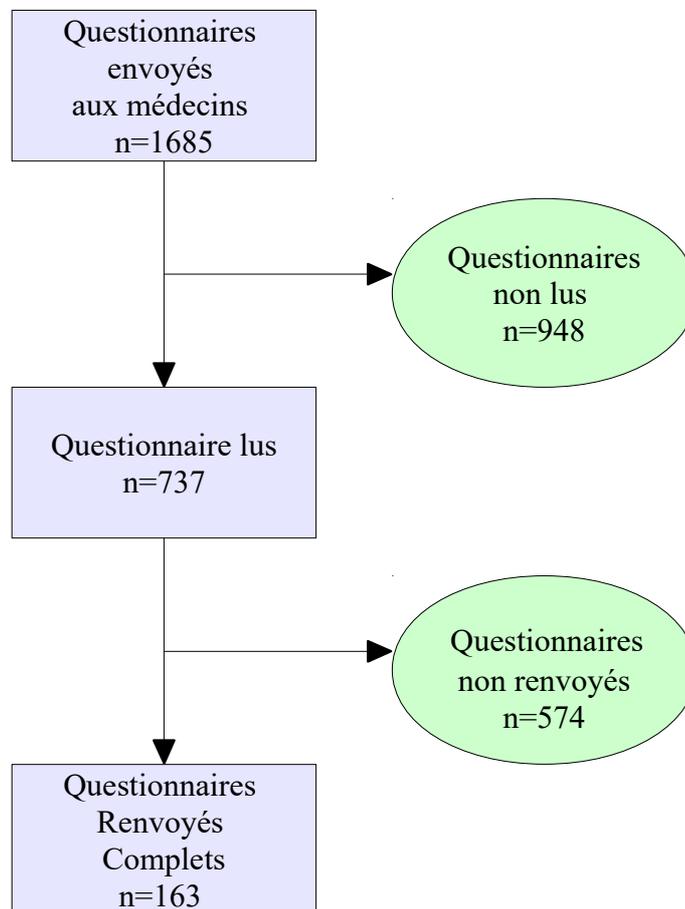
### 1. Taux de réponses au questionnaire :

La CPAM a envoyé par messagerie électronique 1685 questionnaires aux médecins généralistes de la Gironde répertoriés sur leur liste de professionnels en médecine générale.

Le logiciel de la CPAM ayant envoyé les questionnaires permettait de répertorier les messages électroniques ouverts par les correspondants. Ainsi, le service de gestion des professionnels de santé de la CPAM a pu nous confirmer par mail que seulement 737 médecins généralistes sur les 1685 questionnaires envoyés avaient pris connaissance du message au moment de la clôture du questionnaire.

Nous avons reçu en retour 163 questionnaires complétés et exploitables.

Ainsi le taux de participation pour notre étude était de 22,1 % (Diagramme n°1).



**Diagramme n°1 : Diagramme de flux sur l'envoi du questionnaire**

## 2. Description de l'échantillon des médecins généralistes :

Notre échantillon était constitué de 85 hommes et 78 femmes, soit respectivement 52,1 % versus 47,9 %.

La moyenne d'âge était d'environ 48 ans. Les âges extrêmes des répondants allaient de 28 ans à 71 ans. Cette moyenne n'a pas pu être calculée sur la totalité de l'échantillon puisque 37 généralistes n'ont pas répondu à la question. Cette moyenne est donc réalisée sur 126 personnes soit 77,3 % des répondants.

94,5% des généralistes exerçaient en milieu libéral exclusivement (n=154), 5,5 % avait une activité salariée associée à leur activité libérale (n=9). Aucun généraliste ne travaillait en tant que salarié exclusif.

101 médecins généralistes ont déclaré travailler en groupe dans un cabinet médical (62%), 45 travaillaient seuls (27,6%) et seulement 17 travaillaient en groupe dans une maison de santé pluridisciplinaire (10,4%),

56,4 % des généralistes ayant répondu au questionnaire étaient installés en milieu urbain (n=92) contre 25,2 % en milieu semi-urbain (n=41) et 18,4 % en milieu rural (n=30). (Tableau n°1)

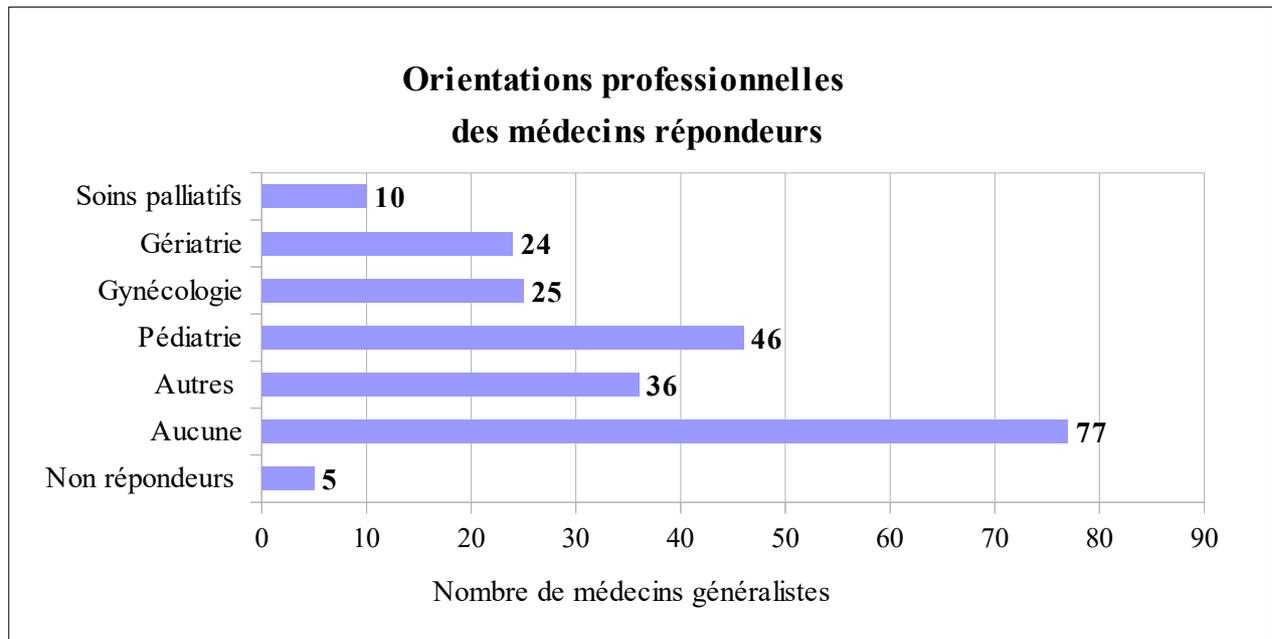
Variables	Modalités	Nombre (manquants)	%
Sexe	Hommes	85	52,1 %
	Femmes	78	47,9 %
Age		126 (37)	Moyenne d'âge: 48 ans
Type d'activité	Libérale	154	94,5 %
	Salariée	0	0 %
	Mixte	9	5,5 %
Mode d'exercice	Seul	45	27,6 %
	En groupe	101	62 %
	Dans un maison de santé	17	10,4 %
Lieu d'exercice	Rural	30	18,4 %
	Urbain	92	56,4 %
	Semi-urbain	41	25,2 %

**Tableau n°1 : Description de l'échantillon des médecins répondants**

Sur le plan des orientations professionnelles, la majeure partie des répondants (n=77) ne déclaraient aucune orientation particulière (pas de diplôme supplémentaire, exercice de la médecine générale), certains exerçaient plus facilement de la pédiatrie (n=46), de la gynécologie (n=25), de la gériatrie (n=24), des soins palliatifs (n=10) et d'autres

spécialités dont ils avaient la possibilité de les citer. Ainsi parmi les spécialités citées par les répondeurs, on avait : homéopathie (n=10), médecine générale (n=7), médecine du sport (n=5), troubles du sommeil (n=3), urgences/régulation 15 (n=3), addictologie (n=2), mésothérapie (n=2), sexologie (n=2), oncologie (n=1), ostéopathie (n=1), psychiatrie (n=1), acupuncture (n=1), médecine hyperbare (n=1), expertise médicale (n=1), nutritionniste (n=1), HTA (n=1).

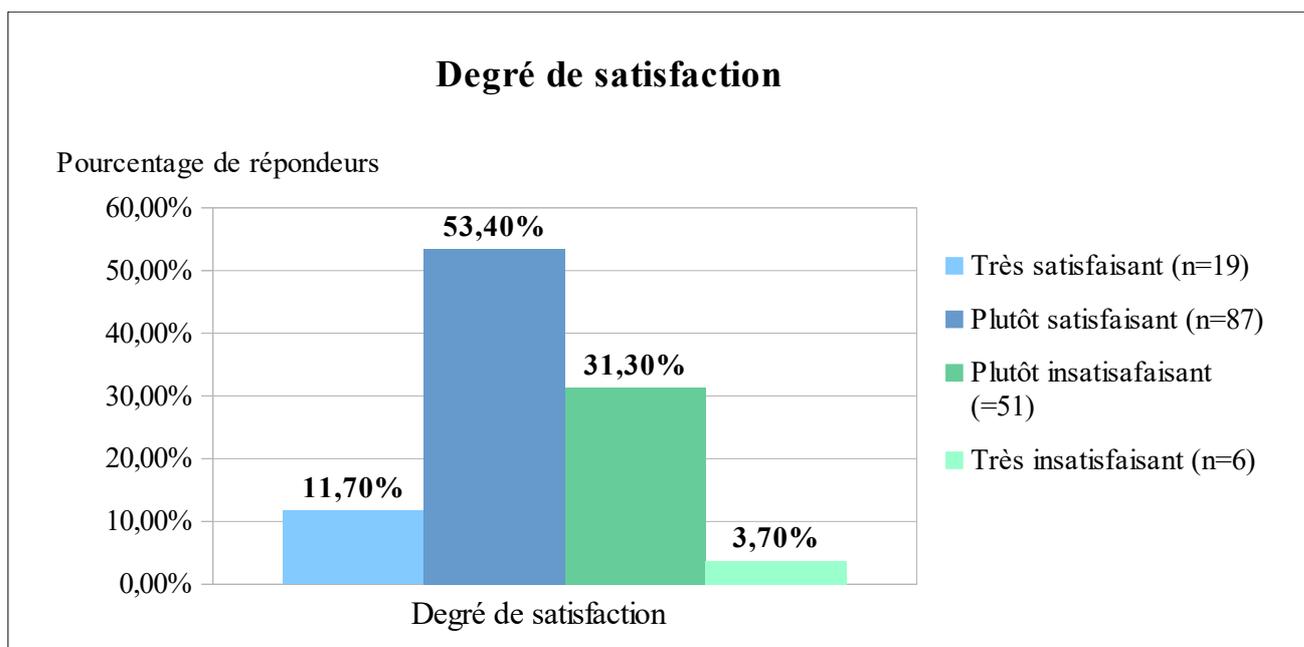
Les répondeurs avaient la possibilité de choisir plusieurs orientations (Figure n°1).



**Figure n°1 : Les différentes orientations professionnelles des médecins interrogés**

- Degré de satisfaction des médecins généralistes sur la qualité de communication avec les services de médecine interne de Gironde :

Plus de 65 % des médecins répondeurs étaient satisfaits de leur relation avec les services de médecine interne de la Gironde, 87 étaient plutôt satisfaits (53,4 %) tandis que 19 étaient très satisfaits (11,7%) (Figure n°2).



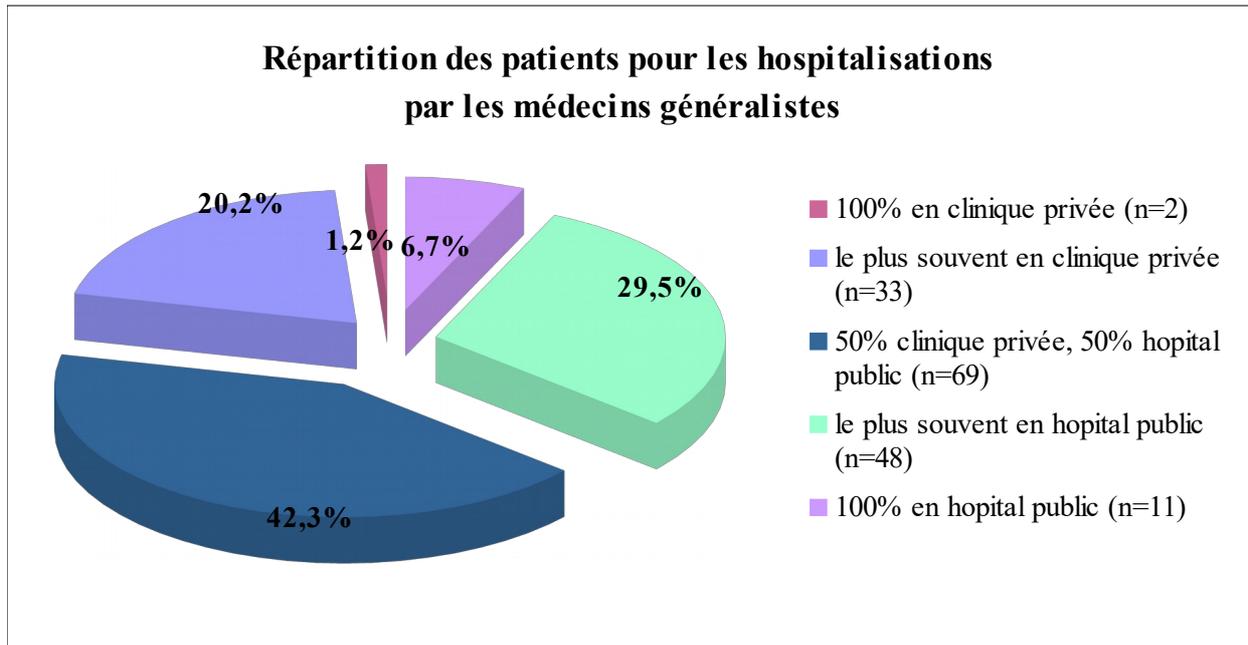
**Figure n°2 : Le degré de satisfaction sur la communication des médecins généralistes avec les services de médecine interne**

4. Caractéristiques des habitudes de travail des généralistes envers les services de médecine interne :

126 médecins généralistes adressaient moins de 1 patient par mois dans un service de médecine interne pour une consultation et/ou une hospitalisation (77,3%), 34 en adressaient 1 à 5 par mois (20,9%), 1 en adressait plus de 5 par mois (0,6%) et 2 n'en adressaient aucun (1,2%).

Devant un dossier complexe, 72,4 % des médecins généralistes déclaraient faire appel à un confrère interniste en première intention après la réalisation d'examen complémentaires contre 26,4 % en seconde intention après l'avis d'un spécialiste d'organe et seulement 0,6 % déclarait faire appel d'emblée à un interniste, sans réaliser d'examen au préalable. 1 médecin n'a pas répondu à la question (0,6%).

Sur les structures d'hospitalisations utilisées par les médecins généralistes, les réponses étaient plus mitigées. En effet, 69 médecins envoyaient leur patient à 50 % dans des cliniques privées et à 50 % dans les hôpitaux publics. 35 médecins privilégiaient plutôt le secteur privé et 59 privilégiaient plutôt le secteur public (Figure n°3).

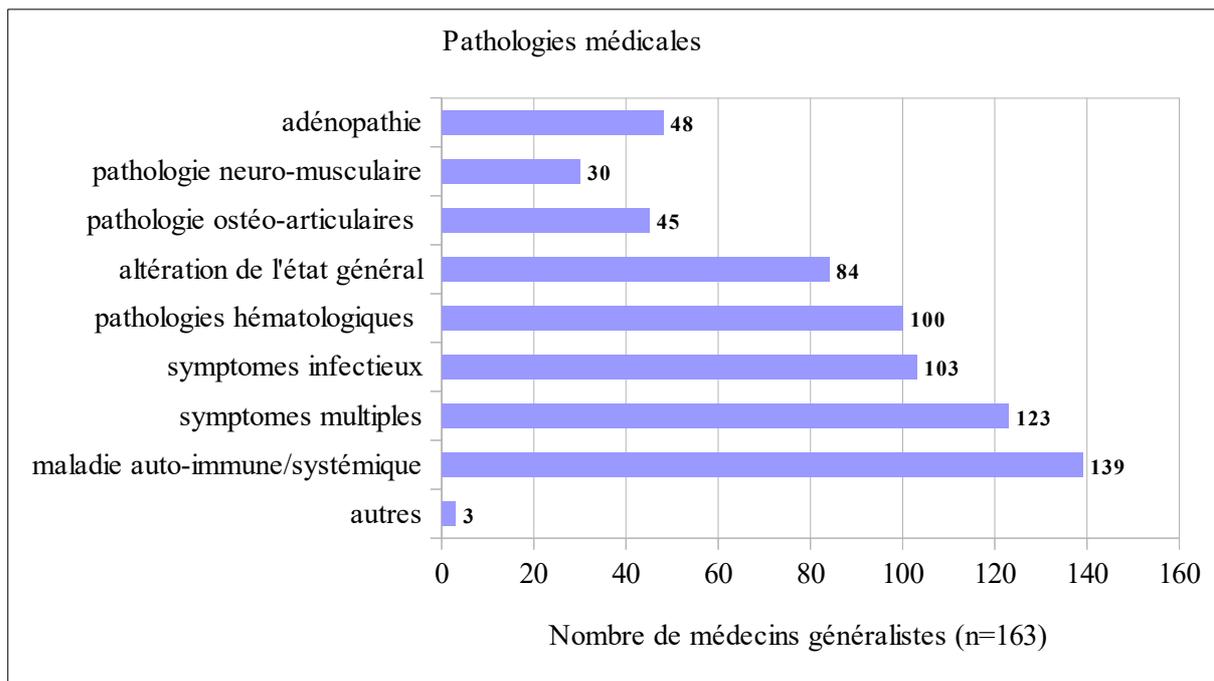


**Figure n°3 : La répartition des patients dans les différents secteurs  
d'hospitalisation par les médecins interrogés**

Plus de 60 % des médecins généralistes interrogés faisaient appel à un service de médecine interne lors de symptômes de maladie auto-immune et/ou systémique (n=139), de symptômes multiples inexplicés (n=123), de symptômes infectieux notamment une fièvre inexplicée (n=103), de pathologies hématologiques (n=100) et pour une altération de l'état général (n=84).

Moins de 30 % des médecins utilisaient les services de médecine interne pour une pathologie neuro-musculaire (n=30), des pathologies ostéo-articulaire (n=45) et l'exploration d'adénopathies (n=48).

Un médecin déclarait utiliser les services de médecine interne pour les patients positifs au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), pour les maladies sexuellement transmissibles, pour le bilan de maladie micro-vasculaire et pour les plaies chroniques. Un autre médecin déclarait envoyer ces patients en médecin interne pour des problèmes cardio-pulmonaires (Figure n°4).



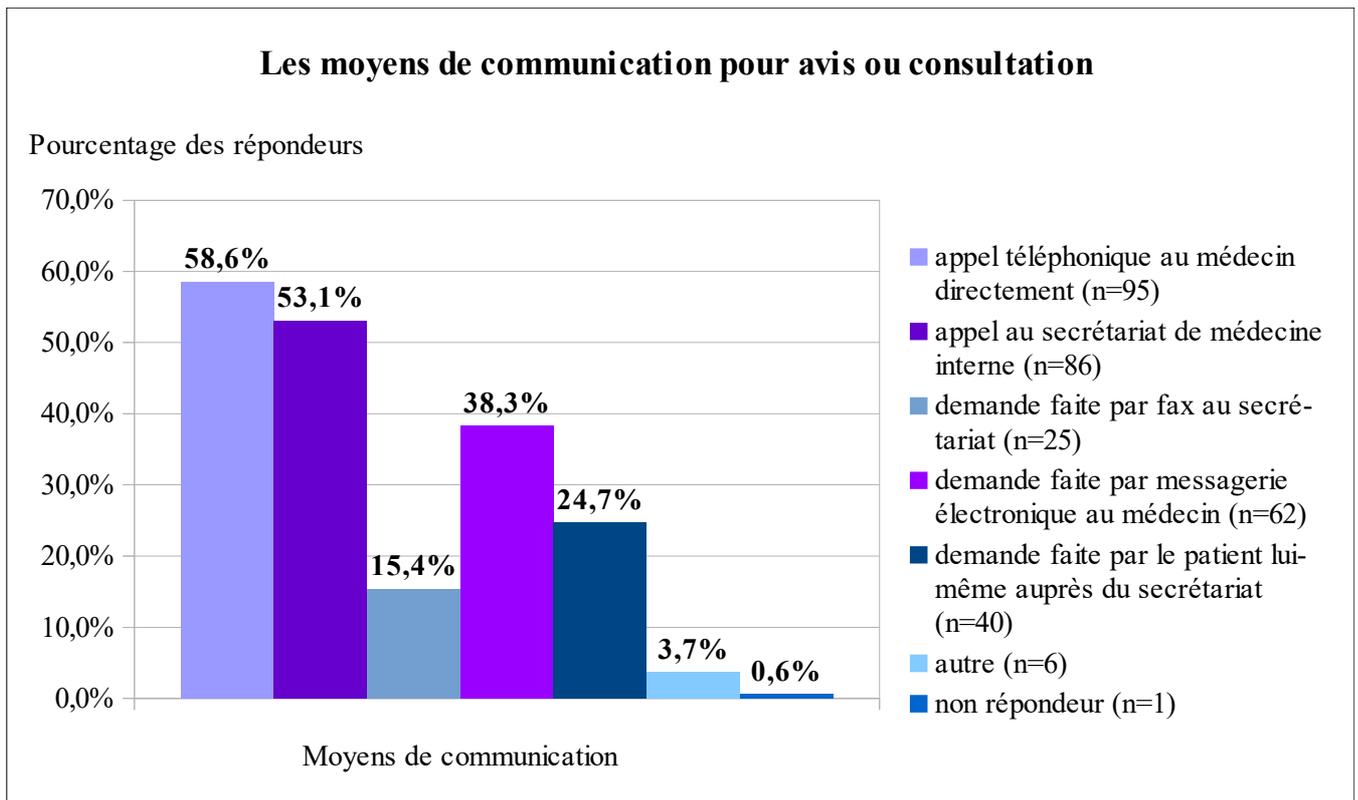
**Figure n°4 : Les pathologies adressées dans les services de médecine interne selon les médecins généralistes répondeurs**

Les anomalies biologiques entraînant une demande de prise en charge en médecine interne par les médecins répondeurs étaient des anomalies de l'électrophorèse des protéines (n=88), un syndrome inflammatoire biologique (n=82) et des anomalies hématologiques (n=76). Certains médecins envoyaient également leur patient en médecine interne pour des bilans auto-immuns positifs.

## 5. Les avis et les consultations

### 5.1. *Communication des généralistes vers un service de médecine interne*

D'après les médecins répondeurs le meilleur moyen d'accéder facilement à un avis ou une consultation en médecine interne était d'appeler directement un médecin interniste (n=95 soit 58,6 % des médecins répondants), le deuxième moyen étant de passer par le secrétariat du service de médecine interne (n=86 soit 53,1%) (Figure n°5).



**Figure n°5 : Les moyens de communication souhaités par les généralistes pour un avis ou consultation en médecine interne**

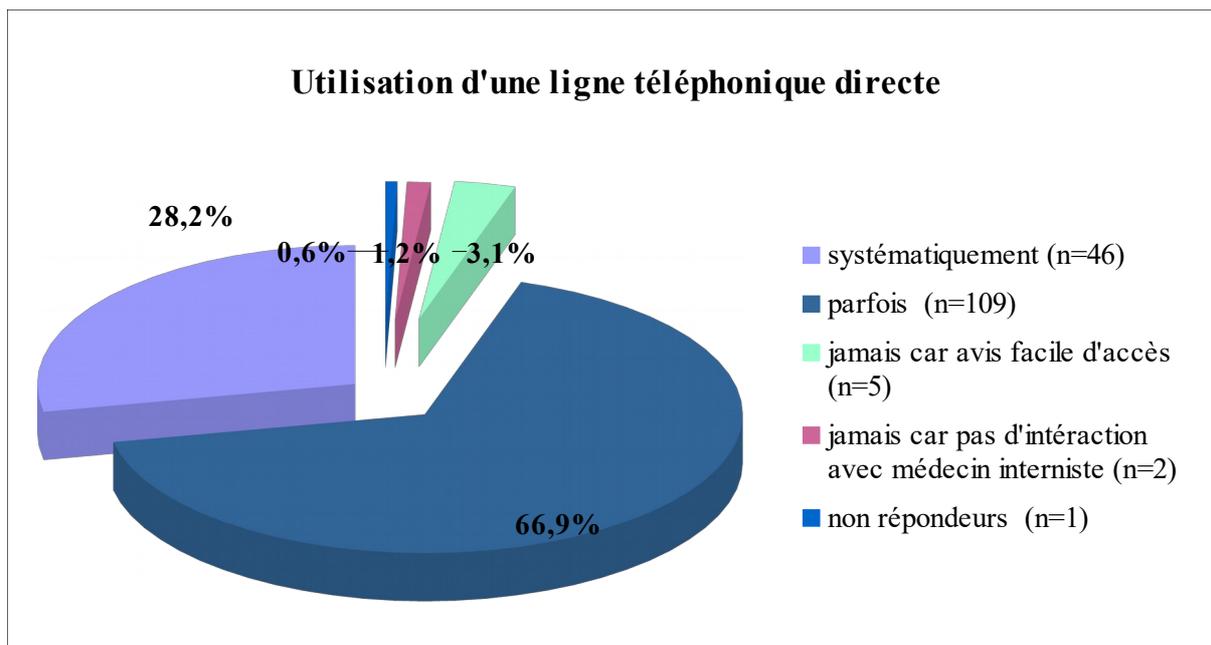
Pour les médecins généralistes, le délai de consultation (sans notion d'urgence) en médecine interne le plus adapté était dans les 15 jours après avoir fait la demande 53,4 % contre 43% dans le mois. 1,2 % des répondeurs n'avaient aucune préférence et 1,2 % toléraient dans les 3 mois après la demande. 1,2 % des médecins n'ont pas répondu à cette question.

62 médecins déclaraient devoir attendre 5 à 10 minutes pour entrer en communication avec un collègue interniste (38%), 49 déclaraient attendre plus de 10 minutes (30,1%) et 18 déclaraient attendre moins de 5 minutes (11%).

31 médecins (soit 19%) estimaient une communication impossible dans un délai raisonnable. 3 médecins n'ont pas répondu à la question (1,9%).

### 5.2. *Intérêt d'une ligne téléphonique d'astreinte :*

28,2% des médecins interrogés utiliseraient systématiquement la ligne téléphonique d'astreinte pour un avis ou une consultation si celle-ci était créée contre 66,9 % qui l'utiliseraient « parfois ». (Figure n°6)

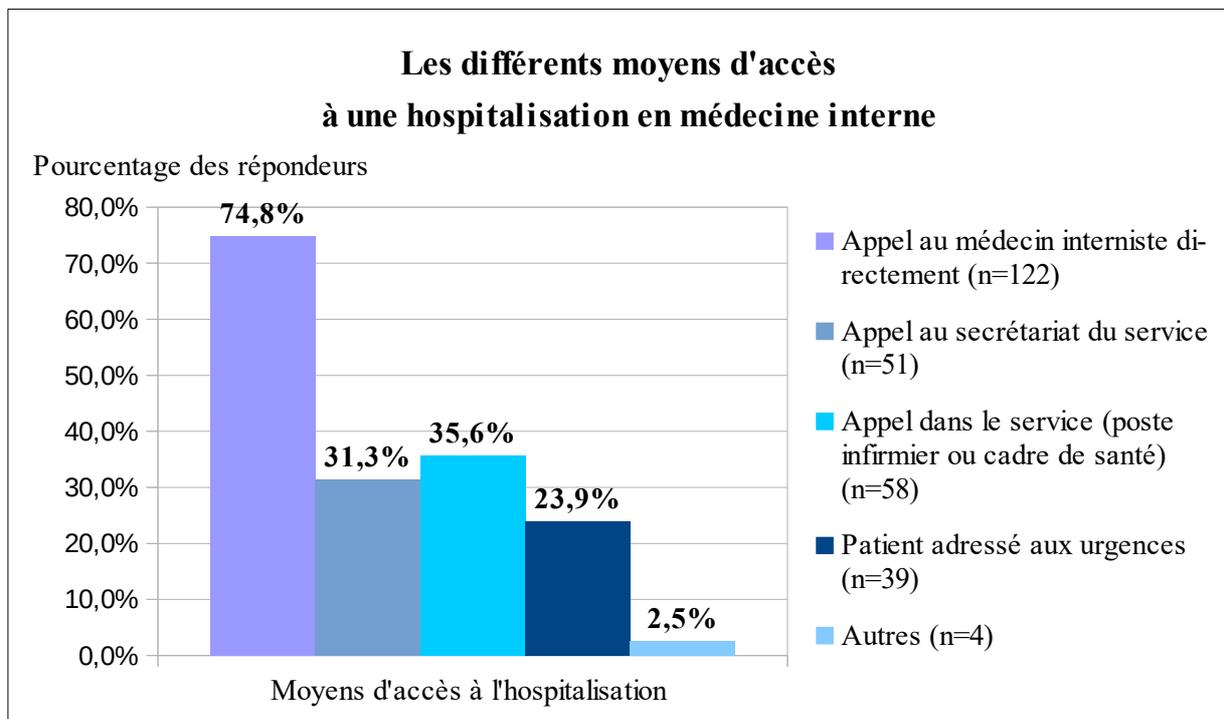


**Figure n°6 : L'utilisation possible d'une ligne téléphonique directe par les généralistes pour la demande d'avis ou de consultation**

## 6. Les hospitalisations :

### 6.1. *La communication entre généralistes et internistes :*

122 des médecins répondants étaient d'accord pour dire que le meilleur moyen d'obtenir une hospitalisation dans un service de médecine interne était de passer directement par un médecin interniste du service (74,8%). 39 médecins quand à eux passaient par le biais des urgences pour obtenir une hospitalisation en médecine interne (23,9%). 4 médecins ont apporté d'autres solutions comme par exemple l'envoi d'un message électronique au médecin interniste (Figure n°7).

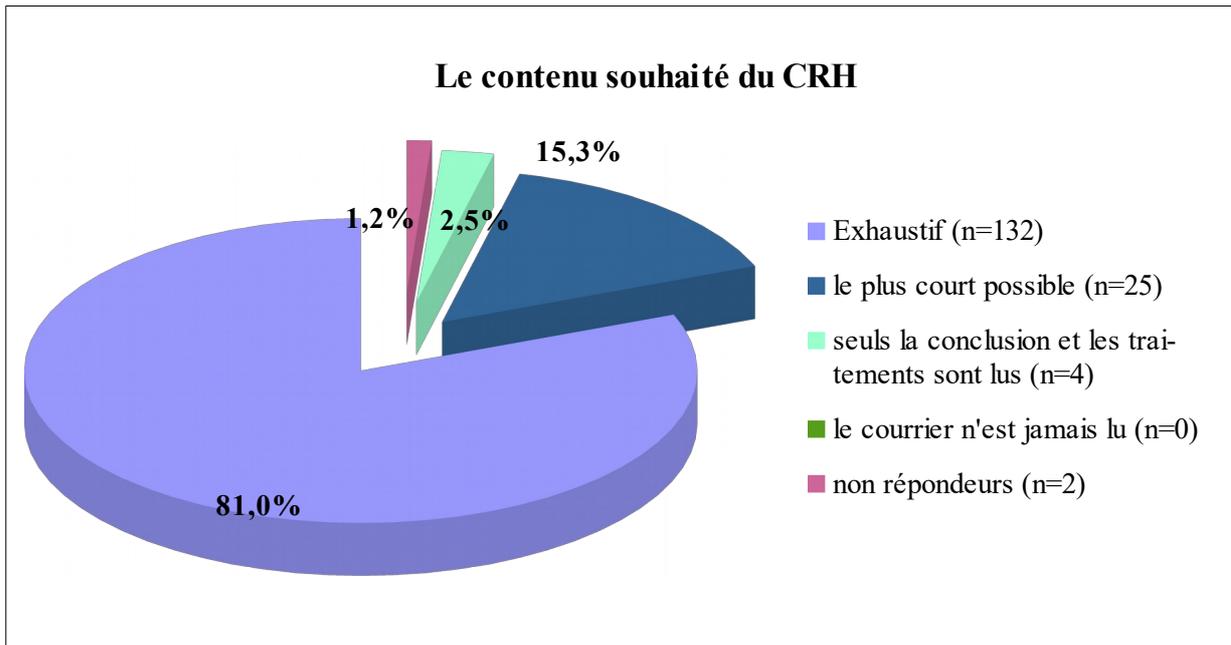


**Figure n°7 : Les différents moyens d'accès par les médecins généralistes pour une demande d'hospitalisation en médecine interne**

50 médecins préféraient être contactés par téléphone de manière systématique à la sortie d'hospitalisation de leur patient (30,7%), 48 voulaient être contactés si l'hospitalisation durait plus d'une semaine (29,4%), 27 ne voyaient pas la nécessité d'un appel pendant l'hospitalisation d'un de leur patient, le CRH était suffisant (16,6%), 22 souhaitaient recevoir un appel à chaque hospitalisation (13,5%) et 16 ont donné un autre avis que ceux proposés (contact selon le diagnostic et l'évolution du patient, contact par messagerie électronique de préférence, contact si problème avec le patient).

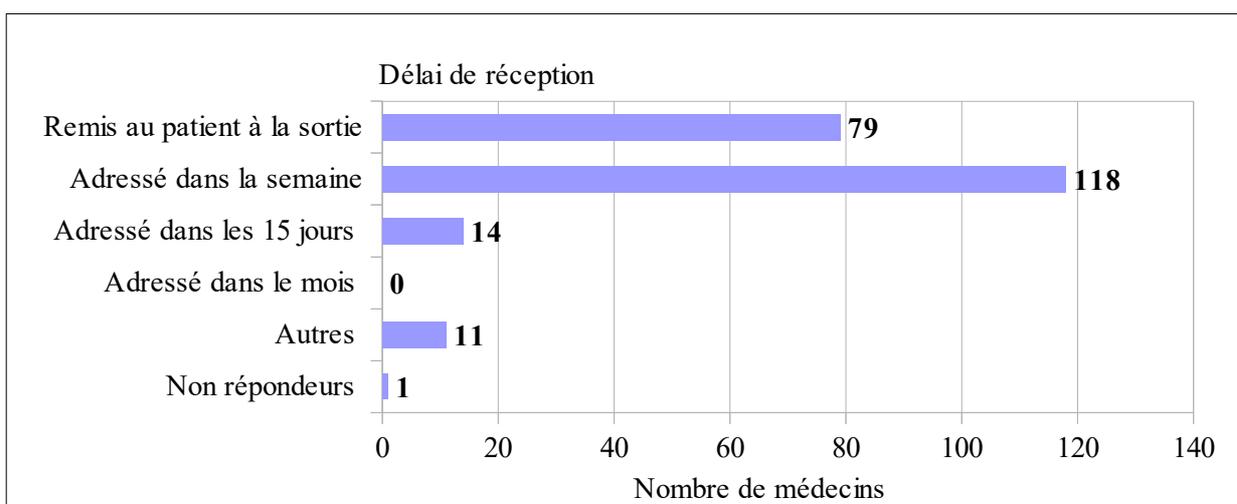
#### 6.2. *Les courriers en sortie d'hospitalisation*

81% des médecins interrogés souhaitaient que le CRH soit le plus exhaustif possible contre 15,3 % qui souhaitaient un courrier court ne dépassant pas une page (Figure n°8).



**Figure n°8 : Taille et contenu souhaités par les médecins répondeurs pour le courrier de sortie d'hospitalisation**

118 médecins (soit 72,4%) souhaitaient recevoir le CRH dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation du patient, 79 (soit 48,5%) voulaient que le courrier soit remis systématiquement au patient au moment de la sortie. 11 médecins proposaient d'autres solutions que celles citées : un courrier synthétique remis au patient puis un CRH plus complet envoyé au médecin dans les 15 jours suivant la sortie, un envoi du CRH par messagerie électronique ou encore un envoi du courrier avec l'ordonnance de sortie associée (Figure n°9).



**Figure n°9 : Délai de réception souhaité pour le courrier d'hospitalisation**

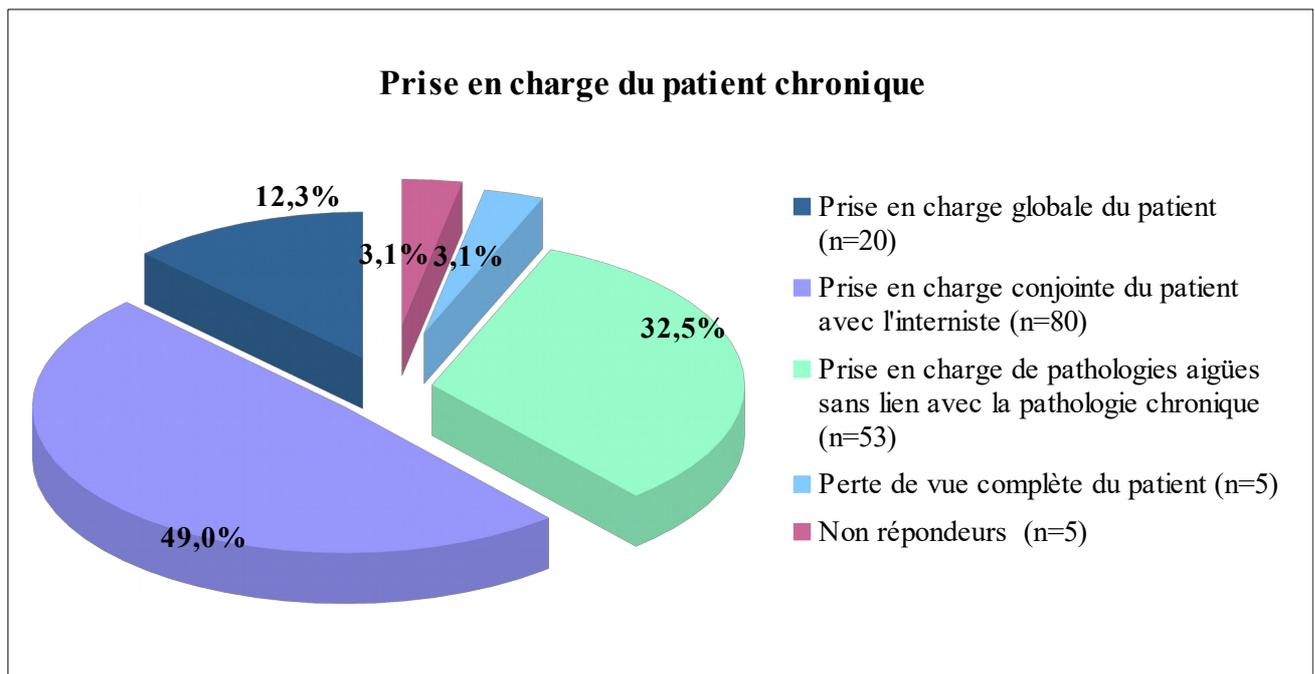
### 6.3. Le renouvellement du traitement

45,4 % des médecins désiraient que l'ordonnance de sortie réalisée par le service de médecine soit valable un mois, 31,9 % voulaient une validité de 15 jours, 11 % ne souhaitaient pas que le médecin interniste fasse le renouvellement du traitement et ceci pour inciter le patient à venir en consultation de suivi, 3,1 % espéraient une ordonnance valable un mois renouvelable deux ou trois fois et 8,6 % n'avaient pas d'avis sur la question.

### 7. La prise en charge des patients chroniques :

147 médecins (soit 90,2%) déclaraient avoir dans leur patientèle des patients chroniques suivis dans un service de médecine interne.

49 % des médecins estimaient avoir des échanges fréquents avec les médecins internistes permettant ainsi une prise en charge conjointe du patient sur la pathologie chronique contre 32,5 % qui déclaraient ne plus suivre le patient sur sa pathologie chronique mais le suivre pour des pathologies aiguës (Figure n°10).



**Figure n°10 : La prise en charge du patient suivie en médecine interne pour une pathologie chronique par son médecin généraliste**

Lorsqu'un patient était pris en charge de manière globale par un service de médecine interne, 65,7 % des médecins n'estimaient pas pour autant perdre de vue leur patient,

ceux-ci continuaient à suivre et voir leur patient, contre 33,7 % des médecins qui estimaient perdre de vue leur patient. Un médecin n'a pas répondu à cette question.

Sur le sujet des effets indésirables liés aux traitements spécifiques de la pathologie chronique, 128 médecins (soit 78,5%) préféraient gérer conjointement ces effets indésirables avec l'aide du médecin interniste contre 8 médecins (soit 4,9%) qui considéraient que ces effets devaient être gérés d'emblée par le médecin interniste. 26 médecins se sentaient capables de gérer les effets indésirables seuls en soins primaires (soit 16%). Un médecin n'a pas répondu (soit 0,6%).

#### 8. Commentaires libres (annexe 3) :

45 médecins généralistes sur les 163 questionnaires comptabilisés ont laissé leurs impressions sur le questionnaire, le sujet de thèse et sur leurs relations avec les médecins internistes dans la dernière partie du questionnaire.

Ce qu'il en ressortait était une difficulté pour les médecins répondants de contacter les médecins hospitaliers en général, avec un sentiment d'incompréhension et parfois même de méprise de la médecine générale par les médecins spécialistes : « le contact avec les médecins hospitaliers est le plus souvent impossible, les retours courriers sont excessivement tardifs, le regard sur la médecine générale est souvent "hautain" », « accéder à la médecine interne nécessite de la circonspection de notre part et se révèle parfois difficile en temps », « il est souvent difficile de les avoir au téléphone et il faut s'acharner quelques fois. Par ailleurs les courriers de retour sont très lents à nous parvenir », « avoir une hospitalisation directement depuis le domicile est impossible, les contacter inimaginable ».

Certains médecins mettaient également en exergue dans leurs commentaires, le fait que les rapports et les relations avec les médecins internistes étaient plus faciles et plus rapides avec les services du secteur privé que ceux du public en particulier ceux du CHU : « aussi je travaille beaucoup plus avec les cliniques de façon générale où la communication par mail, de part sa réactivité, est très rapide, efficace », « je travaille beaucoup avec le service de médecine interne de Robert-Picqué, car j'ai rapidement un interniste au téléphone et l'hospitalisation peut se faire directement dans le service sans passer par les urgences. Pour le CHU, les hospitalisations sont beaucoup plus compliquées », « le courrier par mail est une réalité concrète dans les échanges avec les médecins du "privé " dont pourrait s'inspirer l'hôpital ».

Enfin, une partie des commentaires était tournée vers le courrier de sortie d'hospitalisation qui mettait trop longtemps à leur parvenir, certains même ne le recevaient pas. 5 médecins en font référence dans leurs commentaires.

## DISCUSSION

### 1. Forces et faiblesses de notre étude

Notre étude est une étude transversale descriptive semi-quantitative cherchant à relier les attentes des médecins généralistes vis-à-vis des médecins internistes en Gironde par le biais d'un questionnaire envoyé aux médecins généralistes via messagerie électronique.

Le taux de participation de notre étude est de 22,1 %. Ce taux de participation concorde avec nos attentes compte tenu du type d'enquête. En effet, on peut s'apercevoir que dans des études portant sur des sujets similaires les taux de réponses ne sont pas aussi élevés. Dans une étude réalisée en 2014 sur les attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées sur la communication ville-hôpital [22], le taux de réponse était de 7,3 % (envoi d'un questionnaire par messagerie électronique). Cependant ce taux de réponse peut être très variable selon le type d'envoi. En effet dans une étude réalisée en 2002 [19] où le questionnaire était envoyé par voie postale avec une enveloppe réponse affranchie, le taux de réponse était de 49,5 %, idem pour une étude réalisée en 2014 [17] avec le même type d'envoi, le taux de réponse était de 51 %. Toutefois, dans des études où le questionnaire n'était pas accompagné d'enveloppe-réponse affranchie, le taux de réponse des médecins généralistes n'était pas plus élevé que l'envoi par mail [23]. Ainsi ce type d'envoi par messagerie électronique peut entraîner un biais de non réponse de la part des médecins sollicités et donc entraîner un manque de représentativité de notre population.

Un des points positifs de ce type d'envoi par messagerie électronique et surtout le type de réponse via un site internet spécifique tel que Google Forms® est de garder un anonymat complet. Ainsi les médecins peuvent s'exprimer de manière honnête et franche sans jugement. Il permet également de recueillir des caractéristiques de population proche de la population étudiée.

Notre échantillon est constitué de 52,1 % d'hommes pour 47,9 % de femmes. La moyenne d'âge de notre population ayant répondu est de 48 ans. Dans les dernières données démographiques publiées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins [11], on compte en Gironde en 2016, 53,8 % d'hommes contre 46,2 % de femmes. La moyenne d'âge tout sexe confondu est de 51,5 ans. La différence de moyenne d'âge dans notre étude peut se traduire par le fait que 37 médecins sur les 163 n'ont pas indiqué leur âge (33%). Ainsi notre échantillon répondeur paraît représentatif de la population étudiée sur la parité. Cependant nous ne pouvons dire si les médecins répondeurs sont représentatifs de manière globale. En effet, par l'envoi du questionnaire via une liste non exhaustive des médecins de la Gironde recueillie par un organisme particulier qu'est la CPAM, il peut y avoir des biais de sélection. Les médecins ayant

répondu au questionnaire sont probablement les médecins les plus intéressés par cette étude et soucieux d'apporter leur contribution.

Sur le plan du questionnaire, notre choix d'avoir mis en place des questions fermées a pu entraîner un biais d'information. Cette donnée nous a été reprochée dans les commentaires libres laissés par les médecins répondants : « Certaines propositions de réponse manquent de nuance », « Des possibilités de réponses "autres" à chaque proposition éviteraient des biais importants sur ce type d'enquête déclarative orientée. », « Désolé de vous dire qu'à trop vouloir simplifier votre questionnaire , vous ne tenez pas assez compte de la diversité des motifs de recours à la médecine interne et que plusieurs de vos questions " uni-réponses" mériteraient plusieurs réponses. »

## 2. Discussion des résultats de l'étude

Notre étude met en évidence un taux de satisfaction des médecins généralistes de la Gironde plutôt mitigé, sur les 163 médecins répondants 65 % se disent satisfaits de la communication qu'ils entretiennent avec les services de médecine interne du département. Ce résultat se retrouve dans d'autres études mettant en avant les relations entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, notamment dans la thèse de Laure FABRE en 2014 [22] où les médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées se disaient satisfaits de leur communication avec l'hôpital pour 60 % d'entre eux. Cependant dans cette étude, les médecins généralistes étaient interrogés sur leur satisfaction concernant leur relation avec les praticiens hospitaliers de toutes spécialités confondues. Dans l'étude des attentes des médecins généralistes de la Loire [19] portant spécifiquement sur un service de médecine interne, ceux-ci se disaient satisfaits à 94 % sur la prise en charge des patients par le service de médecine interne évalué, à 76 % sur l'accessibilité des médecins et 76 % par la transmission du courrier. Ce taux de satisfaction très élevé en comparaison de notre étude peut s'expliquer par le fait qu'un seul service bien identifié de médecine interne du CHU de Saint-Étienne a été évalué.

Dans une étude réalisée en 2006 par Gaël HUBERT [16] ces résultats sont beaucoup moins encourageants, la communication des généralistes avec les hospitaliers était considérée comme « bonne » pour 28 % d'entre eux et « correcte » pour 18 % (soit 46 % au total de satisfaits ou plutôt satisfaits), elle était « insatisfaisante » pour 20 % d'entre eux et « inexistante » pour 6 % soit un total de 26 % d'insatisfaits, résultats se rapprochant de ceux de notre étude (35 % d'insatisfaits). Toutefois cette étude portait sur l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales.

Malgré le taux de satisfaction de notre étude, il en ressort cependant certaines demandes de la part de nos médecins généralistes répondants. Ils souhaitent avant tout pouvoir contacter directement par téléphone les médecins internistes pour la prise d'avis, la demande d'une consultation ou pour la programmation d'une hospitalisation. Le deuxième moyen de communication souhaité par nos médecins est le contact téléphonique avec le secrétariat du service concerné. Nous retrouvons les mêmes

résultats sur des études concernant la communication entre la ville et l'hôpital, ces résultats n'étaient pas spécifiques de la médecine interne mais concernaient tous les praticiens hospitaliers [16, 22, 23, 25]. Sur une étude réalisée sur le CH de Pau en 2014 [17], les médecins généralistes déclaraient passer préférentiellement par le secrétariat du service spécialisé (87,7%) pour obtenir l'avis d'un confrère spécialiste (toute spécialité confondue).

Cependant il apparaît difficile de joindre nos confrères internistes directement et le passage par le secrétariat du service paraît être une solution de secours très empruntée. En effet dans notre étude, on observe que le temps d'attente téléphonique pour les généralistes est beaucoup trop long. Les médecins estiment pour 38 % attendre 5 à 10 minutes avant de joindre leur interlocuteur et pour 30 % le temps d'attente est de plus de 10 minutes. Quand on sait qu'en moyenne les consultations de médecine générale sont d'environ 15-20 minutes, cela laisse peu de temps pour le reste de la consultation et surtout le médecin généraliste est amené à prendre du retard dans son planning professionnel. Dans l'étude maconnaise [25], les médecins interrogés souhaitaient pouvoir contacter plus facilement les médecins hospitaliers pour 69,7 % d'entre eux. Cependant 72 % estimaient le faire « toujours ou souvent » en soulignant tout de même les difficultés à trouver un interlocuteur adéquat.

A la suite de cette communication avec un confrère interniste et à leur demande, nos médecins souhaiteraient pouvoir bénéficier de consultations rapides. Le délai correct estimé par les généralistes est de 15 jours suivant la demande. Dans la thèse de Marine DELAHAYE réalisée en 2015 à Paris [23], les médecins interrogés évaluaient le délai de rendez-vous entre 1 à 3 mois pour 55 % d'entre eux et dans le mois suivant la demande pour 31 %. Ainsi le délai de consultation est plus long dans la réalité que les souhaits des médecins généralistes. Les données concernaient toutes les spécialités mais il est difficile de penser que cela pourrait être différent en ce qui concerne la médecine interne.

Pour les demandes d'hospitalisation, la plupart des médecins interrogés dans notre étude (74,8 %) souhaite organiser le plus possible des hospitalisations programmées en contactant directement un médecin interniste. Seulement 39 d'entre eux estiment que le passage par les urgences facilite les hospitalisations en médecine interne. La thèse de Laure FABRE [22] retrouve les mêmes demandes des médecins généralistes : 61,1 % des médecins souhaitaient planifier des hospitalisations directes par contact téléphonique. Dans une enquête réalisée dans la région maconnaise en 2006 [25], les médecins déclaraient contacter les services concernés par une hospitalisation directe dans 66 % des cas, mais 48,5 % d'entre eux finissaient « toujours ou souvent » par orienter leur patient vers le service des urgences. L'orientation des patients vers le service d'accueil des urgences reflète une défaillance de l'organisation en amont : un trop long délai d'hospitalisation programmée, une difficulté à trouver un interlocuteur et des difficultés relationnelles avec le service souhaité.

Une étude réalisée en 2005 sur les hôpitaux parisiens [28] retrouve les mêmes constatations. Cette étude consistait à contacter par téléphone les services pour une demande d'hospitalisation directe, le médecin généraliste qui passait l'appel devait

relater un cas de patient typique d'une spécialité. Elle a permis d'évaluer 4 spécialités : la médecine interne, la rhumatologie, la gastro-entérologie et la neurologie. Les résultats montraient que seulement 40 % des demandes avait abouti à une hospitalisation directe dans le service désiré alors qu'aucune demande d'hospitalisation n'avait été remise en cause par les médecins hospitaliers. Certains services demandaient un délai de réflexion pour organiser les hospitalisations. Le délai moyen d'hospitalisation en médecine interne était de 46,3 heures (délai le plus court après la gastro-entérologie : 25 heures). La médecine interne semble être la spécialité qui satisfait le plus souvent à la demande des médecins généralistes concernant les hospitalisations programmées. Les motifs d'échec étaient l'absence d'un interlocuteur compétent disponible et le manque de place en hospitalisation. La principale solution apportée à ce dernier motif était d'adresser le patient au service d'accueil des urgences.

Ainsi il est important d'essayer de trouver un moyen pour remédier au problème de l'accessibilité des médecins hospitaliers et donc des médecins internistes que ce soit pour la demande d'avis et de consultations que pour la programmation des hospitalisations directes. Cela permettrait de faciliter et favoriser une bonne communication entre les deux spécialités et une meilleure prise en charge des patients.

L'un de ces moyens pourrait être la mise en place d'une ligne téléphonique d'astreinte. En effet dans notre étude cette proposition a suscité des réponses plutôt positives puisque 109 médecins l'utiliseraient « parfois » pour un avis ou une consultation et 46 l'utiliseraient systématiquement. Seulement 8 médecins n'en voyaient pas l'utilité. Au CHU de Rennes [18], la mise en place d'une ligne téléphonique d'astreinte entre les médecins de ville et les médecins internistes a permis d'améliorer les relations entre ces deux entités. Les points positifs de cette nouveauté soulevés par les médecins interrogés étaient la facilité à joindre les médecins du service, la rapidité et le type de prise en charge proposé et le retour d'information. Avant la mise en place de cette ligne téléphonique, les médecins avaient évalué les difficultés de prise en charge des patients en médecine interne : le manque de place en consultation ou en hospitalisation pour 51 % et la difficulté à joindre un médecin du service pour 40,6 %. Enfin, cette ligne téléphonique était considérée comme plutôt efficace dans 77 % des cas.

Plusieurs CHU ont ainsi mis en place des dispositifs similaires facilitant la communication entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers. Au CHU de Lille [26], Hop'line CHU est un numéro vert gratuit accessible pour tous les professionnels de santé libéraux. Il assure une communication directe avec des spécialistes du CHU. Les appels sont réceptionnés via le standard de l'hôpital sur une ligne dédiée et sont ensuite transférés au médecin référent de la spécialité demandée. Chaque service possède un téléphone portable dédiée à cette ligne d'astreinte, mise à disposition des médecins spécialistes seniors.

Au CHU de Bordeaux, les médecins généralistes peuvent joindre directement un gériatre senior du pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux du lundi au vendredi de 9h à 19h (05-57-82-22-22). Ce lien direct entre gériatres et médecins généralistes permet de donner un conseil, d'orienter vers un service spécialisé ou une

consultation au sein du pôle. Les résultats montrent que ce dispositif a permis d'éviter plus de 80% des passages aux urgences. [35]

L'oncopôle du CHU de Beauvais [27] a mis en place en mai 2014 une ligne téléphonique (numéro vert gratuit) exclusivement réservée aux médecins de ville, leur permettant ainsi de contacter une infirmière coordinatrice qui fixe un rendez-vous avec un spécialiste en oncologie médicale dans les plus brefs délais pour les patients présentant des symptômes suspects de malignité. En moyenne, les rendez-vous sont à sept jours, voire même deux ou trois jours selon les spécialités.

Dans les suites de la sortie d'hospitalisation, une des demandes de nos médecins généralistes est de recevoir les informations médicales sur le patient dans les plus brefs délais pour pouvoir poursuivre correctement les soins. Les médecins de notre étude considèrent que le CRH doit être le plus complet possible quelque soit la complétude. Nous retrouvons cette même information dans une étude réalisée en 2012 sur les sorties d'hospitalisation d'un service de gériatrie [30]. 68,3 % des médecins généralistes interrogés déclaraient la complétude du courrier sans importance prônant ainsi l'intérêt de l'exhaustivité.

Ainsi la majorité des médecins interrogés souhaitent recevoir le CRH dans la semaine suivant la sortie (118 médecins), certains préfèrent qu'il soit remis au patient à la sortie (79 médecins). Le délai légal d'envoi du CRH est de 8 jours suivant la sortie d'hospitalisation selon l'article R-1112.1 du CSP [13]. Dans différentes études [22, 31], la majorité des généralistes considérait qu'un délai de 8 jours ou moins était le plus approprié pour assurer pleinement la continuité des soins médicaux. Cependant dans les études évaluant la réalité des faits, les médecins généralistes déclaraient recevoir le CRH (toutes spécialités confondues) dans un délai supérieur à 8 jours [16, 23, 29], le plus souvent dans les 8 jours à 1 mois suivant la sortie du patient [16, 23], certains le recevant au-delà des 1 mois suivant la sortie.

Dans notre étude certains médecins ont proposé une alternative à cette attente du CRH : celle de remettre au patient un courrier de synthèse permettant la continuité des soins et d'envoyer secondairement au médecin traitant le courrier complet par voie postale dans les 15 jours. Cette proposition avait retrouvé des avis favorables dans la thèse de Céline FEINTRENIE faite en 2010 [31] où 77 % des médecins se disaient « entièrement voir très satisfaits » de cette solution. Cette initiative a été mise en place dans différents centres hospitaliers notamment à l'hôpital Érasme de Bruxelles et le centre hospitalier Saint-Raphaël de Fréjus, malheureusement il n'y a pas eu d'évaluation de satisfaction concernant ces initiatives.

Depuis plusieurs années, l'HAS recommande de fournir au patient une lettre de liaison à destination du médecin traitant le jour de sa sortie d'hospitalisation. Cette recommandation est maintenant rendue obligatoire dans un nouveau décret n° 2016-995 sorti en juillet 2016 dans le CSP [13] et mis en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017 sous l'article R.1112-1-2.-I. Celui-ci stipule qu'une lettre de liaison doit être remise au patient à la sortie de son hospitalisation. Ce même courrier doit être adressé au médecin traitant le jour-même par voie électronique ou postale. Cette lettre de liaison doit contenir les

identifiants du patient, le motif d'hospitalisation, une synthèse médicale du séjour, le traitement de sortie ainsi que les suites à donner en sortie d'hospitalisation (soins, rendez-vous,...). Ainsi, depuis le début 2017, les établissements de santé ont le devoir de remettre au patient le CRH le jour de sa sortie d'hospitalisation.

Une autre solution pourrait être de mettre en place une plateforme informatique permettant au médecin généraliste de suivre l'évolution des patients hospitalisés. Celle-ci permettrait de connaître les diagnostics et les éléments de sortie d'hospitalisation (traitements, conclusion, ...) en attendant le compte rendu papier. Cette plateforme a déjà été mise en place au centre hospitalier intercommunal de Créteil [32] depuis 2015. Ce système nommé « Apicéa » permet aux médecins d'être informés par mail de l'hospitalisation de leur patient. Ceux-ci peuvent ensuite connaître le service d'hospitalisation et le nom du médecin référent. Ils peuvent également connaître les jours d'entrée et de sortie et ainsi consulter le compte rendu d'hospitalisation en ligne directement sur la plateforme Web totalement sécurisée. Les médecins doivent cependant adhérer au service pour pouvoir recevoir les informations et pour se connecter à la plateforme. L'adhésion est gratuite mais les médecins du Val-de-Marne doivent en faire la démarche.

Pour la prise en charge des patients chroniques, nos médecins répondants estiment être en bonne relation avec les médecins internistes et avoir des échanges réguliers avec eux pour la prise en charge de ces patients (49 % des médecins). Cependant 58 médecins soit 35,5% déclarent ne plus suivre les patients pour leur pathologie chronique et même ne plus les suivre du tout. Ce qui reste un taux malheureusement assez élevé de nos jours. Nous retrouvons dans notre étude des remarques exprimant un manque d'intégration des médecins généralistes et un sentiment de mépris : « le contact avec les médecins hospitaliers est le plus souvent impossible, les retours courriers sont excessivement tardifs, le regard sur la médecine générale est souvent "hautain" », « Très souvent le médecin généraliste est oublié », « Que l'interniste écoute le généraliste qui n'est pas un interne de 1ere année réduit à un rôle de secrétaire et qu'il prenne conscience de son expérience que lui n'a pas en médecine globale de tous les jours. Un peu plus de considération serait bien venue », « relation compliquée avec la plupart des internistes qui sont les meilleurs médecins c'est bien connu... 30 ans d'installation et à part un patron interniste retraité ce jour, que du mépris de la part de ces confrères hospitaliers ». Dans l'étude de Gaël Hubert [16], les médecins se disaient insatisfaits des relations avec l'hôpital à cause d'une communication à sens unique, ne se sentant pas associés au projet thérapeutique du patient.

Pour pallier à cette problématique de manque d'intégration des médecins traitants dans la prise en charge des patients, des réseaux de santé ont été mis en place il y a maintenant plusieurs années. D'après la définition officielle du CSP article L-6321-1 [14] : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. »

Les premiers réseaux de santé ont été mis en place dans les années 80 entre la ville et l'hôpital pour faire face à de nouveaux problèmes comme le VIH et la toxicomanie [24]. Ce sont des réseaux de soins mono-thématiques entre la ville et l'hôpital composés de professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales ou des organismes à vocation sanitaires ou sociales. Ces réseaux ont une vocation très large et peuvent s'adresser à une population particulière (comme les personnes âgées) mais également à un type de pathologie lourde ou chronique (cancer, diabète, sida, ...) [33,34]. De nombreux réseaux de santé sont présents en Gironde, notamment en relation avec une problématique cancéreuse (*annexe 4*), l'hépatite C, le VIH et d'autres pathologies chroniques. Ces réseaux sont des axes majeurs dans l'ouverture de l'hôpital vers la ville. On peut donc penser que ce système de soins pourrait être mis en place entre les services de médecine interne et les médecins généralistes libéraux pour des pathologies chroniques notamment. Cependant ce système nécessite une importante participation des différents professionnels de santé, cette participation reste souvent sur la base du volontariat.

## CONCLUSION

A l'heure de l'augmentation croissante de patients présentant des maladies complexes, des maladies chroniques et des patients poly-pathologiques, les médecins internistes restent un interlocuteur de choix pour les médecins généralistes.

La communication entre les médecins généralistes et les médecins internistes de la Gironde semble mitigée. Les médecins généralistes jugent leur communication avec les internistes à sens unique avec un manque de compréhension parfois. Cette communication nécessite donc des améliorations pour faciliter la prise en charge des patients notamment en terme de délai de consultation et d'hospitalisation programmée. Il existe malheureusement un écart entre les désirs et attentes des médecins de ville et la réalité sur la communication avec le milieu hospitalier et en ce qui nous concerne avec les services de médecine interne. La mise en place d'une ligne téléphonique d'astreinte peut constituer un bon moyen de remédier à ces difficultés et de répondre aux attentes des médecins généralistes. Cependant cela ne règlera pas le problème du manque de place en hospitalisation.

L'accès au compte rendu d'hospitalisation reste également un problème majeur pour la continuité des soins en ville. Ce problème est d'ailleurs soulevé par de nombreuses études. Certaines solutions peuvent être apportées pour améliorer cette prise en charge, comme la mise en place de compte rendu de synthèse donné au patient dans l'attente d'un compte rendu plus complet. Les médecins généralistes devraient être intégrés d'avantage dans la prise en charge de leur patient sortant de milieu hospitalier en créant pourquoi pas des réseaux de soins ville-hôpital centrés sur le patient avec les services de médecine interne.

Nous avons comparé notre étude à des études traitant du milieu hospitalier en général sans se focaliser sur la médecine interne. Si l'on veut approfondir la réflexion, il serait nécessaire de réaliser une étude permettant de recueillir les données actuelles de la relation entre les médecins internistes et les médecins généralistes de la Gironde, en posant à la fois la question aux médecins internistes et aux médecins généralistes. Cela permettrait ainsi de comparer les résultats de notre étude à la réalité des faits.

Depuis le début de ce travail, une ligne téléphonique d'astreinte (*annexe 5*) a été instaurée au CHU de Bordeaux. Le contact téléphonique direct avec un médecin interniste est alors possible pour les médecins de ville. Nous n'avons cependant pas de retour d'information quant à l'efficacité et la satisfaction des médecins libéraux. Cette évaluation pourrait être faite dans une prochaine étude.

# ANNEXES

## Annexe 1 : le questionnaire

### Questionnaire

#### 1. Description du médecin généraliste et habitudes de travail :

##### 1.1. Sexe

- Homme
- Femme

##### 1.2. Age

(réponse libre)

##### 1.3. Mode d'exercice

- Seul
- En groupe dans un cabinet médical
- En groupe dans une maison de santé multidisciplinaire

##### 1.4. Type d'activité

- Libéral exclusif
- Mixte (activité libérale et salariée)
- Salarié exclusif

##### 1.5. Lieu d'exercice

- Rural
- Urbain
- Semi-urbain

##### 1.6. orientations professionnelles (plusieurs réponses possibles)

- Gériatrie
- Pédiatrie
- Gynécologie
- Soins Palliatifs
- Aucune
- Autre, précisez :

##### 1.7. D'un point de vue global, vous diriez que votre communication avec les services de médecine interne de la Gironde est :

- Très satisfaisante
- Plutôt satisfaisante
- Plutôt insatisfaisante
- Très insatisfaisante

##### 1.8. A quelle structure d'hospitalisation faites-vous appel pour la prise en charge de vos patients qui posent un problème médical (hors chirurgie) en dehors d'un caractère d'urgence ?

- 100 % en clinique privée
- Le plus souvent en clinique privée
- 50% clinique privée et 50% Hôpital public
- Le plus souvent à l'hôpital public
- 100% à l'hôpital public

**1.9. Pour quels symptômes faites-vous appel à une prise en charge en médecine interne ? (plusieurs réponses possibles)**

- Symptômes infectieux (fièvre inexpliquée, ...)
- Altération de l'état général
- Pathologies ostéo-articulaires (douleurs articulaires, rhumatisme inflammatoire)
- Pathologies hématologiques (purpura,...)
- Maladies auto-immunes et/ou systémiques
- Symptômes multiples inexpliqués
- Adénopathies
- Symptômes neuromusculaires
- Autres, précisez :

**1.10. Pour quelles anomalies biologiques faites-vous appel en 1<sup>ère</sup> intention à une prise en charge en médecine interne ? (plusieurs réponses possibles)**

- Anomalies hématologique (trouble dans la NFS, trouble de l'hémostase, ...)
- Anomalies de l'électrophorèse des protides
- Syndrome inflammatoire biologique
- Élévation des CPK
- Anomalies métaboliques (calcémie, kaliémie, natrémie, bilan hépatique...)
- Autre, précisez :

**1.11. Devant un dossier complexe, vous faites appel à l'évaluation d'un confrère interniste : (une seule réponse)**

- D'emblée sans réaliser d'examen au préalable
- En 1<sup>ère</sup> intention après réalisation d'examens complémentaires de votre initiative
- En seconde intention après avis d'un médecin spécialiste d'organe

**1.12. Quel est la proportion de patients que vous adressez dans un service de médecine interne (consultations et Hospitalisations) ?**

- Aucun
- < 1 patient /mois
- 1 à 5 patients /mois
- > 5 patients /mois.

**2. Avis/Consultations de médecine interne**

**2.1. Quel(s) est (sont) le(s) moyen(s) d'accès adapté(s), selon vous, pour obtenir facilement une consultation de médecine interne parmi les propositions suivantes ? (plusieurs réponses possibles)**

- Appel téléphonique directement passé au médecin interniste
- Appel téléphonique au secrétariat du service de médecine interne

- Demande adressée par Fax au secrétariat du service de médecine interne
- Demande faite par message électronique directement au médecin interniste
- Demande faite par le patient lui-même (muni de votre courrier) auprès du secrétariat du service de médecine interne
- Autre, précisez :

**2.2. En dehors du contexte d'urgence, quel est le délai de consultation qui vous paraît le plus adapté ? (une seule réponse)**

- Dans les 15 jours après la demande
- Dans le mois
- Dans les 3 mois
- Sans préférence

**2.3. Lorsque vous souhaitez joindre un confrère interniste par téléphone, quel est votre temps d'attente téléphonique avant de pouvoir lui parler ? (une seule réponse)**

- Moins de 5 min
- De 5 à 10 min
- > à 10 min
- Impossible (dans un délai raisonnable)

**2.4. En cas de permanence téléphonique permettant le contact direct avec un médecin interniste, vous pensez l'utiliser : (une seule réponse)**

- Systématiquement en cas de besoin d'avis ou de demande de consultation
- Parfois en fonction de l'avis/consultation demandée
- Dans aucun cas car un avis/consultation de médecine interne est déjà facile d'accès
- Dans aucun cas car vous n'interagissez pas du tout avec des confrères internistes

### **3. Hospitalisations en médecine interne**

**3.1. Quel(s) est (sont) le(s) moyen(s) d'accès adapté(s), selon vous, pour obtenir facilement une hospitalisation dans un service de médecine interne parmi les propositions suivantes ? (plusieurs réponses possibles)**

- Appel au médecin interniste directement
- Appel au secrétariat du service de médecine interne
- Appel dans le service (infirmières, cadre de santé) où vous souhaitez l'hospitalisation
- Patient adressé au service d'accueil des urgences avec un courrier médical demandant une hospitalisation en médecine interne
- Autre, précisez :

**3.2. Pensez-vous nécessaire que le service de médecine interne vous contacte par téléphone au cours de l'hospitalisation de votre patient ? (plusieurs réponses possibles)**

- Aucune nécessité, le courrier médical étant suffisant
- A chaque hospitalisation de manière systématique
- Au cours d'une hospitalisation prolongée (> à 1 semaine) quelle que soit programmée ou non

- De manière systématique à la veille de la sortie d'hospitalisation du patient
- Autre, précisez :

**3.3. A l'issue de l'hospitalisation, l'envoi du courrier médical doit, selon vous, être : (plusieurs réponses possibles)**

- Systématiquement remis au patient à sa sortie
- Adressé dans la semaine suivant la sortie de l'hospitalisation
- Adressé dans les 15 jours suivant la sortie du patient
- Adressé dans le mois suivant la sortie de l'hospitalisation
- Autre, précisez :

**3.4. Le contenu du courrier médical doit-il être :**

- Exhaustif quel que soit la longueur du courrier
- Le plus court possible ne dépassant pas une page
- Peu importe la taille, vous ne lisez que la conclusion et les traitements de sortie.
- Peu importe car le courrier n'est jamais lu.

**3.5. A l'issue de l'hospitalisation, pour quelle durée le renouvellement des traitements d'un patient peut-il être fait par le médecin interniste, selon vous? (une seule réponse)**

- Pas de renouvellement par le médecin interniste pour inciter le patient à venir vous consulter à la sortie de l'hospitalisation.
- Pour 15 jours
- Pour un mois
- Pour un mois renouvelable une ou deux fois
- Peu importe pour vous

**4. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients chroniques suivis en médecine interne :**

**4.1. Avez-vous des patients chroniques suivis en médecine interne ?**

- Oui
- Non

**4.2. Comment vous placez-vous dans la prise en charge de ces patients ?**

- Prise en charge globale du patient sur sa pathologie chronique, le médecin interniste étant juste à disposition en cas de difficulté majeure.
- Prise en charge conjointe de la pathologie chronique avec le médecin interniste (échanges fréquents d'avis)
- Vous ne revoyez votre patient que pour des pathologies aiguës, intercurrentes sans lien avec sa pathologie chronique qui est prise en charge par le médecin interniste.
- Vous ne revoyez jamais votre patient (perte de vue complète) car celui-ci est pris en charge de manière globale par le médecin interniste.

**4.3. Lorsque vous avez des patients chroniques suivis dans un service de médecine interne, avez-vous l'impression de perdre de vue votre patient ? (prise en charge globale réalisée par le service hospitalier)**

- Oui

Non

**4.4. Si votre patient présente des effets indésirables (ne nécessitant pas une hospitalisation) liés au traitement prescrit pour sa pathologie chronique (corticoïdes, immunosuppresseurs,...).**

Vous vous sentez en mesure de les gérer seul en soins primaires.

Vous préférez les gérer conjointement avec le médecin interniste en charge du patient.

Vous considérez que ces effets indésirables doivent être pris en charge d'emblée par le confrère interniste.

**5. Remarques et commentaires sur le questionnaire.**

Annexe 2 : le texte explicatif fourni avec le questionnaire :

"Docteur,

Nous sollicitons votre attention au sujet d'une thèse de docteur en médecine générale menée par Mme Elodie Delas (médecin généraliste thésarde) sous la direction du Docteur Ribeiro Emmanuel, Praticien Hospitalier dans le service de médecine interne et immunologie clinique (Pr Mercié) du CHU Saint-André, Bordeaux.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les attentes des médecins généralistes envers les médecins internistes et les services de médecine interne de la Gironde. C'est pourquoi nous souhaitons solliciter votre avis sur le sujet par le biais d'un questionnaire qui nous permettra d'analyser les habitudes de chacun ainsi que vos attentes envers la médecine interne.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes pour le remplir. Vous avez la possibilité de laisser vos remarques ou commentaires à la fin du questionnaire.

Voici le lien pour accéder au questionnaire :

[https://docs.google.com/forms/d/127bHfcFg87kHLoQHyRske\\_R2K75V14Wv2SKOKjLJ\\_kI/viewform?entry.1512584132&entry.1215331198](https://docs.google.com/forms/d/127bHfcFg87kHLoQHyRske_R2K75V14Wv2SKOKjLJ_kI/viewform?entry.1512584132&entry.1215331198)

Nous nous réjouissons déjà de votre précieuse collaboration et restons à votre entière disposition pour de plus amples informations.

Le Pôle de Gestion  
des Professionnels de Santé"

### Annexe 3 : Les commentaires laissés par les médecins répondeurs sur la dernière partie du questionnaire

"pour moi la meilleure solution serait de mettre en place comme en Hémato à Ht Lévêque un médecin disponible au téléphone (astreinte) pour exposer le cas et prévoir en accord avec lui soit un bilan soit un rdv avec lui soit une hospi en suite pour le même patient on joint directement le médecin que l'on a eu la première fois le médecin est facilement joignable ou rappelle très rapidement"

"Il est quand même rare d'hospitaliser en médecine interne, en tout cas dans ma pratique cela ne m'est pour l'instant jamais arrivé."

"Par des échanges réguliers !"

"communication rapide"

"le contact avec les médecins hospitaliers est le plus souvent impossible, les retours courriers sont excessivement tardifs, le regard sur la médecine générale est souvent "hautain" aussi je travaille beaucoup plus avec les cliniques de façon générale, sauf en médecine interne où justement j'ai un interlocuteur hospitalier référent, pour ne pas le citer Dr Ribeiro, où la communication par mail, de part sa réactivité, est très rapide, efficace et j'ai les réponses à mes questionnements, en particulier pour la gestion d'effets secondaires de traitement immunosuppresseurs, un avis sur une biologie ou des signes cliniques pour un 1er check avant avis spécialisé, des délais de consultations acceptables. Bref sans faire de la "télémédecine" une prise en charge adaptée pour le patient et son médecin, c'est pour une fois une prise en charge globale ciblant au mieux l'intérêt du malade. Merci de vous intéresser aux pauvres médecins généralistes que nous sommes, souvent ignorés et méprisés par nos confrères hospitaliers qui nous voient comme de simples prescripteurs d'antibiotiques et d'arrêts maladie."

"L'interniste a rapidement accès à des examens et avis spécialisés. Les bilans complexes sont donc réalisés rapidement. Il est maître de la transfusion itérative. La consultation de plaies chroniques est utile."

"En urgence, je travaille beaucoup avec le service de médecine interne de Robert Picqué, car j'ai rapidement un interniste au téléphone et l'hospitalisation peut se faire directement dans le service sans passer par les urgences. Pour le CHU, les hospitalisations sont beaucoup plus compliqués... Pour les consultations il y a déjà des systèmes de mails pour passer outre les RDV à 3 ou 6 mois..."

"Toujours difficile à avoir un secrétariat au bout du fil, dans quelques services"

"Merci aux services de médecine interne d'être des ressources pour tous les cas complexes!"

"on parle de plus en plus de lien= mais le réseau ville-hospital est difficile. accéder à la médecine interne nécessite de la circonspection de notre part et se révèle parfois difficile en temps. la communication est à favoriser mail fax"

"Tout dépend du service ,mais en général bonne collaboration avec les internistes hospitaliers ou privés"

"le questionnaire pose les bonnes questions"

"Certaines propositions de réponse manquent de nuance. Par exemple nous perdons de vue certains patients qui sont uniquement suivi par l'interniste dans les suites de l'hospitalisation, la durée du renouvellement des traitements par le service de médecine interne doit être fonction de la pathologie du patient ainsi que de ses conditions de vie et de la nécessité d'une surveillance régulière, le délai d'obtention d'une consultation devrait être fonction du problème présenté et de son urgence, le délai pour joindre les internistes est variable parfois rapide en quelques minutes ou long avec un message laissé au secrétariat ou par mail et un rappel soit dans la journée soit les jours suivants."

"Il faut distinguer les services de médecine interne du CHU (plus distants dans tous les sens du terme, sans grande interaction avec le médecin traitant du patient, dont on peut attendre 2 mois le courrier et qui phagocytent les patients avec toute la lourdeur, l'orgueil et l'inertie du CHU) et les services de médecine interne d'hôpitaux périphériques bien plus abordables, et plus proches également de la réalité du "terrain" sans être moins efficaces par ailleurs"

"Vu la complexité des dossiers de médecine interne, c'est une des spécialités où il est le plus crucial de pouvoir parler directement au spécialiste. Ne serait-ce que pour être sûr de la bonne orientation et de l'intérêt d'éventuels examens complémentaires préalables à la consultation / hospitalisation. Mis à part la gériatrie, ce contact direct est probablement moins indispensable dans les autres spécialités."

"quelle que soit la longueur"

"permettre de programmer une hospitalisation sans passer par les urgences"

"Bonjour, certains de mes confrères plus âgés me disaient de ne surtout pas adresser mes patients en médecine interne car je ne les reverrai pas. C est arrivé 1 fois. le travail en commun est souhaitable et pouvoir échanger est indispensable. Certains médecins spécialistes du chu s'attachent à le faire et je les en remercie"

"Bon courage pour cette thèse : bientôt la fin !"

"il y a plusieurs services de médecine interne sur bordeaux, finalement je ne sais lequel appeler..."

"je trouve qu'il manque à la médecine générale des consultations d' interniste au même titre que les autres spécialités / pour ma part je suis toujours passée par la consultation avant l'hospitalisation programmées par l'interniste ."

"La mise en place de l'annuaire ville hop a considérablement amélioré la communication avec les services avec cependant de grandes différences de disponibilité ...et de collégialité..."

"j'ai pensé plusieurs fois "oh"!! sur certaines questions. Pensez vous les médecins capables de ne lire que les conclusions ou de ne pas lire du courrier de nos confrères internistes? Quand même! après 39 ans de médecine je crois que nous nous apprécions et nous respectons mutuellement .Il faudrait cesser d' imaginer ou de croire le contraire. Il faut cesser d'opposer la médecine de ville et l'hospitalière...nous nous complétons. J'appelle souvent dans les services pour avoir des nouvelles de mes patients ou j'y passe. A part le Dr Ribeiro j'ai eu peu d appel de confrères internistes pour me demander des nouvelles des patients. Le problème est juste un peu là. Il est souvent difficile de les avoir au téléphone et il faut s'acharner quelques fois. Par ailleurs les courriers de retour sont très lents à nous parvenir....."

"je souhaiterais un courrier succinct donné au patient à sa sortie et un courrier exhaustif dans les 15 jours ."

"Des possibilités de réponses "autres" à chaque proposition éviteraient des biais importants sur ce type d'enquête déclarative orientée."

"Améliorer l'accessibilité du médecin interniste au téléphone. Reduire le temps d'attente du courrier. On a le temps de revoir le patient dans avoir de retour de consultation ou hospitalisation."

"courriers de liaison et surtout de sortie devant être envoyés ds les 8 jours"

"Très souvent le médecin généraliste est oublié. La complexité d'une maladie chronique entraîne de multiples interventions de différents spécialistes hospitaliers et une dilution des responsabilités médicales. Le médecin généraliste qui finalement reste le référent du malade est totalement perdu et constate avec tristesse le triomphe de la médecine moderne du Dr Knock. Amitiés"

"Echanges faciles avec les internistes. Ravie qu'ils soient là pour gérer les pathologies rares."

"importance d'un accès direct rapide avec le médecin interniste car l'appel est toujours en rapport avec une pathologie nécessitant le concours de ce médecin"

"le courrier par mail est une réalité concrète dans les échanges avec les médecins du "privé " dont pourrait s'inspirer l'hôpital ..en attendant la loi. Pour l'obtention des rdv ou hospitalisation bien connaître une secrétaire reste une valeur sûre ..c'est un peu décevant et nous amène souvent à orienter vers le privé - par défaut - mais en reconnaissant à ce secteur une grande réactivité"

"Plus de lien plus de facilité d accès"

"Cette relation généraliste - services hospitaliers a déjà été étudiée plusieurs fois à Bordeaux , avec des recommandations , notamment sur la joignabilité des services et sur les courriers de sortie , qui n' ont guère fait progresser les choses , hélas ..Le travail des réseaux (j' en ai créé quelques -uns) a aussi eu des résultats limités par l'incompréhension chronique de certains services hospitaliers (du CHU) , mais pas tous . Désolé de vous dire qu' à trop vouloir simplifier votre questionnaire , vous ne tenez pas assez compte de la diversité des motifs de recours à la médecine interne et que plusieurs de vos questions " uni-réponses" mériteraient plusieurs réponses : courrier court et courrier long ; patients phagocytés par certains services,

pas par d' autres ; des confrères joignables , pas d' autres ; suivi plus ou moins conjoints selon la complexité des prises en charge ; parfois nécessité d' une ordonnance de sortie , parfois pas ...etc...Pour plusieurs questions aussi , on a du mal à comprendre si vous nous interrogez sur la vraie vie (ex : certains services sont tjs pleins ou injoignables , et donc envoi aux urgences , qui se débrouillent) ou sur le souhaitable (obtenir rapidement une hospi directe dans le bon service) ...Tout cela risque de rendre difficilement exploitable votre questionnaire , qui , à mon avis et selon mon expérience , aurait grandement gagné à être travaillé avec un généraliste habitué aux enquêtes et questionnaires , comme il en existe au Département de médecine générale ; ça peut encore se faire et vous y gagnerez beaucoup !"

"Il est trop difficile de joindre les medecins internistes hospitaliers et la prise en charge est trop lente"

"Que l'interniste écoute le généraliste qui n'est pas un interne de 1ere année réduit à un rôle de secrétaire et qu'il prenne conscience de son expérience que lui n'a pas en médecine globale de tous les jours. Un peu plus de considération serait bien venue"

"A l'exception près (Dr Ribeiro, CHU Saint André), avoir une hospitalisation directement depuis le domicile est impossible, les contacter inimaginable (au mieux l'interne de passage (qui ne connaît pas le dossier) après 20 minutes d'attente. Ca se termine donc systématiquement par une (trop) longue attente et une situation de détresse aiguë qui sert d'ouvre boîte via les urgences pour accéder au service hospitaliser. Après, c'est parfait. Quant aux cliniques, les praticiens sont accessibles mais limitent le champ de leur exercice, imposant donc au généraliste un bilan préalable qu'il ne sait mener que maladroitement, et interpréter avec simplisme. Inadapté. Le problème n'est pas la voie de communication (hérésie contemporaine d'une utopie de la civilisation internet) mais d'avoir des places libres, des médecins non surchargés...mais cela va à l'encontre des "grands" principes d'économie, de rentabilité d'un système en faillite."

"Très difficile de joindre un interniste , relation compliquée avec la plupart des internistes qui sont les meilleurs médecins c'est bien connu.... 30 ans d'installation et à part un patron interniste retraite ce jour, que du mépris de la part de ces confrères hospitaliers!!!!!! Quel dommage."

"proximité et délais à améliorer ..."

"La prise de RDV initiale pour avis devrait être facilitée."

"meilleure disponibilité par téléphone des internistes , prise en charge plus rapide des patients sans être obligé de passer par les urgences"

"il faut favoriser les communications entres les médecins, le plus rapide et le plus simple étant le téléphone"

"questionnaire intéressant, mais parfois manquant de choix de réponse notamment sur la dernière partie"

"Manque souvent de communication avec retard des courriers. Patients rentrés à domicile parfois sans courrier pendant 1 mois et demi à 2 mois... Impossible de répondre aux questions du patient..."

"Dans l'accessibilité du médecin interniste

## Annexe 4 : Exemple de réseaux de soins en Aquitaine

### Santé - Précarité

Réseau Santé Social de la Haute - Gironde  
1, Place de l'église  
33920 SAINT CHRISTOLY DE BLAYE  
Tel : 05 57 42 50 86 / Fax : 05 56 61 53 17  
E-mail : [santesocial.htegironde@wanadoo.fr](mailto:santesocial.htegironde@wanadoo.fr)

Réseau Santé Solidarité  
10, Rue Emile Combes  
33130 BEGLES  
Tel : 05 56 49 04 70 / Fax : 05 56 49 30 52  
E-mail : [reseau-sante-solidarite@wanadoo.fr](mailto:reseau-sante-solidarite@wanadoo.fr)

### Les 10 Centres de Coordination en Cancérologie (3C) d'Aquitaine

**3C : Structures pluri-établissements**  
Coordonnées des secrétariats 3C ci-dessous :

**3C Institut Bergonié**  
Tel : 05 56 33 78 15  
E-mail : [laurent@bergonie.org](mailto:laurent@bergonie.org)

**3C Bordeaux Nord**  
Tel : 05 56 43 74 96 / Fax : 05 56 43 74 94  
E-mail : [3c@bordeauxnord.com](mailto:3c@bordeauxnord.com)

**3C CHU Bordeaux**  
Tel : 05 57 82 06 10 / Fax : 05 56 79 58 96  
E-mail : [sandrine.legue@chu-bordeaux.fr](mailto:sandrine.legue@chu-bordeaux.fr)  
Tel : 05 57 65 63 54  
E-mail : [Laure.farbos@chu-bordeaux.fr](mailto:Laure.farbos@chu-bordeaux.fr)  
Tel : 05 57 82 04 97  
E-mail : [caroline.da-costa@chu-bordeaux.fr](mailto:caroline.da-costa@chu-bordeaux.fr)

**3C Tivoli**  
Tel : 05 56 11 61 23 / Fax : 05 56 11 60 54  
E-mail : [3ctivoli@gmail.com](mailto:3ctivoli@gmail.com)

**3C Libourne**  
Tel : 05 57 55 26 03 / Fax : 05 57 55 71 35  
E-mail : [secrtaire.3c@ch-libourne.fr](mailto:secrtaire.3c@ch-libourne.fr)

**3C Dordogne**  
Tel : 05 53 02 13 31 / Fax : 05 53 02 13 66  
E-mail : [ucpo.dordogne@wanadoo.fr](mailto:ucpo.dordogne@wanadoo.fr)  
Tel : 05 53 45 25 25 (poste 51 55) / Fax : 05 53 45 27 79  
E-mail : [ucpo@ch-perigueux.fr](mailto:ucpo@ch-perigueux.fr)

**3C Bayonne**  
Tel : 05 59 59 38 71 / Fax : 05 59 25 79 28  
E-mail : [secretariat@3c-bayonne.org](mailto:secretariat@3c-bayonne.org)

**3C Béarn et Soule**  
Tel : 05 59 92 48 48 (poste 26 80)  
E-mail : [martyt@ch-pau.fr](mailto:martyt@ch-pau.fr)  
Tel : 05 59 92 70 87 / Fax : 05 59 92 70 59  
E-mail : [secretariat3c@marzet.fr](mailto:secretariat3c@marzet.fr)

**3C Landes**  
Tel : 05 58 05 17 19 / Fax : 05 58 05 19 04  
E-mail : [3C@ch-mt-marsan.fr](mailto:3C@ch-mt-marsan.fr)  
Tel : 05 58 91 39 09 / Fax : 05 58 35 67 19  
E-mail : [3C@ch-dax.fr](mailto:3C@ch-dax.fr)

**3C Lot et Garonne**  
Tel : 05 53 69 12 64 / Fax : 05 53 69 12 63  
E-mail : [3c47@harpin.fr](mailto:3c47@harpin.fr)  
Tel : 05 53 49 91 23  
E-mail : [emilie.cattoor@gmail.com](mailto:emilie.cattoor@gmail.com)

Retrouvez plus d'informations sur les 3C sur le site  
internet du RCA :  
[www.canceraquaine.org](http://www.canceraquaine.org)



## Réseaux de Santé en Aquitaine en lien avec la Cancérologie

### Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

♦ **Cancérologie Adulte : RCA**  
229, Cours de l'Argonne  
33076 BORDEAUX CEDEX  
Tel : 05 56 33 32 05 – Fax : 05 57 95 95 61  
E-mail : [sveiga@canceraquaine.org](mailto:sveiga@canceraquaine.org)  
Site : [www.canceraquaine.org](http://www.canceraquaine.org)

♦ **Cancérologie Pédiatrique : Réseau Résilience**  
Centre Hospitalier Pellegrin / Hôpital des Enfants  
Place Amélie Raba-Léon  
33076 BORDEAUX CEDEX  
Tel : 05 57 82 04 40  
E-mail : [sandrine.destips@chu-bordeaux.fr](mailto:sandrine.destips@chu-bordeaux.fr)

### Personnes âgées

Réseau Gérontologique du Pays de Bessède  
Hôpital Local- Place Maurice Biraben  
24170 BELVES  
Tel : 05 53 31 42 62 – Fax : 05 53 30 86 47  
E-mail : [reseau.bessed@hl-belves.fr](mailto:reseau.bessed@hl-belves.fr)

Association « Les Cantons d'Aliénor »  
Réseau Gérontologique et Alzheimer  
CHIC Marmande- Tonneins  
Cours l'Abbé Lanusse  
47400 TONNEINS  
Tel : 05 53 20 32 32 – Fax : 05 53 20 31 82  
E-mail : [association.alienor@chicmt.fr](mailto:association.alienor@chicmt.fr)

MNEMOSYNE  
Centre de Gérontologie Pompeyrie  
98, Avenue Robert Schuman  
47923 AGEN CEDEX 9  
Tel : 05 53 47 17 79 – Fax : 05 53 47 11 10  
E-mail : [reseau-mnemosyne@orange.fr](mailto:reseau-mnemosyne@orange.fr)

Réseau Gérontologique et CLIC  
« Gaves et Bidouze »  
Module d'accompagnement à domicile des personnes  
atteintes de la maladie d'Alzheimer ou démente appa-  
rtenée  
Etablissements de Coulomme  
64390 SAUVETERRE DE BEARN  
Tel : 05 59 38 79 90 – Fax : 05 59 38 28 70  
E-mail : [reseauclicgavesbidouze@orange.fr](mailto:reseauclicgavesbidouze@orange.fr)  
Site : [www.reseauxgerontologiquesaquitaines.fr](http://www.reseauxgerontologiquesaquitaines.fr)

### Soins Palliatifs

Réseau PALLIA 24  
Réseau de Soins Palliatifs et d'Accompagnement en Dor-  
dogne  
21, Rue Victor Hugo  
24000 PERIGUEUX  
Tel/Fax : 05 53 35 48 79  
E-mail : [pallia24@hotmail.fr](mailto:pallia24@hotmail.fr)

Réseau ASIF  
Accompagnement et Soins Palliatifs Interdisciplinaires pour  
vivre en famille jusqu'au bout  
15, Place de l'Horloge  
33210 LANGON  
Tel/Fax : 05 57 31 01 29  
E-mail : [reseauasif@gmail.fr](mailto:reseauasif@gmail.fr)  
Site : [www.asif33.org](http://www.asif33.org)

Réseau L'ESTEY  
39, Rue François de Sourdis  
33000 BORDEAUX  
Tel : 05 56 89 82 53  
Fax : 05 56 01 25 86  
E-mail : [reseau@lestey.fr](mailto:reseau@lestey.fr)  
Site : [www.lestey.fr](http://www.lestey.fr)

Réseau RELISPAL  
Réseau Libéral de Soins Palliatifs et d'Accompagnement en  
Libournaux et Blayais  
12, Résidence la Roseaie  
33500 LIBOURNE  
Tel : 05 57 50 15 00  
Fax : 05 57 25 90 42  
E-mail : [relispal@orange.fr](mailto:relispal@orange.fr)

Réseau ASPAM  
Accompagnement et Soins Palliatifs de l'Adour et du Marsan  
1188, Route de Grenade  
40280 BRETAGNE-DE-MARSAN  
Tel : 05 58 46 32 85  
E-mail : [aspam.landes@orange.fr](mailto:aspam.landes@orange.fr)  
Site : [www.soins-palliatifs-landes.fr](http://www.soins-palliatifs-landes.fr)

Réseau PALLISSY  
Association Palliadol 47  
1572, Avenue du Dr Jean Nogues  
47550 BOE  
Tel : 0 979 63 86 54  
Fax : 05 53 95 63 39  
E-mail : [pallissy@orange.fr](mailto:pallissy@orange.fr)  
Site : [www.pallissy.com](http://www.pallissy.com)

PALLIA BEARN SOULE  
Réseau de Soins Palliatifs Béarn et Soule  
13, Rue Général de Gaulle  
64000 PAU  
Tel : 05 24 36 00 15  
Fax : 05 24 36 00 16  
E-mail : [palliabearnsoule@rpbs.fr](mailto:palliabearnsoule@rpbs.fr)

Réseau PALLIADOUR  
1, Rue Pierre Rectoran  
64100 BAYONNE  
Tel : 05 59 31 94 05  
Fax : 05 59 15 11 79  
E-mail : [reseaualliadour@wanadoo.fr](mailto:reseaualliadour@wanadoo.fr)  
Site : [www.sante-aquitaine.net/palliadour](http://www.sante-aquitaine.net/palliadour)

### Douleur

RADC  
Réseau Aquitaine Douleur Chronique  
Hôpital Pellegrin- Centre Douleur Chronique  
Place Amélie Raba Léon  
33076 BORDEAUX CEDEX  
Tel : 05 56 79 87 11  
Fax : 05 56 79 55 67  
E-mail : [reseau-aquitaine-douleur@chu-bordeaux.fr](mailto:reseau-aquitaine-douleur@chu-bordeaux.fr)  
Site : [www.chu-bordeaux.fr](http://www.chu-bordeaux.fr)

### Polyvalents

Réseau Santé Rural du Haut Entre -Deux -Mers  
CH Sud-Gironde  
Place Saint Michel  
BP 90055  
33190 LA REOLE  
Tel : 05 56 61 53 61  
Fax : 05 56 61 53 17  
E-mail : [reseauanterural@reseauanterural.fr](mailto:reseauanterural@reseauanterural.fr)  
Site : [www.reseauanterural.fr](http://www.reseauanterural.fr)

Réseau Santé Médoc  
2, Rue Michel Castera  
33340 LESPARRÉ  
Tel : 05 56 73 07 29  
E-mail : [reseauantemedoc@orange.fr](mailto:reseauantemedoc@orange.fr)

Annexe 5 : Feuillet ligne directe médecine de ville-hôpital fourni par le CHU de Bordeaux

**Un accueil personnalisé  
médecine de ville / hôpital**



**Vous avez besoin d'un avis spécialisé ?**

**Ville Hop vous permet d'échanger  
avec un des médecins ou internes  
sénior du CHU de Bordeaux  
via des lignes directes par spécialité.**

**Pour toute autre demande,  
appelez la ligne 24h/24  
05 57 821 821**



Retrouvez l'ensemble de l'offre de soins  
du CHU de Bordeaux et la rubrique dédiée  
aux professionnels de santé sur le web  
[www.chu-bordeaux.fr](http://www.chu-bordeaux.fr)



**Numéros utiles**

- **Addictologie**  
05 57 65 65 12  
Accueil téléphonique du lundi  
ou vendredi de 9h à 18h
- **Centre d'accueil en urgence  
de victimes d'agression  
(CAOVA)**  
05 56 79 87 77  
Accueil téléphonique du lundi  
ou vendredi de 9h à 19h
- **Centre anti poison**  
05 56 96 40 80  
centre-antipoison@chu-bordeaux.fr
- **Réanimation médicale**  
GH Pellegrin  
Salle d'urgence 05 57 82 09 94  
(24h/24)  
Secrétariat 05 56 79 98 29  
du lundi au vendredi de 9h à 17h
- **Hôpital Saint-André**  
Secrétariat 05 56 79 58 30  
du lundi au vendredi de 9h à 17h
- **Urgences SOS mains**  
05 57 82 20 20





**La ligne directe  
médecine de ville  
hôpital**

**Document EXCLUSIVEMENT réservé aux  
professionnels de santé.  
NE PAS DIFFUSER À VOS PATIENTS !**



Mars 2017

**Les numéros directs  
par spécialités réservés aux médecins**

- **Cardiologie**  
- Insuffisance cardiaque  
du lundi au vendredi 9h-18h  
05 57 82 22 05
- Hypertension artérielle  
du lundi au vendredi 10h-18h  
05 57 82 22 06
- Pathologies valvulaires  
du lundi au vendredi 10h-18h  
05 57 82 22 43
- Pathologies coronariennes  
du lundi au vendredi 10h-18h  
05 57 82 22 44
- Pédiatrique et congénitale  
tous les jours 24h / 24  
05 57 82 22 45
- **Centre migraine  
(adulte et pédiatrique)**  
mardi 14-17h et vendredi 9h-12h  
05 57 82 22 46
- **Chirurgie**  
- Digestive et endocrinienne  
Hôpital Haut-Lévêque  
24h/24  
05 57 82 22 08  
Villehop.chirurgie@chu-  
bordeaux.fr
- Digestive ambulatoire  
du lundi au vendredi  
8h30-18h30  
05 57 65 69 94
- Maxillo faciale  
du lundi au vendredi 9h-16h  
05 57 82 22 09
- Orthopédique-  
traumatologique et  
Chirurgie du Rachis  
du lundi au vendredi  
8h-18h30  
05 57 82 22 11
- Orthopédique-traumatologique,  
Chirurgie du Rachis et de l'Épaulé  
du lundi au vendredi 10h-18h30  
05 57 82 22 12
- Orthopédique-traumatologique,  
Chirurgie des membres  
supérieurs et inférieurs  
du lundi au vendredi 8h-18h30  
05 57 82 22 53
- Thoracique  
du Lundi au vendredi  
7h30-19h30  
05 57 82 22 19
- Urologique  
du lundi au vendredi 8h-18h  
05 57 82 22 10
- Vasculaire  
du lundi au vendredi 8h-18h  
05 57 82 22 13
- **Diabétologie adulte**  
mardi, mercredi, jeudi  
et vendredi 9h-12h  
05 57 82 22 15
- **Endocrinologie adulte**  
lundi 14h-15h, jeudi 14h-15h,  
vendredi 14h-15h  
05 57 82 22 17
- **Gérontologie**  
du lundi au vendredi 9h-19h  
05 57 82 22 22
- **Hématologie adulte**  
du lundi au vendredi 9h-17h  
05 57 65 65 11
- **Hépto-gastro-entérologie**  
Hôpital Haut-Lévêque  
du lundi au vendredi 9h-19h  
05 57 82 06 75
- **Médecine vasculaire**  
du lundi au vendredi 9h-17h  
05 57 82 22 25
- **Médecine tropicale**  
- Santé voyage médecine tropicale  
du lundi au vendredi 9h-17h  
05 57 82 22 23
- Fièvre et pathologies  
des voyageurs - 24h/24  
05 57 82 22 23
- **Médecine interne**  
- Médecine interne, maladies  
systémiques et maladies  
infectieuses  
Hôpital Saint-André  
du lundi au vendredi 10h-17h  
05 57 82 22 49
- Médecine interne et immunologie  
clinique - Hôpital Saint-André  
du lundi au jeudi 10h-17h  
le vendredi 10h-18h  
05 57 82 22 48
- Médecine interne et maladies  
infectieuses  
Hôpital Haut-Lévêque  
du lundi au vendredi 9h-18h  
05 57 82 22 24
- **Néphrologie**  
- Maladie rénale-dialyse  
du lundi au vendredi 9h-17h  
05 57 82 22 26
- **Neurochirurgie**  
- Secteur Pr CUNY  
du lundi au vendredi 8h-18h30  
05 57 82 22 30
- **Obésité adulte**  
mardi 14h-16h, mercredi 14h-16h,  
vendredi 14h-16h  
05 57 82 22 32
- **Obstétrique**  
du lundi au vendredi 9h-17h  
05 57 82 22 33
- **Odontologie**  
• Hôpital Saint-André  
05 57 82 22 51
- Odontologie pédiatrique  
mardi, mercredi : 9h-12h,  
14h-17h - Jeudi : 14h-17h
- PASS Dentaire  
jeudi, vendredi : 9h-12h
- Hôpital Xavier Arnoz  
05 57 82 22 50
- Prothèse amovible  
lundi : 9h-12h
- Endodontie  
mardi : 14h-17h
- Pathologie, Chirurgie buccale  
et Dermatologie  
jeudi : 14h-17h
- Pellegrin  
05 57 82 22 52
- Parodontologie-Implantologie  
jeudi : 9h-12h / 14h-17h
- Soins restaurateurs, Adultes  
poly-pathologiques  
lundi : 9h-12h,  
vendredi : 14h-17h
- Pathologie, Chirurgie buccale  
lundi, mardi, mercredi : 14h-17h
- **Oncologie médicale**  
du lundi au vendredi 9h-17h  
05 57 82 22 03
- **ORL**  
du lundi au vendredi 9h-13h  
et 14h-18h  
05 57 82 22 35
- **Pneumologie**  
du lundi au vendredi  
8h30-18h30  
05 57 82 22 36
- **Radiologie pédiatrique**  
du lundi au vendredi  
14h-17h  
05 57 82 22 39
- **Radiologie thoracique et  
cardio-vasculaire**  
du lundi au vendredi  
16h-18h  
05 57 82 22 14
- **Rhumatologie**  
du lundi au vendredi  
8h-18h30  
05 57 82 09 69  
rhumatologie@chu-  
bordeaux.fr
- **Santé voyage**  
(voir médecine tropicale)
- **Soins palliatifs adultes**  
mardi 14h30-17h30  
jeudi 9h30-12h30  
05 57 82 22 40
- **Urgences**  
- Cardio-thoracique  
du lundi au vendredi  
24h/24  
05 57 65 67 19

**Hôpital des Enfants**

- **Pédiatrie**  
Centre d'appel dédié  
05 57 82 28 29  
du lundi au vendredi de 9h à 17h  
alopedi@chu-bordeaux.fr
- Avis pédiatriques du lundi  
au vendredi de 9h à 17h
- Dermatologie
- Diabétologie
- Endocrinologie
- Service de génétique médicale,  
Centre de référence maladies  
rares « anomalies  
du développement  
et syndromes malformatifs »
- Hématologie et oncologie
- Néphrologie
- Neonatologie
- Rhumatologie
- Soins palliatifs

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Jouanna J, Gourevith D. La notion de maladie chez Hippocrate. Histoire du concept de maladie. 2001;51(18):1985-93.
- [2] Allen J, Heyrman J, Gay B, Crebolder H, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA Europe. 2002.
- [3] Bellanger W. Le médecin généraliste est vraiment un praticien de l'intime. Le bulletin de l'Ordre national des médecins. Mars 2016;(43):32.
- [4] Bouet P, Blanc J, Chow-chine E, Deau X, Degos C, Guerrier B, et al. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2014.
- [5] Sereni D. La Médecine Interne en France. In: La Médecine Interne en France, Livre Blanc. le Collège National Professionnel des Internistes. 2004:19-23.
- [6] Sereni D. Qu'est-ce qu'un Internistes? La Médecine Interne en France, Livre Blanc. Le Collège National Professionnel des Internistes. 2004 :211-5.
- [7] Guillevin L. La médecine interne, quelles missions, quel avenir ? La revue de médecine interne. 26 août 2003;24(10):635-6.
- [8] Arlet P. Médecine Interne et Médecine Générale : l'évidente complémentarité et la nécessaire convergence. Ann Med Interne. 2001;152(2):75-6.
- [9] Sereni D. Médecine Interne, Médecine Générale : parentés et différences. In: La Médecine Interne en France, Livre Blanc. Le Collège National Professionnel des Internistes. 2004 :204-7.
- [10] Beylot J. Médecine générale, médecine interne. Des combats aux enjeux partagés. La revue de médecine interne. 30 mars 2009;30(4):377-81.
- [11] Le Breton-Lerouillois G, Rault J. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016.
- [12] Code de déontologie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2012.
- [13] Code de la Santé Publique [Internet]. Legifrance; 2016 [cité 11 mai 2016]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.docidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20161101>

- [14] Manuel de certification des établissements de santé V2010 [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf)
- [15] Poindron P-Y. Carence de communication entre l'hôpital et la ville. Concours médical (Paris). 2006;128(27-8):1148-9.
- [16] Hubert G, Université de Paris 13. Faculté de médecine de Bobigny Léonard de Vinci. Bobigny. FRA / com. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital. 2006.
- [17] Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de pau et le centre hospitalier de rattachement de pau pour améliorer la prise en charge mutualiste des patients. Université Bordeaux 2; 2014.
- [18] Perlat A, Frin M, Decaux O, Cador B, Cazalets C, Sébillot M, et al. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. La revue de médecine interne. 21 oct 2010;31(11):776-9.
- [19] Charmion S, Piatek I, Bencharif L, Cathébras P. Qu'attendent les médecins généralistes de la médecine interne ? Résultats d'une enquête postale sur le secteur de la Loire et des départements limitrophes. La revue de médecine interne. 7 févr 2002;23(10):840-6.
- [20] Pottier P, Barrier J-H, Lombrail P, Durand-Zaleski I, Dupond J-L, Jeandel C, et al. Analyse des pratiques des spécialistes de médecine interne : une enquête transversale descriptive nationale. La revue de médecine interne. 2004;25(6):448-458.
- [21] Cranston M, Semple C, Duckitt R, Vardi M, Lindgren S, Davidson C, et al. The practice of internal medicine in Europe: organisation, clinical conditions and procedures. European Journal of Internal Medicine. Oct 2013;24(7):627-32.
- [22] Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Université TOULOUSE III-Paul Sabatier; 2014.
- [23] Delahaye M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation médecine de ville-hôpital. Université Pierre et Marie CURIE-Paris 6; 2015.
- [24] De Paillerets F. Réseaux de soins et les relations entre l'Hôpital et la médecine de ville. La Documentation Française; 1999.
- [25] Gall AL. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. Médecine. 1 sept 2010;6(7):326-30.
- [26] Rendu A, Doute T, Goldstein P. Hop'line CHRU, à l'écoute des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Revue hospitalière de France. mai 2009;(528):66-7.

- [27] Allermoz E. Une ligne directe entre la ville et l'hôpital. Le bulletin de l'Ordre national des médecins. sept 2016;(45):6-7.
- [28] Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste. La Presse Médicale. 3 janv 2008;34(12):847-850.
- [29] Fenies C. La continuité des soins en ville après une hospitalisation. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France; 2006.
- [30] Bureau M. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation. Université de Poitiers; 2012.
- [31] Feintrenie C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Enquête auprès des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien. Université Henri POINCARE, Nancy 1; 2010.
- [32] Allermoz E. Apicéa relie les médecins de ville à l'hôpital. Le bulletin de l'Ordre national des médecins. Mars 2016;(43):8-9.
- [33] Vinas JM, Laecher P, Duriez M. Réseaux de santé et filières de soins. Actualité et dossier en santé publique. sept 1998;(24):12-52.
- [34] Lucas J, Delga M-E, Cerfon J-F, Cerruti F-R, Cressard P, Dezetter A, et al. Les coopérations entre professionnels de santé, coordination des soins au bénéfice du patient. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2010.
- [35] CHU Hôpitaux de Bordeaux [Internet]. Disponible sur : <https://www.chu-bordeaux.fr/Les-p%C3%B4les/P%C3%B4le-g%C3%A9rontologie-clinique/Actualit%C3%A9s/Am%C3%A9liorer-la-prise-en-charge-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-en-risque-de-perte-d-autonomie>. Consulté le 24/05/2017

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

**AUTEUR** : DELAS Élodie

**DIRECTEUR DE THÈSE** : Docteur Emmanuel RIBEIRO

**LIEU et DATE DE SOUTENANCE** : Bordeaux, le 10 juillet 2017

---

**TITRE en FRANÇAIS** : Évaluation des attentes des médecins généralistes envers les médecins internistes en Gironde.

**RESUME en FRANÇAIS** :

**Objectif** : évaluer les attentes des médecins généralistes de la Gironde envers les médecins internistes pour optimiser cette relation.

**Matériel et Méthodes** : un questionnaire de 25 items classés en 5 parties (données socio-démographiques, avis et consultations, hospitalisation, suivi des pathologies chroniques) a été envoyé par mail aux médecins généralistes de la Gironde. Les réponses étaient recueillies sur un site internet de manière anonyme.

**Résultats** : Sur 1685 questionnaires envoyés, 737 ont été lus et 163 sont revenus exploitables soit un taux de participation de 22,1%. 65,1 % des médecins répondants étaient satisfaits de leur relation avec les internistes. Le téléphone était le moyen privilégié par les médecins généralistes pour demander un avis ou une consultation et pour programmer une hospitalisation. 95,1% des généralistes étaient intéressés par la mise en place d'une astreinte téléphonique. Le délai souhaité pour une consultation était de 15 jours pour 53,4% des généralistes et de 7 jours pour la réception du courrier médical après une hospitalisation pour 72,4% des médecins généralistes. 48,5% des généralistes demandait que le patient sorte directement avec le compte rendu.

**Conclusion** : Les généralistes attendent des internistes une amélioration des délais de consultation et d'hospitalisation et une facilité de communication et de retour d'information pour la continuité des soins (envoi rapide du compte rendu d'hospitalisation, contact téléphonique direct). La mise en place d'une ligne téléphonique directe, d'une plateforme informatique entre ville et hôpital pour consulter le dossier des patients hospitalisés ou même la création de réseaux de soins pourraient être envisageables.

**MOTS CLÉS** : médecine générale, médecine interne, relation, attentes

---

**TITRE en ANGLAIS** : Evaluation of the expectations of the general practitioners from the internists physicians in Gironde.

**RESUME en ANGLAIS** :

**Purpose**: assess the expectations of general practitioners in Gironde department from internist physicians to optimize this relationship.

**Material and Methods**: A questionnaire of 25 items classified in 5 parts (socio-demographic data, opinions and consultations, hospitalization, follow-up of chronic pathologies) was sent by mail to the general practitioners (GPs) from Gironde. The answers were collected on a dedicated website.

**Results**: Above 1685 questionnaires sent, 737 were read and 163 came back exploitable. The participation rate was 22.1%. 65,1 % of the doctors respondents were satisfied by their relation with the internists physicians. Phone call was the preferred way for general practitioners to seek advice from an internist and to plan a consultation or a hospitalization. 95.1% of GPs were interested in setting up a dedicated phone call to join an internist immediately. The desired time to get a consultation was 15 days for 53.4% of GPs and 7 days to get back the medical report after hospitalization for 72.4% of GPs. 48.5% of GPs asked that the patient go back home with the medical report.

**Conclusion**: General practitioners expect from internists to improve their delay for a consultation or a hospitalization and a better communication such as rapid sending of the medical report. The establishment of a dedicated phone call, or a network to consult the case of hospitalized patients should be necessary.

**MOTS CLÉS en ANGLAIS** : general practitioner, internist physician, relationship, expectations