



HAL
open science

Relations entre médecins généralistes et petits hôpitaux : l'exemple du Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise

Sophie Auchère Vaillant

► To cite this version:

Sophie Auchère Vaillant. Relations entre médecins généralistes et petits hôpitaux : l'exemple du Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02060712

HAL Id: dumas-02060712

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02060712>

Submitted on 7 Mar 2019

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

Faculté de médecine d'Amiens

Année 2018

N °2018-41

**Relations entre médecins généralistes et
petits hôpitaux :
l'exemple du Centre Hospitalier de
Clermont de l'Oise.**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 07 JUIN 2018

Par SOPHIE AUCHERE épouse VAILLANT

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Vincent Goeb

JUGES : Monsieur le Professeur Patrice Fardellone

Monsieur le Professeur Bernard Desablens

Monsieur le Docteur Jean Schmidt

DIRECTEUR : Monsieur le Docteur Yaser Kashef

A Monsieur le Professeur Vincent GOEB

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle "Autonomie"

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Hématologie - Transfusion

Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury,

Veillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A mon juge,

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail.

Recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Yaser KASHEF

Praticien Hospitalier.

Chef du service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier de Clermont.

(Médecine interne)

Vous avez été très disponible et à l'écoute comme directeur et comme maître de stage.

Je vous remercie pour votre gentillesse et d'avoir accepté de diriger cette thèse, d'autant plus que c'était inédit pour vous.

A ma famille, à mes amis,

A mon mari Maxime, pour ton soutien infailible dans nos tempêtes, pour ton amour, pour notre merveille pour qui tu es le meilleur des Papas, « normal quoi »...

A ma merveille, Alice, ma fille pétillante et malicieuse, notre rayon de soleil.

A mes parents, pour m'avoir supporté et soutenu sans faille depuis 29 ans, vous méritez une médaille.

A Nicole et Roger, mes grands-parents, pour leur soutien, leurs valeurs, pour les inimitables saumon sauce crevettes, choucroute et baba au rhum de Mamie et les bons souvenirs en 106 le mercredi.

A ma belle-famille, pour m'avoir accueilli parmi eux, à leur brin de folie (Il y a des endroits où on ne travaille pas par hasard, Pauline...), à Claudine pour sa bienveillante et attentive relecture.

A ma Tante Sylvie, pour ses heures de Bled, à Jean-Louis, à Jérôme et Xavier leurs compagnes et leur descendance pour les bons moments passés ensemble et ceux à venir.

A mes amis, Marie-Josée, depuis plus de deux décennies, Audrey, Alexandre, Laëtitia, Mathilde, Mélina, Monf tant de beaux souvenirs passés et tant d'autres à nous construire.

A mes médecins remplacés, Perrine, Stéphanie, Benoît, pour votre confiance et vos conseils.

A mes étoiles : Pépère Jean (Tu vois, je suis au bout), mes arrières grands parents, quelle chance de vous avoir connu, Damien, j'aurais aimé te connaître, et Thomas.

A mes enseignants et maîtres : des premiers mots tracés au dernier stage et bien au-delà puisqu'on ne cesse jamais d'apprendre...

Aux médecins interrogés, sans qui rien n'aurait été possible !

A Éric pour une triangulation des données optimale, des visions plus diamétralement opposées que les nôtres ça n'existe pas ! Médecin des villes, médecin des champs !

A Mr. Baylis et Mrs. Rowlands pour la correction du résumé.

A ma ronronnante assistante de rédaction Hypnovel.

A ceux que j'ai oublié !

Vous participâtes, vous participez et vous participerez encore à me construire chaque jour,
alors merci !

Table des matières

Dédicaces.....	page 3
Remerciements.....	page 13
Table des matières.....	page 15
Lexique.....	page 18
INTRODUCTION.....	page 19
MATERIEL ET METHODES.....	page 21
I- Choix de la méthode.....	page 21
1) Une étude qualitative.....	page 21
2) Des entretiens semi-dirigés individuels.....	page 21
II- Choix de la population étudiée.....	page 21
III- Entretiens.....	page 22
1) Prise de contact.....	page 22
2) Déroulement des entretiens.....	page 22
3) Guide d'entretien.....	page 23
IV- Analyse des données.....	page 23
1) Retranscription et codage.....	page 23
2) Saturation des données.....	page 23
RESULTATS.....	page 24
I- Caractéristiques de la population étudiée.....	page 24
II- Qualification des relations entre médecins généralistes et les services d'hospitalisation du Centre Hospitalier Général de Clermont de l'Oise.....	page 26
1) Aspects négatifs des relations.....	page 26
a) Une communication difficile.....	page 26
b) Un manque de considération de la part des hospitaliers.....	page 27
c) Une connaissance limitée des confrères hospitaliers.....	page 27
d) Un manque de lien avec l'hôpital.....	page 27
e) Une instabilité perturbante.....	page 28
f) Un problème extra-médical.....	page 28
g) Des problèmes similaires dans tous les hôpitaux.....	page 29
h) Un engorgement du système de soins.....	page 29
2) Aspects positifs des relations.....	page 30
a) De bons rapports avec les confrères hospitaliers.....	page 30
b) Une relation de confiance.....	page 31

	c)	Travail d'équipe.....	page 31
	d)	Comptes rendus d'hospitalisation.....	page 32
	e)	Un hôpital outill.....	page 32
	f)	De bonnes relations avec le CH de Clermont.....	page 33
	g)	Des médecins attachés au CH de Clermont.....	page 33
	h)	De bonnes relations avec « les portes d'entrée » en hospitalisation...p	34
III-		Stratégies d'adressage.....	page 35
	1)	Atouts de la structure.....	page 35
		a) Prise en charge de qualité.....	page 35
		b) Proximité géographique.....	page 36
		c) Offre de soins adaptée.....	page 36
		d) Une dimension humaine du personnel.....	page 36
		e) Choix de première intention et transfert si nécessaire.....	page 37
	2)	Freins à l'adressage.....	page 37
		a) Absence de services spécialisés.....	page 37
		b) Plateau technique.....	page 37
		c) Labellisation gériatrique.....	page 38
		d) Compétences.....	page 38
	3)	Image du CH de Clermont.....	page 38
		a) Une mauvaise image ancrée dans la population.....	page 38
		b) Une image en évolution.....	page 39
	4)	Influence de grands centres hospitaliers à proximité.....	page 39
	5)	Groupement hospitalier de territoire.....	page 39
	6)	Habitudes des médecins généralistes.....	page 40
	7)	Adressage en fonction des patients.....	page 41
IV-		Freins et avantages aux admissions directes au CH de Clermont.....	page 41
	1)	Un mode d'entrée peu pratiqué.....	page 41
	2)	Avantages.....	page 41
	3)	Problèmes soulevés.....	page 42
V-		Axes d'amélioration.....	page 43
	1)	Faire connaissance lors de réunions.....	page 43
	2)	Communiquer.....	page 44
	3)	Une question politique et financière.....	page 45
	4)	Concernant les admissions directes.....	page 45

DISCUSSION.....	page 47
I- Critique de la méthodologie.....	page 47
1) Choix du sujet.....	page 47
2) Population étudiée.....	page 47
3) Réalisation de l'étude.....	page 48
a) Biais d'intervention.....	page 48
b) Biais d'interprétation.....	page 48
c) Biais de préconception.....	page 48
II- Discussion autour des relations.....	page 49
1) Une appréciation globalement positive.....	page 49
2) Des aspects négatifs des relations partagés avec les autres hôpitaux.....	page 50
3) Une méconnaissance mutuelle.....	page 51
4) Instabilité, politique et budget.....	page 52
5) Groupements hospitaliers de territoire.....	page 53
6) Un petit hôpital : un atout pour mieux se connaître ?.....	page 54
III- Autour de la stratégie d'adressage.....	page 55
1) Un hôpital de proximité.....	page 55
2) Influence d'une image.....	page 56
3) Un hôpital de petite taille, un hôpital plus humain ?.....	page 58
4) Une prise en charge de qualité.....	page 58
IV- Autour des admissions directes.....	page 59
1) Doléances des médecins généralistes.....	page 59
2) Utilité des admissions directes.....	page 60
3) Problématiques pour les médecins hospitaliers.....	page 61
4) Les urgences : une facilité mais à quel prix ?.....	page 61
V- Améliorer le partenariat ville-hôpital.....	page 61
1) Communiquer par internet.....	page 61
2) Communiquer par téléphone.....	page 62
3) Se réunir pour mieux se connaître.....	page 63
4) Concernant les admissions directes.....	page 64
Conclusion.....	page 65
Bibliographie.....	page 67
Annexe : Script d'entretien.....	page 70

LEXIQUE

CH de Clermont : centre hospitalier général de Clermont de l'Oise

CHI : centre hospitalier isarien, établissement public de santé mentale

IRM : imagerie par résonance magnétique

CHU : centre hospitalier universitaire

GHT : groupement hospitalier de territoire

HAS : haute autorité de santé

ARS : agence régionale de santé

GHPSO : groupement hospitalier du sud de l'Oise

AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris

ISO : organisation internationale de normalisation

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique

INTRODUCTION

Le monde hospitalier et le monde des médecins généralistes peuvent sembler deux mondes hermétiques l'un à l'autre. D'un côté l'hôpital, lieu où l'on naît le plus souvent et où l'on meurt encore très souvent, avec ses spécialistes d'organes, son plateau technique, les patients y vont en consultations spécialisées, pour des examens ou pour une hospitalisation ou encore en urgence. De l'autre, les médecins traitants, généralistes, à la spécialité reconnue depuis 2004 (le plus souvent encore ignorée par les patients comme telle), les patients les consultent en premier recours, ils assurent le suivi du patient, parfois de sa famille, et les orientent si nécessaire. C'est au moment de cette orientation que ces deux mondes doivent communiquer pour une prise en charge optimale du patient. Pour cela, les relations entre médecins traitants et médecins hospitaliers sont capitales, mais les relations entre deux mondes opposés sont toujours complexes.

Le terme *hôpital* vient du latin *hospes, -itis* : celui qui prodigue ou reçoit l'hospitalité. Ainsi, jusqu'à la Révolution, l'hôpital est un lieu religieux de charité mais surtout d'enfermement des pauvres et vagabonds. C'est au XIX^{ème} siècle, avec les avancées médicales, notamment sur l'hygiène et les infections, que l'hôpital devient un lieu de soins curatifs et médicaux (1). Le Centre Hospitalier Général de Clermont (CH de Clermont) n'échappe pas à cette histoire des hôpitaux français. La première évocation de l'établissement date de 1146, il demeure lieu religieux jusqu'à la Révolution puis devient lieu de charité jusqu'à la Première Guerre Mondiale où il est transformé en hôpital militaire. En 1961, l'établissement est qualifié d'hôpital rural. (2)

Par sa position géographique, le CH de Clermont a une position intéressante. Il est situé au cœur de l'Oise, à 30 minutes en voiture de Beauvais, 20 minutes de Creil, et 40 minutes de Compiègne, 45 minutes de Paris en train. Néanmoins, la présence au sein de la même ville du Centre Hospitalier Isarien, établissement public de santé mentale (CHI), avec près de 900 lits sur les sites de Clermont et Fitz-James, rend sa situation un peu atypique. Pourtant, l'existence de certains de ses services a été remise en question, générant des inquiétudes au sein du bassin de vie. Le CH de Clermont n'est pas le seul dans ce cas, dans la région nous pouvons citer Montdidier ou Guise. Le CH de Clermont est situé à moins de 40 minutes de 3 cliniques (Beauvais, Chantilly, Compiègne) et 4 hôpitaux (Creil, Beauvais, Compiègne, Senlis) de tailles plus importantes.

Le CH de Clermont comporte en dehors des lits dédiés à l'hospitalisation de longue durée, 30 lits dans le service de médecine, 15 lits de chirurgie générale, 18 lits de soins de suite et réadaptation.

Dans une population vieillissante (3), avec une demande de soins augmentant, sur un territoire où les médecins généralistes sont de moins en moins nombreux (4), la sollicitation des services d'urgences va croissante. (Au CH de Clermont en 2012, 22 279 passages, et en 2017, 26 282 passages.) (5) Un moyen de les désengorger serait de développer les hospitalisations directes en service.

Le médecin traitant assure l'orientation de ses patients vers le milieu hospitalier au besoin. Les relations entre services d'hospitalisation et médecins généralistes sont donc fondamentales, notamment pour les petites structures hospitalières. L'objectif principal de ce travail était d'étudier les relations entre les médecins généralistes et les petits hôpitaux notamment concernant l'adressage. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les freins aux admissions directes dans les petits centres hospitaliers ainsi que les solutions face à ces freins et de trouver des axes d'amélioration des relations entre services d'hospitalisation et médecins généralistes.

MATERIEL ET METHODES

I- Choix de la méthode.

1) Une étude qualitative.

Une recherche qualitative permet l'étude de facteurs subjectifs. Elle permet d'explorer des sentiments, des comportements et expériences personnelles par le recueil de données verbales. Une démarche interprétative pouvait ainsi être réalisée. (6)

Ce travail étudiant la nature des relations entre médecins généralistes et les petites structures hospitalières au travers l'exemple du CH de Clermont, cette méthode nous a paru adaptée, une mesure objective étant difficile pour qualifier des relations.

2) Des entretiens semi-dirigés individuels.

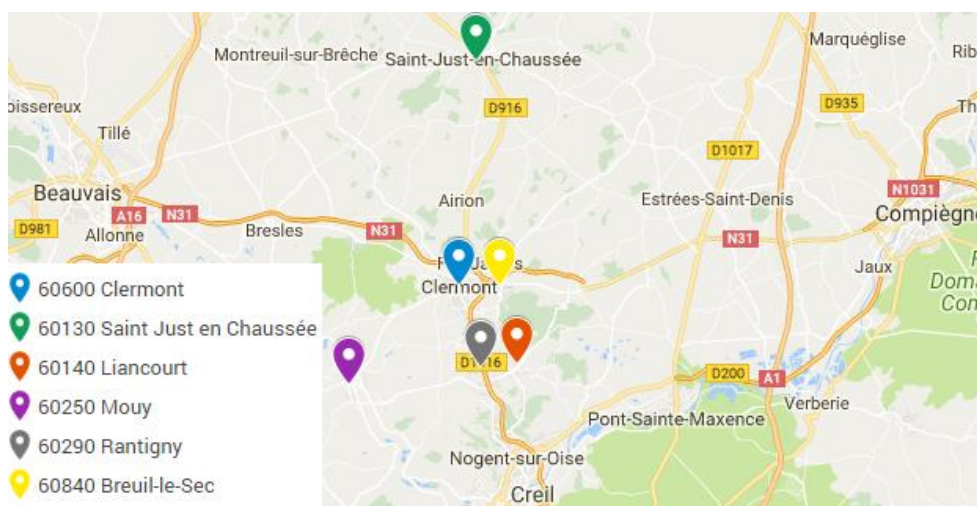
Un entretien semi-dirigé permet de centrer le discours de la personne interrogée autour de thèmes prédéfinis au préalable dans un guide ou script d'entretien. Il permet le recueil d'informations approfondies sur des valeurs et/ou comportements.

Il se réalise en entretien individuel ou en *focus group*. Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels pour favoriser la liberté d'expression (en perdant certes l'émulation liée au groupe). Egalement d'un point de vue pratique, les médecins généralistes étant peu disponibles au vu de la démographie locale, les réunir en un même lieu, en un même moment aurait été un exercice complexe.

II- Choix de la population étudiée.

Des médecins généralistes des communes correspondant aux codes postaux 60600, 60130, 60250, 60290, 60140, 60840 ont été interrogés. Cela correspond aux lieux d'habitation de 83% des patients entrés en service de médecine du CH de Clermont selon les statistiques internes de l'hôpital en 2015. (7)

Figure 1: Bureaux postaux des communes des médecins interrogés.



La population interrogée devait, non pas être représentative de la population générale des médecins généralistes locaux, mais la plus hétérogène possible afin d’obtenir une grande diversité de propos pour enrichir nos données.

III- Entretiens

1) Prise de contact

Les médecins généralistes étaient contactés par téléphone ou en nous rendant directement au cabinet, de brèves explications étaient alors données sur le thème et la nature du travail. En cas de présence d’un secrétariat, un message était laissé et nous recontactions systématiquement le secrétariat soit dans la journée soit le lendemain, si nous n’étions pas rappelés.

Le lieu et le moment des entretiens étaient fixés par le médecin interrogé.

2) Déroulement des entretiens.

Une présentation la plus brève possible était faite du sujet, afin de ne pas influencer le médecin interrogé et de recueillir le maximum de ses réactions.

L’enquêtrice posait quelques questions quantitatives afin de caractériser la population étudiée, disponibles dans le script d’entretien en annexe de ce travail.

L’enquêtrice tâchait de garder une neutralité tant dans les paroles que dans l’attitude face aux propos recueillis.

En début d’entretien, elle assurait le médecin de l’anonymat de l’échange et recueillait son consentement concernant l’enregistrement de l’entretien.

3) Guide d'entretien.

Etabli au préalable, le guide d'entretien permettait de structurer l'échange avec le praticien sans le diriger ni orienter ses propos. Il a été soumis à l'approbation de la commission des thèses du département universitaire de médecine générale d'Amiens. Il contenait cinq questions principales. Des questions de relance ont été ajoutées au cours des entretiens afin d'aider les praticiens à verbaliser leur ressenti. Le guide d'entretien a été complété selon l'avancée du travail selon le principe de la théorisation ancrée (8). L'analyse a été continue et évolutive dès le premier entretien.

IV- Analyse des données.

1) Retranscription et codage.

Les entretiens étaient enregistrés sur dictaphone, retranscrits sous forme de verbatim (compte rendu textuel, mot pour mot) (9). Ceci permettait une authenticité optimale. Le logiciel utilisé pour la retranscription était Microsoft Office Word 2010.

Pour le codage des données, le logiciel NVivo 11 starter était utilisé. Il permettait d'apporter une aide technique sans fournir d'interprétation des résultats. Chaque thème abordé dans les verbatims permettait de créer un « nœud ». Dans chaque « nœud », étaient classés des segments de texte qui étaient en rapport avec ce « nœud ». Une partie de texte pouvait être attachée à différents « nœuds » si elle contenait plusieurs idées. Ces « nœuds » étaient regroupés en thèmes plus généraux et contenaient parfois des « sous-nœuds ». Le rapprochement des différentes thématiques permettait de répondre aux questions posées.

La triangulation des données était réalisée par relecture et codage d'un second enquêteur formé à la recherche qualitative.

2) Saturation des données.

Le nombre d'entretiens nécessaires au travail de thèse n'était pas défini à l'avance. Il a été déterminé par la saturation des données. Elle se définit par l'absence d'émergence de nouvelles informations sur les derniers entretiens. Au cours du codage, aucun nouveau « nœud » n'apparaît alors.

RESULTATS

Chaque entretien a été numéroté de telle sorte que le premier entretien apparaisse sous l'abréviation M01, le deuxième M02, le troisième M03...

I- Caractéristiques de la population étudiée.

La durée moyenne des entretiens était de 12 minutes et 33 secondes (entre 5'39'' et 22'22''). Ils ont été réalisés entre mars et novembre 2017.

La population interrogeable comportait 37 médecins généralistes. Parmi les 17 médecins généralistes interrogés, 10 étaient des hommes.

L'âge moyen était de 55,82 ans, entre 34 et 67 ans.

Le nombre d'années d'installation moyen était de 23,26 ans (entre 5 mois et 38 ans).

7 médecins exerçaient seuls, 6 en cabinet de groupe et 4 en maison de santé pluridisciplinaire. 2 considéraient travailler en milieu urbain, 8 en milieu semi-rural et 7 en milieu rural.

Deux d'entre eux avaient déjà été salariés d'un hôpital depuis la fin de leur internat de médecine générale, mais aucun ne l'était actuellement.

Leurs cabinets se trouvaient en moyenne à 7.88 km (entre 100 mètres et 16.2 km) du CH de Clermont.

Tableau 1 : population étudiée

Entretien	Sexe	Age	Distance du CH de Clermont (km)	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Années d'installation
M01	Féminin	42	10,6	Semi-rural	Cabinet de groupe	15
M02	Masculin	62	10,6	Semi-rural	Cabinet de groupe	29
M03	Masculin	62	14,2	Rural	Cabinet de groupe	31
M04	Masculin	67	10,5	Semi-rural	Maison de santé pluridisciplinaire	38
M05	Masculin	34	5,4	Semi-rural	Cabinet de groupe	0,5
M06	Masculin	60	3,4	Rural	Seul	31
M07	Féminin	59	5,4	Semi-rural	Cabinet de groupe	30
M08	Féminin	48	1	Urbain	Seul	10
M09	Féminin	58	2	Rural	Seul	27
M10	Masculin	57	3,7	Rural	Seul	25
M11	Masculin	34	16,2	Rural	Maison de santé pluridisciplinaire	5
M12	Masculin	58	0,1	Urbain	Seul	10
M13	Masculin	67	10,5	Semi-rural	Maison de santé pluridisciplinaire	36
M14	Masculin	64	10,5	Semi-rural	Maison de santé pluridisciplinaire	33
M15	Féminin	60	2,3	Semi-rural	Seul	25
M16	Féminin	62	13,2	Rural	Cabinet de groupe	35
M17	Féminin	55	14,4	Rural	Seul	15

Nous avons choisi de rendre compte ici uniquement d'extraits des verbatims, les plus explicites et les plus diversifiés afin de faciliter la lecture et la compréhension. L'abréviation désignant l'entretien apparaît devant chaque verbatim. Lorsque la notion apparaît dans d'autres entretiens que ceux des citations, ces entretiens sont indiqués, précédés de la mention « autre(s) référence(s) ».

II- Qualification des relations entre médecins généralistes et les services d'hospitalisation du Centre Hospitalier Général de Clermont de l'Oise.

1) Aspects négatifs des relations.

Les qualifications négatives des relations étaient souvent en rapport avec l'absence de relation.

M03 « *Très légères* »

M08 « *Pas énormément de relations en fait* »

M09 « *Inexistantes* »

M14 « *Banales* »

a) Une communication difficile.

- *Des comptes rendus d'hospitalisation trop lents.*

La lenteur avec laquelle des comptes rendus d'hospitalisation parvenaient aux médecins généralistes était citée par M08 et M10 concernant Clermont, par M03, M09 et M14 concernant tous les hôpitaux.

M08 « *Voilà, parce que les comptes rendus papiers, je ne sais pas où ils sont tapés mais... pourtant on n'est pas loin, ils viennent à dos d'escargot des fois.* »

- *Un passage téléphonique systématique par le standard compliqué.*

Le passage systématique par le standard téléphonique fut mis en cause également, vu comme une perte de temps. (Autre référence : M16)

M01 « *C'est vrai que quand tu passes par le standard, pour arriver directement au médecin, c'est compliqué.* »

M09 « *Moi je ne peux pas passer mon temps au téléphone, qu'on me mette en attente, attendre... C'est bon quoi ! Je ne suis pas arrivée à un âge où attendre qu'on veuille bien me répondre !* »

M12 « *Les standards sont anonymisés, c'est-à-dire que, on ne sait pas qui c'est et parfois on peut même dire que les compétences des personnes qui sont au standard sont douteuses et donc ce n'est pas facile. Je ne peux pas me permettre de perdre de temps.* »

b) Un manque de considération de la part des hospitaliers.

Des médecins ressentait un manque de considération de la part du système hospitalier, de par leurs actes ou de par la mise en attente qu'ils subissaient.

M09 « *S'ils sont vraiment à disposition du patient, qu'on ait une ligne directe, sans qu'on se fasse renvoyer comme des esclaves du service hospitalier quoi ! On n'est pas des gueux non plus !* »

M14 « *S'il y avait un respect mutuel de nos professions, connaissant déjà nos professions mutuelles et ça ne serait pas mal ! Respectons les autres ! Les médecins généralistes voient d'un très mauvais œil de faire tout ce que l'hôpital, ne veut pas ou soit disant n'a pas le temps de faire. C'est-à-dire la paperasserie, tout ce qui est administratif ! Il n'y a pas si longtemps que ça, quelqu'un qui sort avec un plâtre cruro-pédieux d'un hôpital, et qui vient directement en ambulance ici, parce qu'ils ne lui ont pas fait l'arrêt de travail ! Eh bien, la phrase sibylline, vous demanderez à votre médecin généraliste de le faire !* »

c) Une connaissance limitée des confrères hospitaliers.

L'absence de médecin référent connu des médecins généralistes ainsi que la méconnaissance des services proposés par le CH de Clermont étaient mis en cause. (Autres références : M08 M15)

M09 « *Quand j'ai besoin, on essaye un peu à l'aveugle les correspondants et quand ça convient, on continue.* » « *Je ne sais même pas ce qu'il y a dans cet hôpital ! Il y a un hôpital.* »

M13 « *Ce qui est peut-être un petit peu dommage c'est que c'est toujours une relation épistolaire, à travers des comptes rendus d'hospitalisation et que, il n'y a pas de contact direct.* »

d) Un manque de lien avec l'hôpital.

Les médecins généralistes déploraient ne pas connaître leurs homologues hospitaliers, à l'exception des échanges de courriers. (Autres références : M01 M09 M13 M16)

M08 « *Moi, je ne connais pas les médecins. Enfin, je ne les connais pas personnellement, je connais les noms, mais je ne les connais pas personnellement.* »

M13 « *Et on n'a pas l'occasion de se rencontrer. C'est un petit peu dommage.* »

Les causes étaient attribuées à un manque de disponibilité des deux parties.

M08 « *Le problème c'est qu'on est débordé, que, eux ils sont débordés. Et se dire on fait une réunion, autour d'une formation quelque chose comme ça, le problème de ses choses-là, les gens ne viennent pas.* »

e) Une instabilité perturbante.

Un changement trop fréquent des correspondants hospitaliers empêchaient une relation durable de se construire. (Autres références : M03 M10)

M06 « *Si vous voulez, vous avez un chirurgien qui est bien. Vous êtes contents, ça marche bien, vous envoyez un patient le chirurgien a disparu. Là vous avez les endocrino en ce moment ça n'arrête pas de changer. Ce n'est pas normal.* »

M12 « *Et puis je trouve qu'à l'hôpital de Clermont, les médecins tournent vite et qu'on a besoin pour se faire une idée de la compétence et du dialogue avec des médecins, des patients que l'on envoie, de plus de temps que ça. Il faut à peu près 5 ans, et 5 ans il n'y a pas beaucoup de médecins qui restent 5 ans à mon souvenir.* »

L'incertitude concernant le devenir de la maternité aussi inquiétait.

(Autre référence : M06)

M03 « *On sait que la maternité est sur la sellette, les praticiens changent souvent...* ».

M04 « *Ma patientèle était quand même assez attachée (à la maternité)... Quand je suis arrivé c'était un gynéco obstétricien qui venait d'Asie qui était chef de service, là c'est Mme Kingue qui a des tas de qualités et qui est très très bien mais le fait qu'on ne sait pas ce que ça va devenir [...] Cela me freine.* »

f) Un problème extra-médical.

Pour M03 et M06, ce changement de personnel, ce mauvais fonctionnement étaient en rapport avec des problèmes politiques.

M06 « *Mais je ne pense pas que cela soit la faute des médecins, ni des chirurgiens ni du personnel hospitalier. Je pense que c'est la faute de nos politiques qui ne font pas ce qu'il faut pour qu'on puisse fonctionner correctement. Et ça c'est depuis des années.* »

M03 « *C'est des problèmes de politique, mais en tant que praticien de ville, un hôpital qui est en permanence sur la sellette au niveau budgétaire, ne peut pas donner de prestations auxquelles on peut s'attendre.* »

g) Des problèmes similaires dans tous les hôpitaux.

Si certains problèmes étaient spécifiques aux petites structures d'autres étaient communs : la lenteur des courriers (Autre référence M14), l'absence de confraternité, la difficulté à faire des admissions directes (Autre référence M03), la difficulté à joindre un correspondant (Autres références : M03 M13)

M03 « *Et puis les courriers sont parfois assez longs à revenir. Mais ce n'est pas propre à l'hôpital de Clermont.* » « *L'hospitalisation, je ne me souviens pas d'hospitalisation à Clermont en dehors de l'urgence. Dans d'autres structures, c'est pareil.* »

M06 « *Ce que je veux dire par là, c'est que je n'en fais pas (des admissions directes) à Clermont mais je n'en fais pas non plus ni à Creil ni à Compiègne ni à Beauvais ni ailleurs. Vous voyez, donc ce n'est pas franchement un truc qui me manque quoi.* »

M09 « *Et les médecins. Ce n'est pas des confrères. Mais bon c'est comme tous les hôpitaux.* »

M12 « *Alors c'est très compliqué actuellement, peut-être moins à l'hôpital de Clermont mais dans tous les autres hôpitaux de rentrer en contact avec le médecin et d'expliquer la problématique clinique* »

h) Un engorgement du système de soins.

Les médecins constataient que tous étaient débordés, généralistes comme spécialistes, hospitaliers comme libéraux. Les médecins ne pouvaient plus prendre le temps de nouer des relations. (Autre référence M12)

M08 « *Le problème c'est qu'on est débordé, que, eux ils sont débordés.* »

M11 « *C'est plutôt, pour un petit hôpital local franchement, ça tourne bien. Après on est tous blindés dans le coin, donc sur les délais, sur les choses comme ça on sait que...C'est la démographie qui veut ça. Donc améliorer, il faudrait qu'il y ait 15 médecins de plus dans chaque spécialité pour que ça tourne mieux, mais ce sont des trucs pas possibles on va dire. Moi je trouve ça pas mal.* »

M16 « *Avant quand on appelait un spécialiste pour un conseil ou pour un avis, on avait le spécialiste de vive voix que ce soit en libéral ou en hospitalier. Maintenant ce n'est plus possible avec la barrière des secrétariats, le temps téléphonique et tout, c'est impossible ! Ça se faisait avant ! On avait un médecin hospitalier et puis on discutait avec lui mais ça ne se fait plus ! Et puis un manque de temps quoi !* »

M17 « *(Qu'est ce qui pourrait améliorer vos relations avec Clermont ?) Du temps ! C'est notre luxe !* »

2) Aspects positifs des relations.

Tous les médecins interrogés trouvaient au moins un aspect positif dans leur relation avec le CH de Clermont. M02, M11, M13, M15 et M16 ne trouvaient même pas de point négatif spontanément.

a) De bons rapports avec les confrères hospitaliers.

Les médecins interrogés notaient une facilité d'échanges avec leurs homologues hospitaliers. (Autres références M05 M06 M11 M17)

M01 « *Et des fois de les avoir au téléphone, ce n'est pas mal, au moins t'as déjà une... Tu ne vois pas leur visage, mais t'as leur voix, et tu vois comment ils travaillent* ».

M15 « *Je pense que c'est uniquement le fait qu'on ait l'habitude, enfin moi j'ai l'habitude, de les appeler en cas de problème, donc on a une relation qui est tout à fait amicale.* »

Il s'agissait essentiellement d'échanges téléphoniques (Autres références : M01 M02 M04 M05 M07 M11), les urgentistes, les chirurgiens et un gériatre avaient été cités.

M06 « *Ça se passe très bien. Même aux urgences, quand ils ont un problème ils téléphonent, le patient il a ça ça et ça, c'est un truc qui s'est développé.* »

La disponibilité, l'écoute des praticiens hospitaliers, permettaient une bonne communication et une humanisation des rapports confraternels. (Autres références M01 M04)

M02 « *Mais je trouve que c'est vrai que si on connaît bien les gens, on a une facilité de contact, quand on les connaît visuellement.* »

M11 « *A partir du moment où ils nous répondent déjà, et qu'on sait où on en est, après c'est tout. On peut comprendre que c'est blindé partout, c'est bouché partout et qu'ils ne puissent pas. A partir du moment où on arrive à dialoguer, et à voir ce qu'on peut faire, il n'y a pas de soucis. De toute façon, on sait qu'ils sont arrangeants, ils ne peuvent pas, ils ne peuvent pas point. On comprend.* »

C'était un ensemble d'expériences communes positives qui venait renforcer ces bonnes relations. (Autres références M01 M07 M08 M09 M12 M14)

M11 « *Mais si on ne les connaît pas nous personnellement, à force on connaît leur caractère, comment ils marchent etc. Sur la différence sur les 5 ans, je dirai je les connais un peu plus comment ils bossent aussi avec les patients. C'est comme ça aussi, qu'on va les adresser aux endroits, par l'expérience.* »

b) Une relation de confiance.

La confiance était un élément essentiel dans le discours que les médecins généralistes ont tenu. (Autres références M01 M11)

M04 « *Les relations, pour qu'un hôpital travaille bien, il faut qu'il y ait une confiance entre les praticiens et les hospitaliers.* »

En cas de difficultés, M02 savait pouvoir compter sur l'hôpital pour la résolution efficace de certains problèmes.

M02 « *Je pense qu'on arrive quand même à résoudre la majorité des problèmes soit avec le secrétariat soit avec le médecin en direct.* »

c) Travail d'équipe.

Cet hôpital de proximité était décrit comme un partenaire du médecin généraliste. (Autres références M12 M13)

M10 « *Pas de souci particulier par rapport à l'hôpital de Clermont. C'est un partenaire.* »

Pour les médecins exerçant au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, la présence de chirurgiens du CH de Clermont venant consulter était un avantage non négligeable.

Elle permettait de connaître véritablement les chirurgiens, c'est-à-dire de mettre un visage sur un nom.

M11 « *On les voit ici, ils viennent consulter ici. On a quand même des relations privilégiées, le fait que maintenant, ils viennent consulter dans nos locaux, on a certainement plus de proximité qu'on avait avant. Ça doit aider aussi.* »

Il s'agissait d'un véritable atout pour la population locale.

M04 « *Ce qui est pour nous une révolution, on peut le dire. Et pour le bassin de vie, quelque chose qui va rendre service.* »

M13 y voyait même une voie d'avenir. « *Donc moi, je pense que l'avenir, il est là, si tu veux. Dans ce contact, dans cette collaboration, cette coordination entre l'hôpital et la ville, sachant vraiment qui fait quoi, quelles sont les missions, les objectifs que l'on donne aux uns et aux autres, quels sont les moyens que l'on donne aux uns et aux autres.* »

d) Comptes rendus d'hospitalisation.

La relation des généralistes avec les hôpitaux était essentiellement épistolaire. Certains étaient plutôt satisfaits de ceux venant du CH de Clermont. (Autres références M02 M05 M07 M08 M16)

M01 « *Les courriers eh bien ça dépend, en chirurgie les courriers sont assez rapides. En médecine pff comparé à certains autres hôpitaux c'est assez rapide !* »

e) Un hôpital outil.

Lorsqu'on lui demandait de qualifier sa relation avec le CH de Clermont, M02 avait répondu « *Indispensable* ».

Plusieurs confrères avaient en effet décrit la relation utilitaire, pratique qu'ils avaient avec l'hôpital, M12 allant même jusqu'à la délégation de tâche, comme si l'hôpital était un prolongement de leur activité. (Autres références M01 M02 M08)

M12 « *C'est comme si j'étais une annexe de l'hôpital ou comme si l'hôpital était mon annexe lié à la proximité géographique.* »

f) De bonnes relations avec le CH de Clermont.

Les médecins interrogés appréciaient de recevoir le livret d'information qui permettait de mieux connaître le plateau technique et les confrères hospitaliers. (Autres références M02 M11)

M04 « *On reçoit des plaquettes, avec le nom des hospitaliers des consultations et caetera. »*

M10 « *Souvent on a les photos, que je garde d'ailleurs, afin de mettre un visage sur un nom, c'est toujours.... »*

Les efforts de l'hôpital pour rendre disponible leur plateau technique pour les médecins généralistes étaient reconnus. (Autres références M01 M03 M04 M08 M13)

M06 « *Là je pense qu'ils font beaucoup d'efforts pour nous offrir un plateau technique, des chirurgiens, des consultants, et caetera qui soient un peu près disponibles ».*

L'envoi d'un représentant de l'hôpital afin de communiquer sur l'offre de consultations quelques mois auparavant avait également été salué. (Autre référence M01)

M04 « *Ils ont fait un effort. En 2016, ils ont envoyé quelqu'un qui est venu nous parler longuement de l'organisation. Maintenant pour les rendez-vous, il y a un plateau externe téléphonique etc. Il y a quelqu'un qui est venu nous en parler aux uns et aux autres. [...] . Ils sont venus ici et puis nous ont posé des questions, ils nous ont présenté le nouveau visage du CH de Clermont. »*

Une amélioration des relations était ressentie.

M13 « *Mais on sent que l'hôpital se rapproche un petit peu plus ou s'ouvre un peu plus à la médecine de ville, et la médecine de ville, à mon sens reçoit ce message de façon positive. »*

g) Des médecins attachés au CH de Clermont.

M02, M04, M05, M11 et M17 notaient un attachement à cet hôpital, qu'ils voyaient comme une chance.

M02 « *Et puis, sinon j'ai une très bonne relation avec l'hôpital de Clermont que je défendrai toujours. »*

M05 « *C'est une chance d'avoir un hôpital proche comme ça. »*

M17 « *Je n'ai rien contre les petites structures au contraire. »*

h) De bonnes relations avec « les portes d'entrée » en hospitalisation.

- *De bonnes relations avec le service des urgences.*

Le service des urgences était très apprécié, non seulement pour le côté pratique de la proximité géographique de la présence d'un service d'urgences mais aussi pour le courrier remis quasiment systématiquement à tout patient sortant des urgences à destination du médecin traitant. (Autres références M05 M08 M09)

M01 « *Pareil l'hôpital de Clermont on a souvent un compte rendu écrit des urgences que l'on n'a pas dans d'autres services. Un patient qui passe aux urgences de Clermont souvent il a une lettre avec tout ce qui a été fait en fait. Qu'à l'hôpital de Creil ils n'ont pas ça.* »

M04 « *Des professionnels en qui on a confiance en tous cas aux urgences. Éric Charpentier (chef de service) a fait un excellent travail et puis ses collaborateurs sont des gens en qui on a confiance.* »

M07 « *Si je veux joindre le médecin des urgences je l'ai, ils appellent, les gens sont bien reçus aux urgences, aucun problème.* »

M10 « *La proximité, il y a un service d'urgences, en cas de besoin. La proximité d'un service d'urgences en cas de problème particulier.* »

- *De bonnes relations avec les consultations.*

Les relations avec les consultations semblaient bonnes, les délais étant longs pour certaines spécialités mais des arrangements se trouvant facilement.

M07 « *Si on a besoin de joindre un médecin on y arrive, pour les demandes de rendez-vous on s'arrange avec les secrétaires, pas de problème.* » « *Sinon le reste on arrive à avoir des rendez-vous en urgence. Cardio et ophtalmo c'est compliqué.* »

M14 « *Mais de novo, c'est assez compliqué, parce qu'il y a le délai de rendez-vous qui y fait. [...] C'est partout pareil ! C'est l'inconvénient de tous les hôpitaux ! Et plus l'hôpital est grand et plus le problème est grand ! Donc les hôpitaux de proximité, ce n'est pas si mal que ça parce que les délais sont raccourcis et ils font avec ce qu'ils ont !* »

III- Stratégies d'adressage.

1) Atouts de la structure.

a) Prise en charge de qualité

- *Rapide.*

Que ce soit aux urgences, ou pour gérer directement un problème avec un service ou les consultations, les médecins interrogés appréciaient la rapidité de la prise en charge, notamment par rapport aux hôpitaux voisins. (Autres références M01 M04 M15)

M10 « *Un hôpital de proximité, qui permet de gérer les choses rapidement.* »

M14 « *Je vais te répondre, je ne suis pas limité pour envoyer à Clermont, parce que déjà Creil ou Beauvais, les délais d'attente aux urgences même quand on prévient en disant on vous envoie, tel ou tel patient pour telle ou telle pathologie, les délais de prise en charge frisent l'indécence ! Disons qu'à Clermont c'est moins indécent qu'ailleurs !* »

- *Compétences reconnues*

Les compétences des praticiens clermontois étaient reconnues (autres références M02 M04 M05 M13 M14), notamment au niveau chirurgical (Autres références M04 M08) Certains nouveaux venus venaient d'autres hôpitaux où ils étaient déjà connus favorablement.

M04 « *Il y a des professionnels qu'on connaissait déjà avant parce qu'ils étaient dans d'autres hôpitaux, où ils étaient appréciés. Et puis quand ils sont arrivés à Clermont pour nous ça a été vraiment une très bonne surprise...* »

M09 « *Mais en chirurgie digestive, il y a deux personnes avec qui il n'y a pas de problème, ça c'est sûr !* »

Par ailleurs, certains pour s'assurer des compétences les testaient. (Autres références M11 M12)

M09 : « *Je ne suis pas limitée si la compétence est là j'envoie. Si la compétence n'est pas là, je n'envoie pas. Il suffit d'une ou deux fois, et on voit la compétence. Si la personne a été mal reçue, ou s'il y a eu un couac, on ne le refait pas.* »

- *Notamment en gériatrie.*

(Autres références M01 M02 M03)

M17 « *Ils ont un abord gériatrique qui est meilleur que dans d'autres hôpitaux mais après, ça n'engage que moi ! Je n'ai pas... C'est le retour que j'en ai !* »

b) Proximité géographique.

La proximité géographique était également vue comme un atout. (Autres références M01 M02 M06 M10 M12 M14)

M05 « *Je trouve que c'est important d'avoir un hôpital de proximité ; je trouve que c'est une chance pour les gens. »*

M08 « *Voilà, les gens n'ont pas forcément les moyens, certains n'ont pas de voiture, d'accord. Ou alors il y a une voiture dans la famille, quand il faut emmener les enfants, ou la femme pendant que le mari travaille. C'est vrai que LA proximité c'est important. La chose importante c'est que ce soit à côté, c'est ça qui est bien. »*

c) Offre de soins adaptée.

Un panel de consultants externes permettait à la population de bénéficier de nombreuses spécialités, tant en ambulatoire que pour des avis en cours d'hospitalisation. (Autres références M04 M08 M11 M17)

M05 « *Il y a quand même une disponibilité des soins, c'est-à-dire que pour l'hospitalisation et les consultations, il y a quand même des spécialistes qui viennent de Beauvais ou autre. »*

La maternité était également importante aux yeux de M02 et M04.

M02 « *La maternité nous apporte aussi pas mal de secours dans notre activité quotidienne. »*

d) Une dimension humaine du personnel.

L'approche des patients semblait plus humaine au sein du CH de Clermont. (Autre référence M01)

M03 « *Il y a une attention qu'ils ne retrouvent pas dans certains autres hôpitaux. »*

M04 « *Des petites structures, où on n'est pas un numéro, on n'est pas la personne de la chambre 40, et caetera »*

M17 « *Parce que l'accueil est beaucoup plus sympa à Clermont, enfin beaucoup plus agréable que dans d'autres hôpitaux ! »*

e) Choix de première intention et transfert si nécessaire.

Le CH de Clermont était cité par de nombreux médecins comme le lieu d'adressage privilégié. (Autre référence M01 M04)

M15 « *Mais de toute façon, quand je dois faire hospitaliser c'est Clermont, puis après c'est Clermont qui dirige !* »

2) Freins à l'adressage.

a) Absence de services spécialisés.

L'absence de services spécialisés pour certaines pathologies rebutait les praticiens. Certains regrettaient l'absence de pédiatrie (Autres références M01 M03 M04 M05 M08). Ainsi en l'absence de service de cardiologie, ou de soins intensifs, en cas de suspicion de cet ordre, les patients étaient dirigés autrement pour une prise en charge adaptée plus rapide. (Autres références M01 M02 M07 M08)

M10 « *Ça dépend du type d'urgence. Si on voit que c'est un problème neuro ou...suspicion d'AVC on ne va pas l'envoyer à Clermont alors qu'il y a thrombolyse sur Creil ou Beauvais.* »

M04 « *Je n'ai pas de limite, c'est simplement, il y a des choses très pointues, ce n'est pas forcément réglé à l'hôpital général de Clermont. Et donc là j'ai d'autres correspondants dans d'autres structures peut être plus...mieux équipées.* »

b) Plateau technique.

Le plateau technique était décrit comme peu étendu (Autres références M12 M13 M15 M17), regrettant notamment l'absence d'IRM (imagerie par résonance magnétique) (Autres références M03 M10). M06 pensait qu'il serait à développer pour s'adapter au besoin local mais M13 et M17 reconnaissaient qu'il était logique que ce plateau soit peu étendu au vu de la taille de la structure. M04 faisait également allusion à la vétusté des locaux.

M04 « *Le bât blesse actuellement c'est surtout la vétusté des locaux, reconnue par les hospitaliers eux-mêmes, ils ne s'en cachent pas* »

M06 « *Je pense que ça ne correspond pas au besoin local. Je pense que s'ils offraient davantage de choses on pourrait à mon avis développer beaucoup plus l'hôpital.* »

M11 « *C'est juste le plateau technique, là par exemple on était sur un truc neuro. Je préfère l'envoyer à Beauvais car il y a un plateau technique neuro. Si c'est cardio, je sais que c'est plus sérieux, il va y avoir le passage SAMU tout ça, on va plus essayer d'envoyer sur Beauvais par rapport au plateau technique.* » « *S'ils avaient une IRM ça nous arrangerait bien ! (rires) ça serait pas mal ! Mais bon, il ne faut pas rêver !* »

c) Labellisation gériatrique.

Si les compétences gériatriques étaient louées, cet aspect pouvait déplaire.

M01 « *Pour moi l'hôpital de Clermont en médecine c'est quand même plus de la gériatrie aussi. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de patients de 30 ans hospitalisés à Clermont.* »

d) Compétences

Seul M03 mettait en doute les compétences médicales au sein du CH de Clermont, mais comme n'étant pas exclusif au CH de Clermont.

M03 « *La provenance de beaucoup de praticiens d'origine étrangère et certains sont compétents certains le sont moins voilà.* » « *C'est vrai aussi à Beauvais, le recrutement de praticiens étrangers, peut provoquer de graves problèmes de communication avec les patients. [...] Ça évidemment on va dire que c'est du racisme mais il n'est absolument pas question de racisme c'est une question de compétences, et de compétences en français, et pas du tout au niveau médical.* »

3) Image du CH de Clermont.

a) Une mauvaise image ancrée dans la population.

Héritée du passé, l'image du CH de Clermont auprès des patients semblait plutôt mauvaise alors même que les praticiens ne connaissant pas la région avant leur installation n'avaient pas d'a priori. (Autres références M10 M12)

M08 « *J'ai fait mes études à Paris, je suis parisienne de base, donc je ne connaissais pas du tout. Donc moi, je veux dire, je n'ai aucun a priori sur l'hôpital de Clermont. C'est les gens qui me disent, « je ne veux pas aller à Clermont, les urgences c'est nul à Clermont »»*

Elle était cependant contredite par de bonnes expériences. (Autres références M01 M07 M08)

M11 « *Au début, quand je me suis installé, j'avais plus cette image-là de Clermont, par rapport au ressenti de ce que les patients me disait. Et puis finalement, après avoir envoyé un paquet de patients et après vu les retours et vu comment ça avait été pris en charge, finalement je me suis rendu compte qu'ils bossaient bien ; donc pas de soucis.* »

M14 « *Globalement, ils sont surpris. Vu la réputation que l'hôpital de Clermont a traîné sur des décennies, ils sont surpris de se dire qu'on a bien été pris en charge. On a été bien soigné ! On est sorti autrement que les pieds devant ! Voilà. Les gens sont agréablement surpris.* »

b) Une image en évolution.

Selon M01, M04, M11, l'image du CH de Clermont serait de plus en plus favorable, notamment auprès des patients.

M04 « *Autrefois, dans l'ancien temps (rires) je ne faisais pas de la pub pour Clermont. Mais maintenant, ...quand je pense qu'il faut mieux aller au plus près, eh bien je les encourage à aller à Clermont. Et il y a de moins en moins de réticences.* »

4) Influence de grands centres hospitaliers à proximité.

La stratégie décisionnelle d'hospitalisation était influencée par la présence de centres hospitaliers plus grands à proximité. (Autres références M04 M05 M07 M08) M12 évoquant même une compétition.

M12 « *Alors quand je suis arrivé dans la région, j'étais surpris, il y a un hôpital à Senlis, un hôpital à Creil, une clinique à Chantilly, un hôpital à Clermont, un hôpital à Beauvais ! Ça me semblait très rapproché ! Ces structures (et je ne parle pas de Compiègne) donc ces structures obligatoirement rentrent en compétition. Et je ne comprends pas, il n'y pas assez de médecins et pourtant ces structures entrent en compétition.* »

5) Groupement hospitalier de territoire.

Quelques médecins ont abordé le rapprochement entre le CH de Clermont et le centre hospitalier de Beauvais, à travers le groupement hospitalier de territoire (GHT). Ils l'ont qualifié d'illogique, et d'incompris par les patients.

M08 « *Après je ne trouve pas ça très logique que Clermont soit avec Beauvais, parce qu'en tous cas mes patients vont plus souvent à Creil qu'à Beauvais donc voilà.* »

M14 « *Mais quand vous envoyez un patient à un chirurgien viscéral, mais (sifflement) je vous opère à Beauvais, parce que le plateau technique... Les gens ne comprennent pas ce qu'est un plateau technique...Et de temps en temps, ils arrivent à Beauvais, ils ne sont pas opérés par le chirurgien à qui on l'a adressé, à un moment donné, ça fout les boules ! C'est leur organisation ! La restructuration du plateau technique Beauvais Clermont qui rend les choses compliquées ! »*

Ils appréciaient cependant la présence de consultants beauvaisiens au sein du CH de Clermont.

M12 « *Bien sûr parce qu'il y a des médecins de Beauvais qui consultent chez nous ! Et ce n'est pas plus mal par ailleurs, en particulier en ORL, en dermato. Dans certaines spécialités, ce n'est pas plus mal ! »*

6) Habitudes des médecins généralistes.

Concernant les stratégies d'adressage, certains médecins appelaient leurs confrères hospitaliers avant d'adresser le malade. (Autres références M05 M15)

M02 « *Je prends toujours mon téléphone. J'essaie d'avoir la personne à qui je vais confier mon patient. »*

D'autres cependant, par manque de temps ou par peur de déranger (car ils n'aiment pas être dérangé non plus) renonçaient à appeler.

M04 « *Le fait aussi que je n'aime pas trop être moi-même dérangé au téléphone par les patients etc. même si je les écoute toujours et disons que je bloque rarement. Mais c'est vrai que quand on est en pleine activité, on est avec le patient, le téléphone ça perturbe la consultation, et donc ça, ce que moi je ressens ; je ne veux pas l'imposer aux autres. »*

M12 « *C'est ça, passer des heures et des heures à téléphoner et tout ça, je ne peux pas faire. Je ne peux plus faire, je faisais avant mais maintenant, je ne peux plus faire, c'est trop long. »*

Certains médecins évoquaient l'utilisation d'un réseau de correspondants. (Autres références M09 M12 M14)

M11 « *Après au fur et à mesure aussi, on crée un peu notre réseau, il y a certaines pathologies où on va envoyer sur certains endroits, et d'autres pathologies où on va envoyer sur d'autres endroits. »*

7) Adressage en fonction des patients

L'adressage était effectué préférentiellement vers le lieu de suivi du patient s'il en avait un.

M15 « *C'est le suivi médical antérieur des patients, où ils sont suivis par des spécialistes.* »

Néanmoins, la préférence des patients était aussi suivie.

M12 « *Tout dépend de la volonté du patient, je commence par ça. Parce que les gens ont dans leur imaginaire ou dans leur réalité, des souvenirs qui sont des fois difficiles à entrer en conflit. Et donc c'est pour ça que je commence par demander.* »

IV- Freins et avantages aux admissions directes au CH de Clermont.

1) Un mode d'entrée peu pratiqué.

La possibilité d'entrées directes en service d'hospitalisation semblait peu connue par les médecins généralistes interrogés, mais aussi peu fréquentes de par le nombre restreint de situations auxquelles cela s'appliquait. (Autres références M07 M15 M16)

M05 « *Une hospitalisation directe ce n'est pas fréquent, fréquent quand j'y réfléchis.* »

M06 « *En service de médecine c'est un peu différent mais, moi j'ai jamais appelé la médecine pour qu'ils prennent directement un patient, sauf un patient à transfuser ou quelque chose comme ça.* »

M10 « *Non, je n'en ai jamais eu besoin, soit c'est de l'urgence soit je...je gère.* »

2) Avantages

Les médecins interrogés mettaient en avant un confort pour le patient, évitant l'attente aux urgences, notamment pour les patients fragiles. (Autres références M01 M17) Ils prenaient contact avec leurs homologues hospitaliers directement par téléphone.

M02 « *C'est plus confortable autant pour le patient que pour le médecin.* »

M11 « *Si c'est des patients vraiment fragiles, vraiment compliqués, on essaie de gérer directement avec les hospitalisations en direct. Dans ce cas on appelle directement dans les services on voit si c'est possible ou pas. On décale d'une journée ou deux, ça dépend.* »

M13 « *Passer par les urgences, c'est des heures d'attente pour rien.* »

Une prise en charge adaptée immédiate était également un atout pour M02.

M02 « *C'est vrai que c'est confortable de savoir que le patient va être directement pris en charge pour le sujet auquel il est confronté.* »

3) Problèmes soulevés.

Les urgences étaient vues comme un passage obligatoire, lieu d'un bilan initial systématique, qui semblait plus pratique pour les médecins et plus habituel. (Autres références M02 M05 M06 M09 M10 M12 M13)

M01 « *Je pensais que de toutes façons, le patient était obligé de passer par les urgences.* »

M04 « *C'est pas forcément facile. Parce qu'on a une culture, le service porte finalement c'est souvent les urgences, hein ? On nous a un petit peu formaté comme ça.* »

M17 « *Si c'est un bilan de débrouillage, oui ça serait bien ! Mais on a beaucoup de cas aigus, tout ça, ça passe par les urgences ! Après les personnes âgées, on ne sait pas trop, ça pourrait être bien qu'elles entrent directement en service. Après les urgences ça permet de faire le tri, quoi, quand on ne sait pas trop où les envoyer !* »

M04 et M10 parlaient de la programmation d'hospitalisation suite à une consultation avec un spécialiste.

M10 « *Le patient passe par le chirurgien en consultation qui prévoit un bloc.* »

Un autre frein évoqué était l'indisponibilité des hospitaliers, cependant comprise par les médecins. (Autres références M05 M06)

M02 « *Je me confronte un petit peu leur emploi du temps et à leur disponibilité.*»

Certains ayant souvent eu des refus ne tentaient plus d'admission directe. (Autre référence M17)

M13 « *Non, parce que, ça m'est arrivé de téléphoner dans le service par exemple et on me dit, il faut passer par les urgences. Donc voilà, je passe par les urgences. Je trouve que là il y aurait des choses à faire à améliorer, pour faciliter la prise en charge de ces patients.* »

M07 a été la seule à évoquer l'aile soins de suite et de réadaptation.

M07 « *On a du mal, pour qu'ils prennent des gens en hospitalisation dans les moyens séjours et tout ça c'est compliqué.* »

L'absence de spécialités a été mise en avant par M01 comme frein aux admissions directes

M01 « *Parce qu'en endocrino à l'hôpital de Creil pour équilibrer un diabète, ils me les prennent directement mes patients comme ça. Clermont non j'ai jamais euh... je ne suis jamais passée par le service directement pour hospitaliser des patients en direct.* »

V- Axes d'amélioration

1) Faire connaissance lors de réunions.

Beaucoup évoquaient cette idée qui permettrait de mettre un visage sur leurs homologues hospitaliers. Néanmoins, si leurs avis sur les formes divergent, certains demandent une présentation des champs de compétence, d'autres moins fréquemment plutôt sous forme de formations comme celles proposées par les firmes pharmaceutiques.(Autre référence M02)

M10 « *Qu'ils présentent ce qu'ils ont fait ! On en reçoit bien sûr de la documentation de l'hôpital, ça serait bien de présenter ce qu'ils font de vive voix ! De temps en temps ça serait bien de réunir les médecins de ville !* »

M13 « *Qui permet de mettre une tête sur un nom ! De pouvoir parler de tout et de rien, et à travers cette conversation, de se rendre compte de qui est qui si tu veux. Et à travers ça... Je pense, c'était sympa aussi de se rencontrer sur des thèmes qui nous sont communs ! Médicaux si tu veux ! Et de voir comment on pourrait travailler ensemble ! Comment on pourrait coordonner ? C'est ça aussi.* »

M15 « *Avant il y avait des formations, des choses où on rencontrait les praticiens de vis-à-vis.* »

M16 « *Oui, c'est déjà arrivé qu'on ait des réunions avec certains laboratoires qui nous faisaient montrer certains praticiens, comme ça j'ai fait connaissance avec certains praticiens avec qui je correspondais depuis des années et que je n'avais jamais vu. Donc j'ai pu mettre un visage sur mon correspondant.* »

Ces réunions informelles permettraient une écoute des besoins réciproques mais uniquement dans un cadre médical.

M14 « *Qu'on puisse se rencontrer, régulièrement, sans que ce soit organisé et puis que ça devienne de la routine, de façon ponctuelle, des informations, des trucs, de discuter entre nous mais pas forcément vis-à-vis d'une pathologie ou d'une technique chirurgicale ou quelque chose comme ça. Si on veut que ça s'arrange, eux aussi ils ont des besoins ! Eh bien, qu'ils nous les disent ! C'est tout ! Se rencontrer ! Mais entre médecins, on vire les administratifs !* »

2) Communiquer.

- *Internet*

Certains médecins évoquaient la dématérialisation des comptes rendus et le souhait de communiquer par mail. (Autres références M08 M13)

M03 « *Voilà la façon, je pense, d'améliorer la communication ça serait de mettre en place des communications par mail.* »

M05 « *Oui ça c'est pour les comptes rendus, avoir des comptes rendus par internet c'est plus pratique quoi, mais ça c'est en cours d'installation je pense.* »

Certains médecins souhaiteraient être informé du devenir des patients adressés aux urgences ou de l'hospitalisation de leur patient.

M05 « *Mais souvent quand les gens sont hospitalisés, on n'est pas vraiment au courant qu'ils sont hospitalisés, donc on le sait a posteriori ou quand les familles viennent mais ça c'est un constat dans toutes les structures. Si on était prévenu quand nos patients étaient hospitalisés, ça serait un petit plus, enfin humainement... et pour moi pouvoir prendre des nouvelles, des choses comme ça* »

M08 « *Peut-être que l'informatique pourrait être un moyen facile de donner l'information. Par exemple, le petit papier que j'ai des urgences, il est dans leur ordinateur. Ils appuient sur imprimer et ils le donnent aux gens. Peut-être que s'ils cliquaient sur envoyer au docteur, peut-être que ça pourrait être quelque chose de voilà... Quand les gens entrent à l'hôpital, (parce que dès fois moi je le sais que quand ils sont revenus chez eux deux mois après, parce qu'ils ne m'ont pas appelé avant et que je n'ai pas de compte rendu...) eh bien ils font un petit clic, et nous on a un petit message disant « eh bien tiens, monsieur machin votre patient est entré à l'hôpital tel jour et puis quand il est sorti tel jour et il a eu ça... » Peut-être que des petites choses comme ça permettrait d'accélérer les choses. »*

- *Téléphone.*

Le souhait d'avoir une ligne téléphonique directe pour communiquer avec le médecin hospitalier était également formulé, pour avoir un avis ou pour une hospitalisation. (Autres références M01 M04 M09 M12)

M05 « *Mais c'est vrai que quand on veut hospitaliser un patient souvent le médecin veut un bilan initial, il veut savoir si l'orientation est la bonne, donc oui, avoir un avis direct, une ligne directe. Mais peut être que ça existe déjà et que je ne suis pas au courant.* »

Le centre hospitalier de Beauvais était cité comme exemple ou le CHU (centre hospitalier universitaire) d'Amiens.

M14 « *Avec un numéro de téléphone, s'il y a un problème vous nous appelez. Sur Beauvais ils ont fait 4 numéros d'appel, ça marche très bien ! Enfin, je touche du bois ! A chaque fois, que j'en ai eu besoin, ça a marché très bien ! Et la prise en charge, que ça soit en hémato en néphro, en cancéro, ça marche très bien ! Je pense parce que l'infirmière coordinatrice se démène.* »

M17 « *Par exemple à Amiens, on a une liste de portables avec un médecin ou un interne qui est dédié au service... Quand on a un problème rhumato, quand on a un problème... il y a toujours quelqu'un qu'on peut joindre !* »

3) Une question politique et financière.

M03 et M06 évoquent une problématique budgétaire.

M03 « *Non, je dirai que c'est plus un problème politique que médical. C'est-à-dire si on n'a pas de moyen, on ne peut pas faire grand-chose.* »

M06 « *Enfin, moi j'ai une solution, il faut changer les politiques. Il faut changer les politiques, vous donnez de l'argent à l'hôpital de Clermont et ça marchera mieux !* »

4) Concernant les admissions directes.

La présence d'une ligne téléphonique dédiée, tenue par un non médecin, a été évoquée par M04 et M08

M04 « *Qu'il y ait un numéro de téléphone auquel on puisse accéder qui ne serait pas forcément pour... pas forcément un interlocuteur médecin mais plutôt quelqu'un qui s'occuperait de la gestion ou quelque chose comme ça...Un cadre, de façon à ce que l'on puisse savoir s'il y aurait éventuellement une place pour une personne... »*

M08 « *Un numéro, il n'y aurait que nous qui l'aurait, nous quand je dis « nous », les médecins et qui permettrait de dire, voilà j'ai un monsieur qui n'est pas très bien, il est suivi chez vous, est ce que vous ne pouvez pas me garder un lit, si ce n'est pas demain, si ce n'est pas aujourd'hui.»*

M13 pense que le concept d'admission directe serait à développer.

M13 « *Je pense qu'il faudrait trouver un système entre le médecin de ville et le médecin hospitalier de trouver un accord qui permette, de faire entrer directement le patient en service de médecine, ce n'est pas le caractère urgent, ça peut se programmer. Voilà, il faudrait peut-être trouver une piste là pour faciliter ce genre d'hospitalisation. »*

DISCUSSION

I- Critique de la méthodologie.

1) Choix du sujet.

Entre hôpital local et centre hospitalier régional, existe un panel très divers de différentes structures sous une même étiquette « centre hospitalier ». Du centre hospitalier, muni de services de réanimation, bénéficiant d'une maternité avec néonatalogie comme l'hôpital de Creil au centre hospitalier où le seul réanimateur est le médecin du SMUR ou l'anesthésiste du bloc opératoire comme le CH de Clermont, cette diversité pose la question de l'influence sur les stratégies d'hospitalisation des médecins généralistes. Les petites structures hospitalières voient peu à peu certains de leurs services fermer leur porte. Dans la région, nous pouvons citer le centre hospitalier de Montdidier, qui a vu fermer son bloc opératoire et sa maternité. A l'heure des regroupements hospitaliers et des contraintes budgétaires, l'avenir des petits centres hospitaliers inquiète la population, comme souvent la presse l'évoque (10), et nos politiques, qui en font un sujet de bataille comme l'indiquaient leurs programmes des élections législatives 2017.

Piliers du système de soins actuel, les médecins généralistes, médecins traitants, bénéficient de l'écoute et de la confiance de leurs patients qui leur demandent conseil quand l'heure vient de se tourner vers un hôpital. La relation entre médecins généralistes et centre hospitalier prend alors toute son importance. L'objectif principal de cette étude était de qualifier la nature des relations entre les services d'hospitalisation des petites structures hospitalières et les généralistes, notamment concernant l'adressage. La petite taille favorise-t-elle les relations, ou le manque de moyens techniques détourne-t-il les médecins généralistes des petites structures ?

2) Population étudiée.

- *Biais de sélection.*

Les médecins généralistes interrogés provenaient des communes situées sur les territoires des codes postaux 60600 (bureau de Clermont), 60130 (bureau de Saint Just en Chaussée), 60250 (bureau de Mouy), 60290 (bureau de Rantigny), 60840 (bureau de Breuil le sec). Nous ne sommes pas parvenus à interroger des médecins du territoire du code postal 60140 (Liancourt) qui représentait 7% des patients entrés en médecine en 2015, pouvant induire un biais de sélection.

Par ailleurs, le choix de sélectionner des secteurs de codes postaux a évincé quelques communes proches de Clermont, appartenant à un groupement dont les bureaux postaux étaient éloignés de Clermont. Cette sélection a été établie afin d'avoir des interrogés ayant des relations avec l'hôpital et le connaissant. Cependant, si les médecins adressaient leurs patients à Clermont, nous pouvons imaginer que les relations devaient être bonnes.

Un autre biais de sélection était le volontariat. En effet, les médecins interrogés étaient volontaires, mais ce biais était limité par le fait que les réponses étaient d'emblée favorables.

3) Réalisation de l'étude.

a) Biais d'intervention

Cette étude étant le premier travail qualitatif de l'enquêtrice, son inexpérience a pu biaiser le travail, ce qui se ressent par la durée des entretiens qui est assez courte.

D'autre part, ayant passé deux semestres comme interne au sein du CH de Clermont et exerçant, au moment des entretiens, dans ce secteur géographique, il est possible que, malgré elle, son ton de voix, son attitude non verbale au cours des entretiens ne soient pas aussi neutre que souhaité.

Par ailleurs, la présence du dictaphone a visiblement intimidé certains médecins interrogés. Au cours de l'entretien, certains fixaient le dictaphone et une fois éteint la parole était devenue plus authentique, plus détendue et spontanée. D'autres au contraire, le prenait à témoin comme M08 « *Vous pouvez l'enregistrer le dire, le répéter.* »

b) Biais d'interprétation.

Ce biais a été limité par relecture et codage par un second enquêteur formé à la recherche qualitative.

c) Biais de préconception.

La connaissance du terrain pour les raisons citées dans le biais d'intervention a pu également favoriser un biais de préconception. Cependant, une absence de revue préalable de la littérature a permis de limiter ce biais.

II- Discussion autour des relations.

1) Une appréciation globalement positive.

Les médecins interrogés étaient dans l'ensemble plutôt satisfaits de leur relation avec le CH de Clermont. L'attachement à cet hôpital se ressentait très clairement lors des entretiens. Vu comme un partenaire privilégié par la plupart des interrogés, il était l'hôpital où ils adressaient en première intention. Cet aspect est retrouvé dans la thèse de Gerbaud (11) où ce dernier montrait l'intérêt d'un hôpital local pour attirer les médecins généralistes en zone rurale.

Les médecins interrogés ont parlé d'efforts venant de l'hôpital concernant la communication, notamment par l'envoi de livrets d'informations. La première édition date d'octobre 2016. Trois éditions ont eu lieu en 2017 (Janvier, juin et novembre). Ces livrets nommés « *newsletter* », de quatre pages, présentent les nouveautés concernant l'hôpital. Chaque numéro est l'occasion de présenter un service à travers ses praticiens, leur propre présentation, d'informer sur une activité de l'hôpital (hôpital de jour, plateau technique...) et sur les nouveautés. (12) Il n'y a pas de date d'envoi prédéterminée. L'envoi est pour le moment toujours par voie postale mais il est consultable sur le site internet de l'hôpital. Définir une fréquence d'envoi serait peut-être un moyen de renforcer l'information des médecins généralistes et donc de développer une collaboration plus étroite encore.

Cette initiative est parue suite à un audit d'avril 2016 réalisé auprès des médecins généralistes. En effet, les médecins interrogés ont évoqué ce représentant venu les voir. Pour ceux qu'ils l'avaient évoqué, cet échange avait été apprécié.

Ces éléments positifs entre médecins généralistes et médecins hospitaliers ne semblent pas exclusifs au CH de Clermont. En effet, dans la thèse de Bordier (13) qui étudiait les relations entre médecins généralistes du bassin de Thau (Hérault) et médecins hospitaliers, les conclusions avaient quelques points similaires tant sur les aspects positifs que négatifs. Dans cette étude, les généralistes ne remettaient pas en cause les compétences de leurs confrères hospitaliers. Les aspects négatifs étaient marqués par une communication, notamment téléphonique, difficile avec les praticiens hospitaliers, la difficulté à réaliser des hospitalisations directes à cause de l'organisation hospitalière des soins, et un manque d'intégration à la prise en charge hospitalière de leurs patients. Le manque de considération des spécialistes hospitaliers était également ressenti.

La facilité de communication avec les confrères était mise en avant dans cette petite structure même s'il persiste des freins, mais qui semblent communs à tous les services hospitaliers

2) Des aspects négatifs des relations partagés avec les autres hôpitaux.

Plus que la structure elle-même, le système hospitalier dans son ensemble était souvent l'objet des critiques des médecins interrogés.

Un des objets de critique était les comptes rendus d'hospitalisation, notamment leur lenteur.

Depuis juillet 2016, selon l'article R112-1-2 du Code de Santé Publique (14), les comptes rendus d'hospitalisation ont laissé place à un document unique : la lettre de liaison. La lettre de liaison, rédigée par le médecin qui a pris le patient en charge, doit correspondre à 14 critères de qualité dont 2 obligatoires selon l'HAS (Haute Autorité de Santé) (15): elle doit être présente dans le dossier du patient et datée du jour de la sortie. Les autres critères regroupent 6 critères médico-administratifs (remise au patient de la lettre de liaison à la sortie, nom et coordonnées du médecin destinataire, identification du patient, date d'entrée et de sortie, nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison, destination du patient à la sortie) et 6 critères médicaux (motif de l'hospitalisation, synthèse médicale du séjour, risques liés à l'hospitalisation (portage de bactérie multi-résistante, transfusion, dispositifs médicaux implantables, survenue d'évènements indésirables), actes techniques et examens complémentaires, traitements médicamenteux, planification des soins). Il faut noter que s'il manque des éléments au courrier initial (résultats en attente par exemple), une version intermédiaire doit être adressée au médecin traitant puis une version complétée. Ces critères permettent d'établir un indicateur de qualité, rendu publique à partir de 2018, avec un objectif de 80% des dossiers comportant les informations demandées. Cette lettre doit être remise au patient au moment de sa sortie et transmise à son médecin traitant (et au médecin qui a adressé le patient si différent) par messagerie électronique sécurisée ou tout moyen garantissant la sécurité des informations.

Cet aspect législatif récent ne semblait pas encore appliqué par les hôpitaux, selon les médecins interrogés, sans cependant être spécifique du CH de Clermont. Ce qui est d'autant plus dommageable que les médecins libéraux décrivaient leur relation avec leurs homologues hospitaliers comme étant essentiellement épistolaire, une absence de fluidité dans la communication est donc particulièrement nocive pour les relations. Recevoir tardivement les lettres de liaison est un problème conséquent pour le médecin généraliste. D'une part, cela

nuit à la coordination entre les soins prodigués lors du séjour hospitalier du patient et son retour à domicile ; si un évènement intercurrent survient entre la sortie du patient et la réception de la lettre il sera nettement plus complexe pour le médecin libéral de le prendre en charge. D'autre part, les patients hospitalisés consultent très régulièrement leur médecin traitant dans la suite de leur hospitalisation dans le but de comprendre leur pathologie et leur modification de traitement, l'explication ne peut pas être satisfaisante en l'absence de cette lettre.

L'absence de relation était également citée. Plutôt que de mauvaises relations, ce sont des relations insipides, presque aseptisées, manquant de confraternité qui étaient décrites par les médecins interrogés. La difficulté d'accès aux confrères à cause des standards était mise en cause. L'appel téléphonique, initialement simple et rapide, devient chronophage et provoque le renoncement à appeler les confrères. Sans échange, le lien se perd. Le temps est une denrée précieuse de part et d'autre. En effet, tous reconnaissent un engorgement du système de soins. La peur de déranger le confrère que l'on sait débordé est aussi un facteur limitant l'utilisation du téléphone. Les médecins généralistes se raréfient dans le secteur, les autres spécialistes aussi tandis que la population isarienne vieillit et se densifie. (3) (4)

3) Une méconnaissance mutuelle.

Les médecins libéraux étaient en demande de disponibilité de la part de leurs confrères hospitaliers, évoquant le fait d'avoir besoin d'une réponse immédiate, au format d'une consultation. Les deux pratiques sont très différentes. Seuls deux médecins interrogés ont été salariés d'un hôpital dans cette étude, les quinze autres n'ont donc pas vécu de l'intérieur la journée d'un médecin hospitalier depuis la fin de leurs études de médecine, donc au vu de la moyenne d'âge, entre vingt et trente ans pour la plupart. La formation actuelle des médecins hospitaliers étant très peu libérale mais très majoritairement hospitalo-universitaire, la connaissance des praticiens hospitaliers d'une journée ordinaire d'un médecin généraliste libéral ne lui est pas familière non plus. Cette méconnaissance mutuelle est à l'origine d'incompréhensions de part et d'autre. Le médecin généraliste définit ses horaires de consultations indépendamment, et ses décisions n'impliquent que son patient et lui. L'hospitalier ne peut pas accepter une hospitalisation directe en dehors des horaires de bureau, en accord avec l'équipe soignante, pour vérifier la disponibilité des lits. Le médecin généraliste a le patient devant lui le temps d'une consultation où il doit prendre sa décision rapidement, pour ne pas accumuler de retard, mais le voit plus régulièrement. L'hospitalier a le patient le temps de l'hospitalisation à chaque instant mais uniquement durant son séjour.

Au-delà de la connaissance des personnes, très fréquemment cités par nos médecins interrogés, une connaissance mutuelle pratique de leurs modes d'exercice respectifs permettrait une meilleure compréhension. Là où certains voyaient un mépris de la part du système hospitalier, ils verraient une réalité de terrain s'imposant à tout à chacun. La formation initiale du médecin est évidemment fondamentale pour cette connaissance ; mais l'évolution des pratiques est telle qu'au bout de quelques décennies d'exercice, le visage de la médecine de ville et de la médecine hospitalière a changé, change et changera. Elle ne peut donc pas suffire.

4) Instabilité, politique et budget.

Certains médecins évoquaient un problème politique et budgétaire. L'année 2017 où l'étude a été menée était une année électorale, élections présidentielle, législative et sénatoriale, justifiant peut-être la position politique de certains interrogés portés par l'émulation collective. Les choix politiques seraient, selon eux, responsables des problèmes budgétaires et du changement permanent des praticiens hospitaliers, ces derniers n'ayant pas les moyens de travailler convenablement. Cette instabilité fut nocive pour la qualité des relations entre médecins libéraux et praticiens hospitaliers, la confiance n'ayant pas le temps de s'installer. Le renouvellement perpétuel des praticiens hospitaliers était critiqué par de nombreux médecins.

L'inquiétude au sujet du devenir de certains services influençait leur adressage vers d'autres structures, favorisant par là même la baisse d'activité de certains services et donc leurs possibles fermetures.

Comme beaucoup d'hôpitaux français, le CH de Clermont a fait l'objet d'un rapport de la Cour des Comptes, fin 2014, (16) qui faisait état de la mauvaise santé financière de l'établissement qui s'aggravait au fil du temps. D'un point de vue autre que médical, la Cour des Comptes proposait de rechercher des économies pour le traitement du linge et la réalisation des analyses médicales (actuellement toujours sous-traités au CHI). Concernant l'activité en elle-même, elle recommandait de rationaliser l'offre de soins et de réfléchir quant à l'avenir de certains services, dont les finances pouvaient à elles-seules mettre en péril la santé financière de l'établissement. Il fallait alors trouver le juste équilibre entre le coût de ces services, leurs rôles dans le fonctionnement de l'établissement et dans le besoin sanitaire du bassin de vie. *« L'établissement ne peut assumer seul l'activité d'obstétrique qui, en l'état, contribue fortement à son déficit et menace, par contre-coup, l'équilibre financier de toute la*

structure. ». La Cour des Comptes laissait alors le soin à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de juger de l'utilité du maintien de l'activité. Concernant la chirurgie, l'utilité de l'activité pour le service des urgences est telle, qu'elle conseillait le maintien de l'activité malgré les finances.

Une bataille médiatique, politique et populaire a alors commencé. Les médecins généralistes décrivaient de bonnes relations avec la maternité et le service de gynécologie-obstétrique mais le couperet de renouvellement de l'autorisation de l'ARS se ressentait. Certains détournaient leur patientèle obstétricale de la maternité, défavorisant son activité, n'assurant pas sa survie économique. Fin 2017, l'annonce de la fermeture de la maternité de Clermont tombait.

L'inquiétude était d'autant plus grande qu'elle n'était pas la seule maternité en cause. En décembre 2017, la direction du groupement hospitalier du sud de l'Oise (GHPSO) a évoqué l'idée de regrouper les maternités de Senlis et Creil à Senlis afin d'établir une grande maternité de niveau 3(17). L'Oise compterait alors trois maternités publiques (Beauvais, Senlis et Compiègne), provoquant un profond remaniement dans le réseau de soins de la femme et de l'enfant dans un département avec un indicateur conjoncturel de fécondité élevé (2,12 enfants par femme contre 2,08 dans la région et 2,00 en France) alors que les Isariens souffrent déjà d'un éloignement des équipements de santé (18).

5) Groupements hospitaliers de territoire.

Depuis juillet 2016, les hôpitaux doivent se réunir au sein de GHT (19). Au nombre de 135 au niveau national, 14 en Hauts de France et 3 dans l'Oise. Ces GHT coordonnent les établissements publics pour une prise en charge commune et graduée du patient. L'objectif était de mutualiser les moyens, pour mieux organiser les prises en charge médicales, territoire par territoire répondant aux besoins de la population.

Le CH de Clermont appartient au GHT Oise Ouest et Vexin, dont l'établissement support est le Centre Hospitalier de Beauvais. Dans ce GHT s'ajoutent également le Centre Hospitalier de Chaumont-en-Vexin, et les hôpitaux locaux de Crèvecœur-le-Grand et de Grandvilliers. Ainsi, par exemple, le centre hospitalier de Beauvais assure la fonction achat pour l'ensemble des établissements du GHT(20). Cela permet pour les établissements moins consommateurs, par exemple de fournitures de bureau, de bénéficier de tarifs avantageux. Le CH de Clermont et celui de Beauvais projettent de changer certains équipements de radiologie, ils devront le faire ensemble dans une même procédure. (21)

Ce découpage géographique a surpris quelques médecins, qui de par le lieu de suivi de leur patientèle s'attendait à un rapprochement du GHPSO. Il est vrai que les secteurs, où les médecins étaient interrogés, étaient pour la majeure partie plus proche de Creil que de Beauvais. L'idée fondatrice de mutualisation des moyens plaisait sur l'aspect de l'envoi de consultants du centre hospitalier de Beauvais au plus près de leur patientèle. Cependant, l'organisation intrinsèque en rapport n'était pas bien comprise, notamment au niveau chirurgical. L'idée qu'un chirurgien puisse consulter à Clermont sans pouvoir opérer sur place, à cause du plateau technique, était difficile à comprendre, notamment pour les patients. Une diversité importante de consultants ne permet pas un élargissement du plateau technique, chirurgical ou oncologique, par exemples, des petites structures hospitalières. Elle permet un poste avancé pour des consultations, des avis, un accès pour tous à leur compétence. Dans un contexte où les techniques médicales sont de plus en plus pointues et coûteuses, la fédération des moyens apparaît nécessaire pour ne pas avoir à sacrifier la qualité des soins sur l'ensemble du territoire.

6) Un petit hôpital : un atout pour mieux se connaître ?

On aurait pu penser que la petite taille de la structure, et donc le petit nombre de praticiens y exerçant permettrait une réelle connaissance personnelle entre médecins de ville et médecins hospitaliers. Cependant, la connaissance des praticiens hospitaliers par les médecins généralistes n'apparaît pas meilleure dans cette petite structure puisque le manque de connaissance de leurs confrères a souvent été cité. Le renouvellement incessant des praticiens hospitaliers a été mis en cause. Néanmoins, si certains médecins apparaissant comme des piliers de l'hôpital ont été cités, d'autres y exerçant depuis des années voire des décennies n'ont jamais été cités par les médecins. Prenons l'exemple du service de médecine. Trois médecins y exercent à temps plein et un quatrième à temps partiel. Aucun n'a été cité dans les entretiens, le dernier praticien est arrivé en juin 2016, les autres sont présents depuis de nombreuses années. Nous pouvons alors nous interroger sur la raison de cette méconnaissance alors qu'ils font partie du maillage de soins du territoire depuis de nombreuses années. Le livret d'information de janvier 2017 présente le service de médecine et son chef de service, le nombre de praticiens, leurs qualifications mais leurs noms ne sont pas indiqués. Lorsque vous consultez le site internet de l'établissement, le nom des praticiens est indiqué mais il semble que ce média ne soit pas régulièrement mis à jour. En effet, le nom du chef de service n'apparaît pas (arrivé en juin 2016). Pour un médecin généraliste cherchant un correspondant hospitalier, il n'est donc pas aisé de s'y retrouver. Autant sur le site internet que sur le livret d'information, aucun mail ou numéro de téléphone n'apparaît en dehors de

celui du standard. Le personnel dédié à la communication est sans doute moins nombreux que dans les structures plus importantes, ce qui pour la diffusion de l'information, notamment numérique est un frein. De la même façon que pour le plateau technique, les centres hospitaliers de petite taille n'ont pas les mêmes moyens que les structures de pointe car les besoins sont différents. La petite taille ne semble donc pas être un gage de facilité pour se connaître entre médecins de ville et médecins hospitaliers. La mise en commun des moyens grâce aux GHT sera peut-être un moyen pour les petites structures de développer leur communication.

III- Autour de la stratégie d'adressage.

1) Un hôpital de proximité.

Situé au cœur de l'Oise, le CH de Clermont a une situation géographique le positionnant au cœur du réseau de santé isarien. En effet, il se situe entre Beauvais, Creil et Compiègne qui comportent des centres hospitaliers et des cliniques de tailles plus importantes que le CH de Clermont. Il dessert donc une zone géographique où la population à quelques minutes près pourrait choisir une structure plus importante par sa taille, provoquant même l'étonnement d'un médecin interrogé au sujet d'une possible concurrence entre les structures.

Néanmoins, les médecins interrogés appréciaient cette proximité étroite. L'Oise, tout comme à l'échelle nationale, est un département à la population vieillissante. Les besoins de santé vont donc croissants d'autant plus que la population isarienne s'accroît et que le nombre de généralistes baisse (4). Les besoins de cette population généralement polypathologique sont spécifiques. Les durées de séjour sont longues avec parfois, un séjour en service de soins de suite et de réadaptation. Le soutien de l'entourage est clé dans ces moments où la personne âgée peut vite perdre son autonomie. L'entourage de nos séniors vieillit avec eux, les époux et épouses, qui conduisent, apprécient de pouvoir venir par eux-mêmes à l'hôpital mais redoutent souvent les longs trajets ou trajets urbains. Pour cet entourage vieillissant (les enfants des nonagénaires sont souvent des septuagénaires avec leurs faiblesses également), les visites sont possibles et plus fréquentes grâce à la proximité des petites structures hospitalières (10) ce qui justifie l'attachement des médecins libéraux et de la population à ces structures.

Par ailleurs, on peut noter qu'aucun des médecins interrogés n'a parlé des autres structures hospitalières de petites tailles avoisinantes, notamment l'hôpital gériatrique Paul Doumer

situé à 12 kilomètres de Clermont. Cet hôpital de l'AP-HP (Assistance publique-hôpitaux de Paris) accueille 29 lits de gériatrie aigüe et 60 lits de soins de suite et réadaptation (22). Les autres hôpitaux ou villes ont tous été évoqués à un moment donné par un des 17 interrogés, mais cet hôpital qui accueille en aigüe quasiment autant de lits que le CH de Clermont en médecine n'a jamais été cité. Est-ce le caractère spécifiquement gériatrique de l'hôpital Paul Doumer qui a conduit les médecins à ne pas faire le lien avec la thématique ? Le fait qu'aucun praticien ne l'ait évoqué peut nous laisser penser que le CH de Clermont occupe une place particulière aux yeux des généralistes interrogés. Ceci peut constituer un biais à prendre en compte pour une extrapolation éventuelle des résultats.

2) Influence d'une image.

Les médecins exerçant dans ce secteur depuis de nombreuses années avaient, auparavant, une image très négative du CH de Clermont. Ressenti présent également chez les patients, sans doute influencés par leurs médecins, qui pour certains demeurent particulièrement réfractaires à s'orienter vers le CH de Clermont. Chez ces médecins, l'évolution de l'image est nettement favorable dans l'ensemble.

Chez les médecins connaissant depuis moins longtemps le terrain, certains décrivaient une méfiance initiale liée aux dires des patients, d'autres l'absence d'a priori.

L'apparence extérieure des locaux ne favorise pas une bonne image de cet hôpital. Il ne constitue pas un cadre agréable tant pour y travailler que pour s'y faire soigner. Des investissements, pour améliorer les locaux notamment les urgences l'unité de soins longue durée et 30 lits d'établissement pour personnes âgées dépendantes, sont prévus à hauteur de 22 millions d'euros (23).

Dans tous les cas, ce sont de bons retours des patients qui peu à peu ont restauré l'image du CH de Clermont. L'arrivée de praticiens reconnus, une meilleure communication avec l'hôpital, ne sont sans doute pas étrangères à l'amélioration de l'image.

A l'heure où la réputation numérique prime, où chacun peut exprimer son avis sur la toile sans contrôle, nous avons fait un tour d'horizon des avis Google des hôpitaux proches de Clermont (notes au 26/02/2018). En effet, lorsque vous tapez dans ce moteur de recherche, un des plus utilisés, le nom de l'hôpital vous trouve son adresse, une image et une note moyenne sur 5 étoiles, issue des notes des utilisateurs Google, commentées ou non. Cet aspect n'est pas un reflet optimal de la réputation numérique d'un établissement, cependant, c'est une des premières choses qui attire le regard d'un internaute en quête de renseignements sur

un établissement. Ainsi, quand l'internaute cherche un numéro de téléphone ou une adresse, il voit systématiquement cette note qui peut influencer son choix.

Tableau2 : réputation numérique des établissements hospitaliers à proximité

Nom de l'établissement	Nombre d'étoiles	Nombre d'avis d'utilisateurs Google
CH Clermont	3.5	11
Centre hospitalier de Beauvais	2.8	81
Centre hospitalier de Chaumont en Vexin	2.3	3
Centre hospitalier de Creil	2.1	48
Centre hospitalier de Senlis	3	11
Centre hospitalier de Compiègne	3	56
Polyclinique Saint Côme Compiègne	3.2	61
Clinique du Parc Beauvais	2.3	22
Clinique des Jockeys Chantilly	2.8	19
Hôpital Paul Doumer AP-HP (Labruyère)	2.9	37
CHU Amiens-Picardie	3.8	17
Hôpitaux locaux de Crèvecœur-le-Grand et Grandvilliers		0

On peut noter le peu d'avis exprimés pour la référence CHU Amiens-Picardie, sans doute lié, à différents référencement pour un même établissement (notes différentes pour l'hôpital nord et l'hôpital sud, pour l'appellation CHU Amiens-Picardie ou centre hospitalier universitaire d'Amiens dans la barre de recherche Google). Cela montre la faiblesse de la représentativité des avis des usagers des hôpitaux par ce moyen. Elle est cependant la plus visible.

On note également que le CH de Clermont est plutôt bien noté par rapport aux structures avoisinantes. « L'image Google » de l'établissement n'est donc pas aussi ternie que ce qu'il semblait se murmurer dans les cabinets médicaux. Sans doute, est-ce lié au caractère récent de ces évaluations numériques. En effet, l'image négative venant essentiellement du passé, ce

mode d'évaluation étant récent, on peut penser que ces avis sont un aperçu récent de l'établissement concerné.

3) Un hôpital de petite taille, un hôpital plus humain ?

Même dans les opinions les plus sévères concernant le CH de Clermont, il était toujours admis que les patients rapportaient qu'ils avaient été bien accueillis. La qualité humaine des équipes était souvent citée. Les louanges des patients ne portaient pas sur l'aspect technique mais sur l'aspect humain. Reprenons la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) du mot santé : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* ». Le temps consacré au bien-être physique du patient (soins d'hygiène et de confort), au temps d'écoute et d'échanges avec toute l'équipe médicale, paramédicale passe devant les gestes et soins techniques aux yeux du patient. Pour l'aspect physique, le bien-être passe par l'amélioration de l'état somatique du malade, mais pas uniquement. La prévention des escarres, la vigilance des équipes sur l'installation des patients, des petites attentions, un sourire, une parole, n'ont pas l'effet d'un geste technique de haut niveau mais ce geste seul ne peut permettre un « *bien-être physique, mental et social* ». Les personnes les plus fragiles, les personnes âgées sont celles qui nécessitent sans doute le plus de ces petites attentions. La labellisation gériatrique des services d'hospitalisation peut-être vue comme négative, mais les médecins généralistes y adressent leurs patients âgés pour la qualité de l'accueil, chez des patients pour qui l'hospitalisation est souvent aussi longue que délétère.

4) Une prise en charge de qualité.

Une des définitions récentes selon l'ISO (Organisation Internationale de Normalisation) de la qualité est « *l'obtention de la satisfaction durable du client, en répondant à ses besoins et attentes, au sein d'un organisme s'engageant à améliorer constamment son rendement et son efficacité.* » (24). En 1987, l'OMS définit la qualité dans les établissements de santé comme « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». Le coût de la non-qualité représenterait au moins 20% des ressources hospitalières (coût d'évaluation, coût d'erreurs internes, coûts internes de sur-qualité, coûts d'erreur externes) (24).

Les médecins interrogés ont parlé de la qualité à plusieurs reprises. Les actes diagnostiques et thérapeutiques possibles ou non sur place ont été évoqués. Le champ technique possible sur place était parfois limitant. Cependant, l'intégration au GHT devrait gommer ces limites techniques grâce au partenariat avec le Centre Hospitalier de Beauvais. Les patients sont cependant inclus dans une prise en charge à cheval sur les deux structures, ce qui peut poser des problèmes de compréhension par le patient et logistique (capacité pour le patient de se rendre à Beauvais en ambulatoire, inconfort des allers et retours en ambulance si hospitalisé). L'aspect humain semblait favorable dans cette étude.

L'aspect économique de la qualité a été peu évoqué par les médecins interrogés. Certains admettent l'impossibilité de disposer de tout dans un petit hôpital comme celui du CH de Clermont en terme économique et de rentabilité. D'autres ont discuté du manque de moyens. Aucun n'a parlé du meilleur coût. Nous savons tous que la santé à un coût, que pour préserver notre système de soins, des efforts sont à fournir, mais n'aurions-nous pas tendance à l'oublier quand notre empathie prend le dessus ?

IV- Autour des admissions directes.

Les admissions directes sont peu pratiquées et peu connues par les médecins généralistes interrogés. La qualité des relations entre médecins généralistes et médecins hospitaliers est fondamentale pour organiser ces hospitalisations.

1) Doléances des médecins généralistes.

Les médecins généralistes, ayant une activité de consultation avec un temps défini face à leur patient, ont besoin d'une réponse immédiate à leur demande d'hospitalisation directe. Pour cela, ils doivent donc savoir qui joindre en première intention, connaître le ou les praticiens à joindre en cas de besoin. Ils doivent également savoir par quels moyens les joindre. Les patients ont généralement du mal à accepter une hospitalisation, voir leur médecin errer d'un secrétariat à un autre, ne renforce pas leur confiance en l'hospitalisation.

Une étude a été menée en 2005 à l'AP-HP par simulation d'un appel de médecin généraliste en demande d'hospitalisation directe (25). Sur 55 services sollicités (une proposition par service), 22 hospitalisations ont pu aboutir. Sur les 33 échecs, 17 étaient liés à l'absence de l'interlocuteur compétent (en réunion ou introuvable), 13 à l'absence de place (orientation dans 6 cas vers les urgences, dans 3 cas vers une autre structure, dans 4 cas aucune proposition). La problématique de trouver le bon interlocuteur n'est donc visiblement pas propres aux petites structures.

Par ailleurs, même si tout va au plus vite, préparer une admission directe est chronophage pour le médecin généraliste. Avant de joindre l'hospitalier, il a fallu examiner le patient, poser l'indication, convaincre le patient, et ensuite une fois l'accord hospitalier obtenu, rédiger un courrier optimal pour que l'hospitalisation soit la plus efficace possible. Le passage par les urgences évite l'étape « téléphone » qui peut être la plus longue. Celle-ci doit donc être la plus concise possible afin de faciliter la tâche du médecin généraliste.

L'absence de services de spécialités au sein du CH de Clermont, peut être également un frein pour les médecins généralistes. En effet, elle ne permet l'admission que pour des bilans généraux et non de bilans ou actes spécifiques.

Une thèse réalisée dans le Morbihan, (26) retrouvait des freins similaires : l'urgence, le manque de places, la spécialité et le refus des patients ou des hospitaliers à plus d'un an de la mise en place d'une ligne téléphonique directe pour joindre un confrère hospitalier. Les mêmes avantages aux hospitalisations programmées ont été retrouvés : éviter le passage aux urgences, notamment pour les personnes âgées, prise en charge adaptée.

2) Utilité des admissions directes.

Une étude à l'hôpital Bichat (27) a comparé 2 profils de patients admis dans un service de gériatrie aigüe : ceux entrés en admission directe, ceux passés par les urgences. Les patients des urgences étaient plus dénutris, plus âgés, venaient plus souvent pour chute. La gravité clinique des patients était cependant la même, avec une même durée moyenne de séjour. Cependant les patients adressés directement par leur médecin traitant rentraient plus fréquemment à domicile sans transfert en soins de suite, sans aide supplémentaire. L'article conclut que les admissions directes sont une alternative intéressante pour des patients avec des symptômes subaigus.

Cela vient corroborer les propos des médecins généralistes interrogés. Beaucoup y voient une alternative intéressante pour les patients, notamment les plus fragiles, pour éviter un passage inconfortable dans le service des urgences, avec une attente potentiellement iatrogène. Les hospitalisations programmées pourraient également être un moyen de réduire les durées moyennes de séjour en regroupant au maximum les examens paracliniques en une durée minimale ou un moyen d'éviter des allers et retours à l'hôpital dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire.

3) Problématiques pour les médecins hospitaliers.

Si le sujet soulève des problématiques côté libéral, il en soulève également côté hospitalier. Pour organiser des admissions directes, le médecin hospitalier doit être joignable. Cependant, ils n'ont pas forcément l'équipement pour. Seule une petite partie des médecins, à l'hôpital de Clermont, possède un téléphone nominatif. Par ailleurs, la plupart des médecins hospitaliers, ont une fonction à la fois en salle dans le service, mais aussi une activité de consultations. Alors qu'il est en consultation, il est plus difficile d'organiser une hospitalisation directe avec un médecin généraliste alors qu'il a un autre patient devant lui.

L'absence de bilan préalable peut également gêner le médecin hospitalier. En effet, le bilan réalisé en ville peut être lacunaire et l'état du patient peut être rapidement évolutif en fonction des pathologies.

Encore une fois, la confiance doit être réciproque entre le médecin de ville et le médecin hospitalier.

4) Les urgences : une facilité mais à quel prix ?

Porte d'entrée principale des services d'hospitalisation, le service des urgences est de plus en plus sollicité. Les médecins généralistes sont de moins en moins nombreux pour une population vieillissante, la population se tourne maintenant très facilement vers le service des urgences qui se trouve engorgé. Les admissions directes des patients relativement stables pourraient être un moyen de les soulager un peu. Cependant, le passage par le service des urgences permet un bilan initial, une confirmation de l'orientation ou une orientation plus adaptée, et un gain de temps pour le médecin généraliste. L'adressage aux urgences est aussi une habitude.

V- Améliorer le partenariat ville-hôpital.

1) Communiquer par internet.

Au cours des dernières années, la révolution numérique fait aussi son œuvre dans les métiers de santé. La dématérialisation des lettres de liaison est devenu monnaie courante. L'équipement des médecins généralistes avec une messagerie sécurisée est incité par le forfait structure des ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) (28). Il peut s'agir de messageries gratuites comme MAILIZ (messagerie sécurisée proposée par les ordres de santé de l'espace de confiance MSSanté par l'ASIP Santé (agence française de la santé numérique))

(29) ou Medimail ou encore payante comme Apicrypt (environ 70000 utilisateurs professionnels de santé en 2017) (30). Elle permet l'échange sécurisé de données à propos des patients. La caisse d'assurance maladie incite donc les médecins libéraux à s'équiper.

Cependant, l'équipement doit exister des deux côtés. Les établissements de santé se mettent peu à peu à la messagerie sécurisée. Les boîtes mail des praticiens du CH de Clermont, ne correspondent pas pour le moment à des adresses sécurisées. Les échanges confraternels s'effectuant par courriels ne sont donc pas sécurisés, et les données échangées potentiellement soumises aux risques de piratage informatique.

Au-delà des échanges entre confrères, ce sont surtout les lettres de liaison qui importent les médecins généralistes. Les quelques jours nécessaires aux services postaux pour délivrer une lettre et les aléas postaux (erreur d'adresse, courrier égaré, médecin homonyme...) seraient ainsi écartés pour une communication plus fluide et plus directe. Un autre avantage pour les médecins généralistes est la simplification des tâches que cela représente. En effet, le courrier reçu par messagerie électronique est souvent directement inclus dans le dossier du patient, ce qui évite au médecin généraliste (ou à sa secrétaire) de scanner le courrier version papier puis de l'ajouter au dossier numérique du patient ou de le classer dans le dossier papier du patient ; ce qui peut représenter plusieurs dizaines de minutes par semaine.

2) Communiquer par téléphone.

Le souhait de disposer d'une ligne directe pour joindre les hospitaliers, en évitant le standard a été formulé à de nombreuses reprises. L'exemple du CHU d'Amiens avec ses numéros directs pour avis a été cité, ainsi que l'hôpital de Beauvais et ses quelques numéros directs où des infirmières coordinatrices répondent à la ligne. L'idée est d'aller directement au correspondant souhaité, afin d'obtenir la réponse au plus vite sans se perdre dans les méandres des secrétariats. Au sein du CH de Clermont, toute communication extérieure passe par le standard. Il n'y a pas de ligne directe. Un des moyens d'optimiser le temps d'attente est de connaître le numéro de poste de son correspondant, mais les médecins extérieurs n'ont pas accès à ces données. Une voie d'amélioration serait peut-être de donner aux médecins du Clermontois, les numéros de poste des principaux services et secrétariats, ainsi que des rares médecins équipés d'un téléphone nominatif. Equiper tous les médecins d'un téléphone nominatif indépendant du standard serait idéal mais peut-être trop onéreux pour une petite structure dont les finances sont déjà mises à rude épreuve.

3) Se réunir pour mieux se connaître.

Connaître le visage des confrères et leur personnalité, voici ce qui ressort principalement des requêtes des médecins généralistes interrogés. Pour cela différentes pistes ont été évoquées, notamment l'organisation de réunions.

Même si ce n'était pas les plus fréquemment désirées, des réunions de type formation ont été proposées. Deux types sont possibles. Des réunions sur le modèle des formations proposées par les laboratoires pharmaceutiques, un spécialiste parle d'une thématique donnée qui souvent met en avant le produit du laboratoire, un dîner est généralement proposé par la suite ce qui permet un échange confraternel informel entre le spécialiste et les différents participants. Ces réunions soulèvent le problème de l'influence des laboratoires pharmaceutiques auprès des praticiens libéraux comme hospitaliers. D'autres réunions existent l'exemple du cercle médical post-universitaire de Senlis (31) a été cité. Une fois par mois dans une salle de l'hôpital, des spécialistes généralement de l'hôpital ou plus rarement du CHU interviennent devant les membres du cercle, qui paient une cotisation annuelle. Cela permet de connaître les spécialistes locaux, leur façon de travailler et leurs personnalités.

Le plus souvent les médecins interrogés demandaient des réunions informelles pour échanger librement sur leurs compétences et besoins réciproques. Là encore, nous pouvons imaginer deux types de réunions. Une première qui aurait lieu au sein de l'hôpital avec les différents praticiens hospitaliers, les médecins généralistes seraient invités à une présentation des services et des praticiens, un échange serait alors possible dans une deuxième partie. Cela nécessiterait de réunir les médecins généralistes locaux en un même endroit en un même moment. Chacun ayant des contraintes horaires différentes, cela paraît d'organisation complexe. Une autre option serait d'organiser au sein de chaque cabinet une réunion avec les hospitaliers. Dans les maisons de santé pluridisciplinaire, ou les cabinets de groupe cela pourrait prendre la forme de réunions avec l'ensemble des médecins, l'émulation de groupe pourrait permettre de libérer la parole et d'avoir des propos plus libres sur les requêtes mutuelles. En exercice individuel, un échange simple pourrait être proposé. Une réunion semblable, suite aux tous premiers résultats de cette étude, a été organisée en janvier 2018, au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire. L'échange a semblé fructueux de part et d'autre avec une satisfaction mutuelle du médecin hospitalier qui est allé à la rencontre de ces médecins généralistes et des médecins rencontrés.

4) Concernant les admissions directes.

La rapidité de réponse était un élément clé demandé par les médecins généralistes avec la connaissance de leurs homologues hospitaliers. En dehors d'une ligne directe pour joindre un hospitalier qu'ils connaîtraient, une autre piste était une ligne directe pour connaître le nombre de places disponibles sur l'hôpital et la possibilité ou non de réaliser une entrée le jour même ou le lendemain en hospitalisation directe. Cette ligne ne serait pas nécessairement tenue par un médecin, un médecin interrogé évoquait un cadre de santé. Dédier un poste uniquement pour les entrées directes et la gestion des lits serait un coût sans doute trop important dans une petite structure.

Dans les cas où une ligne téléphonique directe avec un médecin hospitalier a été mise en place, elle a été appréciée par les médecins locaux (26) (32) Cependant, elle ne révolutionne pas la pratique des médecins généralistes, mais aide la réalisation d'entrées directes en médecine. (26)

Des résultats similaires aux nôtres ont été trouvés dans une thèse réalisée sur la communication entre médecins généralistes et le centre hospitalier de l'Ouest Vosgien(33). Près de la moitié des médecins interrogés ne se sentaient pas assez et n'étaient pas assez informés sur l'offre de soins de leur hôpital. Leurs demandes étaient similaires à celles des Clermontois : une meilleure communication avec leurs confrères hospitaliers par une ligne téléphonique directe, recevoir les lettres de liaison par mail et pouvoir réaliser des hospitalisations directes.

CONCLUSION.

La petite structure locale que représente le CH de Clermont est vue comme un partenaire de travail par les médecins généralistes interrogés. Leurs relations avec les services d'hospitalisation comme avec l'ensemble de l'hôpital sont plutôt bonnes. Un climat de confiance est instauré entre les partenaires. Cependant ces relations sont ternies par un climat de renouvellement permanent des praticiens hospitaliers et par une incertitude de la survie de certains services qui peuvent pousser les praticiens à orienter leur patientèle autre part, favorisant plus encore la fragilité de ces services. Les médecins généralistes insatisfaits de leurs relations avec le CH de Clermont ne décrivaient pas leurs relations comme mauvaises mais comme absente ou insipide. Ce caractère n'était pas spécifique au CH de Clermont, et quelques médecins évoquaient l'absence de considération du système hospitalier à leur rencontre. Le fait de ne pas connaître leurs homologues hospitaliers était regretté de tous.

Concernant la stratégie d'hospitalisation employée par les médecins interrogés, le CH de Clermont était souvent l'hôpital où ils adressaient leurs patients en première intention. La proximité, la qualité de la prise en charge, l'humanité et le bon accueil dont les patients bénéficiaient, étaient des atouts majeurs du CH de Clermont. L'absence de services spécialisés était regrettée, ainsi qu'un plateau technique un peu plus conséquent ; même s'il était admis, qu'une petite structure ne pouvait pas tout avoir. Une image négative quasiment historique colle au CH de Clermont. Cette image s'estompe pour laisser place à une image de plus en plus favorable tant auprès des praticiens qu'auprès des patients. L'appartenance au GHT Oise ouest et Vexin a surpris certains, mais la plupart appréciaient la présence de consultations avancées de praticiens beauvaisiens au sein du CH de Clermont.

Par ailleurs, au sujet des admissions directes, même si les occasions de les réaliser sont peu fréquentes, les médecins généralistes les trouvent utiles. Elles permettent d'éviter une attente inutile aux urgences et une prise en charge adaptée d'emblée. Les obstacles étaient principalement la difficulté de joindre le bon correspondant pour accepter l'entrée : à cause de la méconnaissance des confrères hospitaliers mais aussi à cause de l'errance téléphonique que cela peut engendrer. Les refus répétés de la part des médecins hospitaliers avaient lassé certains médecins qui avaient cessé de chercher à pratiquer des admissions directes.

Enfin, une meilleure connaissance mutuelle était l'axe principal d'amélioration suggéré par les médecins interrogés. Pour cela, ils proposaient d'organiser des réunions sous forme de formation, de réunion d'information et de moments d'échanges des besoins réciproques. Concernant la communication, l'utilisation plus performante d'internet pour des échanges avec les praticiens hospitaliers et les lettres de liaison était plébiscitée. Les

médecins généralistes étaient en demande d'une ligne directe pour joindre leurs confrères tant pour les admissions directes que pour les joindre pour un avis ou échanger au sujet d'un patient hospitalisé.

Les médecins généralistes sont attachés à leur petit hôpital, pas un n'en a parlé sans passion dans la voix à un moment donné de l'entretien. Les bonnes relations qu'ils entretiennent avec ne sont pas étrangères à l'orientation de leurs patients. Si malgré leurs bonnes relations, les médecins généralistes expriment quelques doléances, il serait intéressant de mener une étude en miroir avec le point de vue des médecins hospitaliers qui n'a pas été étudié dans ce travail. Cela permettrait d'établir de nouveaux éléments afin d'améliorer les relations en tenant compte des avis des deux camps, afin que ces deux mondes que beaucoup de choses opposent puissent devenir complémentaires, pour un système de santé de qualité, au service des principaux intéressés : nos patients.

Bibliographie

- (1) Fouque N, Fonlupt G, Cvetojevic D. Gestion et pilotage des pôles hospitaliers, Boulogne-Billancourt : éditions Berger-Levrault ;2011.p.13-45
- (2) Centre hospitalier de Clermont. (page consultée le 10/03/2018).Un peu d'histoire, [en ligne]. <https://www.ch-clermont.fr/presentation/histoire.php>
- (3) Institut national de la statistique et des études économiques. (page consultée le 10/02/2018).Dossier complet département de l'Oise,[en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-60#chiffre-cle-1>
- (4) Bouet P, Mourgues JM.Conseil national de l'ordre des médecins.(page consultée le 22/01/2018).Atlas de la démographie médicale profils comparés-fragilités territoriales cumulées,[en ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/diaporama_atlas_2017.pdf
- (5) Centre hospitalier de Clermont. (page consultée le 10/03/2018).Médico-technique les urgences, [en ligne]. <https://www.ch-clermont.fr/medico-technique/urgences.php>
- (6) Aubin-Auger I, Mercier A, Bauman L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L et al.Introduction à la recherche qualitative. exercer 2008;84:142-5.
- (7) Centre hospitalier de Clermont, Statistiques internes du CH de Clermont de l'Oise en 2015, répartitions par départements, territoires de santé, codes postaux et modes d'entrées dans le service de médecine.
- (8) Paillé, P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique 1994 ; 23 : 147–181.
- (9) Le grand Larousse illustré 2017. édition limitée. Verbatim. Paris :Larousse ;2016.p.1200.
- (10) Totet N, Rivallain G, petits ou gros indispensables hôpitaux, Courrier Picard,2018 ;23587 :2-3.
- (11) Gerbaud J.L'hôpital local a-t-il un intérêt pour attirer les médecins généralistes en zone rurale? [Thèse de médecine]. Rennes :Université européenne de Bretagne Rennes 1;2014.
- (12) Centre hospitalier de Clermont. (page consultée le 10/03/2018).Présentation notre newsletter, [en ligne]. Centre hospitalier de Clermont. <https://www.ch-clermont.fr/medico-technique/urgences.php>
- (13) Bordier S, Relations entre médecins généralistes et médecins hospitaliers : à propos d'une étude réalisée auprès des médecins généralistes du bassin de Thau [Thèse de médecine]. Montpellier : université de Montpellier faculté de médecine de Montpellier-Nîmes ;2012.

- (14) Article R112-1-2 du code de santé publique.(page consultée le 06/01/2018).Légifrance,[en ligne].<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000032924352&dateTexte=&categorieLien=cid>
- (15) HAS-Haute Autorité de santé.(page consultée le 16/02/2018). Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS) en MCO, [en ligne]. HAS. https://webzine.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/fiche_descriptive_qds_mco_9.12.2015.pdf
- (16) Chambre régionale des comptes Nord-Pas-de-Calais, Picardie.(page consultée le 13/02/2018).Rapport d'observations définitives-Centre hospitalier de Clermont de l'Oise,[en ligne]. <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/28159>
- (17) Sénamaud H. (Page consultée le 19/02/2018) Le Parisien La maternité de Creil pourrait fermer d'ici un an.,[en ligne].<http://le-parisien.fr/creil-60100/la-maternite-de-creil-pourrait-fermer-d-ici-un-an-05-12-17-7434759.php>
- (18) Institut national de la statistique et des études économiques. (page consultée le 10/02/2018).Un portrait de l'Oise, un département d'actifs, tourné vers l'Ile de France. INSEE, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2536565#consulter>
- (19) Agence régionale de santé.(page consultée le 02/03/2018).Les groupements hospitaliers de territoire, [en ligne]. <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>
- (20) Agence régionale de santé Hauts de France.(page consultée le 15/02/2018).Groupements hospitaliers de territoire,[en ligne]. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-0>
- (21) Centre hospitalier de Beauvais. On achète en commun, CHB 17 Le journal de l'année 2017,2018;12.
- (22) AP-HP.(page consultée le 12/03/2018).Hôpital Paul Doumer, [en ligne]. <https://www.aphp.fr/contenu/hopital-paul-doumer-1>
- (23) Molines S. (page consultée le 19/02/2018). Courrier Picard Clermont Hôpital :début des travaux fin 2018,[en ligne]. <http://www.courrier-picard.fr/86149/article/2018-01-24/debut-des-travaux-fin-2018-lhopital-de-clermont>
- (24) Leclot H, Vilcot C, Qualité en santé 150 questions pour agir, Saint-Denis : AFNOR,2007.p.3-60

- (25) Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. *Presse Med* 2005 ;34 :847-850.
- (26) Bronsard A, Les hospitalisations directes programmées en gériatrie: intérêts et limites pour les médecins généralistes [Thèse de médecine]. Rennes : université de Rennes 1 ;2012.
- (27) Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan ML, Bonnet-Zamponi D. Mode d'hospitalisation des patients âgés dans une unité de gériatrie aiguë. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012; 10(2) :143-50
- (28) MG France. (page consultée le 14/01/2018). Forfait structure 2017 : pensez à la messagerie sécurisée !,[en ligne].
<https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1771-forfait-structure-2017-pensez-a-la-messagerie-securisee>
- (29) Agence française de la santé numérique. (page consultée le 15/03/2018).Comprendre MSSanté,[en ligne] <https://www.mssante.fr/comprendre-mssante>
- (30) Apicrypt.(Page consultée le 10/02/2018).1^{re} messagerie sécurisée en santé,[en ligne].
<https://www.apicrypt.org/>
- (31) Cercle médical post-universitaire Creil-Senlis.(page consultée le 10/03/2018). A propos,[en ligne]. <https://epucreilsenlis.wordpress.com/a-propos/>
- (32) Toledano A, Relations médecins généralistes – hôpital : évaluation à un an d'une filière d'admission directe dans un service de Médecine Interne au CHU de Toulouse[thèse de médecine]. Toulouse : université de Toulouse III-Paul Sabatier faculté de médecine ;2017.
- (33) Gloriot S, Communication ville-hôpital : attentes des médecins généralistes du secteur du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien : enquête en vue d'améliorer la communication ville-hôpital. [Thèse de médecine].Nancy : université de Lorraine faculté de médecine de Nancy ; 2017.

ANNEXE

SCRIPT D'ENTRETIEN

Bonjour, Merci de me recevoir. Je suis Sophie Vaillant Auchère, interne de médecine générale. Je réalise une étude qualitative sur la relation des médecins généralistes et les services des petits hôpitaux, à travers l'exemple du centre hospitalier général de Clermont de l'Oise, pour mon travail de thèse. Cet entretien est anonyme. Il va être enregistré afin de pouvoir transcrire les données, êtes-vous d'accord ?

Tout d'abord afin de caractériser les médecins qui répondent à l'étude, je vais collecter quelques données quantitatives :

Age

Sexe

Milieu d'exercice : urbain- rural

Mode d'exercice : individuel ou en groupe ?

Avez vous déjà été salarié d'un hôpital depuis votre internat?

Nombre d'années d'installation :

Distance géographique par rapport à l'hôpital de Clermont :

1) Comment qualifiez-vous vos relations avec l'hôpital de Clermont ?

2) En pratique, lorsque vous avez besoin d'hospitaliser un patient, quelle stratégie décisionnelle pratiquez-vous ?

3) Quels facteurs limitent l'adressage de vos patients vers un petit hôpital comme l'hôpital général de Clermont ?

4) Quelles solutions proposeriez-vous afin d'améliorer vos relations avec les services des petits hôpitaux, notamment celui de Clermont ?

5) Comment vous aider pour la réalisation d'entrées directes de vos patients à l'hôpital ?

Relations entre médecins généralistes et petits hôpitaux : l'exemple du centre hospitalier de Clermont de l'Oise.

RESUME

Introduction. L'objectif de ce travail était d'étudier la relation entre médecins généralistes et les services d'hospitalisation des petits hôpitaux, notamment concernant l'adressage à travers l'exemple du Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise. Les freins aux admissions directes au sein des petites structures et les solutions pour faciliter les admissions directes et améliorer les relations étaient également étudiés.

Matériels et méthodes. Cette étude qualitative fût réalisée à partir d'entretiens, jusqu'à saturation des données, avec des médecins généralistes exerçant sur les communes d'où provenaient au moins 80% des patients entrés en service de médecine du Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise en 2015.

Résultats. 17 médecins furent interrogés. Les relations apparaissaient bonnes avec une confiance et un travail d'équipe. La proximité est un atout majeur de la structure. La méconnaissance des confrères hospitaliers et une instabilité perturbaient les relations. Les admissions directes en service étaient peu pratiquées, particulièrement à cause de difficultés à joindre un médecin hospitalier. La mise en place d'une ligne téléphonique directe, le développement de la communication par courriels et se réunir pour apprendre à se connaître étaient des axes d'amélioration suggérés par les médecins généralistes.

Discussion. Une méconnaissance mutuelle des médecins fût mise en évidence.

Conclusion. La petite structure hospitalière de Clermont de l'Oise était vue comme étant un partenaire privilégié des médecins généralistes locaux. Connaître leurs homologues hospitaliers et les rendre plus accessibles seraient cependant des moyens indispensables de renforcer leurs liens.

Mots-clés : médecins généralistes, hôpitaux, communication, adressage, relations confraternelles

Relationship between general practitioners and the hospitalization services of small hospitals: the example of the general hospital of Clermont de l'Oise.

Introduction. The objective of the study was to examine the relationship between general practitioners and the hospitalization services of small hospitals, especially concerning patients referral, using. The barriers to direct admissions in small hospitals and the solutions to help direct admissions and to improve relationships were also studied.

Study, design, methods. This qualitative study was carried out from interviews and exhaustive data gathering, with general practitioners working in the areas from where at least 80% of patients were admitted to the general hospital of Clermont de l'Oise in 2015, in medicine service.

Results. 17 general practitioners were interviewed. Relationships appeared to be good with trust and teamwork. Proximity was a major asset of the structure. Lack of familiarity of hospital colleagues and instability disrupted relationships. Direct admissions were little practiced, particularly because of the difficulty of reaching a hospital doctor. The establishment of a direct telephone line, the development of e-mail communication and organization of meetings to learn to know each other better were areas for improvement suggested by general practitioners. Mutual misunderstanding was highlighted.

Conclusions. The small hospital structure of Clermont de l'Oise was seen as a privileged partner of local general practitioners. Knowing hospital counterparts and making them more accessible would also be a more indispensable way to strengthen the ties.

Key Words : general practitioners, hospitals, communication, referral, fraternal relationship