



**HAL**  
open science

## Relation Hôpital-Ville : satisfaction et attentes des médecins généralistes envers le Pôle de gériatrie du Centre Hospitalier de Pau

Lacharme Marie

► **To cite this version:**

Lacharme Marie. Relation Hôpital-Ville : satisfaction et attentes des médecins généralistes envers le Pôle de gériatrie du Centre Hospitalier de Pau. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01801456

**HAL Id: dumas-01801456**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01801456>**

Submitted on 28 May 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.

Université de Bordeaux – Victor Segalen  
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR en MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 avril 2018

par Marie LACHARME

Née le 24 octobre 1989 à Nancy

**Relation Hôpital-Ville :**  
**Satisfaction et attentes des Médecins Généralistes**  
**envers le Pôle de gériatrie du Centre Hospitalier de Pau**

**DIRECTRICE**

Docteur Marion Sauvanier

**JURY**

Professeur Muriel Rainfray

Présidente

Docteur Christophe Adam

Rapporteur

Professeur Nathalie Salles

Juge

Docteur Marion Sauvanier

Juge

Docteur Valérie Revel Da Rocha

Juge

## TABLE DES MATIERES

<b>Remerciements</b>	<b>6</b>
<b>Abréviations</b>	<b>8</b>
<b>1. Introduction</b>	<b>9</b>
<b>2. Contexte</b>	<b>10</b>
2.1. Etablissements hospitaliers : évolution récente	10
2.2. Médecine générale : définition, changement de statut	11
2.3. Satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis des hôpitaux : revue de la littérature	12
2.4. Situation à Pau	14
2.4.1. Médecins généralistes : démographie médicale du bassin palois	14
2.4.2. Etablissements de santé	16
2.4.3. Centre Hospitalier de Pau	16
2.4.4. Pôle de gériatrie du CH de Pau	17
2.4.5. Enquêtes de satisfaction concernant le CH de Pau	19
2.4.5.1. CCECQA : satisfaction des correspondants externes en 2008	19
2.4.5.2. Thèse de Marianne Sailliol : étude des relations des médecins généralistes avec le CH de Pau	19
<b>3. Matériel et méthode</b>	<b>21</b>
3.1. Type d'étude	21
3.2. Objectif	21
3.3. Population d'étude	21
3.3.1. Critères d'inclusion	21
3.3.2. Critères d'exclusion	22
3.3.3. Méthode de recrutement	22
3.4. Recueil de données	23
3.5. Variables	23
3.5.1. Variable d'intérêt principal : satisfaction	23
3.5.2. Autres variables	24
3.6. Pré-test	25
3.7. Protocole	26
3.8. Analyse statistique	26
3.9. Logiciels	27
3.10. Compilation des commentaires	28
3.11. Aspects éthiques	28

<b>4. Résultats</b>	<b>29</b>
4.1. Population	29
4.2. Satisfaction	31
4.3. Connaissance de l'offre de soins	35
4.4. Communication	36
4.4.1. Téléphone	36
4.4.2. Courriers	38
4.4.3. Autres modalités de communication	40
4.5. Parcours de soins	40
4.6. Réponses aux questions ouvertes	42
<b>5. Discussion</b>	<b>47</b>
5.1. Synthèse des résultats	47
5.2. Discussion de la méthodologie	47
5.2.1. Faiblesses de l'étude	47
5.2.1.1. Biais	47
5.2.1.2. Population	48
5.2.2. Forces de l'étude	49
5.2.2.1. Protocole	49
5.2.2.2. Questionnaire validé	49
5.2.2.3. Pré test	50
5.2.2.4. Quantitatif	50
5.2.2.5. Taux de participation	50
5.3. Discussion des résultats	51
5.3.1. Population : comparaison aux données démographiques	51
5.3.2. Comparaison des résultats à l'échelon local	52
5.3.2.1. Avec l'enquête du CCECQA	52
5.3.2.2. Avec l'étude de M. Sailliol	53
5.3.2.2.1. Communication ville-hôpital	53
5.3.2.2.1.1. Tous modes confondus	53
5.3.2.2.1.2. Téléphone	54
5.3.2.2.1.3. Courriers	55
5.3.2.2.2. Parcours de soins	55
5.3.2.2.3. Pour résumer	56
5.3.3. Comparaison à plus grande échelle	57
5.3.3.1. Satisfaction globale	58
5.3.3.2. Communication	58
5.3.3.2.1. Téléphone	58
5.3.3.2.2. Courriers	59
5.3.3.2.2.1. Délais de réception	59
5.3.3.2.2.2. Modalités de transmission	59
5.3.3.2.2.3. Taux de réception	60
5.3.3.2.2.4. Contenu du CRH	61
5.3.3.2.2.5. Lettre de liaison	61
5.3.3.2.3. Parcours de soins	62

5.3.3.2.3.1.	Entrée dans la filière gériatrique	62
5.3.3.2.3.2.	Organisation des sorties	62
5.3.3.2.3.3.	Relation entre confrères	63
5.4.	Pistes d'améliorations	64
5.4.1.	Communication	64
5.4.1.1.	Téléphone	64
5.4.1.1.1.	Ligne directe	65
5.4.1.1.2.	Astreinte	65
5.4.1.1.3.	Plateformes	66
5.4.1.2.	Courriers	66
5.4.1.2.1.	Délai de réception	67
5.4.1.2.2.	Modalités de transmission	69
5.4.1.2.3.	Contenu du CRH	71
5.4.1.2.4.	Lettre de liaison	72
5.4.2.	Parcours de soins	74
5.4.2.1.	Entrée dans la filière gériatrique	74
5.4.2.1.1.	Plateforme GERONTADOM, équipes mobiles	74
5.4.2.1.2.	Référent	75
5.4.2.1.3.	Places disponibles, effectifs	76
5.4.2.2.	Organisation des sorties	77
5.4.2.3.	Relations entre confrères	81
<b>6.</b>	<b>Conclusion</b>	<b>83</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>84</b>
	<b>Annexes</b>	
1.	Questionnaire	90
2.	Commentaires libres	94
3.	Modèle D-SAFE de CRH standardisé	105
4.	Modèle de lettre de liaison selon M. Bansard	108
	<b>Serment d'Hippocrate</b>	<b>109</b>
	<b>Résumé</b>	<b>110</b>

*Communication :*

*Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis,  
ce que vous voulez entendre, ce que vous entendez,  
ce que vous croyez comprendre, ce que vous voulez comprendre, et ce que vous comprenez,  
il y a au moins dix possibilités de ne pas se comprendre.*

*Mais, essayons quand même.*

Bernard Werber

*I can't get no satisfaction*

Keith Richards

## REMERCIEMENTS

*La vocation, c'est le bonheur d'avoir pour métier sa passion.*  
Stendhal

### **Aux membres du jury**

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY, au respect que vous m'inspirez s'ajoute la reconnaissance que je vous porte. Merci pour l'honneur que vous me faites en présidant ce jury. Merci d'avoir soutenu mon ambition de devenir gériatre.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM, vous enseignez l'art de la Médecine Générale avec humanité. Vous êtes présent aux étapes clés de mon cursus. Veuillez accepter le témoignage de ma gratitude pour le soutien que vous m'apportez, tant pour mon mémoire que pour le rapport de ma thèse.

Madame le Professeur Nathalie SALLES, vous voir travailler dans les hautes sphères universitaires aussi aisément qu'auprès des personnes âgées en EHPAD est un exemple qui m'inspire. Votre ambition n'enlève rien à votre humilité. Merci pour la qualité de vos enseignements, merci pour votre bienveillance en tant que maître de stage, merci d'avoir accepté de participer à ce jury.

Madame le Docteur Valérie REVEL, merci de m'avoir proposé ce sujet d'étude et de figurer parmi mon jury.

Madame le Docteur Marion SAUVANIER. Marion, tu as accepté avec le sourire de diriger mon travail. Merci pour ton indulgence, ta réactivité et ta bonne humeur.

### **A ceux qui ont contribué**

A Christel et Aurora, grâce à vous j'ai apprivoisé PubMed et dompté Zotero.

A Kevin, pour ton aide et ta patience.

A Nespresso et N'py, pour leur infallible réconfort dans la tourmente.

### **A ma famille**

Aux LACHARME, présents aujourd'hui et aux ceux partis aux quatre coins du monde. Merci pour votre soutien indéfectible. Cela fait une décennie que vous poussez derrière votre fille, petite-fille, sœur, nièce, cette espèce d'OVNI lancée dans l'inconnu médical. Je suis désormais docteur, c'est avec fierté que je vous dédie cette réussite.

## **A mon autre famille**

On n'exerce pas le métier de médecin, on embrasse la vocation.

En me lançant dans ces études, j'ai été acceptée par une seconde famille, la grande famille de la Médecine. C'est à elle que je témoigne ma gratitude aujourd'hui.

A mes meilleures amies, les girls du Home Saint Louis : Heloïse et Sophie.

Aux copains Reims-Doigts : Charlotte la Princesse et Paolo, Maël, Jacques et Romy (et Loulou), Hélène, Val, Domi, Margaux, Elo, Chaminou, Momol, Piro, Kurt, Alex, Whiski Polol et Aurore, Mike, Amandine et Caro, Steph à la corpo, aux Boules de Feu, faluchards, chaudières et autres critards. A Nicolas.

Aux PériGirls : Lulu Marion et Adèle.

Au gang de zouz : ADP Zazou et Kim.

A mes colocs : Chouk, mon beau Bobo, de G, Grumeau, Marion, mon hystero de Flavien, Larpin, Amo, Anne-Lise, Bénou, Chauvet, Mezzo, Mich, Vinvin, Mazu, ADP et ma petite Marianne.

A la graloc : Zaz, Caza, JB, Besti, Greg, Kim, Fédé, Toto, Stefagro, Cricri, Gram. Fils, vous êtes des bons fils !

A mes cointernes, la team Vignalou, la team Xavier Arnozan, la dream team des Urgences de Pau : Lulu, Larpinette, Lolo, Hortense et Julie mes blondes préférées, Joris, JB et QDLG. Excellente prise en charge !

Aux périgourdins : ma loutre, Littlefinger, Noémie, Mathieu, Gbedo.

Aux palois : Christmas (slicks slicks) et ma Larpinette, Marion et V, Lulu et Maxence, Pingping, Manon, Alix, Baptiste, la Gueguen, Aurélie Valentin David et les psy, Vincent (Guy !) Scherli (Guy !) et Vercruysse (Guy !), Bondibitch, ADP et Etienne.

Aux bayonnais : Mouna, Manoue, LMD, Camille, Taffino et Max.

A tous ceux que je ne cite pas, par manque d'espace mais pas manque d'intérêt !

Enfin, à ceux qui ont su encourager ma vocation : Antoine et Marie-Jo. A mes maîtres de stage. A l'équipe du CJV, merci pour la confiance que vous m'accordez en m'acceptant dans votre équipe. Il me tarde de travailler à vos côtés. A Didier, merci d'avoir appuyé ma candidature au DESC.

Et à Charles. Tu es à l'origine de ma détermination à soigner mon prochain. Hommage posthume.

## ABREVIATIONS

**AP-HP** Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

**ARS** Agences Régionales de Santé

**CCECQA** Comité de Coordination de l’Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

**CH** Centre Hospitalier

**CHU** Centre Hospitalier Universitaire

**CME** Commission Médicale d’Etablissement

**CNOM** Conseil National de l’Ordre des Médecins

**CRH** Compte-Rendu d’Hospitalisation

**DMP** Dossier Médical Partagé

**EHPAD** Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**EMOG** Equipe MObile de Gériatrie

**EMGD** Equipe Mobile de Gériatrie à Domicile

**FMC** Formation Médicale Continue

**HAS** Haute Autorité de Santé

**HDJ** Hôpital De Jour

**HPST** loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009

**IPAQSS** Indicateur Pour l’Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins

**LL** Lettre de Liaison

**PAERPA** Personnes Agées En Risque de Perte d’Autonomie

**PH** Praticien Hospitalier

**SMUR** Service Mobile d’Urgence et Réanimation

**SSR** Soins de Suite et Réadaptation

**UPUG** Unité de Post gériatrie Aiguë

**USLD** Unité de Soins Longue Durée

## 1. INTRODUCTION

Une bonne relation « hôpital-ville » contribue à l'efficacité du système de santé. Or cette relation est mise à mal par la raréfaction de l'offre de soins de première ligne et l'augmentation de la demande, en France comme à l'étranger <sup>(1-3)</sup>.

Les dernières réformes ont transformé les hôpitaux en véritables entreprises : ils doivent composer avec les attentes de leurs correspondants externes et remettre continuellement leur offre en question.

Le statut de « médecin de ville » a évolué : il est désormais un acteur de premier plan dans la coordination du parcours de soins du patient.

La demande en soins est grandissante : le poids des maladies chroniques est exponentiel, dans une population vieillissante qui doit faire face à une pénurie préoccupante de médecins.

Cette thèse propose une approche originale pour améliorer le lien « hôpital-ville », en tenant compte des difficultés actuelles engendrées par la transition démographique : qu'attendent les médecins généralistes libéraux d'un établissement tel que le Centre Hospitalier de Pau, face aux conséquences du vieillissement de la population ? Pour répondre à cette question, nous avons centré l'étude sur le Pôle de Gériatrie du Centre Hospitalier.

## 2. CONTEXTE

Afin d'appréhender l'objet de cette enquête, déterminons le contexte dans lequel elle s'inscrit. Nous allons succinctement définir l'une et l'autre partie : établissements hospitaliers et médecine générale, ainsi que le lien qu'elles entretiennent. Nous aborderons ensuite l'offre de soins à l'échelon de Pau, tant du point de vue ambulatoire qu'hospitalier. Enfin nous évoquerons le Pôle de Gériatrie du Centre Hospitalier de Pau et les prestations qu'il offre à ses correspondants externes.

### 2.1 Etablissements hospitaliers : évolution récente

La loi du 13 août 2004 révolutionne le système de santé français en instaurant le concept de coordination. Elle introduit la définition de médecin traitant et celle de parcours de soins coordonné<sup>(4)</sup>.

En 2009, la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) crée les ARS (Agence Régionales de Santé). L'objectif est d'améliorer l'articulation entre soins ambulatoires et offre médico-sociale. Le médecin traitant tient un rôle capital : il devient coordinateur du parcours de soins de son patient<sup>(5)</sup>.

Concernant les établissements hospitaliers, ils sont désormais soumis à une obligation de certification : elle consiste en l'expertise de leur fonctionnement et de leurs pratiques. La prise en compte de la satisfaction de ses correspondants externes fait partie des critères d'évaluation.

In fine, on assiste à une évolution des usages : « l'hôpital » et la « ville » sont dépendants l'un de l'autre.

En 2013, le rapport Cordier renforce cette notion. Il propose une nouvelle stratégie de santé : « L'organisation des soins doit être décloisonnée, articulant les interventions des professionnels, services et établissements sanitaires et médico-sociaux d'un territoire donné

autour de parcours dans lesquels le patient est lui-même acteur de sa santé et de sa prise en charge »<sup>(6)</sup>.

Ces nouveaux éléments sont inclus dans la dernière version du manuel de certification des établissements de santé, publié par la HAS en janvier 2014 : la V2014<sup>(7)</sup>.

Parmi les 20 thématiques de cette V2014, l'une traite du parcours de soins. Pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et l'efficacité des soins, elle assimile l'établissement de santé à une entreprise avec une véritable vision de *management*. Ainsi, les liens avec les acteurs extérieurs doivent être structurés et formalisés. Des interfaces doivent être développées, centrées sur le patient et son entourage. Les transferts des patients (entrée et sortie d'hospitalisation) doivent être organisés avec les professionnels d'aval. Toutes les informations nécessaires à leur prise en charge doivent être transmises.

Cette coopération, désormais clé de voute du parcours de soins, est d'autant plus essentielle face à la transition épidémiologique à laquelle nous sommes confrontés. Parallèlement à la moyenne d'âge de la population française, la demande de soins est en augmentation. Les maladies chroniques et les progrès de la médecine rendent indispensables le travail multidisciplinaire.

C'est l'intégralité du système de soins qui doit donc être repensée. Dans ce contexte où la coordination est devenue un impératif, on comprend désormais l'impérieuse nécessité qu'a l'hôpital à s'interroger sur les liens qu'il entretient avec la « ville ». En d'autres termes, les établissements de santé doivent s'enquérir des attentes des médecins généralistes.

## **2.2 Médecine générale : définition, changement de statut**

De même que le statut des hôpitaux a connu de profondes mutations ces dernières décennies, le rôle du médecin généraliste a également évolué. L'image d'antan du « médecin de campagne » isolé est devenue obsolète. Le médecin généraliste a accédé au rang de spécialiste. En 2004, il est devenu médecin « traitant » de son patient, puis coordinateur de son parcours de soins en 2009.

La WONCA (Organisation Mondiale des Médecins Généraliste) définit la discipline comme « scientifique et universitaire, spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités. »<sup>(8)</sup>. On retrouve encore cette notion de coordination, capitale pour un système de soins de première ligne efficient. La médecine générale peut remplir son rôle seulement si les conditions structurelles le permettent. Développer le travail d'équipe entre professionnels de la santé est donc indispensable<sup>(9)</sup>.

Pour améliorer la fluidité des rapports entre « hôpital » et « ville », examinons les attentes de chaque partie vis-à-vis de l'autre. Une revue de la littérature traitant des relations interprofessionnelles suggère qu'il reste encore de la place pour l'amélioration.

### **2.3 Satisfaction des généralistes vis-à-vis des hôpitaux : revue de la littérature**

L'étude de C. Beden, publiée en 2001, portant sur la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble montre que ces derniers n'en sont que modérément satisfaits (indice de satisfaction à 66 sur 100). Les principaux points faibles sont les difficultés de communication et le manque de collaboration. Les généralistes souhaitent des progrès en matière de transmission d'informations : réduire le délai de réception des courriers à moins de 8 jours et accéder au référent hospitalier de leur patient. Ils demandent également de pouvoir hospitaliser leurs patients directement dans les services sans passer par les urgences<sup>(10)</sup>.

Une décennie plus tard sur le même CHU de Grenoble, le constat est aggravé. L'indice de satisfaction globale passe de 66 à 55 sur 100. Si les généralistes ont une opinion plutôt favorable de la qualité des soins (66% sont satisfaits), le taux tombe à 36% pour les Comptes-Rendus d'Hospitalisation (25% pour les délais de réception) et 29% pour la préparation de la sortie (21% pour la planification de la sortie, 25% pour la participation au projet thérapeutique). Les médecins interrogés déplorent à nouveau un manque de coopération (5% d'avis favorables pour la participation à la prise de décision), des difficultés à joindre leurs confrères hospitaliers

(44% d'avis favorables pour l'accessibilité, sentiment toutefois variable selon les services), des obstacles pour faire hospitaliser leurs patients sans passer par les urgences ou obtenir une consultation spécialisée ainsi qu'un retard de transmission des informations (par exemple, seulement 17% d'avis favorables pour la communication du décès de leur patient)<sup>(2)</sup>.

Cet avis mitigé n'est pas spécifique au CHU grenoblois. Le travail de thèse de J. Jourdain, portant sur le CHU de Poitiers, corrobore ces propos : bien que 86% des généralistes se déclarent globalement satisfaits, ces derniers sont mécontents de l'accès aux soins et de la communication interprofessionnelle. Ils regrettent en particulier le délai de prise en charge, l'impossibilité d'admissions directes, les délais de réception des courriers et leur maigre participation au projet thérapeutique de leur patient<sup>(11)</sup>.

Dans l'optique d'améliorer les relations avec ses correspondants médicaux extérieurs, le CHU Bichat – Claude Bernard a interrogé les généralistes de son secteur. Ces derniers proposent deux pistes d'amélioration : un interlocuteur sénior plus accessible et des Comptes Rendus d'Hospitalisation adressés plus rapidement<sup>(12)</sup>.

Le principal objet des remontrances des généralistes est la communication hôpital-ville. Le défaut d'information est exacerbé lors de la transition du milieu hospitalier vers le lieu de vie du patient. Il s'agit pourtant d'un moment critique pour la santé du patient et doit à ce titre être méticuleusement préparé. Plusieurs études démontrent que cette carence entraîne des événements indésirables évitables, dont la ré-hospitalisation précoce. Cet écueil se constate aussi bien dans les CHU que dans les centres hospitaliers périphériques<sup>(13-17)</sup>.

### **Au-delà des frontières**

Ces problèmes de communication sont loin d'être franco-français.

Une étude britannique randomisée comparative a mesuré le taux de satisfaction des généralistes quant à la communication hospitalière : à l'instar des praticiens français, ils déplorent les carences d'information, notamment en matière de délai d'envoi des Comptes Rendus lors de la sortie des patients âgés vulnérables<sup>(18)</sup>.

Une étude sur la qualité des lettres d'entrée et de sortie d'un hôpital norvégien de 100 patients gériatriques montre que dans les deux cas, des informations vitales sont manquantes<sup>(19)</sup>.

L'étude de G. Hesselink et al. aux Pays-Bas constate que les médecins généralistes (63% d'entre eux) signalent un manque d'information concernant leurs patients à l'hôpital, tant en matière d'évolution, de préparation de la sortie que lors du décès<sup>(20)</sup>.

Une étude australienne met en évidence des erreurs de prise en charge dues aux échecs de communication entre hôpital et ville. Les principales causes sont : des CRH incomplets, illisibles, incorrects, des ordonnances de sortie non transmises, l'absence de prise de contact entre généralistes et services d'urgences pour les patients « critiques », des difficultés à obtenir des informations auprès des spécialistes, une inaccessibilité des informations à propos des investigations menées sur leurs patients, enfin, des considérations de PH déconnectées de la réalité lors de la sortie (obtenir un INR le dimanche, par exemple)<sup>(3)</sup>.

## **2.4 Situation à Pau**

### **2.4.1 Médecins généralistes : démographie médicale du bassin paolois**

Ainsi, les relations interprofessionnelles sont problématiques, aussi bien dans les grands centres universitaires que dans les petits hôpitaux périphériques, en France comme à l'étranger. Qu'en est-il dans le bassin de vie de Pau ? Le paragraphe suivant expose la démographie médicale des médecins généralistes ainsi que l'offre en matière d'établissements de santé.

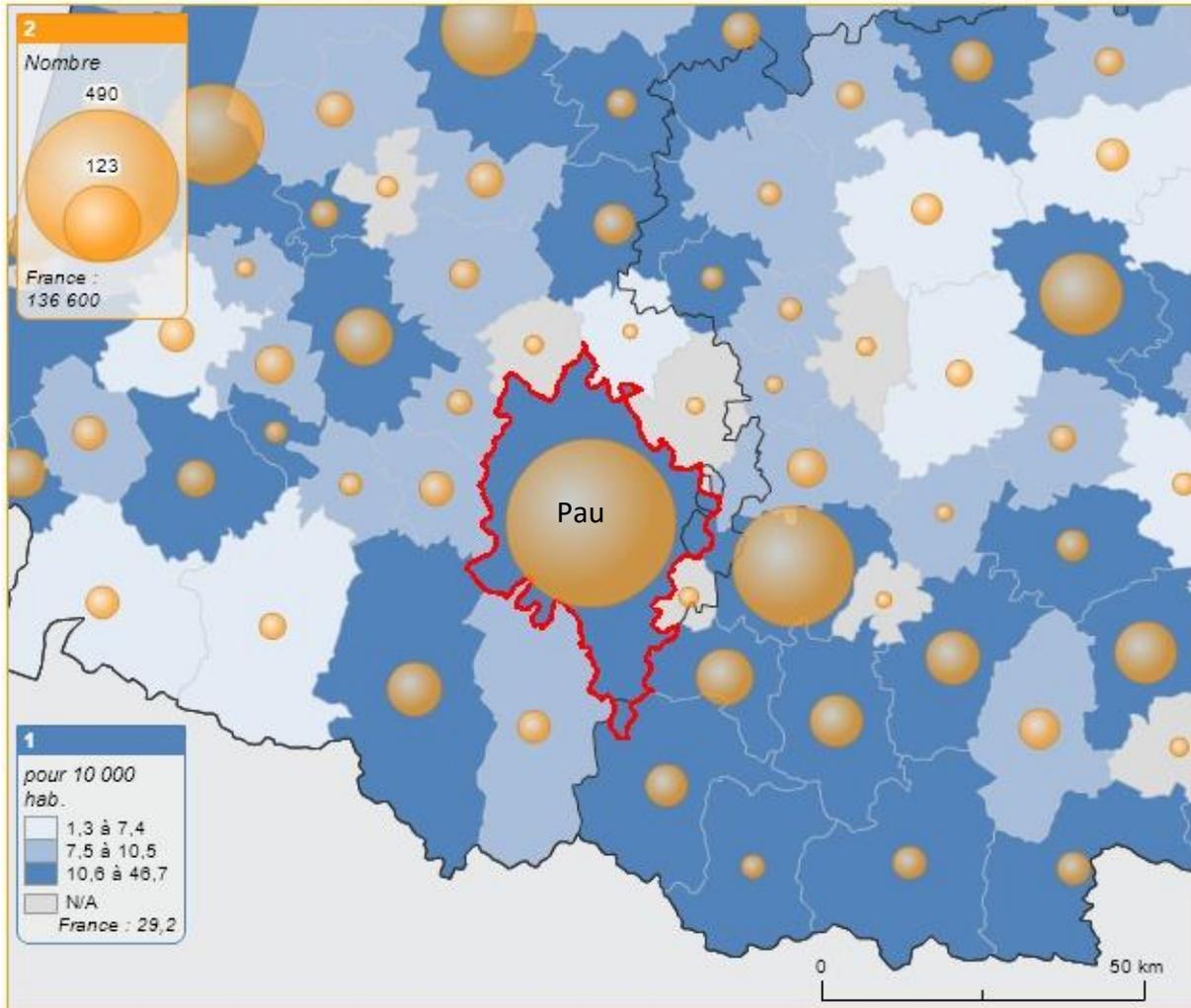
Nous avons évoqué la transition démographique comme facteur dont il faut tenir compte dans l'évolution du système de soins. D'une part, la demande en soins est croissante. D'autre part, l'offre se réduit : le Conseil National de l'Ordre constate une baisse préoccupante du nombre de médecins généralistes (-0,8% entre 2016 et 2017)<sup>(21)</sup>.

En 2017, 490 médecins généralistes sont inscrits au tableau de l'Ordre dans le bassin de vie de Pau (dont 123 dans la ville de Pau), 205 à exercice libéral exclusif. La densité de médecins

généralistes est de 15,3 pour 10 000 habitants (contre 29,2 en France) en 2016. La moyenne d'âge des libéraux est 52,7 ans en 2017 (versus 57,0 en France), la proportion d'hommes est 61,7% (54,2 en France).

1 - Densité médicale des généralistes - activité totale, 2016 - source : Insee, Cnom

2 - Nombre de médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre quelque soit leur mode d'exercice ou leur type d'activité (total inscrits), 2017 - source : CNOM



© IGN GéoFla 2015 - France par bassin de vie

## 2.4.2 Etablissements de santé à Pau

L'offre paloise en matière d'établissements de soins est la suivante :

- La clinique Marzet, regroupant les spécialités chirurgicales d'orthopédie-traumatologie, urologie, chirurgie viscérale, vasculaire, ORL et un service d'anesthésie-réanimation.
- La polyclinique de Navarre : elle concentre 179 lits d'hospitalisations en chirurgie, médecine et gynéco-obstétrique.
- Le groupe d'Aressy : clinique médicale et cardiologique de 94 lits comprenant notamment un service de médecine polyvalente et gériatrie).
- La clinique Princess, d'orientation endocrinologique et nutrition.
- Le Centre Hospitalier des Pyrénées : établissement publique spécialisé en santé mentale.
- Le Centre Hospitalier de Pau.

## 2.4.3 Centre Hospitalier de Pau

Le CH de Pau totalise 794 lits :

- 375 lits de médecine,
- 144 places de chirurgie dont 18 en ambulatoire,
- 40 en obstétrique,
- 133 en moyen séjour,
- 80 en long séjour,
- 20 places d'Hospitalisation à Domicile<sup>(22)</sup>.

Sur le même campus coexistent trois sites :

- Le centre François Mitterrand, qui regroupe les services de soins, services médico-techniques (dont l'accueil des urgences, le SMUR, les blocs opératoires) et services administratifs. Parmi les services de soins : l'Unité de Post Urgence Gériatrique (UPUG), 12 lits ; et l'Equipe Mobile Gériatrique (l'EMOG).

- Le centre Hauterive : il comprend des services de rééducation fonctionnelle et médicale, l'unité de soins palliatifs, un centre addictologie et un service de médecine nucléaire.
- Le Centre Jean Vignalou : ce dernier regroupe l'essentiel des activités gériatriques.

La richesse de ses nombreuses spécialités, couplée à un plateau médico-technique de pointe, font du CH de Pau un interlocuteur majeur pour ses correspondants externes.

#### 2.4.4 Pôle de Gériatrie du CH de Pau

Avant de développer l'offre du CH de Pau en matière de gériatrie, définissons cette spécialité. En quelques mots, la gériatrie est la médecine des personnes âgées malades.

Traitant autant des atteintes organiques que des affections fonctionnelles, cognitives et sociales, elle se démarque des autres « spécialités d'organe » par son approche globale. C'est un exercice complexe : les patients gériatriques sont fragiles et souffrent de multiples pathologies évolutives. Elle doit faire face aussi bien aux soins aigus que chroniques, de réadaptation, prévention et fin de vie. C'est cette vision transversale qui la distingue comme un exercice unique.

Son émergence est moderne : face à l'allongement de l'espérance de vie dans la seconde moitié du XXe siècle, des sociétés gérontologiques se forment sous l'égide de physiologistes, universitaires et hospitaliers, dont un certain Jean Vignalou. La spécialité n'existe en France que depuis 2004.<sup>(23)</sup>

Le Pôle de Gériatrie du CH de Pau est décloisonné : à la fois présent dans l'enceinte même du CH sur le site François Mitterrand (EMOG et UPUG) et sur le Centre Jean Vignalou, il fait également le lien avec le secteur extrahospitalier grâce à ses activités de coordination et via une structure récente, l'Equipe Mobile de Gériatrie à Domicile.

Il propose une grande diversité de prestations :

- Six services d'hospitalisation, totalisant 210 lits :
  - o Unité Post Urgence Gériatrique (UPUG) de 12 lits,

- Deux services de médecine gériatrique aiguë comprenant 40 lits,
- Deux services de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) totalisant 78 lits,
- Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 80 lits.
- Hôpital de Jour : 4 places,
- Consultations gériatriques,
- Centre Mémoire de Proximité (ateliers mémoire),
- Activités de coordination en EHPAD, en l'occurrence au Clos des Vignes à Jurançon et à l'Accueil de jour Les Tournesols à Sevignacq-Theze.
- Deux équipes mobiles :
  - Une équipe intra-hospitalière : l'EMOG.  
Elle est constituée d'un praticien hospitalier gériatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale, d'un ergothérapeute et d'une secrétaire. Elle intervient auprès des services hospitaliers non gériatriques sur le plan médical, sur la prise en charge et l'orientation de patients âgés en donnant un avis spécialisé pluridisciplinaire.
  - Une nouvelle équipe, mise en place en 2017, hors les murs : l'EMGD.  
A destination des médecins de ville, elle agit comme une véritable EMOG sur le terrain. Elle se compose d'un praticien hospitalier gériatre, d'une infirmière et d'une assistante sociale. Elle intervient sur demande des médecins généralistes via GERONTADOM, une plateforme de coordination des équipes mobiles, pour désamorcer les situations complexes. En s'inscrivant dans le développement de la prévention, elle favorise le maintien à domicile en limitant les hospitalisations évitables et les ré-hospitalisations précoces. C'est une véritable interface ville-hôpital.

Le Pôle de Gériatrie du CH de Pau tisse ainsi un véritable réseau de soins spécialisés. Le large éventail d'offre qu'il propose et son grand nombre de lits en font un partenaire de premier ordre pour les praticiens de terrain.

## **2.4.5 Enquêtes de satisfaction concernant le CH de Pau**

Les établissements de soins doivent s'enquérir des attentes de leurs correspondants externes. Le CH ne déroge pas à cette règle : il a récemment fait l'objet de deux enquêtes de satisfaction.

### **2.4.5.1 CCECQA : satisfaction des correspondants externes**

En 2008, le CCECQA (Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) a évalué la satisfaction des correspondants externes des établissements de santé sur l'ensemble de la région. Cette enquête s'inscrit dans une démarche d'amélioration des relations entre praticiens hospitaliers et médecins libéraux, en lien avec la procédure de certification de la HAS dans sa première version, la V2007.

La population-cible est constituée par les « correspondants externes », c'est-à-dire les médecins libéraux généralistes et spécialistes qui ont adressé au moins vingt de leurs patients au CH l'année précédente.

Ces derniers attribuent à l'hôpital palois un indice de satisfaction globale de 72,5 sur 100.

Les points forts retenus par les interlocuteurs sont les suivants : la qualité des prises en charge thérapeutique et diagnostique, les relations avec les médecins de l'établissement, le suivi proposé aux patients, l'échange d'informations avec les médecins, la qualité des Comptes Rendus d'Hospitalisation.

Les éléments négatifs sont les suivants : l'accès aux soins (9,2% de médecins non satisfaits dans le cas d'une consultation aux urgences et 3,8% pour les hospitalisations programmées), la prise en charge sociale, l'organisation de la sortie (24,7% pour délai de réception du CRH, 16,7% pour l'association à la planification de la sortie).

### **2.4.5.2 Thèse de M. Sailliol : étude des relations des médecins généralistes avec le CH de Pau**

En 2014, cette même population-cible de correspondants externes palois est à nouveau sollicitée. Pour son travail de thèse, l'urgentiste Marianne Sailliol s'est intéressée aux attentes

des médecins généralistes sur leur relation avec le CH de Pau. L'étude est centrée sur le Pôle des Urgences du Centre Hospitalier.

Les admissions directes sont jugées difficiles : les spécialistes sont péniblement joignables au téléphone et peu de lits sont disponibles dans les services. Les généralistes ne sont pas prévenus lors de la sortie de leurs patients ni en cas de décès. A noter que les gériatres sont considérés comme faciles à joindre par téléphone par 53% des médecins interrogés (4<sup>e</sup> rang après les cardiologues, les urgentistes adultes puis pédiatriques).

Le Compte Rendu d'Hospitalisation est reçu après plusieurs semaines (80% des cas), voire plusieurs mois (27%).

Les attentes concernent en premier lieu la communication : souhait d'une plateforme téléphonique pour joindre un spécialiste, amélioration des relations entre médecins, un meilleur retour d'information sur la prise en charge des patients<sup>(24)</sup>.

Notre étude est donc la troisième en dix ans à mesurer le degré de satisfaction des médecins généralistes envers le Centre Hospitalier de Pau. En revanche c'est la première à se focaliser sur la gériatrie. En effet, l'émergence d'une patientèle gériatrique impacte l'exercice médical, tant hospitalier qu'ambulatoire. Il devient donc nécessaire de réévaluer la qualité du lien « hôpital-ville » à la lumière de cet aspect spécifique et nouveau. : qu'attendent les médecins généralistes d'un établissement tel que le CH de Pau face aux conséquences du vieillissement de la population ?

### **3. METHODE**

#### **3.1 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative.

#### **3.2 Objectif**

L'objectif principal est de mesurer le degré de satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis du Pôle de gériatrie du CH de Pau.

Les objectifs secondaires sont de déterminer leurs attentes pour proposer des pistes d'amélioration.

Trois axes sont explorés : la communication, le parcours de soins et l'avis global sur le Pôle de Gériatrie.

#### **3.3 Population d'étude**

Les sujets concernés sont les médecins généralistes libéraux installés dans le secteur de recours du CH de Pau. Pour des résultats représentatifs, cette étude quantitative s'adresse non pas à un échantillon, mais à l'ensemble des individus de cette population<sup>(25)</sup>.

##### **3.3.1 Critères d'inclusion**

Pour être inclus, les praticiens doivent exercer la médecine générale en cabinet libéral et être installés dans la zone de recours du CH de Pau.

### 3.3.2 Critères d'exclusion

Sont exclus les médecins n'ayant pas ou peu de lien avec le Pôle de Gériatrie, de par leur activité : acupuncteurs, pédiatres, gynécologues, homéopathes, sexologues, médecins du sport.

### 3.3.3 Méthode de recrutement

La liste des médecins est établie à partir de l'annuaire en ligne de l'Assurance Maladie<sup>(26)</sup>.

## 3.4 Recueil de données

Les données sont recueillies par questionnaire auto-administré.

L'élaboration de questionnaires est une méthode fréquemment utilisée en recherche en médecine générale<sup>(27,28)</sup>. Elle présente de multiples intérêts : elle est économique, anonyme et permet à l'enquêté de répondre au moment qu'il juge le plus opportun. L'inconvénient majeur est le risque de non-réponse<sup>(25)</sup>.

Les médecins généralistes sont sans cesse sollicités<sup>(29)</sup>. Afin de maximiser leur participation, une attention particulière est apportée à la conception du questionnaire, tant sur la forme que sur le fond.

Sur la forme : le nombre de questions est limité (34 dont 7 ouvertes) afin de réduire le temps de passation. La formulation est volontairement simple. Les tournures de phrases sont neutres pour ne pas influencer le sens des réponses<sup>(30)</sup>. Dans le but de renforcer le taux de réponse et faciliter l'analyse, les questions fermées sont privilégiées.

Un court texte d'introduction préface le questionnaire.

Pour accroître la compliance des enquêtés, nous employons une technique marketing de *benchmarking* : les médecins enquêtés se voient proposer un *feedback* afin qu'ils puissent se situer par rapport aux réponses de leurs confrères<sup>(30,31)</sup>.

Sur le fond : le questionnaire est basé sur celui du SAPHORA-CE®, élaboré et validé par le CCECQA. Il est structuré en cinq rubriques :

1. La première est constituée de questions générales sur le Pôle de Gériatrie (3 questions).
2. La seconde porte sur la communication. Elle est divisée en quatre parties : la communication téléphonique (8 questions dont une ouverte), les courriers (6 questions dont une ouverte), les autres modalités (2 questions) et enfin la satisfaction globale en matière de communication (2 questions dont une ouverte).
3. La troisième traite du parcours de soins (7 questions dont 2 ouvertes).
4. La quatrième comporte deux questions ouvertes : l'une sur l'avis des généralistes envers le Pôle et l'autre sur leurs attentes.
5. Enfin la dernière permet de collecter les données socio-démographiques des enquêtés (7 questions).

### **3.5 Variables**

#### **3.5.1 Variable d'intérêt principal : satisfaction**

On mesure le degré de satisfaction des généralistes sur dix items :

- Satisfaction globale de leur relation avec le Pôle de Gériatrie,
- Satisfaction globale de la communication,
  - o Satisfaction de la communication téléphonique,
    - Satisfaction quant à la facilité à joindre le Pôle au téléphone,
    - Satisfaction envers les informations obtenues au téléphone,
  - o Satisfaction des courriers,
    - Satisfaction vis-à-vis des délais de réception des courriers,
    - Satisfaction du contenu des courriers,
- Satisfaction globale du parcours de soins,
  - o Satisfaction pour accéder aux différentes structures (consultation mémoire, HDJ, UPUG ou court séjour gériatrique, SSR, USLD, EMGD).

Les réponses aux questions de satisfaction sont ordinales, selon une échelle de Likert à cinq modalités (pas du tout satisfait = 1/5 ; tout-à-fait satisfait = 5/5).

### 3.5.2 Autres variables

Les autres questions fermées permettent de préciser les rapports qu'entretiennent les généralistes avec le Pôle de Gériatrie :

- Leur connaissance des diverses structures,
- Questions sur la communication :
  - o Fréquence et motifs des échanges téléphoniques,
  - o Interlocuteur principal,
  - o Fréquence et délai de réception des courriers,
  - o Autres modes de communication,
- Questions sur le parcours de soins :
  - o A quelles structures les enquêtés ont recours,
  - o Modalité pour adresser leurs patients en hospitalisation.

Les questions ouvertes ont pour but de libérer l'expression sur les points forts et les aspects négatifs :

- En matière de communication téléphonique,
- Sur la communication écrite,
- Sur la communication de manière globale,
- Sur l'accès aux soins,
- Et sur l'ensemble du Pôle de Gériatrie.

Les réponses à ces questions ouvertes sont essentielles dans la conception de l'étude : les aspects négatifs correspondent aux attentes des individus et dessinent les pistes d'amélioration que nous explorerons.

Une dernière question ouverte interroge les praticiens qui n'adressent pas leur patientèle au Pôle gériatrique sur les raisons de ce choix.

Enfin l'ultime rubrique, socio-démographique, est destinée à recueillir les caractéristiques du répondant : âge, sexe, lieu d'exercice, éventuelle qualification supplémentaire (notamment en gériatrie).

### **3.6 Pré-test**

Pour valider la conception du questionnaire, s'assurer de la compréhension des énoncés, adapter les modalités de réponses et chronométrer le temps de passation, un pré-test est mené auprès de trois médecins tirés au sort parmi la population d'étude et d'un méthodologiste.

### 3.7 Protocole

Afin de maximiser les chances de réponse, un protocole original est élaboré : le contact avec la population est établi via trois médias et le recueil se fait selon une double modalité. Les individus sont approchés une première fois par téléphone, s'ensuit un échange d'emails, deux relances téléphoniques et enfin un éventuel envoi par courrier. Les données sont collectées par voie électronique et de manière plus traditionnelle, par voie postale.

La première phase se déroule du 2 au 26 novembre 2017 : appel individuel de chaque médecin pour présenter l'étude et obtenir l'adresse email. L'enquêté se voit exposer l'objet de l'étude et son intérêt. Les aspects éthiques (anonymat) lui sont précisés ainsi que le (court) temps de passation. Le lien internet du formulaire en ligne lui est adressé dans la journée, précédé d'un texte personnalisé.

La dernière semaine de novembre 2017 est consacrée à la phase de relance par email.

La première relance téléphonique se déroule sur la première quinzaine de décembre ; la deuxième du 18 au 22 décembre.

Une version papier est envoyée par la poste le 11 janvier 2018 aux non-répondants, aux médecins non informatisés et à ceux avec qui aucun contact téléphonique n'a été concluant.

### 3.8 Analyse statistique

Une analyse descriptive est réalisée pour chaque question.

A chaque question fermée correspond un **taux de réponse** : c'est la proportion de questions à laquelle une réponse est apportée (n), rapportée au nombre de questionnaires exploités (en pourcentage).

Pour les questions de satisfaction, un **score** est calculé :

Un barème est affecté à chaque modalité de réponse (Pas du tout satisfait = 0, Peu satisfait = 25, Assez satisfait = 50, Satisfait = 75 et Tout-à-fait satisfait = 100). Le score correspond à la somme des réponses pondérées (par le barème), rapportée au nombre de questionnaires sur lesquels une des modalités de réponse a été cochée. Il s'interprète comme un indicateur du niveau moyen de satisfaction. Son mode de calcul permet de réduire les effets des réponses extrêmes. C'est donc une note variant de 0 et 100. Elle ne doit pas être interprétée comme un pourcentage.

Ce score s'accompagne d'une représentation graphique, de l'intervalle de confiance à 95% et de l'écart-type.

Exemple :

« Sur une échelle de 1 à 5, quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis du Pôle de Gériatrie ? »

Score à 75,8 sur 100 ; écart type : 21,3 ; intervalle de confiance à 95% : [72,0-79,5]



- 1-Pas du tout satisfait
- 2
- 3
- 4
- 5-Tout à fait satisfait

Cela signifie que la note moyenne attribuée est 75,8 sur 100. La majorité des répondants (40,9%) se disent satisfaits et 33,1% sont tout-à-fait satisfaits.

### 3.9 Logiciels

Le questionnaire en ligne est créé avec le logiciel Google Forms®. La version papier est adaptée dans Word®. Les données en ligne sont enregistrées sur Excel® puis complétées par celles des formulaires papier. L'analyse est faite avec MS Excel®, les images sont générées avec R®.

### **3.10      Compilation des commentaires**

Les réponses libres aux 7 questions ouvertes sont intégralement retranscrites (cf annexe 2). Elles sont segmentées en commentaires (une réponse peut comporter plusieurs commentaires), qui sont regroupés en thèmes, eux-mêmes rassemblés en 4 grandes thématiques : communication, parcours de soins, offre de soins et généralités. Les occurrences de chaque thème sont dénombrées afin de calculer leur fréquence de citation et d'identifier les idées dominantes.

### **3.11      Aspects éthiques**

Le protocole de l'étude est déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (Méthodologie de Référence MR-003).

## 4. RESULTATS

### 4.1 Population

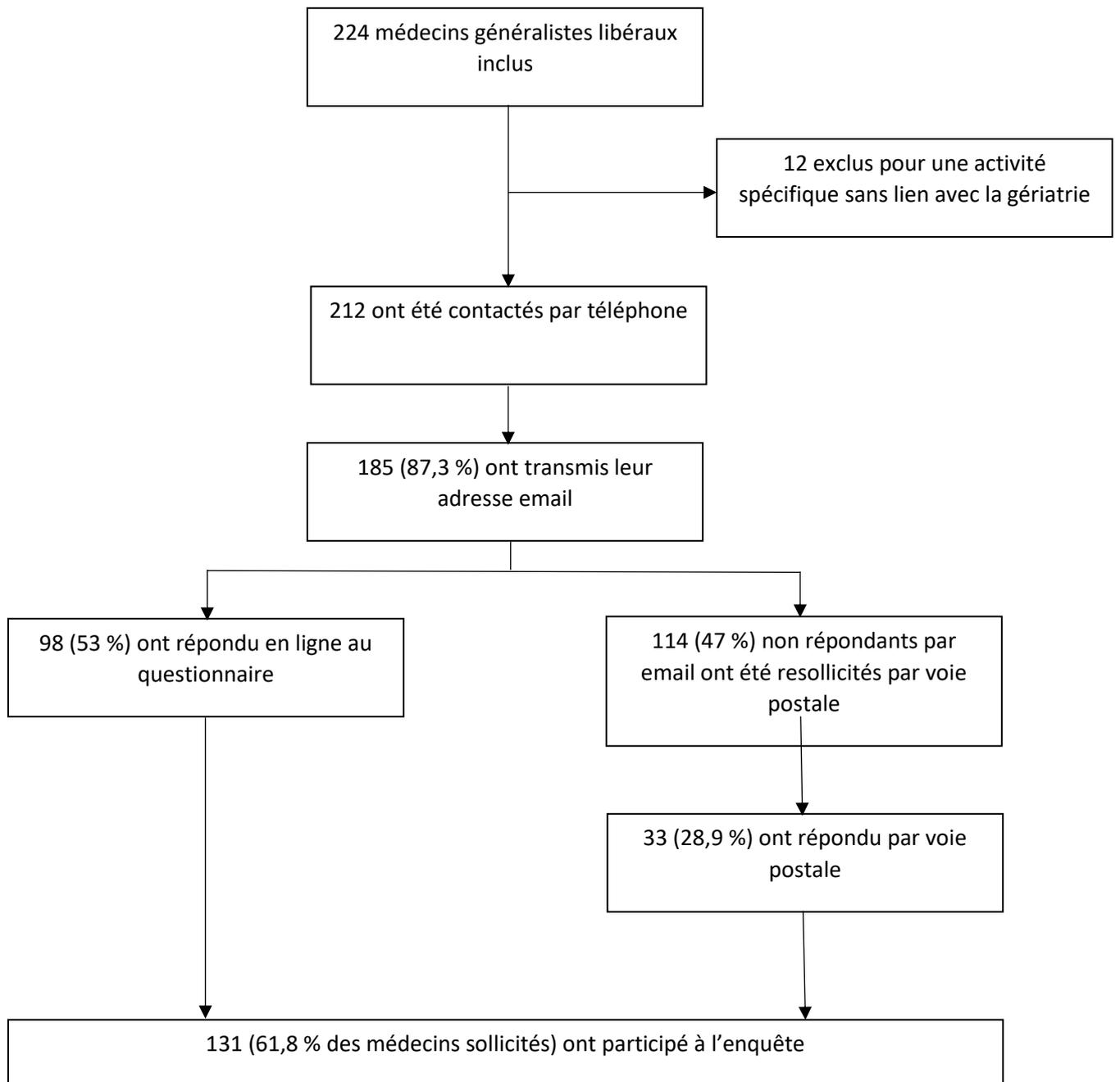


Figure 1 : Diagramme de Flux

Sur les 224 médecins généralistes libéraux concernés, 12 sont exclus de par leur activité. Parmi les 212 restants, 185 ont transmis leur adresse email, 98 ont répondu au questionnaire en ligne et 33 ont retourné la version postale. Nous avons donc recueilli 131 questionnaires. Le taux de participation en ligne est 53,0 % et 28,9 % par voie postale, soit un total de 61,8% sur l'ensemble des médecins inclus. Un seul questionnaire est non exploitable (vide). L'analyse porte ainsi sur 130 questionnaires.

Les 130 médecins répondants sont en majorité des hommes (85 ; 65,9%). La plupart (111 ; 40,8%) sont âgés de 55 à 64 ans, installés en milieu semi-rural (59 ; 45,7%) ou urbain (54 ; 41,9%). Une proportion non négligeable d'entre eux (20 sur 128 répondants ; 15,9%) déclarent une qualification supplémentaire en gériatrie : 9 sont médecins coordinateurs d'EHPAD, 7 ont passé un DU, 3 la capacité et 5 un DIU. Parmi les autres, 35 (26,9 %) ont suivi une autre formation.

**Tableau 1 : Caractéristiques des médecins répondants**

<b>N = 130 répondants</b>	<b>Taux de réponse (%)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexe	99,2		
Femme		44	34,1
Homme		85	65,9
Lieu d'exercice	99,2		
Urbain		54	41,0
Semi-urbain		59	45,7
Rural		16	12,4
Qualification en gériatrie	98,5		
DU		7	5,4
DIU		5	3,8
Capacité		3	2,3
Coordination d'EHPAD		9	6,9
Autre qualification		35	26,9
Réponse en ligne		98	53,0
Réponse par voie postale		33	28,9
Réponse tous modes confondus		131	61,8

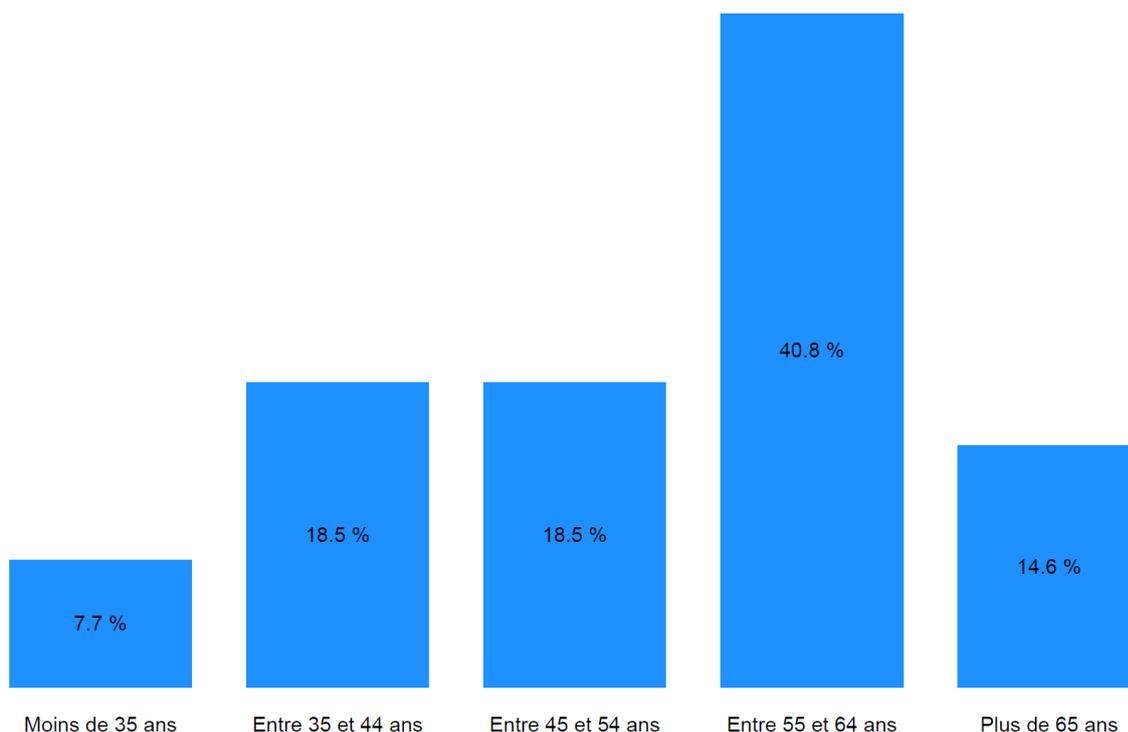


Figure 2 : Classes d'âge des médecins répondants

## 4.2 Satisfaction

L'indice de satisfaction globale des généralistes vis-à-vis du Pôle de Gériatrie de Pau est 75,8 sur 100. Parmi les 127 médecins répondant à cette question, 74,0 % se déclarent satisfaits ou tout-à-fait satisfaits.

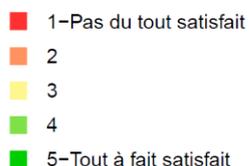
La communication atteint un score de 69,3 sur 100 : 71,5 pour l'oral ; 75,8 pour l'écrit.

Les gériatres sont faciles à joindre : 59,4% des généralistes se disent satisfaits ou tout-à-fait satisfaits, pour un score à 71,5 sur 100 ; les informations obtenues sont pertinentes (score 76,8 sur 100 ; 80,4% de satisfaits ou tout-à-fait satisfaits).

La différence d'opinion entre la forme et le fond du courrier est marquante. Le contenu des courriers est satisfaisant pour 89,0% des interrogés, pour un score de 84,5 sur 100, le meilleur de la série. En revanche, le délai de réception est décrié : le taux de non-satisfaits est à 16,4%, seulement 30,5% de médecins se déclarant satisfaits ou tout-à-fait satisfaits, ce qui correspond au score le moins élevé (46,7 sur 100).

Quant au parcours de soins, il affiche un score de 68,6 sur 100. On relève de grandes disparités d'accessibilité selon les différentes offres : si l'UPUG et les services aigus affichent un fort taux de satisfaction (67,8 sur 100 avec 66,6% de satisfaits ou tout-à-fait satisfaits), les médecins émettent des réserves à l'encontre de l'attente pour accéder aux consultations mémoire (score de 44,5 sur 100 avec 14,2% non-satisfaits) et à l'USLD (score de 47,5 sur 100 et 13,1% de non-satisfaits). Cela est d'autant plus franc pour les consultations mémoire, pour lesquelles une forte proportion de répondants se prononce (taux de réponse : 92,3%). Seulement 41,5% des médecins donnent leur avis sur l'UMGD, reflétant le manque de notoriété de cette nouvelle structure. Le faible taux de réponse (53,8%) des généralistes envers les services de SSR peut s'expliquer par le mode de recrutement des patients : ils proviennent la plupart du temps de services hospitaliers, il n'y a quasiment pas d'entrées directes en provenance du domicile.

Tableau 2 : Scores de satisfaction



	Score moyen (sur 100)	Taux de réponse (%)	Ecart type	Intervalle de confiance
<b>SATISFACTION GLOBALE</b>	75,8 sur 100	97,7	21,3	[72,0-79,5]
	22,8 %	40,9 %	33,1 %	

	Score moyen (sur 100)	Taux de réponse (%)	Ecart type	Intervalle de confiance
<b>COMMUNICATION</b>				
Toute forme confondue	69,3 sur 100	98,5	22,7	[65,4- 73,3]
Satisfaction globale vis-à-vis de la communication téléphonique	71,5 sur 100	98,5	24,3	[67,2-75,7]
Facilité à joindre le Pôle de Gériatrie au téléphone	66,0 sur 100	98,5	25,6	[61,5-70,5]
Informations obtenues	76,8 sur 100	98,5	20,6	[73,2-80,4]
Satisfaction globale vis-à-vis des courriers	75,8 sur 100	97,7	22,9	[71,8-79,8]
Délai de réception	46,7 sur 100	98,5	29,3	[41,6-51,8]
Contenu du courrier	84,5 sur 100	97,7	17,5	[81,4-87,5]

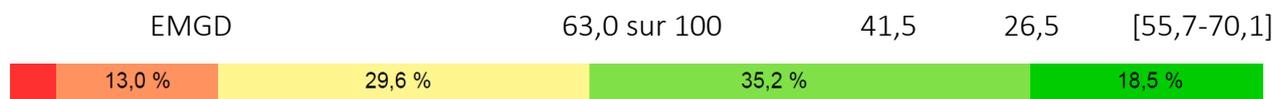
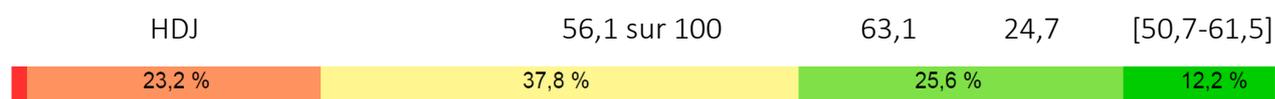
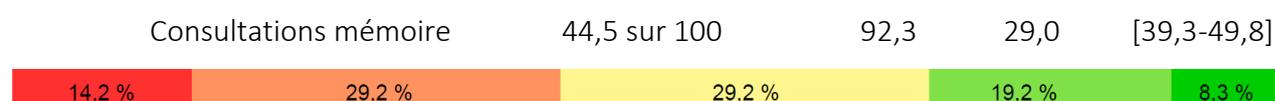
Score moyen (sur 100)	Taux de réponse (%)	Ecart type	Intervalle de confiance
--------------------------	------------------------	---------------	----------------------------

## PARCOURS DE SOINS

Satisfaction globale sur le parcours de soins



Délai pour obtenir une place dans les chaque structure du Pôle



### 4.3 Connaissance de l'offre de soins

Tableau 3 : Notoriété des différentes structures auprès des généralistes

N = 130 répondants	n	%	Intervalle de confiance à 95%
Pôle de Gériatrie	128	98,5	[94,6-99,6]
Consultations mémoire	123	96,1	[91,2-98,3]
Ateliers mémoire	84	65,6	[57,0-73,3]
HDJ	88	68,3	[60,3-76,1]
Services d'hospitalisation	118	92,2	[86,2-95,7]
UPUG	106	82,8	[75,3-88,4]
Court séjour	86	67,2	[58,7-74,7]
SSR	89	69,5	[61,1-76,8]
USLD	86	67,2	[58,7-74,7]
EMOG	52	40,6	[32,5-49,3]
EMGD	38	29,7	[22,5-38,1]
Coordination	13	10,2	[6,0-16,6]

Sur l'ensemble des 130 médecins ayant complété le formulaire, 128 (98,5%) connaissent le Pôle de Gériatrie.

Les structures les plus renommées sont : les consultations mémoire (123 ; 96,1%), les services d'hospitalisation (118 ; 92,2%), notamment l'UPUG (106 ; 82,8%), le court (86 ; 67,2%) et moyen séjour (89 ; 69,5%).

A contrario, les moins connues sont : les activités de coordination (13 ; 10,2%), l'EMGD (38 ; 29,7%) et l'EMOG (52 ; 40,6%). Ces données confirment ce que faisait pressentir le faible taux de réponse à la question de satisfaction sur l'EMGD : 41,5% des médecins enquêtés ont évalué leur satisfaction vis-à-vis de cette structure alors que seulement 29,7% des répondants la connaissent. De même, le faible taux de notoriété de l'EMOG peut se justifier : cette prestation est à destination intra-hospitalière stricte.

## 4.4 Communication

### 4.4.1 Téléphone

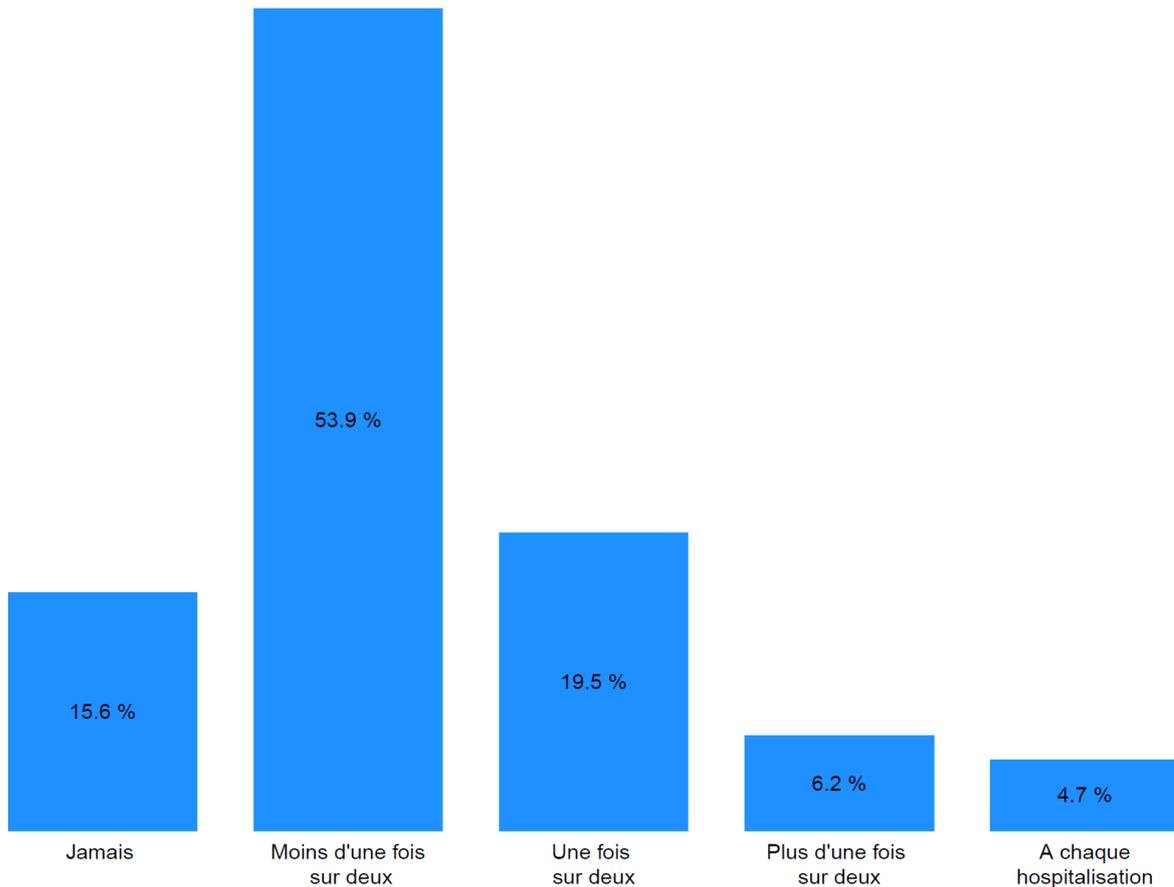


Figure 2 : Fréquence de sollicitation des médecins par le Pôle de Gériatrie lors de l'hospitalisation de l'un de leurs patients

Tableau 4 : Motifs pour lesquels les médecins généralistes sont sollicités

N = 128 répondants	n	%	Intervalle de confiance à 95%
Obtenir des informations	101	78,9	[71,0-85,1]
Transmettre des informations	41	32,0	[24,6-40,5]
Préparer la sortie	42	32,8	[25,3-41,3]

Tableau 5 : Motifs pour lesquels les médecins généralistes sollicitent le Pôle de Gériatrie

N = 128 répondants	n	%	Intervalle de confiance à 95%
Avis gériatrique téléphonique	68	53,1	[44,5-61,6]
Adresser un patient	121	94,5	[89,1-97,3]
Prendre des nouvelles d'un patient hospitalisé	88	68,8	[60,3-76,1]

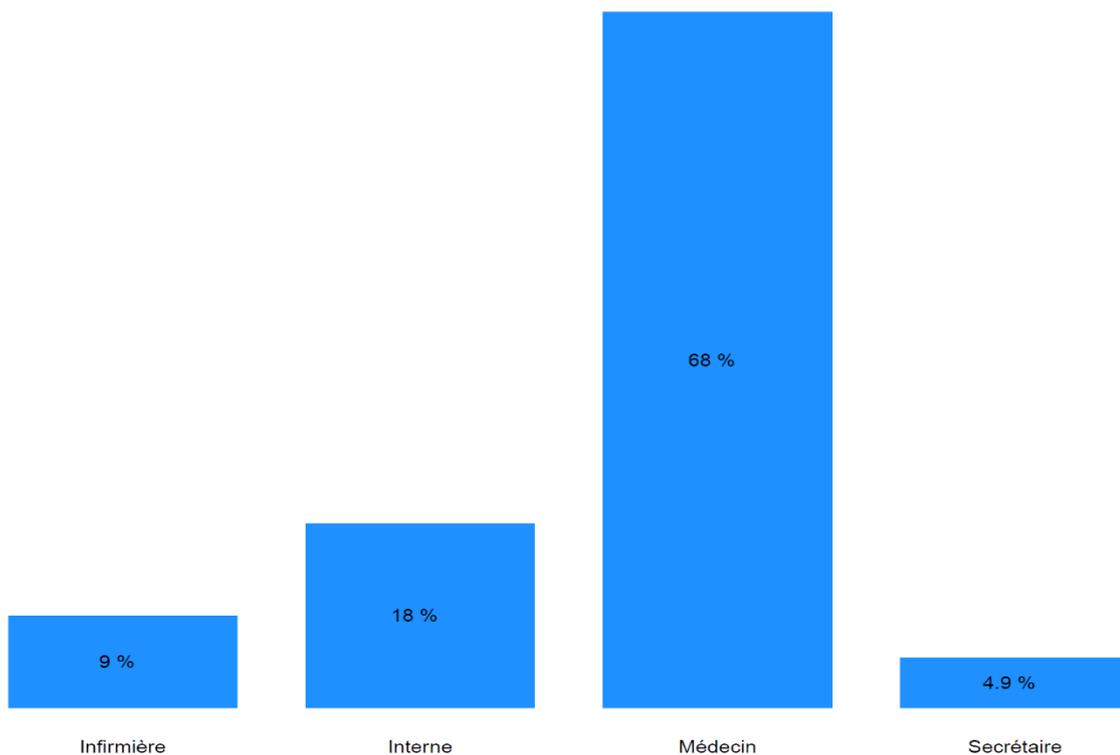


Figure 3 : Interlocuteur principal

C'est en priorité pour obtenir des informations (101 ; 78,9%) et préparer la sortie (42 ; 32,8%) que les médecins de terrain sont appelés. Cela se produit moins d'une fois sur deux lorsqu'un de leur patient est hospitalisé.

A contrario, ils sollicitent le Pôle de Gériatrie principalement pour adresser un patient (121 ; 94,5%), prendre des nouvelles dudit patient (88 ; 68,8%) ou demander un avis gériatrique (68 ; 53,1%).

On rappelle que les informations obtenues sont jugées satisfaisantes (score de satisfaction à 76,8 sur 100 ; 80,4% de satisfaits ou tout-à-fait satisfaits).

L'interlocuteur principal des généralistes est le médecin gériatre (83 sur 122 répondants ; 68,0% des cas), l'interne (22 ; 18,0%) puis l'infirmière (11 ; 9,0%).

Les généralistes se déclarent satisfaits de la communication téléphonique, à laquelle ils attribuent un score de 71,5 sur 100.

#### 4.4.2 Courriers

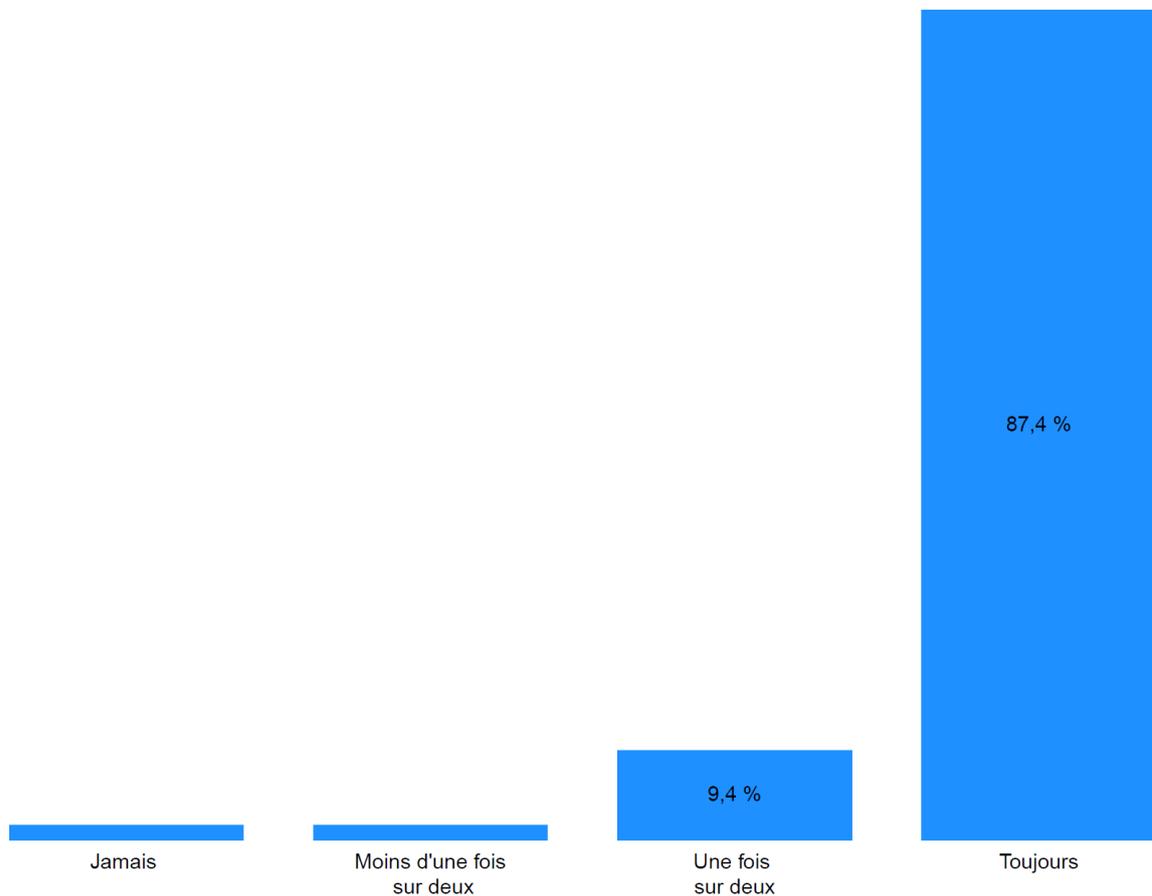
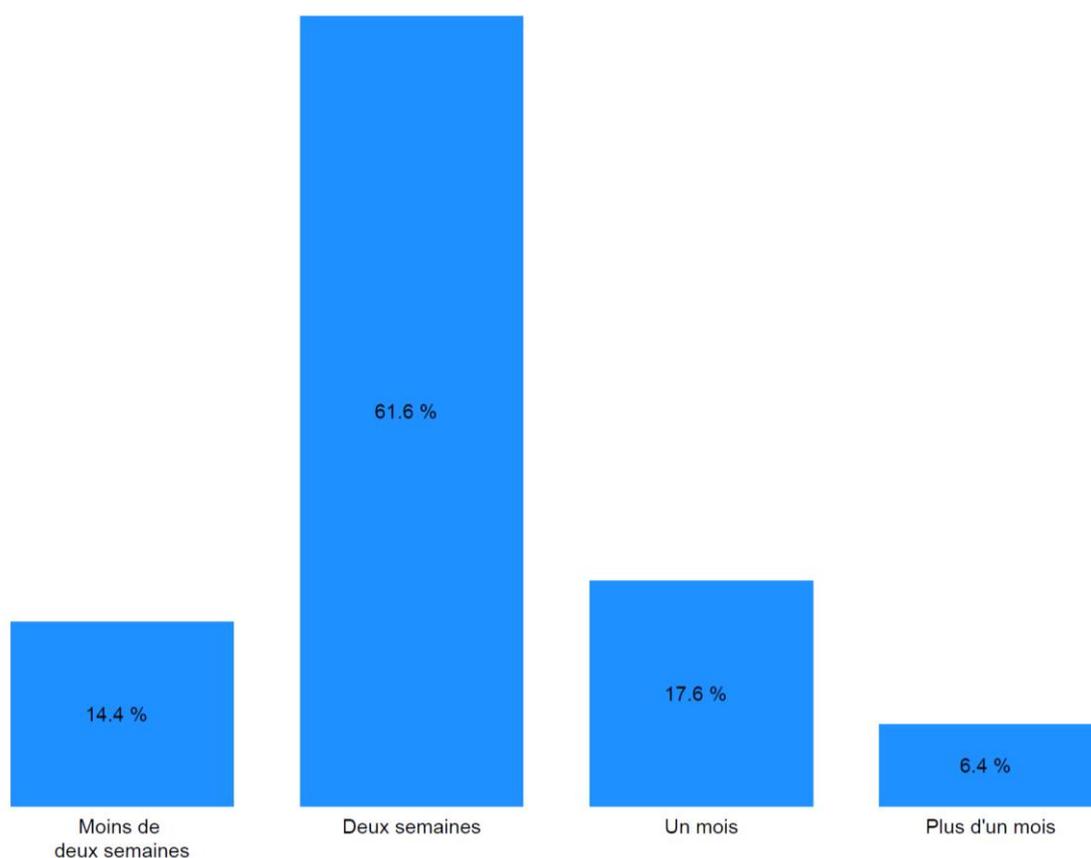


Figure 4 : Fréquence de réception des comptes rendu d'hospitalisation ou consultation



**Figure 5 : Délai de réception du courrier**

Une forte majorité des généralistes (87,4%, 111 sur 127 répondants à cette question) reçoit un courrier systématiquement après une consultation ou une hospitalisation. Il existe tout de même une proportion non négligeable (9,4%) déclarant n'être en possession d'un document qu'une fois sur deux.

Dans la plupart des cas (77 sur 125 répondants ; 61,6%), le courrier est reçu en deux semaines, un mois dans 17,6% des cas (22), moins d'une semaine dans 14,4% des cas (18).

On rappelle que le score de satisfaction est particulièrement haut pour la communication écrite (75,8 sur 100) avec cependant un large fossé entre le fond et la forme : le contenu du courrier remporte le meilleur taux de la série (84,5 sur 100) tandis qu'aux délais de réception correspond le pire score (46,7 sur 100).

#### 4.4.3 Autres modalités de communication

Le téléphone et les courriers sont les principales formes de communication (102 sur 128 répondants ; 79,7%) entre généralistes et Pôle de Gériatrie.

Tableau 6 : Autres moyens de communication

	n	%	Intervalle de confiance à 95%
Email	6	4,6	[2,1-9,7]
Informations transmises par le patient ou ses proches	9	6,9	[3,7-12,6]
Fax	18	13,8	[8,9-20,8]

Les autres modalités décrites sont principalement le fax (18 ; 13,8%), l'email (6 ; 4,6%) et les informations transmises via le patient ou ses proches (9 ; 6,9%).

#### 4.5 Parcours de soins

Tableau 7 : Structures auxquelles ont recours les généralistes

N = 130 répondants	n	%	Intervalle de confiance à 95%
Consultations mémoire	111	85,4	[21,7-90,4]
Ateliers mémoire	44	33,8	[26,3-42,3]
HDJ	51	39,2	[31,3-47,8]
Services d'hospitalisation	115	88,5	[18,2-92,9]
UPUG	72	55,4	[46,8-63,7]
Court séjour	59	45,4	[37,1-54,0]
SSR	36	27,7	[20,7-35,9]
USLD	29	22,3	[16,0-30,2]
EMOG	16	12,3	[7,7-19,1]
EMGD	20	15,4	[10,2-22,6]
Activités de coordination	2	1,5	[0,4-5,4]

Sur 129 réponses exploitables, 99,2% des médecins ont déjà adressé un patient au Pôle de Gériatrie.

Les structures les plus sollicitées sont les consultations mémoire (111 sur 130 ; 85,4%), les services d'hospitalisation (115 ; 88,5%) dont l'UPUG (72 ; 55,4%) et les services de court séjour (59 ; 45,4%).

On retrouve les particularités évoquées précédemment : 27,7% des enquêtés déclarent avoir recours au SSR, alors que la provenance des patients est intra-hospitalière exclusivement. De la même manière, l'EMOG n'intervient qu'à l'intérieur du CH, pourtant 12,3% des médecins affirment la solliciter. On peut supposer qu'elle est confondue avec l'EMGD. C'est également le cas pour l'UPUG : 55,4% des généralistes disent y recourir, ce qui est surprenant, dans le sens où cette unité ne recrute que des patients provenant des Urgences. Il est possible que les individus interrogés fassent l'amalgame avec les services de court séjour. On peut formuler l'hypothèse que terme de « recours » aura été interprété plus largement que « structure à laquelle les médecins adressent leurs patients ».

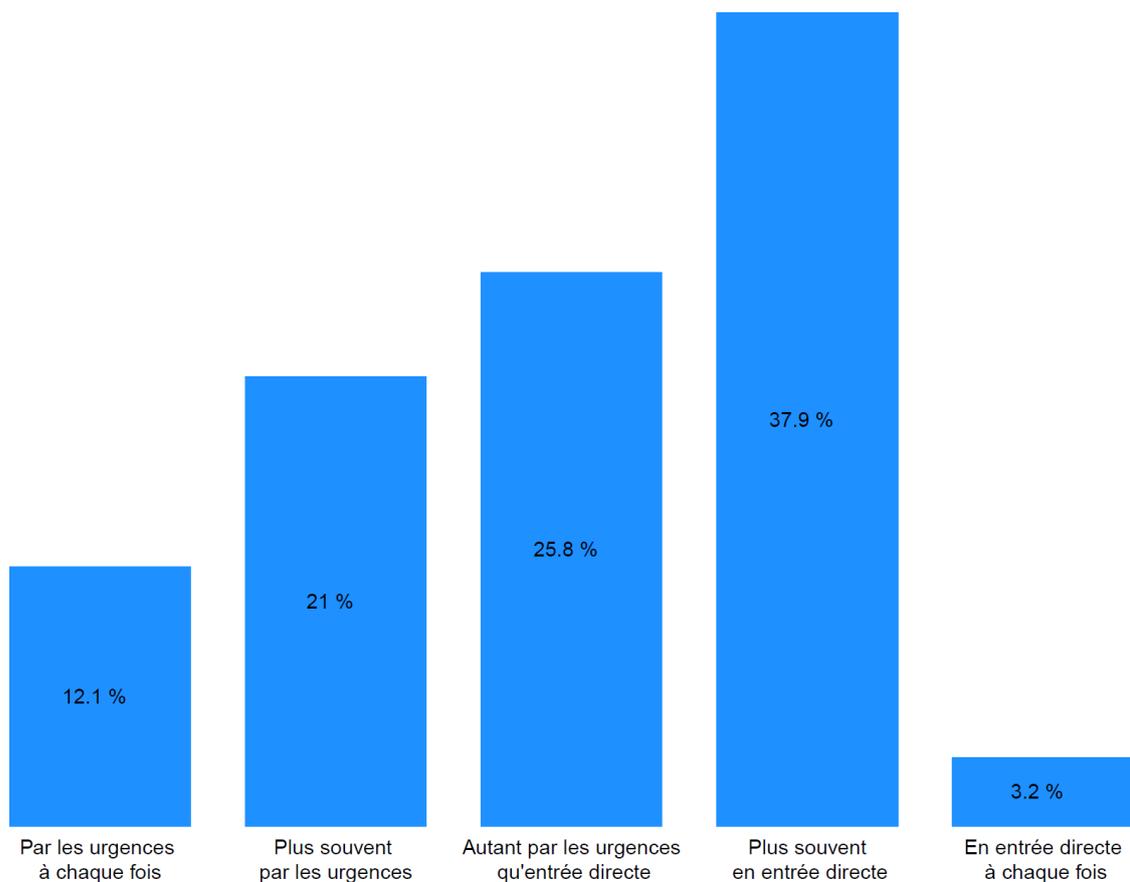


Figure 7 : Modalités d'entrée dans les services d'hospitalisation

La plupart des patients sont adressés dans les services le plus souvent en entrée directe que via les urgences (47 sur 124 répondants ; 37,9%).

#### 4.6 Réponses aux questions ouvertes

Tableau 8 : Réponses libres

THEMATIQUES Thèmes	Nombre de citations
<b>Nombre total de commentaires</b>	<b>459</b>
<b>I. COMMUNICATION</b>	<b>259</b>
<b>Globalement</b>	<b>73</b>
<b>Points positifs</b>	<b>47</b>
Qualité de la communication	29
Réactivité	12
Qualité de la relation	6
<b>Points à améliorer</b>	<b>26</b>
Défaut de communication	19
Attente	4
Améliorer la relation ville-hôpital	2
Rencontre ville-hôpital	1
<b>Communication téléphonique</b>	<b>81</b>
<b>Points positifs</b>	<b>36</b>
Disponibilité	29
Qualité de la communication téléphonique	5
Rien changer	2
<b>Points à améliorer</b>	<b>45</b>
Ligne directe	28
Temps d'attente au téléphone	10

Astreinte	6
Améliorer la communication téléphonique	1
<b>Communication écrite</b>	<b>63</b>
<b>Points positifs</b>	<b>11</b>
Qualité des CRH	5
Qualité de la LL	3
Rien changer	3
<b>Points à améliorer</b>	<b>52</b>
Délais de réception	30
Mettre en place / améliorer la LL	12
Sortie avec CRH	6
Améliorer le CRH	2
CRH trop long	1
Adresser l'ordonnance de sortie	1
<b>Autres modes de communication proposés</b>	<b>42</b>
Email	30
Messagerie sécurisée	6
MMS	2
Fax	3
SMS	1
<b>II. PARCOURS DE SOINS</b>	<b>114</b>
<b>Points positifs</b>	<b>9</b>
Entrées directes	9
<b>Points à améliorer</b>	<b>105</b>
<b>Entrées</b>	<b>88</b>
Délais	45
Places disponibles	23
Accessibilité	7
Meilleure coordination ville-hôpital	6

	Favoriser les entrées directes	5
	Faciliter les hospitalisations	2
<b>Sorties</b>		<b>17</b>
	Organisation de la sortie	16
	Diminuer la durée de séjour	1
<b>III. OFFRE DE SOINS</b>		<b>65</b>
<b>Points positifs</b>		<b>62</b>
	Compétence médicale	39
	Qualité des soins	13
	Offre de soins	3
	UPUG	2
	Consultations mémoire	2
	Bilans gériatriques	2
	Avis sur les traitements	1
<b>Points à améliorer</b>		<b>3</b>
	Améliorer les ateliers mémoires	1
	Mieux gérer les traitements de fond	1
	Plus de gériatres	1
<b>IV. GENERALITES</b>		<b>21</b>
<b>Points positifs</b>		<b>19</b>
	Globalement satisfaits	12
	Rien changer	6
	Volonté de s'améliorer	1
<b>Points à améliorer</b>		<b>2</b>
	Amélioration globale	1
	Démarche qualité	1

Les 7 questions libres ont obtenu 340 réponses, dont 321 sont exploitables. Elles ont été intégralement retranscrites (cf annexe 2) et segmentées en 459 commentaires. Ces derniers ont été regroupés en 52 thèmes, eux-mêmes imbriqués en 4 grandes thématiques : communication (259 occurrences), parcours de soins (114), offre de soins (65) et généralités (21).

#### I. Concernant la communication :

Les généralistes citent un aspect positif à 47 reprises : ils soulignent la qualité de la communication du Pôle de Gériatrie (29 citations), les bonnes relations qu'ils entretiennent avec leurs confrères gériatres (6) ainsi que leur réactivité (12). Des points à améliorer sont relevés à 26 reprises, notamment la réduction du temps d'attente. (4).

Sur la communication orale : des éléments positifs sont cités 36 fois, en particulier la disponibilité (29). 45 pistes d'amélioration sont formulées : l'occurrence la plus fréquente est l'instauration d'une ligne directe pour joindre un gériatre (28). Le temps perdu est encore mentionné (10 fois).

Si la communication écrite est saluée à 11 reprises, elle essuie tout de même 52 critiques. Les délais de réception sont le principal sujet des remontrances (30 citations). 3 commentaires favorables sont formulés à l'endroit de la lettre de liaison (LL), tandis que 12 demandent à ce qu'elle soit améliorée ou simplement mise en place.

42 commentaires expriment le souhait de diversifier les modes de communication : le courrier électronique emporte la majorité des suffrages (30), notamment les messageries sécurisées (6).

#### II. Concernant le parcours de soins :

Des pistes d'amélioration ont été formulées 105 fois. La problématique de l'entrée dans la filière gériatrique revient 88 fois. Si la possibilité de faire des entrées directes est saluée à 9 reprises, 5 commentaires souhaitent qu'elles soient facilitées. Les délais d'attente sont mentionnés 45 fois et le nombre de places disponibles pose problème à 23 reprises. Les sorties

font également l'objet de propositions (17). C'est essentiellement leur organisation qui est mentionnée (16).

III. L'offre de soins proposée par le Pôle gériatrique est accueillie avec enthousiasme parmi les généralistes interrogés. Ces derniers citent 62 points positifs : ils louent la compétence médicale (39) et la qualité des soins prodigués (13).

IV. 19 commentaires témoignent d'une satisfaction globale.

## 5. DISCUSSION

### 5.1 Synthèse des résultats

Sur les 212 médecins inclus, 131 ont répondu à l'enquête, ce qui constitue un taux de participation de 61,8%. Le score de satisfaction globale est honorable : 75,8 sur 100. La communication du Pôle de Gériatrie est évaluée à 69,3 sur 100 toutes modalités confondues ; le parcours de soins à 68,6 sur 100.

### 5.2 Discussion de la méthodologie

#### 5.2.1 Faiblesses de l'étude

##### 5.2.1.1 Biais

Il s'agit d'une étude quantitative transversale menée par questionnaires auto-administrés.

Les risques de ce type d'étude sont :

- Les biais de sélection : le taux de réponse est généralement faible dans les études par questionnaires, basées sur le volontariat.
- Les biais de mesure : dont font partie les biais de déclaration, les variables évaluant des ressentis et non des faits.

##### **Biais de sélection**

Plusieurs stratégies sont déployées pour limiter le taux de non-réponse *a priori*. Une triple prise de contact : d'abord par téléphone, puis en ligne par l'envoi du questionnaire ainsi que d'une préface personnalisée et enfin par courrier. Trois relances : deux par téléphone et une par

email. Deux types de supports sont proposés : en ligne et version papier. La durée de passation est courte. Enfin, les sujets se voient proposer un *feedback*.

Pour s'assurer *a posteriori* que l'échantillon est bien représentatif de la population-cible, on confronte leurs caractéristiques (cf. paragraphe de discussion des résultats de la population). En revanche, l'anonymat ne permet pas de distinguer les répondants des non-répondants.

Le **biais de mesure** est inhérent à l'utilisation d'un questionnaire déclaratif. La formulation des questions s'est voulue la plus neutre possible afin d'éviter la tendance psychologique d'acquiescement de l'enquêté<sup>(30)</sup>.

Ce type d'erreur systématique existe également lorsqu'il y a un défaut de compréhension du questionnaire. En testant l'outil de recueil sur un panel pré-test, certaines ambiguïtés sont éclaircies. Toutefois, la forte proportion des répondants à déclarer avoir recours à l'UPUG, au SSR et à l'EMOG (services à destinée intra-hospitalière stricte) laisse préjuger d'une certaine confusion entre les différentes options de réponses proposées ou dans la formulation de la question.

Afin de limiter le **biais de déclaration**, les questions à réponse fermée sont privilégiées. La satisfaction est par définition un concept subjectif : c'est un sentiment. Pour lisser les variations inter-individuelles, on tente de rationaliser au maximum cette notion en proposant aux enquêtés d'évaluer leur perception sur des valeurs objectives, comme le délai de réception de tel document ou la possibilité d'obtenir telle information au téléphone. Cependant, la confrontation des ressentis des généralistes avec ceux des Praticiens Hospitaliers, notamment en matière de délais et taux de réception des CRH témoigne de disparités, que nous détaillerons dans les paragraphes consacrés.

### 5.2.1.2 Population

La population incluse est l'ensemble des 224 médecins généralistes libéraux installés dans la zone de recours du Centre Hospitalier de Pau. Ce choix peut être critiqué car non exhaustif : pour améliorer le lien « ville-hôpital », il convient de s'intéresser à l'avis de tous les

correspondants en ville, dont font effectivement partie les individus sélectionnés. Toutefois, d'autres interlocuteurs existent : des spécialistes peuvent parfois solliciter les gériatres, tout comme les généralistes salariés et les généralistes remplaçants. Néanmoins, ces derniers n'ont généralement pas le même degré de connaissance de l'offre de soins locale que les médecins qu'ils suppléent. Leurs réponses disperseraient les résultats, raison pour laquelle il est décidé de ne pas les inclure. Il en va de même pour 12 des généralistes libéraux exclus (5,3%) dont les spécificités d'exercice (pédiatrie, etc.) rendent leur avis sur le Pôle de Gériatrie non pertinent.

## **5.2.2 Forces de l'étude**

### **5.2.2.1 Protocole**

Comme détaillé dans le paragraphe précédent, le protocole est conçu pour limiter les biais de sélection et de mesure. On retient comme principaux points forts : une prise de contact individuelle avec chaque individu et par trois modalités (téléphone, par email puis par voie postale), une personnalisation de l'échange (rédaction d'une préface reprenant les éléments de la conversation téléphonique), le mode de recueil mixte (en ligne et voie postale), le nombre de relances, les techniques incitatives (*feedback, benchmarking*), la garantie de l'anonymat.

### **5.2.2.2 Questionnaire validé**

Pour renforcer la validité extrinsèque de l'étude, on utilise la méthodologie du CCECQA. Un groupe de travail a élaboré l'outil SAPHORA-CE® après une revue de littérature des questionnaires de satisfaction en recherche clinique et l'a testé sur un panel de généralistes. Il a été validé en 2008 sur 28 établissements de santé de la région Aquitaine auprès de 1863 correspondants externes.

Il a ainsi été utilisé dans l'étude du CCECQA, mais également dans d'autres enquêtes indépendantes : M. Giraud et P. François se sont basés sur cet outil pour évaluer la perception des généralistes sur le CHU de Grenoble en 2010 et 2014<sup>(2,9)</sup>.

### **5.2.2.3 Pré-test**

Tester l'outil de recueil sur un panel de généralistes issus de la population d'étude et avec l'aide d'un méthodologiste en santé publique permet de renforcer la validité intrinsèque de l'étude. Le questionnaire est ainsi raccourci, les questions ambiguës sont remaniées. L'objectif est de limiter le biais de mesure. L'analyse des résultats montre tout de même quelques zones obscures : l'interprétation des termes employés n'est pas la même pour tous les individus.

### **5.2.2.4 Quantitatif**

L'avantage d'une étude quantitative est de toucher une plus large audience par rapport aux enquêtes qualitatives et semi-quantitatives.

### **5.2.2.5 Taux de participation**

Le taux de participation de la présente étude est 61,8 % (53,0 % en ligne et 28,9 % par voie postale). En comparaison des autres études, c'est un bon résultat : les généralistes se montrent réceptifs à l'objet de notre travail et s'impliquent dans l'amélioration de leur relation avec le Pôle de Gériatrie.

Ces taux sont en effet très variables. Sur la même population-cible, l'enquête par voie postale du CCECQA obtient 40,5% de participation et celle de M. Sailliol, sur internet, 51%<sup>(24)</sup>. Les autres enquêtes fondées sur le questionnaire SAPHORA-CE® remportent autour de 43% de participation<sup>(2,9)</sup>. Par voie postale, les taux de participation oscillent de 10,9% jusque 70% pour C. Beden, qui avait effectué deux relances<sup>(10,11,32,33)</sup>. Par email, la participation est plus faible, comme chez L. Fabre, qui n'obtient que 7,3% malgré deux relances<sup>(13)</sup>. Certains auteurs ont utilisé un questionnaire papier donnant accès à un lien en ligne, obtenant un taux de 5 à 22%<sup>(34,35)</sup>. Ces constats sont valables à l'étranger : 26% sur une enquête de satisfaction californienne<sup>(36)</sup>, 54% à Chicago<sup>(37)</sup>.

### **5.3 Discussion des résultats**

#### **5.3.1 Population : comparaison aux données démographiques**

Sur les 224 médecins libéraux exerçant dans la zone de recours du Centre Hospitalier, 130 ont fourni un questionnaire exploitable. Ce sont en majorité des hommes (85 ; 65,9%). La plupart (111 ; 40,8%) sont âgés de 55 à 64 ans.

Selon l'atlas de démographie médicale, le bassin de vie palois recense 205 généralistes à exercice libéral exclusif en 2017. Leur moyenne d'âge est 52,7 ans. La proportion d'hommes est 61,7%<sup>(38)</sup>.

Le premier enseignement qu'apporte cette comparaison est que la zone de recours de l'hôpital de Pau est plus large que le bassin de vie palois : le CH est un interlocuteur majeur pour les médecins citadins comme pour ceux qui sont plus éloignés.

L'âge de la population d'étude est difficile à estimer avec exactitude compte tenu de la formulation de la question (cinq classes d'âges sont proposées). La médiane d'âge des répondants est entre 55 et 64 ans, ce qui est comparable aux 52,7 ans des praticiens du bassin palois.

La proportion hommes/femmes est légèrement supérieure dans le bassin palois que dans la population des répondants. Cela peut être expliqué par les critères d'exclusion : la proportion de femmes est plus élevée chez les praticiens exerçant l'homéopathie, l'acupuncture, la gynécologie, pédiatrie, etc. On ne peut confirmer cette hypothèse, l'anonymat des réponses empêchant la comparaison entre répondants et non-répondants.

Les caractéristiques de l'échantillon restent globalement similaires à la population-cible, les résultats de notre étude sont donc extrapolables à l'ensemble des généralistes libéraux de la zone de recours du CH de Pau.

### **5.3.2 Comparaison des résultats à l'échelon local**

#### **5.3.2.1 Avec l'enquête du CCECQA**

L'enquête menée en 2008 par le CCECQA auprès des médecins généralistes diffère de la nôtre sur les points suivants :

- L'objet d'étude : elle évalue la satisfaction envers l'ensemble du Centre Hospitalier de Pau, alors que la nôtre est centrée sur le Pôle de Gériatrie.
- L'échantillonnage s'est fait sur 200 médecins, 81 d'entre eux (40,5%) ayant accepté de répondre.
- Il s'agit également d'une enquête quantitative menée par auto-questionnaire, à la différence près que ces derniers ont été implémentés lors d'entretiens téléphoniques.

La confrontation de ces deux études demeure pertinente : l'échantillon est issu de la même population-cible, la variable d'intérêt principal est également la satisfaction, elle est recueillie selon un protocole similaire et quantifiée de la même manière.

- La satisfaction globale est cotée à 72,5 sur 100 dans l'étude du CCECQA contre 75,8 sur 100 dans la nôtre.

- L'item « échange d'information avec le médecin » obtient un score de satisfaction de 67,6 sur 100. Il correspond à notre item « communication », dont le score de 69,3 sur 100 est proche.

La satisfaction envers la qualité du CRH est notée à 80,6 sur 100 versus 75,8 sur 100 dans notre étude. Le délai de réception est décevant dans les deux cas : 36,7 sur 100 dans l'étude du CCECQA et 46,7 sur 100 sur la présente étude.

- Les principaux reproches sont similaires : le délai de réception du CRH, l'organisation de la sortie, les délais d'admissions dans les services.

Il reste néanmoins difficile de tirer davantage de perspectives à partir de cette comparaison : l'hôpital et la démographie locale ont évolué en 9 ans, de même que la pratique des généralistes. Tout du moins peut-on se risquer à conclure que les généralistes ont le sentiment que leurs préoccupations n'ont pas été suffisamment prises en compte par l'hôpital.

### **5.3.2.2 Avec l'enquête de M. Sailliol**

M. Sailliol a étudié les relations des généralistes avec le Centre Hospitalier de Pau en 2014. 139 d'entre eux ont répondu à l'enquête. L'échantillon comporte 73,4% d'hommes.

#### **5.3.2.2.1 Communication ville-hôpital**

##### **5.3.2.2.1.1 Tous modes confondus**

Dans l'étude de M. Sailliol, la communication avec les Praticiens Hospitaliers est établie par téléphone dans 89,1% des cas, seulement 3% des répondants utilisant les emails. Les modes de communication souhaités sont en premier lieu le téléphone (70,7% d'avis favorables), la messagerie sécurisée (36,8%) et le courrier postal (27,1%). Les problèmes relationnels avec les médecins hospitaliers sont cités à 9 reprises et 57,1% des généralistes souhaitent leur résolution.

Dans notre étude, le courrier et le téléphone sont les principaux supports (79,7%), le fax arrive en troisième position (13,8%), puis l'information transmise par le patient ou ses proches (6,9%) et enfin l'email (4,6%). Cela fait partie des pistes d'amélioration proposées : 30 citations pour les emails, 6 pour la messagerie sécurisée.

La communication avec les gériatres est appréciée (47 citations favorables contre 26 suggestions d'améliorations).

Les relations généralistes-gériatres semblent confraternelles (6 citations positives, 2 négatives).

#### **5.3.2.2.1.2 Téléphone**

Dans l'étude de M. Sailliol, l'accessibilité téléphonique des services ne satisfait pas 55,1% des généralistes. C'est l'un des principaux sujets de mécontentement (68,2% d'avis en faveur d'une amélioration de la communication). Le Pôle de Gériatrie est toutefois classé en quatrième position des services les plus accessibles (53,4% d'opinion favorable). La mise en place d'une plateforme téléphonique est suggérée (80,9% d'avis favorables).

Ces éléments sont concordants avec nos résultats : le taux de satisfaction de la communication téléphonique avec le Pôle de Gériatrie est 71,5 sur 100 et 66,0 sur 100 pour la facilité à joindre un gériatre.

36 citations positives sont retrouvées à ce sujet, contre 45 perspectives d'amélioration : la ligne directe est plébiscitée (28 citations), l'instauration d'une astreinte téléphonique gériatrique fait également consensus (10 citations) afin d'améliorer les délais d'attente téléphonique (10 citations).

Il apparait ainsi que les PH sont difficiles à joindre au téléphone, ce qui semble moins être vrai pour les gériatres. Toutes les demandes vont dans le sens de la création d'un canal unique dédié aux professionnels de santé.

### 5.3.2.2.1.3 Courriers

Chez M. Sailliol, les praticiens de ville se déclarent informés de la sortie d'hospitalisation seulement dans 7,5% des cas et du traitement de sortie dans 60,3% des cas. Ils reçoivent un Compte Rendu d'Hospitalisation dans 99,3% des cas. Le délai de réception est en moyenne de plusieurs semaines (79,7%).

Dans notre étude, le CRH semble moins disponible : 87,4% des répondants déclarent recevoir un courrier systématiquement après une hospitalisation ou une consultation. La temporalité est similaire : le document est obtenu en deux semaines dans la majorité des cas (61,6%). Cette latence est décriée : le taux de satisfaction vis-à-vis du délai est le plus bas de notre série (46,7 sur 100). Cette mauvaise note est à confronter aux excellents retours envers la qualité du document : taux de satisfaction à 84,5 sur 100, 5 citations positives pour les CRH, 3 pour la Lettre de Liaison. Les médecins enquêtés souhaitent une amélioration de la communication écrite (52 citations) : leurs attentes sont centrées sur le délai de réception (30) et la généralisation de la LL (12).

Les généralistes adressent donc au Pôle de Gériatrie les mêmes reproches qu'au reste du Centre Hospitalier : alors que sur le fond, la communication écrite est saluée, c'est sur la forme que les efforts doivent se concentrer.

### 5.3.2.2.2 Parcours de soins

Dans l'étude de M. Sailliol, les admissions directes dans les services sont jugées difficiles pour 79,7% des individus interrogés pour les raisons suivantes : difficulté à joindre le spécialiste (63,1%), pas de place disponible (25,2%). Elles sont toutefois possibles dans 76,5% des cas. Le Pôle gériatrique est en tête des services dans lesquels cela demeure faisable.

L'organisation de la sortie pose également problème (39 citations).

Dans notre étude, le taux de satisfaction vis-à-vis du parcours de soins est 68,6 sur 100. Les admissions dans les services de gériatrie se font le plus souvent en entrée directe (37,9% des

cas). Ce point remporte un taux de satisfaction de 67,8 sur 100 et est salué (9 citations positives dans les commentaires libres). Cela reste insuffisant, en témoignent les nombreuses demandes pour faciliter l'accès : 88 citations, parmi lesquelles la favorisation des entrées directes (5 citations) et des hospitalisations (2 citations), la diminution des délais d'admission (45 citations), l'augmentation du nombre de places disponibles (23 citations), une meilleure accessibilité (7 citations) et une meilleure coordination entre ville et hôpital (6 citations). L'organisation de la sortie doit être améliorée (16 citations).

Ainsi, bien que les admissions directes soient souhaitées par les généralistes, les deux études mettent en lumière un certain nombre d'obstacles : l'accessibilité des services est difficile en raison du manque de lits, de défauts de coordination ville-hôpital (tels que la disponibilité des spécialistes) ce qui allonge les délais d'attente. A noter que les services de gériatrie sont les moins concernés.

L'organisation de la sortie est critiquée, en gériatrie comme sur l'ensemble du centre hospitalier.

### **5.3.2.3 Pour résumer**

Les enseignements de la comparaison de ces deux études sont :

- En matière de communication :
  - o Concernant les modalités de communication : on assiste à l'émergence de l'instantanéité et de la dématérialisation des échanges. Alors que le courrier en version papier reste le principal support, de plus en plus de généralistes souhaitent joindre leurs confrères par email ou messagerie sécurisée. L'attente au téléphone n'est plus tolérée.

- Au sujet du téléphone : quand un médecin de ville prend le temps de joindre un confrère hospitalier, il doit être directement mis en relation avec ce dernier. Que ce soit par une réorganisation de l'accueil téléphonique, la diffusion des numéros directs des PH ou la création d'astreintes dédiées, le système doit gagner en fluidité et efficacité.
- Les courriers : le fond est satisfaisant, contrairement à la forme. Les longs délais de réception rendent caduque l'information, dont la qualité est pourtant encensée. On retrouve encore le besoin d'instantanéité pour une meilleure coordination hôpital-ville. En ce sens, la Lettre de Liaison, remise le jour même de la sortie en main propre au patient, est saluée et gagnerait à être généralisée.
- Parcours de soins : si le Pôle de Gériatrie se distingue du reste de l'hôpital par son accessibilité, il souffre néanmoins du même manque de lits disponibles. La fluidité de la communication avec les gériatres rend généralement possibles les admissions directes, alors que l'organisation des sorties demeure décevante.

### 5.3.3 Comparaison à plus grande échelle

A l'analyse de la littérature traitant des liens entre ville et hôpital, on constate que les correspondants externes s'expriment peu sur les aspects techniques des soins. Comme c'est le cas dans notre étude, ce sont leurs besoins en matière de communication et de collaboration qui sont mis au premier plan.

Le chapitre ci-dessous permet de mettre en perspective les résultats de notre enquête paloise. Il convient toutefois de souligner que la comparaison de nos données aux autres études doit être prudente, les contextes et les méthodologies n'étant pas identiques.

### 5.3.3.1 Satisfaction globale

Les généralistes du bassin de Pau cotent à 75,8 sur 100 leur niveau de satisfaction envers le Pôle de Gériatre. 74% d'entre eux sont satisfaits voire tout-à-fait satisfaits.

En comparant aux données de la littérature, on constate que ces résultats, respectables, sont similaires et même meilleurs qu'ailleurs, qu'il s'agisse de CHU ou d'hôpitaux périphériques. En effet, près de 60% des généralistes du Midi-Pyrénées se déclarent satisfaits de leur relation avec leurs confrères hospitaliers<sup>(13)</sup> ; ce taux s'élève à 86% pour les prises en charge au CHU de Poitiers<sup>(11)</sup>. Quant au CHU de Grenoble, l'indice de satisfaction globale est à 55 sur 100 en 2014, versus 66 sur 100 en 2001<sup>(2,10)</sup>.

### 5.3.3.2 Communication

#### 5.3.3.2.1 Téléphone

Dans notre étude, le score de satisfaction sur la communication par téléphone est 71,5 sur 100. La disponibilité des gériatres palois est saluée à 29 reprises, bien que 10 commentaires négatifs soient formulés à l'encontre des délais d'attente téléphonique.

Les médecins grenoblois attribuent la note de 39,2 sur 100 à la qualité des échanges d'information avec les médecins du CHU en 2014, score toutefois variable en fonction des services (de 26 à 79% d'opinions favorables). Le PH en charge du patient est difficile à joindre (17,4 % d'avis favorable)<sup>(2)</sup>. Les difficultés à obtenir des nouvelles de leurs patients hospitalisés sont également décrites à l'encontre du CHU de Poitiers, où 66% des généralistes interrogés ne peuvent obtenir facilement l'avis d'un confrère hospitalier<sup>(11)</sup>. Les généralistes d'Ile-de-France soulignent, outre la difficulté à joindre le PH, l'instabilité des correspondants<sup>(39)</sup>.

Les propositions d'amélioration évoquées dans les précédents travaux sont concordantes avec les nôtres : organiser des astreintes téléphoniques, diffuser les numéros de téléphone directs

et les adresses email des PH, réformer le standard téléphonique et augmenter les plages d'ouverture des secrétariats médicaux.

### **5.3.3.2 Courriers**

#### **5.3.3.2.1 Délai de réception**

Les généralistes interrogés dans notre étude déclarent dans la majorité des cas (61,6%) recevoir un courrier en deux semaines après une consultation ou la sortie d'hospitalisation.

Selon une revue systématique de la littérature française en matière de courriers de sortie, le délai moyen de réception du CRH par le généraliste est estimé inférieur à huit jours pour 26 à 65% des sorties d'hospitalisation. Plus de deux tiers des généralistes déclarent ne pas avoir le CRH à disposition lors de la première consultation du patient après sa sortie (moins de deux jours dans 22% des cas et moins de sept jours pour 52%). Seulement 19% des médecins généralistes sont satisfaits des délais. Le délai souhaité est huit jours maximum<sup>(40)</sup>.

Une revue de la littérature américaine met également en évidence les carences de communication écrite entre PH et leurs confrères de première ligne : un mois après la sortie d'hospitalisation, le CRH n'est disponible que dans 51 à 77% des cas, ce qui contribue au mécontentement des libéraux<sup>(17)</sup>.

#### **5.3.3.2.2 Modalités de transmission**

Gériatres et généralistes palois échangent principalement par téléphone et courriers interposés (79,7%). Viennent ensuite le fax (13,8%) et le patient lui-même (6,9%). L'usage d'internet reste encore très confidentiel (4,6%) mais est appelé à être développé (36 citations parmi les pistes d'amélioration).

En France, le moyen de transmission du CRH le plus utilisé est le courrier postal dans 86 % des cas, suivi par une transmission directe via le patient pour près de la moitié des situations. Le vecteur souhaité n'est pas clairement déterminé : selon les études, entre 45 et 60% des généralistes français préfèrent la voie postale tandis que 50% privilégient la messagerie sécurisée<sup>(2,41)</sup>. A contrario, une part des généralistes reste formellement opposée à l'utilisation d'internet, invoquant le risque de piratage des données (61,7% mais sur un petit effectif avec un faible taux de participation)<sup>(33)</sup>.

En Australie en 2007, la moitié des généralistes, interrogés dans le cadre d'une enquête sur les moyens de communication avec les services d'urgences, préfèrent les courriers postaux, quoique 44% mentionnent des informations essentielles manquantes. La principale alternative plébiscitée est le fax. A noter que c'est leur mode de transmission habituel<sup>(42)</sup>. Cela rejoint l'avis des Anglais : 48% préfèrent le fax, 30% les emails<sup>(37)</sup>. Chez les Irlandais, le fax demeure également le média favori (82,7%)<sup>(43)</sup>.

#### 5.3.3.2.3 Taux de réception

Dans notre étude, un compte-rendu est systématiquement reçu après une consultation ou une hospitalisation dans 87,4% des cas. Ce taux est similaire (86%) chez les généralistes du bassin parisien et de la Seine-Saint-Denis, 71% pour Paris-Ouest<sup>(34,39)</sup>. Cela contraste avec le CHU de Poitiers, où il tombe à 8%<sup>(11)</sup>. On retrouve cette carence à l'étranger : les généralistes travaillant à Ottawa déclarent ne recevoir un courrier après une hospitalisation que dans 70,7% des cas<sup>(42)</sup>.

#### 5.3.3.2.2.4 Contenu du CRH

Le contenu du courrier n'a pas rencontré beaucoup de critiques dans notre étude, au contraire : il remporte le meilleur indice de satisfaction (84,5 sur 100). Un commentaire dénonce une longueur trop importante du CRH, un autre demande à ce que l'ordonnance soit incluse.

Dans la revue systématique de R. Clanet des études traitant du CRH, la taille tient un rôle important : les lecteurs ont tendance à être découragés par un document trop long. Dix-huit études sur trente-trois relayent la requête des généralistes de voir le traitement de sortie figurer dans le courrier<sup>(40)</sup>.

Sur l'ensemble des travaux français consultés, le contenu du CRH paraît acceptable : par exemple, 94% des généralistes du bassin de vie de Poitiers se disent satisfaits<sup>(11,34)</sup>. Ce n'est pas le cas à l'étranger : selon les généralistes américains, il manque des informations essentielles, telles que l'ordonnance de sortie (2 à 40%)<sup>(17)</sup>.

#### 5.3.3.2.2.5 Lettre de liaison

La lettre de liaison est saluée à 3 reprises dans notre étude, 12 demandes sont formulées pour son amélioration ou sa généralisation. C'est une innovation récente, devenue obligatoire depuis 2015. Encore peu de travaux y sont dédiés. Une étude en focus-groups publiée en 2017 en vue d'élaborer une LL standardisée dévoile les attentes des destinataires, que nous détaillerons dans le paragraphe concerné.

### 5.3.3.3 Parcours de soins

L'indice de satisfaction du parcours de soins au sein du Pôle de Gériatrie palois est 68,8 sur 100, ce qui le démarque du reste du centre hospitalier<sup>(33)</sup>. Il est supérieur à celui attribué au CHU de Grenoble par ses correspondants : 41 sur 100 pour la continuité des soins, 43,9 sur 100 pour l'accessibilité<sup>(2)</sup>.

#### 5.3.3.3.1 Entrée dans la filière gériatrique

Aux délais d'attente pour accéder au Pôle de Gériatrie de Pau correspondent des taux de satisfaction mitigés selon les différentes structures. Le manque de lits disponibles pose problème. Les généralistes adressent leurs patients directement dans les services sans passer par les urgences quand ça leur est possible. Ils plébiscitent ce mode d'admission et souhaitent que cela soit facilité.

C'est le même constat sur le reste du territoire : les médecins grenoblois sont favorables aux entrées directes (72% d'entre eux), alors que seulement 17,1% se déclarent satisfaits pour joindre un médecin en vue d'organiser une hospitalisation<sup>(10)</sup>. A Poitiers, ce sont 60% des généralistes qui sont mécontents de l'accès aux soins, 69% pour les délais d'hospitalisation en urgence, alors que l'organisation d'hospitalisation programmée se distingue par un taux de satisfaction de 60%<sup>(11)</sup>.

#### 5.3.3.3.2 Organisation des sorties

Concernant les sorties, les individus interrogés dans notre étude dénoncent un manque de coordination avec les acteurs de terrain.

Cette critique est invariablement retrouvée sur l'ensemble des études du lien ville-hôpital. Les grenoblois sanctionnent cette carence de coordination : taux de satisfaction à 29,3 sur 100, voire 21 sur 100 pour l'association au projet<sup>(2)</sup>. A Poitiers, si 61% des généralistes interrogés se déclarent satisfaits de l'organisation de la sortie du CHU, 31% déplorent ne jamais être associés à sa planification.<sup>(11)</sup> De même chez les médecins parisiens, dont 64% ne sont pas prévenus<sup>(39)</sup>. Seulement 18,1% des généralistes franciliens ont le sentiment d'être intégrés à la décision et 23,1% sont prévenus<sup>(44)</sup>. Aux Pays-Bas, généralistes (81%) et hospitaliers (59%) dénoncent une insuffisance de coordination entre eux pour retour à domicile<sup>(45)</sup>.

### 5.3.3.3 Relations entre confrères

Plusieurs études montrent que les médecins généralistes se sentent exclus de la réflexion menée à l'hôpital autour de leur patient. L'indice de satisfaction des correspondants externes sur leur relation avec les médecins du CHU de Grenoble est 47,9 sur 100<sup>(2)</sup>. Alors que 86% des généralistes sont enthousiastes des prises en charge au CHU de Poitiers, seulement 31% d'entre eux s'estiment satisfaits de leur entente avec les médecins y travaillant<sup>(11)</sup>. Ce taux monte à 60% dans le Midi Pyrénées<sup>(13)</sup>. 84% des généralistes franciliens n'ont pas le sentiment d'exercer le même métier que les médecins des hôpitaux<sup>(39)</sup>. De même à l'étranger, où le taux de satisfaction des généralistes néerlandais plafonne à 58% sur la perception de leur relation avec leurs hôpitaux<sup>(45)</sup>.

Cette fracture est également présente dans notre étude : si six commentaires positifs soulignent la qualité de la relation entretenue avec les gériatres, l'amélioration de cette dernière est tout de même souhaitée à deux reprises. Un généraliste propose d'organiser des rencontres. Cette suggestion est également mentionnée chez leurs voisins du Midi-Pyrénées : la moitié des médecins interrogés sont en faveur de réunions pluridisciplinaires et souhaitent être conviés à des séances de Formation Médicale Continue organisées par les spécialistes dans les hôpitaux<sup>(13)</sup>.

## 5.4 Pistes d'amélioration

Nous avons adopté le même plan que pour la présentation des résultats : à chaque item correspond une liste d'améliorations possibles.

### 5.4.1 Communication

L'amélioration de la communication avec le Pôle de Gériatrie arrive en tête des attentes.

L'association entre mauvaise communication (temps écoulé entre la sortie et la réception du CRH en l'occurrence) et les conséquences négatives pour le patient (ré-hospitalisation, décès...) a fait l'objet d'une étude prospective multicentrique américaine. Bien qu'aucun lien d'imputabilité n'ait été formellement établi, les auteurs mettent en évidence une tendance statistique en ce sens et tout de même une grande marge de progrès<sup>(46)</sup>.

Un essai contrôlé randomisé montre que les généralistes sont davantage satisfaits de la communication avec l'hôpital s'ils participent activement à la prise en charge de leur patient<sup>(47)</sup>.

Le Code de Santé Publique stipule que les établissements de santé sont tenus d'informer le médecin traitant de l'admission de leur patient et l'invitent à lui fournir tous les renseignements utiles sur le malade<sup>(48)</sup>.

#### 5.4.1.1 Téléphone

Les généralistes palois, bien que plutôt satisfaits de la communication téléphonique avec les gériatres, désapprouvent le temps perdu à essayer de les joindre. Pour réduire ce délai, ils aimeraient atteindre directement leur interlocuteur, en composant son numéro direct, sur un temps d'astreinte dédié ou via une plateforme.

#### 5.4.1.1.1 Ligne directe

Il existe déjà un annuaire des secrétariats, disponible sur le site du Centre Hospitalier. Etant considéré comme insuffisant en raison de la faible amplitude horaire et de l'encombrement de la ligne, la direction du CH développe actuellement un répertoire rassemblant les lignes directes des PH à destination de leurs confrères en ville. Les obstacles rencontrés sont l'approbation de chaque PH et la création de la ligne directe, qui n'existe pas dans tous les services (notamment pour l'USLD).

Cette initiative a été mise en place au CHU de Bichat – Claude Bernard après enquête des attentes des correspondants externes<sup>(12)</sup>.

→ *Proposition d'amélioration : instauration d'une ligne directe pour joindre un gériatre, diffusion du répertoire auprès des médecins de ville.*

#### 5.4.1.1.2 Astreinte

Une permanence téléphonique a été créée dans un service de médecine interne du CHU de Rennes : l'Unité d'Assistance Diagnostique et Thérapeutique Rapide (UADTR), à destination des médecins généralistes. Après un an de fonctionnement, ce système a permis d'une part l'accès à un conseil téléphonique et d'autre part à la programmation de consultations et hospitalisations. Les médecins généralistes interrogés sont enthousiastes, l'UADTR apportant une solution aux difficultés de coordination.<sup>(49)</sup>

Un tel système est également en place depuis 2010 au CHU de Bordeaux sur l'ensemble des services de gériatrie. Il s'agit d'une astreinte téléphonique, assurée par les séniors aux horaires ouvrables, à destination exclusive des généralistes. Cela permet dans la majorité des cas d'obtenir un avis gériatrique immédiat, ainsi que la programmation d'hospitalisations ou l'orientation du patient vers la structure adéquate (HDJ, consultations notamment). Cette *hotline* a évité le passage inapproprié des personnes âgées aux urgences dans 81,4% des cas, sur une étude menée de 2010 à 2012<sup>(50)</sup>.

La création d'un créneau d'astreinte téléphonique au sein du Pôle de Gériatrie présuppose la mise en place d'une ligne directe.

→ *Proposition d'amélioration : création d'une astreinte téléphonique.*

#### **5.4.1.1.3 Plateformes**

Lancée en 2008 par le CHRU, la plateforme Hop'line® répond aux attentes de coordination des généralistes. Ces derniers peuvent solliciter l'avis d'un PH en vue de programmer une consultation ou une hospitalisation, hors urgence<sup>(51)</sup>.

L'initiative PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) est expérimentée sur le territoire du CHU de Bordeaux depuis 2015. Une permanence téléphonique « Plateforme Autonomie Sénior », assurée 24h/24, est à disposition des généralistes. Elle permet la délivrance d'avis gériatriques, tant pour les problématiques médicales pures que pour les aspects sociaux spécifiques à la personne âgée. Elle rend également possible la coordination des actions autour du patient, de la mise en place du plan d'aide adéquat au domicile jusqu'à la programmation d'hospitalisation, en urgence ou non. Ce projet est porté par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et est amené à être généralisé sur l'ensemble du territoire.

#### **5.4.1.2 Courriers**

Les études citées précédemment montrent que les généralistes ne sont pas satisfaits du CRH, qu'ils considèrent pourtant comme un élément-clé dans la coordination hôpital-ville, en particulier au moment du retour du patient vers son lieu de vie.

Le ressenti des généralistes du bassin palois vis-à-vis des courriers du Pôle de Gériatrie porte sur la forme des CRH plutôt que sur le fond.

Pour répondre à cet enjeu, le Code de Santé Publique encadre l'usage de ce document<sup>(48)</sup>. Le CRH doit transmettre les éléments médicaux importants. C'est une obligation légale<sup>(52)</sup> et indispensable au dossier médical<sup>(53)</sup>. Le manuel de certification des établissements en tient compte grâce à un indicateur spécifique (IPAQSS : Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins). Depuis sa mise en place, il n'a cessé de s'améliorer sur l'ensemble des hôpitaux français<sup>(2)</sup>.

#### 5.4.1.2.1 Délai de réception

Dans notre étude, une faible part des généralistes déclare être en possession du courrier avant deux semaines suivant la consultation ou sortie d'hospitalisation, ce qui les mécontente. Ce résultat contraste avec le sentiment des gériatres du Pôle : le courrier étant généralement dicté le jour même de la consultation ou de la sortie, ils sont surpris de constater un tel délai de réception auprès de leurs confrères en ville.

Cette latence n'est pas sans conséquences sur la santé des patients.

En effet, 41% des médecins généralistes de Chicago ont estimé que sur 6 mois, au moins un de leurs patients a présenté un évènement indésirable du fait d'un problème de communication à la sortie d'hospitalisation. Si le CRH était arrivé avant la consultation du patient, 28% des effets adverses auraient été évités<sup>(37)</sup>. Ces mêmes défauts sont décrits dans les pays anglosaxons sur les dix dernières années<sup>(15,17,54)</sup>. Une étude canadienne prospective montre une tendance à la diminution des réhospitalisations dans les 3 mois lorsque les généralistes sont en possession du CRH lors de leur visite post-hospitalisation<sup>(15)</sup>.

Le délai de réception acceptable pour les généralistes est 8 jours en France comme aux Etats-Unis<sup>(32,40,55)</sup>. C'est justement ce que prévoient les Code de Santé Publique et Code de Déontologie Médicale<sup>(56)</sup>. L'utilité du CRH est jugée nulle s'il est reçu après un mois<sup>(54)</sup>. Toutefois, certains généralistes ont moins confiance en la qualité du document s'il est reçu dans les 48 premières heures<sup>(57)</sup>.

Comment réduire ces délais ?

L'informatisation des CRH permet de gagner du temps en générant automatiquement leur contenu. Elle est associée à une réduction significative du délai de réception. Quant à la qualité, les ressentis sont contradictoires : des généralistes américains déclarent constater une amélioration, ce qui n'est pas le cas dans une revue de la littérature néerlandaise.<sup>(58,59)</sup> L'expérience a été menée au sein de l'AP-HP. Les retours ne sont pas encore divulgués, néanmoins certaines réticences ont été observées : coût des logiciels, préférence pour les dossiers papier, procédures fastidieuses, surcharge de travail pour les médecins et secrétariats<sup>(60)</sup>.

Le mode de transmission du CRH influe également sur les délais de réception. Selon la revue systématique néerlandaise citée plus tôt, la plupart des CRH est rédigée dans les 48h suivant la sortie, mais moins de la moitié des documents est disponible sous ces mêmes 48h<sup>(58)</sup>. Ceci peut expliquer la différence perçue dans notre étude entre émetteurs, qui dictent la plupart du temps le courrier dans la journée, et destinataires, qui déclarent recevoir le document quinze jours plus tard. L'amélioration de la transmission des documents est traitée au prochain chapitre.

Au sein des services d'hospitalisation du Pôle gériatrique du CH de Pau, la majorité des CRH est dictée le jour de la sortie du patient, par l'interne ou le PH. Les secrétaires les transcrivent sur informatique et les retournent au sénior. Ce dernier corrige puis valide le document. Celui-ci est alors imprimé, puis adressé à ses destinataires par la Poste. Pour les consultations mémoire et bilan en HDJ, effectués exclusivement par les gériatres séniors, le compte rendu est également dicté le jour même.

→ *Propositions d'amélioration :*

- *On peut s'affranchir de la transcription de la dictée : soit en complétant un masque de saisie, c'est-à-dire une trame de CRH standardisée prévue dans le logiciel, soit en utilisant un outil de reconnaissance vocale. Le Dragon Medical© doit justement être testé en 2018. Cela permettrait aux secrétaires de libérer du temps, qu'elles pourraient dédier à d'autres tâches.*

- *L'implémentation automatique du contenu, à partir d'une base de données, pourrait accroître le gain de temps. C'est déjà le cas à l'UPUG. Cela nécessite que l'ensemble du dossier médical soit informatisé, notamment l'anamnèse, les constatations cliniques, les interventions sociales, les avis spécialisés, les résultats des examens complémentaires et les traitements.*
- *Pour gagner en instantanéité, le médecin traitant pourrait directement avoir accès à ces données. Ce projet est inclus dans le DMP, le Dossier Médical Partagé. Ce point est développé plus bas dans un paragraphe spécifique.*

Une réserve est à noter : il arrive fréquemment que le patient quitte le service avant que tous les résultats des examens complémentaires ne soient connus, rendant par conséquent impossible l'élaboration d'un CRH exhaustif. Dans sa revue systématique des études portant sur la communication entre ville et hôpital, S. Kripalani propose d'éditer une première version et de faire suivre une seconde, complète, une fois les résultats reçus<sup>(17)</sup>. Ce procédé est détaillé au paragraphe « Lettre de Liaison ».

#### **5.4.1.2.2 Modalités de transmission**

Alors que les généralistes du bassin de vie palois se montrent enthousiastes vis-à-vis de l'informatisation des échanges, leurs modes de communication avec les gériatres restent traditionnels. Soulignons un paradoxe que notre étude met en évidence : les médecins hospitaliers déclarent produire un courrier pour 100% des patients, alors que seulement 87,4% des généralistes ont le sentiment de le recevoir à chaque fois. Manifestement, les voies de transmission de ces documents génèrent de la perte d'information.

Nous avons vu précédemment qu'aucun média de communication ne faisait consensus ni en France, ni à l'étranger : tandis qu'une part des praticiens plébiscite les messageries en ligne, certains restent attachés aux vecteurs à l'ancienne.

S. Kripalani montre que le délai de transmission passe de quatre à un jour lorsque le CRH est distribué au patient<sup>(17)</sup>. Ce serait également le moyen le plus efficace : 4% seulement des CRH ne sont pas transmis au médecin traitant, selon X. Devaux<sup>(41)</sup>.

Une étude randomisée contrôlée compare les différentes méthodes d'envoi des CRH d'un service de gériatrie irlandais : les taux de réception sont équivalents par email (73,9%) et fax (69,4%) et supérieurs à la voie postale (43,8%) ou lorsque le document remis au patient (24,2%)<sup>(43)</sup>.

S. Kripalani propose également de remettre au patient les copies des examens les plus pertinents, pour augmenter la probabilité que l'information soit transmise à son médecin traitant<sup>(17)</sup>.

Ces études, dont les résultats sont contradictoires, illustrent le fait qu'aucun support ne fasse réellement consensus. La demande de dématérialisation doit être prise en compte, sans pour autant négliger les réticences. En 2018, il apparaît indispensable de transmettre le CRH par voie informatisée, mais il convient de s'assurer de la sûreté de la correspondance. La méthode la plus appropriée semble ainsi être la messagerie sécurisée. Cela implique que l'adresse email du correspondant soit renseignée. Dans le cas contraire (il existe encore des cabinets non informatisés), une version papier doit être envoyée par la Poste. On rappelle que le secret professionnel n'est pas opposable au patient, ce dernier est en droit de connaître sa situation de santé. Un courrier peut lui être remis à sa sortie, ainsi que le double des examens complémentaires, à son usage et/ou à destination de son médecin traitant.

→ *Proposition d'amélioration : échange d'emails sécurisés entre médecins de ville et hospitaliers.*

Une messagerie professionnelle cryptée est en cours de déploiement sur le Centre Hospitalier de Pau.

### 5.4.1.2.3 Contenu du CRH

Le CRH doit contenir les principales informations relatives au séjour du patient ainsi que tout ce qui peut être utile à la continuité des soins<sup>(61)</sup>. Il n'est pas standardisé, aussi observe-t-on de grandes disparités de fond comme de forme selon le rédacteur et le service d'où il est issu.

La HAS a publié en 2014 un référentiel des éléments obligatoires, comprenant les éléments médicaux, administratifs (médecin référent, date d'entrée et sortie, codage PMSI entre autres), sociaux, les médicaments (à l'entrée, à la sortie, les modifications éventuelles). Le tout forme un inventaire très complet<sup>(62)</sup>. Cette exigence d'exhaustivité est capitale pour les hôpitaux : le DIM (Département d'Informations Médicales) valorise financièrement les séjours en codant les données inscrites dans le CRH. Cela est également pris en compte dans les indicateurs IPAQSS pour la certification de l'établissement. Il existe aussi un intérêt épidémiologique pour la recherche clinique.

Une revue de cas gériatrique d'un CHU britannique met en exergue l'importance d'un CRH complet : deux tiers des informations médicamenteuses étaient approximatives, ce qui a entraîné une réadmission de 38% des patients, dont 61% auraient été évitables<sup>(14)</sup>.

A noter que sur l'étude de cohorte de L.I. Horwitz, le CRH est significativement plus complet s'il est élaboré le jour même de la sortie<sup>(63)</sup>. L'étude rétrospective de Kind montre que des éléments essentiels sont plus à même de manquer si c'est l'interne qui rédige le CRH<sup>(64)</sup>.

Cependant, face à l'exigence d'exhaustivité s'oppose une contradiction : un document trop long décourage la lecture et entraîne une perte d'information<sup>(55)</sup>. Les boîtes aux lettres des médecins de famille débordent : un médecin généraliste lit en moyenne 25 courriers en 12 minutes<sup>(41)</sup>. Cet enjeu est pointé dans notre étude. Une longueur de quatre demi-pages maximum fait consensus dans les revues systématiques des courriers français et à l'étranger<sup>(17,40,55)</sup>. Une revue des attentes croisées entre médecins de famille américains et leurs confrères des hôpitaux propose un CRH plus concis : un CRH de grande qualité, constitué exclusivement des éléments pertinents. Par exemple : tous les résultats biologiques ne sont pas attendus, seulement ceux qui sont anormaux<sup>(54)</sup>.

Sur la forme, S. Kripalani propose de structurer le CRH afin de s'assurer que les informations essentielles soient perçues<sup>(17)</sup>. C'est également ce que demandent les généralistes français : un

courrier standardisé, organisé en catégories plutôt qu'une forme narrative, en évitant l'usage d'abréviations. Les éléments-clés doivent être écrits en gras<sup>(2,14,17,32,33,41,65,66)</sup>.

L'équipe québécoise de M. Kergoat reprend l'ensemble de ces exigences et propose un modèle de CRH standardisé, spécifiquement développé pour les services de gériatrie aiguë. Cet outil se nomme D-SAFE (*Discharge Summary Adapted to the Frail Elderly*) et a été élaboré entre gériatres, médecins traitants, pharmaciens hôpitaux et d'officine. Il est présenté en Annexe 3 et pourrait servir de base pour les CRH du Pôle de Gériatrie palois.<sup>(67)</sup>

→ *Propositions d'amélioration : standardiser les CRH, utiliser le modèle D-SAFE.*

#### **5.4.1.2.4 Lettre de Liaison**

Force est de constater que les revendications des différentes parties sont opposées. Pour assurer une coordination des soins optimale à la sortie des hôpitaux, les médecins de ville demandent que les informations médicales soient disponibles dès leur première visite. Elles doivent être formalisées, pertinentes et concises. De leur côté, les PH sont limités par leurs contraintes structurelles et n'ont pas en main tous les résultats lorsque le patient quitte leur service. Quant à l'administration des établissements, la HAS et le Code de Santé Publique, leur exigence réside dans l'exhaustivité des documents de sortie.

Une solution permet de concilier ces attentes : la lettre de liaison (LL).

Elle était peu utilisée, jusqu'à ce que la loi de modernisation du système de santé de 2015 la réhabilite. Elle se définit comme suit : distincte du CRH, elle est rédigée par le praticien référent, remise au patient et transmise le jour même de la sortie à son médecin traitant, par messagerie sécurisée ou tout moyen garantissant la confidentialité. Elle contient les informations utiles à la continuité des soins. Le texte de loi présente un contenu-type, mais il n'existe pas de format standardisé<sup>(68)</sup>. L'usage de la LL est encore marginal et très hétérogène.

Face à ce constat, M. Bansard a réuni un panel d'experts pour élaborer une LL standardisée.

Sur le fond, les items retenus sont : le diagnostic principal, les diagnostics associés, les éléments-clés des examens cliniques et biologiques de sortie, le portage de Bactéries Multi Résistantes, le traitement de sortie, les « points vigilance » (éléments que le rédacteur souhaite mettre en exergue), les examens encore en attente lors de la rédaction, les rendez-vous et examens complémentaires prévus ou à prévoir.

Sur la forme, la LL doit comporter au maximum deux demi-pages et être rédigée de manière structurée. Il est souhaitable qu'elle soit informatisée, toutefois sa rédaction peut être manuscrite sur une version pré-éditée d'un formulaire. Pour ne pas retarder son émission, la validation par le médecin sénior n'est pas indispensable<sup>(69)</sup>.

Sans nommer la LL, S. Kripalani suggère un *interim discharge*, un bref CRH intermédiaire à délivrer le jour de la sortie si le CRH n'est pas encore disponible. On y retrouve les mêmes items que dans la version de M. Bansard, ainsi que l'information délivrée au patient, son statut fonctionnel et les avis spécialisés<sup>(17)</sup>.

L'existence d'une LL au sein du Pôle de Gériatrie est saluée dans notre étude et est appelée à être généralisée et/ou améliorée. Elle est rédigée à la main par l'interne ou le sénior sur un formulaire imprimé et remise au patient avec son ordonnance de sortie.

Une suggestion d'amélioration serait d'utiliser comme trame le modèle proposé par M. Bansard (présenté en annexe 4). Une fois la messagerie sécurisée en place dans les services, une version informatisée de la LL ainsi que l'ordonnance de sortie pourront être adressées au médecin traitant instantanément.

→ *Proposition d'amélioration : standardiser (selon le modèle de M. Bansard) et généraliser la Lettre de Liaison.*

## 5.4.2 Parcours de soins

Si l'indice de satisfaction au regard du parcours de soins au sein du Pôle de Gériatrie remporte une adhésion remarquable, il existe tout de même quelques points négatifs. Concernant l'accessibilité à l'offre de soins, les principaux freins sont la disponibilité des interlocuteurs et les listes d'attente pour les diverses prestations (les évaluations gériatriques, notamment). Les entrées directes sont souhaitées mais pas toujours possibles. L'organisation de la sortie des services est également critiquée.

### 5.4.2.1 Entrée dans la filière gériatrique

Une hospitalisation sur cinq après le passage aux urgences serait médicalement inappropriée et résulterait d'obstacles rencontrés par le médecin traitant du patient<sup>(70,71)</sup>. Les généralistes interrogés dans notre étude sont favorables aux entrées directes mais dénoncent les limites suivantes : manque de places disponibles, files d'attente, difficulté à joindre un interlocuteur.

Outre les entrées dans les services d'hospitalisation, l'accès aux autres prestations du Pôle de Gériatrie est jugé non satisfaisant (notamment pour les bilans en HDJ et les consultations mémoire, dont les délais d'attente avoisinent actuellement les six mois).

#### 5.4.2.1.1 Plateforme GERONTADOM, équipes mobiles

Pour répondre aux problématiques des généralistes en matière d'accès aux évaluations gériatriques et géronto-psychiatriques, deux structures ont été mises en place en avril 2017 : l'EMGD (Equipe Mobile de Gériatrie A Domicile) et la plateforme GERONTADOM.

GERONTADOM est une plateforme d'appel et de coordination des équipes mobiles (gériatrique et géronto-psychiatrique). Un numéro unique est à disposition des médecins traitants (ainsi

qu'aux autres professionnels médicaux hospitaliers ou extrahospitaliers, sociaux, au patient et à ses aidants). Après analyse de la demande de l'appelant, l'équipe appropriée est dépêchée au lieu de vie du patient (privé, EHPA ou EHPAD). L'intervention se déroule en trois temps. Le premier temps consiste en l'évaluation de la situation (Evaluation Gériatrique Standardisée), la proposition d'un plan de soins et la rédaction d'un courrier médical initial. Le deuxième temps est dédié à un bilan des actions menées et à leur coordination. Enfin le troisième temps conclut la prise en charge, un mois après la dernière intervention. Un courrier médical de fin de prise en charge est délivré. Le champ d'action est large : conciliation médicamenteuse, orientation vers les dispositifs du Pôle gériatrique (HDJ, ateliers mémoire, hospitalisation programmée en gériatrie ou géronto-psychiatrie au sein du Centre Hospitalier des Pyrénées), admissions en Accueil de Jour, EHPAD voire USLD, participation au plan de soins, protection juridique, soutien de l'aidant.

109 interventions ont été réalisées en 2017 (avril à décembre), pour un délai moyen de 13,5 jours.

Ces structures nouvelles souffrent d'un manque de notoriété auprès de la population libérale : seulement 29% des répondants connaissent l'EMGD. Une campagne de communication à destination des médecins généralistes serait une option envisageable.

→ *Proposition d'amélioration : campagnes de communication sur la plateforme GERONTADOM et les équipes mobiles.*

#### **5.4.2.1.2 Référent**

Plusieurs études suggèrent de désigner un référent hospitalier dédié à la communication avec les médecins du terrain<sup>(46,72)</sup>. Il peut s'agir d'un médecin comme d'un personnel paramédical. C'est par exemple le cas au CHU de Poitiers, où les services de gériatrie sont dotés d'une infirmière coordinatrice<sup>(11)</sup>. Elle gère l'accès des patients au service, fait le lien avec les

correspondants externes, dont les médecins généralistes. C'est également elle qui s'occupe, après accord du médecin, de programmer les hospitalisations.

→ *Proposition d'amélioration : désignation dans les services d'un poste de référent à destination des généralistes.*

#### **5.4.2.1.3 Places disponibles, effectifs**

Les individus de notre étude dénoncent un nombre insuffisant de lits. Les faits leur donnent raison : le taux de remplissage des services du Pôle de Gériatrie palois avoisine les 100% (sans compter les patients hébergés dans le reste de l'hôpital pour le compte de la gériatrie), ce qui participe à l'allongement des délais d'attente avant une hospitalisation. L'ensemble du Centre Hospitalier de Pau est confronté à cette problématique de sursaturation, ce qui est valable sur le reste du territoire. Les établissements de santé font en effet face à l'augmentation de la demande en soins, générée par l'accroissement et le vieillissement de la population française<sup>(11)</sup>.

Plusieurs propositions formulées dans les commentaires vont dans le sens de l'augmentation des effectifs soignants, ce qui paraît difficile à envisager sur le plan économique et ne résoudrait pas les problèmes de disponibilité de places dans les services.

Ainsi pour faire face à l'augmentation de la demande, ne vaudrait-il pas mieux adapter l'offre ? Comme on ne peut augmenter le nombre de places, c'est leur disponibilité qui est à repenser. Des hospitalisations inutiles sont évitables par une meilleure orientation des patients dans la filière. La création d'interfaces de coordination ville-hôpital telles que GERONTADOM est une réponse à cet enjeu. La désignation d'un référent dédié à la coordination avec les acteurs de terrain constitue une approche complémentaire qui mérite qu'on s'y intéresse.

#### 5.4.2.2 Organisation des sorties

Les généralistes ne sont pas satisfaits de l'organisation du retour au domicile de leur patient. Ceci est valable aussi bien pour le Pôle de Gériatrie que pour l'ensemble du Centre Hospitalier de Pau et se retrouve de manière constante dans la littérature consacrée aux relations entre médecine de ville et hospitalière en France et au-delà des frontières. Le manque de coordination avec le terrain est vivement critiqué.

De nombreuses études françaises et internationales ont été publiées sur la gestion de la sortie du patient.

Selon S. Kripalani, les médecins hospitaliers ne doivent pas considérer leurs obligations terminées une fois le CRH expédié<sup>(66)</sup>. Nous avons précédemment traité du CRH : c'est un point primordial pour la coordination, il nécessite pour cela une attention accrue à son contenu, son format et son délai d'envoi. La méta-analyse de P. Mistiaen montre que les interventions portant sur ce document ont un impact positif sur la durée du séjour, la destination de sortie ainsi que sur le degré de dépendance du patient<sup>(73)</sup>.

Une prise de contact personnalisée avec le médecin traitant est indispensable, par appel téléphonique, fax ou email : l'hôpital doit instituer un dialogue avec le médecin de ville plutôt que se contenter d'une communication à sens unique. Il faut éviter le jargon hospitalier car les informations prodiguées sont à destination du médecin traitant, mais peuvent également être consultées par le personnel soignant à domicile, le pharmacien, les kinésithérapeutes... Cette étape se nomme conciliation entre professionnels de santé<sup>(66)</sup>.

Les patients doivent être revus par leur médecin traitant dans les jours ou semaines suivant leur sortie. Avant cette consultation, le personnel hospitalier se doit d'être à disposition pour répondre aux interrogations du patient, de leur support social et de leur environnement familial. Un appel dans les jours suivant la sortie est recommandé, que ça soit par l'infirmière, le pharmacien ou le médecin, qui que ce soit qui ait participé au suivi hospitalier. C'est à cette phase de transition que la désignation d'un personnel référent prend tout son intérêt. Pour les patients âgés fragiles, une visite à domicile par une équipe dédiée peut être une solution.

Une étude prospective norvégienne a montré que les patients gériatriques étaient plus à même de présenter des évènements indésirables lors de leur sortie de service de gériatrie aiguë s'il existait un défaut de communication entre praticiens hospitaliers et généralistes, notamment si la sortie se faisait le week-end<sup>(16)</sup>.

La gestion des traitements est essentielle : il faut interroger chaque intervenant (notamment pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'autres prescripteurs ou de l'automédication). Il convient également de s'assurer que les médicaments prescrits ne soient pas exclusivement à dotation intra-hospitalière. Les raisons des changements du traitement habituel doivent être explicitées. Cela s'intègre dans la conciliation médicamenteuse<sup>(66)</sup>.

L'éducation du patient et de ses proches est incontournable : il est indispensable de vérifier la compréhension de l'ordonnance de sortie, du régime prescrit, des rendez-vous. Un résumé écrit est recommandé, clair et approprié au niveau d'éducation. Sont également mentionnés des séances d'éducation de groupe, des ateliers avec support illustré<sup>(66)</sup>.

La planification du retour à domicile s'intègre dans l'organisation du service : les difficultés économiques ou conjoncturelles rencontrées à l'hôpital ne doivent pas entraîner des sorties précipitées. Au contraire, elle ne doit s'effectuer qu'une fois que l'on s'est assuré d'un environnement favorable au domicile (social, soignant, familial). Pour cela, le travail d'équipe est fondamental : les dossiers doivent être discutés en réunion multidisciplinaires<sup>(66)</sup>.

Pour les patients dont l'état est précaire, un rendez-vous de contrôle doit être programmé avec le médecin hospitalier en charge<sup>(66)</sup>.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France recommande d'impliquer le patient dans la continuité des soins. Elle leur propose une liste de dix conseils pour améliorer leur prise en charge, notamment de prévenir leur médecin traitant lors de l'hospitalisation et de signaler au service les coordonnées de chaque membre de son équipe de soins (spécialistes, personnel à domicile, pharmacien)<sup>(44)</sup>.

Plusieurs essais traitent de l'impact de ces actions :

- Un essai contrôlé randomisé américain mené sur le plan RED (*ReEngineered Discharge*, que l'on pourrait traduire par Sortie Remaniée) confirme que des réhospitalisations sont évitables par une meilleure coordination avec le médecin traitant. Ce plan prévoit

une infirmière référente à plein temps, dédiée à l'organisation de la sortie avec les intervenants de terrain (médecin traitant, infirmières libérales, kinésithérapeutes, assistantes sociales, pharmacien...). L'éducation du patient et de ses proches fait partie de ses missions. Une visite de contrôle par téléphone est effectuée au troisième jour par un pharmacien, employé temporairement pour les besoins de l'étude<sup>(74)</sup>.

- L'outil BOOST (*Better Outcomes for Older adults through Safe Transitions*), mis en place dans les services de gériatrie des hôpitaux de Philadelphie, est cité dans une revue systématique de la littérature traitant des plans d'actions composites. Il permet une diminution significative du taux de réhospitalisations et une amélioration du « statut » du patient (meilleure perception de sa santé, par exemple)<sup>(45)</sup>.

Une limite qu'on peut opposer à la mise en place de tels outils est l'aspect financier. En effet, les plans mentionnés prévoient l'embauche d'un référent à temps plein.

- L'effet d'une intervention *low-cost* a fait l'objet d'un essai contrôlé randomisé mené à l'hôpital universitaire d'Harvard. L'intervention comprend quatre points : remise au patient d'un CRH *user-friendly* (de niveau adapté à sa compréhension), envoi par email dudit document et appel téléphonique au médecin traitant, enfin, consultation précoce auprès de ce dernier. Dans le groupe de patients ayant reçu l'intervention, 25,5% ont présenté au moins un évènement indésirable, contre 55,1% du groupe témoin<sup>(75)</sup>.

Ces études ouvrent des perspectives d'améliorations intéressantes que l'on peut appliquer au Pôle de Gériatrie palois :

- L'attention portée au CRH : elle a été traitée dans le chapitre dédié.
- La conciliation entre professionnels de santé :  
La sortie du patient gériatrique ne peut s'organiser sereinement si le médecin traitant n'y est associé. Il doit être contacté par un membre de l'équipe hospitalière. Dans les services de gériatrie aiguë du CHU de Poitiers, c'est une infirmière référente qui s'en charge. Le projet RED comporte une infirmière ainsi qu'un pharmacien spécialement

dédiés à cette tâche. Le plan *low-cost* d'Harvard ne prévoit pas de personnel consacré. Dans les services gériatriques paolis, cette tâche pourrait incomber aussi bien à l'interne du service qu'au médecin sénior, à une infirmière ou au cadre infirmier.

Les informations suivantes doivent lui être transmises : date de sortie, éléments médicaux pertinents, modifications thérapeutiques. Une date de consultation de suivi précoce doit être programmée et transmise au patient.

Il doit être prévenu préférentiellement par téléphone. L'usage de l'email ou du fax est possible : la lettre de liaison peut tout-à-fait remplir ce rôle.

S'il existe plusieurs intervenants sur le terrain, le lien doit également être fait avec eux. C'est déjà le cas avec les infirmières libérales, à qui les infirmières du service adressent une fiche de transmission des soins.

- La conciliation médicamenteuse :

Les modifications du traitement habituel (régime inclus) doivent être explicitées.

- L'éducation thérapeutique :

Ce point revêt une importance primordiale en gériatrie. Elle concerne non seulement le patient, mais également l'ensemble de son environnement : son aidant principal, ses aides à domicile, son pharmacien d'officine. Elle doit être multimodale : orale aussi bien qu'écrite. Des plaquettes informatives et des outils informatiques sont édités par les laboratoires (par exemple pour les anticoagulants et insulines). Il serait envisageable de prendre contact avec les commerciaux afin d'en mettre à disposition des patients dans les services.

- L'organisation du service :

L'ensemble des PH gériatres coopèrent et gèrent la disponibilité des lits de leurs services. Les sorties sont planifiées dans ce cadre-là. Des réunions sont organisées de manière hebdomadaire.

- L'implication du patient :

Il ne faut pas perdre de vue que l'acteur principal de la prise en charge reste le patient lui-même. Il doit participer aux décisions. L'aidant principal doit également être sollicité.

- Suivi après la sortie :

Comme précisé précédemment, le patient doit sortir du service avec un rendez-vous précoce auprès de son médecin traitant. S'il s'agit d'un malade fragile, une consultation de suivi doit être programmée à distance avec le PH du service. La visite à domicile par l'équipe mobile est une possibilité à envisager. Les pistes proposées dans les plans composites suggèrent une prise contact téléphonique pour s'enquérir de l'évolution du patient. Cette mission peut être assumée par un membre du personnel soignant ou para-médical qui s'est occupé du patient lors de son séjour.

Nous avons vu que de nombreuses pistes sont déjà explorées au sein du Pôle pour faire face aux difficultés actuelles. Appliquer les propositions sus-citées implique des changements d'habitudes de service. C'est un exercice exigeant, dont l'enjeu, crucial, est l'amélioration de la coordination entre médecine de ville et hospitalière.

→ *Propositions d'amélioration pour l'organisation des sorties : coordination entre professionnels de santé, conciliation médicamenteuse, éducation thérapeutique, organisation du service, implication du patient, suivi après la sortie.*

#### **5.4.2.3 Relations entre confrères**

Un généraliste de notre étude souhaite l'organisation de rencontres entre ville et hôpital. Ce serait l'opportunité pour les libéraux d'identifier leurs interlocuteurs hospitaliers et d'échanger sur leurs problématiques spécifiques. Cette piste a également été suggérée dans d'autres enquêtes et illustre les bonnes volontés de part et d'autre<sup>(12)</sup>.

Dans cette optique d'échange d'informations, la direction de l'hôpital de Pau diffuse depuis 2017 une *newsletter* par email à destination de ses correspondants externes pour les informer des nouveautés (nouvelles embauches de médecins, innovations...).

Un élément qui ressort dans beaucoup d'études mais qui n'a pas été mentionné par les médecins palois est le Dossier Médical Partagé. Théoriquement, ce serait un outil de choix en matière de coordination, répondant aux exigences d'échanges de données, d'informatisation et de collaboration interprofessionnelle. Une enquête d'opinion menée auprès des généralistes de Reims montre qu'une majorité d'entre eux y est favorable sur le principe, mais qu'en pratique, ils n'y sont pas préparés<sup>(36)</sup>. A l'heure actuelle, le DMP est techniquement opérationnel, mais son usage est limité par faute d'alimentation en informations médicales. L'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP) recentre le chantier sur les patients âgés chroniques tels que les PAERPA. Pour mieux intégrer les professionnels de ville à ce projet, la gestion est confiée à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie<sup>(76)</sup>. S'il venait un jour à être finalisé, le DMP répondrait aux attentes exprimées par les sujets de notre étude pour la prise en charge coordonnée de leur patientèle gériatrique.

## 6. CONCLUSION

Après l'étude du CECCQA et celle de M. Sailliol, il s'agit de la troisième enquête de satisfaction auprès des généralistes menée sur l'hôpital de Pau en dix ans. Cela témoigne de la part du Centre Hospitalier d'une véritable volonté de remettre ses pratiques en question et de s'inscrire dans une démarche qualitative vis-à-vis des correspondants externes.

La forte participation des généralistes montre que ces derniers sont réceptifs aux enjeux de coopération et qu'ils s'impliquent pour améliorer les liens qu'ils entretiennent avec l'hôpital.

Face aux difficultés engendrées par la transition démographique et l'évolution de la pratique médicale en France, de nombreuses pistes d'amélioration pourraient être envisagées :

- Instauration d'une ligne directe pour joindre un gériatre
- Création d'un créneau d'astreinte téléphonique
- Informatisation et standardisation des Comptes-Rendus d'Hospitalisation
- Mise en place d'une messagerie sécurisée
- Généralisation et standardisation de la Lettre de Liaison
- Campagnes de communication sur la plateforme GERONTADOM et les équipes mobiles
- Désignation d'un poste de référent dans les services à destination des généralistes
- Organisation des sorties : coordination entre professionnels de santé, conciliation médicamenteuse, éducation thérapeutique, organisation du service, implication du patient, suivi après la sortie
- Amélioration des relations entre confrères

Des études ultérieures seraient bienvenues, d'une part pour réévaluer à distance l'impact des mesures entreprises sur la satisfaction des généralistes, et d'autre part pour analyser les attentes des hospitaliers envers leurs confrères de ville.

Bien que ce travail soit monocentrique, son bon taux de participation et l'usage d'une méthodologie validée permettent une extrapolation hors du territoire palois à d'autres établissements qui réaliseraient des études de satisfaction sur ce sujet.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Thomas C. Qualité de la communication entre médecins généralistes et hospitaliers à propos des traitements médicamenteux, lors de l'hospitalisation d'un patient. Thèse de médecine, Bordeaux II; 2011.
2. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes, Quality of service provided by a University Hospital: general practitioners' opinion. Santé Publique. 2014;26(2):189-97.
3. Makeham MAB, Mira M, Kidd MR. Lessons from the TAPS study - communication failures between hospitals and general practices. Aust Fam Physician. 2008;37(9):735-6.
4. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
5. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
6. SNS. Feuille de route [Internet]. [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille\\_de\\_route.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf)
7. HAS. liste des 20 thématiques de la V2014 [Internet]. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/20130926\\_liste\\_20\\_thematiques\\_v2014.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/20130926_liste_20_thematiques_v2014.pdf)
8. WONCA. définition européenne de la médecine générale [Internet]. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
9. Giraud M. Coopération ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Thèse de médecine, Grenoble; 2010.
10. Beden C, François P, Baudoin Bertrand D, Caligula F. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. J Econ Medecale. 2001;19(4):263-78.
11. Jourdain J. A propos de la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital Enquête concernant le CHU de Poitiers, Thèse de médecine, Poitiers; 2009.
12. Wattiaux M-J, Lauret T, Macrez A. Relations médecine de ville-hôpital. Une enquête du CHU Bichat - Claude-Bernard. BDSP. Revue Hospitalière de France. 2007;(516):66-9.
13. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées, Thèse de médecine, Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014
14. Witherington EMA, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. Qual Saf Health Care. 2008;17(1):71-5.

15. Van Walraven C, Seth R, Austin P, Laupacis A. Effects of discharge summary availability during post discharge visits on hospital readmissions. *J Gen Intern Med.* 2002;(17):186-92.
16. Mesteig M, Helbostad JL., Sletvold O, Røsstad T, Saltvedt I. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1)
17. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* 2007;297(8):831-41.
18. Williams E, Fitton F. General practitioner response to elderly patients discharged from hospital. *BMJ.* 1990;300:151-9.
19. 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;7(1).
20. 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;25(1):66-74.
21. Démographie médicale 2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 7 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>
22. CHPau. Notre organisation [internet] [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ch-pau.fr/notre-organisation/pole-pracsentation/activitac-et-chiffres-clacs.html>
23. Belmin J, Chassagne P, Friocourt P, Gonthier C, Jeandel C, Nourhashémi F, et al. *Gériatrie.* Elsevier Masson; 2009.
24. Saillol M. Etude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients Thèse de médecine, Bordeaux; 2014.
25. Fenneteau H. *Enquête : entretien et questionnaire.* 3e éd. Dunod; 2015.
26. Ameli. *Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital...* [Internet]. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: <http://annuaresante.ameli.fr/>
27. Kruschinski C, Lange M, Lionis C, van Weel C, Hummers-Pradier E, EGPRN. Themes and methods of research presented at European General Practice Research Network conferences. *Fam Pract.* 2010;27(4):459-67.
28. Maisonneuve H, Fournier J. Construire une enquête et un questionnaire. *E-Respect.* 2012;2:15-20.

29. Barclay S, Todd C, Finlay I, Grande G, Wyatt P. Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Fam Pract.* 2002;19(1):105-11.
30. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *Assoc Fr Mark.* 2010.
31. Sibbald B, Addington-Hall J, Brenneman D, Freeling P. Telephone versus postal surveys of general practitioners: methodological considerations. *Br J Gen Pract.* 1994;44(384):297-300.
32. Bureau M. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation. Thèse de médecine, Poitiers; 2012.
33. Segyo-Saunier A, Briand-Capet C. Compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes. Thèse de médecine, Rouen; 2012.
34. Delahaye M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation médecine de ville-hôpital. Thèse de médecine, Université Pierre et Marie Curie - Paris 6; 2015.
35. Delas E. Evaluation des attentes des médecins généralistes envers les médecins internistes en Gironde. Thèse de médecine, Bordeaux; 2017.
36. Hurtaud A, Dominique D. Dossier médical personnel : qu'en pensent les médecins ? In: enquête auprès des médecins de l'agglomération de Reims. *JLE.* 2007;3(6):278-82.
37. O'Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Baker DW. Outpatient physicians' satisfaction with discharge summaries and perceived need for an electronic discharge summary. *J Hosp Med.* 2006;1(5):317-20.
38. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2017 [Internet]. [cité 11 nov 2017]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2017\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf)
39. Hubert G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital. Thèse de médecine, Bobigny; 2006.
40. 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;27(5):701-11.
41. 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 de médecine, Montpellier I; 2013.

42. Lane N, Bragg MJ. From emergency department to general practitioner: evaluating emergency department communication and service to general practitioners. *Emerg Med Australas EMA*. 2007;19(4):346-52.
43. Chen Y, Brennan N, Magrabi F. Is email an effective method for hospital discharge communication? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. *Int J Med Inf*. 2010;79(3):167-72.
44. URML. La continuité des soins en ville après une hospitalisation. [Internet]. [cité 11 nov 2017]. Disponible sur: [http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_070115.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070115.pdf)
45. 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;157(6):417-28.
46. Bell C, Scschnipper J, Auerbach A, Kaboli P, Wetterneck T, Gonzales D. Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes. *J Gen Intern Med*. 2008;24(3):381-6.
47. Marks MK, Hynson JL, Karabatsos G. Asthma: communication between hospital and general practitioners. *J Paediatr Child Health*. 1999;35(3):251-4.
48. Code de la santé publique. Article R1112-6.
49. Perlat A, Frin M, Decaux O, Cador B, Cazalets C, Sébillot M. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. *Rev Médecine Interne*. 2010;31(11):776-9.
50. Salles N, Floccia M, Videau M-N, Diallo L, Guérin D, Valentin V, et al. Avoiding Emergency Department Admissions Using Telephonic Consultations Between General Practitioners and Hospital Geriatricians. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(4):782-4.
51. Rendu A, Doute T, Goldstein P. Hop'line CHRU, à l'écoute des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. *Rev Hosp Fr*. 2009;528:66-7.
52. Code de la santé publique. Article R 1112-1. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la Santé Publique.
53. HAS. Document de sortie [Internet]. [cité 9 déc 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document\\_de\\_sortie\\_contenu\\_metier\\_23102014.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_contenu_metier_23102014.pdf)
54. Van Walraven C, Rokosh E. What Is Necessary for High-Quality Discharge Summaries? *Am J Med Qual*. 1999;14(4):160-9.

55. Perrillat-Amede S. La lettre de sortie en gériatrie : attentes des médecins généralistes et évaluation des courriers du service de court séjour gériatrique au centre hospitalier d'Annecy. Thèse de médecine, Grenoble; 2008.
56. Code de déontologie médicale. Article 63 (article R 4127-63 du Code de la Santé Publique).
57. Yemm R, Bhattacharya D, Wright D. What constitutes a high quality discharge summary? A comparison between the views of secondary and primary care doctors. *Int J Med Educ.* 2014;5:125-31.
58. Kattel S, Manning DM, Erwin PJ, Wood H, Kashiwagi DT, Murad MH. Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. *J Patient Saf.* 2016
59. O'Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Evans DB, Kulkarni N, et al. Creating a better discharge summary: Improvement in quality and timeliness using an electronic discharge summary. *J Hosp Med.* 2009;4(4):219-25.
60. Jaffré A. Améliorer le compte-rendu d'hospitalisation : le déploiement d'un projet prioritaire de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris au sein des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis. Thèse de médecine, Rennes; 2012.
61. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
63. Horwitz LI, Jenq GY, Brewster UC, Chen C, Kanade S, Van Ness PH, et al. Comprehensive quality of discharge summaries at an academic medical center: Discharge Summary Quality. *J Hosp Med.* 2013;8(8):436-43.
64. Kind AJH, Thorpe CT, Sattin JA, Walz SE, Smith MA. Provider Characteristics, Clinical-Work Processes and Their Relationship to Discharge Summary Quality for Sub-Acute Care Patients. *J Gen Intern Med.* 2012;27(1):78-84.
65. Van Walraven C, Duke SM, Weinberg AL, Wells PS. Standardized or narrative discharge summaries. Which do family physicians prefer? *Can Fam Physician Med Fam Can.* 1998;44:62-9.
66. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med.* 2007;2(5):314-23.
67. Kergoat M, Latour J, Julien I, Plante M, Lebel P, Mainville D, et al. A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model. *BMC Geriatr* [Internet]. déc 2010 [cité 9 déc 2017];10(1). Disponible sur: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-69>
68. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (version à jour au 26 janvier 2016).

69. 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. *Santé Publique*. 2017;29(1):57.
70. Gall A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. *JLE*. 2010;6(7):326-30.
71. Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste. *Presse Médicale*. 2008;34(12):847-50.
72. Balla JI, Jamieson WE. Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals. *Med J Aust*. 1994;161(11-12):656-9.
73. Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res*. 2007;7(47).
74. Greenwald JL, Jack BW. Preventing the Preventable: Reducing Rehospitalizations Through Coordinated, Patient-Centered Discharge Processes. *Prof Case Manag*. 2009;14(3):135-40.
75. Balaban RB, Weissman JS, Samuel PA, Woolhandler S. Redefining and Redesigning Hospital Discharge to Enhance Patient Care: A Randomized Controlled Study. *J Gen Intern Med*. 2008;23(8):1228-33.
76. DMP.Gouv. Où en est le DMP ? [internet]. [cité 12 janvier 2018]. Disponible sur : <http://www.dmp.gouv.fr/professionnel-de-sante/decouvrir-le-dmp>

## ANNEXES

### Annexe 1 : Questionnaire

#### 1. VOTRE AVIS SUR LE PÔLE DE GERIATRIE...

*D'abord quelques questions générales sur le Pôle de Gériatrie du centre hospitalier de Pau*

**1A. Connaissez-vous le Pôle de Gériatrie ?**       Oui       Non

**1B. Quelles structures connaissez-vous ?**      *Plusieurs réponses possibles*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Les consultations mémoire                    | <input type="checkbox"/> Les Services de Soins de Réadaptation (SSR)    |
| <input type="checkbox"/> Les ateliers mémoire                         | <input type="checkbox"/> L'Unité des Soins de Longue Durée (USLD)       |
| <input type="checkbox"/> L'Hôpital de Jour (HDJ)                      | <input type="checkbox"/> L'Equipe Mobile de Gériatrie (EMOG)            |
| <input type="checkbox"/> Les services d'Hospitalisation               | <input type="checkbox"/> L'Equipe Mobile de Gériatrie à Domicile (EMGD) |
| <input type="checkbox"/> L'Unité de Post Urgences Gériatriques (UPUG) | <input type="checkbox"/> Les activités de coordination                  |
| <input type="checkbox"/> Les services de Court Séjour Gériatrique     |   |
| <input type="checkbox"/> Autre :                                      |   |

**1C. Globalement, êtes-vous satisfait de votre relation avec le Pôle de Gériatrie ?**

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait				

#### 2. VOTRE AVIS SUR LA COMMUNICATION DU PÔLE DE GERIATRIE...

*Cette rubrique comporte quatre axes : A. la communication téléphonique, B. par courriers, C. les autres moyens de communication et enfin D. votre avis sur la communication de manière globale.*

**2A. Concernant la communication au téléphone...**

**2A1. Lors de l'hospitalisation de vos patients, à quelle fréquence êtes-vous sollicité par le Pôle ?**

jamais       < une fois sur deux       une fois sur 2       > une fois sur 2       à chaque hospitalisation

**2A2. Pour quelles raisons le Pôle vous sollicite-t-il ?**      *Plusieurs réponses possibles*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Obtenir des informations     | <input type="checkbox"/> Préparer la sortie |
| <input type="checkbox"/> Transmettre des informations | <input type="checkbox"/> Autre :            |

**2A3. Pour quelles raisons sollicitez-vous le Pôle ?**      *Plusieurs réponses possibles*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Avis gériatrique téléphonique | <input type="checkbox"/> Prendre des nouvelles d'un patient hospitalisé |
| <input type="checkbox"/> Adresser un patient           | <input type="checkbox"/> Autre :  |

2A4. Quel est généralement votre interlocuteur ? *Une seule réponse*

- Médecin       Interne       Secrétaire       Autre

2A5. Êtes-vous satisfait quant à la facilité à joindre le Pôle de Gériatrie au téléphone ?

- |             |                       |                       |                       |                       |                       |             |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
|             | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |             |
| Pas du tout | <input type="radio"/> | Tout à fait |

2A6. Êtes-vous satisfait des informations obtenues ?

- |             |                       |                       |                       |                       |                       |             |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
|             | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |             |
| Pas du tout | <input type="radio"/> | Tout à fait |

2A7. Globalement, êtes-vous satisfait de la communication téléphonique avec le Pôle ?

- |             |                       |                       |                       |                       |                       |             |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
|             | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |             |
| Pas du tout | <input type="radio"/> | Tout à fait |

2A8. Quels points suggérez-vous pour l'amélioration de la communication téléphonique ?

2B. Au sujet de la communication écrite...

*Parlons des Comptes Rendus d'Hospitalisation et des courriers de consultation.*

2B1. Après une consult. ou l'hospitalisation de vos patients au Pôle, recevez-vous un courrier ?

- jamais       < une fois sur deux       une fois sur 2       > une fois sur 2       à chaque hospitalisation

2B2. Après quel délai entre la date de consult. ou de sortie d'hospit. recevez-vous un courrier ?

- < une semaine       deux semaines       un mois       > un mois

2B3. Êtes-vous satisfait de ce délai ?

- |             |                       |                       |                       |                       |                       |             |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
|             | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |             |
| Pas du tout | <input type="radio"/> | Tout à fait |

2B4. Êtes-vous satisfait du contenu des courriers ?

- |             |                       |                       |                       |                       |                       |             |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
|             | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |             |
| Pas du tout | <input type="radio"/> | Tout à fait |

2B5. Êtes-vous globalement satisfait des courriers ?

*Globalement : tant sur la forme (délai de réception, taille du courrier, présence d'une conclusion, examens complémentaires joints...) que sur le fond (informations délivrées)*

- |             |                       |                       |                       |                       |                       |             |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
|             | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |             |
| Pas du tout | <input type="radio"/> | Tout à fait |

2B6. Quels points suggérez-vous pour améliorer les courriers ?

**2C. Autres formes de communication...**

*Outre le téléphone et les courriers*

**2C1. Utilisez-vous d'autres moyens de communication avec le Pôle ?**

Oui  Non

**2C2. Si oui, lesquels ?**

*Plusieurs réponses possibles*

- Email
- Informations ou documents transmis par le patient ou ses proches
- Fax
- Autre :

**2D. Globalement, votre avis sur la communication avec le Pôle de Gériatrie...**

**2D1. Êtes-vous satisfait de la communication (toutes formes confondues) du Pôle de Gériatrie au sujet de vos patients ?**

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait				

**2D2. Quels points suggérez-vous pour améliorer la communication ?**

**3. VOTRE AVIS SUR LE PARCOURS DE SOINS DE VOS PATIENTS AU PÔLE DE GERIATRIE**

**3A. Avez-vous déjà adressé des patients au Pôle ?**

Oui  Non

**3B. A quelle structure avez-vous eu recours ?**

*Plusieurs réponses possibles*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Les consultations mémoire                    | <input type="checkbox"/> Les Services de Soins de Réadaptation (SSR)    |
| <input type="checkbox"/> Les ateliers mémoire                         | <input type="checkbox"/> L'Unité des Soins de Longue Durée (USLD)       |
| <input type="checkbox"/> L'Hôpital de Jour (HDJ)                      | <input type="checkbox"/> L'Equipe Mobile de Gériatrie (EMOG)            |
| <input type="checkbox"/> Les services d'Hospitalisation               | <input type="checkbox"/> L'Equipe Mobile de Gériatrie à Domicile (EMGD) |
| <input type="checkbox"/> L'Unité de Post Urgences Gériatriques (UPUG) | <input type="checkbox"/> Les activités de coordination                  |
| <input type="checkbox"/> Les services de Court Séjour Gériatrique     |   |
| <input type="checkbox"/> Autre :                                      |   |

**3C. Quel est votre degré de satisfaction quant au délai pour obtenir une place dans ces structures ?**

	Pas du tout	1	2	3	4	5	Tout à fait
<input type="checkbox"/> Les consultations mémoire		<input type="radio"/>					
<input type="checkbox"/> L'Hôpital de Jour (HDJ)		<input type="radio"/>					
<input type="checkbox"/> UPUG ou Court Séjour Gériatrique		<input type="radio"/>					
<input type="checkbox"/> Les Soins de Réadaptation (SSR)		<input type="radio"/>					
<input type="checkbox"/> L'Unité des Soins de Longue Durée (USLD)		<input type="radio"/>					
<input type="checkbox"/> L'Equipe Mobile de Gériatrie à Domicile		<input type="radio"/>					

**3D. Si vous avez déjà adressé un patient en hospitalisation, l'entrée se fait elle plutôt directement dans le service ou via les urgences ?** *(une seule réponse)*

- par les urgences à chaque fois  plus souvent par les urgences  
 Autant par les urgences que directement dans le service  
 plus souvent en entrée directe  en entrée directe dans le service à chaque fois

**3E. Si vous n'avez jamais adressé de patient au Pôle de Gériatrie : pour quelle raison ?**

**3F. Êtes-vous satisfait globalement de l'accès aux soins du Pôle de Gériatrie ?**

*Concernant les délais, l'accessibilité, les places disponibles...*

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait				

**3G. Quels points suggérez-vous pour améliorer l'accès aux soins ?**

**4. FINALEMENT, POUR RESUMER VOTRE AVIS SUR LE PÔLE DE GERIATRIE...**

**4A. Quels sont les éléments satisfaisants ?**

**4B. Quels points suggérez-vous d'améliorer ?**

**5. PARLEZ-NOUS DE VOUS...**

**5A. Quel âge avez-vous ?**

- < 35 ans  35-44 ans  45-54 ans  55-64 ans  > 65 ans

**5B. Vous êtes :**  Une femme  Un homme

**5C. Où exercez-vous ?**  En milieu urbain  semi-urbain  rural

**5D. Dans quel canton êtes-vous installé ?**

- Arzacq-Arraziguet  Billère  Garlin  Jurançon  Lembeye  Lescar  
 Montaner  Morlaàs  Nay  Pau  Pontacq  Thèze

**5E. Avez-vous une qualification supplémentaire en gériatrie ?**  Oui  Non

**5F. Si oui : quelle formation avez-vous suivie ?**

- Diplôme universitaire  Diplôme inter universitaire  Capacité  
 Coordination d'EHPAD  Autre :

**5G. Si vous avez des autres qualifications (hors gériatrie) : lesquelles ?**

Merci de votre participation

## Annexe 2 : Commentaires libres

### 2A8 : Quels points suggérez-vous pour l'amélioration de la communication téléphonique ?

moins d'attente téléphonique

pouvoir joindre un medecin qui reponde a nos questions et nos donne vraiment des nouvelles en connaissant notre patient et en respectant notre travail commun pour le bien du patient

une ligne directe pour Hospitalisation

Dans l'urgence je n'ai pas de solution si ce n'est créer un N° d'appel spécifique avec un horaire précis.....problème de multiplication des taches dans un même temps...

En pratique quand nécessité d'hospitalisation appel du medecin coordinateur des urgences qui est disponible avec qui on pourra trouver une solution....

Dans les appels non urgents

je fais jouer mon réseau; appel direct des medecins du CJV en ayant conscience de les importuner.....

Nous prevenir lors de la sortie des patients

avoir un numéro direct d'un médecin du CJV

Numéro direct avec médecin d astreinte 7j/7

La création de lignes directes de médecin à médecin éviterait des voyages téléphoniques de poste à poste pendant de longues minutes.

A défaut, le changement de la musique d'attente pourrait tromper l'ennui lors de l'attente.

Les communications téléphoniques sont chronophages. un Mail dédié peut être

ligne dédiée pour les medecins

la creation d une ligne unique avec un geriatre qui coordonnerai l en semble des demandes: avis tel demande d hospitalisation...

Un numero unique

démarche qualité du CJV

Pouvoir avoir plus d'information sur l'état de sante des patients et leurs devenirs

1) avoir un numéro identifié pour joindre un médecin (astreinte quotidienne, par exemple) ; 2) organiser SYSTEMATIQUEMENT la sortie avec le médecin traitant dès que l'on envisage le retour à domicile

Facilité contact avec les médecins

Que le standard de l'hôpital qui gère les appels du CJV soit plus réactif dans la gestion des appels pour le CJV; surtout le mercredi ( jour des enfants ) et lors des changements d'équipe des standardistes de l'hôpital( Je ne parle même pas des secrétaires des services qui sont encore moins présentent et marquent une certaine mauvaise volonté à répondre aux appels téléphoniques ( prises des appels 1/4 à 1/2 heure après leurs prises de poste, renvoi sur le standard général de l'hôpital extrêmement fréquent dans la journée, impossibilité d'avoir une secrétaire 1/2 heure avant la fin de sa journée,ainsi que le mercredi...et quand on a quelqu'un il est relativement fréquent d'avoir une personne limite correct dans ses propos...).

Quant au standard du CJV l'impression est plutôt bonne ( le délai d'attente est court, souvent on a des personnes souriantes au téléphone( oui ,oui ça se voit même à travers un téléphone), l'orientation de l'appel est bon, les interlocuteurs sont professionnels.

Aucune commune mesure entre le centre hospitalier général et le CJV.

Pouvoir joindre tel ou tel médecin directement sans passer par la secrétaire du CJV

le temps qui passe...trop vite

plus de présence ?

que les médecins nous appellent pour nous tenir informé ou nous demander des informations au sujet de nos patients

plus de facilité à joindre le médecin

un numero direct du geriatre de garde

messagerie sécurisée et numéro direct

eviter le standard et les cadres de sante

Des plages horaires

prevenir medecin traitant de la sortie du patient d'une part, et si possible 24 heures avant

numéro direct pour joindre le médecin coordonnateur

rien

Faire travailler les secrétaires

Nous prévenir plus souvent sur la sortie des patients (retour à domicile)

Qu'il y ait un numéro direct du médecin ou de l'interne

Pouvoir joindre sans difficulté les médecins, interne ou autres pour hospitaliser directement

Numéro direct pour avis médical

RAS

### **2B6 : Quels points suggérez-vous pour améliorer la communication par courrier ?**

courrier trop long

Plus de Secrétaire pot diminuer le délai!

Courrier électronique mail ( messagerie hprim par exemple ) qui permet d'introduire le courrier directement dans le dossier du parient comme les résultats biologiques actuellement et quelques spécialistes aussi ...

peut etre par MMS

courrier à adresser par mail

courriers très complets; continuer comme ça

délai

Pourriez vous nous les adresser par mail: messagerie securisé mise en place par la CPAM!!

sortie avec courrier

recevoir plus rapidement le courrier

Envoie par voie electronique

Dans un monde idéal, les patients sortiraient avec envoi simultané d'un exemplaire informatique du courrier par messagerie électronique sécurisée (type mssanté ou Apycript), ou à défaut le courrier complet définitif, assorti d'un exemplaire tapuscrit de l'ordonnance.

Mail par messagerie sécurisée évite le papier

courriel ?

Premier courrier simple de liaison qui arrive sur ma messagerie puis un Cr détaillé qui suivra.

diviser par 2 le délai

délai à améliorer : envoi par mail , ou fax

envoi plus rapide

raccourcir le délai du courrier de sortie

courrier informatisé pour raccourcir les délais

Des informations plus rapides,voire avant la sortie du patient pour adaptation surtout si retour à domicile.

delai plus court , fax ou messagerie securisée

---

améliorer la rapidité de transmission (cf. infra...)

---

courrier manuscrit supplémentaire ou appel telephonique le jour de la sortie , en attendant le courrier tapé par la secrétaire

---

envoi par internet

---

qu'il soit adressé par messagerie sécurisée pour réduire les délais

---

premier courrier de liaison immédiat a la sortie du patient

---

Délai du CR : le patient est souvent revu avant réception. Le courrier de sortie manuscrit du médecin/interne est bienvenu

---

information par courrier plus rapide si mg pas joint

---

délai de réception plus court

---

recevoir les courriers plus vite

---

un pré-courrier ( diagnostic et traitement ) de liaison médical lors sortie patients car nous appellent avant réception du courrier final .

---

messagerie sécurisée mssanté pour envoi direct

---

plus de secrétaires pour le chg

---

Améliorer le délai entre la consultation et la réception du compte rendu

---

courrier dans les 10 jours suivant le RAD ou lettre manuscrite accompagnant le patient à so domicile (ce qui est très frequement fait et permet d'attendre plus longtemps le compte rendu)

---

envoyer rapidement le double de la fiche de liason

---

plus de rapidité

---

excellent retour par courrier;à voir le courriel pour dématerialiser

---

néant

---

CR plus rapide par mail

---

TOUS MES PATIENTS sont adressés avec un courrier. Je ne conçois pas d'avoir un retour d'hospitalisation sans lettre de sortie immédiatement pour que je puisse travailler correctement.

---

les recevoir plus vite

---

un "mot" de sortie

---

faire sortir le patient avec son courrier de sortie et ne pas attendre plusieurs semaines

---

la rapidité de la lettre définitive

---

Plus fréquentes

---

améliorer ce délai si possible

---

lé délai de réception du courrier est trop long pour une prise en charge immédiate à la sortie du CH, SAUF si le patient est accompagné d'un courrier manuscrit détaillé

---

aucun

---

plus de secrétaires

---

Réduire les délais d'envoi des courriers

---

délais.....

## 2D2 : Quels points suggérez-vous pour améliorer la communication ?

pouvoir communiquer entre médecins il faut du temps de part et d'autre il semble toujours que l'on gêne ou déranger mais c'est difficile pour nous aussi

continuer comme ça

La communication est un échange d'informations or le médecin dit "de campagne" est écarté de cet échange

Je ne reçois pas de communication téléphonique avant les sorties pour anticiper les retours à domicile. Les courriers sont généralement très complets et utiles, mais se déplacent moins vite que les patients entre le CJV et leur domicile ou mon cabinet.

SMS ou courriel

Anticipation de la sortie

prise en compte de l'avis du médecin traitant qui a une connaissance temporelle de son patient, de son contexte de vie, en amont de la sortie du patient pour renforcer l'adéquation des mesures prises au réel.

amélioration de la coordination entre CJV et CHS - gérontopsy.

Rendre systématique (par l'intermédiaire de l'interne qui est souvent un DES de médecine générale) le contact avec le médecin traitant pour prise d'information sur le patient (même si dossier d'admission complet) et pour nouvelles à chaque fois qu'une décision importante est envisagée (dont la sortie)

E-mail si possible

Certains médecins en HDJ tardent à adresser leurs conclusions

rapidité

0

je suis médecin du sport. j'ai 74% de 0-36 ans. j'ai un escalier d'un étage à monter je ne vois qu'exceptionnellement une personne de plus de 75 ans. je n'ai pas de diplôme de gériatrie et ne souhaite pas le passer

numéro médical dédié

courrier de sortie

utiliser le téléphone ou le mail

possibilité de recevoir les courriers par mail ou au moins un bref résumé quand le patient sort

courrier sortie par fax ou mail

téléphone direct

prévenir du RAD 24 h avant la sortie

envoi au cabinet de la fiche de sortie

plus de facilité d'hospitalisation dans la journée sans passer par les urgences

mail à étendre et intégré dans le dossier patient

néant

aucun car depuis 30 ans et plus cela n'a jamais marché et ça ne marchera pas

1. prendre les patients directement 2. recevoir le courrier avec le patient à la sortie 3. recevoir un coup de tel directement du service hospitalier en charge

utiliser messagerie sécurisée pour envoyer les courriers. Communiquer mails des médecins pour envoyer message si jamais on n'arrive pas à les joindre par téléphone...pour avis non urgents

accès téléphonique plus simple, plus rapide

ras

c'est déjà très bien

### 3E : Si vous n'avez jamais adressé de patient au Pôle de Gériatrie : pour quelle raison ?

je n'envoie plus de patient à l'hôpital en général car le délai d'attente téléphonique est énorme ou non joignable , il faut faire des lettres pour avoir un rdv ,à envoyer par fax et on nous rappelle 3 j après . Je travaille avec la médecine polyvalente d'aressy et marzet (numéro unique pour joindre le médecin) et rdv ds les 2 jours max convenu le jour même

plutôt adressé à TARBES

Accès difficile à un interlocuteur, délai trop long

je dois avoir 3 ou 4 patients de plus de 75 ans sur 3850 patients déclarés

manque de délais en ambulatoire pour s'organiser

Sans objet

j'ai une patientèle jeune et je n'en ai pas encore eu l'occasion

ras

### 3G : Quels points suggérez-vous pour améliorer l'accès aux soins ?

cf plus haut

augmentation du nombre de lits; plus de personnel soignant

malheureusement cela dépend d'abord du nombre de places

réduire les délais pour la consultation mémoire

Améliorer la joignabilité des médecins. Il faut souvent voguer sur plusieurs postes téléphoniques avant de trouver le bon interlocuteur.

Personne dédiée aux conseils en amont et aval

un gériatre de garde de 8h30 à 19 h ( comme l'urgentiste ou le psychogériatre du CHP) serait l'idéal...

pouvoir joindre directement un médecin d'astreinte quotidienne qui régule les admissions

Pas de proposition pour le moment

disponibilité des correspondants

Délais de consultation. Pour l'hospit, jamais eu de pbm en 10 ans

plus de lits

Plus de lits...

il y a rarement des places disponibles

améliorer les délais

plus de lits d'hospitalisation surtout avec le vieillissement de la population française

plus de lits disponibles +++

plus de lits.....

néant

Reduire la durée de séjour

Quand on téléphone pour adresser un patient on a l'impression de demander un luxe

pas assez de place au CJV. Seule entrée possible parfois : les urgences

je ne sais pas et depuis mon installation en 1976 c'est pareil

accès direct avec les médecins. Aide à la prise en charge gériatrique. Retour des patients avec un courrier

je suis satisfait dans l'ensemble car c'est le seul service où on peut encore hospitaliser directement. Les équipes sont très compétentes. L'hospitalisation de jour est plus difficile à obtenir de même que les consultations mémoire

Favoriser l'hospitalisation directe en UPUG/court séjour plutôt que les urgences

disponibilité de l'équipe soignante

manque de places fréquent donc parfois délai pour la prise en charge

mieux connaître les différents accès aux structures, ateliers mémoire, bilan de chute, équipe mobile... --> par où passer?

#### 4A : Quels sont les éléments satisfaisants ?

Equipe médicale compétente mais difficilement joignable pour un médecin de ville

Accès retour relation médecin

prise en charge en upug tres bonne cest d ailleurs le service ou on est le mieux accueilli pour avoir des nouvelles

Qualité de l'équipe médicale et qualité des soins prodigués

accueil ecoute prise en charge du patient

bon niveau de communication ville hopital

L'ensemble est tres satisfaisant ; accueil tres agreable des secretaires et efficace avec mise en relation avec des confreres tres attentifs à nos difficultés en ville

l'accueil y est bon la relation humaine rapportée par le patient est bonne

bonne communication

bon travail du personnel soignant infirmières aides soignantes en particulier

prise en charge des patients quand on le demande

communication, qualité du bilan

médecin facilement joignable qui arrive à faire hospitaliser rapidement nos patients

bon contact avec les médecins qui sont disponibles et réagissent aux demandes

L'offre de soins

La prise en charge des patients.

Des Gériatres professionnels compétents

l'equipe

Bonne qualité prise en charge. Communication plutot satisfaisante avec les équipes

compétence des équipes soignantes

le contact avec les médecins quand ils sont sollicités , et la prise en charge

Prise en charge assez rapide des patients

Rapidité pour obtenir une place

Prise en charge

Courrier manuscrit à la sortie

Crh détaillé

Prise en charge globale

entrées et avis téléphoniques

possibilité d'adresser des patients compliqués dans un délai correct

les médecins sont disponibles au téléphone, de bon conseil et comprennent bien les difficultés que nous avons à domicile

La prise en charge medicale

globalement je suis satisfait

1) La possibilité d'entrée directe, à privilégier (hors urgence vitale ou fonctionnelle et horaires non ouverts) et qui est souvent satisfaite dans un délai raisonnable

2) les relations avec le personnel, notamment médical

Bonne prise en charge

accès direct facile en général

Qualité du soins

la prise en charge du patient

bonne communication possible entre médecine de ville et le service de gériatrie

L'écoute des praticiens pour une admission et une bonne prise en charge gériatrique

il est assez facile de contacter un gériatre pour prévoir une hospitalisation directe dans le service

l'efficacité de l'upug

Disponibilité des médecins. bonne écoute, bons conseils. Médecins toujours arrangeants pour une hospitalisation.

Secrétaires d'accueil très agréables (au téléphone tout du moins)

je n'ai eu qu'une fois recours à l'upug en 2011 ou 2012-

Délai satisfaisant de prise en charge. Disponibilité téléphonique des médecins. Prise en charge du patient dans sa globalité.

L'accueil des patients

les soins apportés

consultations mémoire

c'est une offre nécessaire pour nos patients

bilan gériatrique spécialisé impossible à réaliser à domicile

Prise en charge, communication

l'accessibilité et la disponibilité des médecins par téléphone

qualité des équipes

les médecins sont très facilement joignables et accessibles pour obtenir un rendez-vous et hospitalisations

équipe compétente et sympathique

la qualité de la prise en charge

pouvoir joindre facilement un gériatre pour avis ou hospitalisation

L'accessibilité en hospitalisation aiguë

médecins

la communication- la prise en charge

Hospitalisation : délai, durée, qualité de prise en charge et compte rendu. Disponibilité téléphonique du secrétariat et des différents médecins

disponibilité des médecins

rapidité de la prise en charge

La disponibilité des médecins gériatres

l'existence même du centre JV

Bonne écoute, discussion sur les problèmes posés

accès direct des patients, accès facile aux médecins et internes, accueil chaleureux, réflexion et discussion commune autour du malade, intérêt de l'avis du MT

pec satisfaisante

la qualité de la prise en charge sur le plan médical

Adapte

Hospitalisation sans avoir besoin de "vendre" Le patient

Disponibilités des intervenants en général

équipe multidisciplinaire cohérente et professionnelle

disponibilité

Disponibilité de l'équipe soignante

Communication, rapidité de réponse, efficacité

la disponibilité des médecins et les solutions proposés sur la prise en charge (hospitalisations, conseils)

Soins de qualité

La qualité des médecins.

Disponibilité, avis téléphoniques, apport de soutien au médecin généraliste

les soins mis en place

bonne qualité globale des soins

une réelle volonté de s'améliorer, d'excellents comptes rendus écrits (mais reçus trop tard)

de se déplacer voir le médecin car j'ai des réponses "directes"

cs mémoire. Prise en charge des troubles mnésiques. UPUG. HDJ. Ateliers mémoire

rapidité, compétence

Bonne prise en charge, personnel dévoué

qualité de la PEC médicale et paramédicale

équipe gériatrique très professionnelle, disponibilité des places, conseils avisés

bonne prise en charge des patients sur place

Hospitalisations

Communication, disponibilité, efficacité

l'accès téléphonique aux médecins pour discuter autour d'un problème, ce qui est rare dans le reste de l'hôpital de Pau

disponibilité téléphonique, conseils, regard sur les prescriptions et adaptation de traitements, relation confraternelles

prise en charge, efficacité des soins, comptes rendus écrits

compétences, disponibilité, réactivité

Communication, accès

Disponibilité des médecins et fiabilité (rappellent quand reçoivent le message)

Très bonne prise en charge globale, très bonne communication

écoute, informations sur les soins

Pour un vrai problème à régler avec recours obligatoire à l'hospitalisation, j'ai toujours pu avoir en ligne un médecin. Dans ce cas, malgré les places restreintes, le médecin du CJV arrive à prévoir les patients dans les 3 JOURS; Donc c'est bien. Aussi des patients urgents passés par les urgences quand pas le temps d'organiser quelque chose, ou si épisode aigu.

Qualité prise en charge, bilans pratiqués

Médecins disponibles au téléphone assez facilement pour un avis ou prendre en charge un patient en hospitalisation

#### **4B : Quels points suggérez-vous d'améliorer ?**

accessibilité, communication ( exemple un numéro unique joignable )

la collaboration hôpital ville

Plus de lits !

pouvoir prendre du temps

augmenter le nombre de places disponibles... mais cela est difficile!

un modèle à exporter au grand bleu!!!

L'aide que m'amène le CJV et l'association secretariat-medecins m'a toujours donné satisfaction et répondu à mes attentes

la communication: le médecin traitant n'est pas tenu au courant; la plupart du temps il n'y a pas de courrier. lorsque le médecin va voir son patient il n'a de relation qu'avec l'infirmière le médecin étant invisible

délai de consultation mémoire

pouvoir faire mieux bénéficier mes patients des services du Pôle gériatrie

accès à la consultation mémoire très long

délai d'accès à certains services

consultation mémoire/ délai pour rendez-vous trop long

La communication et l'accessibilité

La communication avec les médecins traitants avant et au moment de la sortie. On ne peut pas suffisamment nous organiser, par exemple caler dans le planning une visite longue après le retour au domicile des patients à un horaire où les autres intervenants sont joignables. On ne dispose souvent pas des informations stratégiques concernant les patients au moment de leur sortie, le courrier arrive avec trop de décalage. Certaines ordonnances manuscrites sont pas très lisibles, et on ne retrouve pas toujours le nom du signataire.

Le téléphone comme moyen de communication est inadapté Ni eux ni nous ne pouvons passer du temps supplémentaire au téléphone

favoriser la médecine connectée

plus communiquer sur la sortie des patients. améliorer le délai de consultation notamment les cs mémoires

Un accès mail dédié pour les échanges médecin médecin

coordination indispensable avec le médecin traitant. En l'absence, cette compétence se trouve oblitérée par des difficultés relationnelles perçues par les familles des patients, qui se répercutent sur le niveau de prise en charge du patient et sa qualité.

faciliter l'hospitalisation en accès direct ; raccourcir délai de réception de courrier de sortie

Courrier de sortie plus rapide et informations pendant le séjour

?

sorties et transmissions

délai très long du courrier de sortie

favoriser la discussion entre le médecin traitant et le médecin gériatre au sujet du patient

mettre en place des courriers par mail sur messagerie sécurisée (mms santé) pour recevoir le compte rendu plus rapidement

la rapidité de l'information

délai pour accéder à un avis spécialisé

1) le contact systématique avec le médecin traitant au cours du séjour du patient

2) la transmission en temps bref (sinon réel) du courrier de sortie (moyens de communication informatique sécurisée), le temps consacré à des prescriptions souvent incomplètes ou erronées pouvant être réaffecté à une meilleure communication entre professionnels de santé

3) une meilleure disponibilité des consultations mémoire, les délais étant souvent rédhibitoires

Meilleure communication en amont de la sortie. Suppression "sauvage" pendant l'hospitalisation de traitements antérieurs qui avaient une raison que le patient n'a pas pu ou su exprimer. Il serait bon de nous demander pourquoi ils ont ce traitement avant de le supprimer. Merci de pas

mettre les patients nécessitant des AVK systématiquement sous COUMADINE pendant le séjour à l'hôpital car c'est ingérable en ville

courrier manuscrit ou transmission manuscrite le jour de la sortie

L'hospitalisation directe sans passer par les urgences

pas de points particuliers

la communication et la rapidité de prise en charge de nos patients sans passer obligatoirement par les urgences

Délais de consultation notamment mémoire...

Possibilité d'étendre la consultation mémoire pour des âges + précoces

Et puisque c'est bientôt Noël, j'ajoute à ma liste :

- Plus de personnels soignant (aider à faire manger les patients...)

- amélioration de la nourriture ?? (mais c'est nettement moins pire qu'aux Acacias, dixit très nombreux patients) ;-)

de mémoire la prise en charge du patient avait été satisfaisante/le patient dcd a ce jour était lui aussi fort sympathique

Faciliter la communication entre praticiens (mail, ligne téléphonique dédiée ...)

facilite d acces

hospitalisation en aigu

accessibilité communication

plus de lits

Plus de lits

il faudrait que les médecins du CJV nous appellent plus souvent parce que nous connaissons nos patients et nous savons où ils en sont des examens complémentaires

des places

aucun

augmenter le nombre de lits et de poste médicaux comme paramédicaux dans les services de gériatrie de court et de moyen séjour

les délais

communication pré sortie et sortie d' hospitalisation

avoir des rdv ( consultation mémoire) plus rapidement

Les délais de consultation (mémoire par exemple)

communication

les places ...

plus de moyen pour les ateliers mémoire afin de pouvoir garder plus longtemps les patients dans cette structure

Délai beaucoup trop long pour les consultations et les hospitalisations de jour pour bilan de troubles cognitifs

ce qui ne depend pas d'eux :le nombre de lits

Les occasions de rencontre sur des thèmes motivants

prevenir RAD pour pouvoir prévoir de revoir le patient et remettre en place les aides (ide, kiné, auxiliaires de vie...) ce qui peut être fait par une secrétaire ou un cadre

entrée et courrier sortie plus rapides

plus de consideration envers les médecins généralistes

Délais plus brefs en admission directe

Ce service n'a pas besoins d'être amélioré par rapport à certaines prestations d'autres services de l'hôpital

Comme partout augmenter les places disponibles ,mais est ce possible !!!!!

pathologies cognitives multiples en augmentation et très peu de lits d'hospitalisation commun à tous les services de gériatrie

aucun

évidemment le nombre de places disponibles et le personnel supplémentaire qui va avec.

Reduire les temps d'admission. Ameliorer les contacts avec les medecin du CJV

Prévenir le MT du jour de la sortie du patient ainsi que des conclusions par mail?

courriers

délai d'accès consultations mémoire

les admissions

plus de place en gériatrie, plus de gériatres

c'est à vous de les suggérer

accès direct. Hospitalisation simple et directe. Retour du patient avec courrier

consultation mémoire rapidité. La lettre de sortie définitive plus rapide

accessibilité aux hospitalisations, délai consultation mémoire

délai PEC

plus de communication , élargissement des critères pour dmissions de patients car accord trop restrictif

délais pour bilan mémoire, troubles cognitifs

Une information plus précise sur les activités de l'EMOG et de l'EMGD ; peuvent-elles être sollicitées directement par le médecin traitant? Que proposent-elles? Quels sont les délais d'intervention?

les délais mais cela parait compréhensible...

communication téléphonique

nombre de lits...

plaquette de présentation + téléphone direct

contact devenant systématique por tout patient hospitalisé

délais d'hospitalisation directe

la peinture des locaux qui fout le bourdon quand on va voir un patient hospitalisé

### Annexe 3 : traduction du Modèle D-SAFE de CRH standardisé

1. *Reason for admission* – Motif d'admission

2. *Main diagnosis and other active diagnoses (specify if: allergy, chronic pain, tobacco, alcohol)*  
Diagnostic principal et autres diagnostics actifs (spécifier : allergies, douleur chronique, tabagisme, alcoolisme)

3. *Non-active diagnoses* – Diagnostics non actifs

4. *Social and life-style history upon admission (marital status, household arrangements, guaranteed income supplement, legal protection measures, services received, etc.)* – Contexte social, mode de vie avant l'admission (statut marital, aides techniques, financières, mesures de protection, services à domiciles, etc)

5. *Pertinent findings of the medical history-taking or the physical exam (specifically, vision, audition, musculoskeletal, and neurological)* – éléments pertinents de l'anamnèse et de l'examen clinique (spécifiquement, vision, audition, examen musculosquelettique et neurologique)

6. *Investigations and consultations (labs, imaging, other)* – examens complémentaires, avis spécialisés (biologie, imagerie, autres)

7. *Mental functions, Cognitive status, Affective status, Neurobehavioral symptoms associated with dementia, Facultative: MMSE, MOCA, CASE, Geriatric depression scale (GDS)* – Fonctions mnésiques, statut cognitif, thymie, symptômes psycho-comportementaux associés aux démences. Facultatifs : MMSE, MOCA, CASE, GDS

8. *Functional status : Activities of daily living, Instrumental activities of daily living, Urinary or fecal incontinence, Mobility/transfer, Technical support, Facultative: Walking speed, Timed «Up & Go», Berg score* – Statut fonctionnel : activités de la vie quotidienne, activités instrumentales de la vie quotidienne, incontinence urinaire et fécale, déplacements, transferts, support technique. Facultatifs : vitesse de marche, *timed « Up and Go » test*, échelle d'évaluation de l'équilibre de Berg

9. *Nutritional status : Actual weight, Height, Weight variation in the past 6 months, Dysphagia, Other* – Statut nutritionnel : poids actuel, taille, variations de poids sur les six derniers mois, dysphagie, autre

10. *Psychosocial assessment* – Evaluation psychologique

11. *Evolution of clinical problems during hospitalization* – Evolution clinique pendant l'hospitalisation

12. *Instructions at discharge and follow-up : Medical services, Professional care and services (Nurse, Physical therapist, Occupational therapist, Social worker, Dietician, Pharmacist, Respiratory therapist, Foot care), Programs (Day center, Day hospital, Gerontopsychiatry, Palliative care, Functional and intensive rehabilitation, Other), Home support services (Household help, Help with meal preparation, Help with errands, Meals on wheels, Accompaniment service, Friendship visits, Orderly support for personal hygiene, Other), Services for natural caregivers (Respite, Information/counselling service, Psychosocial services, Support*

*groups, Other), Technical support (Orthotics or prosthetics, Walker, Cane, Wheelchair, Special equipment (bars...), Incontinence protection, Other)*

Instructions pour la sortie et suivi : services médicaux et paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute, thérapeutes occupationnels, assistant social, diététicien, pharmacien, kiné respiratoire, pédicure), programmes (accueil de jour, hôpital de jour, gérontopsychiatre, soins palliatifs, programmes de réautonomisation), support à domicile (aide-ménagère, portage des repas, aides aux courses, visiteurs, soins d'hygiène), soins aux aidants (répit, informations/conseils, services psychosociaux, groupes de support), support technique (orthèses, prothèses, déambulateur, canne, fauteuil roulant, équipements spéciaux, protections de l'incontinence)

13. *Patient orientation : Place of residence, Relocation (type of structure, name of the establishment, if known)* – Orientation du patient : lieu de vie, déménagement (type de structure, nom de l'établissement)

14. *Additional notes* – notes additionnelles

15. *Signature of primary hospital physician (name in print, licence number, date)* – signature du praticien hospitalier (nom, numéro de licence, date)

16. *Name of family physician* – nom du médecin traitant

17. *CLSC attended (name of establishment, name of case manager)*

18. *Resource-person (name, relationship with the patient, phone number)* – personne de confiance (nom, relation avec le patient, téléphone)

19. *Copy given to : Patient, Name of physician or establishment* – copie délivrée : au patient, aux autres médecins en charge

*Final Items for the Discharge Prescription Section of the D-SAFE Model* – Éléments devant figurer dans les prescriptions de sortie

1. *Community or institutional pharmacy pre-hospitalization : Phone number, Fax number* – Identification de la pharmacie habituelle : téléphone, fax

2. *Allergies* – allergies

3. *Drug intolerances* – intolérances médicamenteuses

4. *CrCl (mL/min) and Date* – fonction rénale (clairance en ml/mn et date)

5. *Creatinine*

6. *Weight (Kg) and Date* – poids et date

7. *Signature of the pharmacist doing the Rx history : Phone number, Pager, Date* – identification du pharmacien hospitalier : téléphone, fax

8. *Medication prior to admission : Name, Comments, Specify if continuing/modifying/stopping, Length (number of days) 8.5. Renewal (number)* – traitement habituel : nom commercial (spécifier si : poursuite/modification/arrêt, durée)

9. *Changes/new medications at discharge and narcotics : Name, Indications, Length (number of days), Renewal (number)* – modifications/nouveaux médicaments à la sortie, stupéfiants : nom, indication, durée, renouvellement

10. *Specify if weekly pill box* – préciser si pilulier

11. *Barriers to patient's compliance : vision, hearing, manual dexterity, cognition, complex dosing regimen* – obstacles à la compliance du patient : troubles visuels, auditifs, dextérité manuelle, cognitifs, dosages complexes

12. *Physician's signature : Name in print, Licence number, Phone number, Fax number, Date* – signature du médecin, nom, licence, téléphone, fax, date

13. *Notes for the community or institutional pharmacist* – notes pour le pharmacien

14. *Prescription verified by the pharmacist before patient discharge* – prescription vérifiée par le pharmacien avant la sortie

## Annexe 4 : Modèle de lettre de liaison selon M. Bansard

Logo centre hospitalier	Identification et coordonnées du service
-------------------------	--

Cher confrère,

Votre patient(e) : [Nom] [Prénom]  
né(e) le : [Date de naissance]  
a été hospitalisé(e) dans le service de [Nom du service]  
du : [Date d'entrée] au : [Date de sortie]  
Pour : [Motif d'hospitalisation]

**PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE**

**Nous avons retenu le(s) diagnostic(s) suivant(s) :**  
Attention, il ne s'agit pas ici de pré-codage PMSI mais d'informations à but thérapeutique  
[Diagnostic principal]  
[Diagnostic associés éventuels]

Portage BMR ou bactérie émergente (si oui, préciser) :  
 Transfusion de produits dérivés du sang (si oui, préciser) :

**Pour la surveillance, nous vous signalons les éléments cliniques et biologiques suivants :**  
[Données cliniques à la sortie si et seulement si probantes]  
[Données biologiques à la sortie si et seulement si probantes]

**Votre patient sort avec le traitement suivant :** (joindre l'ordonnance de sortie)  
 Ajout (justifier) :  
 Modification (justifier) :  
 Arrêt / Suspension (justifier) :  
 Traitements non modifiés :  
(si non reportés sur l'ordonnance de sortie)

**CONTINUITÉ DES SOINS**

Résultats d'examens en attente :  
 Examens complémentaires prévus :  
 RDV prévus :  
 Soins infirmiers prévus :  
 Soins de rééducation prévus :  
 Aides sociales mises à place :

**POINTS VIGILANCE**  
(Présence d'éléments que le rédacteur souhaite mettre en exergue, pouvant être complété par un contact téléphonique direct)

Docteur [Nom et prénom du médecin référent de l'hospitalisation]

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## RESUME

**INTRODUCTION** Une bonne relation « hôpital-ville » contribue à l'efficacité du système de soins. De nos jours, cette nécessité d'entente devient impérieuse : la raréfaction de l'offre de soins de première ligne est confrontée à une augmentation de la demande, en partie engendrée par le vieillissement de la population. Améliorer les rapports des médecins de terrain avec l'hôpital est primordial, en particulier pour les patients âgés.

**OBJECTIFS** Mesurer le taux de satisfaction des médecins généralistes libéraux installés dans le territoire du Centre Hospitalier de Pau vis-à-vis du Pôle de Gériatrie. Déterminer leurs attentes afin de dégager des pistes d'amélioration du lien qu'ils entretiennent avec les gériatres.

**METHODE** Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative, menée par un questionnaire en ligne et par voie postale. Trois axes sont explorés : la communication entre généralistes et gériatres de l'hôpital, le parcours de soins des patients âgés et l'avis global sur le Pôle de Gériatrie.

**RESULTATS** Sur les 224 médecins généralistes libéraux concernés, 131 questionnaires ont été recueillis. Le taux de participation est de 61,8%. L'indice de satisfaction globale est 75,8 sur 100. Soixante-quatorze pourcents des médecins généralistes se déclarent satisfaits ou tout-à-fait satisfaits. La communication du Pôle de Gériatrie est évaluée à 69,3 sur 100, le parcours de soins à 68,6 sur 100. Les généralistes du bassin de Pau saluent la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec les gériatres mais dénoncent la forme qu'elle revêt : ils déplorent les délais d'attente, le manque de disponibilité de leurs confrères hospitaliers et les défauts d'accessibilité aux soins gériatriques.

**CONCLUSION** Bien que les généralistes soient globalement satisfaits de leur relation avec le Pôle de Gériatrie, plusieurs pistes d'améliorations sont proposées. Par exemple l'instauration d'une ligne directe pour joindre un gériatre, la mise en œuvre d'un dispositif d'astreinte, la standardisation des Comptes-Rendus d'Hospitalisation et de la Lettre de Liaison, la mise en place d'une messagerie sécurisée et de campagnes de communication, la désignation d'un référent dans les services, une meilleure organisation des sorties.

**MOTS CLES** Médecin généraliste, Gériatrie, Soins primaires, Relation hôpital-ville, Enquête de satisfaction, Questionnaire, Communication, Parcours de Soins, Compte-Rendu d'Hospitalisation, Lettre de Liaison, Messagerie sécurisée, Continuité des Soins, Sortie du Patient, Coordination, Réseau, Pau, Personnes âgées.

## SATISFACTION AND EXPECTATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS : A QUANTITATIVE STUDY TOWARDS THE GERIATRIC CENTER OF THE HOSPITAL OF PAU

### INTRODUCTION

A good relationship between hospital and primary care contributes to the efficiency of the health system. Nowadays, this issue becomes imperative: the scarcity of the supply of primary care is confronted with an increase in demand, caused by the aging of the population. Improving links between general practitioners and hospital is therefore crucial, in particular for the elderly frail patients.

**OBJECTIVES** Measuring the satisfaction rate of liberal general practitioners based in the Pau Hospital area regarding the Geriatric Center. Assessing their expectations in order to determine areas of improvement in their relationship with the geriatricians.

**METHODS** We carried out an epidemiologic descriptive quantitative transverse survey by online questionnaire and send by postal mail. Three horizons are examined: communication between general practitioners and hospital geriatricians, continuity of care of the elderly patients and global point of view on the Geriatric Center.

**RESULTS** On the 224 liberal general practitioners concerned, 131 questionnaires have been returned. The participation rate is 61,8%. The global satisfaction rate is 75,8 on 100. Seventy four percents declare themselves as satisfied or very satisfied. Communication with the Geriatric Center is evaluated at 69,3 on 100, continuity of care at 68,6 on 100. The general practitioners of Pau appreciate the quality of their relationship with the geriatricians but are disappointed by its shape : they deplore the waiting delay, the lack of availability and the difficulties of accessibility of the geriatric care.

**CONCLUSION** Although general practitioners are globally satisfied of their relationship with the Geriatric Center, several ways of improvement are pointed out. For example, setting up direct phone lines to reach a geriatrician, creating a dedicated on-call time, standardizing the discharge summary, implementing secure messaging and communication campaigns, nominating a referring agent in the hospital departments, improving discharge coordination.

**KEY WORDS** General Practitioners, Geriatrics, Primary Health Care, Satisfaction Survey, Questionnaire, Communication, Discharge Summary, Continuity of Patient Care, Patient Discharge, Coordination, Elderly Frail.

## **RELATION HÔPITAL-VILLE : SATISFACTION ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES ENVERS LE CENTRE HOSPITALIER DE PAU**

**INTRODUCTION** Une bonne relation « hôpital-ville » contribue à l'efficacité du système de soins. De nos jours, cette nécessité d'entente devient impérieuse : la raréfaction de l'offre de soins de première ligne est confrontée à une augmentation de la demande, en partie engendrée par le vieillissement de la population. Améliorer les rapports des médecins de terrain avec l'hôpital est primordial, en particulier pour les patients âgés. **OBJECTIFS** Mesurer le taux de satisfaction des médecins généralistes libéraux installés dans le territoire du Centre Hospitalier de Pau vis-à-vis du Pôle de Gériatrie. Déterminer leurs attentes afin de dégager des pistes d'amélioration du lien qu'ils entretiennent avec les gériatres. **METHODE** Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative, menée par un questionnaire en ligne et par voie postale. Trois axes sont explorés : la communication entre généralistes et gériatres de l'hôpital, le parcours de soins des patients âgés et l'avis global sur le Pôle de Gériatrie. **RESULTATS** Sur les 224 médecins généralistes libéraux concernés, 131 questionnaires ont été recueillis. Le taux de participation est de 61,8%. L'indice de satisfaction globale est 75,8 sur 100. Soixante-quatorze pourcents des médecins généralistes se déclarent satisfaits ou tout-à-fait satisfaits. La communication du Pôle de Gériatrie est évaluée à 69,3 sur 100, le parcours de soins à 68,6 sur 100. Les généralistes du bassin de Pau saluent la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec les gériatres mais dénoncent la forme qu'elle revêt : ils déplorent les délais d'attente, le manque de disponibilité de leurs confrères hospitaliers et les défauts d'accessibilité aux soins gériatriques. **CONCLUSION** Bien que les généralistes soient globalement satisfaits de leur relation avec le Pôle de Gériatrie, plusieurs pistes d'améliorations sont proposées. Par exemple l'instauration d'une ligne directe pour joindre un gériatre, la mise en œuvre d'un dispositif d'astreinte, la standardisation des Comptes-Rendus d'Hospitalisation et de la Lettre de Liaison, la mise en place d'une messagerie sécurisée et de campagnes de communication, la désignation d'un référent dans les services, une meilleure organisation des sorties.

**MOTS CLES** Médecin généraliste, Gériatrie, Soins primaires, Relation hôpital-ville, Enquête de satisfaction, Questionnaire, Communication, Parcours de Soins, Compte-Rendu d'Hospitalisation, Lettre de Liaison, Messagerie sécurisée, Continuité des Soins, Sortie du Patient, Coordination, Réseau, Pau, Personnes âgées.

---

## **SATISFACTION AND EXPECTATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS : A QUANTITATIVE STUDY TOWARDS THE GERIATRIC CENTER OF THE HOSPITAL OF PAU**

**INTRODUCTION** A good relationship between hospital and primary care contributes to the efficiency of the health system. Nowadays, this issue becomes imperative: the scarcity of the supply of primacy care is confronted with an increase in demand, caused by the aging of the population. Improving links between general practitioners and hospital is therefore crucial, in particular for the elderly frail patients. **OBJECTIVES** Measuring the satisfaction rate of liberal general practitioners based in the Pau Hospital area regarding the Geriatric Center. Assessing their expectations in order to determine areas of improvement in their relationship with the geriatricians. **METHODS** We carried out an epidemiologic descriptive quantitative transverse survey by online questionnaire and send by postal mail. Three horizons are examined: communication between general practitioners and hospital geriatricians, continuity of care of the elderly patients and global point of view on the Geriatric Center. **RESULTS** On the 224 liberal general practitioners concerned, 131 questionnaires have been returned. The participation rate is 61,8%. The global satisfaction rate is 75,8 on 100. Seventy four percents declare themselves as satisfied or very satisfied. Communication with the Geriatric Center is evaluated at 69,3 on 100, continuity of care at 68,6 on 100. The general practitioners of Pau appreciate the quality of their relationship with the geriatricians but are disappointed by its shape : they deplore the waiting delay, the lack of availability and the difficulties of accessibility of the geriatric care. **CONCLUSION** Although general practitioners are globally satisfied of their relationship with the Geriatric Center, several ways of improvement are pointed out. For example, setting up direct phone lines to reach a geriatrician, creating a dedicated on-call time, standardizing the discharge summary, implementing secure messaging and communication campaigns, nominating a referring agent in the hospital departments, improving discharge coordination.

**KEY WORDS** General Practitioners, Geriatrics, Primary Health Care, Satisfaction Survey, Questionnaire, Communication, Discharge Summary, Continuity of Patient Care, Patient Discharge, Coordination, Elderly Frail.