



**HAL**  
open science

## Lien ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixois

Valérie Pernossi

► **To cite this version:**

Valérie Pernossi. Lien ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixois. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01762208

**HAL Id: dumas-01762208**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01762208>**

Submitted on 9 Apr 2018

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

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



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4  
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>  
<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2018

**LIEN VILLE-HÔPITAL:  
LE POINT DE VUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES  
DU BASSIN CHAMBÉRIEN-AIXOIS**

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
DIPLOME D'ÉTAT

**Valérie PERNOSSI**

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE\*

Le 04/04/2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury:

Monsieur le Professeur Patrice FRANÇOIS

Membres:

Monsieur le Docteur Patrick LESAGE

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Philippe VUILLEZ

Madame le Professeur Françoise CARPENTIER

Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU

*\* L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

**Année 2017-2018**

**ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE**

<b>CORPS</b>	<b>NOM-PRENOM</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie

PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	<b>KAHANE Philippe</b>	<b>Physiologie</b>
MCU-PH	<b>KASTLER Adrian</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
PU-PH	<b>KRACK Paul</b>	<b>Neurologie</b>
PU-PH	<b>KRAINIK Alexandre</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
PU-PH	<b>LABARERE José</b>	<b>Epidémiologie ; Eco. de la Santé</b>
MCU-PH	<b>LABLANCHE Sandrine</b>	<b>Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques</b>
MCU-PH	<b>LANDELLE Caroline</b>	<b>Bactériologie - virologie</b>
MCU-PH	<b>LAPORTE François</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
MCU-PH	<b>LARDY Bernard</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
MCU-PH	<b>LARRAT Sylvie</b>	<b>Bactériologie, virologie</b>
MCU - PH	<b>LE PISSART Audrey</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>LECCIA Marie-Thérèse</b>	<b>Dermato-vénéréologie</b>
PU-PH	<b>LEROUX Dominique</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>LEROY Vincent</b>	<b>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</b>
PU-PH	<b>LEVY Patrick</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>LONG Jean-Alexandre</b>	<b>Urologie</b>
PU-PH	<b>MAGNE Jean-Luc</b>	<b>Chirurgie vasculaire</b>
MCU-PH	<b>MAIGNAN Maxime</b>	<b>Thérapeutique, médecine d'urgence</b>
PU-PH	<b>MAITRE Anne</b>	<b>Médecine et santé au travail</b>
MCU-PH	<b>MALLARET Marie-Reine</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
MCU-PH	<b>MARLU Raphaël</b>	<b>Hématologie, transfusion</b>
MCU-PH	<b>MAUBON Danièle</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
PU-PH	<b>MAURIN Max</b>	<b>Bactériologie - virologie</b>
MCU-PH	<b>MC LEER Anne</b>	<b>Cytologie et histologie</b>
PU-PH	<b>MERLOZ Philippe</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
PU-PH	<b>MORAND Patrice</b>	<b>Bactériologie - virologie</b>
PU-PH	<b>MOREAU-GAUDRY Alexandre</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
PU-PH	<b>MORO Elena</b>	<b>Neurologie</b>
PU-PH	<b>MORO-SIBILOT Denis</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>MOUSSEAU Mireille</b>	<b>Cancérologie</b>
PU-PH	<b>MOUTET François</b>	<b>Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie</b>
MCU-PH	<b>PACLET Marie-Hélène</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>PALOMBI Olivier</b>	<b>Anatomie</b>
PU-PH	<b>PARK Sophie</b>	<b>Hémato - transfusion</b>
PU-PH	<b>PASSAGGIA Jean-Guy</b>	<b>Anatomie</b>
PU-PH	<b>PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François</b>	<b>Anesthésiologie réanimation</b>
MCU-PH	<b>PAYSANT François</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
MCU-PH	<b>PELLETIER Laurent</b>	<b>Biologie cellulaire</b>
PU-PH	<b>PELLOUX Hervé</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
PU-PH	<b>PEPIN Jean-Louis</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>PERENNOU Dominique</b>	<b>Médecine physique et de réadaptation</b>
PU-PH	<b>PERNOD Gilles</b>	<b>Médecine vasculaire</b>
PU-PH	<b>PIOLAT Christian</b>	<b>Chirurgie infantile</b>
PU-PH	<b>PISON Christophe</b>	<b>Pneumologie</b>

PU-PH	<b>PLANTAZ Dominique</b>	<b>Pédiatrie</b>
PU-PH	<b>POIGNARD Pascal</b>	<b>Virologie</b>
PU-PH	<b>POLACK Benoît</b>	<b>Hématologie</b>
PU-PH	<b>POLOSAN Mircea</b>	<b>Psychiatrie d'adultes</b>
PU-PH	<b>PONS Jean-Claude</b>	<b>Gynécologie obstétrique</b>
PU-PH	<b>RAMBEAUD Jacques</b>	<b>Urologie</b>
PU-PH	<b>RAY Pierre</b>	<b>Biologie et médecine du développement et de la reproduction</b>
PU-PH	<b>REYT Émile</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>RIGHINI Christian</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>ROMANET Jean Paul</b>	<b>Ophthalmologie</b>
PU-PH	<b>ROSTAING Lionel</b>	<b>Néphrologie</b>
MCU-PH	<b>ROUSTIT Matthieu</b>	<b>Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie</b>
MCU-PH	<b>ROUX-BUISSON Nathalie</b>	<b>Biochimie, toxicologie et pharmacologie</b>
MCU-PH	<b>RUBIO Amandine</b>	<b>Pédiatrie</b>
PU-PH	<b>SARAGAGLIA Dominique</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
MCU-PH	<b>SATRE Véronique</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>SAUDOU Frédéric</b>	<b>Biologie Cellulaire</b>
PU-PH	<b>SCHMERBER Sébastien</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>SCHWEBEL-CANALI Carole</b>	<b>Réanimation médicale</b>
PU-PH	<b>SCOLAN Virginie</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
MCU-PH	<b>SEIGNEURIN Arnaud</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>STAHL Jean-Paul</b>	<b>Maladies infectieuses, maladies tropicales</b>
PU-PH	<b>STANKE Françoise</b>	<b>Pharmacologie fondamentale</b>
MCU-PH	<b>STASIA Marie-José</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>STURM Nathalie</b>	<b>Anatomie et cytologie pathologiques</b>
PU-PH	<b>TAMISIER Renaud</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>TERZI Nicolas</b>	<b>Réanimation</b>
MCU-PH	<b>TOFFART Anne-Claire</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>TONETTI Jérôme</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
PU-PH	<b>TOUSSAINT Bertrand</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>VANZETTO Gérald</b>	<b>Cardiologie</b>
PU-PH	<b>VUILLEZ Jean-Philippe</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
PU-PH	<b>WEIL Georges</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>ZAOUI Philippe</b>	<b>Néphrologie</b>
PU-PH	<b>ZARSKI Jean-Pierre</b>	<b>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</b>

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale

**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

# REMERCIEMENTS

Merci au Professeur François d'avoir bien voulu présider ce jury de thèse. Vos travaux de recherche ont été une inspiration stimulante dans l'élaboration de ce travail. En espérant avoir au moins réussi à suivre une devise shadok<sup>(\*)</sup>.

Merci au Docteur Patrick Lesage d'avoir accepté de diriger cette thèse. L'horizon paraissait bouché au départ, comme un sinus un lendemain de garde, mais tu m'as fait confiance. Merci pour ta présence bienveillante et les moments matinaux que tu m'as accordés au milieu de tes multiples engagements.

Merci au Professeur Vuillez pour l'intérêt et l'enthousiasme avec lesquels vous avez accepté de participer à ce jury de thèse. Merci pour votre présence rayonnante.

Merci au Professeur Carpentier de nous faire la gentillesse de votre présence au sein du jury. En souhaitant que ce modeste travail sache captiver votre attention.

Merci au Docteur Yoann Gaboreau pour son soutien. Je te dois d'avoir initié ce travail. Merci pour la qualité de tes conseils, la pertinence de tes analyses, et ton aide. Ta présence dans ce jury est une joie.



Je tiens à remercier particulièrement le Docteur Catherine Pourin du CCECQA pour sa permission d'utiliser le questionnaire SAPHORA-CE 2009<sup>®</sup>,

et Monsieur Ahmed Djihoud pour sa gentillesse, sa disponibilité et son travail d'analyse des résultats.

Merci à Alice, pour son aide rieuse lors du publipostage.

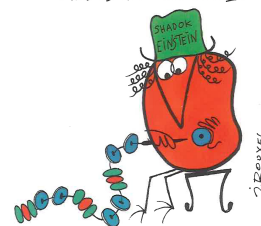
Merci au CIL, qui a tout fait en un clin d'œil, sans sourciller.

Merci à Sandrine de la Bibliothèque médicale de l'hôpital, pour son efficacité incomparable et son sourire radieux, même au travers des vitres du train.

Merci à mes collègues des Gentianes, pour m'avoir encouragée et soutenue pendant toutes ces semaines de labeur.

*La devise Shadok de la semaine*

IL VAUT MIEUX MOBILISER  
SON INTELLIGENCE SUR DES  
CONNERIES QUE MOBILISER  
SA CONNERIE SUR DES  
CHOSSES INTELLIGENTES.



<sup>(\*)</sup> « Il vaut mieux mobiliser son intelligence sur des conneries que mobiliser sa connerie sur des choses intelligentes »

A Mamoutch. On en a bavé. Tu ne m'as jamais lâchée. Je te dois deux fois la vie. Je te dois mon engagement auprès des malades, mon affection spontanée pour les personnes âgées, et cette volonté de bien faire. Sans toi, sans tes bousculades, ton intransigeance, et ton amour incommensurable, jamais je ne serais arrivée jusque là. C'est à toi que je dédis ce titre de docteur en médecine.

A Dadisours. On a rarement besoin de se parler pour se comprendre. Merci d'être (encore) là. Merci d'avoir toujours cru en moi. Merci pour ces moments côte à côte les pieds dans l'eau, et le fil vibrant qui glisse dans l'air, bien haut.

A Cilou. Ma frangine, mon poteau, ma copine, tu me tiens chaud. Comète qui illumine mes cieux. Boute-en-train qui enlumine les pages de nos vies, toujours en train. Avec toi, la peur n'a pas la même légèreté, et les vagues sont caresses. Sans toi, ben je me sentirais bien seule, bien triste, bien morte.

A Maxime. Merci de ta persévérance, ta patience et ta fidélité. Je crois que la clé, tu l'as enfin trouvée. Merci pour ta science informatique émaillée de râleries. Merci pour ton épaule solide, généreuse, consolatrice. Indéniablement, tu es le co-auteur dans l'ombre de cette thèse. Je te l'offre de tout coeur. Et le reste de mes jours.

A Cousine. Pour moi, tu es un exemple de courage et de détermination.

A Miri, my Badger.

A Sergei et les cloches tintinabulantes au-delà des bouleaux.

A Thu, ma deuxième petite sœur. A Soluy, Konglina, Puje, Honza, Kenton, Manuel. A tous les visages, les sourires, les mains tendues.

A tous mes maîtres qui m'ont aidée à me construire. A tous les soignants, d'un côté comme de l'autre du sentier. A Monchotte, Christian I. et Eric D.

A tous les patients dont j'ai eu la chance de m'occuper et qui m'ont tout appris. A ceux avec lesquels je continuerai de marcher toute ma vie.

Aux copines d'étude, pour leur amitié après tout ce temps. A Audette qui ressemble aux arbres, à son café aux accents incomparables. A Saucisse et Rébek. A Rachida. A Réchana. A Luranita.

A Ségo, la vaillante, extrêmement présente. A ton amitié par delà les murs intérieurs, sur les ailes du vent. A nos fou rires quand la folie du henné s'empare de nos têtes échevelées.

A Colette, à son amie, et à SCM.

A Françoise, pour ta force dans la faiblesse, tes bras toujours grand ouverts, et ton canapé.

A Philippe, qui connaît tellement bien Virginie.

A Régine. Le Daruma va enfin pouvoir sourire.

A tous les compagnons de flèches . A Carolyn et Isabelle. A Christine et Michel

A Claude, début et fin d'une boucle, et à Alie, l'autre Petite. Savoir que vous existez rend le monde plus lumineux.

A Geneviève P. qui m'a permis de recommencer.

A Titi, Raymond et Massabielle. Avec vous, j'ai connu ce que sont les « entrailles de miséricorde ».

A Père Denys, et tout ceux qui se tiennent avec lui dans le clair-obscur mystique.

A Papa Silouane, à Marie l'Egyptienne, à la petite Thérèse et au petit Robert. Vous êtes avec moi en permanence.

Au Métro de la Vie qui m'a offert un deuxième tour gratuit et l'occasion de raccrocher les wagons.

A Lui, à Elle. Mission impossible sans Eux.

# RESUMÉ

*Introduction:* le lien ville-hôpital est un des points faibles du parcours de soin en France et à l'étranger. La mesure de la satisfaction des correspondants externes pour les établissements de santé s'intègre dans une démarche qualité. L'enjeu est de sensibiliser praticiens hospitaliers et médecins libéraux à leurs implications réciproques dans la continuité et la qualité des soins.

*Matériel et Méthode:* une étude observationnelle quantitative monocentrique a été menée auprès d'un échantillon de 279 médecins généralistes libéraux du bassin sanitaire du Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS), sur les sites de Chambéry et Aix-les-Bains, entre janvier et février 2018. Le lien vers un questionnaire validé auto-administré (SAPHORA-CE 2009©) s'est fait par mail.

*Résultats:* 47 % de questionnaires (n=130) ont pu être exploités. Le taux global de satisfaction était de 66/100. Les notes les plus basses étaient assignées à la planification de la sortie (29/100) et la participation au projet thérapeutique des patients (34/100). L'organisation de la sortie obtenait 41/100, suivi, ex aequo, de l'accès aux soins et du courrier d'hospitalisation (52/100). Sur ce point, si le contenu des courriers était majoritairement jugé satisfaisant, c'était le délai de réception qui concentrait les doléances. La qualité des soins était le point fort de la prestation du CHMS (69/100). Les résultats étaient similaires sur les sites chambériens et aixois.

*Conclusion :* cette étude locale de petite envergure retrouve des résultats concordants à ceux de la littérature. Elle pourrait fournir une base concrète pour améliorer communication et transfert d'information à l'interface ville-hôpital en Savoie.

## **CITY-HOSPITAL LINK :**

### **THE VIEW OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE SAVOIE AREA**

*Introduction:* the city-hospital link is one of the weakest points of the care path in France and abroad. Measuring external correspondents' satisfaction for health facilities is part of a quality approach. The challenge is to alert hospital physicians and general practitioners to their mutual implications in continuity and care quality.

*Material and Method:* A single-site quantitative observational study was conducted with a sample of 279 liberal general practitioners from the health pool of the Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS). It was done on both sites, Chambéry and Aix-les-Bains, between January and February 2018. The link to a validated self-administered questionnaire online (SAPHORA-CE 2009 ©) was sent by email.

*Results:* 47% of questionnaires (n = 130) could be exploited. The overall satisfaction rate was 66/100. The lowest scores were assigned to discharge planning (29/100) and participation to the patient therapeutic project (34/100). Discharge organization got 41/100, followed by care access along with discharge summary (52/100). On this point, if general practitioners mostly judged the content to be sufficient, they complained on excessive reception delays. The quality of care was the strong point of CHMS service delivery (69/100). The results were similar on both sites, in Chambéry and in Aix-les-Bains.

*Conclusion:* this small local study finds congruent results with those of other similar studies. It could provide a practical basis for improving communication and information transfer at the city-hospital interface in Savoie.

## **ABRÉVIATIONS**

ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
CCECQA	Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
CE	Correspondant externe
CH	Centre hospitalier
CHMS	Centre hospitalier Métropole Savoie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil national de l'Ordre des Médecins
CRH	Compte-rendu d'hospitalisation
DIM	Département Informatique Médical
DPPR	Dossier Patient Partagé et Réparti
DMP	Dossier Médical Partagé
EFS	Etablissement Français du Sang
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
MG	Médecins généralistes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEPS	Plateforme d'Échanges pour les Professionnels de Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SISRA	Système d'Information en Santé de la Région Rhône-Alpes
STIC	Serveur télématique d'identité communautaire
URL	Uniform Resource Locator
ZEPPA	Zéro échange papier en Rhône-Alpes

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	14
COMMUNICATION ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL:.....	17
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE.....	17
LIEN VILLE-HÔPITAL.....	17
NOTION DE DÉMARCHE QUALITÉ.....	21
MATÉRIEL & MÉTHODE.....	25
PROTOCOLE D'ÉTUDE.....	25
POPULATION ÉTUDIÉE.....	27
MÉTHODE D'ANALYSE.....	31
RÉSULTATS.....	33
RECUEIL.....	33
POPULATION.....	33
ANALYSE STATISTIQUE.....	36
COMMENTAIRES LIBRES.....	39
DISCUSSION.....	40
PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	40
VALIDITÉ.....	50
BIAS & LIMITES.....	51
PERSPECTIVES.....	58
QUELQUES PISTES SUPPLÉMENTAIRES.....	61
CONCLUSION.....	63
RÉFÉRENCES.....	65
ANNEXES.....	70
QUESTIONNAIRE SATISFACTION CE MARS 2018.....	70
RÉSULTATS CHMS 73.....	73
COMMENTAIRES LIBRES.....	88
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	97

# INTRODUCTION

« Tu es aveugle ; je suis sourd-muet; que ta main touche la mienne et que la communication soit. » A l'instar de ces mots de Khalil Gibran, qu'en est-il d'un médecin généraliste un peu "aveugle" et d'un hôpital un peu "sourd-muet" qui se toucheraient la main mutuellement plus souvent, voire chemineraient main dans la main au long du sentier de soin du patient?

Cette orientation vers un renforcement du lien ville-hôpital est dans l'air du temps depuis le début de ce siècle. Fini l'hospitalocentrisme, le virage ambulatoire est désormais bien engagé. Pilier des soins de premiers recours, le médecin généraliste a vu son statut se renforcer au fil des réformes hospitalières françaises des dernières décennies. Il est ainsi devenu successivement médecin de famille choisi comme référent [*Ordonnance du 18 Octobre 1997*]; «gatekeeper» à l'occasion de la création du «parcours de soins coordonnés» [*Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie*]; pivot et aiguilleur au sein du système de santé [*Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*]; enfin dernièrement, coordonnateur des soins et chef d'orchestre d'équipes de soins primaires, au sein d'un réseau communautaire à l'accès renforcé [*Loi du 28 janvier 2016 dite de Modernisation du système de santé (1)*].

Par ailleurs, force est de constater la multiplication des outils de communication et de collaboration. Du Dossier Médical Partagé (DMP) au SISRA (Système d'Information en Santé de la Région Rhône-Alpes) instauré localement en 2000, l'effort actuel se porte sur les moyens d'assurer un suivi coordonné et fluide du patient tout au long de sa prise en charge. Ces évolutions font suite au constat récurrent d'une interface défailante entre



médecine de ville - médecine hospitalière. Bansard rappelle en 2017 que le lien ville-hôpital est un des points faibles du parcours de soin en France comme à l'étranger (2). Or, deux moments clés du parcours de soin du patient surtout vont solliciter cette interface : l'admission à l'hôpital et la sortie d'hospitalisation. Moments où le défaut de circulation des informations de manière bilatérale, et les incompréhensions mutuelles résultantes, sont particulièrement patents.

Cette insuffisance trouve notamment son point d'orgue dans le courrier de fin d'hospitalisation. Thème ô combien étudié, objet d'une littérature nombreuse (2-8). Mais pour essentiel que soit le compte-rendu d'hospitalisation, il ne demeure qu'une facette parmi d'autres de l'échange entre médecins de ville et praticiens hospitaliers. Progressivement les études se sont intéressées à l'avis des médecins généralistes sur les autres aspects du lien avec l'hôpital (9-15). Si Bertrand soulignait en 1999 le manque de données sur la question (9), depuis, plusieurs travaux ont été menés sur la satisfaction des praticiens libéraux vis-à-vis des échanges et interaction avec l'hôpital. Cette mesure de la satisfaction s'intègre dans une démarche globale d'amélioration de la qualité. Plus spécifiquement, l'enjeu est de sensibiliser médecins hospitaliers et médecins de ville à leurs implications réciproques dans la prise en charge des patients, avec pour finalité une meilleure qualité et continuité du parcours de soins (16-19) .

En 2007, une structure régionale d'appui en évaluation, le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) élaborait le questionnaire SAPHORA-CE 2009<sup>®</sup>. Cet outil de mesure de la satisfaction devait aboutir à une charte de « bon usage de l'hôpital » entre professionnels des établissements de santé et correspondants externes sur les modalités de fonctionnement de l'hôpital (20). Ce questionnaire a été repris à Grenoble en 2010 pour évaluer la satisfaction des médecins

généralistes quant aux services rendus par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Dans la même veine, il nous a paru intéressant de mener une enquête similaire en Savoie, au sein du Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS). Il s'agissait d'identifier les points d'amélioration dans la collaboration ville-hôpital pour la prise en charge des patients du point de vue des médecins généralistes du bassin sanitaire de Chambéry et Aix-les-Bains.

# COMMUNICATION ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL: ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

## *LIEN VILLE-HÔPITAL*

L'offre de soins actuelle reste fragmentée (12). Elle fait intervenir de multiples acteurs et juxtapose une succession de « petits cercles de médecins intérieurement homogènes et déconnectés les uns des autres » (21). Au cœur des soins primaires - de plus en plus affirmés comme socle du système de soins (1)– le médecin traitant est à la fois l'interlocuteur privilégié de premier recours du patient, la porte d'entrée vers les soins secondaires et tertiaires, et le point de passage et de retour à l'issue d'un séjour hospitalier. Or les deux mondes, ambulatoire et hospitalier, coexistent parallèlement, plus ou moins perméables l'un à l'autre. C'est à leur interface que se cristallise l'essentiel des problématiques de collaboration et de continuité des soins. Cette zone transitionnelle de contacts et d'échanges est particulièrement sollicitée lors des allées et venues du patient entre les deux cercles ; mouvement dans le sens de la ville vers l'hôpital à son admission ou à l'occasion d'une consultation spécialisée ; et dans le sens hôpital vers la ville à son retour à domicile. Pour qu'un dialogue pérenne naisse, il faut une volonté commune de continuité au sein même de la discontinuité. En particulier une volonté de collaborer et de coopérer. On sait combien la chose est malaisée du fait des coûts de transaction et de l'investissement en temps, énergie et attention que cela implique (22). Elle n'en demeure pas moins incontournable à l'aune de la transition épidémiologique actuelle. La collaboration s'est en effet mue en une nécessité impérieuse, renforcée à chaque

évolution normative du système de soins français, dans une tentative de fluidifier un parcours de soins devenu long et complexe. Selon Asmar et Wacheux (22), le domaine de la santé semble d'ailleurs avoir été le pionnier dans cette reconnaissance de la collaboration interprofessionnelle comme mode d'intervention auprès de la clientèle.

La collaboration, en tant que construction d'une action collective et conséquence de la coopération de deux ou plusieurs acteurs associe deux axes: la mise en place de protocoles partagés ; et la coordination entre les acteurs, pour échanger, partager. Elle est centrée sur le patient (23). Au demeurant, si le rapport Cordier (24) en 2013 appelait à une refonte du système de santé français afin de « construire la bonne synergie entre les différentes actions », cette réflexion dépasse nos frontières. Les difficultés de collaboration – et de ses corollaires : partage, partenariat et acceptation d'une interdépendance qui n'est ni spontanée ni naturelle pour les acteurs sanitaires – semblent ubiquitaires dans les pays développés (25–29).

C'est sur la base de ce constat d'un déficit de communication entre ville et hôpital qu'ont émergé les récentes initiatives réglementaires. La coordination intraprofessionnelle au sein du corps médical, à toutes les étapes du parcours des patients, est relancée par la loi de modernisation du système de santé français (1) avec, concrètement, d'une part le DMP ; d'autre part, la remise au goût du jour de la notion pré-existante - mais jusque là restée dans les limbes - de la lettre de liaison (1,2). Elle devient obligatoire, dans une optique de renforcement du relai ambulatoire à la sortie des patients de l'hôpital.

Les facteurs organisationnels sont également essentiels. Si une disponibilité en temps suffisant pour partager l'information, et la culture de relations interpersonnelles (22) forment le creuset propice au développement d'une collaboration effective, encore faut-il des mécanismes et des outils de coordination et de communication idoines. Il s'agit en

quelque sorte de transposer des éléments liés au concept d'équipes à la réalité géographique morcelée d'intervenants dispersés. Ce qui est applicable au sein du cercle physique restreint ne l'est plus pour un cercle plus grand et c'est là que les moyens de communication actuels ont tout leur rôle de rapprochement à jouer. Les différentes instances et acteurs sanitaires de Rhône-Alpes ont parfaitement compris les avantages qu'il y avait à promouvoir et développer des dispositifs collaboratifs. Le SISRA est un projet débuté en 2000 et qui permet de relier les professionnels de santé de la région entre eux au moyen du partage des données médicales sur plusieurs sites et de divers outils de coordination des soins. La base de SISRA réside en un serveur de rapprochement d'identité, un dossier patient pour lequel les données ne sont pas stockées de façon centralisée mais demeurent dans les bases de données où elles ont été produites, et une plate-forme sécurisée de stockage – PEPS, Plateforme d'Échanges pour les Professionnels de Santé. Le Dossier patient partagé et réparti (DPPR) offre aux professionnels de santé autorisés l'accès aux données médicales indexées par la plateforme depuis l'ensemble des sources disponibles (gisement de ville, réseaux locaux, hôpitaux et cliniques). En 2010, SISRA connectait 60 hôpitaux, tant publics que privés, représentant 66 % des lits hospitaliers (30). Plus récemment, depuis 2014, le projet PASCALINE a vu l'émergence d'outils pour faciliter la pratique quotidienne et simplifier l'échange d'information, notamment entre l'hôpital et les médecins traitants. ZEPRA - Zéro échange papier en Rhône-Alpes - permet de dématérialiser les échanges entre professionnels - compte-rendus d'hospitalisation, de consultation, résultats d'examen, etc - de manière simple, sécurisée et gratuite. MonSisra, et sa version mobile MonSisra Mobile, permettent l'intégration des échanges ZEPRA dans les logiciels des professionnels de ville (31).

In fine, l'enjeu derrière cette approche collaborative est de compenser la déformation et la perte d'information inhérente à la multiplication des intervenants. Le « téléphone arabe » est l'ennemi de la continuité des soins. L'implication croissante de l'hôpital dans le parcours des patients a été associée aux USA à une diminution notable de près de 30 % de la continuité entre 1996 et 2006 (32), à une époque pas si lointaine où le modèle hospitalo-centré était en pleine expansion. Malgré une tendance en cours d'inversion actuellement, l'ensemble de la littérature s'accorde sur un état persistant de défaillances dans l'un au moins des trois aspects de la continuité décrits par Hellesø et ses collègues (33). Défaillances dans l'information, et plus précisément sa qualité dans l'échange entre l'hôpital et les intervenants des soins primaires, en terme d'exhaustivité, exactitude et clarté. Défaillances dans la coordination des soins, dans la qualité de l'évaluation, de la planification et de l'organisation des services et des besoins de suivi. Défaillances enfin dans la communication, de qualité relationnelle, de contact personnel et direct, d'accessibilité et de rapidité d'échange (14,16–19).

## **NOTION DE DÉMARCHE QUALITÉ**

C'est de l'univers hospitalier qu'ont émergé la réflexion et l'élaboration du concept de qualité des soins. En tant que structure collective, l'hôpital regroupe des intervenants de nombreux corps de métiers et doit les coordonner ensemble vers l'objectif commun de prestation de santé aux patients. La qualité des soins est le fruit d'une volonté, d'une démarche et d'une évolution.

La démarche qualité repose sur une évaluation, inspirée du monde industriel. Son cadre reprend l'analyse à trois niveaux de Donabedian (34) : les structures, les procédures et les résultats des soins. Donabedian introduit en outre, dans la définition de la qualité, la performance de la structure - adéquation aux besoins de santé, accessibilité et accueil - et la performance du médecin. Cette dernière se décompose elle-même en une dimension technique liée aux connaissances scientifiques et à l'expérience du professionnel, et en une dimension relationnelle mettant en relief le caractère empathique de l'interaction avec le patient (35).

L'assurance qualité se développe durant les années 60. Il s'agit d'une conception dynamique, impliquant l'installation de dispositifs de surveillance régulière pour la recherche d'une conformité à des critères de référence – les indicateurs -, et une proposition d'actions correctives. Ces principes sont la base même des systèmes d'agrément ou d'accréditation. Les indicateurs sont des données objectives et quantitatives qui décrivent une situation ou un résultat et qui sont issus d'une procédure de mesure. Le niveau d'un indicateur constitue une référence, et non une norme, encore moins une valeur réglementaire à laquelle il serait impératif de se conformer. L'enjeu n'est

pas tant un contrôle qu'un état des lieux, des pratiques d'une part – du côté des professionnels – et des soins d'autre part – du côté des patients.

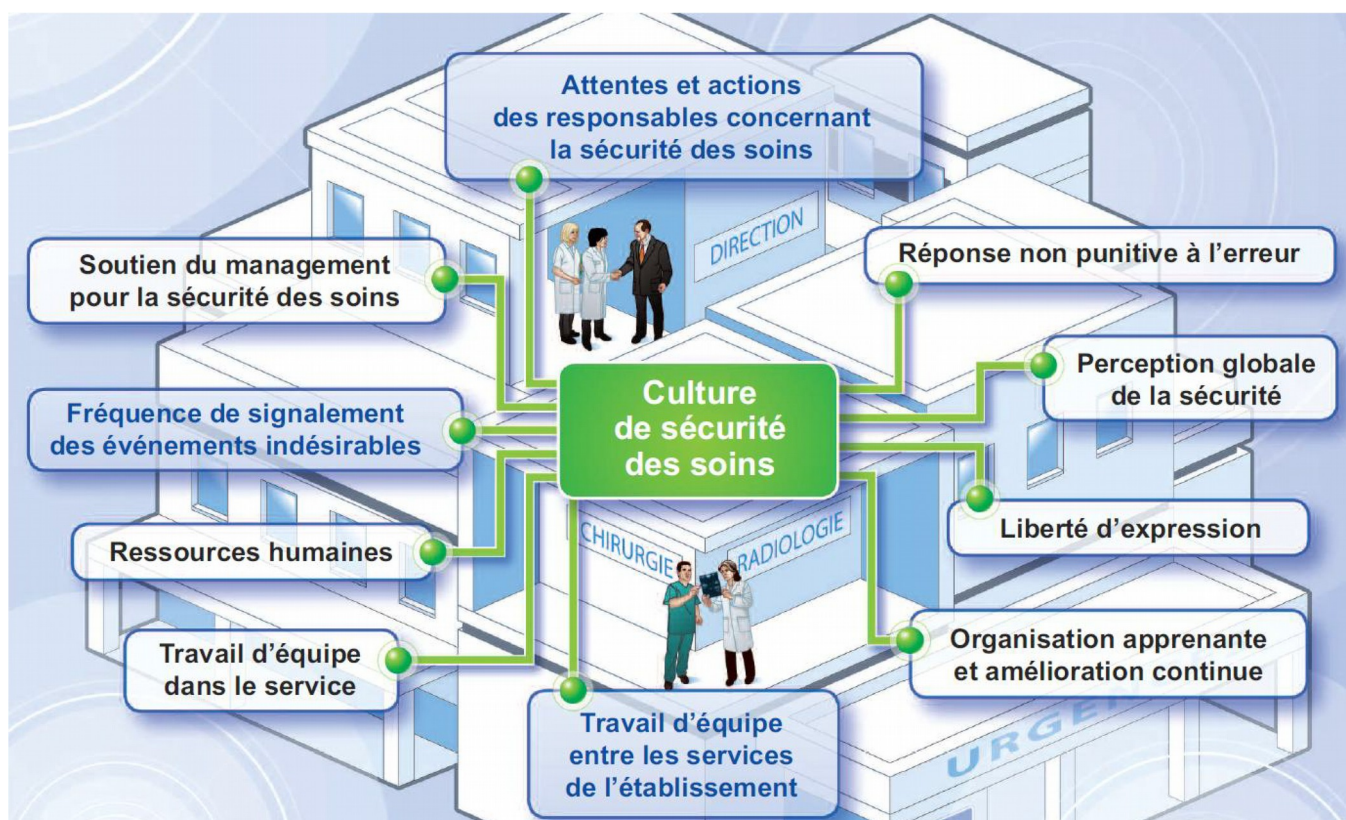
Sur ce fondement, la démarche qualité, vue comme une amélioration continue de la qualité, intègre des dimensions organisationnelles. Elle prend en compte l'opinion des patients. Elle s'inspire une fois de plus des méthodes de gestion du monde industriel, et en particulier du constat de Deming qui démontrait que, si 15% des déficiences étaient en rapport avec la compétence des professionnels, les 85% restants provenaient de facteurs organisationnels. On passe d'une attitude correctrice - corriger des erreurs produites – à une approche préventive, avec l'institution de mesures prophylactiques des dysfonctionnements. On cherche à éviter l'apparition d'évènements indésirables (35).

En France, la démarche qualité a été initiée non par les professionnels de santé mais suite à une problématique financière de régulation des dépenses hospitalières. A cette fin, la loi hospitalière de 1983 instaure le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). En 1991 sont créées l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), à l'initiative du Ministère de la Santé et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, ainsi que obligation aux établissements de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles et de leur activité.

L'ensemble des procédures, processus et moyens nécessaires à la mise en œuvre du management de la qualité s'articule au sein du système qualité (35). Dans ce cadre, toutes les actions vont tendre vers le double objectif d'avoir confiance en l'obtention de la qualité à l'intérieur même de l'organisme, et vis-à-vis de l'extérieur, de donner cette confiance aux clients et/ ou aux autorités locales. L'évaluation sert ainsi à mettre en évidence la non qualité. Elle est là encore sans rapport aucun avec l'idée d'un contrôle, ni de recherche de fautes, erreurs, voire d'abus. En outre, le système qualité différencie



« évaluation des pratiques médicales » et « gestion de la qualité des soins ». L'évaluation est un outil ; la qualité, un objectif pour éviter l'apparition de la non-qualité. « La qualité ne se corrige pas, elle se construit » (35). L'évaluation concerne le médecin ; la qualité est là pour satisfaire les besoins des utilisateurs, et concerne tous les acteurs de l'hôpital. L'évaluation demeure temporaire, pour répétée dans le temps qu'elle puisse être. La gestion de la qualité implique à l'inverse une surveillance en continu pour une amélioration permanente. En fait, si on peut admettre que l'évaluation des pratiques est un outil « formateur » et « informateur », elle n'est pas une fin en soi (35). Elle a vocation à s'inscrire et à se poursuivre au sein d'une stratégie plus globale de gestion totale de la qualité.



From: <http://www.forap.fr/pdf/Campagne-eFORAP-MCSS-site-FORAP.pdf>

Ainsi, de l'émergence du concept de qualité, avec ses évaluations répétées, on assiste à un continuum dynamique de surveillance et de mise en adéquation à des standards, puis d'une action corrective vers une action préventive de la survenue de la non-qualité. L'accent est mis sur la composante organisationnel du groupe, qui est le principal générateur d'erreurs et de non-qualité. L'évaluation se porte sur la qualité des pratiques professionnelles et sur la qualité perçue, c'est-à-dire la satisfaction des usagers. Elle s'inscrit dans une politique d'amélioration continue des pratiques. Elle repose notamment sur le concept de satisfaction, lequel a d'abord été exploré chez les patients (36,37). Ce n'est que secondairement qu'il a été étendu à tout usager, et en particulier aux médecins généralistes, considérés alors comme des clients.

## **MATÉRIEL & MÉTHODE**

La question de recherche à l'origine de ce travail est une exploration de l'opinion des médecins généralistes (MG) du Bassin Chambérien en 2017 sur la qualité des services rendus par l'hôpital et de leurs relations avec les équipes hospitalières.

### ***PROTOCOLE D'ÉTUDE***

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale quantitative monocentrique, réalisée sur le Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS), lequel regroupe deux établissements, celui de Chambéry et celui d'Aix-les-Bains. Cette étude se fondait sur un questionnaire numérique validé - le questionnaire SAPHORA-CE 2009<sup>®</sup>. Il a été auto-administré auprès d'un échantillon de médecins généralistes libéraux installés dans le bassin de recrutement du CHMS, entre janvier et février 2018.

Le questionnaire SAPHORA-CE 2009<sup>®</sup> est un produit du CCECQA, première structure régionale d'appui en évaluation mise en place en France en 1996. Ce questionnaire se compose de 19 items de satisfaction centrée sur les résultats des différents axes d'une prise en charge d'un patient, c'est-à-dire les éléments dont la connaissance pour le correspondant externe est immédiate et pour lesquels il est un observateur privilégié, voire unique (38). Les 19 items explorent 6 thèmes : la satisfaction globale (une question), l'accès aux soins (4 questions), la qualité des soins (3 questions), la continuité des soins (4 questions), la préparation de la sortie (4 questions) et le courrier

de fin d'hospitalisation (3 questions), et sont à réponses ordinales selon une échelle de Likert à 5 modalités (Annexe I) . En outre, une question ouverte est proposée dans les troisième, quatrième et cinquième sections. Enfin, huit items finaux permettent de caractériser le correspondant externe ainsi que ses rapports avec l'établissement. Le temps de passation est d'environ 10 minutes.

Le questionnaire était accessible en ligne via un lien URL collectif fourni par la plateforme eFORAP du CCECQA et envoyé à chaque médecin généraliste correspondant du CHMS par mail. Ce mail initial comportait une lettre d'information sur l'objectif de l'étude, le lien URL et un identifiant personnel permettant l'accès au questionnaire. Une relance personnalisée par mail était prévue dix jours plus tard en cas de non réponse. Elle devait être suivie, si besoin, d'une deuxième et dernière relance, par téléphone cette fois, dix jours après. Le choix de la relance téléphonique, de préférence à la relance par mail, avait été envisagée comme un moyen d'augmenter le taux de participation.

Le protocole de l'étude et les fichiers ont été déclarés à la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Conformément aux exigences de la CNIL, aucune données directement nominatives relatives aux correspondants externes, à l'exception de l'identifiant unique, ne figuraient dans les bases de données transmises à la plateforme eFORAP du CCECQA.

## **POPULATION ÉTUDIÉE**

Les médecins éligibles étaient l'ensemble des médecins généralistes à activité libérale, installés, et correspondants externes (CE) du CHMS. En pratique, il s'agissait des médecins répertoriés dans la base de données du Département Informatique Médical (DIM) de l'hôpital. Étaient concernés tous les médecins généralistes libéraux du bassin chambérien-aixoïse - et plus globalement du département de la Savoie (73) ainsi que des zones de Haute-Savoie (74) limitrophes proches d'Aix-les-Bains - et ayant adressé au moins un patient au CHMS, site de Chambéry ou d'Aix-les-Bains, durant l'année 2017.

La constitution de la base de sondage est décrite dans le Flow Chart (figure 1). Elle s'est basée sur une source interne au CHMS, la liste des correspondants externes étiquetés « médecin traitant » fournie par le DIM. Elle dénombrait 637 médecins initialement. La base de sondage du DIM a été retravaillée pour éliminer les doublons. La consultation conjointe de l'annuaire du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Savoie et des Pages Jaunes a permis de vérifier les adresses et les modes d'exercice. La liste du DIM a été également confrontée, à des fins de comparaison, à la liste des médecins généralistes exerçant à titre libéral en Savoie au 1<sup>er</sup> janvier 2018 et obtenue après démarche auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). A noter qu'il existait de nombreuses discordances entre cette liste, qui recensait pour sa part 472 MG, l'annuaire des Pages Jaunes et la base de sondage issue du DIM.

Ont été exclus les praticiens qui n'exerçaient pas la médecine générale en tant que médecins traitants, avec un suivi régulier des patients au sens de la WONCA (39). Les

critères d'exclusion étaient les suivants : médecins remplaçants (thésés ou non) ; médecins salariés ou exerçant exclusivement en établissement de santé (médecine thermale, centres médico-éducatifs, centre de Protection Maternelle et Infantile); médecins exerçant à SOS médecins; consultant en clinique en médecine du sport ; exerçant en médecine du travail ; travaillant pour un service de l'État, de l'Assurance Maladie, des Collectivités Territoriales ou des Mutuelles ; médecins pratiquant une sous-spécialité telle que la gériatrie, l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie, l'angiologie, la médecine anti-âge ; praticiens retraités ; enfin médecins non retrouvés dans les listes consultées simultanément du CNOM et des Pages Jaunes. Au total, 569 médecins ont été retenus comme potentiellement éligibles.

Sur ces 569 médecins potentiellement éligibles, 237 avaient une adresse mail. Celle-ci était soit d'emblée renseignée dans la base de sondage du DIM ; soit elle a pu être obtenue via la liste des généralistes prenant des gardes dans les Maisons médicales de gardes. A Chambéry, cette liste a été fournie par le SAMU 73 ; à Aix-les-Bains, par le médecin généraliste en charge des plannings de gardes.

Une précision doit être faite au sujet des généralistes prenant des gardes à la Maison médicale d'Aix-les-Bains . Une douzaine sont installés en Haute-Savoie (74), dans une zone limitrophe avec la Savoie (73), autour des villes de Cusy, Gruffy et Saint Félix. Cusy par exemple est aussi proche du site hospitalier d'Aix-les-Bains (73) que de celui de Rumilly (74), et se trouve à équidistance peu ou prou des hôpitaux de Chambéry (73) et d'Annecy (74). Dans la mesure où ces généralistes étaient impliqués dans la permanence des soins sur Aix-les-Bains, et donc véritablement en lien avec l'établissement, la décision a été prise de les inclure.

Des emails étaient donc disponibles pour 37,8 % de l'effectif retenu. Afin de réduire le biais de sélection inhérent à la disponibilité ou non d'une adresse mail, 85 généralistes sur les 321 sans mails renseignés ont été tirés au sort puis contactés par téléphone. 42 mails supplémentaires ont ainsi pu être recueillis. Au total, 279 mails ont été envoyés.

Dernier point qui mérite un éclaircissement : les 279 MG libéraux considérés comme CE du CHMS ont été soit rattachés au site de Chambéry, soit à celui d'Aix-les-Bains, sur la base de la géographie locale et des répartitions fournies de manière informelles par les listes de gardes des Maisons Médicales. 64 MG ont été annexés à Aix-les-Bains, dont 12 basés en Haute-Savoie ; 215 à Chambéry.

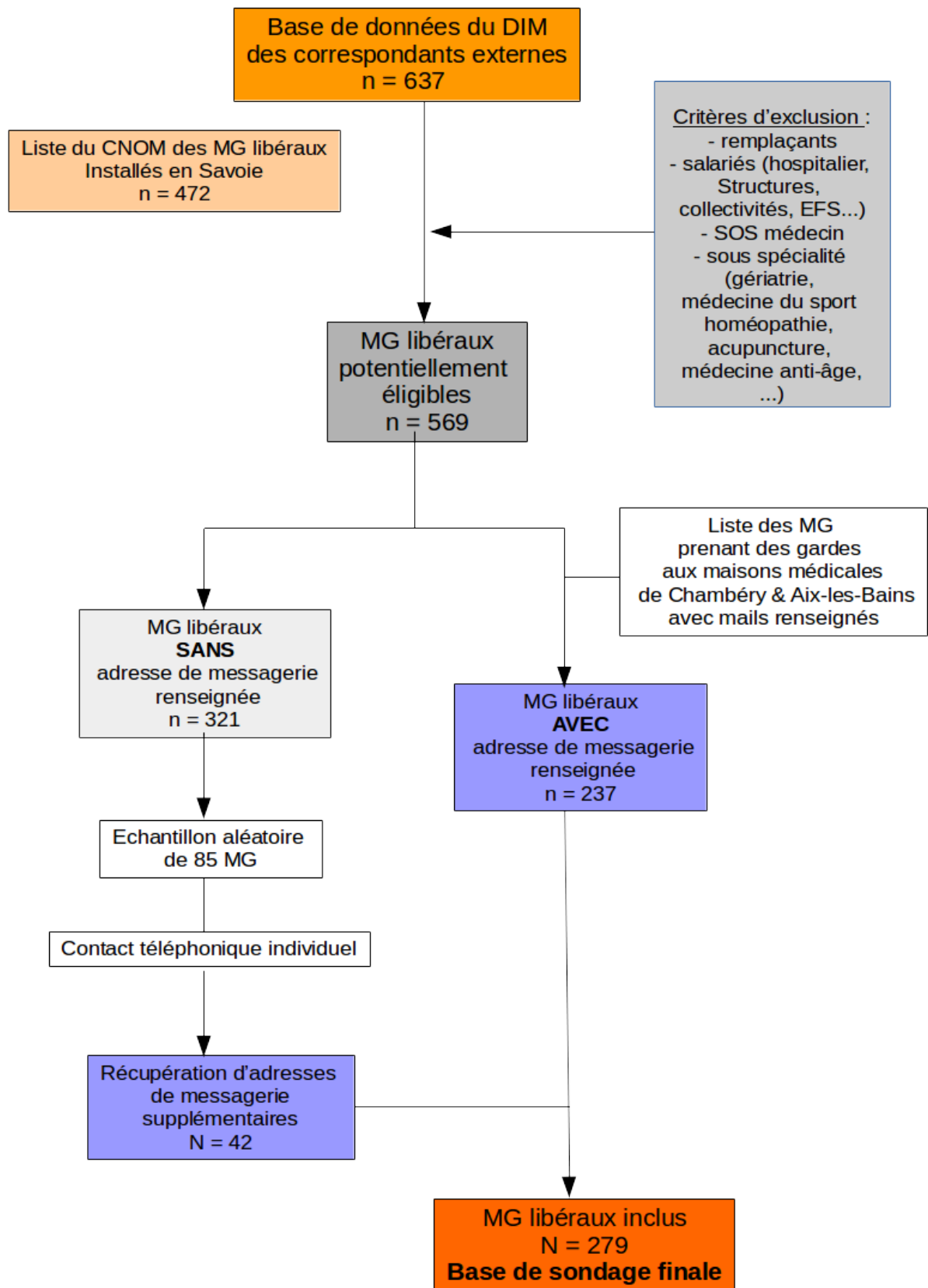


Figure 1: Flow Chart



## **MÉTHODE D'ANALYSE**

L'analyse principale descriptive des données et la génération du rapport des résultats ont été menées par la plateforme eFORAP du CCECQA. Les indicateurs ont été calculés sur les réponses au questionnaire SAPHORA-CE 2009<sup>®</sup> selon la méthode proposée par le CCECQA.

Des scores moyens sur 100 ont été établis pour les 6 indicateurs SAPHORA-CE<sup>®</sup>, et chacun des 19 items. Chaque indicateur était décrit par le score, en chiffre et sous forme d'un diagramme en barre, avec le nombre total de répondants CE comme dénominateur sur lequel l'indicateur était calculé. Pour les items était précisé en plus l'écart-type.

Les questionnaires avec les modalités « Ne sait pas / Refus de répondre » donnée à la question ou « Non concerné » cochée étaient exclus. Une valeur a été affectée à chaque modalité de réponse: 0 pour « pas du tout satisfait », 25 pour « peu satisfait », 50 pour « assez satisfait », 75 pour « satisfait » et 100 pour « tout à fait satisfait ». La moyenne des valeurs obtenues pour les questions d'un même thème permettait d'obtenir un score par questionnaire et par thème. La moyenne des scores d'un thème sur l'ensemble des répondants donnait un indicateur à interpréter comme une note de 0 à 100, avec calcul de l'intervalle de confiance à 95% (Annexe II). Il s'agissait bien de notes, et non de pourcentages.

En complément de l'analyse statistique, les réponses à la partie questions ouvertes du questionnaire ont été lues et analysées. Des thèmes et idées cités par les médecins ont pu être dégagés, sans pour autant faire l'objet d'une catégorisation rigoureuse et

formalisée. Ces commentaires ont surtout été vus comme des précisions qui pouvaient être confrontées aux données de la littérature.

# RÉSULTATS

## ***RECUEIL***

Il s'est échelonné sur un mois environ – du 24 janvier au 26 février 2018. Parallèlement à la relance personnalisée par mail prévue dans le protocole à dix jours du lancement de l'étude, il a été procédé d'emblée à un contact téléphonique auprès d'un échantillon de 50 généralistes sélectionnés aléatoirement parmi les non répondants lors du premier état de saisie. L'accueil des médecins contactés a été globalement chaleureux, avec un intérêt exprimé pour le sujet. Toutefois, une généraliste d'emblée a refusé de participer au motif qu'elle n'avait « aucune appétence pour répondre à un questionnaire ».

La deuxième et dernière relance, qui informait les médecins n'ayant toujours pas répondu de la prochaine clôture de l'étude, s'est faite, non par téléphone comme initialement prévue, mais par mail.

## ***POPULATION***

Le questionnaire a été envoyé à 279 médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion. 137 questionnaires ont été remplis, dont 7 de manière incomplète, ce qui portait le taux de participation à 49,1%, et le taux de réponse exploitable à 47 %. Sur les 130 questionnaires ayant fait l'objet de l'analyse statistique, 98 émanaient des MG correspondants du site de Chambéry et 32 de ceux en lien avec Aix-les-Bains. Les deux tiers des réponses ont eu lieu avant la deuxième et dernière relance.

La majorité des MG correspondants du CHMS, quelque soit le site, ont adressé en 2017 entre 1 et 10 patients (80%). Parmi les 5 MG qui n'ont adressé personne, on trouve un MG retraité depuis juillet 2017 ; un médecin qui pratique l'ostéopathie et n'est donc pas le référent des patients ; un médecin en congé maternité ; un qui n'a pas eu d'indication à envoyer un patient à l'hôpital ; et un autre pas d'occasion. 3 étaient rattachés au site de Chambéry, et 2 à Aix-les-Bains. (Tableau I )

Un peu moins d'un généraliste sur cinq (18 %) déclare se déplacer pour rendre visite à ses patients à l'hôpital, parmi lesquels une majorité signale des difficultés pour ces visites. Il semblerait que les médecins « aixois » ait un accès un peu plus facile que leurs homologues « chambériens » (respectivement 44 % de difficultés rapportés versus 52%), sans précisions sur la nature des difficultés rencontrées.

Plus de la moitié de l'effectif des répondants - 56 % à Chambéry, et 63 % à Aix-les-Bains - n'a jamais eu et n'a aucun lien direct avec le CHMS. Les généralistes n'ont jamais été internes dans les services, ni occupé de poste ultérieurement. A l'inverse, ils sont 8 % (n = 10) à exercer actuellement une activité au CHMS : 9 % (n=3) à Aix-les-Bains et 7 % (n =7) à Chambéry. En terme de connaissance de l'établissement, une majorité d'entre eux se dit suffisamment informée, mais 2 sur 5 souhaiteraient recevoir davantage d'informations sur le CHMS.

Quant aux relations avec les praticiens de l'hôpital, 62 % ont, ou ont eu, des relations directes avec leurs homologues du CHMS. Les supports de communication que les MG souhaiteraient voir développer sont le recours aux mails pour 27 %, à l'instar de l'annuaire des activités. 20 % apprécieraient des rencontres au sein de l'établissement. Sur ce thème, les médecins « aixois » paraissent particulièrement demandeurs (34 % versus 15 % à Chambéry). (Tableau I)

Tableau I - Description des médecins généralistes répondants

### Description de l'échantillon

Nombre total de correspondants externes : 130

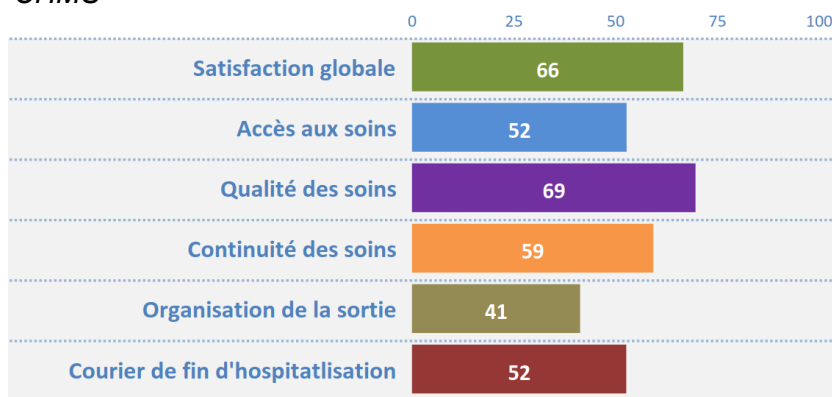
	effectif	%
<b>Correspondants externes</b>		
- Généraliste	129	99%
- Spécialiste	0	0%
<b>Nombre de patients adressés</b>		
- aucun	5	4%
- moins de 5	51	39%
- de 5 à 10	53	41%
- plus de 10	21	16%
<b>Visite des patients hospitalisés</b>		
- souvent, parfois	24	18%
- rarement, jamais	106	82%
<b>Difficultés de visites des patients hospitalisés</b>		
- souvent, parfois	66	51%
- rarement, jamais	64	49%
<b>Lien avec l'établissement</b>		
- exerce une activité dans l'ES	10	8%
- a exercé une activité dans l'ES	43	33%
- n'exerce pas et n'a jamais exercé une activité dans l'ES	75	58%
<b>Information sur les activités de l'établissement</b>		
- suffisamment informé	73	56%
- non suffisamment informé, souhaite recevoir des informations	52	40%
- non suffisamment informé, ne souhaite pas recevoir d'information	3	2%
<b>Connaissance des médecins de l'ES et leurs activités</b>		
- nombreux, quelques uns	81	62%
- très peu, aucun	49	38%
<b>Supports de communications souhaités</b>		
- Communication par mail	35	27%
- Organigramme, annuaire des activités	35	27%
- Site internet	22	17%
- Rencontre au sein de l'établissement	26	20%
- Autres	9	7%

## ANALYSE STATISTIQUE

L'indicateur de satisfaction globale des médecins généralistes concernant les services rendus par le CHMS obtenait une note moyenne de 66 sur 100 (tableau IIa). La note la plus élevée (69 sur 100) était attribuée à la qualité des soins dispensés aux patients, avec un consensus fort (écart-types globalement autour de 14-16). A sa suite, l'indicateur de satisfaction portant sur la continuité des soins était noté à 59 sur 100. En troisième lieu se plaçaient, ex æquo, l'accès aux soins et les courriers de fin d'hospitalisation, avec un score de 52 sur 100. L'organisation de la sortie était le point le plus faible, avec la note minimale de 41 sur 100.

Tableau IIa : SCORES DE SATISFACTION – indicateurs SAPHORA-CE (score sur 100)

### CHMS



### SITE DE CHAMBÉRY

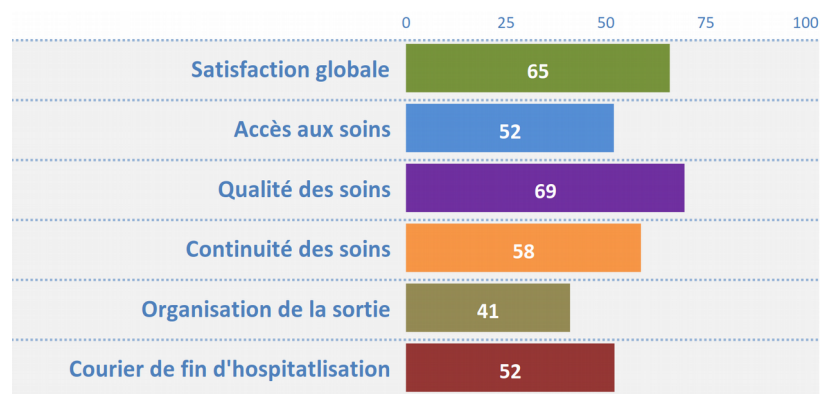
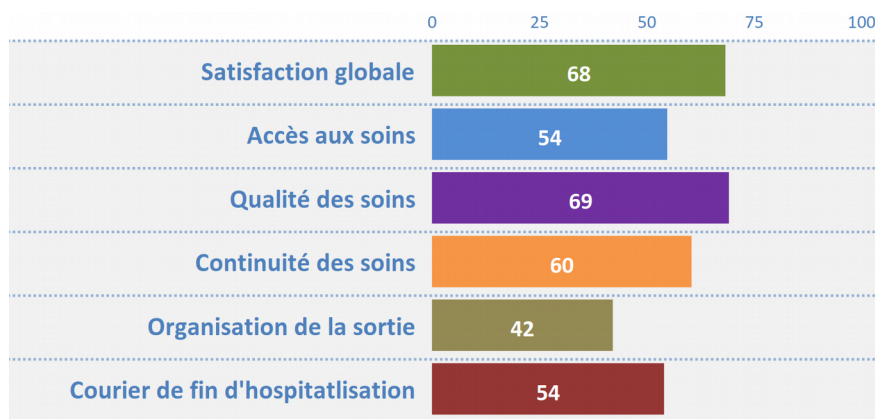


Tableau IIa : SCORES DE SATISFACTION – Indicateurs SAPHORA-CE (score sur 100)

SITE D'AIX-LES-BAINS



Parmi les items constitutifs de ces indicateurs, la question portant sur l'association à la planification de la sortie obtenait la note la plus péjorative (29 sur 100), en lien avec l'information transmise concernant la date de sortie, jugée insuffisante (39 sur 100). L'autre plus mauvaise note concernait la participation des généralistes au projet thérapeutique des patients (34 sur 100).

Le courrier d'hospitalisation dans son ensemble était jugé satisfaisant, et c'est surtout sa qualité qui était reconnue (note de 69 sur 100), quand le délai de réception recevait 48 sur 100 seulement.

Les scores les meilleurs étaient attribués à la qualité des soins dispensés en hospitalisation complète (72 sur 100) et en ambulatoire (71 sur 100) ainsi qu'à la prise en charge diagnostique (70 sur 100). (Tableau IIb)

Tableau I1b : SCORES DE SATISFACTION –Questionnaire SAPHORA-CE

	% de réponse	N	Score moyen sur 100	Ecart type	0	25	50	75	100
1. Prise en charge globale	98%	128	66,0	16,5					
<b>A. Accès aux soins</b>									
2. Accès aux soins	98%	128	55,3	20,5					
3. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. Programmée	98%	119	51,9	22,8					
4. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. en urgence	100%	123	58,3	25,5					
5. Délai de PEC des patients si dmde de consult. en urgence	100%	127	43,5	25,6					
<b>B. Qualité des soins</b>									
6. Qualité des soins	85%	110	68,6	14,1					
6a. Qualité des soins dispensés en hosp. complète	98%	126	71,6	16,8					
6b. Qualité des soins en ambulatoire	98%	124	71,4	16,2					
6c. Qualité des soins aux urgences	98%	124	57,3	22,3					
7. Prises en charge diagnostiques	99%	129	70,0	16,4					
8. Prises en charge thérapeutiques	100%	130	68,5	17,5					
<b>C. Continuité des soins</b>									
9. Continuité des soins	98%	128	55,1	20,2					
10. Echanges d'info avec les médecins en charge des patients	98%	128	54,1	24,9					
11. Relations avec les médecins de l'établissement	99%	128	64,5	22,3					
12. Suivi proposé aux patients par l'établissement	98%	127	61,2	20,1					
<b>D. Organisation de la sortie</b>									
13. Organisation de la sortie	78%	101	53,5	20,3					
13a. Organisation de la sortie en hosp. complète	98%	125	53,6	21,5					
13b. Organisation de la sortie en ambulatoire	99%	123	58,5	20,7					
13c. Organisation de la sortie aux urgences	98%	119	48,9	22,9					
14. Association à la planification de la sortie	100%	118	28,8	22,1					
15. Prises en charge sociales	100%	119	47,1	22,8					
16. Participation au projet thérapeutique des patients	100%	119	34,5	24,1					
<b>E. Courrier de fin d'hospitalisation</b>									
17. Qualité du courrier de fin d'hospitalisation	98%	128	69,3	20,1					
18. Délai de réception du courrier	99%	129	48,3	28,3					
19. Information transmise concernant la date de sortie	98%	119	38,9	27,9					



## **COMMENTAIRES LIBRES**

Les commentaires libres se regroupaient sur trois espaces dédiés dans le corps du questionnaire - commentaire C « Continuité des soins » ; commentaire D « Organisation des soins » ; commentaire E « Compte-rendu d'hospitalisation » - et deux espaces en fin de questionnaire - « Éléments d'information souhaités » et « Commentaire général ». Ils sont reproduits intégralement en annexe. Ils font ressortir une grande variabilité interservice. Un des éléments qui revient le plus fréquemment concerne l'insuffisance d'utilisation du SISRA.

# DISCUSSION

## *PRINCIPAUX RÉSULTATS*

L'objectif de cette étude était d'explorer l'opinion des MG qui adressent des patients au CHMS.

Le premier constat est que les MG interrogés sont globalement satisfaits des prestations de l'hôpital, avec une note de satisfaction globale de 66 sur 100. L'appréciation semble légèrement meilleure sur le site d'Aix-les-Bains, avec un score de 67,7 contre 65,5 sur Chambéry. Pour autant, il ne s'agit que d'une tendance, sans significativité véritable compte tenu de la petite taille du sous-groupe aixois (n= 32), de trois fois intérieure à la population répondante pour le site de Chambéry.

Ces résultats sont concordants avec d'autres études du même type basées sur l'outil du CCECQA (figure 2). Lors de l'enquête test pour la validation du questionnaire SAPHORA-CE 2009<sup>®</sup> auprès de 26 établissements de santé en Aquitaine en 2008 (20), la répartition des scores suivait la même tendance que dans la présente étude. Si les notes étaient sensiblement plus élevées dans leur ensemble – 4 scores sur les 6 indicateurs étaient au moins égaux à 70 sur 100 - , le point le plus péjoratif était la préparation de la sortie (66 sur 100) et en miroir, la qualité des soins le plus apprécié (78 sur 100). La satisfaction globale était de 75 sur 100 sur un ensemble de 1863 correspondants externes interrogés, généralistes et spécialistes confondus. Un score qui, bien que non comparable stricto sensu, se rapproche des 86 % de MG de la Vienne qui se disaient globalement satisfaits des prises en charge réalisées au CHU de Poitiers en 2009 (40). Pour sa part, le

CHU de Grenoble obtenait en 2010 des scores très proches de ceux du CHMS (12,41). La partie du questionnaire grenoblois qui reprenait l'outil du CCECQA révélait une satisfaction globale à 55,5 sur 100, avec le constat d'une détérioration en dix ans (note de 63 sur 100 en 2001 (11)).

*Figure 2 : Comparaison des enquêtes ayant utilisé le questionnaire SAPHORA-CE 2009® (Enquête expérimentale CCECQA 2008 - CHU Poitiers 2009 - CHU Grenoble 2010 – Campagne CHMS 2018)*

Etude	Participation	Satisfaction globale	Accès aux soins	Qualité des soins	Organisation de la sortie	Continuité des soins	Courrier de fin d'hospitalisation
CCECQA 2008	34,8%(courrier) 47% (téléphone) n= 1863	75/100	69/100	78/100	74/100	66/100	70/100
CHU Poitiers 2008	n= 163 / 472 35,4%	86.00%	40.00%	94.00%	61.00%	60.00%	-
CHU Grenoble 2008	n= 327/778 42%	55,5/100	43,9/100	66/100	29,3/100	45/100	35,9/100
CHMS 2018	n= 137/279 49,1%	66/100	52/100	69/100	41/100	59/100	52/100

Les services rendus par le CHMS sont diversement appréciés. La qualité des soins est majoritairement reconnue, avec une note de 69 sur 100 - là encore sans différence entre les deux sites (69,1 pour Chambéry versus 68,6 pour Aix-les-Bains). C'est en particulier les soins dispensés en ambulatoire et en hospitalisation complète qui semblent répondre le mieux aux attentes des généralistes (respectivement 71 sur 100 et 72 sur 100), ainsi que les prises en charge diagnostiques (70 sur 100) et thérapeutiques (68 sur 100). La qualité des courriers de sortie n'est pas non plus remise en cause (69 sur 100).

A l'inverse, l'organisation de la sortie est le point le plus critique du séjour à l'hôpital selon les MG, avec le score de 41 sur 100. C'est essentiellement le manque d'association à la planification de la sortie qui est le plus décrié (29 sur 100), associé à une information insuffisante concernant la date de sortie (39 sur 100). Les MG stigmatisent également leur mise à l'écart du projet thérapeutique des patients pendant l'hospitalisation, puisque leur participation à ce projet reçoit le deuxième plus mauvais score (34 sur 100).

L'absence de concertation et de prise en compte du MG que soulignent ces scores est à rapprocher des commentaires des CE interrogés évoquant un manque de considération et une méconnaissance de la réalité ambulatoire par les praticiens hospitaliers. Les MG du bassin autour du CHMS l'expriment de manière parfois acerbe. « Trop souvent encore l'impression que ce qui a été fait en Ville avant l'hospitalisation n'existe littéralement pas et encore plus souvent l'impression d'être mis devant le fait accompli à la sortie » ; « le MT n'est pas informé directement. souvent le patient n'a pas de consignes directes : "voyez avec votre MT" qui n'a pas de compte rendu rapide (...) » (Annexe). Or les généralistes ont réellement besoin d'indications précises sur le suivi post-hospitalisation (3,9,10,15,42). Les omnipraticiens déplorent une « méconnaissance fréquente de [leur] réalité de travail et de [leurs] compétences » (commentaire Annexe) (43). Les difficultés et les contingences propres à l'exercice de la médecine générale libérale paraissent tout simplement occultées par les hospitaliers : « ils [médecins hospitaliers] ne connaissent pas nos difficultés. Certains ne tiennent pas compte qu'un avis téléphonique peut suffire afin d'organiser une hospitalisation au lieu d'attendre la case urgence. (...) sachant que nous sommes tous à travailler en flux tendus » (Annexe). Et bien souvent, les généralistes ne savent pas comment s'intégrer dans un projet dont ils

ont été écartés, confrontés qu'ils sont à une répartition des rôles entre eux et les hospitaliers peu claire (44). Une prise en charge conjointe au contraire apporte un plus au généraliste, au spécialiste et bien sûr au patient, surtout le patient chronique. Preuve qu'une répartition des rôles peut se faire harmonieusement, dans une étude bordelaise récente axée sur le lien entre médecine générale et médecine interne, 66 % des médecins interrogés n'estimaient pas perdre de vue un patient par ailleurs pris en charge de manière globale par un service de médecine interne. En matière de gestion des effets indésirables liés aux traitements spécifiques de la pathologie chronique, ils étaient 128 médecins (78%) à les gérer conjointement avec l'aide du médecin interniste. 16 % (n= 26) se sentaient capables de les gérer seul en soins primaires (44). La relative ignorance de l'hôpital sur ce qui se passe hors de ses murs ne s'arrête pas à l'exercice des confrères libéraux et pourrait rejoindre le célèbre carré de White. Selon la même étude précédemment citée, 71 % de généralistes rapportaient que l'hôpital a souvent une connaissance très insuffisante de la situation des patients à domicile, dans leur « biotope », dans leur quotidien du « monde réel » (44).

Le manque de considération se combine à une impression de ne pas être reconnu par leurs confrères hospitaliers (13,40,41,44-47), en tout cas bien moins que leurs homologues spécialistes libéraux (13,48). Un peu comme s'ils étaient incompetents. « (...) Ne m'a t'on pas dit que pour suivre une patiente en oncologie gynécologique, il fallait savoir faire un examen gynécologique !!!!! quel mépris ou quelle ignorance du savoir et du savoir faire des MG !! Faut-il être un grand urologue pour doser et interpréter des PSA par exemple !?? (...) » (Annexe). Le déficit de confraternité parfois perçu n'est pas spécifique au CHMS (40,45,49) .

A la lueur de ce qui vient d'être dit - sur la perception de manque de reconnaissance, de connaissance et de considération de la médecine de ville par l'hôpital -, et dans la droite ligne de l'évolution de la médecine générale sur la décennie qui vient de s'écouler (39), quelques commentaires des généralistes du bassin chambérien - aixois réaffirment la spécificité de leur exercice : rôle propre de coordination et d'orientation, approche holistique et globale contrairement aux spécialistes d'organes. Ils voient mal comment les hospitaliers pourraient se substituer à leur rôle et mission propres. « (...) le MT est négligé quant à la prise en charge et le suivi du patient, le patient est saucissonné par autant de spécialistes que d'anomalies découvertes même si celles ci sont déjà connues et prises en charge par le MT. Le spécialiste hospitalier fait de plus en plus de médecine générale, semblant ignorer ses confrères d'où un surcoût des soins et une embolisation des planning de chacun, ce qui explique en partie la difficulté rencontrée pour avoir un rendez vous justifié. Les spécialistes (et leurs internes) sont des techniciens de la médecine, explorant le patient dans tous les sens selon une liste plus que se basant sur une sémiologie clinique. LAISSEZ FAIRE LA MEDECINE GENERALE aux médecins généralistes, ils savent faire! »

A un certain oubli du généraliste du circuit hospitalier des patients se greffe un transfert d'information entre la ville et l'hôpital sous optimal. Le déficit, en France comme à l'étranger, touche l'information sur l'hospitalisation, pendant le séjour, et l'information sur et à la sortie (10,13,19,42,46). Pourtant, « un coup de fil du médecin en cours/fin d'hospitalisation serait agréable » (Annexe), pour informer des cas urgents, des décisions de prise en charge, de changements de thérapeutique, ou signaler un décès (10,42,49,50). Ce besoin d'être contacté est encore plus vrai aux urgences, spécialement

quand le généraliste est l'adresseur, pour obtenir le diagnostic final (50). Une situation à l'inverse critique lorsque le médecin adresseur n'est pas le médecin référent : « quand nous ne sommes pas le médecin traitant, nous n'avons aucune nouvelle du diagnostic et des soins apportés au patient. » (commentaire Annexe).

Les doléances se concentrent particulièrement au moment crucial de la sortie. Un peu moins de deux tiers de MG étaient mécontents vis-à-vis du CHU de Poitiers en 2009. A Grenoble en 2010, 18 % n'étaient jamais impliqués dans le retour à domicile sur les 327 médecins ayant renvoyé un questionnaire exploitable. Même ordre de grandeur d'insatisfaits de la sortie - un quart sur la centaine de MG répondants - dans une enquête meusienne la même année (51). En 2007, les généralistes nantais étaient 30 % à se dire rarement associés (52). Poindron (19) étend ce constat à l'ensemble de la population médicale libérale francilienne, généralistes et spécialistes confondus : 23 % seulement en 2006 se disaient tenus au courant de la sortie, soit 77 % ignorant l'information. Hesselink rapporte l'opinion (44) chez 95 % de MG néerlandais selon laquelle une information sur les soins et traitement leur est nécessaire et doit leur être prodiguée à la sortie.

A l'autre extrémité du parcours du patient, l'appréciation de l'accès aux soins au CHMS pourrait être qualifiée de « mi-figue, mi-raisin » avec une note globale de 52 sur 100, plus élevée qu'à Grenoble en 2010 (44 sur 100). On peut faire l'hypothèse d'un accès direct d'autant plus délicat que la taille de l'établissement va croissant, avec le summum atteint pour les centres universitaires. La présente étude donne l'impression subjective d'une note relativement élevée sur l'item « délai de prise en charge des patients sur demande d'hospitalisation faite en urgence » (58 sur 100), sans qu'on puisse déterminer

quel délai est jugé véritablement satisfaisant par les généralistes. On sait que la possibilité d'hospitaliser les patients directement dans les services, sans passage obligé par le SAU, est une priorité pour beaucoup sinon tous les MG (9,49). La difficulté à faire admettre directement le patient est donc fréquemment soulignée, quoique diversement. Près de 80 % de médecins palois ( n=106 ) évoquaient ce souci en 2014 (46), seulement 30 % à Grenoble en 2010 (12). Même constat déplorant un recours forcé aux urgences en bordure du Rhin en 2009, et ce d'autant plus que le patient était « étiqueté comme indésirable » (personnes âgées, sevrage alcoolique ou patients ayant des antécédents psychiatriques) (53). A l'opposé, les 91 médecins généralistes travaillant avec l'hôpital de Nantes étaient à 75 % entièrement satisfaits du délai séparant la demande d'hospitalisation et l'admission réelle du patient (52). Le CHMS paraît donc se trouver quelque part dans l'entre-deux. Ses chiffres sont plus proches de l'enquête de Jourdain (40) et Beden (11). A noter sur la question de l'hospitalisation directe que les spécialistes libéraux semblent mieux lotis que leurs homologues généralistes, si l'on se réfère à l'enquête menée en 2007 au CHU de Bichat (13).

Curieusement, les délais semblent plus satisfaisants aux yeux des MG pour les demandes d'hospitalisation en urgence que pour celles programmées, ou que les demandes de consultations en urgence. Là encore, les difficultés à obtenir un rendez-vous pour une hospitalisation ou une consultation spécialisée (12) ou avec des délais d'attente jugés très longs (50) ne sont pas isolées. A Poitiers, les MG étaient à 60 % insatisfaits, par rapport au délai de prise en charge, lors de la demande d'un rendez-vous en consultation (74 %) ou d'un examen complémentaire (68 %). Néanmoins, les chiffres bruts de notre enquête ne permettent pas d'établir une compréhension fine des



dynamiques sous-jacentes. On ne peut à ce stade faire que des supputations. La différence tient sans doute à une variabilité interservice et selon les filières. Certains services comme le Court Séjour Gériatrique du CHMS essaient en effet, autant que faire ce peu et dans la limite de leurs capacités d'accueil, de privilégier les entrées directes. Il serait intéressant et pertinent de mener une étude dédiée et plus approfondie sur les différences d'opinions des généralistes selon les services du CHMS, comme cela a pu être fait ailleurs (12).

Un autre élément rapporté dans les commentaires libres, et fréquemment décrié dans la littérature, est la difficulté pour les MG à identifier le médecin hospitalier responsable de leur patient (11,12). Là encore se manifeste l'inégalité spécialiste-généraliste puisque les MG contactent plus difficilement un confrère hospitalier que les spécialistes (48 % des MG versus 35 % des spécialistes) (13). Ce défaut d'accessibilité des médecins hospitaliers - point faible cité par 44 % de MG chez François (12) - a pour corollaire le manque de communication et de relations entre les deux interlocuteurs. Et ce alors même que tous deux sont majoritairement d'accord sur l'importance de savoir qui contacter et de l'accessibilité de l'hôpital pour les MG, et vice versa (44). Le CHMS n'échappe pas à la tendance. Les relations entre MG et médecins de l'établissement sont jugées plutôt bonnes (64 sur 100), et peut-être un peu meilleures à Aix-les-Bains (69 sur 100) qu'à Chambéry. L'échange d'informations se maintient dans un entre-deux (54 sur 100), et rejoint le délai de réception du courrier de fin d'hospitalisation et son score passable de 48 sur 100. Les commentaires libres des MG correspondants du CHMS sur des courriers trop tardifs abondent dans le sens des données de la littérature, pléthorique en la matière (10-12,19). En 2007, le délai de réception était rapporté supérieur à quinze

jours par 59 % des spécialistes libéraux et 65 % des MG (13). En pratique, le courrier arrivait majoritairement après que le MG eût revu le patient, contrairement à la plupart des spécialistes. De manière intéressante, il existait une corrélation statistiquement significative entre le fait d'être MG et de recevoir le CRH après avoir revu le patient, en miroir de la corrélation identique entre le fait d'être spécialiste et de recevoir le CRH avant de revoir le patient. Ailleurs (6,7), le délai légal de 8 jours se trouvait respecté. Les courriers parvenaient aux MG dans 8,5% en moins de 48 heures, et dans 99% des cas dans les 8 jours maximum. Pour autant, plus de deux-tiers des médecins généralistes déclaraient ne pas avoir eu le CRH à disposition lors de la première consultation (7). La disponibilité des CRH est donc souvent très variable (5) alors qu'elle est un des facteurs principaux de qualité du CRH pour les généralistes. Malheureusement, alors même que la qualité des courriers au CHMS n'est pas mise en cause - note parmi les plus hautes, à 69 sur 100 -, on ne sait rien dans notre étude du pourcentage de courrier jamais reçus. Selon les travaux, ce pourcentage varie de 33 % (19) jusqu'à 73 % (4).

Un dernier point qui mérite qu'on s'y attarde concerne les modes de communication souhaités par les généralistes correspondants du CHMS. Le recours aux messageries sécurisées revient à plusieurs reprises dans les commentaires. Elles prennent de plus en plus d'ampleur en France (7,12,41,42,54), même si le constat en 2015 était encore en faveur de la version papier et de la voie postale (7). Près de 50 % des généralistes selon Clanet (7) et 85% dans une étude normande récente (55) recourent à une boîte mail sécurisée type MS santé. Rhône-Alpes se montre dynamique dans le domaine, et va plus loin dans la démarche avec, comme on l'a dit, le développement des plateformes interconnectés du SISRA. Plusieurs médecins interrogés insistent d'ailleurs fortement sur

son intérêt et leur souhait d'une utilisation systématique du SISRA par les médecins hospitaliers. Les applications bénéfiques de la généralisation de l'informatique, ne serait-ce que pour la transmission des courriers de sortie (4–6), ne sont plus à démontrer. Et pour les récalcitrants à ZEPRA et autres adeptes du format papier, une notion préexistante, qui vise elle aussi à réduire le laps de temps entre la sortie du patient et le moment où le généraliste reçoit l'information, a été réhabilitée en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé (1). La « lettre de liaison » est un rapport provisoire d'hospitalisation comportant diagnostics, traitements et soins paramédicaux reçus et à poursuivre. Elle doit être remise à sa sortie au patient, lequel devient le véhicule de l'information entre l'hôpital et la ville.

## **VALIDITÉ**

Avec une participation de 49 %, cette étude se place dans la moyenne des taux de réponse rencontrés dans la littérature pour des enquêtes similaires. On peut citer par comparaison les 43% sur les 337 questionnaires envoyés par Giraud (41) ou les 51 % de répondants sur l'effectif initial de 271 de Sailliol (46). Le nombre de répondants en absolu de 137 MG fournit une puissance suffisante pour donner des résultats tangibles, avec une précision des résultats satisfaisante (intervalle de confiance à 95 % et écart-types suffisamment restreints).

La méthodologie utilisée dans la présente enquête ne suit pas les recommandations fournies par le guide d'utilisation du questionnaire SAPHORA-CE 2009<sup>®</sup>(38). Il est recommandé par le CCECQA en effet, pour les « établissements à fort recrutement », c'est-à-dire touchant un nombre de CE au moins égal à 150 – cas du CHMS en l'occurrence – d'obtenir un minimum de 80 réponses. Ce calcul décrit dans le guide (38) se fonde sur les données de la littérature, sur la base d'une estimation d'un taux de satisfaction a priori égal à 70% (à plus ou moins 10% près) ; et en tenant compte du taux de réponse – le taux de réponse pris comme référence étant 60%. Pour le CHMS, le taux de satisfaction s'approche des 70 %, pour un taux de réponse cependant moindre, un peu au-dessous de 50 %. Pour autant, l'effectif de 137 répondants demeure concordant, puisqu'il représente près d'une fois et demi la limite fixée à 80 réponses.

## **BIAIS & LIMITES**

Il s'agissait d'une enquête de satisfaction et non d'une enquête d'image. Elle devait donc reposer sur un outil de mesure fiable et validé. Le questionnaire SAPHORA-CE 2009<sup>®</sup> offrait en outre une possibilité de reproduire des mesures intra-établissement et inter-établissement, et de suivre l'amélioration des pratiques dans le temps. Surprenamment, l'instrument du CCECQA a été très peu utilisé alors même qu'il a fait l'objet d'un gros travail de bibliographie, d'élaboration et de test en milieu réel. L'aspect de gain de temps, en épargnant toute la phase préparatoire de conception, a été une motivation supplémentaire dans le choix du questionnaire SAPHORA-CE 2009<sup>®</sup>.

Il était essentiel par ailleurs que la base de sondage, en tant que liste exhaustive des correspondants externes susceptibles d'être interrogés, fût construite à partir de sources internes au CHMS. La question de l'échantillon d'étude se posait puisque la population des correspondants externes était trop importante pour être interrogée dans son ensemble par un seul investigateur. C'était également un moyen de minimiser les biais. En effet, l'intérêt d'une enquête transversale effectuée par sondage sur échantillon - par rapport à l'interrogatoire exhaustive de toute une population - est justement de limiter le biais de sélection, et particulièrement celui lié aux non-réponses (56).

La raison qui sous-tend le recours à un mode informatique d'enquête était triple : facilité d'usage, gain de temps et moindre coût par rapport à un envoi postal des questionnaires. La saisie dématérialisée permettait un suivi en temps réel du taux de réponse et une analyse rapide des résultats par la plateforme eFORAP. Ce choix d'une diffusion par internet du questionnaire exposait néanmoins à un biais de recrutement. Il n'existait pas de format papier pour les médecins sans adresse mail ou connexion

internet. On parlait du postulat, selon la tendance actuelle, que ces derniers étaient devenus minoritaires. Par exemple, en 2017, sur un échantillon de 84 MG, 85 % étaient favorables à l'utilisation de la boîte mail sécurisée type MS santé (55). En 2014, le courriel comme mode d'échange privilégié avec l'hôpital était au coude à coude avec le courrier postal (46). On voit d'ailleurs que le courrier postal pour le cas spécifique du CRH était en passe de se faire supplanter au profit de la messagerie électronique dans les années 2012-2013 (42,54).

Le caractère auto-administré du questionnaire laissait la liberté au médecin de répondre quand il voulait, avec l'idée sous-jacente d'augmenter ainsi le taux de réponse et leur qualité (55). Dans la même optique, le choix de recourir à un identifiant personnel permettait un suivi régulier du taux de réponse - 2 états de saisie ont eu lieu pendant la période de recueil – avec la possibilité de faire des relances personnalisées. Ces relances ont eu lieux à deux reprises par mail envers tous les CE n'ayant pas encore répondu, et de manière aléatoire par téléphone auprès d'une cinquantaine de médecins. Dans la majorité des cas, le médecin n'était pas directement joint, c'est au travers de la secrétaire que se faisait la relance. C'est sans doute ce qui a permis un taux de participation de 49 %. Il est très probable qu'un lien téléphonique direct, qui aurait nécessité davantage de temps, eût pu favoriser l'obtention de taux de retour plus élevés. Au demeurant, ce mode auto-administré a pu lui aussi participer au biais de sélection, en sur-représentant les extrêmes (les mécontents plus particulièrement). Le mode de calcul des indicateurs et items adopté par le CCECQA permettait cependant de réduire ces effets d'extrêmes.

L'avantage des questions fermées est d'obtenir des réponses standardisées, de traitement plus facile. La partie de commentaires libres favorisait parallèlement une

expression plus spontanée, plus riche et plus variée, surtout pour les critiques négatives. Peut-être a-t-elle même pu servir d'exutoire pour les plus mécontents. De leur côté, les éléments de caractérisation du correspondant externe et de ses rapports avec le CHMS ne préjugeaient en rien des données socio-démographiques. Les données personnelles -âge, sexe, ancienneté et mode d'exercice de la médecine libérale notamment - manquent pour s'assurer de caractéristiques similaires entre participants et non-participants. Il existe aussi un risque de non-représentativité vis-à-vis d'autres populations de généralistes, en France et à l'étranger.

L'effet-centre est une autre limite de l'étude sur le CHMS. Elle s'est déroulée à une échelle locale, et ne concerne qu'un seul établissement de santé, ce qui la rend théoriquement non généralisable et limite sa portée. Par ailleurs, si les tendances sont identiques sur les deux sites du CHMS, la taille de la population est trop faible pour permettre une analyse en sous-groupe valable (98 questionnaires exploitables sur Chambéry et seulement 32 sur Aix-les-Bains). Pour autant, et comme le souligne Desvages-Novello (55) dans une enquête similaire, cette absence de représentativité importe peu puisque le but était de faire ressortir les pistes à améliorer pour optimiser les échanges localement. Au delà, et indépendamment des spécificités autochtones propres à chaque centre, le trait brossé ici au CHMS semble se retrouver ailleurs en France, et hors frontières. La carence de communication entre la ville et l'hôpital n'est ni un problème nouveau, ni une difficulté totalement résolue malgré les nombreuses propositions d'amélioration envisagées (2,43,57-59).

Les motifs de non-réponse n'ont pas été recueillis. Quelques éléments peuvent néanmoins être appréhendés à partir des retours à l'occasion d'échanges

téléphoniques en cours de recueil, ou de mails reçus suite aux relances. Plusieurs médecins témoignaient de leur intérêt pour le sujet abordé par l'enquête. Ceux qui ont refusé de participer avançaient l'argument du manque de temps. Deux ou trois étaient signalés par les secrétaires comme indisponibles, soit très ponctuellement – vacances, congés – soit de manière plus prolongée – arrêt maladie ou congé maternité. A noter que des généralistes parmi l'échantillon de 85 aléatoirement choisis et sans adresse mail n'ont jamais répondu au téléphone malgré plusieurs tentatives. Sailliol (46) fait le même constat, chiffré.

Enfin, on peut déplorer le non respect du protocole tel qu'élaboré au départ. La deuxième relance n'a en effet pas eu lieu par téléphone. Cette discordance entre le protocole et son application tient au fait qu'il est apparu illusoire, lors du recueil, de joindre tous les CE non répondants. Le premier état de saisie à dix jours du lancement du questionnaire faisait montre d'un taux de participation de 18 %. Un temps considérable dont ne disposait malheureusement pas l'investigatrice, aurait été nécessaire pour contacter les 228 MG non répondants. De là l'alternative plus réaliste, et un peu moins contraignante, de contacter téléphoniquement un échantillon de 50 MG. L'objectif de la relance téléphonique était surtout d'améliorer le taux de réponse, à double titre. Primo, le contact direct et personnel du généraliste le sensibilisait davantage à la démarche et pouvait l'inciter à participer plus volontiers à l'enquête. Deuzio, l'appel était l'occasion de vérifier l'exactitude des adresses de messagerie.

La base de sondage fournie par le DIM a demandé un gros travail préparatoire de tri, du fait de multiples erreurs. Les anomalies portaient essentiellement sur la spécialité des médecins, voire sur la profession même du professionnel adresseur - plusieurs



kinésithérapeutes et psychologues "égarés" au sein de la liste du DIM. Les données pouvaient être périmées (MG partis en retraite, ayant changé de département d'exercice...) , en l'absence de protocole de réactualisations régulières. A ce titre, il est utile de savoir que cette base repose sur le travail des secrétaires d'accueil des urgences. L'item « médecin traitant » n'est pas toujours différencié de l'item « médecin ou professionnel adresseur ». De surcroît, en l'absence de standardisation du recueil, plusieurs noms peuvent correspondre en fait à un seul et même professionnel - selon qu'il est écrit avec un accent ou non, un tiré ou sans, en majuscules ou minuscules. Nombreuses étaient les erreurs de frappe relevées, dans un contexte qu'on imagine rétrospectivement fait de stress, de précipitation et de fatigue, par des secrétaires couvrant les plages horaires de nuit. Enfin, des discordances existaient entre les informations fournies par les Pages Jaunes et celles du CNOM (plusieurs noms de MG figurant dans une base de données mais pas dans l'autre).

Les difficultés de recueil ont été expérimentées avant cette étude par le CCECQA lui-même, lors de son enquête test en 2007. Le document de synthèse fait état des mêmes problèmes inhérents soit à l'absence de base existante, soit une absence de mise à jour (20). Les auteurs du rapport suggéraient une charge moyenne de travail par établissement de santé de 3 jours. Eux aussi constataient que le contact téléphonique avec les MG aboutissait à une plus grande participation, sans pour autant impacter les résultats des indicateurs.

Les erreurs dans la base de sondage se retrouvent dans l'analyse des résultats avec 5 médecins généralistes (4 % de l'effectif) qui disent n'avoir adressé aucun patient au CHMS sur l'année écoulée. On compte notamment un médecin parti en retraite et un

médecin qui n'est pas le référent, lesquels ont échappé à la sélection initiale sur critères d'exclusion. Ce constat soulève aussi la question du fondement de leurs perceptions et appréciations du CHMS. Quelle valeur accordée en effet aux réponses d'au moins quatre de ces médecins, s'ils n'ont pas eu l'opportunité d'expérimenter les services du CHMS ?

L'exploration des préférences des MG dans le choix d'un établissement hospitalier vers qui adresser leurs patients et les déterminants de ce choix auraient pu fournir des éléments de compréhension et d'analyse supplémentaires. Les MG du bassin préfèrent-ils recourir au CHMS ou plutôt aux cliniques privées ( Herbert à Aix-les-Bains, Médipôle pour la zone de Chambéry) ? Quid des MG situés à mi-distance des centres hospitaliers d'Aix ou d'Annecy ? Ceux proches de l'hôpital d'Albertville ou du CHU de Grenoble ? Sur le choix des MG d'orienter un patient pour une hospitalisation ou une consultation vers tel établissement plutôt qu'un autre, les données de la littérature sont hétérogènes. Elles semblent impactées par des contingences locales. Chez Nguyen (53), « les médecins généralistes adressent leurs patients à peu près autant dans le privé (18 %) que dans le public (21 %), mais cela dépend surtout des patients (61%). » Les MG installés autour du CHU de Poitiers (40) étaient 63 % à préférer travailler avec d'autres établissements [établissements privés]. Les motivations entre généralistes et spécialistes libéraux différaient pour adresser leurs patients au CHU de Bichat (13) : le facteur de proximité jouait pour 69 % des généralistes, quant la priorité pour les spécialistes revenait à leurs relations médicales et au type de pathologie. Dans la région bordelaise l'an dernier (47), les rapports et les relations avec les médecins internistes étaient jugées plus faciles et plus rapides avec les services du secteur privé que ceux du public, en particulier ceux du CHU. Même constat en 2010 à Grenoble de meilleures relations avec les cliniques privées

(41). L'exploration des relations généralistes – CHMS ou établissements privés ouvre au demeurant à celle des rapports entre le CHMS et ses autres partenaires de soins institutionnels (cliniques privées et CH)

## **PERSPECTIVES**

Une restitution des résultats est prévue, auprès des praticiens hospitaliers du CHMS, et de tous les MG sollicités lors de cette étude. L'état des lieux fourni devrait ainsi permettre de sensibiliser acteurs de ville et hospitaliers à leurs implications réciproques et à l'impact positif d'un travail conjoint à l'occasion de l'hospitalisation des patients. Travailler à fluidifier l'interface ville-hôpital pourrait s'inscrire dans le projet d'établissement du CHMS, à l'issue d'une présentation des résultats en Commission médicale d'établissement. Ceux-ci viendraient en soutien des équipes qualité du CHMS et les guider dans l'élaboration des interventions visant à améliorer les relations et la coordination entre les professionnels du CHMS et les acteurs externes.

La démarche qualité entamée par notre enquête pourrait être étendue aux établissements satellites et/ou interlocuteurs privilégiés du CHMS. On pourrait envisager de s'intéresser à l'opinion des autres partenaires du bassin. Il s'agit de la Clinique Herbert à Aix-les-Bains et de Médipôle à Challe-les-Eaux pour le secteur privé. On compte aussi les sept autres centres hospitaliers appartenant au groupement hospitalier de territoire (GHT) Savoie-Belley pour le public, et qui réunit depuis le 1er juillet 2016 les CH d'Albertville-Moùtiers, de Saint-Pierre-d'Albigny, de Bourg-Saint-Maurice, de Saint-Jean-de-Maurienne, de Modane, le centre hospitalier spécialisé (CHS) de la Savoie et le CH de Belley - le seul à ne pas se trouver en Savoie, mais dans l'Ain. Dans une perspective d'action coordonnée et de partenariat, se pencher sur la perception du transfert d'information et sur les relations entre les praticiens de ces établissements s'avérerait complémentaire à notre étude du lien avec les généralistes. Qu'en est-il en effet des

relations et de la continuité de prise en charge entre ces huit établissements publics de santé ? On pourrait tout à fait envisager la mise en place d'une évaluation commune et standardisée au huit CH, afin que chaque membre du GHT puisse bénéficier de l'expérience des autres là où il se trouve mis en défaut.

Il semble dans l'intérêt du CHMS par ailleurs de conduire ultérieurement des enquêtes similaires plus ciblées, service par service ou pôle hospitalier par pôle. On a vu en effet que l'opinion des médecins généralistes variait beaucoup selon les services. La qualité de l'interface ville-hôpital dépend des équipes et de facteurs humains qui relèvent de la culture organisationnelle, de l'aptitude aux relations interprofessionnelles et de la conscience du parcours de soin (12). L'aperçu fourni par les commentaires libres que les MG ont laissés et qui sont reproduits en annexe incite à combiner l'approche quantitative à des champs exploratoires complémentaires de type qualitatif. Cela susciterait ainsi une analyse approfondie des dysfonctionnements de l'établissement et des propositions d'actions correctives (56).

Face aux commentaires, notamment quant à la difficulté d'avis dans certaines filières comme la neurologie, ne pourrait-on s'appuyer sur les outils déjà opérationnels au CHMS et ayant fait leur preuve, comme le site INFMED Savoie ? Ce forum libre et gratuit, créée en 2008 spécialement dans l'optique « d'améliorer la circulation de l'information entre professionnels de santé de Savoie », permet l'échange principalement sur des sujets d'actualité en maladies infectieuses et la diffusion de conseils ou de réponse interactive sur l'antibiothérapie notamment. En 2015, il était utilisé par deux tiers de médecins, avec une activité croissante. Cet outil était jugé utile pour la « pratique quotidienne de la

médecine générale » et le « renforcement du lien ville-hôpital à l'échelle du département », et recevait une note de satisfaction des utilisateurs de 8 sur 10 (57).

## **QUELQUES PISTES SUPPLÉMENTAIRES**

L'absence d'une liste de MG claire, précise et à jour en interne au niveau du DIM vient démontrer la difficulté d'identifier les CE du CHMS. Il est le reflet d'un investissement partiel dans le dialogue de l'hôpital vers la ville. Cette base implémentée à l'admission en hospitalisation des patients, et essentiellement via la porte d'entrée des urgences pourrait être considérablement enrichie et renforcée avec un minimum de formation des secrétaires médicales. Mettre notamment l'accent sur un panel réduit mais incontournables d'informations à saisir- pour chaque professionnel adresseur, ses nom, prénom, adresse mail, adresse d'exercice et sa spécialité – offrirait un socle pour une gestion des CE optimisée.

Plusieurs MG du bassin ont souligné l'intérêt que pourrait représenter une utilisation plus systématique au SISRA. Recourir de manière généralisée et régulière à la messagerie électronique pour l'échange d'informations, pendant ou à la sortie d'hospitalisation du patient, en même temps qu'accéder à un véritable partage des informations médicales d'un dossier (10) facilitent grandement la coordination des soins.

Enfin, l'intérêt d'un lien personnalisé et l'importance de connaître ses interlocuteurs n'est plus à démontrer. Cleary le soulevait déjà en 1988 (37). Le CHU-Bichat en mai-juin 2007 a proposé comme un des axes d'action d'amélioration d'instituer « une réunion annuelle de rencontre "ville-hôpital" dans chaque pôle ou service de façon à instaurer une relation personnalisée qui permette d'identifier des interlocuteurs et des problématiques relevant de ces deux modes d'activité complémentaire. » Manière de privilégier et mettre

l'accent sur un mode de communication directe, « de nature à renforcer la confiance entre des acteurs de santé complémentaire ». Le CHU de Grenoble a emboîté le pas en offrant de créer des occasions de rencontres entre les équipes hospitalières et les médecins de ville lors de séances de formation continue et de journées « portes ouvertes » où les médecins traitants pourraient suivre l'activité d'une équipe hospitalière (12).

Le fait de se constituer un réseau d'interlocuteurs privilégiés est d'une particulière importance pour un MG. Deux tiers des MG avaient recours au CHU de Poitiers en 2009 quand ils avaient un interlocuteur privilégié (40). Ce réseau s'établit dans tous les cas par des contacts répétés à l'occasion d'échanges sur des patients communs « par l'intermédiaire des courriers et appels téléphoniques » même sans « forcément de liens physiques » (50). Des patients en commun forment une expérience de contact entre le généraliste et ses confrères hospitaliers de facto. Or cette création de réseaux de communication, et l'existence de bonnes relations personnelles, possiblement favorisés par des activités mixtes (libéral-hospitalier) renforceraient les échanges (53). De même que la participation à des staffs communs (52). La FMC – Formation médicale continue - est une autre occasion de fortifier les liens (45,58).

Si l'anonymat s'avère délétère, le contact direct facilite l'échange. Les acteurs de santé ont tout à gagner à rendre la communication plus humaine. L'essor des outils informatiques ne saurait remplacer une volonté véritable d'échange et de partage entre professionnels de tous horizons, et de lien entre ville et hôpital.



THESE SOUTENUE PAR : PERNOSSI Valérie

TITRE :

LIEN VILLE-HÔPITAL : LE POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN  
CHAMBERIEN-AIXOIS

## CONCLUSION

Améliorer l'accès aux soins tout en favorisant une meilleure coordination des acteurs de santé est une priorité de santé publique récurrente, réaffirmée par la récente Loi de Modernisation du Système de Santé de janvier 2016. L'enracinement dans les soins primaires va de paire avec une meilleure communication entre la ville et l'hôpital, comme en témoigne la remise au goût du jour de la lettre de liaison.

Cette enquête locale avait pour objectif d'explorer l'opinion des médecins généralistes correspondants du Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS) sur la qualité de ses services et des relations avec ses équipes hospitalières. Elle s'est fondée sur le questionnaire de satisfaction validé SAPHORA-CE 2009<sup>®</sup>, qui avait déjà été utilisé lors d'une précédente enquête similaire au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (CHU) en 2010. Ce questionnaire auto-administré a été envoyé par mail entre fin janvier et fin février 2018 auprès d'un échantillon de 279 médecins généralistes. Les médecins exerçaient dans le bassin sanitaire du CHMS, lequel regroupe les deux sites de Chambéry et d'Aix-les-Bains.

137 médecins généralistes ont répondu. Le taux de questionnaire exploitable était de 47 %. La note de satisfaction globale concernant le service rendu par le CHMS atteignait 66/100. Le score le plus bas concernait l'association à la planification de la sortie (29/100). La sortie semblait être le point d'acchoppement principal. Les médecins généralistes semblaient pointer une carence d'information sur la date de sortie et des délais de réception des courriers de fin d'hospitalisation non satisfaisants. Globalement ils attribuaient le score de 41/100 à l'organisation de la sortie. La participation au projet thérapeutique des patients pendant leur séjour à l'hôpital était également perçue comme insuffisante (34/100). A l'inverse, la qualité des soins était l'indicateur le mieux coté, à 69/100. Qualité qui se retrouvait dans les courriers de sortie (69/100) et dans les soins dispensés en ambulatoire et en hospitalisation complète (71 & 72/100). Que ce soit parmi sur le site de Chambéry, ou d'Aix-les-Bains, la tendance se retrouvait identique.

La situation en Savoie est ainsi très voisine de celle décrite à Grenoble 8 ans plus tôt. Avec une population de médecins répondants double de la présente enquête et un taux de réponse exploitable de 42 %, le CHU de Grenoble obtenait une note moyenne pour le même indicateur de satisfaction globale

de 55,5/100. Le score le plus élevé était lui aussi celui des soins dispensés aux patients (66/100) et le plus faible, de manière symétrique, la préparation de la sortie (29,3/100).

Cette étude vient illustrer à l'échelle locale un constat qui, au regard de la littérature, semble se pérenniser, toucher l'ensemble du territoire français, et s'étendre au-delà des frontières. Il semble que les apports législatifs successifs récents se heurtent encore à une certaine inertie de terrain. La défaillance de l'interface ville-hôpital continue de se cristalliser au moment critique de la sortie. L'implication du médecin traitant reste sporadique et la latence dans la transmission de l'information affecte les intervenants d'aval. Pour que le médecin généraliste puisse avoir les moyens d'assumer pleinement son rôle de coordonnateur central dans le parcours de soins des patients, il reste encore du chemin à faire.

Fluidifier la communication et renforcer le passage de relais à l'étape clé de la sortie paraissent être deux pistes essentielles pour améliorer le lien ville-hôpital. Sur la base du constat initié par cette enquête, il semblerait pertinent de poursuivre la démarche qualité de l'établissement par une réflexion sur des mesures d'amélioration et leur mise en place au sein du CHMS. Cette enquête pourrait alors servir de point de repère pour des évaluations ultérieures, et pour apprécier l'impact des mesures engagées. Au delà, un recours à l'outil validé SAPHORA-CE 2009<sup>®</sup> étendu à d'autres centres pourraient permettre des comparaisons interhospitalières, dans une dynamique collective d'amélioration, une meilleure continuité et une plus grande sécurité des soins aux patients.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 15/03/2018

LE DOYEN

Patrice MORAND

  
Le Doyen de l'UFR de Médecine  
Pr. Patrice MORAND



LE PRÉSIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR P.FRANCOIS

## RÉFÉRENCES

1. Texte adopté n° 505 - Projet de loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. [cited 2018 Mar 5]. Available from: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp>
2. Bansard M, Clanet R, Raginel T. Proposition d'un contenu standardisé et raisonné pour les lettres de liaison et les comptes-rendus d'hospitalisation à destination du médecin traitant, Proposal of standardised and logical templates for discharge letters and discharge summaries sent to general practitioners. *Santé Publique*. 2017 Mar 14;29(1):57–70.
3. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Serv Res*. 2007 Aug 24;7:133.
4. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner–hospital communications: A review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract*. 2001 Dec 1;21(4):104–8.
5. Robelia M. P, Kashiwagi D, M. Jenkins S, S. Newman J, Sorita A. Information Transfer and the Hospital Discharge Summary: National Primary Care Provider Perspectives of Challenges and Opportunities. *J Am Board Fam Med*. 2017 Nov 1;30:758–65.
6. Carneiro B, Paré F, Roy PM, Fanello S. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes, Quality of hospital emergency department discharge summaries to general practitioners. *Santé Publique*. 2014 May 27;26(2):165–72.
7. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Santé Publique*. 2015 Dec 31;27(5):701–11.
8. Bolton P, Mira M, Kennedy P, Lahra MM. The quality of communication between hospitals and general practitioners: an assessment. *J Qual Clin Pract*. 1998 Dec;18(4):241–7.
9. Bertrand D, François P, Romanet P. Le point de vue des médecins généralistes sur l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital. *Santé Publique*. 1999;11(4):453–463.
10. Galinski Hubert. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ?- ClinicalKey [Internet]. 2009 [cited 2018 Feb 11]. Available from: <https://www.clinicalkey.fr/#!/content/playContent/1-s2.0-S0755498209001961?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0755498209001961%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
11. Beden C, François P, Beaudouin-Bertrand D., Caligula, F. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. *J Econ Médicale*. 2001;19(n°4):263–78.

12. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire: le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique*. 2014;26(2):189–197.
13. Wattiaux L Macrez. Relations médecine de ville-hôpital. Une enquête du CHU Bichat - Claude-Bernard. [Internet]. 2007 [cited 2018 Jan 21]. Available from: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/363518/>
14. Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Wachter RM. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. *Am J Med*. 2001 Dec 21;111(9, Supplement 2):15–20.
15. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):831–41.
16. Bell CM, Schnipper JL, Auerbach AD, Kaboli PJ, Wetterneck TB, Gonzales DV, et al. Association of Communication Between Hospital-based Physicians and Primary Care Providers with Patient Outcomes. *J Gen Intern Med*. 2009 Mar;24(3):381–6.
17. Makeham M, Mira M, R Kidd M. Lessons from the TAPS study: Communication failures between hospitals and general practices. Vol. 37. 2008. 735 p.
18. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians: finding common ground. *Arch Intern Med*. 2011 Jan 10;171(1):56–65.
19. Poindron, P.-Y. Carence de communication entre l'hôpital et la ville. *Le Concours Médical*. 2006 juin;23–4.
20. S. DOMEQ, S. AUSTRUY, J.VIOT, F. CADIOT, C POURIN. Evaluation de la satisfaction des correspondants externes : validation d'un questionnaire d'enquête, résultats de l'enquête expérimentale et éléments de validation – rapport régional, mars 2009.
21. Friedson E. *La profession médicale*. Payot. 1984.
22. Asmar MK, Wacheux F. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle: cas d'un hôpital universitaire. In: *Conférence Internationale en Management*. 2007. p. 57–75.
23. Attali C, Bail P, Magnier A, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 2006;20(730/731):525.
24. Cordier A, Chêne G, Duhamel G. Un projet global pour la stratégie nationale de santé - 19 Recommandations du comité des « sages ». 2013 Juin;147.
25. Tjerbo T, Kjekshus L. Coordinating health care: lessons from Norway. *Int J Integr Care* [Internet]. 2005 Nov 2 [cited 2018 Mar 5];5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1475729/>
26. Shortell SM, Singer SJ. Improving patient safety by taking systems seriously. *JAMA*. 2008 Jan 30;299(4):445–7.

27. Baicker K, Levy H. Coordination versus competition in health care reform. *N Engl J Med*. 2013 Aug 29;369(9):789–91.
28. Hesselink G, Vernooij-Dassen M, Pijnenborg L, Barach P, Gademan P, Dudzik-Urbaniak E, et al. Organizational Culture An Important Context for Addressing and Improving Hospital to Community Patient Discharge. *Med Care*. 2013 Jan 1;51.
29. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Rasmussen P, Pierson R, et al. A Survey Of Primary Care Doctors In Ten Countries Shows Progress In Use Of Health Information Technology, Less In Other Areas. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Dec 1;31(12):2805–16.
30. Le système d'information en santé de la région Rhône-Alpes (SISRA) | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cited 2018 Mar 22]. Available from: <http://esante.gouv.fr/actus/regions/le-systeme-d-information-en-sante-de-la-region-rhone-alpes-sisra>
31. Rubio Amélie. Avancée du programme PASCALINE en Rhône-Alpes : des premiers services disponibles pour les usagers et les professionnels de santé. *ARS Rhône-Alpes*; 2015.
32. Sharma G, Fletcher KE, Zhang D, Kuo Y-F, Freeman JL, Goodwin JS. Continuity of Outpatient and Inpatient Care by Primary Care Physicians for Hospitalized Older Adults. *JAMA*. 2009 Apr 22;301(16):1671–80.
33. Hellesø R, Lorensen M, Sorensen L. Challenging the information gap--the patients transfer from hospital to home health care. *Int J Med Inf*. 2004 Aug;73(7–8):569–80.
34. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966 Jul;44(3):Suppl:166-206.
35. Bertrand D. Évaluation de la qualité des comptes rendus d'hospitalisation au CHU de Grenoble [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 1996.
36. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1982. 1994 Feb;38(4):509–16.
37. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inq J Med Care Organ Provis Financ*. 1988;25(1):25–36.
38. Pourin Catherine , Djihoud Ahmed, (Ccecqa). Mesure de la satisfaction des correspondants externes des établissements de santé SAPHORA-CE 2009 © - Guide d'utilisation. 2016.
39. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE WONCA EUROPE 2002 [Internet]. [cited 2017 Jun 9]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
40. JOURDAIN J. A propos de la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital. Enquête concernant le CHU de Poitiers. Thèse d'exercice de médecine générale]. Poitiers: Université de Poitiers; 2009.

41. Giraud M. Coopération ville-hôpital: le point de vue des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2010.
42. Marie-Laure Bureau - Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cited 2018 Mar 5]. Available from: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/12802>
43. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012 Sep 18;157(6):417–28.
44. Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *Int J Qual Health Care*. 2013 Feb 1;25(1):66–74.
45. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. 2016 Mar 14;68.
46. Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. 2014 Oct 3;104.
47. Delas É. Évaluation des attentes des médecins généralistes envers les médecins internistes en Gironde. 2017 Jul 10;58.
48. Signol B, Rapilliard M-H. La communication ville-hôpital en 2016: constat et pistes d'amélioration. Dijon, France: Université de Bourgogne; 2016.
49. Romanet P. L'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital: le point de vue des médecins libéraux. 1997.
50. Hauguel, A. Relations entre les médecins généralistes et l'hôpital Louis Mourier et ses urgences en 2006, comparaison avec 1992. 2008.
51. Feintrenie, C. La sortie de l'hôpital: le point de vue des médecins généralistes. Une enquête auprès des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien. Thèse Exerc Univ Henri Poincaré Nancy 1. 2010;
52. Mandin F. Etude des relations entre médecine libérale et hospitalière : l'exemple de Montaigu [Internet]. 2007 [cited 2018 Feb 28]. Available from: <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjitrPSxOHYA hVBIVAKHUOGAc4QFggoMAA&url=http%3A%2F%2Farchive.bu.univ-nantes.fr%2Fpollux%2Ffichiers%2Fdownload%2F807bbf60-817f-47f2-af7e-68b592f503fb&usq=AOvVaw0exVSzCt2w-eID0RiC Y2g8>
53. Nguyen M-C. Les généralistes et l'hôpital: une enquête préparatoire aux auditions de la mission Larcher. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2009.

54. Devaux X. Évaluation par les médecins traitants de la qualité du compte-rendu d'hospitalisation en unité de soins aigus et de soins de suite et réadaptation en gériatrie au CHRU de Montpellier [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.
55. Desvages-Novello C, Aubourg A, Hermil J-L, Joly L-M, Ladner J, Merle V. État des lieux de la communication entre les urgences adultes du GHH Monod et les médecins généralistes de l'agglomération havraise. France; 2017.
56. Labarère, José F Patrice. Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins. Revue de littérature. Rev. Épidém. et Santé Publ., 1999, 175-184;
57. Voss R, Gardner R, Baier R, Butterfield K, Lehrman S, Gravenstein S. The Care Transitions Intervention: Translating From Efficacy to Effectiveness. Arch Intern Med. 2011 Jul 25;171(14):1232–7.
58. Soong C, Daub S, Lee J, Majewski C, Musing E, Nord P, et al. Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. J Hosp Med. 2013 Aug;8(8):444–9.
59. Ellis KA, Connolly A, Hosseinezhad A, Lilly CM. Standardizing Communication From Acute Care Providers to Primary Care Providers on Critically Ill Adults. Am J Crit Care. 2015 Nov 1;24(6):496–500.
60. AL Destrem , V Cubille, G Denetière, F Vié-Le-Sage, A Caprioli, S Biavat, N Gelbert, O Rogeaux, E Forestier CHMS. Evaluation d'un forum départemental d'échange d'informations en pathologies infectieuses, à travers l'analyse du profil des utilisateurs et des principaux motifs d'utilisation. 2015.
61. Fabre L, Birebent J, Rocher J-P. Communication ville-hôpital: qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2015.

# ANNEXES

## QUESTIONNAIRE SATISFACTION CE MARS 2018



### ENQUETE DE SATISFACTION DES CORRESPONDANTS EXTERNES

eFORAP CCECQA - novembre 2017

#

*Nous vous remercions d'indiquer, concernant les patients pris en charge, votre niveau de satisfaction pour chacun des thèmes proposés. Cochez une seule réponse par question exprimant le mieux votre ressenti vis-à-vis de notre établissement. Soyez spontané et sincère dans vos réponses.*

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
1. Êtes-vous globalement satisfait des prises en charge réalisées ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### A. ACCES AUX SOINS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC*
2. Êtes-vous globalement satisfait de l'accès aux soins ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
En particulier, êtes-vous satisfait :						
3. Du délai de prise en charge de vos patients lorsque vous demandez une <b>hospitalisation programmée</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Du délai de prise en charge de vos patients lorsque vous demandez une <b>hospitalisation en urgence</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Du délai de prise en charge de vos patients lorsque vous demandez une <b>consultation en urgence</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### B. QUALITE DES SOINS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC
6. Êtes-vous globalement satisfait de la qualité des soins dispensés ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<i>des soins dispensés en hospitalisation complète</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>des soins dispensés en ambulatoire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>des soins dispensés aux urgences</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En particulier, êtes-vous globalement satisfait :						
7. Des prises en charge diagnostiques ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Des prises en charge thérapeutiques ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NC = Non Concerné

Suivant





## ENQUETE DE SATISFACTION DES CORRESPONDANTS EXTERNES

eFORAP CCECQA - novembre 2017

#

### C. CONTINUITE DES SOINS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC
9. Êtes-vous globalement satisfait de la continuité des soins ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

En particulier, êtes-vous satisfait :

10. De la qualité des échanges d'information avec les médecins en charge de vos patients ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. De vos relations avec les médecins de notre établissement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Du suivi proposé à vos patients ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Préciser la ou les spécialités sur lesquelles vous avez des commentaires à faire concernant la continuité des soins :

### D. ORGANISATION DES SOINS

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC
13. Êtes-vous globalement satisfait de l'organisation de la sortie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<i>de l'organisation de la sortie en hospitalisation complète</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>de l'organisation de la sortie en ambulatoire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>de l'organisation de la sortie aux urgences</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En particulier, êtes-vous satisfait :

14. De votre association à la planification de la sortie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Des prises en charge sociales ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. De votre participation au projet thérapeutique de vos patients ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous des commentaires concernant l'organisation de la sortie de façon générale ?

### E. COURRIER DE FIN D'HOSPITALISATION

	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC
17. Êtes-vous globalement satisfait de la qualité du courrier de fin d'hospitalisation adressé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

En particulier, êtes-vous satisfait :

18. Du délai de réception du courrier ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. De l'information transmise concernant la date de sortie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous des commentaires concernant les courriers de fin d'hospitalisation de façon générale ?

Précédent

Suivant



## ENQUETE DE SATISFACTION DES CORRESPONDANTS EXTERNES

eFORAP CCECQA - novembre 2017

#

### POUR MIEUX VOUS CONNAITRE ...

Avez-vous des commentaires à ajouter ?

Vous exercez en tant que :

- Généraliste  Spécialiste

*si spécialiste, précisez :*

Au cours du dernier mois combien de patients avez-vous adressés à l'établissement ?

- Aucun  
 moins de 5  
 de 5 à 10  
 plus de 10

*si aucun, précisez la raison :*

En général, rendez-vous visite à vos patients hospitalisés ?

- Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

Rencontrez-vous des difficultés pour effectuer cette visite ?

- Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

*si souvent, parfois ou rarement, précisez :*

Quel est votre lien avec l'établissement ?

- Vous y exercez actuellement une activité  
 Vous y avez exercé une activité  
 Vous n'y exercez pas et n'y avez jamais exercé une activité

Pensez-vous être suffisamment informé(e) sur les différentes activités de notre établissement ?

- Oui, je suis suffisamment informé(e)  
 Non, je souhaite recevoir des informations  
 Non et je ne souhaite pas recevoir d'information

Pensez-vous connaître suffisamment les médecins exerçant dans notre établissement et leurs activités ?

- Oui, de nombreux  
 Oui, quelques uns  
 Non, très peu  
 Non, aucun

Selon vous, quel support de communication souhaiteriez-vous que notre établissement développe en priorité ?

- Communication par mail  
 Organigramme, Annuaire des activités  
 Site internet  
 Rencontre au sein de l'établissement  
 Autre

*vosre email*

*si autre, précisez :*

*si mail, précisez les éléments d'information que vous souhaitez recevoir :*

Précédent

*n'oubliez pas de valider votre saisie avant de quitter ...*

Valider

# RÉSULTATS CHMS 73

## Mesure de la Satisfaction des correspondants externe (CE)

CHMS 73 - Total

CAMPAGNE N° 1

### Description de l'échantillon

Nombre total de correspondants externes : 130

	effectif	%
<b>Correspondants externes</b>		
- Généraliste	129	99%
- Spécialiste	0	0%
<b>Nombre de patients adressés</b>		
- aucun	5	4%
- moins de 5	51	39%
- de 5 à 10	53	41%
- plus de 10	21	16%
<b>Visite des patients hospitalisés</b>		
- souvent, parfois	24	18%
- rarement, jamais	106	82%
<b>Difficultés de visites des patients hospitalisés</b>		
- souvent, parfois	66	51%
- rarement, jamais	64	49%
<b>Lien avec l'établissement</b>		
- exerce une activité dans l'ES	10	8%
- a exercé une activité dans l'ES	43	33%
- n'exerce pas et n'a jamais exercé une activité dans l'ES	75	58%
<b>Information sur les activités de l'établissement</b>		
- suffisamment informé	73	56%
- non suffisamment informé, souhaite recevoir des informations	52	40%
- non suffisamment informé, ne souhaite pas recevoir d'information	3	2%
<b>Connaissance des médecins de l'ES et leurs activités</b>		
- nombreux, quelques uns	81	62%
- très peu, aucun	49	38%
<b>Supports de communications souhaités</b>		
- Communication par mail	35	27%
- Organigramme, annuaire des activités	35	27%
- Site internet	22	17%
- Rencontre au sein de l'établissement	26	20%
- Autres	9	7%

## Mesure de la Satisfaction des correspondants externe (CE)

CHMS 73 - Total

CAMPAGNE N° 1

### SCORES DE SATISFACTION

Mode d'administration : Enquête eFORAP

Période d'enquête : entre le 24 janv. 2018 et le 26 févr. 2018

Nb de CE sollicités > Nb de CE répondants (% participation) : 279 > 137 (49,1%)

Nombre de répondants inclus dans l'analyse\* : 130

#### Indicateurs SAPHORA-CE (score sur 100)

Mode de calcul des indicateurs	Score sur 100				
	0	25	50	75	100
<p>Calcul d'un score par item : affectation d'un barème à chaque modalité de réponse dont la valeur augmente avec le niveau de satisfaction (0-25-50-75-100)</p> <p>Calcul de l'indicateur au niveau de chaque répondant : moyenne des scores pour chaque répondant</p> <p>Calcul de l'indicateur au niveau de l'établissement : moyenne des valeurs sur l'ensemble des répondants</p> <p>Exclusion des non réponses et « non concerné »</p>	Satisfaction globale	66			
	Accès aux soins	52			
	Qualité des soins	69			
	Continuité des soins	59			
	Organisation de la sortie	41			
	Courier de fin d'hospitalisation	52			

#### Questionnaire SAPHORA-CE

	% de réponse	N	Score moyen sur 100	Ecart type	Score sur 100				
					0	25	50	75	100
1. Prise en charge globale	98%	128	66,0	16,5	66				
<b>A. Accès aux soins</b>									
2. Accès aux soins	98%	128	55,3	20,5	55				
3. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. Programmée	98%	119	51,9	22,8	52				
4. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. en urgence	100%	123	58,3	25,5	58				
5. Délai de PEC des patients si dmde de consult. en urgence	100%	127	43,5	25,6	44				
<b>B. Qualité des soins</b>									
6. Qualité des soins	85%	110	68,6	14,1	69				
6a. Qualité des soins dispensés en hosp. complète	98%	126	71,6	16,8	72				
6b. Qualité des soins en ambulatoire	98%	124	71,4	16,2	71				
6c. Qualité des soins aux urgences	98%	124	57,3	22,3	57				
7. Prises en charge diagnostiques	99%	129	70,0	16,4	70				
8. Prises en charge thérapeutiques	100%	130	68,5	17,5	68				

(\* ) ont été exclus de l'analyse les questionnaires comportant des réponses à moins de la moitié des questions

## Mesure de la Satisfaction des correspondants externe (CE)

CHMS 73 - Total

CAMPAGNE N° 1

### SCORES DE SATISFACTION

Mode d'administration : Enquête eFORAP

Période d'enquête : entre le 24 janv. 2018 et le 26 févr. 2018

Nb de CE sollicités > Nb de CE répondants (% participation) : 279 > 137 (49,1%)

Nombre de répondants inclus dans l'analyse\* : 130

#### Questionnaire SAPHORA-CE *(suite)*

	% de réponse	N	Score moyen sur 100	Ecart type	0	25	50	75	100
<b>C. Continuité des soins</b>									
9. Continuité des soins	98%	128	55,1	20,2	55				
10. Echanges d'info avec les médecins en charge des patients	98%	128	54,1	24,9	54				
11. Relations avec les médecins de l'établissement	99%	128	64,5	22,3	64				
12. Suivi proposé aux patients par l'établissement	98%	127	61,2	20,1	61				
<b>D. Organisation de la sortie</b>									
13. Organisation de la sortie	78%	101	53,5	20,3	53				
13a. Organisation de la sortie en hosp. complète	98%	125	53,6	21,5	54				
13b. Organisation de la sortie en ambulatoire	99%	123	58,5	20,7	59				
13c. Organisation de la sortie aux urgences	98%	119	48,9	22,9	49				
14. Association à la planification de la sortie	100%	118	28,8	22,1	29				
15. Prises en charge sociales	100%	119	47,1	22,8	47				
16. Participation au projet thérapeutique des patients	100%	119	34,5	24,1	34				
<b>E. Courrier de fin d'hospitalisation</b>									
17. Qualité du courrier de fin d'hospitalisation	98%	128	69,3	20,1	69				
18. Délai de réception du courrier	99%	129	48,3	28,3	48				
19. Information transmise concernant la date de sortie	98%	119	38,9	27,9	39				

## Mesure de la Satisfaction des correspondants externe (CE)

CHMS 73 - Total

Nb de campagnes : 1

### Comparaison des 3 dernières campagnes

	-	-	1	= CAMPAGNES
Mode d'administration* :			E	
Nombre de correspondants externes sollicités :			279	
Nombre de questionnaires analysés :			130	
Taux de participation :	-	-	47%	

(\*) C=Courrier, T=Téléphone, E=Enquête eFORAP

### Indicateurs SAPHORA-CE

	Score moyen (sur 100)	-	-	1	= CAMPAGNES
Satisfaction globale	66,0				
Accès aux soins	52,3				
Qualité des soins	69,0				
Continuité des soins	58,7				
Organisation de la sortie	40,9				
Courier de fin d'hospitalisation	52,2				

### Questionnaire SAPHORA-CE

	Score moyen (sur 100)	-	-	1	= CAMPAGNES
<b>Nombre total de correspondants externes</b>	<b>130</b>				
<b>Prise en charge globale</b>	<b>66,0</b>				
<b>A. Accès aux soins</b>					
2. Accès aux soins	55,3				
3. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. programmée	51,9				
4. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. en urgence	58,3				
5. Délai de PEC des patients si dmde de consult. en urgence	43,5				
<b>B. Qualité des soins</b>					
6. Qualité des soins	68,6				
7. Prises en charge diagnostiques	70,0				
8. Prises en charge thérapeutiques	68,5				
<b>C. Continuité des soins</b>					
9. Continuité des soins	55,1				
10. Echanges d'info avec les médecins en charge des patients	54,1				
11. Relations avec les médecins de l'établissement	64,5				
12. Suivi proposé aux patients par l'établissement	61,2				

## Mesure de la Satisfaction des correspondants externe (CE)

CHMS 73 - Total

Nb de campagnes : 1

### Comparaison des 3 dernières campagnes

Questionnaire SAPHORA-CE (suite)

Score moyen (sur 100)

- - 1 = CAMPAGNES

D. Organisation de la sortie	
13. Organisation de la sortie	53,5
14. Association à la planification de la sortie	28,8
15. Prises en charge sociales	47,1
16. Participation au projet thérapeutique des patients	34,5
E. Courrier de fin d'hospitalisation	
17. Qualité du courrier de fin d'hospitalisation	69,3
18. Délai de réception du courrier	48,3
19. Information transmise concernant la date de sortie	38,9

## Description de l'échantillon

Nombre total de correspondants externes : 98

	effectif	%
<b>Correspondants externes</b>		
- Généraliste	98	100%
- Spécialiste	0	0%
<b>Nombre de patients adressés</b>		
- aucun	3	3%
- moins de 5	36	37%
- de 5 à 10	41	42%
- plus de 10	18	18%
<b>Visite des patients hospitalisés</b>		
- souvent, parfois	17	17%
- rarement, jamais	81	83%
<b>Difficultés de visites des patients hospitalisés</b>		
- souvent, parfois	52	53%
- rarement, jamais	46	47%
<b>Lien avec l'établissement</b>		
- exerce une activité dans l'ES	7	7%
- a exercé une activité dans l'ES	34	35%
- n'exerce pas et n'a jamais exercé une activité dans l'ES	55	56%
<b>Information sur les activités de l'établissement</b>		
- suffisamment informé	58	59%
- non suffisamment informé, souhaite recevoir des informations	37	38%
- non suffisamment informé, ne souhaite pas recevoir d'information	2	2%
<b>Connaissance des médecins de l'ES et leurs activités</b>		
- nombreux, quelques uns	67	68%
- très peu, aucun	31	32%
<b>Supports de communications souhaités</b>		
- Communication par mail	28	29%
- Organigramme, annuaire des activités	28	29%
- Site internet	15	15%
- Rencontre au sein de l'établissement	15	15%
- Autres	9	9%



SCORES DE SATISFACTION

Mode d'administration : Enquête eFORAP

Période d'enquête : entre le 24 janv. 2018 et le 24 févr. 2018

Nb de CE sollicités > Nb de CE répondants (% participation) : 215 > 102 (47,4%)

Nombre de répondants inclus dans l'analyse\* : 98

Indicateurs SAPHORA-CE (score sur 100)

Mode de calcul des indicateurs	0 25 50 75 100				
	Satisfaction globale	65			
Accès aux soins	52				
Qualité des soins	69				
Continuité des soins	58				
Organisation de la sortie	41				
Courier de fin d'hospitalisation	52				

Calcul d'un score par item : affectation d'un barème à chaque modalité de réponse dont la valeur augmente avec le niveau de satisfaction (0-25-50-75-100)  
 Calcul de l'indicateur au niveau de chaque répondant : moyenne des scores pour chaque répondant  
 Calcul de l'indicateur au niveau de l'établissement : moyenne des valeurs sur l'ensemble des répondants  
 Exclusion des non réponses et « non concerné »

Questionnaire SAPHORA-CE

	% de réponse	N	Score moyen sur 100	Ecart type	0 25 50 75 100
1. Prise en charge globale	99%	97	65,5	15,1	65
<b>A. Accès aux soins</b>					
2. Accès aux soins	98%	96	55,5	19,6	55
3. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. Programmée	98%	89	50,6	22,6	51
4. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. en urgence	100%	93	57,0	25,4	57
5. Délai de PEC des patients si dmde de consult. en urgence	100%	97	43,3	25,4	43
<b>B. Qualité des soins</b>					
6. Qualité des soins	87%	85	69,4	13,6	69
6a. Qualité des soins dispensés en hosp. complète	98%	95	70,8	15,7	71
6b. Qualité des soins en ambulatoire	98%	93	71,2	15,2	71
6c. Qualité des soins aux urgences	98%	93	57,8	21,5	58
7. Prises en charge diagnostiques	100%	98	70,2	15,5	70
8. Prises en charge thérapeutiques	100%	98	67,9	17,2	68

(\* ) ont été exclus de l'analyse les questionnaires comportant des réponses à moins de la moitié des questions

## Mesure de la Satisfaction des correspondants externe (CE)

CHMS 73 - Chambéry

CAMPAGNE N° 1

### SCORES DE SATISFACTION

Mode d'administration : Enquête eFORAP

Période d'enquête : entre le 24 janv. 2018 et le 24 févr. 2018

Nb de CE sollicités > Nb de CE répondants (% participation) : 215 > 102 (47,4%)

Nombre de répondants inclus dans l'analyse\* : 98

#### Questionnaire SAPHORA-CE (suite)

	% de réponse	N	Score moyen sur 100	Ecart type	0	25	50	75	100
<b>C. Continuité des soins</b>									
9. Continuité des soins	98%	96	56,3	18,8	56				
10. Echanges d'info avec les médecins en charge des patients	98%	96	53,6	25,1	54				
11. Relations avec les médecins de l'établissement	99%	97	63,1	22,6	63				
12. Suivi proposé aux patients par l'établissement	98%	95	60,3	19,8	60				
<b>D. Organisation de la sortie</b>									
13. Organisation de la sortie	78%	76	53,0	19,6	53				
13a. Organisation de la sortie en hosp. complète	98%	93	53,8	20,8	54				
13b. Organisation de la sortie en ambulatoire	99%	93	58,3	19,6	58				
13c. Organisation de la sortie aux urgences	98%	91	50,3	22,2	50				
14. Association à la planification de la sortie	100%	90	28,9	21,2	29				
15. Prises en charge sociales	100%	89	47,2	21,8	47				
16. Participation au projet thérapeutique des patients	100%	91	33,8	23,7	34				
<b>E. Courrier de fin d'hospitalisation</b>									
17. Qualité du courrier de fin d'hospitalisation	99%	97	68,0	19,0	68				
18. Délai de réception du courrier	99%	97	46,6	28,3	47				
19. Information transmise concernant la date de sortie	98%	89	40,4	26,0	40				

## Mesure de la Satisfaction des correspondants externe (CE)

CHMS 73 - Chambéry

Nb de campagnes : 1

### Comparaison des 3 dernières campagnes

	-	-	1	= CAMPAGNES
Mode d'administration* :			E	
Nombre de correspondants externes sollicités :			279	
Nombre de questionnaires analysés :			98	
Taux de participation :	-	-	35%	

(\*) C=Courrier, T=Téléphone, E=Enquête eFORAP

### Indicateurs SAPHORA-CE

				Score moyen (sur 100)
	-	-	1	= CAMPAGNES
Satisfaction globale			65,5	
Accès aux soins			51,6	
Qualité des soins			69,1	
Continuité des soins			58,3	
Organisation de la sortie			40,7	
Courier de fin d'hospitalisation			51,7	

### Questionnaire SAPHORA-CE

				Score moyen (sur 100)
	-	-	1	= CAMPAGNES
Nombre total de correspondants externes			98	
Prise en charge globale			65,5	
<b>A. Accès aux soins</b>				
2. Accès aux soins			55,5	
3. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. programmée			50,6	
4. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. en urgence			57,0	
5. Délai de PEC des patients si dmde de consult. en urgence			43,3	
<b>B. Qualité des soins</b>				
6. Qualité des soins			69,4	
7. Prises en charge diagnostiques			70,2	
8. Prises en charge thérapeutiques			67,9	
<b>C. Continuité des soins</b>				
9. Continuité des soins			56,3	
10. Echanges d'info avec les médecins en charge des patients			53,6	
11. Relations avec les médecins de l'établissement			63,1	
12. Suivi proposé aux patients par l'établissement			60,3	

Comparaison des 3 dernières campagnes

Questionnaire SAPHORA-CE (suite)

Score moyen (sur 100)

- - 1 = CAMPAGNES

<b>D. Organisation de la sortie</b>	
13. Organisation de la sortie	53,0
14. Association à la planification de la sortie	28,9
15. Prises en charge sociales	47,2
16. Participation au projet thérapeutique des patients	33,8
<b>E. Courrier de fin d'hospitalisation</b>	
17. Qualité du courrier de fin d'hospitalisation	68,0
18. Délai de réception du courrier	46,6
19. Information transmise concernant la date de sortie	40,4

## Description de l'échantillon

Nombre total de correspondants externes : 32

	effectif	%
<b>Correspondants externes</b>		
- Généraliste	31	97%
- Spécialiste	0	0%
<b>Nombre de patients adressés</b>		
- aucun	2	6%
- moins de 5	15	47%
- de 5 à 10	12	38%
- plus de 10	3	9%
<b>Visite des patients hospitalisés</b>		
- souvent, parfois	7	22%
- rarement, jamais	25	78%
<b>Difficultés de visites des patients hospitalisés</b>		
- souvent, parfois	14	44%
- rarement, jamais	18	56%
<b>Lien avec l'établissement</b>		
- exerce une activité dans l'ES	3	9%
- a exercé une activité dans l'ES	9	28%
- n'exerce pas et n'a jamais exercé une activité dans l'ES	20	63%
<b>Information sur les activités de l'établissement</b>		
- suffisamment informé	15	47%
- non suffisamment informé, souhaite recevoir des informations	15	47%
- non suffisamment informé, ne souhaite pas recevoir d'information	1	3%
<b>Connaissance des médecins de l'ES et leurs activités</b>		
- nombreux, quelques uns	14	44%
- très peu, aucun	18	56%
<b>Supports de communications souhaités</b>		
- Communication par mail	7	22%
- Organigramme, annuaire des activités	7	22%
- Site internet	7	22%
- Rencontre au sein de l'établissement	11	34%
- Autres	0	0%

# Mesure de la Satisfaction des correspondants externe (CE)

CHMS 73 - Aix-les-Bains

CAMPAGNE N° 1

## SCORES DE SATISFACTION

Mode d'administration : Enquête eFORAP

Période d'enquête : entre le 24 janv. 2018 et le 26 févr. 2018

Nb de CE sollicités > Nb de CE répondants (% participation) : 64 > 35 (54,7%)

Nombre de répondants inclus dans l'analyse\* : 32

### Indicateurs SAPHORA-CE (score sur 100)

Mode de calcul des indicateurs	Score sur 100				
	0	25	50	75	100
<p>Calcul d'un score par item : affectation d'un barème à chaque modalité de réponse dont la valeur augmente avec le niveau de satisfaction (0-25-50-75-100)</p> <p>Calcul de l'indicateur au niveau de chaque répondant : moyenne des scores pour chaque répondant</p> <p>Calcul de l'indicateur au niveau de l'établissement : moyenne des valeurs sur l'ensemble des répondants</p> <p>Exclusion des non réponses et « non concerné »</p>	Satisfaction globale	68			
	Accès aux soins	54			
	Qualité des soins	69			
	Continuité des soins	60			
	Organisation de la sortie	42			
	Courier de fin d'hospitalisation	54			

### Questionnaire SAPHORA-CE

	% de réponse	N	Score moyen sur 100	Ecart type	Score sur 100
					0 25 50 75 100
1. Prise en charge globale	97%	31	67,7	20,6	68
<b>A. Accès aux soins</b>					
2. Accès aux soins	100%	32	54,7	23,3	55
3. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. Programmée	100%	30	55,8	23,4	56
4. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. en urgence	100%	30	62,5	26,1	63
5. Délai de PEC des patients si dmde de consult. en urgence	100%	30	44,2	26,8	44
<b>B. Qualité des soins</b>					
6. Qualité des soins	78%	25	66,0	15,9	66
6a. Qualité des soins dispensés en hosp. complète	97%	31	74,2	19,9	74
6b. Qualité des soins en ambulatoire	97%	31	71,8	19,1	72
6c. Qualité des soins aux urgences	100%	31	55,6	24,8	56
7. Prises en charge diagnostiques	97%	31	69,4	19,1	69
8. Prises en charge thérapeutiques	100%	32	70,3	18,4	70

(\* ) ont été exclus de l'analyse les questionnaires comportant des réponses à moins de la moitié des questions

## Mesure de la Satisfaction des correspondants externe (CE)

CHMS 73 - Aix-les-Bains

CAMPAGNE N° 1

### SCORES DE SATISFACTION

Mode d'administration : Enquête eFORAP

Période d'enquête : entre le 24 janv. 2018 et le 26 févr. 2018

Nb de CE sollicités > Nb de CE répondants (% participation) : 64 > 35 (54,7%)

Nombre de répondants inclus dans l'analyse\* : 32

#### Questionnaire SAPHORA-CE (suite)

	% de réponse	N	Score moyen sur 100	Ecart type	0	25	50	75	100
<b>C. Continuité des soins</b>									
9. Continuité des soins	100%	32	51,6	23,7	52				
10. Echanges d'info avec les médecins en charge des patients	100%	32	55,5	24,4	55				
11. Relations avec les médecins de l'établissement	100%	31	68,5	21,4	69				
12. Suivi proposé aux patients par l'établissement	100%	32	64,1	21,0	64				
<b>D. Organisation de la sortie</b>									
13. Organisation de la sortie	78%	25	55,0	22,8	55				
13a. Organisation de la sortie en hosp. complète	100%	32	53,1	23,5	53				
13b. Organisation de la sortie en ambulatoire	100%	30	59,2	24,1	59				
13c. Organisation de la sortie aux urgences	97%	28	44,6	24,9	45				
14. Association à la planification de la sortie	100%	28	28,6	25,2	29				
15. Prises en charge sociales	100%	30	46,7	26,0	47				
16. Participation au projet thérapeutique des patients	100%	28	36,6	25,9	37				
<b>E. Courrier de fin d'hospitalisation</b>									
17. Qualité du courrier de fin d'hospitalisation	97%	31	73,4	23,2	73				
18. Délai de réception du courrier	100%	32	53,1	28,2	53				
19. Information transmise concernant la date de sortie	100%	30	34,2	33,1	34				

## Mesure de la Satisfaction des correspondants externe (CE)

CHMS 73 - Aix-les-Bains

Nb de campagnes : 1

### Comparaison des 3 dernières campagnes

	-	-	1	= CAMPAGNES
Mode d'administration* :			E	
Nombre de correspondants externes sollicités :			279	
Nombre de questionnaires analysés :			32	
Taux de participation :	-	-	11%	

(\*) C=Courrier, T=Téléphone, E=Enquête eFORAP

### Indicateurs SAPHORA-CE

				Score moyen (sur 100)
	-	-	1	= CAMPAGNES
Satisfaction globale			67,7	
Accès aux soins			54,3	
Qualité des soins			68,6	
Continuité des soins			59,9	
Organisation de la sortie			41,7	
Courier de fin d'hospitalisation			53,6	

### Questionnaire SAPHORA-CE

				Score moyen (sur 100)
	-	-	1	= CAMPAGNES
Nombre total de correspondants externes			32	
Prise en charge globale			67,7	
<b>A. Accès aux soins</b>				
2. Accès aux soins			54,7	
3. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. programmée			55,8	
4. Délai de PEC des patients si dmde d'hosp. en urgence			62,5	
5. Délai de PEC des patients si dmde de consult. en urgence			44,2	
<b>B. Qualité des soins</b>				
6. Qualité des soins			66,0	
7. Prises en charge diagnostiques			69,4	
8. Prises en charge thérapeutiques			70,3	
<b>C. Continuité des soins</b>				
9. Continuité des soins			51,6	
10. Echanges d'info avec les médecins en charge des patients			55,5	
11. Relations avec les médecins de l'établissement			68,5	
12. Suivi proposé aux patients par l'établissement			64,1	



## Mesure de la Satisfaction des correspondants externe (CE)

CHMS 73 - Aix-les-Bains

Nb de campagnes : 1

### Comparaison des 3 dernières campagnes

Questionnaire SAPHORA-CE (suite)

Score moyen (sur 100)

- - 1 = CAMPAGNES

D. Organisation de la sortie	
13. Organisation de la sortie	55,0
14. Association à la planification de la sortie	28,6
15. Prises en charge sociales	46,7
16. Participation au projet thérapeutique des patients	36,6
E. Courrier de fin d'hospitalisation	
17. Qualité du courrier de fin d'hospitalisation	73,4
18. Délai de réception du courrier	53,1
19. Information transmise concernant la date de sortie	34,2

## COMMENTAIRES LIBRES

### commentaire C (CONTINUITE DES SOINS)

« Importance du CR d'hospit à la sortie du patient, par SISRA + CR systématique lors d'un passage au urgences (comme il est important qu'on vous fasse un courrier lorsqu'on vous adresse un patient). Cela concerne toutes les spécialités pour améliorer la continuité des soins. »

« Dermatologie »

« Nous se sommes pas informés lorsque le patient est hospitalisé, ni lorsqu'il est sortant. Dans certains services, il n'y a pas d'informations sur les changements de traitements, pas de copie des examens réalisés (imagerie biologie), il serait intéressant que les examens réalisés lors des hospitalisations soient disponibles sur Monsisra. »

«NEUROLOGIE ACCÈS TRÈS DIFFICILE ET TRÈS FERME CONTACT DIFFICILE. »

« Redondance des Cs sans concertation avec le médecin traitant. »

« Cancérologie chirurgie digestive ORL gynéco »

« Neuro, cardio »

« Difficulté à joindre les chirurgiens. Délais des courriers de certaines spécialités. Messagerie mail sécurisée ne concernant que certains secrétariats. »

« Des courriers de sortie d'hospitalisation ou de consultation plus rapides seraient un plus! »

« Le problème n'est pas la communication avec les médecins mais plutôt la communication des médecins hospitaliers avec les patients: les médecins prennent de moins en moins le temps d'expliquer et nous devons refaire des consultations au cabinet par expliquer et réexpliquer les décisions qui ont été prises à l'hôpital. »

« Difficile de connaître le cardio référent du patient souvent ils en ont vu plus de 4 pendant le séjour pour la continuité des soins mais on ne sait pas qui est le cardio du patient »

« grande difficulté pour avoir un confrère neurologue au téléphone. Plaintes de nombreux patients. suit en attente depuis 1 semaine pour IRM en urgence: pas de nouvelles ( demande du MT + neurologue libéral). Refus des urgences de revoir patient sans avis du neuro qui est injoignable!!! »

« traumatologie et urgences: on n'a pas de retour sur les soins donnés à l'hôpital quand on envoie les patients en urgence. La raison est celle-ci: je ne suis pas le médecin traitant. Il serait bien que l'on ait un retour rapide d'information avec une lettre même si on n'est pas le médecin traitant. Par contre c'est moi qui ai pris en charge le malade ou blessé en urgence et évidemment une lettre d'information sur le devenir du patient serait la bienvenue. Cordialement. »

« Gastro-entérologie,neurologie,gynéco-obstétrique, gériatrie »

« Pas le rôle des médecins hospitaliers de faire le travail de coordination et d'orientation vers d'autres médecins notamment la gériatrie qui prend moins en compte la globalité de la personne qu'elle ne la voit comme un ensemble d'appareils et de fonctions et méconnaît la vie du patient à son domicile. »

« Urgences surtout mais +/- toutes. »

« Je regrette qu'il y ait peu de consultation programmée post hospitalisation en service de médecine. Cela devrait être systématique. »

« Tous les services, trop peu de sollicitations en court d'hospitalisation hôpital => médecin traitant pour connaître les difficultés, la situation à domicile et même les traitements lors d'hospitalisation non programmée sans courrier de ma part (moyenne de 2 appels par an d'internes des services). »

« Urgences chirurgie (pansements) »

« Pédiatrie »

« Il est plus facile de travailler avec les neurologues que par le passé. »

« Sans cibler telle ou telle spécialité, il est globalement difficile d'avoir un avis rapide (notamment une consultation ou un examen radio) ou de programmer une hospitalisation sans passer par les urgences ce qui est bien dommage. barrage des secrétariats médicaux également. »

« Le médecin reste toujours à notre disposition si besoin pour revoir le patient (dans le courrier) mais lorsque nous avons besoin il est bien difficile d'obtenir un nouveau RDV ou même une hospitalisation ou de joindre le médecin. »

« Retards de courriers dans toutes les spécialités. Pas de courrier des urgences (donnés aux patients, qui ne les apportent pas toujours...). Compte-rendus de radiologie qui arrivent bien après que le patient ne revienne voir son médecin. »

« RADIOLOGIE, URGENCES »

« Le problème est l'accès au neurologue d'astreinte qui nous prend de haut quand il veut bien nous prendre au téléphone. »

« Déjà, j'ai l'impression qu'il y a un vrai travail en cours pour améliorer la continuité des soins. Dans certains services (addictologie, neurologie (sauf Dr Guiraud)) les médecins sont difficilement joignable pour échanger. Une expérience récente de deux hospitalisations rapprochées d'une patiente, avec un changement de thérapie en ville entre les deux hospitalisations, annoncé dans la lettre du médecin traitant, n'a pas pris en compte aux urgences (on a repris l'ordonnance de la dernière sortie d'hôpital...) »

« ORL stomato et ophtalmo : difficile d'avoir des rdv en urgence »

« Délai d'envoi des courriers beaucoup trop long ou absence de courrier malgré Zepira. »

« Courriers parvenant parfois de manière un peu tardive. »

« Rupture de communication entre hôpital et médecins libéraux. Le MT est négligé quant à la prise en charge et le suivi du patient, le patient est saucissonné par autant de spécialistes que d'anomalies découvertes même si celles-ci sont déjà connues et prises en charge par le MT. Le spécialiste hospitalier fait de plus en plus de médecine générale semblant ignorer ses confrères d'où un surcoût des soins et une embolisation des planning de chacun ce qui explique en partie la difficulté rencontrée pour avoir un rendez-vous justifié. les spécialistes (et leurs internes) sont des techniciens de la médecine, explorant le patient dans tous sens selon une liste plus que se basant sur une sémiologie clinique. LAISSEZ FAIRE LA MÉDECINE GÉNÉRALE aux médecins généralistes, ils savent faire!

Et que dire des urgences ! pas où chacun vient faire son marché d'examen complémentaires avec la bénédiction de tous ! là aussi un urgentiste n'est pas généraliste ! l'optimisation des soins simples est à revoir ! »

## **commentaire D ( ORGANISATION DES SOINS)**

« Je n'ai jamais été associé à l'organisation de la sortie de mes patients, et même jamais prévenu. cela me semble important et c'est possible sans être trop chronophage via SISRA. »

« Seul le court séjour gériatrique d'Aix-les-Bains nous informe des démarches sociales et fournis un courrier de sortie résumé clair. »

« Être prévenu pour les cas lourds et compliqués avant le jour de sortie... »

« Il arrive de façon encore courante que l'on ne soit pas informé de la sortie du patient ce qui complique la prise en charge du patient si celui ci est demandeur de soins à sa sortie. »

« Non »

« Aucun contact avec le service d hospitalisation pour organiser les sorties en particulier pour les patients lourds ou la personne âgée. »

« Jamais concertée. »

« Un coup de fil du médecin en cours/fin d'hospitalisation serait agréable. »

« En général, pas de lien. Peut-être dernièrement des coups de fils »

« Les infos n'arrivent pas assez vite, il faudrait des alertes sur mon SISRA par exemple : votre patient est hospitalisé dans le service, votre patient est sorti... »

« Pas d'info la plupart du temps sur la sortie. Les IDE libérales nous informent ! Et très souvent toutes les ordo sont à refaire car imprécises ou non cotables par les IDE (surtout pour la chir...). Courriers( sauf celui des urgences et média) reçus beaucoup trop tard. Autant ne pas en faire »

« Je suis rarement contactée pour les sorties. »

« Le MT n'est pas informé directement. Souvent le patient n'a pas de consignes directes: "voyez avec votre MT" qui n' a pas de compte rendu rapide, erreurs nombreuses dans les ordonnances de sortie. »

« Trop souvent des mises dehors des patients sans appel du MT, pour l'organisation des soins. (Difficultés croissantes pour trouver des IDE... mais implication des familles de moins en moins probante, il faut tout faire à leur place !! »

« Jamais averti ni par mail ni par téléphone ni par courrier (qui arrive plusieurs semaines après la sortie) »

« Patients mieux informés et consultation de suivi avec médecin hospitalier programmée à une date précisée. »

« Quasi aucun contact sauf pour prévenir d'une sortie bancaire... le lendemain, quasi absence de coordination. »

« Pas de participation au projet de sortie du médecin traitant. »

« Pas prévenu des sorties (pour patient âgé en visite a domicile par ex). »

« S'assurer de la compréhension du patient, et du suivi des soins à 24-48H. »

« Sortie au milieu de la nuit des urgences pour personnes âgées, pas assez de PEC sociale aux urgences pour les personnes âgées. »

« Jamais été sollicitée pour une sortie d'hospitalisation... »

« Trop souvent encore l'impression que ce qui a été fait en Ville avant l'hospitalisation n'existe littéralement pas et encore plus souvent l'impression d'être mis devant le fait accompli à la sortie. »

« Pas prévenue quand les patients sortent, peu associée aux prises en charge. »  
« Pas souvent associé à la planification de la sortie ni au projet thérapeutique. »

« Les MG ne sont pas sollicités pour cela. »

« Ordonnances de sortie de chirurgie non faite en particulier pour les relais HBPM /AVK. »

« Problème d'information et de communication. »

« Le médecin traitant n'est quasiment jamais prévenu de la sortie, donc très peu mis à contribution pour son organisation. Le projet thérapeutique est découvert à la réception du courrier. »

« Comprends pas, tant que l'on a pas le patient ou son courrier, aucune information donc NC. »

« Pour plusieurs services: très peu de coordination entre hospitalier et libéral; les patients sont "renvoyés vers leur médecin traitant". »

« Souvent les sens sont uniques (médecin traitant appelle le service, mais pas dans l'autre sens). Là aussi, je trouve que l'hôpital fait des efforts ces derniers mois pour mieux associer le médecin traitant et communiquer à la sortie, la SISRA avec des compte-rendus rapides est un bon outil ! »

« Nous ne sommes jamais associés à la planification de sortir et les patients sont sortants trop vite et nous devons gérer les complications au besoin ..... »

« Le MG est exclu de certains suivi comme en oncologie. m'a t'on pas dit que pour suivre une patiente en oncologie gynécologique, il fallait savoir faire un examen gynécologique !!!!! quel mépris ou quelle ignorance du savoir et du savoir faire des MG !! Faut-il être un grand urologue pour doser et interpréter des PSA par exemple !?? d'autant qu'on rappelle que la plupart des diagnostics initiaux ont été fait par le MG ! »

### **commentaire E (Compte-rendu d'hospitalisation)**

« Le contenu des courriers est dans la grande majorité de très bonne qualité. par contre, les délais sont très variables et je suis sûrement très exigeant en souhaitant un compte rendu prêt à la sortie du patient mais cela me paraît être suffisamment important pour être priorité. A noter qu'il faut bien sûr être suffisamment nombreux dans les services pour que cet objectif soit réalisable et c'est une décision politique. »

« Il serait nécessaire pour certains patients que l'hôpital nous appelle pour nous signaler la sortie. »

« Pas toujours fait même quand demandé". »

« Les patients sortent sans que l'on soit informé. »

« RETARD DU COURRIER »

« L'information concernant la date de sortie est très rare (en général on la connaît a posteriori... une fois qu'on a un contact avec le patient ou sa famille) »

« On connaît les difficultés des médecins hospitaliers (qu'on a tous été) et des secrétariats pour faire parvenir les courriers rapidement. Ça peut toujours poser des soucis quand le patient n'est pas à même de comprendre les tenants et les aboutissants de la sortie. Dans ce cas un coup de fil peut être intéressant. »

« Cf réponse c. »

« En général je suis informée de la sortie 10 jours après celle ci. »

« Les services hospitaliers n'utilisent encore pas assez les messageries électroniques sécurisées et quand elle le font, la plupart du temps nous avons reçu le courrier papier .. ou alors nous recevons par messagerie plusieurs fois le même courrier ce qui nous surcharge en terme de travail administratif. »

« Cf au dessus. »

« Surtout par l'intermédiaire de Zepa, très satisfait. Pour le cheminement "classique", un peu moins. »

« Le pdf pratique pour être rentré dans le DM du patient. »

« Délai beaucoup trop long=>pourquoi ne pas faire sortir le patient avec son courrier ou au moins un résumé de son séjour? »

« Méconnaissance fréquente de notre réalité de travail et de nos compétences. »

« Quand nous ne sommes pas le médecin traitant nous n'avons aucune nouvelle du diagnostic et des soins apportés au patient. »

« Délai de réception très aléatoire selon les services (point noir pour la pédiatrie ambulatoire, consultation et hospitalisation). »

« On est informé de la sortie après coup. »

« La prise de rdv téléphonique est à revoir. Délai de consultation ophtalmo cardio dermato beaucoup trop long. »

« Impossibilité d'avoir un médecin en direct le plus souvent et entre 8 et 9 heures, c'est souvent mission impossible. »

« N'arrivent pas encore en temps voulu. »

« Délai de réception très variable d'un service à l'autre. »

« Parfois le délai est long, parfois le délai est très court via les messageries sécurisées : grande variation inter service. »

« Les délais de réceptions sont variables selon les services. Une partie des services utilise les messageries sécurisées type SISRA. Il s'agit d'un confort inestimable (on ne se lève pas pour fouiller dans le dossier papier, pas de classement par la secrétaire etc...). Il serait bien de généraliser. »

« Utilisation de SISRA pas optimal. »

« Informations nous arrivent parfois longtemps après la sortie; un contact avec médecin traitant avant la sortie pourrait être bénéfique dans des cas un peu complexes. »

« Quelle information concernant la date de sortie ? »

« Pas informée de la date de sortie. »

« En gynécologie, je reçois le courrier entre 4 et 6 semaines après la sortie ou l'hospitalisation. »

« Délai meilleur depuis messagerie sécurisée, pour ma part Apicrypt et SISRA. »

« Ces courriers arrivent avec un délai trop important qui serait sans doute réduit par l'utilisation de messagerie sécurisée comme avec certains correspondants (Médipole .... ). »

« Ces courriers arrivent souvent 2 à 3 semaines après la sortie. Parfois, il n'y en a pas du tout... Certains éléments de la prise en charge peuvent être manquants, en particulier quand il s'agit de pathologies autres que la spécialité du service (rétention urinaire au cours d'une hospitalisation en pneumologie, par exemple). »

« Courriers globalement bien faits, mais que nous recevons parfois beaucoup trop tard pour certains services (ex neuro: 1 mois de délai), voire pas du tout (ex urgences). D'autres services sont très réactifs avec des délais tout à fait corrects. »

« La SISRA aide, et tout dépend du service où le patient était hospitalisé, la lettre aux urgences donnée aux patients est rapide, mais n'arrive pas toujours jusqu'au médecin généraliste (surtout dans les situations compliquées : perte d'autonomie, polypathologie...=). »

« Délais variables en fonction des services. »

## commentaire général

« je me répète mais je "rêve" de l'utilisation de SISRA généralisée à tous les services, aussi bien pour les compte-rendu (c'est déjà le cas pour une partie des services) que pour les échanges confraternelles via la messagerie (là encore, il faut "dimensionner" le nombre des praticiens hospitalier pour permettre les échanges médicaux, et les personnels administratifs pour informer et coordonner les sorties. »

« Les délais de rdv non urgents dans certaines spécialités sont vraiment très longs.  
Ex: neurologie, dermato, pédiatrie.. »

« Si l'on pouvait mettre en place un système informant le médecin traitant d'une hospitalisation quand celle-ci se fait en urgence ou si elle est initiée par un autre médecin. »

« Un accès direct et rapide aux confrères spécialistes sans passer par standard ou secrétariat ou mieux une adresse mail dédiée pour exposer des cas posant problème ça serait idéal. »

« Je suis médecin installé depuis 8 mois seulement, donc peu concernée encore par ce questionnaire. »

« Je trouve difficile de réussir à joindre la bonne personne surtout en pédiatrie, on nous balade beaucoup. »

« Globalement je suis satisfaite des prises en charge par contre pour les urgences manque de considération par rapport au courrier du médecin par vraiment pris au sérieux. »

« Délais des consultations en pédiatrie très très longs. »

« Je souhaite le maintien des courriers papier, je ne suis pas informatisé et les courriers Zepira ne me sont pas accessibles. »

« Entière satisfaction concernant le Ch d'Aix puisque c'est bien sûr maintenant une partie de l'ensemble Aix Chambéry et que par ma localisation en Chautagne je travaille plus facilement avec lui. »

« J'ai reçu il y a deux ans un très complet annuaire des services, conservé précieusement, il serait bon de le rééditer, actualisé.actualisé. bien sûr. »

« Quand on adresse un patient aux urgences pour hospitalisation si ce dernier n'est pas hospitalisé pourrait-on nous prévenir. »

« Manque de considération des médecins hospitaliers envers les libéraux (pour certains): ils ne connaissent pas nos difficultés .certains ne tiennent pas compte qu'un avis téléphonique peut suffire afin d'organiser une hospitalisation au lieu d' attendre la case urgence. Cela permettrait de rassurer le patient et de mieux organiser la coordination des soins sachant que nous sommes tous à travailler en flux tendus. »

« Pas d'information sur la réelle possibilité de programmer une entrée directe dans le service "sans passer " par les urgences quand cela n'a pas d'intérêt, ne présente pas de risque et qu'on laisse des patients attendre aux urgences d'être examinés. »

« Médecins des services peu accessibles par téléphone en général. J'y ai renoncé. »

« Nombre pléthorique de médecins dans certains services responsable d'un certain "anonymat", de manque de lisibilité pour les patients et leur famille et qui ne facilite pas la connaissance réciproque .Pour nous généralistes au prise avec une démographie inquiétante le nombre de médecins hospitaliers nous semble disproportionné ...l'exemple récent du nombre de gripes reçues aux urgences versus gripes dans nos cabinets conforte ce ressenti même si les patients ne sont pas forcément les mêmes . »

« Ce qui est regrettable c'est de voir des médecins hospitaliers refuser de nouveaux patients, c'est que les médecins soient très difficilement joignables et que les demandes de RV urgents soient si difficiles à obtenir... »



« J'ai exercé pendant 40 ans en médecine pluridisciplinaire et très complète de médecin en montagne. Retraité depuis juillet 2017 et heureux et fier d'exercer jusqu'au bout. »

« Dommage que peut de médecin hospitalier soient utilisateur de la messagerie sécurisée SISRA (merci au Dr Provençal qui l'utilise régulièrement) et qui nous permettrait de rapidement transmettre des éléments du dossier médical du patient, de communiquer sans avoir à passer par les standards et secrétariats surchargés... »

« Le problème c'est surtout nos patients âgés avec des maintiens a domicile fragiles, je trouve dommage de ne pas être associé ni concerté au retour à domicile... »

« Faire se rencontrer 1 fois par an les nouveaux médecins du CH avec les généralistes. »

« Revoir l'utilisation de l'outil SISRA dans la relation ville hôpital »

« Difficulté pour joindre les médecins au téléphone pour avis : très chronophage.. »

« Peu concernée par ce questionnaire car très peu de patients dans cet hôpital (je suis trop loin) »

« Le gros point noir, c'est le délai pour obtenir une consultation spécialisée en semi-urgence pour un patient qui le nécessite. Pour nous, la perte de temps essayer de négocier cela, est considérable. »

« Je ne connais pas l'hôpital de Chambéry, je suis jeune installé formé à Lyon. A mon sens, l'établissement qui avait le meilleur fonctionnement dans la relation ville-hôpital est celui de Villefranche sur Saône (69) notamment avec un annuaire de lignes téléphoniques pour avis téléphonique direct pour les généralistes et une excellente réactivité en cas de besoin de consultation ou d'hospitalisation. »

« Il est toujours frustrant pour un généraliste d'adresser un patient aux urgences quand on estime qu'on pourrait faire autrement. »

« Je ne recommande pas les examens d'imagerie à l'hôpital, les patients n'ayant jamais les CR en sortant. »

« On ne comprend rien à la politique hospitalière du CHAM, pléthore d'offres de soins spécialisés avec des plages horaires ridicules, alléchant mais ne tient aucune promesse. Prendre un rdv pour les patients comme pour nous relève de l'exploit, délais délirants. Pour être franc, ne fonctionnent bien que les urgences, la pédiatrie, la maternité /gynécologue et les Orl, après aucune constance. »

« Activité de régulation au centre 15 et gardes à la maison médicale »

« SERVICE DE RADIOLOGIE NUL. LES PATIENTS NE VOIENT JAMAIS LES PATIENTS ET PARTENT SANS LEUR COMPTE RENDU QUI NOUS ARRIVE 2 VOIRE 3 SEMAINES PLUS TARD ET LES PATIENTS REVIENNENT NOUS CONSULTER 2 OU 3 FOIS POUR AVOIR LE CR »

« Le problème principal je le répète c'est la neuro.

En revanche je trouve que urgence sein est une très bonne initiative et la prise en charge est au top . De même la prise en charge en hématologie est un pur bonheur »

« Délais de prise en charge très variable d'un service à l'autre. »

« Très bonne relation et interaction avec l'ensemble des services, en dehors des urgences où lorsqu'on appelle pour adresser un patient, on a souvent l'impression de déranger d'une part, et lorsque le patient est adressé avec courrier et après appel n'est pas forcément vu dans un délai ou des conditions correctes, j'ai vraiment l'impression de perdre en crédibilité auprès de mes patients.

J'adresse une mention ++++++ au service d'hématologie pour sa réactivité dans la prise en charge des urgences, la qualité du suivi des patients et surtout l'accessibilité téléphonique pour un conseil »

« Le questionnaire est beaucoup trop vague et me paraît trop peu pertinent. »

« Vivement la retraite pour ne plus voir ça ! »

## **Éléments d'information souhaités**

« Coordonnées à jour (ligne direct/mail)/ soirée de formation/ annuaire des activités. si adresse mssante non utilisable actuellement pour ces communication, docteurclementdrubay@gmail.com »

« Formations proposées Nouveaux médecins et leurs activités »

« Horaires de consultations et comment les joindre pour des consult urgentes »

« Nouvelle organisation, avis dermatologue, prise de rdv, demande d'examens »

« Qui fait quoi »

« L'actualité du CH en général et les nouveautés en matière de prise en charge (cardio, OP..) »

« Tout : courriers , info sur sortie, Diagnostic précoce à j2 après une hospitalisation en urgences : le patient a quoi ? Ttt? Etc.. juste après »

« Information sur la réception et lecture du mail , sil est pris en compte, afin d' echanger et trouver ensemble la meilleure solution »

« Courrier médical rapide concernant TOUS les patients envoyés en urgence, même quand je ne suis pas le médecin traitant »

« Demande au MT de téléphoner au spécialiste qui s'est occupé du patient, le prévenir rapidement en cas de décès... »

« Nouveaux assistants ou PH, leurs compétences particulières, sur-spécialités (notamment en pédiatrie) »

« Sorties des patients fragiles et invitations à participer aux décisions dans des réunions de concertation etc... »

« Activités spécialisées nouvelles au sein de l'établissement, départ ou arrivée de médecins au sein de l'établissement »

« Evolution du patient, concertation avec les confrères hospitaliers »

« Domaines d'activité ; fonctionnement des prises en charge en urgence, compte-rendus médicaux »

« Courriel électronique de sortie ou de soins si hospitalisation longue »

« Dialogue plus facile avec les spécialistes s'occupant de nos patients »

« Info sur hospitalisation. Réponse de spécialiste si questionnement »

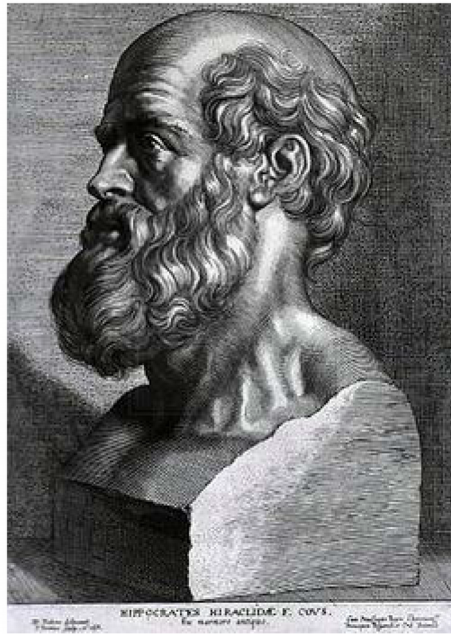
« Infos importantes »

« Courrier de sortie, échanges d'information sur le patient »

« Courriers d'hospitalisation »

« Avis diagnostiques ou thérapeutiques »

« Tout »



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*