État des lieux du ressenti des médecins généralistes picards concernant le compte-rendu d'hospitalisation en vue d'une amélioration

Simon Naïm

▶ **To cite this version:**

Simon Naïm. État des lieux du ressenti des médecins généralistes picards concernant le compte-rendu d'hospitalisation en vue d'une amélioration. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02082808

HAL Id: dumas-02082808

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02082808

Submitted on 28 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.

Université de Picardie Jules Verne
Faculté de Médecine d'Amiens

Année 2018 N°2018 - 98

ETAT DES LIEUX DU RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PICARDS CONCERNANT LE COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION EN VUE D'UNE AMÉLIORATION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)
Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 17 septembre 2018
par

Simon NAÏM

Président du Jury : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Juges :
Monsieur le Professeur Eric HAVET
Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS
Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Maxime TOULAULT

A mon Président de Jury,

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Rhumatologie)
Chef du Service de Rhumatologie
Pôle "Autonomie"

Vous me faites l'honneur de présider ce Jury,

J'ai eu la chance au cours de mes études de bénéficier de vos enseignements,

Dès la réalisation du stage infirmier dans votre Service,

Entre la première et la deuxième année de Médecine,

Vous m'avez permis d'assister à une de vos consultations,

Puis lors de vos cours de Sémiologie,

Une nouvelle fois dans votre Service, lors de l'Externat.

Votre jugement à une valeur considérable à mes yeux,

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A mon Juge,

Monsieur le Professeur Eric HAVET
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Anatomie
Assesseur du Premier Cycle

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de vous intéresser à ce travail en participant au jury de ma thèse.

J'ai pu bénéficier de vos enseignements en P1,

Pendant l'externat pendant lequel j'ai eu la chance d'assister à vos opérations,

En passant par le Tutorat de P2 que vous aviez mis en place pour aider les étudiants qui en avaient besoin,

Puis pendant l'internat où j'ai eu la chance de recueillir votre avis pour des situations médicales,

Recevez, Monsieur le Professeur, tous mes remerciements et le témoignage de toute ma considération.

A mon Juge,

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Hématologie - Transfusion
Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail.

Vous êtes précurseur dans l'utilisation des technologies
que nous offre la science pour votre enseignement,

Vous étiez l'un de premiers à nous diffuser des cours sous forme de vidéos,

Je vous sais très engagé pour la transmission de votre discipline,

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect
et mes sincères remerciements.

A mon Juge,

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous en remercie.

Je sais votre enthousiasme pour l'enseignement,

J'en ai bénéficié au CESU,

En tant qu'externe puis en tant qu'interne aux Urgences,

Votre soutien aux étudiants est reconnu,

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Maxime TOULAULT
Praticien Hospitalier
Gériatrie
Urgences – SMUR

Je te remercie d’avoir accepté d'encadrer cette thèse,

Tu as été mon premier Chef, alors que j’étais tout jeune FFI,

Tu m’as vu grandir en tant qu’interne,

Tu as vu mûrir ce travail de Thèse,

Tu as su me soutenir et me rassurer quand j’en avais besoin,

Tout s’est accéléré ces dernières semaines,

J’ai hâte de travailler de nouveau avec toi,

Dans l’attente, je te remercie de juger ce travail,

De juger notre travail,

Amicalement.

A Héloïse,

Tu sais à quel point le chemin a été long et difficile,
Tu es à mes côtés depuis le début,
Tu étais là lors de mes réussites,
Mais tout aussi présente pour me soutenir lors de mes échecs,
Tu as toujours cru en moi,
Et peut-être même plus que moi,
Tu es mon soutien indéfectible,
Tu es mon phare en pleine tempête,
Tu es ma bonne étoile,
Qui me guide en pleine nuit,
Tu es cette lumière des jours de printemps,
Qui revient après un long hiver,
Tu es cette chaleur qui rend heureux,
Pourvu que notre route soit encore longue et belle.

Cette thèse est aussi la tienne,
Je te dédie ce travail.

A mes Grands Parents,
Je vous remercie tous les quatre pour l'amour que vous nous avez donné.

Marie-Andrée,
Ta présence me rend heureux,
J'espère te rendre fière.

Jean,
Gisèle, Armand,
Vous me manquez, déjà tant d'années,
De là où vous êtes, j'espère vous faire honneur.

A mes Parents,
Maman, Papa,
Quasiment 30 ans que vous me soutenez,
Merci pour votre amour,
J'espère vous rendre fiers.

A mes frères,
Hugo, Charles,
Merci pour votre soutien et votre amour,
Merci pour les querelles,
Je vous souhaite une belle réussite,
Continuez de poursuivre vos rêves.

A Jean-Marc,
Merci pour ta gentillesse et ton soutien,
Pour ces balades en bateau,
Ces promenades au Conguel,
Merci de rendre heureux Maman.

A Angéla,
Merci d'avoir été là quand nous en avions besoin.

A Véronique,
Merci de rendre heureux Papa.

A Bénédicte et Jean-François Hanot,
Merci pour votre accueil dans votre famille,
Merci pour votre gentillesse et pour votre soutien.

A Emilie, Camille et Thibaud,
Merci pour votre gentillesse et votre accueil,
Vous êtes des modèles de réussite et d'abnégation,
Vous êtes des exemples dans mon travail,
Merci pour votre soutien.

A ma famille,

Margarette et Claude Naïm,
Emmanuel et Raphaël
Huguette et Léo Lévi,
Norman, Gérald et Rudy,
Nicole et Eva Naïm,
Le temps passe vite,
Je ne vous vois pas assez,
Vous êtes mon histoire,
Mes tantes et oncles de Marseille,
J'ai toujours espéré vous rendre fiers,
Merci pour votre soutien.

Yvette et Yorrick Giracca,
Robin, Jessica, Alice,
Vous m'avez beaucoup soutenu,
Toujours aimants, toujours attentionnés,
Tant de bons moments partagés,
De Noëls en Anniversaires,
Merci pour votre soutien.

Lydia et Michel Duma,
Arnaud et Virginie,
Maxence et Martin,
Merci de m'avoir soutenu pendant l'écriture de cette Thèse,
Hâte de vous revoir en Bretagne ou ailleurs.

A la famille des Ardennes,
Toujours accueillante et festive.

A Philippe,
Dans son petit coin de Paradis,
Toujours prêt à accueillir les marcheurs du Rouzen.

A mes Amis,

Diane et Alexandre,
Que de bons moments passés,
De la primaire à la terminale (Sauf en CM1),
Nos balades Saint-Quentinoises, nous refaisions le monde,
Merci Diane pour toutes ces années d'amitié indéfectibles,
Merci pour votre soutien, que la fête continue!

Arnaud,
Merci pour ton soutien,
Merci pour tout ce sport,
Les bières, les bagnoles, les motos, la course,
Ta bonne humeur, ta force à toute épreuve, si communicative,
Avoir tant bossé, ça sert à faire tout le reste.

Pilou,
Merci pour tous ces moments passés,
Ces foots, le Rugby, PES,
Ton amitié.

Céline,
Toujours présente pour tes amis,
Du collège à la terminale, de la P1 à aujourd'hui,
Merci pour ton soutien.

Fab,
Toulousain dans le froid de l'amphi vidéo,
L'accent chantant après quelques verres,
Le beau gelé d'un soir de novembre,
Compagnon de victoires et de défaites au rugby,
plus téméraire, besogneux, toujours sympa,
Merci pour ton soutien.

A Marine et Aymeric,
Merci pour votre aide pour ce travail,
Merci Marine pour ces années d'amitiés.

A Anne-So et Quentin,
Merci pour votre aide pour ce travail,
Vos conseils, votre soutien,
Surtout au bar de la part de Quentin.

Antoine et Emilie,
Merci pour votre soutien,
Merci Antoine pour tes relectures, tes conseils,
Ton aide et ton soutien pour ce travail,
Ton énergie et ta bonne humeur si communicative.

A Liana et Valentin,
Merci pour tous ces bons moments passés,
Vous êtes un soutien important.

A mes compagnons de P1,
Travailler, faire la fête,
Le foot, la fête, travailler,
Encore là 10 ans plus tard :
Arnaud, Benje, Fab, Hugo, JF, Pilou, Xavier,
Merci à vous pour cette aventure.

A mes amies de galère,
Depuis la P1, le même parcours brillant, un soutien mutuel indispensable,
je suis content qu'on finisse la course ensemble,
Encore des soirées et bons moments en perspective !
Cécile et Lucille,
Merci pour votre gentillesse et votre soutien.

A mes compagnons de D3, D4,
Claire Co, Anne-Claire, Julien, Adrien, Cécile,
Du travail, dans la bonne humeur,
Merci de m'avoir tiré vers le haut.

A mes co-internes,
A vos coté j'ai pu progresser,
vous m'avez soutenu, vous m'avez supporté,
une amitié est née de ces 6 mois passés ensemble,
A Anaïs, Clément et Karim,
A Aurélie et Fatima,
A Anne-Claire, Céline, Fanny, Manon, Simon et Pierre,
A Louise.

A tous mes amis,
toutes ces personnes avec qui j'ai passé tant de bons moments,
et avec qui il y en a tant d'autres à venir,
Qui savent pour certains, combien ces années d'études ont été longues et difficiles,
Merci d'être là !
A Camille et Bendou,
A Mathilde et Fabien
A Cécile et Vincent
A Margaux et Maximilien
A Anna
A Thibaud
A Alice et Benoît
A Lucille
A Marie et Sofian
A Maelle et Rémy,
A Constance et Adrien,
A Marc-Antoine,
A Chloé H,
A Mathilde et Antoine,
A Mathilde et Simon,
A Godefroy et Marion,
A Anaïs et Davide

Aux Rofeurs,

Vous m’avez tant apporté,
“être Vigilant, Conquérant, Tolérant”…
L’esprit d’équipe,
Avoir mal mais avancer,
Le travail,
Merci tout particulièrement à,
Bertrand M (Mab)
Baptiste P (Bart),
Francois,
Clément (Clém)
Jérôme (L’empereur),
Matias (Bol de riz),
J-B (Jeb),
Christophe (Tof),
Antoine (Tatane),
Mathieu (Michel),
Mozart (Mozart),
Pierre (PIF),
Guillaume (Petit Prince),
Anthony,
FX,
Fabrice,
Simon H,
Ptit pierre.

Merci à tous les Services dans lesquels je suis passé,
qui m'ont construit en tant qu'interne,
Merci à ces Médecins qui m'ont formé,
J'espère faire honneur à vos enseignements.
Merci aux Infirmières, aux Aides-soignantes,
qui m'ont aidées tout au long de cet internat,
qui sont des soutiens, qui nous rassurent quand nous sommes seuls et que nous ne savons pas.

Au Service des Urgences de Saint-Quentin,
Dr Nasr, Dr Toulault, Dr Blot, Dr Bagien, Dr Javoy, Dr Dutertre, Dr Ducrocq, Dr Zitu,
Dr Sumtolee, Dr Staub, Dr Khabcheche,
Merci pour votre enseignement,
Merci de m'avoir donné goût à la Médecine d'Urgences.

Au Service de Gériatrie de Saint-Quentin,
Dr Yves, Dr El Dirani,
Merci pour votre enseignement,
Pour m'avoir enseigné l'humanité et l'empathie,
Pour votre amitié.

Au Service de Médecine Polyvalente du CHU d'Amiens,
Dr Krim, Dr Oukachbi, Dr Fontaine,
Merci pour votre enseignement,
Pour le travail dans la bonne humeur,
Vous êtes un exemple pour tous les étudiants, Externes et Internes,
Chez vous j'ai continué de grandir et acquis de l'autonomie.

Au Dr Gargatte,
Au Dr Duban,
Au Dr Zborowska,
Au Dr Nougein,
Merci pour votre enseignement de la Médecine Générale,
Vous êtes des références pour les internes de la région,
Vous participez à l'admiration que je porte sur cette spécialité.
J'espère que je l'exercerai avec autant de compétence que vous.

Au Service de Pédiatrie du CH de Saint-Quentin,
Dr Dolhem, Dr Sweertvaeger, Dr Levêque, Dr Darcel, Dr Al Barazi, Dr Loiseau,
Merci pour ce semestre de Pédiatrie,
J'ai eu la chance de faire partie de votre équipe le temps d'un semestre,
J'ai pu bénéficier de votre savoir,
De la gentillesse et la compétence de toute une équipe,
J'ai pu voir des Médecins au dévouement admirable,
Vous êtes une référence en Picardie pour tous les internes de Médecine Générale.

Au Service de Réanimation Polyvalente du CH d'Abbeville,
Dr Rivière, Dr Flahaut, Dr Benmira,
Merci pour votre soutien pour la réalisation de ce travail,
Merci pour l'enseignement que vous nous délivrez,
Toujours avec patience, dans la bonne humeur,
Vous êtes des exemples de dévouement et de compétence.

J'espère que ma pratique de la Médecine sera à la hauteur de vos enseignements.

ABREVIATIONS, TERMES ET DEFINITIONS EMPLOYES DANS CE TRAVAIL

ANAES Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CR Compte-Rendu
CRH Compte-Rendu d'Hospitalisation
CSP Code de Santé Publique
DMP Dossier Médical Partagé
DPI Dossier Patient Informatisé
HAS Haute Autorité de Santé
IPAQSS Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins
IQSS Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins

APICRYPT : Messagerie sécurisée à vocation Médicale développée en 1996 par l'association (loi 1901) APICEM.

Certification des établissements de santé : Mise en œuvre par la HAS, la certification est un dispositif d'évaluation externe obligatoire pour tout établissement de santé, public ou privé, quelles que soient sa taille et son activité. Effectuée tous les 4 à 6 ans par des professionnels mandatés par la HAS, son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations des Hôpitaux et Cliniques en France.

Messagerie sécurisée : Messagerie électronique permettant l'envoi d'informations par internet (e-mail) et qui bénéficie de sécurités protégeant les données transmises.

Messagerie cryptée : Synonyme de Messagerie sécurisée. La sécurité employée est celle du cryptage. Le cryptage peut concerner le canal transportant l'information ou l'information elle-même.

MSSanté : Messagerie sécurisée à vocation Médicale développée en 2013 par l'ASIP (Agence des systèmes d'information partagée).

ABREVIATIONS, TERMES ET DEFINITIONS EMPLOYES DANS CE TRAVAIL 15
INTRODUCTION 19
MATÉRIEL ET MÉTHODE 21
1. Choix de l'étude qualitative 21
A. Méthode qualitative 21
B. Entretien semi-dirigé 21
2. Population étudiée 21
A. Critères de sélection 21
B. Inclusion des Médecins interviewés 21
3. Script d'entretien 22
4. Entretiens 22
5. Traitement des données 22
A. Transcription 22
B. Analyse des résultats 22
RESULTATS 24
1. Population 24
2. Ressenti des interviewés sur le compte-rendu d'hospitalisation 24
A. Aspects négatifs concernant le CRH 24
B. Aspects positifs des CRH 30
C. Différences du CRH selon sa provenance 33
3. Habitudes de lecture du CRH par les Médecins Généralistes picards 37
A. Éléments du contenu du CRH lus par les Médecins Généralistes 37
B. Parties indispensables d'un CRH 39
C. Ce que les Médecins Généralistes ne lisent pas dans les CRH qu'ils reçoivent 40
D. Examens complémentaires 41
E. Information délivrée au Patient 44
4. Perspectives d'amélioration 47
A. Transition vers le numérique 47
B. Dossier Médical Partagé (DMP) 50
C. Amélioration du délai de réception des CRH 50
D. Souhait d'une amélioration générale des pratiques 53
DISCUSSION 58
1. Forces de l'étude 58
A. Choix du sujet 58
B. Diversité de la population 58
C. Choix de la méthode 59
D. Triangulation 60
E. Déroulement des entretiens 60
2. Limites de l'étude 60
A. Biais liés au choix de la méthode 60
B. Biais liés au choix de la population 61

3. Discussion des principaux résultats 61
A. Délai de réception 61
B. Numérisation 63
C. Contenu du CRH 66
CONCLUSION 71
BIBLIOGRAPHIE 73
ANNEXES 77
A. Script d'entretien pour thèse qualitative avec entretiens semi-dirigés 77
B. Caractéristiques des Médecins inclus 2
C. Entretien avec l'entreprise APICEM SARL 3
D. Carte de France des 25 Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires utilisant Apicrypt 6
E. Entretien avec le Service Informatique du CHU d'Amiens 7
RESUME 9

INTRODUCTION

Le Médecin Généraliste a un rôle central dans le système de soins français. Il lui incombe notamment d'assurer les soins de premier recours [1], parmi lesquels, celui d'assurer la permanence des soins [2].

Il est des études qui ont montré que le lien Ville-Hôpital (et inversement) est un des points faibles du parcours de soins en France [3].

Le peu de contacts directs entre les Médecins de ville et les Médecins Hospitaliers [4] place le CRH comme le moyen le plus utilisé pour transmettre les informations relatives au malade lors de sa sortie d'hospitalisation [3], et ainsi, assurer la continuité des soins extra-hospitaliers.

En 2014, 12,3 millions de patients ont été hospitalisés [5]. Théoriquement, cela fait autant de CRH distribués. Les Médecins Généralistes en sont les principaux destinataires [3]. Ils étaient 90630 Médecins, inscrits à l'Ordre des Médecins la même année [6], à se partager la lecture de ces courriers.

Or avec les CRH reçus, s'ajoutent les courriers de résultats de Biologies, de résultats d'Imageries, de CR de consultations, ainsi que beaucoup d'autres documents d'ordre administratifs, inhérents à l'activité libérale des Médecins.

Les Médecins Généralistes se sentent pour la plupart submergés par les tâches administratives, dont la lecture de courriers médicaux fait partie [7].

Les Médecins Généralistes lisent en moyenne 25 courriers en 12 minutes [3]. Comment font-ils pour ne pas perdre d'informations ? N'y a-t-il pas de solutions d'optimisation à proposer ?

Les modalités de rédaction et de diffusion du CRH sont libres. Aussi bien sur le fond que sur la forme, ce document apparaît très varié.

Les Article R 1112-1 [8] et Article R 1112-2 du CSP [9] relatifs à la composition du dossier médical fixent le cadre légal du CRH. Il doit être disponible à la fin de chaque hospitalisation pour le patient et, sous 8 jours pour le Médecin assurant la continuité des soins (le Médecin Traitant la plupart du temps). De plus il constitue un des éléments du dossier médical hospitalier du patient. L'article R1112-6 du CSP [10] précise que « le Médecin Traitant [doit être] informé […] des prescriptions médicales » à poursuivre ainsi que des éléments concernant la « surveillance du malade ».

Le CRH fait l'objet de recommandations de la HAS qui reposent sur différentes études réalisées par L'ANAES. En 2001 des problèmes de contenu et de délai du CRH étaient identifiés. Puis en 2003, une structuration du CRH avec les rubriques jugées importantes par les Médecins Généralistes était publiée [11].

Dans le cadre de la certification des établissements de santé, un indicateur IPAQSS HAS prend en compte le délai de réception du CRH [11].

Le 1er janvier 2017, entre en vigueur la Lettre de Liaison [9]. Elle correspond à un document de sortie résumé qui doit être remis au patient, en fin d'hospitalisation, par le Médecin qui l'a pris en charge. Ce document montre que les Pouvoirs Publics sont préoccupés par la transmission d'informations entre l'Hôpital et la ville.

Alors que les études quantitatives sont nombreuses sur le sujet du CRH et que sa qualité est considérée comme faible [3], nous avons voulu offrir une tribune aux Médecins Généralistes de notre région. Notre objectif est de recueillir le ressenti des Médecins Généralistes Picards concernant le CRH, afin d'envisager des perspectives d'amélioration si besoin.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Choix de l'étude qualitative

A. Méthode qualitative

Pour notre étude, nous avons choisi une méthode qualitative prospective. Ce type d'étude nous a permis d'obtenir des données verbales dans lesquelles les sujets interviewés de l'étude peuvent laisser libre cours à leurs idées, leurs ressentis, leurs raisonnements afin d'avoir un panel de réponses le plus large possible. Les données recueillies permettent une démarche interprétative de leur contenu. Cette matière n'a pas pour but d'être quantifiée, comme ce serait le cas dans une étude quantitative. A ce titre, aucune donnée statistique ne pourra émerger de ce travail. Une étude qualitative peut être conduite par la réalisation de Focus Group ou lors d'entretiens individuels. C'est cette deuxième possibilité qui a été choisi dans notre cas.

B. Entretien semi-dirigé

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés lors de rencontres en tête à tête avec les sujets interrogés. Pour cela, nous nous appuyons sur un script clinique élaboré préalablement, et qui nous sert de guide. Ce support permet aussi une comparabilité entre les entretiens. Aux moments opportuns, des relances verbales ont été émises sans pour autant influencer le sujet interrogé, ni lui couper la parole.

Le nombre d'entretien n'était pas prédéfini. Comme recommandé dans les guides méthodologiques concernant l'analyse qualitative, les entretiens ont été arrêtés peu après l'obtention de la saturation des données [12]. La saturation des données survient lorsque les entretiens ne font plus émerger de nouvelles idées.

2. Population étudiée

A. Critères de sélection

La population étudiée a été recrutée selon les critères suivants : Médecin Généraliste, Thésé ou non Thésé, activité libérale, hospitalière ou mixte et exerçant en Picardie (versant sud des Hauts de France).

B. Inclusion des Médecins interviewés

Les Médecins susceptibles de participer à l'enquête ont été identifiés et contactés par mail ou téléphone. Leur choix a été arbitraire et s'est effectué parmi les Médecins que nous avions rencontrés au cours de nos différents stages d'externat, d'internat et en tant que remplaçant en

cabinet de Médecine Générale. L'inclusion des Médecins s'est faite au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin d'en contrôler la distribution.

Il s'agissait de Médecins Généralistes ou de leurs remplaçants s'ils exerçaient en libéral. Les remplaçants étaient inclus s'ils effectuaient leur activité de remplacement de manière régulière dans le cabinet où l'enquête avait été menée.

3. Script d'entretien

Le script d'entretien a été préalablement établi (en annexe). C'est une condition de l'acceptation du travail de Thèse par la Commission de Thèse du Département de Médecine Générale (DMG) de la Faculté de Médecine d'Amiens.

Il comporte une première partie de présentation de l'investigateur du sujet et sa justification. La 2ème partie porte sur la présentation du Médecin interviewé. Enfin la 3ème partie porte sur les questions posées. Ces dernières ont été choisies arbitrairement afin d'aborder plusieurs aspects du CRH : les critiques générales, le fond, la forme, le mode de transmission, la place du numérique, l'information du patient, pour finir par un résumé des points d'amélioration selon le Médecin Généraliste.

4. Entretiens

Avant chaque entretien, sous couvert d'anonymat, l'autorisation d'utiliser un enregistrement audio de l'interviewé était recueilli. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone à leur cabinet d'exercice, à l'Hôpital ou à domicile. Les rendez-vous ont été fixés à l'heure et sur le lieu de leur convenance selon la pratique et l'emploi du temps du Médecin concerné. Au total, 21 entretiens ont été menés en Picardie entre janvier 2018 et juillet 2018.

5. Traitement des données

A. Transcription

Phase incontournable d'un travail de recherche qualitative, chaque entretien a été retranscrit le plus fidèlement possible, mot à mot, à l'aide du logiciel de traitement de texte d'Open Office. Les questions et relances de l'interviewer ont été écrites en italique, les réponses des Médecins en police normale.

B. Analyse des résultats

Les données verbales obtenues et transcrites avec un logiciel de traitement de texte sous format .odt ont été codées à l'aide du logiciel d'analyse des données qualitatives NVIVO. Le choix

s’est orienté vers ce logiciel suite aux formations reçues dans le cadre du DES de Médecine Générale de la Faculté d’Amiens.

L'analyse s'est faite selon la méthode de « théorisation ancrée » décrite par Glaser et Strauss [13] [14], références de la recherche qualitative.

Ces données verbales ou verbatims ont été codés, fragment par fragment. Ces codes ou nœuds ont été regroupés par thématiques. Comme recommandé dans les guides méthodologiques, des aller-retours fréquents entre les entretiens transcrits et les nœuds ont été effectués pour que les thématiques ne s’éloignent pas du sens que les Médecins interrogés avaient donné. L’analyse est dite “ancrée” sur les données du texte, d'où le nom de “théorisation ancrée”.

Il était possible que certains mots, idées ou expressions puissent évoquer plusieurs thématiques. Certains nœuds peuvent donc avoir des verbatims en communs.

RESULTATS

1. Population

Nous avons réalisé 21 entretiens de Médecins Généralistes âgés de 26 à 59 ans entre janvier et juillet 2018. Parmi eux, 14 exercent une activité de Médecine Générale libérale, 5 sont remplaçants et 2 exercent une activité de Médecine Générale mixte associant activité hospitalière et remplacements libéraux. Tous exercent en Picardie (versant sud des Hauts de France). 13 exercent ou remplacent dans la Somme, 4 dans l'Oise et 4 dans l'Aisne. Les entretiens ont duré entre 5'26 et 14'35. Les principales caractéristiques des interrogés sont résumées dans le tableau en annexe.

2. Ressenti des interviewés sur le compte-rendu d'hospitalisation

A. Aspects négatifs concernant le CRH

a. Sur la forme du CRH

<u>Le délai de réception</u>

La critique qui revient le plus fréquemment lors des entretiens est la problématique du délai de réception des CRH. "*Alors, le premier écueil, le premier problème qui se pose vis à vis des courriers de sortie d'hospitalisation, c'est le délai de réception. C'est le problème principal. On a les patients qui arrivent parfois, sans courrier de sortie de l'Hôpital. Il n'y a pas de lettre de jonction. Et il peut y avoir des délais qui vont de quelques jours à quelques mois pour obtenir le courrier de sortie.*" MG7

Suivant la remarque de MG7, certains Médecins évoquent un délai de réception de plus de 1 mois : *"Le souci, c'est que quelquefois on les reçoit avec un mois de retard."* MG18, *voire même pour certains plus de 2 mois après la sortie du patient : "Je pense que dans certains Services, oui. Il m'est arrivé de recevoir des courriers trois à quatre mois après que le patient soit sorti de l'Hôpital."* MG21

Le délai est très dépendant du Service de provenance du CRH : *"Des situations très disparates selon les pôles, je pense. A mon avis ils n'ont pas tous le même cahier des charges, et puis le même temps de retard au niveau du secrétariat."* MG4 *"Il y a certains Services qui jouent très bien le jeu. Et puis il y a des Services qui jouent le jeu. On a des courriers assez rapides. On a des Services où c'est la catastrophe."* MG8

Ce délai de réception trop long implique souvent que le patient soit revu en consultation avant que le Médecin ne s'enquiert du CRH : *"La plupart du temps on reçoit le patient qui nous raconte comment ça s'est passé avant de recevoir le compte-rendu d'hospitalisation."* MG4

Cette situation rend compliquée la continuité des soins entre l'Hôpital et la ville : *"Si tu vois ton patient, qu'il n'a pas le CRH et que tu n'as rien à lui apporter comme réponse et que lui ne sait pas ce qu'il s'est passé, ça ne sert à rien."* MG2.

Avec les problématiques que posent par les hospitalisations à répétition : *"parfois, il y a des hospitalisations qui s'enchaînent, on n'a pas reçu le courrier précédent qu'il est déjà ré-hospitalisé. C'est rare, mais pour certaines pathologies neurologiques ou cardiologiques, il peut y avoir des événements qui s'enchaînent."* MG20

Cette problématique de délai de réception peut mettre certains Médecins en position inconfortable : *"Alors de façon très pratique, par exemple, hier, j'ai reçu un compte-rendu d'hospitalisation me signifiant le décès d'un patient, qui est décédé depuis deux mois."* MG8. MG8 nous déclarera, hors enregistrement, s'être sentie mal à l'aise vis à vis de la famille du patient décédé.

Le délai de réception est considéré comme trop tardif après 1 semaine. *"Passée une semaine, c'est déjà obsolète."* MG2 *"Quand c'est un mois après, on les classe dans le dossier, on le lit à peine."* MG4

<u>La lettre de liaison</u>

Des Médecins associent la lettre de liaison au délai de réception. Cette lettre de liaison est considérée comme insuffisante par certains : *"[...] des fois, on reçoit des feuilles, trois-quatre mots à la sortie du patient. En attente du courrier, je pense que cela est très insuffisant."* MG15

Elle est considérée par d'autre comme un facteur aggravant le délai de réception du CRH : *"Il y a certains Services où les patients sortent avec un courrier manuscrit et on reçoit le compte-rendu plus détaillé plus longtemps après. Ça soulève d'autres problèmes. Le temps de faire ces deux comptes-rendus, je pense qu'en dicter un court et le transmettre par Apicrypt, ce serait [plus rapide]…".* MG4

Nous verrons plus tard que le ressenti des Médecins Généralistes n'est pas unanime à propos de la lettre de liaison, et qu'elle représentait pour certains un motif de satisfaction.

L'absence de numérisation des CRH

La deuxième grande critique concernant la "forme" du CRH est son absence de numérisation, certains Médecins l'évoquent avant le problème de délai de réception : *"La première chose qui me pose problème, c'est qu'ils soient papier et pas numérisés (plutôt sur la forme)."* MG11 *"Mon grand regret, c'est qu'on n'utilise pas assez l'outil informatique. "* MG20

L'absence de numérisation serait responsable de beaucoup d'étapes inutiles : *"Après, ce qu'on peut reprocher [...], c'est le fait qu'ils en sont toujours à nous envoyer [...] tapés à la machine, imprimés, que nous, on doit ouvrir, scanner, entrer dans les dossiers. C'est une manœuvre… Là, maintenant on a des secrétaires qui font ça donc, ça va mais sinon, c'est un boulot important et inutile. Ce serait bien [...] qu'on en vienne au compte rendu numérique. Parce qu'en plus il est dicté, il existe, il est numérique sur l'ordinateur de l'Hôpital."* MG19

Absence de CRH de certaines spécialités

Certains Médecins évoquent des (rares) cas où ils ne reçoivent pas de CRH : *"Et puis des fois, on n'a pas de courrier. On est obligé de le réclamer."* MG8, *"Quand on le reçoit c'est bien (sourire)."* MG21, *"Déjà, de ne pas les recevoir. (rires)"* MG4

Ce serait plus le cas pour certaines spécialités : *"Je suis en train de penser aux psychiatres qui ne font jamais de compte-rendu."* MG11

Pour d'autres, Ils déclarent une réception des CRH non systématique de la part de certaines spécialités : *"Là j'ai quelqu'un qui est sorti de neuro, j'ai eu un courrier, c'est la première fois que j'en ai eu un depuis…"* MG8

b. Sur le contenu du CRH

La longueur excessive et surspécialisation de certains CRH

La longueur excessive de certains CRH a été évoquée : *"Je trouve qu'ils sont très longs (rires)."* MG5, *"il y a des comptes-rendus qui sont vraiment trop longs et trop difficiles à lire et à coupler avec la pratique quotidienne de la Médecine Générale."* MG16 Par rapport à cette longueur, certains justifient un manque de temps des Médecins Généralistes : *"Comme la plupart des Médecins Généralistes, on n'a pas le temps de lire les 5 pages de chaque patient."* MG2

Pour d'autres c'est un problème de volume de stockage des données : *"soit on a à l'extrême des courriers de dix pages, qu'on lit en diagonal forcément, parce que là, c'est beaucoup trop. Et si, par malheur, on en a plusieurs pour le même patient, les dossiers prennent un volume considérable."* MG7.

La longueur du CRH semble plus importante pour certains Services de Médecine : *"Les CRH de Médecine, notamment Médecine Interne, Gastro [...] ou les longues hospitalisations... Il y a quand même pas mal de choses qu'on ne lit pas forcément.[...] en Hémato, les courriers sont super longs."* MG8, *"[...] les courriers de rééducation fonctionnelle sont des courriers très longs, un peu fastidieux."* MG7, *"les comptes-rendus de Réa sont beaucoup trop longs, trop détaillés."* MG2

Les Médecins Généralistes constatent parfois la présence de trop d'éléments superflus : *"Après, je trouve que dans le courrier il y a des fois trop de détails qui n'intéressent pas le Médecin Généraliste. En gros, du type : il y a une hypokaliémie à 3,3 corrigée par du diffu-K et il vient pour toute autre problème : infectieux. Ça ne nous intéresse pas trop en Med G de savoir ce problème-là."* MG17 ; voire des CRH trop spécialisés et éloignés de leur pratique courante : *"parfois les courriers ils sont un peu trop… pour tout ce qui est Rhumato, tous les domaines dans lesquels on a pas beaucoup de connaissance, Rhumato, Onco, on a des courriers qui sont peut- être trop spécialisés où il y a beaucoup d'éléments de Cancéro. Le type exact de cancer, finalement ça on s'en fout [...] le fait que ce soit Hormono dépendant, avec tel récepteur, tel machin, bon ça, c'est peut-être trop spécialisé pour certaines spécialités. Mais bon après du coup on fait abstraction."* MG8

Mais des Médecins Généralistes comprennent que la longueur du CRH dépend de la complexité de l'hospitalisation : *"je pense qu'actuellement il est très bien fait, parfois long, mais ça dépend de l'histoire clinique. Il y a des histoires cliniques simples et des histoires cliniques compliquées."* MG13; que l'excès de détail est une nécessitée médico-légal du CRH : *" C'est pour ça que les comptes-rendus, peut-être, qu'ils pêchent par leurs excès de précisions, mais bon, il y a besoin aussi, d'un point de vue médico-légal, d'avoir une précision lors de la rédaction du truc."* MG20

<u>Manque de détails pertinents dans les CRH</u>

Manque d'information

Contrairement à la partie précédente, certains Médecins Généralistes ont constaté un manque d'informations ou de détails de certains CRH qu'ils recevaient : *"[...] certains comptes-rendus d'hospitalisation ne sont pas assez détaillés, certains sont beaucoup trop courts. Finalement on n'aurait rien reçu, ça aurait été pareil."* MG2

Le caractère pas assez informatif des CRH de sortie de Chirurgie a aussi été cité : *"[...] c'est un peu la caricature, notamment certains Services de Chirurgie, ou c'était extrêmement succinct, avec très peu d'informations dedans. On avait plus l'impression que le courrier était fait par principe de fournir un courrier. Mais c'est tout."* MG10

Pour certains Médecins le problème portait sur le fait que le CRH était rédigé par un Interne et pas contresigné par un Médecin Sénior. Cela amènerait un manque de clarté et d'information : *"Les seules [critiques] : quand ce n'était pas contresigné par un Senior. Quand c'était des comptes-rendus d'Internes, qui malheureusement n'avaient pas synthétisé correctement les informations pertinentes de l'hospitalisation. [...] j'étais un peu perdu."* MG10, *"[...] quelques fois, quand c'est les Internes qui le font. Quand tu tombes sur un mauvais cru ça se lit aussi. (Rires)"* MG18. Tout en soulignant la rareté du phénomène : *"Quelques fois ouais. Ouais. C'est très rare, mais j'ai eu un ou deux courriers… [...] Franchement, c'est rare, mais quelques fois on tombe sur un Interne qui n'a pas été bon et c'est pas très clair au niveau du courrier."* MG18

Absence de diagnostic

L'absence de diagnostic semblait poser problème : *"Un diagnostic. Parce que parfois, il n'y a pas de diagnostic. (rire)."* MG12, *"Mais certains Services... je ne parle pas de la Médecine Interne. Je sais que les courriers sont longs mais au moins avoir un diagnostic de sortie.*" MG8

Absence de conduite à tenir

La problématique de l'absence de conduite à tenir a été citée à plusieurs reprises : *"Et parfois ce qu'il manque, ce sont les conduites à tenir. En fait, comment faire pour la suite. Parfois c'est pas toujours écrit. Du coup, c'est là où on est un peu dans le flou. On a tout un CRH détaillé, et on sait pas toujours quoi en faire par la suite."* MG5, *"Parfois des choses sont introduites et peut-être que les Médecins Hospitaliers considèrent que tout le monde sait que ça, ça va être [prescrit pendant] dix jours. Les gens qui se font suturer : "ça, ça doit se faire retirer dans tant de jours." Moi je trouve que c'est important de mettre la conduite à tenir clairement."* MG1

C'est notamment le cas dans les suites chirurgicales : *"Un truc qui n'y est jamais : « en cas de besoin, qui contacter ?». Ça n'y est jamais et parfois il y a des trucs qu'on n'a pas compris. Quand c'est post chirurgical et que la cicatrice n'est pas belle, on ne sait pas qui contacter. On ne sait pas s'il faut l'envoyer aux Urgences, ou s'il faut avoir un avis téléphonique, une consultation urgente… ça, on ne l'a quasiment jamais."* MG11

Précision concernant les traitements de sortie

Les traitements de sortie sont considérés comme un élément incontournable du CRH : *"Le traitement de sortie, c'est juste indispensable. Parfois certains ne font pas l'effort de le détailler."* MG13

L'absence d'ordonnance de sortie peut être ressentie comme pénalisante : *"je dois dire quand même que dans la grande majorité des cas, le patient sort avec son ordonnance. Evidemment,*

il est passé à la Pharmacie et on en a une trace. Mais, il arrive parfois qu'il n'ait pas d'ordonnance." MG7

Certains considèrent même l'ordonnance de sortie comme pouvant se substituer au CRH pour certaines spécialités : *"[...] L'ordonnance de sortie est déjà une toute petite lettre avec le traitement de sortie et le nom du Psychiatre qui s'est chargé de l'hospitalisation."* MG11

Mais ce qui semble le plus problématique pour les Médecins Généralistes, c'est l'absence d'explication sur les modifications de traitement : *"Ce qui est souvent oublié dans les comptes rendus, c'est : on a les traitements de sortie mais on oublie de préciser ceux retirés/arrêtés [...] les éléments qui ont fait changer le traitement, que ce soit clairement expliqué. Parfois on a des raccourcis et du coup on ne comprend pas pourquoi les gens ont eu une scintigraphie ou un scanner de machin parce qu'il faut fouiller dans l'observation pour comprendre."* MG11

Les critiques portent aussi sur l'absence de justification de l'arrêt de certains médicaments : *"[...] souvent, il y a quand même beaucoup de médicaments qui ont été élagués, et certains pour le confort des patients sont un peu indispensables."* MG12

<u>Qualité rédactionnelle</u>

La longueur du courrier est à mettre en lien avec la qualité rédactionnelle des CRH, celle-ci étant parfois décriée. Il s'agit parfois d'une présentation rendant la lisibilité difficile : *"les comptes-rendus qui sont parfois un peu chargés. Visuellement, c'est un peu compliqué."* MG10 *"Le pire dans les comptes-rendus sont ceux en « baratin »."* MG11, *"Parfois c'est dû à un excès de détails superflus. Parce qu'on a des paragraphes entiers de mesure sans les normes et des fois c'est pas très lisible.* MG12

Pour d'autres le problème est plus rédactionnel : *"On peut voir que dans certains courriers, c'est du systématique avec des phrases toute faites, pré-remplies. Ils ne s'embêtent pas trop. (rire)"* MG18

D'autres soulignent une redondance d'informations de CRH en CRH : *"Ou, il y a parfois des comptes-rendus où [...] Ils reprennent toujours la même chose. Ils rajoutent un petit truc en plus…"* MG21

Le style télégraphique est aussi critiqué : *"comme maintenant [...] les comptes-rendus d'hospitalisation sont fait automatiquement sur les observations médicales, [...] on retrouve [...] tout et n'importe quoi avec des abréviations, qui des fois, ne veulent rien dire.*" MG17

<u>Nécessité de prise de recul à la lecture</u>

Un Médecin interviewé évoque la nécessité de prendre du recul sur le contenu des CRH et de vérifier l'information qu'ils contiennent :

"*Le seul défaut que je pourrais émettre c'est que, on a tendance, surtout à l'Hôpital, on a souvent… on a tendance surtout à se fier à ce qui a été... à ce qui avait été écrit avant et on va moins chercher les infos chez le Médecin Généraliste ou chez le pharmacien."* MG14

B. Aspects positifs des CRH

De la même manière que pour les aspects négatifs, elles sont séparées en 2 parties : sur le contenu et sur la forme des CRH.

a. Aspects positifs concernant la forme du CRH

La lettre de liaison

La lettre de liaison [9] constitue un motif de satisfaction pour nombre de Médecins interrogés : *"Les courriers de liaison avec lesquelles les patients sortent d'hospitalisation, avec le courrier dans la main, c'est vraiment bien."* MG13

Certains Médecins considèrent qu'il s'agit d'une amélioration par rapport au passé : *"Je crois que l'Hôpital a pris conscience du problème. Dans le sens où, maintenant il ne laisse sortir personne sans au moins un petit mot [...]. Donc, je crois que l'Hôpital a quand même pris conscience de la nécessité de faire les choses correctement. Le Service qualité a quand même réfléchi à la question et au moins mis en place ce truc-là."* MG15

Cette lettre de liaison est suivie du CRH quelques jours plus tard : *"Maintenant, on a quand même des comptes-rendus brefs, peu détaillés et un compte-rendu plus détaillé qui arrive plus tard."* MG12

En plus de l'intérêt que cette lettre de liaison revêt, elle aide aussi les Médecins à patienter jusqu'à la réception du CRH : *"Il y a souvent la petite lettre de liaison qui est intéressante. La lettre de liaison, elle nous permet justement de patienter. De savoir ce qui a été fait avec le patient."* MG20. Certains Services sont cités en exemple pour la présence d'une lettre de liaison : *"Bon tout ce qui est Service de Traumato, en général ils ont un petit courrier à la main, donc on arrive un peu à s'en sortir. Cardio, les Services de Chirurgie, en général ça va."* MG8

Délai de réception satisfaisant du CRH

Sans occulter la problématique du délai de réception, certains Médecins Généralistes interrogés considèrent qu'il y a une amélioration des pratiques concernant le délai de réception du CRH : *"[...] ils [les CRH] ont toujours un petit délai entre le moment de la sortie et le moment où on le reçoit. Mais c'est quand même raccourci. Il y a quelques temps, c'était quasiment un mois. Là, ça s'est beaucoup amélioré."* MG20

D'ailleurs, les Médecins remarquent que dans certains Services, le patient sort avec le CRH en main propre. Cette pratique diminue le délai de réception, et est très appréciée des Médecins interrogés : *"Je sais que certains Services dans lesquels je suis passé, les patients ne partaient pas […] sans leur courrier. Je pense que c'est l'idéal."* MG2

MG20 estime que le système d'envoi actuel est plutôt efficace et que les CRH sont toujours envoyés : *"[...] généralement ça marche plutôt pas mal. Le compte-rendu est toujours envoyé."*

Et selon lui (MG20), quoi qu'en disent les Médecins : *"Souvent, pour être honnête, le Docteur, il dit qu'il n'a pas reçu le compte-rendu, mais en fait c'est qu'il l'a zappé."*

Il est rejoint par un confrère qui, habitué à ce délai de réception du CRH ne le considère pas comme un problème : *"Après on est habitués, on fait avec. On est rarement pris par défaut, de temps en temps mais c'est finalement assez rare [...] Mais je ne vis pas trop mal les problématiques de réception."* MG3

Il est à noter que certains Services de Médecine et, de Chirurgie en général, ont été pris pour exemple dans la rapidité d'envoi du CRH : *"La Réa, à Amiens, on l'a tout de suite."* MG9, *"Cardio, les Services de Chirurgie, en général ça va."* MG8

b. Aspects positifs concernant le contenu du CRH

Si les Médecins ont pu exprimer quelques critiques concernant le contenu de certains CRH, nous avons aussi recueilli beaucoup de témoignages de satisfaction.

<u>Satisfaction générale du CRH</u>

Nombreux sont les Médecins interrogés exprimant une satisfaction générale concernant le contenu du CRH : *"En général, moi, je suis satisfait des comptes-rendus d'hospitalisation que je reçois."* MG19. Ils estiment que les CRH qu'ils reçoivent sont de bonne qualité : *"Je pense qu'on a quand même la chance d'avoir les comptes-rendus de bonne qualité."* MG15

<u>CRH détaillé et complet</u>

Parmi les Médecins exprimant leur satisfaction générale, la plupart d'entre eux louent le caractère exhaustif des CRH : *"Ils sont complets, il n'y a pas de souci. On comprend vite et bien la problématique et la suite de la prise en charge [...]"* MG18, *"le courrier est toujours détaillé."* MG6

Ils nomment d'ailleurs les Services de Médecine Polyvalente comme exemple : *"J'aurais tendance à dire que les Services un peu plus généraux, que ce soit la Polymed ou les petits Services de Médecine de Périphérie on a des CRH plus clairs, plus détaillés."* MG1

Les Médecins remplaçant découvrent les CRH détaillés avec soulagement lors de la consultation d'un patient qu'ils connaissent peu ou pas : *" Il n'y a rien de plus réjouissant que,*

lorsqu'on ne connaît pas un patient, de retrouver un compte-rendu d'hospitalisation clair, net et précis regroupant les antécédents, les traitements, les prises en charge." MG13.

Ce dernier poursuit en exprimant le fait que c'est une qualité des CRH qu'il faut conserver : *"Je pense qu'il faut garder absolument ce système de courrier détaillé, peut-être parfois un peu long mais qu'on est toujours content de retrouver."*

D'ailleurs ses détails permettent à certains Médecins Généralistes la mise à jour de leurs dossiers médicaux : *"les CRH sont intéressants, car ils permettent d'avoir une synthèse du dossier du patient, dont on peut se servir nous aussi dans notre pratique quotidienne, quand parfois, on n'a pas toutes les infos du patient, et confronter ces infos de l'Hôpital avec les nôtres permet une mise à jour, aussi, du dossier du patient."* MG3

Qualités rédactionnelles

Certains Médecins constatent une bonne qualité rédactionnelle des CRH, malgré la variété de leur Service d'origine : *"[...] globalement les courriers, ils sont bien, assez détaillés, assez variés dans leurs forme et dans le fond, dans le sens où en fonction du Service qui adressent les patients, on va avoir des courriers très typés Cardio, des courriers très typés Dermato, des courriers très typés... etc. Et donc, voilà, globalement c'est des courriers assez complets."* MG14

Certains aspects du malade sont plus ou moins mis en avant selon la spécialité concernée : *"[...] il y a une grosse différence parce qu'en fonction des spécialités, ils vont être plus concentrés sur certains aspects du courrier. Même sur la forme du courrier. Par exemple, la Cardiologie, systématiquement on va retrouver les facteurs de risques cardiovasculaires à part. Alors que par exemple, dans un autre Service, on va aller retrouver ces facteurs de risques-là dans les antécédents, voire même pas présent. Un autre exemple, la Pneumo on va retrouver forcément le tabagisme alors que, peut-être dans un Service de Néphro, on va pas penser à le mettre."* MG17

Par ailleurs la lisibilité du CRH est considérée comme importante : *"je trouve qu'il y en a de plus lisibles que d'autres, mais le fond est là."* MG3. Cette qualité est considérée comme souvent présente : *"La plupart du temps ils sont faciles à lire, avec une conclusion bien visible, des paragraphes bien séparés."* MG11

Le "schéma classique" du CRH convient aux Médecins : *"Moi le schéma classique, ça me convient."* MG21, *"On est habitué. Bon, j'étais interne, externe il n'y a pas longtemps, je les faisais et puis voilà. Je suis habitué, il n'y a pas de souci, c'est toujours pareil. C'est le même schéma."* MG18. Ce schéma permet selon MG13 de respecter un standard et de présenter le plus de détails : *"[...] la méthode de courrier. C'est celle qui est standardisée, connue, qui est la plus détaillée [...]"*

Importance du CRH

Les Médecins Généralistes interrogés n'oublient pas l'importance du CRH : *"Heureusement qu'ils sont là."* MG18, *"En général, [le CRH] nous renseigne bien."* MG21

Ils soulignent son rôle dans la continuité des soins : *"C'est vraiment quelque chose de super important. C'est vrai que le patient, il ne sait pas forcément ce qu'il s'est passé au cours de son hospitalisation. Et c'est la seule façon d'avoir des informations médicales, de savoir ce que je dois prescrire, quelles démarches je dois faire, qui je dois contacter."* MG16

Par ailleurs, certains Médecins attribuent un rôle formateur au CRH : *"On peut apprendre beaucoup de choses en lisant un compte-rendu hospitalier. Je pense que ça fait aussi partie de la formation. C'est souvent très intéressant d'avoir un point de vue hospitalier et de spécialistes."* MG13

La longueur du CRH

Outre quelques critiques négatives concernant la longueur du CRH, certains Médecins précisent que la plupart du temps la longueur de ceux qu'ils reçoivent est acceptable : *"Pour la plupart des autres, les courriers sont tout à fait logiques et comportent un nombre de page tout à fait supportable."* MG7 Ils dépassent d'ailleurs rarement 2 pages : *"J'ai rarement des comptes-rendus qui dépassent deux pages, deux pages et demi. Donc je lis tout."* MG10

Il est souligné par certains, que les CRH de Chirurgie sont plus succincts et qu'ils suffisent : *"Les CRH de Chirurgie sont courts, très simples et finalement ça suffit amplement."* MG5

Dans ce domaine, un des Médecins interrogés prend l'exemple de l'Urologie : *"Par exemple les Urologues, ils font moins de développement."* MG2

c. Absence de critique

Certains Médecins n'expriment pas de critique (sous-entendue négative) à propos du CRH : *"Globalement, quasiment aucune."* MG10

C. Différences du CRH selon sa provenance

Pour affiner le recueil d'opinion concernant le CRH, nous avons demandé aux Médecins interrogés s'ils constataient des différences selon la provenance du CRH : Clinique privée ou Hôpital, selon les Hôpitaux ou selon les Services.

a. Différences entre selon le Service de provenance du CRH

La majorité des constats exprimés par rapport à la provenance du CRH ont été décrites dans les parties précédentes. Les Médecins ont évoqué les différences selon le Médecin Rédacteur.

Qualité du CRH dépendant du médecin rédacteur

Certains Médecins interrogés estiment que la qualité du CRH n'est pas différente selon le Service dont il provient : *"Quel que soit le Service, ils sont assez complets, assez exhaustifs."* MG3. Et, s'il y a des différences, elles sont dues au Médecin Rédacteur du CRH : *" ça dépend des Services et ça dépend aussi, je pense, de l'interne, ou bien du chef qui est là. C'est très "personne dépendant"."* MG8. Le CRH semble toujours écrit suivant le même schéma : *"Mais sinon dans l'ensemble c'est à peu près tous la même structure.*" MG2

b. Différences du CRH selon les Hôpitaux de provenance

Qualités perçues du CRH selon l'Hôpital de provenance du CRH

Les Médecins interrogés estiment que les Hôpitaux fonctionnent tous suivant le même modèle de CRH : *"Non globalement tout le monde fonctionne sur le même modèle. "* MG7

Certains Médecins ne voient pas de différence selon l'Hôpital de provenance : *"Après, entre les différents Hôpitaux je ne saurais pas dire."* MG17

Certains trouvent que ceux du CHU d'Amiens sont bien détaillés : *"[...] dans les CRH du CHU, ils sont assez exhaustifs, il y a quand même pas mal d'informations."* MG3. Alors que d'autres constatent que les CRH provenant des Hôpitaux périphériques sont de meilleure qualité : *"J'aurais tendance à dire que les Services un peu plus généraux, que ce soit la Polymed ou les petits Services de Médecine de périphérie on a des CRH plus clairs, plus détaillés."* MG1

Différences de délai de réception des CRH selon l'hôpital de provenance

Pour des Médecins interviewés, le délai de réception du CRH est plus long pour ceux provenant CHU d'Amiens : *"En général, l'Hôpital c'est quand même assez mauvais. A l'Hôpital, je parle du CHU."* MG11

A l'opposé le délai de réception des CRH provenant des Hôpitaux périphériques est considéré comme efficace : *"Les Hôpitaux Périphériques, c'est souvent plus rapide."* MG11. Plusieurs Médecins ont pris en exemple le CH d'Abbeville d'où les patients sortent avec le CRH en main propre : *"[...] j'avais appris ça à Abbeville d'ailleurs. J'aime bien quand les patients sortent avec leur courrier. Leur vrai courrier direct."* MG14. *"La seconde chose qui marche bien à Abbeville : les patients sortent tout le temps, ou quasiment tout le temps, avec le compte-rendu en main propre."* MG10

Inégalité du déploiement du numérique selon les Hôpitaux

Certains Médecins constatent une différence de déploiement du numérique entre les Hôpitaux de la région Picarde. Un des Médecins travaillant dans l'Aisne évoque un retard du CH de Saint-

Quentin par rapport aux autres établissements de la région : *"Alors on reçoit des courriers via messagerie sécurisée de Lille, d'Amiens et même Laon. Laon s'est mis bien avant Saint-Quentin à l'envoi sécurisé des données."* MG6

Un de ses confrères de l'Oise trouve lui aussi des inégalités sur ce sujet : *"Il y a Amiens qui fait ça un peu, la Clinique. Compiègne [...]"* MG21

c. Différences entre le CRH selon qu'il provienne de l'Hôpital Public ou de la Clinique

Le fait que le CRH provenait d'une Clinique Privée ou de l'Hôpital Public peut engendrer des différences, selon les Médecins interrogés. Ces différences concernent plusieurs aspects du CRH.

<u>Avantages constatés des CRH provenant des Cliniques Privées</u>

De nombreux Médecins ont rapporté des motifs de satisfaction concernant les CRH provenant des Cliniques Privées.

Sur la forme des CRH

Concernant le délai

Selon les Médecins interrogés, le délai de réception des CRH semble plus rapide quand ils proviennent des Cliniques privées : *"[...] on a souvent les Comptes-Rendus beaucoup plus vite en Clinique qu'à l'Hôpital."* MG11

Le patient sort souvent de la Clinique où il est hospitalisé avec son CRH : *"Généralement en Clinique, le patient sort avec son compte-rendu d'hospitalisation. Donc, on n'a pas le délai de l'Hôpital."* MG15

Quand il ne sort pas d'Hospitalisation avec son CRH en main propre, il est envoyé sur la messagerie cryptée du Médecin très rapidement : *"C'est vrai qu'on a des comptes-rendus, il sort de la Clinique et on les a sur le coup. Et franchement, c'est... Voilà, le courrier est dicté et envoyé dans l'heure"* MG16, *"Le délai, oui, la Clinique ça va vite. On reçoit par Apicrypt."* MG9

Avance concernant le déploiement du numérique

Pour justifier l'avance des Cliniques sur l'Hôpital Public dans le domaine de la numérisation des CRH, les Médecins interrogés évoquent une expérience de plusieurs années dans l'utilisation des messageries cryptées : *"La Clinique ça fait des années qu'ils sont sur messagerie sécurisée. Ils ont adopté notre messagerie Apicrypt."* MG6

Certains Médecins opposent, sur ce point, les Cliniques au CHU d'Amiens où ils constatent des problèmes de réception de CRH par mail : *"On reçoit beaucoup de CRH de la Clinique par la messagerie qui est compatible par contre le CHU ça coince. Je ne sais pas pourquoi."* MG3

Cette technologie permet d'ailleurs aux Cliniques de notifier la sortie des patients hospitalisés à leur Médecin Généraliste : *"À la Clinique le patient sort et on a par mail le jour même une information. C'est valable en consultation, pour les malades hospitalisés. Et ça devrait être valable pour les malades vus en consultation."* MG6

Meilleurs contacts post-hospitaliers pour les Cliniques

Les Médecins interrogés évoquent pour certains, une continuité des soins améliorée à la Clinique. Ils y associent un accès facilité aux examens complémentaires réalisés pendant les séjours d'hospitalisation : *"Les Cliniques envoient en général tous les éléments. Alors qu'à l'Hôpital, c'est vrai qu'on a que ce que le Médecin, qui fait le courrier final, nous envoie."* MG11

Pour les problématiques post-hospitalières, les Médecins disent trouver plus facilement un contact à la Clinique qu'à l'Hôpital Public : *"Un truc qui n'y est jamais : « en cas de besoin, qui contacter ? » [...] c'est souvent plus facile quand c'est en Clinique parce que c'est plus nominatif, alors qu'à l'Hôpital c'est plus anonyme."* MG11

La raison évoquée est une prise en charge plus personnifiée à la Clinique : *"On a plus un nom qui a suivi le patient, alors qu'à l'Hôpital c'est l'interne, on ne sait pas trop si le Chef de Service a vraiment suivi le patient ou pas."* MG11

Par ailleurs, le Patient est plus souvent destinataire du CRH quand il sort d'une Clinique Privée ; *"C'est plus le cas à la Clinique : un CRH pour le patient et un à donner pour le Médecin Traitant."* MG3

Sur le contenu du CRH

D'après les Médecins interrogés, le fait que les CRH des Cliniques soient plus courts est un avantage : *"Ceux du Privé vont plus à l'essentiel. Après, c'est peut-être plus attrayant de lire un compte-rendu du privé, parce qu'on sait qu'il n'y aura pas de superflu, et que les informations utiles."* MG16

Cette brièveté du CRH est une des motivations, en plus du délai et de l'envoi par messagerie électronique pour qu'un des Médecins interrogés adresse son Patient en Clinique Privée : *"Moi par exemple, je sais que j'aurais tendance à envoyer mes Patients à la Clinique pour avoir un compte-rendu synthétique, informatique et à disposition immédiate."* MG16

A la marge, un Médecin a évoqué l'avantage des Cliniques à formuler plus de courtoisies : *"[...] les Etablissements Privés mettent un peu plus de formes parce qu'ils sont intéressés, donc tu as plus de forme de politesse (rires) et c'est tout."* MG18

Avantages des Hôpitaux Publics sur les Cliniques Privées

Plusieurs Médecins interrogés ont évoqué la qualité et l'exhaustivité du CRH comme étant des avantages des CRH provenant de l'Hôpital Public par rapport à ceux des Cliniques Privées : *"[...] j'ai remarqué que les comptes-rendus, plutôt Publics en général, plutôt Universitaires sont plus détaillés, plus long, plus structurés, plus systématiques."* MG16

Il est souligné le rôle des Internes pour réaliser ces CRH de qualité : *"Parce que, il est fait beaucoup par les étudiants qui ont fait le compte-rendu. Par les Internes, qui font du bon boulot. Dans le privé il n'y a pas beaucoup d'Internes, donc c'est les Médecins… Donc eux, ils vont à l'essentiel. À l'arrache, il te file la conclusion etc. Mais, heureusement qu'on a encore des Internes et que ce compte-rendu-là est très bien fait. Parce que, voilà, c'est quelqu'un qui respecte encore bien la méthode, la méthodologie initiale. On va l'oublier un petit peu la méthodologie, plus on va avancer. Mais c'est important de l'avoir, parce que c'est le maillage qui nous permet de faire notre métier correctement. [...] Oui, il y a une nette meilleure qualité, des compte-rendu hospitaliers publics par rapport au privé."* MG20

3. Habitudes de lecture du CRH par les Médecins Généralistes picards

Plusieurs questions ont été posées aux Médecins Généralistes interrogés au sujet de leurs habitudes de lecture. Ces questions étaient :

- Que lisez-vous dans les CRH que vous recevez?
- Quelles sont les rubriques indispensables?
- Comment doivent être communiqués les examens complémentaires?
- Comment l'information délivrée au patient doit-elle apparaître dans le CRH?

A. Éléments du contenu du CRH lus par les Médecins Généralistes

Les réponses obtenues quant à ce que les Médecins lisent dans les CRH sont partagées. Nous avons pu les organiser en 3 parties comparables en quantité de verbatims codés.

a. Lecture de la conclusion

Une grande partie des Médecins Généralistes interrogés déclarent lire surtout la conclusion à la réception d'un CRH. Cette déclaration se fait souvent avec un sourire aux lèvres ou dans un éclat de rire : "(Rires) surtout la conclusion." MG1

Certains Médecins lisent surtout la conclusion quand les CRH sont trop longs : *"La conclusion (rires), surtout dans les CRH trop longs."* MG3 Pour d'autres, c'est dû à la complexité de la prise en charge : *"Souvent la conclusion en premier. Plus ça devient pointu sur le plan machin, plus j'avoue que je vais directement à la conclusion."* MG15

Pour un autre Médecin, c'est plutôt le cas quand l'hospitalisation est courte et simple : *"Après, si ce n'est pas trop grave je vais directement à la conclusion."* MG18

Certains Médecins estiment que si la conclusion est complète, il n'y a pas besoin d'en lire plus : *"la synthèse qui est faite : si c'est clair net et précis, je ne vais pas relire dans le compte-rendu."* MG17

Mais si la conclusion n'est pas assez détaillée les Médecins lisent le corps du CRH : "*[...] s'il y a quelque chose que je ne comprends pas par rapport à la synthèse, vis-à-vis du motif d'entrée, dans ce cas-là je vais chercher dans le courrier si c'est présent."* MG17

La lecture de la conclusion a été évoquée comme solution au manque de temps ou à la lassitude devant la pile de courrier à lire en fin de de journée de consultation : *"Comme la plupart des Médecins Généralistes, on n'a pas le temps de lire les 5 pages de chaque patient. Et très souvent on ne lit que la conclusion"* MG2, *"Quand on a un gros paquet de courrier, le soir après les consultations, on va souvent à la conclusion."* MG15

b. Lecture de tout le CRH

Une 2ème grande partie des Médecins interrogés déclarent lire le CRH reçu dans son ensemble. Ces Médecins considèrent en effet que l'ensemble du CRH est important : *"Tout ! Je lis absolument tout. [...] Donc je ne retirerais rien."* MG10

Pour quelques Médecins c'est surtout le cas si le CRH fait moins de 2 ou 3 pages : *"Alors, si le courrier est un courrier en une page, deux pages, jusqu'à trois pages, le courrier in extenso."* MG7. C'est aussi le cas pour les CRH jugés complexes : *"[...] si la prise en charge est complexe, je prends un temps quand même pour lire l'intégralité du compte-rendu."* MG13

Même lus intégralement, la plupart des Médecins ne lisent pas le CRH dans l'ordre d'écriture, mais commencent par la conclusion : *"la conclusion en premier, puis, mettre le détail dans les pages suivantes [...]"* MG12, *"J'essaie de tout lire. Bien souvent je vais d'abord à la conclusion tout de suite pour voir ce qu'il y a… Ensuite je relis le compte-rendu plus en détail."* MG21

c. Lecture partielle du CRH

La 3ème partie des Médecins évoque une lecture partielle du CRH. La majorité d'entre eux ont identifié des parties importantes. C'est d'ailleurs très souvent les mêmes parties du CRH qui

reviennent : motif d'hospitalisation, histoire de la maladie, traitements (notamment de sortie), conclusion : *"La conclusion (rire), le motif d'hospitalisation et la conclusion."* MG11
"Histoire de la maladie bien souvent. Très rapidement, je survole la conclusion" MG13
"Je lis (rire) : l'intro, traitement d'entrée, conclusion et traitement de sortie." MG14
"Alors, ce que je lis, c'est sûr, c'est le motif d'hospitalisation, la synthèse qui est faite si c'est clair net et précis, bah, je ne vais pas relire dans le compte-rendu." MG17
"Mais, je survole essentiellement le pourquoi de l'hospitalisation, le motif d'hospitalisation et les conclusions, bien entendu. Et surtout, le changement de traitement qui a été opéré, s'il y en a eu un. " MG19

B. Parties indispensables d'un CRH

Après avoir demandé aux Médecins ce qu'ils lisaient dans les CRH qu'ils recevaient, nous leur avons demandé de définir les parties indispensables d'un CRH. Leurs réponses ont été très variées. Nous avons constaté que les 4 plus importantes étaient : motif d'Hospitalisation, histoire de la maladie, traitements, conclusion.
Les autres parties citées étaient :

- L'identité du patient : *"Quand je le reçois, je regarde le nom et l'âge de la personne – parce que parfois ce sont des personnes que je ne connais pas forcément-[...] "* MG2
- Les dates d'hospitalisation : "*[...] je trouve, par exemple que c'est important, la date, la durée d'hospitalisation."* MG8
- L'identité du Médecin : "*[...] on lit quand même le nom du Médecin qui l'a fait."* MG11
- Comme nous l'avons évoqué précédemment, le motif d'hospitalisation : "*Déjà, je commence toujours par le motif d'hospit'. Parce que, quelques fois ce n'est pas moi qui les ai envoyés, donc que je vois déjà pourquoi ils sont venus [...]"* MG18
- Surtout cité par des Médecins remplaçants, les antécédents du patient : *"[...] j'aime bien avoir les antécédents pour être sûr de ne rien oublier chez les patients."* MG13
- Le mode de vie du patient : *"Pour les personnes âgées, que le mode de vie soit présent."* MG17
- Les traitements d'entrée : *"[...] traitement d'entrée [...]"* MG14
- Nous l'avons déjà énoncé précédemment : *"L'histoire de la maladie [...]"* MG21
- L'examen clinique d'entrée : "*[...] que l'examen clinique d'entrée soit présent."* MG17
- L'évolution dans le Service, pendant l'hospitalisation : *"L'évolution au sein du Service pour que je puisse comprendre."* MG10
    - Avec les différents actes réalisés : *"[...] les prises en charge."* MG13
    - Les avis médicaux recueillis : *"[...] avis spécialisés différents [...]"* MG12

- Et les principaux examens paracliniques : *"[...] les résultats des examens complémentaires."* MG9

- Les traitements de sorties sont mentionnés très souvent lors des entretiens. Ils sont incontournables pour nombre d'entre eux : *"Le traitement de sortie, c'est juste indispensable."* MG13.

  Le fait que toute modification thérapeutique soit expliquée semble aussi incontournable : *"Et, ce qui arrive très peu, c'est d'avoir une explication concernant le changement de traitement. Parce que souvent, on se retrouve avec des traitements qui ont disparu. On ne sait pas si c'est volontaire, et pour quelle raison. On peut penser que c'est une erreur alors que ce n'est peut-être pas le cas. Alors c'est important de justifier. On ne comprend pas toujours pourquoi."* MG9 Ces éléments justifient l'intérêt de la présence des traitements d'entrée et de sortie dans le CRH : *"Après, on peut comparer des traitements d'entrée par rapport aux traitements de sortie, voir s'ils ont modifié quelque chose."* MG17

- Enfin l'incontournable conclusion. Nous avons vu que c'était parfois la seule partie lue par les Médecins interrogés. Pour cette raison ils souhaitent qu'elle soit claire et détaillée : *"[...] c'est pas mal quand on a des conclusions en plusieurs parties. [...] je n'aime pas qu'il n'y ait qu'une seule phrase de conclusion. [...] Très souvent, on ne lit que la conclusion, donc si elle est un petit peu plus fournie, c'est sympa. [...] une conclusion en 2, 3, 4 lignes – s'il s'est passé plusieurs choses. Une conclusion pas très compliquée : juste pour dire « il a eu ça, on a fait ça » / « il a eu ça, on a fait ça » [...]"* MG2.

Cette conclusion devant, au mieux, contenir toute la conduite à tenir en post-hospitalisation pour le patient : *"la conclusion, ce qu'on a fait, et la conduite à tenir pour le futur. Pour savoir, nous, quand est ce qu'on doit ré adressé le patient chez le spécialiste, ou alors si on se dit, ça ça a déjà été « bilanté » et on fait plus rien par rapport à ça."* MG5

C. Ce que les Médecins Généralistes ne lisent pas dans les CRH qu'ils reçoivent

Si certains Médecins ne lisent que la conclusion ou des parties bien précises d'un CRH, ils ont, pour certains, identifiés des parties qu'ils ne lisent pas dans un CRH.

L'élément qui revient le plus souvent est la biologie. Cette rubrique ne semble pas pertinente pour certains Médecins : *"Bon quand il y a deux pages de résultats biologiques, je passe."* MG8 *"Mais faire des détails de biologie qui sont souvent répétés en hospitalisation, franchement on s'en fout, on ne lit pas."* MG13

Pour des Médecins expérimentés, ce sont les antécédents du patient qui ne semblent pas être très pertinents dans un CRH : *"[...] très franchement toute la partie antécédents, on s'en fiche…"* MG13

MG13 temporise, en soulignant que leur présence permet de mettre à jour les antécédents du patient dans son propre dossier médical : *"Sauf que, des fois ça nous permet de retrouver des antécédents qu'on n'a pas."*

Pour d'autres Médecins, c'est l'examen clinique d'entrée qui n'est pas lu : *"toute la partie d'examen clinique d'entrée (bruits du cœur réguliers ...), on passe un peu."* MG5

Enfin, des Médecins interrogés survolent les excès de détails sur-spécialisés des CRH : *"c'est peut-être trop spécialisé pour certaines spécialités, mais après on fait abstraction."* MG5

D. Examens complémentaires

Nous avons demandé aux interviewés comment ils souhaitaient que les examens paracliniques et leurs résultats soient retranscrits dans le CRH. Encore une fois nous avons obtenu des réponses très variées. Elles permettent néanmoins de se faire une idée de ce qu'attendent les Médecins Généralistes. Nous avons pu dégager deux parties : la première concerne les résultats des examens paracliniques et la deuxième concerne la transmission de ces résultats.

a. Les résultats des examens paracliniques

Les Médecins interrogés sur leurs souhaits quant aux résultats des examens paracliniques nous ont donné des réponses partagées.

<u>Résumés ou conclusion des examens complémentaires</u>

Une grande partie des Médecins interrogés souhaitent que les CRH contiennent un résumé des examens complémentaires : *"[...] il faut le résumer. Moi, je n'ai pas besoin d'avoir le truc, qu'il a fait 230 ml de dopamine avec le protocole… Non, on s'en tape. On sait qu'il a vu qu'il y avait de métastases cérébrales qui étaient dans le cervelet et qu'il était avec un œdème, que ça comprimait… Voilà."* MG20

D'autres ne souhaitent que la conclusion des comptes-rendus d'examen : *"sincèrement, si j'ai la conclusion et les examens complémentaires, ça me suffit."* MG3. Ces souhaits s'inscrivant dans un souci de synthèse : *"[...] c'est important, il faut être synthétique."* MG20

"Enfin bon voilà. Me décrire l'ECG, je m'en fiche un petit peu. Par contre s'il y a quelque chose sur l'ECG, c'est bien de le savoir." MG8

Certains Médecins interrogés soulignent le risque d'erreur d'interprétation que pose le fait de résumer les examens : *"Les résumés, c'est toujours pareil : le Médecin qui va faire le courrier*

est le Médecin du Service, pas le Radiologue. On est tous pareils : on détaille ou on accorde plus d'intérêts à ce qui nous a marqués. Mais si nous-même on est passé à côté de quelque chose, en tant qu'autre Médecin, on aime bien avoir toutes les informations – pas que le résumé du résumé remis par un autre Médecin." MG4

Souhait de comptes-rendus d'examens complets

Une autre partie des Médecins interrogés souhaite obtenir des résultats d'examens plus complets : *"Ce qu'il faudrait : c'est avoir un double exact du compte-rendu"* MG6 Comme c'est le cas, dans les Cliniques : *"[...] je disais qu'en clinique on avait facilement les Comptes-Rendus d'examen [...]"* MG11

Ces comptes-rendus complets permettent aux Médecins Généralistes de compléter le dossier médical de leur patient : *"Mais au moins avoir le compte-rendu exact, qu'on puisse transférer éventuellement aussi, dans le dossier patient."* MG6, et peuvent être utiles pour des situations cliniques futures : *"[...] par exemple s'il y a une radio du thorax - qu'on soit content de savoir que peut-être qu'il n'y a pas besoin d'un scanner. Si un patient tousse depuis deux mois, tu vas te poser la question, peut-être que s'il sort d'hospi' et il en a déjà eu une."* MG2

Certains Médecins souhaitent à l'avenir disposer des radiologies et scanners des patients : *"[...] éventuellement dans l'avenir, avoir accès aux images."* MG6

Examens biologiques

Les résultats biologiques sont souvent considérés de manière différente par rapport aux examens d'imagerie. La plupart des Médecins Généralistes interrogés ne souhaitent pas avoir tous les résultats biologiques dans le CRH : *"Quand il y a deux pages de résultats biologiques, je passe."* MG8

Néanmoins, certains Médecins, dans leur pratique, apprécient avoir une biologique de sortie d'hospitalisation afin d'avoir un point de comparaison : *"Mais juste une bio de sortie, sans interprétation, avec les chiffres, pour se dire "quand il est sorti, il y avait ça". Parce que, imagine, je fais une bio pas longtemps après et moi j'ai une CRP à 50, je ne sais pas s'il est venu pour un problème infectieux, s'il avait une CRP à 70 quand il est sorti ou si elle était à 20 et que ça ré-augmente. Pour avoir un point de comparaison."*MG1

Dans l'ensemble, les autres Médecins soulignent l'importance de ne transmettre que les résultats pertinents : *"[...] les biologies en entier on n'en fera rien [...] Sauf les grosses anomalies, par exemple les anémies très profondes, des leucémies, des trucs vraiment très importants."* MG13

Si malgré tout, les résultats sont amenés à être transmis, les Médecins souhaitent une amélioration de leur lisibilité :

- Soit sous forme de tableau, en cas de CRH en version papier : *"[...] pour les examens biologiques, avoir les résultats sous forme de tableau. Parce qu'on a des paragraphes entiers de mesure sans les normes et des fois c'est pas très lisible."* MG12
- Soit en pièce jointe en cas de transmission des CRH par mail : *"Peut-être plutôt en pièce jointe. Par exemple, quand on a le début où on a un copier-coller de toute la biologie : le ionogramme, enfin absolument tout, ça surcharge le récit et le visuel. Ça peut décourager d'être un peu plus attentif. Alors que ce n'est pas le plus pertinent. Si on l'a en pièce jointe et qu'on s'y intéresse, on va le voir."* MG10

Il a été évoqué par nombre de Médecins interrogés l'intérêt de citer dans les CRH les examens réalisés pour éviter toute répétition inutile :

- Soit pour éviter au patient d'accumuler les examens pour une situation donnée : *"ça a déjà été bilanté et on fait plus rien par rapport à ça."* MG5
- Soit dans un souci d'économie pour la société : *"quels examens ont été réalisés pour ne pas les demander une nouvelle fois. Pas faire un coût à la sécurité sociale, ou de choses comme ça."* MG16

<u>Souhait d'une meilleure communication des examens complémentaires</u>

Certains Médecins ont exprimé le désir de lire les résultats des examens complémentaires dans un paragraphe dédié dans le corps du CRH, voire en conclusion : *"L'imagerie, oui, pourquoi pas, ça peut faire partie de la synthèse dans la conclusion, ou d'un paragraphe à part. Dans le compte-rendu."* MG13

Certains Médecins évoquent l'intérêt pour la continuité des soins de notifier les examens complémentaires prévus ou à prévoir par la suite : *"[...] s'il y a des examens complémentaires à faire. Parce que parfois, il y a des examens complémentaires à faire en externe, avec des dates qui sont données, et ça c'est important de le mettre dedans."* MG8

Il a été évoqué l'importance d'expliquer et/ou de justifier les examens complémentaires réalisés pendant l'hospitalisation : *"Parfois on a des raccourcis, et du coup, on ne comprend pas pourquoi les gens ont eu une scintigraphie ou un scanner. Il faut fouiller dans l'observation pour comprendre."* MG11

<u>Aucune critique concernant les examens complémentaires</u>

Enfin, il y a des Médecins pour lesquels la communication des examens complémentaires actuelle ne souffre d'aucune critique : *"Non, c'est clair à partir du moment où je cherche quelque chose je le retrouve. Je n'ai pas de critique."* MG15

b. Transmission des examens complémentaires

Pour la transmission des résultats, certains Médecins considèrent que le patient étant possesseur de son dossier Médical, les examens complémentaires devraient lui être transmis à sa sortie d'hospitalisation : *"Déjà ce serait bien qu'on les remette complètement au patient, qui est quand même propriétaire de son dossier médical – même si les examens ont été faits à l'Hôpital."* MG4

La voie postale est considérée pour certain comme efficace pour transmettre les examens : *"Par courrier, c'est une bonne chose, ça va relativement vite."* MG13

Alors que d'autres ont évoqué la messagerie électronique et la mise en pièce jointe des résultats : *"[...] Peut-être, si on était plus tourné vers les nouvelles technologies on pourrait mettre des pièces jointes, pour aérer les comptes-rendus qui sont parfois un peu chargés. Visuellement, c'est un peu compliqué."*MG10

D'autres ont discuté de la possibilité d'une transmission via le DMP : *"[...] éventuellement les mettre sur le DMP [...]"* MG4

E. Information délivrée au Patient

Les données recueillies par rapport aux questions concernant l'information délivrée au patient ont été très variées.

a. Annonce diagnostic et éducation du Patient

Que ce soit l'information ou l'éducation du Patient, le fait qu'elle soit ou non délivrée à l'intéressé n'est pas toujours notée dans le CRH : *"En tout cas, ce n'est jamais mentionné qu'il y a eu éducation du patient. Ça, ce n'est jamais expliqué."* MG10, *"C'est vrai, ce n'est pas toujours noté."* MG12

Pourtant ce questionnement sur l'information du patient est réel : *"c'est un peu compliqué lorsque l'on revoit les patients et qu'ils nous demandent ce qu'ils ont et puis on ne sait pas si ça a été dit ou pas."* MG8, *"Parce que quand tu lis un courrier et que le patient vient te voir, la première chose que tu dis, c'est : « voilà, qu'est-ce qu'ils vous ont dit ? » Et s'ils ne lui ont rien dit du tout… eh bien le patient commence à flipper !"* MG2

Certains Médecins interrogés estiment qu'il serait important que l'annonce du diagnostic soit inscrite dans le CRH : *"Je pense qu'il faut que ce soit écrit noir sur blanc. Dire : « Voilà, nous avons annoncé la pathologie à Monsieur ou Madame »."* MG2; Notamment pour les cas de Cancérologie : *"Mais c'est vrai que pour tout ce qui est Cancéro, ce serait bien d'avoir le détail de ce qui a été dit ou pas au patient. Même sur les alternatives thérapeutiques."* MG12

Un Médecin pense que cela permet, par ailleurs, à tous les soignants de délivrer le même discours au patient : *"Parce que ça nous permet nous, étant Médecin Généraliste d'adhérer au discours de l'hospitalier, d'avoir le même discours."* MG17

Toujours pour la Cancérologie, certains Médecins constatent que l'annonce du diagnostic est bien notifiée dans le CRH : *"Ce qui a été dit aux patients ? Alors, dans certains Services, ça l'est. Comme les Services d'Oncologie."* MG18. Pour d'autres il y a une grande différence entre les recommandations quant aux annonces de diagnostics de pathologies graves et la réalité : *"[...] depuis qu'il y a le plan cancer ou je ne sais pas quoi… t'entends : "consultation d'annonce, RCP, patati patata…" En vrai, dans la vraie vie c'est : "bah, tu sais, ça a une tête de cancer, je voulais lui dire…" Et puis roule ma poule… Donc tu leur dis avec tes mots en disant : "bah il y a une tumeur, une masse, on ne sait pas trop ce que c'est et voilà [...]""* MG14

Ce même Médecin, ajoute à propos de la délivrance de l'information au patient : *"je pense que tu ne pourras même jamais être sûr de ça."*

Pour d'autres Médecins la question de l'information au patient est déjà statuée par les textes de lois : *"Si je respecte l'esprit de la loi, l'information doit lui être délivrée. Donc il n'y a pas besoin de le marquer puisque légalement, ça a dû lui être précisé."* MG15

Un autre Médecin confirmant que si ce n'est pas noté dans le CRH, c'est que l'information a été délivrée au patient : *"[...] je pense que le fait de ne pas le noter, c'est qu'on l'a donné."* MG4

b. Patient destinataire du CRH

Une grande partie des Médecins interrogés sont pour l'envoi du CRH aux patients : *"Je suis très pour que les patients aient leur compte-rendu [...]"* MG11 ou à minima, que le patient bénéficie d'une lecture de son CRH avant de l'envoyer au Médecin : *"je pense que quand on fait un courrier de sortie, la moindre des choses ce serait d'en donner lecture au patient qui est quand même le premier concerné. Et ça je ne pense pas que ce soit fait très souvent. L'Interne fait son courrier, dicte son courrier à la fin de l'hospitalisation. Ça passe à la secrétaire. Le patient sort, dans le meilleur des cas avec son courrier mais il n'y a pas de relecture qui est faite en présence du patient. Je crois que c'est relativement rare."* MG7

Dans les faits, d'après les Médecins, les patients sont régulièrement destinataires et détenteurs du CRH : *"Régulièrement, ils sont destinataires des informations."* MG3

Mais ce n'est pas systématique. Sans qu'aucune raison apparente ne soit mise en évidence :

"Il y en a qui envoient aux patients et aux Médecins en même temps. Il y en a qui ne l'envoient qu'au Médecin. Il y en a qui le donne qu'aux patients qui doivent nous ramener le compte-rendu. On peut tout voir." MG21

D'ailleurs, ce n'est pas parce que les patients reçoivent le CRH qu'ils le lisent. C'est ce qu'a pu constater un des Médecins : *"Quand je vais voir les patients en post-hospitalisation, ils ont gardé un fonctionnement un peu ancien. Je ne sais pas si c'est le bon terme. Mais ils n'ont pas ouvert le courrier. Ils me disent : « Tenez, vous avez reçu un courrier de l'Hôpital ». Alors que le courrier n'est pas forcément fermé. Mais ils ne l'ont pas ouvert. Ils pensent que c'est une confidentialité entre les Médecins, donc ils n'ont pas ouvert le courrier. Très souvent."* MG10

Nombre de Médecins déclarent lire le CRH avec le patient pendant la consultation : *"Assez souvent je le lis avec le patient quand il vient me voir."* MG21 Certains en profitant pour donner un double du CRH au patient, tout en mettant un bémol à cette pratique en cas de pathologie néoplasique : *"moi, je donne souvent le courrier aux gens. Bon, après leur avoir débriefé. Mais j'aime bien qu'ils sachent ce qu'ils ont, qu'ils s'investissent aussi un peu dans la maladie. Bon, sauf les cas de cancers c'est un peu particulier."* MG9

c. Compréhension du patient

Les Médecins interrogés constatent pour la plupart un problème de compréhension du patient concernant leur hospitalisation : *"Il y a des patients qui ne savent pas trop pourquoi ils ont été hospitalisés, ni ce qu'ils ont finalement."* MG12

Certains Services sont, aux yeux de quelques Médecins interrogés, plus pourvoyeurs de problèmes de compréhension du patient : *"Il le mentionne bien mais c'est vrai que dans d'autres Services comme les Services de Chirurgie, c'est très succinct et, des fois, on est étonné de devoir apprendre aux patients pourquoi il a été opéré. (Rires)"* MG18

Certains Médecins se sentent démunis dans ces cas de figure : *"C'est à toi de faire le boulot et c'est très difficile d'expliquer ce que les Chirurgiens font sachant que tu n'es pas Chirurgien."* MG2

Mais un des Médecins hospitaliers interrogés donne son explication à la problématique de la compréhension des patients : *"[...] y'a pas mal de filtre entre [...] ce qu'on te dit, ce que tu comprends, ce que tu expliques, et ce que finalement le patient, qui est en bout de chaîne, comprend. Et des fois, entre ce que tu dis aux patients, ce que le patient entend, ce que le patient comprend, ce que le patient redit à son Médecin Généraliste, ça peut être à l'opposé à 200 %. C'est amusant parfois, mais (souffle)... il faut prendre le temps de la reformulation. [...] Parce qu'en atténuant les mots vers les patients, on en atténue le sens. Soit ils vont noircir le tableau soit ils vont complètement banaliser…"* MG14

Cette problématique de compréhension n'est pas corrigée par le fait que le patient soit destinataire du CRH : *"Régulièrement, ils sont destinataires des informations. Je ne sais pas s'ils comprennent grand-chose, mais ils sont destinataires."* MG3

Cette situation renforce l'intérêt des Médecins pour recevoir rapidement le CRH : *"Les informations données aux patients, elles ne sont souvent pas comprises. Donc c'est pour ça qu'avoir un courrier immédiat de sortie c'est ce qu'il y a de plus important."* MG6

4. Perspectives d'amélioration

La 3ème grande partie de ces résultats concerne les perspectives d'amélioration évoquées par les Médecins interviewés. Elles ont été relevées dans tout le script d'entretien à partir du moment où les Médecins évoquaient une amélioration future concernant le CRH. En fin d'entretien, nous avons posé les questions suivantes dans le but de faire émerger plus de propositions à ce sujet :

- Comment améliorer le CRH?
- Qu'attendez-vous d'une étude comme celle-ci sur le CRH?

Nous avons pu dégager de grandes tendances que nous décrivons ci-après.

A. Transition vers le numérique

Dans les perspectives d'amélioration, la transition vers le numérique est plus que plébiscitée par l'ensemble des Médecins interrogés. Dans ce travail de thèse, le codage de cette partie recense 180 références sachant que l'ensemble du travail en réunit environ 500.

a. L'utilisation actuelle de MSSanté et Apicrypt

Actuellement, 2 messageries sont utilisées par les Médecins Généralistes. Il s'agit de Apicrypt® et de MSSanté® : *"On est sur Apicrypt, l'Hôpital [de Saint-Quentin] a choisi MSSanté. Moi j'ai les deux."* MG6

- Apicrypt est une messagerie payante, ce qui a pu freiner un des Médecins interrogés : *"[...] je ne me suis pas fait chier à payer Apicrypt."* MG18
- MSSanté est gratuite et chaque Médecin possède une adresse : *"[...]tous les Médecins sur MSSanté parce qu'on est obligé d'avoir une messagerie sécurisée. Donc, on l'a tous"* MG18

Tous les Médecins ayant une adresse MSSanté sont inscrits dans un annuaire. Ce système unique trouve ses défenseurs : *"La sécurité sociale démarche un petit peu tous les médecins pour installer ce qu'on appelle la messagerie sécurisée santé. Il y a donc, un annuaire avec la plupart des Médecins concernés. Ça, c'est extrêmement pratique. Ca a le mérite de faire un système unique, que tous les Médecins peuvent avoir."* MG7 Mais MSSanté est moins utilisée

et développée que Apicrypt selon certains Médecins : *"Pour l'instant, on n'a qu'une messagerie sécurisée en rapport essentiellement avec les laboratoires."* MG19

Comme le déclare ce Médecin, la messagerie Apicrypt semble être plus largement déployée que MSSanté et est utilisée quotidiennement pour recevoir les résultats de laboratoires. Les résultats d'imagerie et certains résultats de dépistage y sont aussi envoyés : *"Franchement les Généralistes utilisent Apicrypt tous les jours au moins pour les biologies. Et donc on reçoit de plus en plus de Comptes-rendus de consultation et d'examens de radiologie, scannographiques, Adema, on y va tous les jours sur cette boîte."* MG11

Certains Médecins commencent à recevoir des CRH par mail crypté : *"[...] j'ai eu la chance de fonctionner dans un cabinet [...] qui recevait des comptes-rendus directement avec une messagerie sécurisée [...]"* MG10 *"[Les Médecins reçoivent quelques CRH] sur Apicrypt. Quelques Médecins dans le Privé… en général utilisent ce mode là."* MG19

Un Médecin hospitalier déclare qu'un système analogue utilisé par les prestataires de santé pour communiquer avec les Praticiens Hospitaliers : *"[...] ça se fait déjà au niveau des prestataires de santé. Par exemple, ils envoient aux hospitaliers des images de plaies par exemple [...]"* MG17

b. Avantages prêtés aux messageries sécurisées

Nous l'avons vu précédemment, l'envoi des CRH par mail crypté permettrait selon une partie des Médecins interrogés de gagner du temps sur le délai de réception : *"Alors l'idéal serait, vu qu'il existe des messageries sécurisées, de recevoir le courrier en messagerie sécurisée. Ça permet un gain de temps. On n'a pas besoin de passer par la poste et on n'a pas besoin de scanner derrière."* MG7

Les Médecins Généralistes déclarent un gain de temps dans la gestion du dossier médical du patient : *"Ce serait bien, ça nous éviterait de scanner, de trier…"*MG21

Et donc pour certains Médecins, cela permet un gain de place avec moins de dossiers papiers à conserver : *"En plus ça permet un gain de temps et d'espace. Ne pas avoir 36 000 courriers papier et tout avoir dans son ordinateur."* MG16

Pour certains Médecins, les CRH envoyés par mail permettent une amélioration de la qualité du CRH (plus concis, liberté de rédaction, exhaustivité, lisibilité) : *"C'est concis. [...] Ça permet au Médecin de le faire comme il veut : par paragraphe, de rédiger comme il veut, peut-être d'utiliser un fichier pré rempli que lui ne fait que compléter. [...] Ça permet de faire apparaître toutes les informations. [...] C'est peut-être sujet à moins d'erreur [...] si on était plus tourné vers les nouvelles technologies on pourrait mettre des pièces jointes, pour aérer les comptes-rendus qui sont parfois un peu chargés."* MG10

En termes d'erreur, certains Médecins estiment que certaines erreurs d'aiguillage pourraient être évitées : *"Bon il y a aussi parfois des erreurs je pense, au niveau de la Poste. Bon là j'ai mon adresse bien écrite. Mais j'ai des courriers qui vont dans l'ancien cabinet."* MG21

Ce CRH électronique est vu par certains comme une solution d'avenir (presque inéluctable) : *"Ben, je pense que c'est une solution d'avenir, ce sera l'avenir et le papier disparaîtra, ça me semble logique."* MG15

c. Inconvénients de l'envoi du CRH par mail crypté

Malgré un certain engouement et un souhait général d'une numérisation des CRH, tout n'est pas parfait pour certains Médecins interrogés. Nous avons pu recueillir quelques critiques à l'encontre de cette numérisation.

Le premier nœud qui ressort des entretiens est la nécessité de développement des messageries sécurisées. Des soucis de compatibilité ont été évoqués entre la messagerie du CHU d'Amiens et celle des Médecins Généralistes : *"Et puis l'Hôpital d'Amiens a des problèmes de cryptage et nous de décryptage, parce qu'on n'arrive pas à lire leurs comptes-rendus. Il faut faire tout un tas de manip [...]"* MG12

Certains Médecins déclarent avoir les mêmes problèmes avec les CRH électroniques provenant d'autres Hôpitaux (mais pas des Cliniques) : *"Si Apicrypt marchait en fait. D'ailleurs ça marche bien à la Clinique. Je les ai tous. Mais à l'Hôpital... Moi, j'ai entendu dire que c'était parce qu'ils n'avaient pas tous le même logiciel, et qu'il y avait des incompatibilités. Il y avait aussi un Médecin de Ville qui ne comprenait pas pourquoi je ne recevais pas les courriers. Et en fait, lui il avait un ordinateur Mac ®, et nous c'est des PC ®. Je ne vois pas ce qui peut changer, mais à l'Hôpital ils n'ont pas de Mac ®, ils ont des PC ®. Pourtant, mon adresse Apicrypt est la même. Bon, après ça c'est interne. Je ne sais pas, il faudrait qu'ils voient, s'il y a des Médecins qui reçoivent leur courrier. (Rires) À la Clinique ça marche super bien."* MG9

Pour d'autres Médecins, c'est le format de lecture qui reste à développer, celui-ci manquant de lisibilité : *"Mais c'est vrai que pour moi ce n'est pas la panacée dans le sens où pour en avoir discuté avec pas mal de mes collègues, ce n'est pas forcément très facile de lire un compte-rendu informatique."* MG15

Ce même Médecin ajoutait que l'archivage automatique rend moins au fait des hospitalisations et résultats de ses patients : *"[...] Apicrypt [...] les rentre directement dans le fichier sans vraiment les lire et que je l'ai vu seulement au moment où le patient vient me voir. Ce qui veut dire que je suis moins au courant de ce qui se passe par Apicrypt, [par rapport à] ce que je*

reçois par courrier et que je prends le temps de lire correctement. [...] Et quand on est pressé on a tendance à les rentrer directement dans les fichiers sans les lire." MG15

Les autres problématiques abordées par les Médecins interrogés étaient :

- Le fait qu'il faille que le cabinet soit informatisé pour recevoir des mails :
  "Il faut être informatisé bien sûr." MG6
- La problématique de la sécurité des données :
  "[...] à mon avis tout ce qui est crypté et voué à être décrypté (rire)." MG14

B. Dossier Médical Partagé (DMP)

Dans cette partie qu'est la numérisation, nous avons pu aborder le sujet du Dossier Médical Partagé (DMP) avec les Médecins. Bien qu'équipés pour utiliser le DMP : *"Nos logiciels "métier" sont préparés aux partages des données et à la consultation du DMP*." MG6, la plupart des Médecins interrogés n'utilisent pas le DMP : *"Le DMP? Il n'est pas alimenté et pour l'instant il n'est pas du tout utilisé."* MG6 Celui-ci semble manquer de développement : *" […] DMP, qui pour nous, est hyper chronophage. Il ne marche pas bien, la plupart du temps on y va pour aller chercher des documents qui n'existent pas […]"* MG4

Pourtant les Médecins semblent discuter de ce sujet entre eux : *"(Rires) je n'ai jamais cherché à… Je n'arrive pas. J'en ai parlé avec mes collègues ils me disent : non, ça marche, ça ne marche pas…. En fait, ça marche pas !"* MG21

Mais pour une partie des Médecins interrogés, le DMP a été évoqué comme solution d'avenir : *"[...] sur la carte vitale, on y trouve le Dossier Médical du Patient (DMP). [...] Donc on peut mettre ce qu'on veut dessus… Je pense que c'est l'avenir de pouvoir mettre les courriers dessus [...]."* MG2

Tout en ayant conscience qu'il s'agit d'une étape à franchir après le développement des mais sécurisés : *"Le DMP, il pourrait avoir sa place là-dedans. [...] Si tout le monde postait ses comptes-rendus, ses observations sur le DMP, on serait tranquille. Je pense que c'est encore une autre étape."* MG19

C. Amélioration du délai de réception des CRH

a. Le délai de réception

Nous l'avons constaté précédemment, il s'agit d'une critique fréquente des Médecins interrogés : *"Encore une fois, je pense que le plus important est le délai…"* MG2

Nous constatons de manière générale le souhait d'une amélioration du délai de réception : *"Si on avait le compte-rendu d'hospitalisation immédiatement ce serait bien."* MG9

Les Médecins ne sont pas unanimes sur le délai exact d'obtention souhaité.

- Le plus rapidement possible pour les uns : *"C'est avoir un courrier rapide, dans les jours qui suivent, ou même le lendemain"* MG8
- L'idéal étant pour d'autres de l'avoir avant de revoir le patient : *"[...] je pense que c'est la rapidité avec laquelle le Médecin l'a. Ce serait bien qu'il l'ait avant qu'il revoie le patient."* MG19

b. Les moyens d'améliorer le délai

Pour les Médecins interrogés, il est possible, selon eux, d'user de plusieurs leviers pour améliorer le délai de réception. La plupart plébiscitent les messageries électroniques pour l'envoi des CRH : *"Après on peut envisager de télétransmettre les courriers. De ne plus les envoyer par la poste. Ça gagne un peu de temps."* MG21, *"Avec les voies de modernisation, tel qu'internet, Apicrypt, on pourrait les recevoir avant même que le patient soit sorti."* MG4

Pour d'autres, cette solution numérique ne serait pas la solution "miracle" : *"Maintenant, si tu veux me parler de Apicrypt ou un truc comme ça, c'est un faux problème à mon avis. Parce que, on va gagner quoi ? [...] Donc, après que l'on envoie par la poste ou par Apicrypt, je ne suis pas convaincu… Ça ferait gagner un jour ou deux jours."* MG15

C'est le deuxième élément abordé par les Médecins quand nous les interrogeons spécifiquement sur le délai de réception. Ils associent le délai à des problèmes organisationnels hospitaliers.

D'une part, une partie du délai est représentée par le temps mis par les Médecins Hospitaliers à dicter le CRH :

- qu'ils soient Internes : *"On a tous été interne, on a tous fait des CRH, on fait ça quand on a le temps… et on n'a pas le temps. Alors on fait ça tard."* MG3
- Ou qu'ils soient Médecins Séniors : *"[...] je pense que les délais reposent plus sur les disponibilités du Spé. Là-dessus malheureusement je ne vois pas trop comment faire…"* MG3

Cette problématique amenant certain Médecins à chercher des solutions : *"[...] comment accélérer sa rédaction. Généralement ce sont les internes qui les remplissent. En dégageant plus de temps pour les internes ? Je ne sais pas."* MG15

D'autres Médecins évoquent la nécessité d'une rigueur de la part des rédacteurs tout en s'aidant des technologies à disposition pour gagner du temps : *"Le courrier automatique et la rigueur.*

(Rire)." MG14, *"je fais des comptes-rendus qui sont en temps réel. Pour que le patient sorte avec."* MG20

Exerçant à l'Hôpital, et donc en connaissance de cause, MG14 précise que le CRH serait de meilleure qualité s'il est rédigé alors que le patient est toujours hospitalisé : *"Par rapport à la qualité du compte-rendu, le Médecin qui fait la sortie connait le patient encore dans ses murs."* MG14

De plus, un autre point est évoqué : il correspond au temps qui s'écoule entre la fin de la dictée du CRH par le Médecin et le temps d'édition par les secrétaires : *"Je comprends que c'est un problème de dictée, de secrétariat [...]"* MG2

Ce délai d'édition par les secrétariats est très variable selon les Services : *"le délai de réception, je pense qu'essentiellement, il est dû à la latence entre, le moment où il est dicté et le moment où il est tapé. Et après ça va vite. C'est ça, le fameux délai qui varie d'un Service à l'autre. [...] À mon avis, il y a des Services où les secrétariats sont un peu débordés ou un petit peu en retard chronique."* MG19

Nous tenons à préciser que les Médecins évoquant le problème de secrétariat ne critiquent pas les secrétaires, bien au contraire : *"Mais j'ai dans ma patientèle des patients qui sont secrétaires à l'Hôpital et elles passent leur journée à taper, donc elles ne sont pas en train de boire leur café !"* MG3

Ils inscrivent cette problématique dans un contexte socio-économique plus large : *"C'est-à-dire, c'est certain que, si à l'Hôpital ils ont licencié une bonne partie du personnel, ça va prendre plus de temps pour taper le courrier."* MG21

En dehors de la Messagerie électronique d'autres utilisations du numérique ont été évoquées par les Médecins interrogés.

Pouvant aider le Médecin Hospitalier dans la réalisation du CRH, le Courrier standardisé / automatique a été évoqué par les Médecins exerçant une activité hospitalière : *"Un compte-rendu standardisé, ce qui commence à être fait au CHU en fait."* MG14

Un accès aux logiciels Médicaux hospitaliers a été évoqué par certains Médecins : *"Est-ce qu'on n'aurait peut-être pas le droit d'avoir accès aux observations médicales directement sur les logiciels à l'Hôpital [...]"* MG17

Comme nous avons pu le constater, le sujet du DMP a aussi été évoqué.

Un autre élément important permettant de patienter en attendant le CRH définitif est la lettre de liaison. Elle est largement appréciée par les Médecins interrogés : *"Il y a souvent la petite lettre de liaison qui est intéressante. La lettre de liaison, elle nous permet justement de patienter."* MG20

Pour certains Médecins, la remise en main propre de leur CRH aux patients sortant d'hospitalisation solutionnerait les problématiques de délai : *"J'aime bien quand les patients sortent avec leur courrier. Leur vrai courrier direct. Comme ça, d'une, c'est mieux pour eux, c'est mieux pour le Médecin Traitant. Il n'y a pas de délai. "* MG14

Pour certains, cette solution n'empêche pas que le CRH soit envoyé par mail au Médecin Généraliste : *"Que le patient, dès qu'il sort d'hospitalisation, il ait son courrier. Donc qu'il ait son courrier avec lui et que le courrier soit envoyé. Maintenant, il se fait envoyer par voie sécurisée le jour même."* MG6

Un Médecin évoquant même la possibilité pour le patient de sortir avec une copie de son Dossier Médical : *"pourquoi pas, faire une espèce de copie de dossier informatique, que le patient sorte avec et qu'on ait un résumé de dossier directement à la sortie. Ou carrément une copie du dossier."* MG9

D. Souhait d'une amélioration générale des pratiques

L'ensemble des autres perspectives attendues par les Médecins Généralistes concernant l'amélioration du CRH ont été regroupées dans cette partie.

a. Souhait d'une amélioration de qualité des CRH

Amélioration générale

L'amélioration de la qualité du CRH est souhaitée par la plupart des Médecins interrogés. Certains évoquent l'intérêt que tout Médecin sache rédiger un CRH de qualité : *"Que ça facilite les pratiques, que ça éduque, que ça apprenne aux jeunes Médecins à en faire et à homogénéiser les différences que l'on a entre les Services de Médecine et les Médecins, et Services de Chirurgie par exemple ou même Public et Privé donc l'amélioration tout simplement."* MG10

Cette amélioration peut s'effectuer sur plusieurs éléments du CRH.

Améliorer la rédaction et la synthèse du CRH

Le premier élément évoqué par les Médecins est l'amélioration de la facilité de lecture : *"[...] un courrier d'hospitalisation ça se doit [...] D'avoir une forme, pas stylisée, mais être agréable à lire [...]"* MG14

Le souhait d'un CRH synthétique était souvent exprimé : *"[...] une synthèse claire du séjour en hospitalisation, c'est très important."* MG13

MG17 faisant une synthèse des attentes exprimées par la plupart de ses confrères : *"Alors, pour moi, il faut que le courrier se fasse en plusieurs parties [...] c'est vraiment qu'il y ait l'essentiel*

sans entrer trop dans les détails [...] vraiment des paragraphes clairs sans entremêler les événements d'hospitalisation où on se perd dans le courrier. [...] Pour moi, c'est la clarté. Vaut mieux utiliser des phrases courtes que des paragraphes de 10 lignes pour délivrer une seule information. [...] Mais qu'il y ait l'essentiel et [...] que le Médecin Généraliste ne perde pas de temps à lire le courrier. Mais qu'il arrive quand même à comprendre ce qu'il s'est passé pendant quelques semaines d'hospitalisation sur une page."

Une conclusion complète avec une conduite à tenir

Le souhait qui vient ensuite est celui d'une conclusion exhaustive en fin de CRH : *"Déjà une conclusion riche complète, qui, à la limite se suffit au compte-rendu."* MG16

Les Médecins Généralistes souhaitent une conduite à tenir claire pour les suites post-hospitalières associée à la conclusion : *"L'important c'est qu'on sache s'il faut revoir rapidement le patient. [...] Sur un changement thérapeutique, sur une surveillance biologique éventuelle à effectuer. L'important, nous, c'est : est-ce qu'il faut revoir le patient dans les deux jours qui suivent, dans la semaine qui suit ou est ce qu'on peut le revoir dans un mois."* MG6

La conclusion revêt une importance telle que certains proposent qu'elle soit en première place dans le CRH : *"[...] déjà peut être mettre la conclusion en premier et puis ensuite mettre le détail dans les pages suivantes [...]"* MG12

Justifier la prise en charge thérapeutique

Le 3ème élément extrêmement important selon les Médecins interrogés, c'est la justification des prises en charges pendant l'hospitalisation.

Tout d'abord, cela concerne les changements de thérapeutiques : *"Et, ce qui arrive très peu, c'est d'avoir une explication concernant le changement de traitement. Parce que souvent, on se retrouve avec des traitements qui ont disparu. On ne sait pas si c'est volontaire, et pour quelle raison. On peut penser que c'est une erreur alors que ce n'est peut-être pas le cas. Alors c'est important de justifier. On ne comprend pas toujours pourquoi. "* MG9

Ensuite, bien que moins évoqué par les Médecins, le raisonnement de la prise en charge hospitalière est important : *"les éléments qui ont fait changer le traitement, que ce soit clairement expliqué [...] Parfois on a des raccourcis et du coup on ne comprend pas pourquoi les gens ont eu une scintigraphie ou un scanner de machin parce qu'il faut fouiller dans l'observation pour comprendre."* MG11

Standardisation

Quelques Médecins posent la question d'une éventuelle standardisation des CRH : *"pourquoi pas faire une autre étude qui pourra faire un peu le CRH qu'on remplit, qui serait un peu*

standardisé pour tous les Services et où le Médecin n'aurait plus qu'à remplir les cases de façon synthétique." MG5

Il serait personnalisable aux patients, afin qu'aucun élément important ne soit oublié : *"[...] adapté à chaque patient. Au moins s'il y a une rubrique pertinente vide. On s'en aperçoit."* MG10

Quelques Médecins constatent que cette pratique du CRH standardisé est déjà en place dans certains Services. Le cas du Service de Gastro-entérologie du CHU d'Amiens est pris pour exemple : *"Par exemple, en gastro-entérologie c'est pas mal. Ils font une espèce de tableau avec entrée, traitement d'entrée, traitement de sortie, examens complémentaires."* MG9

Mais certains souhaiteraient une homogénéisation du CRH : *"[...] Ce qui est déjà fait un peu, parce que chaque Service a son propre document-type. Mais que ce soit généralisé entre tous les Services."* MG5

CRH exhaustifs

L'exhaustivité du CRH est un élément de qualité du CRH, incontournable pour les Médecins les plus expérimentés : *"C'est-à-dire qu'en pratique tout doit y être. On doit pouvoir trouver ce qu'on cherche de façon logique."* MG15, *« Oui, moi je dirais que c'est d'avoir l'exhaustivité des choses"* MG20

CRH servant au codage

Il a été évoqué au cours des entretiens avec les Médecins Hospitaliers le fait que les CRH sont utilisés à l'Hôpital pour la cotation du séjour du patient concerné (afin que l'Hôpital soit rémunéré). Pour les Médecins interrogés à ce sujet, ce fonctionnement ne conditionne pas la rédaction du CRH : *"[...] je tape mon courrier et je viens coder derrière. Donc, en tapant mon courrier je ne réfléchis pas au codage. Et c'est plutôt par la suite où je me suis dit : oh, j'aurais dû mettre ça que je vais coder. Mais je fais en sorte que ça n'interfère pas."* MG17, *"[...] nous on fait notre courrier comme on doit le faire et par contre, comme c'est à nous de coder, c'est à nous de valoriser le séjour [...] on s'aperçoit qu'en fonction des diagnostics qu'on met et dans quel ordre on les met, on gagne plus ou moins d'argent… Enfin, on fait plus gagner plus ou moins d'argent à l'Hôpital mais ça, je m'en fous."* MG14

b. Souhait d'une amélioration de la communication entre l'Hôpital et la Ville

Le CRH étant un outil de communication au service du patient, c'est assez naturellement que la communication au sens large a été évoquée. Que ce soit pour l'entrée ou la sortie d'hospitalisation de leur patient, les Médecins Généralistes apprécieraient d'être mis au courant. Une simple notification par mail suffirait pour certains : *"Un petit truc intéressant qu'on*

pourrait recevoir à chaque fois, c'est une information en début d'hospitalisation, parce que parfois des gens ont été hospitalisés par le SAMU ou pour d'autres raisons, et on n'est pas au courant. Et c'est parfois un peu gênant. [...] même avec Apicrypt, la secrétaire nous enverrait un mot : « voilà, vous êtes déclaré comme le Médecin Traitant de M. Untel nous vous informons qu'il a été hospitalisé dans notre Service. »" MG11

Prendre exemple sur la pratique de certaines Cliniques lors de la sortie du patient serait aussi apprécié : *"A la Clinique le patient sort et on a par mail le jour même une information. C'est valable en consultation, pour les malades hospitalisés. Et ça devrait être valable pour les malades vus en consultation."* MG6

MG6 souligne l'importance d'être le plus réactif possible, cela dans un souci de bonne prise en charge de leurs malades : *"Pour nous, c'est plus plaisant de savoir tout de suite que le malade est rentré. Qu'il a eu ça. Comme ça, ça permet de solder l'hospitalisation. Plutôt que de recevoir le courrier de sortie trois semaines après, qu'il y a eu un changement de thérapeutique. Qu'on ne l'a pas fait. Voilà, vu le volume de patient, il est important d'être hyper réactif."*

Certains Médecins interrogés défendent l'intérêt d'user de tous les moyens de communication à disposition, afin d'améliorer le lien entre l'Hôpital et la Médecine de ville : *"De faire remonter un peu les informations du côté de l'Hôpital, pour qu'on ait une meilleure cohésion entre l'Hôpital et la ville. C'est ça, c'est le problème. Enfin, je dis l'Hôpital mais c'est les Cliniques ou n'importe. Il y a quand même un grand manque de communication. Et puis des fois prendre son téléphone pour dire : "Monsieur Machin est sortant, et j'ai pas eu le temps de vous faire le courrier, mais il a ça et ça." Des fois ça va aussi vite. Et quand il y a un Médecin qui fait ça, c'est vraiment super pour nous. Ou même laisser un message à la secrétaire. Parce que pour une HAD [...], ils sont bien obligés de nous joindre. Mais des fois, ce n'est pas évident, et on a des sorties qui se font sans notre accord."* MG8.

De plus, les Médecins Généralistes se tiennent disponibles pour donner toutes les informations utiles à la prise en charge du patient : *"[...] même un mail pour avoir notre avis sur la situation du patient. Ce n'est pas une question d'accord mais un avis sur la situation personnelle du patient : dans quel milieu vit-il ? Est-ce que son retour à domicile est compatible ? etc. On développe beaucoup d'ambulatoire mais est-ce qu'on peut se permettre de renvoyer les gens dans de bonnes conditions ?"* MG4

La communication téléphonique pouvant par ailleurs pallier le délai de réception du CRH :

- De l'Hôpital vers le Médecin de Ville : *"[...] sur le délai. Passer un coup de fil. Quand vraiment c'est impossible de recevoir le courrier dans les 15 jours, je pense qu'il faut appeler parce que nous on est derrière et on se débrouille comme on peut."* MG8
- Du Médecin de Ville vers l'Hôpital :

"On est rarement pris par défaut, de temps en temps, mais c'est finalement assez rare : j'appelle le Spé pour avoir le CR / les infos, il me le donne et voilà. Mais je ne vis pas trop mal les problématiques de réception." MG3

Les Médecins ont conscience que cet effort de communication est bilatéral : *"il faut aussi que nous on fasse l'effort de transmettre les bonnes informations quand on adresse quelqu'un. C'est réciproque."* MG11

DISCUSSION

1. Forces de l'étude

A. Choix du sujet

L'objectif de cette étude était de recueillir le ressenti des Médecins Généralistes picards à propos du CRH. Cette étape devait permettre aux Médecins interrogés de proposer des solutions d'améliorations sur le fond, la forme et la transmission des CRH.

Les études montrent que la relation entre l'Hôpital et les Médecins Généralistes n'est pas bonne [3] [14] [15] [16].

Le CRH est le moyen le plus utilisé pour la transmission des informations aux Médecins Généralistes [3]. Les études sur le sujet sont nombreuses, l'objectif étant de toujours mieux l'encadrer. Plusieurs d'entre elles [3] [4] [11] [15] proposent de standardiser le CRH. Ces propositions de contenu structuré reposent sur des études françaises et anglo-saxonnes. Toute réforme du CRH impacterait les Médecins Généralistes, qui en sont les principaux destinataires [3], et donc les principaux lecteurs.

Majoritairement, les études réalisées à ce sujet étaient quantitatives (les revues bibliographiques de l'HAS et de Romain Clanet *et al*. en témoignent [3] [11]). Leurs protocoles étaient écrits par des chercheurs à la vision hospitalière ou administrative du document. La pratique de la Médecine Générale a des spécificités que n'a pas la Médecine Hospitalière (et inversement) [14]. Ces différences de pratique de la Médecine peuvent engendrer des attentes différentes de leurs outils de travail.

Le CRH, "vitrine de l'Hôpital sur la Ville" [3], est l'outil de communication dont les Médecins Généralistes ont besoin pour assurer leur rôle de continuité des soins. Il nous semblait naturel de les choisir en tant que population d'étude afin de recueillir leurs ressentis, leurs réflexions, leurs idées à propos du CRH.

B. Diversité de la population

Les Médecins Généralistes interrogés sont âgés de 26 à 59 ans. 14 d'entre eux exercent une activité de Médecine Générale libérale, 5 sont remplaçants et 2 exercent une activité de Médecine Générale mixte : Médecine Polyvalente à l'Hôpital et remplacements de Médecine Générale. L'échantillon est composé de 4 femmes et 17 hommes. La majorité des interviewés travaillent en milieu rural ou semi-rural, 3 travaillent en ville et 2 dans des Hôpitaux. Tous exercent en Picardie (versant sud des Hauts de France). 13 des Médecins interrogés exercent ou remplacent dans la Somme, 4 dans l'Oise et 4 dans l'Aisne.

Tous ont été contactés par téléphone. Deux des Médecins contactés (un par mail - le seul - et l'autre par téléphone) n'ont pas donné suite et n'ont donc pas été interviewés. La méthode de sélection des Médecins sollicités s'est effectuée en usant du réseau de connaissances personnelles (directes ou par des intermédiaires) de l'interviewer.

C. Choix de la méthode

La réalisation d'un travail de recherche qualitatif relevait d'une relative originalité (bien que cette méthode ait tendance à se démocratiser dans les travaux de thèses de Médecine Générale). Dans la Discussion des Thèses lues à ce sujet [14] [17] [18], les chercheurs évoquaient le fait qu'une thèse qualitative aurait permis d'obtenir des réponses "moins banalisées" [18] ou une "évaluation plus précise de l'opinion des Médecins Généralistes" [17]. Le manque de recherche qualitative sur le sujet, ajouté à la conviction que les Médecins Généralistes ont très souvent des idées très originales et innovantes nous ont orientés vers le choix d'une méthode qualitative pour la réalisation de ce travail de thèse.

La recherche qualitative est décrite comme complémentaire de la recherche quantitative. Les 2 types d'études n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance. La recherche qualitative n'a pas pour but de produire des résultats quantifiés, mais le plus souvent de recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure » [19].

Pour notre sujet, nous estimions qu'une méthode qualitative avait toute sa place pour explorer et rechercher une différence entre les référentiels publiés [3] [11] et les attentes des Médecins Généralistes Picards, en s'efforçant de s'affranchir des préjugés quant au sujet.

Nous avons réalisé les entretiens semi-dirigés lors d'interviews en face à face par facilité d'organisation à l'opposé des focus group. Le script d'entretien servait de support lors des rendez-vous. L'ordre des questions n'a pas toujours été respecté afin de favoriser la fluidité des conversations. Des questions de relance permettaient de dynamiser les entretiens sans influencer le Médecin interrogé.

Ces entretiens ont parfois abordé des sujets s'éloignant du sujet principal. En effet ce type de recherche permet de recueillir des ressentis, des idées, des raisonnements en s'appuyant sur la diversité et l'expérience des sujets interrogés. Elle permet, et doit, s'affranchir des idées préconçues que l'on peut avoir lors de l'élaboration d'un travail quantitatif.

Le recueil de données s'est arrêté lors de l'obtention de saturation théorique des données. Dans leur ouvrage de 1967, qui fait office de référence dans le domaine qualitatif, Glaser et Strauss [13] [20] affirmaient que le point de saturation théorique était atteint lorsque, de la collecte des données, il n'émerge plus de nouvelles idées. Cette saturation des données a été obtenue vers le 15ème entretien. Nous avons poursuivi les interviews afin de recueillir le point de vue de Médecins Généralistes exerçant à l'Hôpital et celui de Médecins exerçant dans l'Oise, zone géographique qui n'avait pas encore été explorée. Ces entretiens ont confirmé la saturation des données.

D. Triangulation

Afin d'optimiser la validité interne de l'étude, nous avons réalisé une triangulation des données selon la méthode de la théorisation ancrée [13]. Deux tierces personnes ont codé des entretiens choisis au hasard : la première personne a effectué le codage de 16 entretiens et la deuxième personne a effectué le codage de 2 entretiens. Leur codage a été comparé au nôtre et semblait concorder à la fois en termes de densité ainsi que d'organisation des informations codées.

E. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés en face à face au cabinet de consultation. Le lieu était calme et propice au déroulement des échanges. Quand cela était possible, ces rencontres avaient lieu en fin de plage de consultation, dans le but de minimiser tout stress imputable au planning. Les Médecins étaient au courant du sujet avant l'entretien. Les premiers mots de l'interview servaient aux présentations personnelles (de l'interviewé et de l'interviewer) ainsi qu'à celle du sujet. Avant chaque entretien, l'autorisation orale d'utiliser un appareil à des fins d'enregistrement audio a été recueillie.

2. Limites de l'étude

A. Biais liés au choix de la méthode

Idéalement, une analyse qualitative s'appuie sur des données recueillies par entretien libre sans script ni question préalablement établie. Nous pensons que ce type d'entretien n'aurait pas amené autant de diversité de réponse concernant les différents aspects du CRH. La réalisation de focus group aurait pu être une alternative mais, elle nous semblait plus difficile à mettre en place et aurait pu inhiber certaines personnalités. De plus, le manque d'expérience de

l'interviewer a aussi motivé l'utilisation d'un script d'entretien (en opposition à des échanges libres).

Dans un entretien semi-dirigé, pour un travail de recherche qualitatif, l'interviewer se doit de rester neutre et impartial dans ses questions et, se libérer de réponses et jugements préétablis. Une fois de plus, du fait du manque d'expérience et d'assurance de l'interviewer dans ce type de situation, il n'a pas toujours été aisé de tenir ces principes. Cela dit, l'interviewer a ressenti une amélioration de la conduite des entretiens au fur et à mesure de l'étude.

La retranscription a été faite le plus fidèlement possible aux entretiens. Il en est de même pour l'encodage qui a été réalisé avec le plus de rigueur et d'impartialité possible. Néanmoins, un des risques inhérents aux études qualitatives est celui de la perte de données. De plus, le codage est aussi soumis à l'interprétation du codeur.

B. Biais liés au choix de la population

Un travail qualitatif n'a pas pour but d'offrir des résultats issus d'un échantillon représentatif de la population étudiée. Cependant en observant notre échantillon nous constatons que la majorité des Médecins interrogés sont des hommes et qu'ils exercent leur activité dans la Somme. De plus le recrutement de ces Médecins par connaissance directe ou indirecte de l'interviewer ne relève pas d'un choix aléatoire et peut être considéré comme un biais de sélection.

3. Discussion des principaux résultats

Les principaux souhaits d'amélioration exprimés par les Médecins interrogés étaient l'amélioration du délai de réception du CRH, une généralisation de la numérisation et une amélioration du contenu.

A. Délai de réception

Sur la forme des CRH, le délai de réception est la principale critique retenue par les Médecins Généralistes interrogés (16 d'entre eux l'ont évoqué).

A l'extrême, quelques (rares) CRH sont reçus avec plusieurs mois de retard. Ces cas n'étant pas les plus fréquents, ils sont néanmoins marquants pour les Médecins (MG2, MG4, MG7, MG21). Mais certains notent une amélioration récente par rapport à ce problème (MG7, MG20).

L'intérêt des CRH baissait au-delà d'une semaine de délai (MG2, MG4) et étaient rangés dans le dossier du patient, sans être lu, après un mois d'attente (MG4). Certains évoquent même de rares cas où les CRH n'étaient pas reçus (MG4, MG8). Mais nous pouvons nous demander à partir de quel délai de retard un CRH est considéré comme non reçu (MG9).

La problématique du délai de réception était liée au fait que le CRH n'était pas disponible au moment de la consultation post hospitalière (MG3, MG7, MG14). Cette situation avait un impact sur la continuité des soins et les changements de thérapeutique (MG2, MG4, MG6). Ces mêmes problématiques ont déjà été observées dans d'autres études [11] et confirmées par le non-respect des critères IPAQSS de l'HAS. Concernant le "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" le critère IPAQSS prend en compte [11] :

- délai d'envoi inférieur ou égal à 8 jours ;
- contenu du courrier complet (identité du médecin destinataire, référence aux dates du séjour, synthèse du séjour et trace écrite d'un traitement de sortie).

Répondant aux critiques émises vis à vis du délai de réception du CRH, les Médecins interrogés ont donc exprimé le souhait d'une amélioration de celui-ci. La plupart des Médecins qui évoquaient ce changement souhaitaient que le patient sorte avec le CRH en main propre rejoignant ainsi les objectifs du travail d'amélioration visé par l'étude de l'HAS en 2013 [11]. La remise du CRH au Patient dès sa sortie d'hospitalisation le rendrait disponible lors de la première consultation avec son Médecin Traitant et pour les autres professionnels de santé (infirmiers libéraux [21]), ce qui améliorerait la continuité des soins.
Des études ont montré que le délai souhaité par les Médecins Généralistes Français était de huit jours maximum suivant la sortie d'hospitalisation [3]. Cela correspond aux recommandations de l'HAS [11]. Ces problématiques existent dans d'autres pays. Les Médecins Généralistes américains souhaitaient un délai équivalent à celui des français (1 semaine) [22].
Mais, il faut noter que l'abaissement du délai de réception du CRH n'est pas sans contrepartie. En effet au Royaume-Uni, le délai légal abaissé à 48 heures entraînerait une baisse de la qualité ressentie vis-à-vis du CRH par les Médecins Généralistes [3].

Certains Médecins interviewés ont émis des hypothèses pour expliquer ces délais de réception. Les temps de dictée (par les Médecins) et de transcription (par les secrétaires) des courriers ont été cités comme pouvant en être des causes (MG2, MG3, MG4, MG 14, MG 15, MG 20, MG 21).
Les délais de réception étaient estimés plus longs pour le CHU (MG2, MG11) que pour les CH périphériques (MG8). Cette différence était aussi en faveur des Cliniques Privées sur les Hôpitaux Publics (MG3, MG15, MG16, MG18). Pour les différences entre les Services, il est très variable selon les Services de Médecine. Il semblerait que les Services de Chirurgie soient plus rapides pour adresser leur CRH. Certains Médecins considèrent que le délai est Médecin dépendant (MG18).

MG15 justifiait de meilleurs délais de réception des CRH provenant des Cliniques par rapport aux Hôpitaux Publics par un volume d'activité moins important, comme l'avait mentionné la Fédération de l'Hospitalisation Privée (34% des patients hospitalisés dans le privé en France en 2014) [23].

En France, depuis le 1er janvier 2017 est entré en vigueur le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison [9]. Pour plus de la moitié des Médecins interrogés, la lettre de liaison a été désignée comme un motif de satisfaction. Elle aidait à faire patienter l'arrivée du CRH pour certains d'entre eux (MG20) et semblait indispensable pour d'autres (MG7).
Par son manque d'information, elle n'a pas vocation à remplacer le CRH (MG3, MG15). A la marge, elle est considérée comme pouvant être un élément retardant la rédaction du CRH (MG4).

A l'occasion de l'élaboration de cette thèse, un Informaticien du CHU d'Amiens chargé des questions d'améliorations et de numérisation du CRH a été rencontré [annexe]. Plusieurs solutions pour améliorer le délai de réception ont été évoquées (la dictée numérique, la prise de rendez-vous par internet, l'envoi par mail sécurisé, la sous-traitance du travail de mise sous pli des comptes-rendus). Ces changements ont pour objectif de dégager du temps pour les secrétaires afin qu'elles se consacrent pleinement à l'édition des CRH.

En ce qui concerne le délai de réception du CRH, nos résultats sont en faveur de son amélioration mais c'est surtout avoir un CRH disponible lors de la consultation post-hospitalière qui est important. La sortie du patient avec son CRH étant une mesure plébiscitée par les Médecins interrogés (9 Médecins sur 21). Cette mesure n'étant pas généralisée, la lettre de liaison, obligatoire, large motif de satisfaction, a toute sa place en tant qu'outil de communication entre l'Hôpital et la ville (dans l'intérêt du patient).

B. Numérisation

La deuxième grande critique évoquée par les Médecins Généralistes interrogés est l'absence de numérisation du CRH. Le développement des CRH électroniques et leur envoi par messagerie cryptée est souhaité. Pour nous, ce fut une surprise. Avec notre point de vu hospitalier, nous n'avions pas anticipé ce souhait. Cette tendance s'est observée lors des entretiens avec les deux Médecins Hospitaliers de notre échantillon (MG14, MG17) qui n'évoquaient pas ou peu cet aspect du CRH.

Le numérique est un sujet dans l'air du temps. Les expressions "société du numérique" [24] et "digitalisation de la santé" sont entrées dans le vocabulaire courant. Le gouvernement a d'ailleurs créé l'ASIP Santé, l'agence Française de la santé numérique. Cette initiative montre que les Pouvoirs Publics s'intéressent aux mutations qu'engendre le numérique dans tous types d'activités (et celle de la santé en l'occurrence) [25].

En 2013 l'HAS publiait une revue de bibliographie dont le sous-titre prédisait l'évolution du CRH "vers un format électronique" [11]. D'après ce document, les formats électroniques montraient une amélioration de la lisibilité, des délais et l'exhaustivité du contenu. Nos entretiens confirmaient ces constats.

A propos de la lisibilité, tout le monde n'était pas convaincu de son amélioration par les CRH numériques. MG15 évoquait des difficultés de lecture sur le format digital. Il justifiait l'absence de lien avec l'âge après en avoir discuté avec des collègues et des internes, qui confirmaient ses propos. Nous pouvons confronter ce raisonnement à celui du marché du livre. En effet, le livre numérique a bien pris des parts de marché au livre physique traditionnel mais est loin (pour l'instant) de le supplanter (en 2013, la part des ventes de livres numériques ne représentent que 3% dans le marché de l'édition français, 12% aux États-Unis et 12% en Angleterre [26]). MG15 évoquait être moins attentif aux résultats lus sur format électronique. Cette notion a été mise en évidence par une Étude du géant informatique Microsoft ® dans les termes suivants : "Les activités numériques nuisent à la capacité à rester concentré pendant des périodes prolongées." [27]

Concernant l'amélioration du délai, nous pouvons l'expliquer par l'immédiateté de l'envoi d'un mail par rapport aux délais plus longs des envois postaux. Néanmoins il faut rappeler que selon la Poste [28] : "85 % environ des lettres parviennent à destination dans un délai de 24 heures". Ces propos ont été corroborés par l'Informaticien que nous avons rencontré au CHU d'Amiens.

Enfin concernant l'exhaustivité du courrier, a priori il n'y a pas de raison pour qu'un CRH dicté devienne plus complet lors du changement de mode de transmission. Ce serait le cas si le volume du contenu du CRH n'était plus maîtrisé. Dans ce cas le CRH s'éloignerait du principe de synthèse souhaité de manière général par les Médecins interviewés. Néanmoins, après notre entretien, MG11 a tenu à nous montrer les archives du cabinet. Alors que celles concernant les années 70 à 2000 tenaient dans 2 armoires, celles des années 2000 à nos jours remplissaient une pièce. Selon lui, la numérisation conduisait à une surproduction de documents médicaux et administratifs. Cette notion tend à être confirmée par certaines études sur l'utilisation des big data dans la santé [29]. Pour l'anecdote en 2013 IBM avançait le fait que 90% des données mondiales ont été créées au cours des deux années précédentes.

L'étude de Romain Clanet et al. [3] montrait que la moitié des Médecins Généralistes souhaitaient un envoi par courrier postal et l'autre moitié privilégiait un envoi par mail sécurisé. Ces études sont comparables à celles d'autres pays (notamment anglo-saxons).

Les Médecins de notre étude étaient majoritairement pour un envoi des CRH par mail crypté. Nous expliquons ce phénomène de plusieurs façons. La plupart des Médecins interrogés utilisaient leur messagerie sécurisée quotidiennement pour recevoir des résultats de laboratoire (MG11) et de consultation (surtout provenant des Cliniques privées). Parmi les Médecins inclus dans notre étude, 18 utilisent la messagerie sécurisée APICRYPT.

Ce ressenti, recueilli auprès des Médecins interviewés était confirmé par les chiffres fournis par la Responsable Communication d'APICEM et l'Informaticien contactés à l'occasion de la réalisation de ce travail [annexe]. Ils faisaient état d'un très large déploiement du réseau d'utilisateur APICRYPT dans notre Région.

Dans ce domaine, les Cliniques Privées étaient considérées en avance sur les Etablissements Publics (MG3, MG6, MG19). MG15 supposait que l'utilisation des messageries sécurisées par les Cliniques était facilitée par un volume d'activité plus faible et la réalisation d'actes chirurgicaux programmés. Le chiffre de 68% des actes de Chirurgie ambulatoire réalisés en France en 2014 par les Cliniques allait dans ce sens [23].

Dans ce contexte de réseau favorable aux envois des CR par mails sécurisés, l'Informaticien interviewé nous annonçait que le CHU d'Amiens s'était fixé pour objectif d'envoyer 30% de ses CRH par voie dématérialisée d'ici un an. Ces envois permettraient des économies (Coût d'une feuille A4 imprimée + enveloppe + timbre : 0,10 + 0,05 + 0,68 = 0,83 € (hors expéditions par coursier), et une inflation annuelle du prix du timbre d'environ 10% [30]). Ils permettraient d'améliorer le délai de réception et un gain de temps estimé à 107 heures par an et par Médecin sur la base d'un allégement du travail administratif [31].

Les problèmes de compatibilité, entre les messageries sécurisées du CHU d'Amiens et celles des Médecins interrogés (MG3, MG8, MG9, MG12, MG21) sont en voie de correction (Informaticien). Elles reposaient sur l'utilisation de technologies différentes pour l'envoi des mails cryptés, les Hôpitaux utilisant plutôt la messagerie MSSanté et les Médecins de Ville plutôt Apicrypt. Les sources interrogées nous confirmaient, après plusieurs mois de discussions et négociation, une intégration d'Apicrypt dans l'espace de confiance de MSSanté prévue pour septembre 2018.

La question du DMP a été évoquée lors de nos entretiens. Si elle est vue comme une solution d'avenir par certains des Médecins (MG2, MG3, MG4, MG19), le manque de mise au point et son absence d'utilisation étaient largement évoqués (9 Médecins). L'Informaticien du CHU nous confiait que cet outil était en cours de modification, pour un retour imminent sur le devant de la scène. Nicolas Revel, Directeur Général de la Caisse d'Assurance Maladie évoquait son redéploiement pour octobre 2018 en s'appuyant sur un rapport de la Cour des comptes [32].

Malgré tous les débats à propos de la numérisation, celle-ci semble incontournable. La fin du courrier matériel est évoquée par plusieurs sources : MG15, la Responsable Communication APICEM et la Poste [28].
Actuellement le problème principal est la gestion de la protection des données, qui existe aussi avec le courrier matériel et est à mettre en parallèle avec celle du secret médical. Les études montrent que pour les Médecins réfractaires à l'envoi des données par internet, la question de la sécurité de l'information médicale est un frein au développement de ce type de technologie [3] [4]. La Loi informatique et liberté qui réglemente la liberté de traitement des données personnelles [33] et le Règlement européen RGPD en matière de protection des données à caractère personnel [34] arrivent à point nommé pour encadrer ces problématiques. Si les différents systèmes de cryptage semblent fiables (pour les profanes en informatiques que nous sommes), comme le dit si bien MG14 : *"[...] tout ce qui est crypté et voué à être décrypté (rire)."*

C. Contenu du CRH

Les recommandations en vigueur concernant le CRH sont issues d'une publication de l'ANAES datant de 2003. L'objectif consistait en une "amélioration de la qualité de la tenue et du contenu – réglementation et recommandations" [11].
Nos entretiens ont mis en évidence plusieurs aspects du ressenti des Médecins Généralistes picards quant au contenu du CRH.
Les Médecins étaient globalement satisfaits du contenu du CRH, soulignant l'exhaustivité des informations qu'il contenait (MG6, MG8, MG9, MG 16, MG18, MG 20). Certains Médecins recevaient les CRH détaillés avec joie et soulagement. C'était surtout le cas pour ceux qui exerçaient une activité de remplaçant (MG13).
Pour certains d'entre eux, cette exhaustivité pouvait être excessive. Des Médecins évoquaient une surspécialisation du contenu du CRH (MG1, MG2, MG5), le rendant parfois éloigné de leurs pratiques quotidiennes (MG16) et de leur besoin de synthèse (MG 17).

La longueur excessive du CRH était un élément décourageant à la lecture du document (MG4, MG7). La longueur maximale évoquée était de 2 pages. Nous retrouvons cette notion dans les revues bibliographiques consultées [3] [11]. Au-delà de cette taille de courrier optimale, le risque principal était celui de la perte d'information.

Dans notre étude, les Médecins avaient des techniques de lecture très différentes les uns des autres. Ils se répartissaient en trois groupes équivalents en effectif :

- ceux qui lisent tout le CRH
- ceux qui lisaient des parties jugées importantes du CRH
- ceux qui lisaient la conclusion uniquement

Mais quelles que soient les habitudes de lecture, la Conclusion revêtait une importance majeure (17 Médecins interrogés l'avaient citée comme élément indispensable du CRH). Certains lisaient la conclusion en premier, pour ensuite "remonter dans le CRH" (MG12, MG20, MG17). Ce mode de lecture poussait MG12 à souhaiter que la Conclusion apparaisse en premier dans le CRH. Les Médecins voulaient que la conclusion soit une synthèse de l'hospitalisation, qu'elle en regroupe les informations principales et qu'il y ait la présence de conduites à tenir claires et complètes pour la suite de prise en charge du patient (MG1, MG5, MG6). Toutefois nous n'avons pas retrouvé une telle importance de la conclusion dans nos documents de recherche bibliographique [3] [11].

Toujours dans un souci de continuité des soins, 14 des Médecins interviewés ont exprimé l'importance de justifier et de noter les traitements de sortie, et leur éventuelle modification par rapport aux traitements d'entrée (MG7, MG9, MG11, MG13). Une étude montrait que, parmi les réadmissions observées en France, 17 % étaient induites par une erreur médicamenteuse dont 40 % auraient été évitables [3], d'où la mise en place des recommandations de l'ANAES de 2003 [11].
Dans l'étude de Romain Clanet *et al.* [3], nous retrouvons une analogie entre le contenu attendu de la lettre de liaison par les Médecins (le motif d'admission, le traitement de sortie, le diagnostic principal et les suites à donner) et les 4 parties indispensables les plus fréquemment exprimées dans nos entretiens (le motif d'hospitalisation, le traitement de sortie et ses modifications éventuelles, la conclusion détaillée et les conduites à tenir).

Enumérer des rubriques que les Médecins considéraient indispensables dans un CRH nous évoque le besoin d'une structuration du document. Nous constatons des similarités entre celles recommandées par l'ANAES en 2003 [11] et celles citées par les MG dans notre étude :

ANAES en 2003	Souhaits des MG picards
• identification du patient ; • identification des dates du contact • lieu du contact ; • mode d'entrée ; • motif du contact ; • antécédents du patient ; • mode de vie ; • histoire de la maladie ; • examen clinique ; • résultats biologiques significatifs ; • résultats des examens complémentaires ; • traitements réalisés ; • évolution dans le Service • mode de sortie, ainsi que la liste des éléments remis au patient ; • traitement de sortie ; • suite à donner • conclusion sous forme de synthèse.	• Identité du patient • Dates d'Hospitalisation • Identité du Médecin • Motif d'Hospitalisation • Antécédents • Mode de vie • Traitements à domicile (non évoqué dans le document de l'ANAES de 2001) • Examen clinique d'entrée • Evolution dans le Service avec les actes réalisés, les avis médicaux, les examens paracliniques • Les traitements de sortie • Conclusion avec une conduite à tenir

Une rédaction narrative n'était pas souhaitée par MG11. Il louait les CRH écrits de manière scolaire "comme les Externes", sous-entendant avec des titres et des sous-titres. Un autre Médecin évoquait les tableaux reçus du Service de Gastro-entérologie du CHU d'Amiens (MG9). Ils étaient unanimes sur le besoin de synthèse et de clarté du CRH (MG5, MG17). Ce besoin de synthèse des Médecins Généralistes interrogés entrait en conflit avec le besoin d'exhaustivité prôné par les instances de recommandation du CRH et son caractère médico-légal. Pour MG7, l'écriture des CRH avec des abréviations n'était pas non plus souhaitée. Nous retrouvons ces attentes rédactionnelles dans les autres études [3] [11].

Certains Médecins ont évoqué l'intérêt d'une standardisation du CRH (MG10). Cette notion ressort de nombreuses études qui en avaient fait leur objet de travail [3] [11] [17] [35]. Cette standardisation améliorerait la qualité du CRH et permettrait d'abaisser les délais de réception. Elle est déjà à l'œuvre dans certains Services ou certains CH (MG 5, MG17). MG4 évoque "l'optimisation du temps consacré aux CRH". Néanmoins des situations seront toujours hors

des “cases”, mais la simplification fait gagner du temps et permettrait d’investir ce temps au service des malades. Il est important de se demander si la standardisation ne risque pas d'appauvrir le contenu du CRH.

Concernant la communication des examens complémentaires, nous observons des différences d’attentes entre l’étude de Romain Clanet *et al.* et notre travail. A part un des Médecins interrogés (MG1), les autres ne souhaitaient pas de résultats biologiques complets. Ces listes de résultats biologiques sont jugées encombrantes et inutiles pour le récit du CRH (MG5, MG8, MG10, MG13). Seuls les résultats importants étaient souhaités (MG13). Si les biologies devaient être adressées avec le CRH, il était souhaité que ce soit en pièces jointes d’un mail (MG6, MG10). Pour les examens d’imagerie, les Médecins étaient partagés entre avoir uniquement la conclusion de l’examen pour l’hospitalisation concernée, et connaître l’ensemble des examens et leurs résultats complets pour des situations ultérieures. La numérisation des CRH et leur envoi par mail leur semblaient pouvoir pallier cette problématique de besoin de synthèse mais par ailleurs d’accès aux examens complets. Dans les études lues à ce sujet, les Médecins semblaient souhaiter l’ensemble des examens et leurs interprétations complètes.

a. Information délivrée au patient

Cette question a été incluse dans le script d’entretien car elle nous semblait importante.

L’information du patient en Médecine est régie par des lois telles que le stipule l’Article L1111-7 du CSP [36] : *« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé, […] qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, […]. Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un Médecin qu'elle désigne et en obtenir communication [...] »*

Lors des interviews, notre question n’a pas toujours été bien comprise (probablement en raison d’un problème de formulation de la question). Ce flou autour de la question posée a permis de dégager des informations riches.

Certains Médecins s’appuient sur cette loi pour justifier l’absence de notification dans le CRH. Pour ces derniers, si l’information a été délivrée au patient (MG4, MG15), et étant donnée l’obligation légale de lui délivrer l’information, son inscription dans le CRH n’a pas lieu d’être. Le risque d’incompréhension des Patients à propos leur séjour hospitalier, voire parfois de méconnaissance des actes pratiqués poussaient les Médecins Traitant à lire le CRH pendant la consultation (MG9), leur en expliquant volontiers le contenu. Dans les cas où le patient n’était pas destinataire du CRH, une copie pouvait leur être délivrée.

Mais même lors de ces explications orales du CRH au patient, le risque d'incompréhension n'était pas écarté. MG14 rejoint le Dr CRESSARD qui évoquait le sujet lors d'une intervention sur l'éthique pour l'Ordre des Médecins en 2007 [37]. Le langage technique nécessaire pour une bonne communication entre les praticiens peut devenir une langue étrangère pour la personne non familiarisée, comme en Médecine, en informatique, etc.

Les Médecins étaient globalement pour que l'information soit délivrée au patient, tout en se montrant plus prudents dans les contextes de pathologies graves, telles que les annonces de cancers. Ces derniers se montraient finalement en phase avec le code de déontologie dans lequel nous pouvons lire : "C'est l'article 35 du Code de déontologie qui détermine les conditions de cette information tenant compte des restrictions prévues en cas de "pronostic fatal". Un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 1998 ajoute qu'il est : « *important de se limiter à l'information «nécessaire, pertinente et non excessive » dans l'intérêt du patient. En effet le malade pourra et devra être informé du contenu de ce courrier. Il ne peut donc s'agir de la transcription in extenso du contenu du dossier médical. Certains mots, investis d'un sens précis dans la terminologie médicale, sont en langage courant porteurs d'un sens différent, souvent péjoratif. »* [38] La diversité des réponses justifiait pleinement la question et pourrait déboucher sur une étude à part entière.

CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif de recueillir le ressenti des Médecins Généralistes picards sur le CRH. Ce recueil de données devait permettre aux Médecins interrogés de proposer des solutions d'amélioration aux CRH.

Les aspects négatifs concernant le CRH étaient avant tout l'absence de numérisation du CRH et le délai de réception trop long. Les Cliniques Privées et les Services de Chirurgie étaient considérés comme plus efficients dans ces domaines. Venaient ensuite des critiques sur le fond du CRH, et sur ce point les avis étaient partagés. Certains le trouvaient trop long, pas assez synthétique et structuré, d'autres trop exhaustifs (par nécessité Médico-légale notamment).

La lettre de liaison était très appréciée, participant à la bonne continuité des soins et aidant à faire patienter les Médecins Généralistes en attendant le CRH.

Toutes les parties d'un CRH telles qu'elles sont recommandées par l'HAS ont été citées par les Médecins Généralistes. Mais les plus importantes semblaient être le motif d'Hospitalisation, le traitement de sortie et ses modifications éventuelles, la conclusion détaillée et les conduites à tenir, ces deux dernières parties revêtant une importance capitale dans la continuité des soins.

Bien que la communication des examens paracliniques doive être résumée dans un paragraphe du CRH, l'ensemble des résultats biologiques n'était pas souhaité. Les examens complémentaires, bien que utiles pour des situations ultérieures étaient jugés encombrants et pourraient être disponibles en pièce jointe des CRH envoyés par mails.

Les souhaits d'amélioration du CRH portaient sur le délai de réception et sa numérisation. Ce dernier pouvant aider à la réduction du premier. Le développement des messageries électroniques cryptées est important sur le territoire Picard. Les principales utilisées sont MSSanté (développée par l'ASIPSanté) et Apicrypt (développée par APICEM). De nos jours, les Médecins Généralistes utilisent quotidiennement ou presque ces messageries électroniques pour recevoir essentiellement des CR de biologie et de radiologie.

Ce mode d'envoi semble prometteur. D'après la source interne au CHU d'Amiens [annexe 3], l'objectif à un an serait d'envoyer 30% des CR par mails cryptés. Ces dispositions permettraient un gain de temps et d'argent pour l'ensemble des intervenants.

D'autres améliorations attendues concernaient le contenu du CRH, à savoir une justification et une notification des modifications thérapeutiques opérées pendant l'hospitalisation, le souhait

d’une conduite à tenir claire et pour certains le souhait d’une standardisation du CRH avec des rubriques permettant sa structuration.

Plusieurs études ont proposé leur modèle de CRH standardisé. Il serait intéressant de confronter leur informativité à celles des CRH à contenus libres.

Certains Médecins ont profité de nos entretiens pour émettre le souhait d’une amélioration bilatérale des communications entre l'Hôpital et la Ville. Ils suggéraient de ne pas se cantonner aux seuls CRH pour communiquer des informations médicales, mais d’utiliser tous les outils à disposition. Le but est *in fine* l’amélioration de la prise en charge des Patients.

L'information et la compréhension du patient ayant été un des sujets abordés pendant les entretiens, il serait intéressant d’évaluer leur ressenti et leurs attentes ainsi que ceux de leur entourage sur le CRH.

BIBLIOGRAPHIE

1. Légifrance [en ligne], Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – article 36, Article L4130-1 du Code de la Santé Publique. Paris : Secrétariat général du Gouvernement (SGG). Mis en ligne le 22 juillet 2009. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr

2. Légifrance [en ligne], Article L6314-1 du Code de la Santé Publique, modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 28. Paris : Secrétariat général du Gouvernement (SGG). Mis en ligne le 19 janvier 2018. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr

3. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T, Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des Médecins Généralistes, Santé Publique 2015/5 (Vol. 27), p. 701-711.

4. Alix Saunier-Segyo, Compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des Médecins Généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2012.

5. Agence Technique Nationale de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) [en ligne], Chiffres clés de l'hospitalisation. Lyon : ATIH. Mis à jour en 2017. Disponible sur : https://www.atih.sante.fr

6. MG France [en ligne], Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialistes en hausse. Paris : Siège MG France. Mis en ligne le 11 juin 2014. Disponible sur : https://www.mgfrance.org

7. Micheau J, Molière E; Activité et emplois du temps des Médecins libéraux. Paris : Plein Sens, n° 98, mai 2010.

8. Légifrance [en ligne], Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la Santé Publique. Paris : Secrétariat général du Gouvernement (SGG). Mis en ligne le 30 avril 2002. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr

9. Légifrance [en ligne], Article R1112-2 du Code de la Santé Publique modifié par Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. Paris : Secrétariat général du Gouvernement (SGG). Version consolidée le 8 août 2018. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr

10. Légifrance [en ligne], Article R1112-6 du Code de la Santé Publique. Paris : Secrétariat général du Gouvernement (SGG). Version en vigueur en ligne le 4 décembre 2016. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr

11. HAS - Haute Autorité de santé [en ligne], Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h. Paris : Haute Autorité de santé. Mis en ligne le 8 juin 2015. Disponible sur : https://www.has-sante.fr

12. Touboul P. [en ligne], Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. Nice (France). Faculté de Médecine de Nice; Mars 2013. Disponible sur : https://nice.cnge.fr

13. Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss, The Discovery Of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Chicago : Wiedenfeld & Nicholson. Janvier 1967.

14. Hubert G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-Hôpital [Thèse]. Paris (France) : Université de Paris-Nord ; 2006. 42 p.

15. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de Médecins Généralistes. Santé Publique. 2014 ; 26(2):189-97.

16. Lemaire N, Évaluation qualitative de la relation Ville-Hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. Médecine humaine et pathologie. 2016

17. Bureau M-L, Continuité des soins à la sortie du Service de Gériatrie : étude sur les attentes des Médecins Généralistes pour optimiser le compte-rendu d'hospitalisation [Thèse]. Poitiers (France) : Université de Poitiers ; 2012. 178 p.

18. Guillet M, Document de sortie d'hospitalisation en Médecine polyvalente: les attentes des Médecins Généralistes. [Thèse d'exercice]. Médecine : Angers (France), 2018.

19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L et al. , Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.

20. Rondeau, K. et Paillé, P [en ligne], L'analyse qualitative pas à pas : gros plan sur le déroulé des opérations analytiques d'une enquête qualitative. Recherches qualitatives, 2016 ; *35*(1), 4-28. Disponible sur http://www.recherche-qualitative.qc.ca

21. Esanté, Magazine8 [en ligne], DMP : un outil attendu par les infirmiers libéraux. Paris : ASIP Santé (DOSCOM). Mis en ligne le 5 juillet 2013. Disponible sur : http://esante.gouv.fr

22. Kripalani S, Lefevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW, Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007;297 (8):831-41.

23. FHP-MCO, 5 minutes pour comprendre Une Clinique, c'est l'Hôpital en mode Privé. Paris : FHP-MCO, Octobre 2015. Disponible sur : http://www.fhpmco.fr

24. Assemblée Nationale [en ligne], Mission d'information sur l'école dans la société du numérique Paris : Assemblée Nationale, Août 2018. Disponible sur : http://www2.assemblee-nationale.fr

25. Esanté [en ligne], Missions, qui sommes-nous ? Esanté, Paris (France). Paris : ASIP Santé (DOSCOM). Mis en ligne le 3 février 2017. Disponible sur : http://esante.gouv.fr
26. L'express [en ligne], Victor Garcia, Papier fait de la résistance: pourquoi le livre numérique ne s'impose pas (encore). Mis en ligne le 03 juillet 2013, Disponible sur : https://www.lexpress.fr
27. Infopresse [en ligne]. Microsoft –durées d'attention, printemps 2015. Infopresse, Canada. Mis en ligne en 2015. Disponible sur : https://www.infopresse.com
28. Comité pour l'histoire de La Poste [en ligne], 1830 ... 2030 : naissance, vie et disparition du « courrier » ? La poste, Paris (France). Disponible sur : https://www.laposte.fr/chp/mediasPdf/cdh_richez_saison4.pdf
29. Hamel M-P, Marguerit D [en ligne], Quelles possibilités offertes par l'analyse des big data pour améliorer les téléservices publics ?, Revue française d'Administration Publique, 2013/2 (N° 146), p. 437-448. DOI : 10.3917/rfap.146.0437. Disponible sur : https://www.cairn.info
30. Service Public.fr [en ligne], Augmentation du prix des timbres prévue au 1er janvier 2018. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Paris (France). Mis en ligne le 27 octobre 2017. Disponible sur : https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A12137
31. Apicrypt [en ligne], Découvrez APICRYPT®. Apicrypt, Coudekerque (France). Mis en ligne en 2017. Disponible sur : https://www.apicrypt.org
32. Cour des Comptes [en ligne], Le rapport public annuel 2018. Cour des Comptes : Paris (France). Mis en ligne le 7 février 2018. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr
33. Légifrance [en ligne], Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Paris : Secrétariat général du Gouvernement (SGG). Version consolidée au 19 août 2018. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr
34. Journal officiel de l'Union européenne – Eur-lex [en ligne], Règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données). Eur-lex, Bruxelles (Belgique). Mis en ligne le 4 mai 2016. Disponible sur : https://eur-lex.europa.eu
35. Bansard M, Clanet R, Raginel T, Proposition d'un contenu standardisé et raisonné pour les lettres de liaison et les comptes-rendus d'hospitalisation à destination du Médecin Traitant, Santé Publique 2017/1 (Vol. 29), p. 57-70.
36. Légifrance [en ligne], Article L1111-7 du Code de la Santé Publique modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2 relatif au Service de santé des armées et à

l'Institution nationale des invalides. Paris : Secrétariat général du Gouvernement (SGG). Mis en ligne le 18 janvier 2018. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr
37. CFEF [en ligne], Cressard P., L'éthique de l'annonce et son accompagnement, Ordre des Médecins. Paris (France), Conseil national de l'Ordre des Médecins. Publié le 26 avril 2007. Disponible sur: http://www.cfef.org
38. Mercat F-X, Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, Les courriers entre Médecins. Paris (France), Conseil National de l'Ordre des Médecins. Publié le 30 janvier 1998. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr

ANNEXES

A. Script d'entretien pour thèse qualitative avec entretiens semi-dirigés (Version 1)

Thème du travail : les comptes-rendus d'hospitalisation adressés aux Médecins Généralistes picards.
Recueillir le ressenti par les Médecins Généralistes Picards concernant Compte-Rendu d'Hospitalisation en vue d'une amélioration de celui-ci.

Introduction :
Simon NAIM, Interne de Médecine Générale en Picardie envisage de réaliser un travail de thèse qui porte sur le compte-rendu d'hospitalisation et le ressenti des Médecins Généraliste Picards le concernant.
L'objet de l'entretien semi-dirigé réalisé avec chaque Médecin Généraliste sera exposé en début de rencontre : Le temps des Médecins Généralistes est précieux. La lecture de courriers et comptes-rendus d'examen est à la fois chronophage et indispensable pour la prise en charge des patients. Le compte rendu d'hospitalisation souffre de quelques défauts comme l'ont montré plusieurs travaux de thèse. L'avis des Médecins Généralistes Picards concernant le compte-rendu d'hospitalisation me semble intéressant pour en obtenir des pistes d'amélioration.
Chaque entretien sera enregistré et anonymisé. Les réponses aux questions posées seront retranscrites anonymement et intégralement. Les émotions pourront également être décrites.

L'interviewé sera invité à se présenter, puis l'interviewer poursuivra l'entretien avec les éléments du script d'entretien ci-dessous :

1. Que lisez-vous dans un Compte-Rendu d'Hospitalisation ?
2. Que pensez-vous des Comptes-Rendus d'Hospitalisation que vous recevez ?
3. Qu'est-ce qu'un bon Compte-Rendu d'Hospitalisation pour vous ?
4. Quel est le rôle des Médecins Généralistes concernant les CRH ?
5. Si vous étiez le Médecin Hospitalier, comment rédigeriez-vous et communiqueriez-vous les informations relatives à l'hospitalisation du patient ?
6. En résumé, comment pourrait-on améliorer le Compte-rendu d'hospitalisation dans le cadre d'une amélioration de la communication entre l'Hôpital et le Médecin Traitant ?

Script d'entretien (version 2)

Introduction :

1. Thèse Qualitative. Enregistrement. Anonymisation dans le travail écrit.
2. Exposition du thème du Travail et de la question de Recherche : Quel est le ressenti des MG picards concernant le CRH, dans le but de son amélioration?
3. Choix du sujet

Pouvez-vous vous présenter? (âge, sexe, année d'installation, département, type d'activité, mode d'activité, structures de soin les plus proches)

1/ Quels sont les critiques que vous pouvez faire aux CRH que vous recevez ?
- **sur le fond?**
- **sur la forme?**

2/ Que lisez-vous dans un CRH ?
- **chez ceux qui sont trop longs ?**
- **y a-t'il des rubriques indispensables ?**

3/ Quelles alternatives pour combattre le délai de réception des CRH ? - évoquer la lettre de liaison qui est obligatoire.

4/ Comment le CRH devrait communiquer sur les examens paracliniques réalisés à l'Hôpital ?
- **parfois résumés**
- **parfois absents et donc répétés**

5/ Comment et par qui, le CRH et les informations qu'il contient devrait être communiqué au patient ?
- **informations données aux patients.**

6/ Quelles sont les différences entre les CRH que vous recevez entre les différents Services et/ou Etablissements de santé (public / privé) ?

7/ Quelle utilisation peut ont faire des technologies numériques pour la diffusion des CRH?
- **voie postale**
- **messagerie sécurisée**
- **cybersécurité, secret médical**
- **DMP**

8/ En résumé comment on pourrait améliorer le CRH?
- **Sur le fond?**
- **Sur la Forme?**

9/ Quels résultats attendez-vous d'une étude sur le CRH ?

B. Caractéristiques des Médecins inclus

MEDECINS GENERALISTES (MG)	GENRE	AGE (ANS)	ANNEE D'INSTALLATION ANNEE DE DEBUT DE REMPLACEMENT *	TYPE D'ACTIVITE EXERCEE	MODE D'EXERCICE	TERRITOIRES DE TRAVAIL	STRUCTURES ET VILLES AVEC LESQUELLES LE MEDECIN TRAVAILLE
MG1	F	28	2017*	semi-rural	seule MSP	80	CHU d'Amiens, Roye, Compiègne, Corbie et petits CH
MG2	H	29	2016*	semi-rural	MSP	80	Amiens, Abbeville ou Doullens
MG3	H	45	2004	semi rural	cabinet de groupe	80	Amiens, Corbie
MG4	H	34	2016	rural	seul	80	pôles avec des urgences : le CHU et la polyclinique Pochet, l'Hôpital de Péronne ; les structures où on peut hospitaliser en direct : l'Hôpital d'Albert, de Corbie
MG5	F	26	2017	rural	MSP	80	CHU d'Amiens, Doullens et Albert
MG6	H	50	2003	rural	seul	02	Saint-Quentin, Clinique et Hôpital. Cambrai. Le Cateau
MG7	H	58	1990	rural	MSP	80	Doullens, Abbeville, Amiens, Arras, et d'autres établissements parisiens, (ex: IGR ou d'autres établissements spécialisés)
MG8	F	49	2001	rural	cabinet de groupe	80	Péronne, Amiens, Corbie Albert
MG9	F	35	2014	semi-rural	cabinet de groupe	80	Péronne, Albert et CHU d'Amiens.
MG10	H	30	2016	semi-rural et rural	cabinet de groupe	02 80	Hôpital de périphérie
MG11	H	47	2002	rural	cabinet de groupe	80	Albert, Péronne, Amiens, Corbie
MG12	H	45	2007	semi-rural	cabinet de groupe	80	Hôpital d'Amiens, Polyclinique Pauchet, Clinique de l'Europe et Corbie
MG13	H	30	2016*	Urbain	seul	02	Hôpitaux et Clinique, plutôt Saint-Quentin
MG14	H	33	2016*	Hospitalier	Hôpital	CHU	Rayonnement du CHU
MG15	H	59	1989	rural	cabinet de groupe	80	Amiens
MG16	H	27	2017*	rural	Seul	02	Hôpitaux de Chauny, Saint-Quentin et CHU d'Amiens
MG17	H	32	2016	Hôpital	Hôpital	02	Saint-Quentin
MG18	H	31	2018	rural	MSP	80	Doullens, Albert, Arras, Amiens
MG19	H	58	1990	urbain	MSP	60	Hôpitaux de Creil, Senlis, Clermont de l'Oise, clinique des jockeys à Chantilly
MG20	H	59	1990	urbain	MSP	60	GHPSO (Groupement Hospitalier Public du Sud de l'Oise), Hôpital de Creil, Clinique des Jockeys, Université de Picardie, le privé pour l'orthopédie
MG21	H	52	1998	urbain	MSP	60	Hôpital de Creil, Clinique des Jockey, Clermont

C. Entretien avec l'entreprise APICEM SARL

Isabelle VANDAELE, Responsable Communication
Développements et exploitation des outils APICRYPT® sous le contrôle de l'APICEM,
Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine - www.apicrypt.org

Données recueillies par correspondance mail entre mai 2018 et juin 2018

1/ Avez-vous des données statistiques sur l'utilisation des messageries électroniques pour l'envoi de comptes-rendus d'hospitalisation?

Nous n'avons pas la possibilité de chiffrer le nombre de comptes-rendus hospitaliers en les isolants des autres courriers transmis. Cela dit, conformément à notre charte d'utilisation, APICRYPT sert avant tout à intégrer les données dans le dossier médical, c'est sa fonction première et exclusive. Les communications privées n'ont vocation ni à être sécurisées, ni intégrées dans un logiciel métier. On peut donc en déduire que l'essentiel des flux concerne des comptes-rendus.

Vous trouvez ci-dessous le tableau récapitulatif pour la région des Hauts de France

	Aisne (02)	Nord (59)	Oise (60)	Pas-de-Calais (62)	Somme (80)	Total Hauts de France
Apicrypteurs	621	4 644	663	2 406	674	**9 008**
Utilisateurs de ville (libéraux)	418	2 812	387	1 206	560	**5 383**
Utilisateurs hospitaliers	85	1 348	194	1 013	35	**2 675**
Établissements de soins	12	50	8	26	16	**112**
Nombre de messages émis par les ETS* en avril 2018	NC	NC	NC	NC	NC	**211 364**
Nombre de messages reçus par les ETS* en avril 2018	NC	NC	NC	NC	NC	**79 292**
Nombre de messages émis par les ETS* en 1 an	NC	NC	NC	NC	NC	**1 488 653**
Nombre de messages reçus par les ETS* en 1 an	NC	NC	NC	NC	NC	**842 399**
Nombre de messages échangés tous utilisateurs	1 104 360	6 041 861	645 228	3 244 686	1 108 790	**12 144 925**

* ETS = établissements de soins

Par ailleurs, les chiffres clés APICRYPT[1] pour la France entière sont les suivants :

- 74 308 utilisateurs ACTIFS
- 44 697 utilisateurs de ville
- 21 364 utilisateurs hospitaliers
- 2 158 EHPAD soit 170 834 lits
- 95 % des laboratoires utilisent APICRYPT
- Plus de 84 millions de messages échangés en 1 an par l'ensemble des utilisateurs d'APICRYPT
- 8 753 755 messages émis par les établissements de soins en 1 an
- 5 193 391 messages reçus par les établissements de soins en 1 an

Lors de la mise à jour des clefs de cryptage APICRYPT chaque année, un questionnaire de satisfaction est proposé aux utilisateurs : 83,5 % des utilisateurs l'utilisent tous les jours (13% plusieurs fois par semaine) et 98,1% recommandent APICRYPT !

2/ Pensez-vous que la messagerie électronique supplantera la voie postale dans les années à venir?

Oui, c'est une évidence. Dématérialiser et optimiser la sécurisation sont des raisons incontournables.
Le Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016, relatif aux lettres de liaison, précise que ces dernières doivent être transmises le jour de la sortie du patient par messagerie sécurisée. Faire gagner du temps aux praticiens de ville pour une meilleure prise en charge du patient grâce à la dématérialisation des courriers est une idée reconnue et admise par tous, même si elle semble parfois difficile à atteindre.
Cela dit, optimiser l'utilisation de la messagerie sécurisée a d'autres avantages. En 2016, 12,6 millions d'hospitalisations et 22,5 millions de consultations externes auraient pu générer 35,1 millions de courriers dématérialisés et utiles à un parcours coordonné de soins.

Dans un contexte que l'on connaît difficile, une économie potentielle de 29,8 millions d'€ de frais d'affranchissement, soit l'équivalent de près de 1 000 postes infirmiers, aurait pu être faite !

[1] Source : statistiques APICRYPT avril 2018

À ce jour, plus de 1 200 établissements de soins ou groupements d'établissements sont enregistrés comme tels parmi les utilisateurs APICRYPT et le nombre est en constante augmentation. En 2017, les 5 plus gros établissements de soins émetteurs de flux apicryptés ont envoyé, en moyenne pour chacun d'entre eux, près de 350 000 courriers permettant ainsi une possible économie de plus de 297 000 €, soit 10 postes infirmiers à temps plein !

3/ A quoi sont dues les incompatibilités entre les différentes messageries électroniques? Y'a-t-il des pistes pour les rendre compatibles?

Après plus de 20 ans d'une fidèle collaboration avec ses utilisateurs, APICRYPT est, aujourd'hui, la messagerie sécurisée la plus utilisée par les professionnels de santé, avec plus de 84 millions de messages échangés en un an. Avec 74 000 utilisateurs actifs et un taux d'équipement des laboratoires qui atteint les 95%, APICRYPT donne accès à l'annuaire de professionnels de santé le plus fiable de France.
Les praticiens de ville utilisent très majoritairement APICRYPT, tout comme nombre d'établissements de soins (dont 25 CHR/CHRU sur les 32 existants en France), 2 158 EHPAD, 136 spécialités médicales et paramédicales utilisatrices.

Il est important de rappeler que la MSSanté est un espace de confiance au sein duquel des opérateurs de messagerie sécurisée en santé proposent leurs services. La messagerie Webmail qui porte le même non et qui était proposée par **l'ASIP (MSSanté) qui la définissait elle-même comme un service minimal, facilement accessible, volontairement limité en capacité et en fonctionnalités pour éviter toute situation de concurrence vis-à-vis des industriels,** ne devait pas être exclusive dans cet espace de confiance. Aujourd'hui, elle est remplacée par la Mailiz[2].

Depuis 2014, l'APICEM travaille avec l'ASIP sur la première version du DSFT (Dossier de spécifications fonctionnelles et techniques) opérateur MSSanté pour l'intégration dans l'espace de confiance et depuis plusieurs mois avec la CNAMTS sur ce sujet. L'APICEM a pris acte, le 25 mai dernier, de la notification de son intégration à l'espace de confiance des opérateurs MSSanté. C'est l'aboutissement de plusieurs années d'efforts pour obtenir le statut d'hébergeur agréé de données de santé et de dix mois de développement de la solution APICRYPT V2.
Cette intégration permettra, rapidement, d'envisager la diffusion et l'installation des outils d'interopérabilité avec l'espace de confiance sur chacun des postes des praticiens utilisateurs d'APICRYPT.
Les apicrypteurs auront la possibilité de gérer cette interopérabilité par l'intermédiaire de leur espace utilisateur.

APICRYPT V1 restera proposé aux utilisateurs en attente de l'intégration par les éditeurs de logiciels métiers du middleware[3] APICRYPT V2 ou aux utilisateurs de logiciels orphelins à qui l'APICEM permettra de continuer de communiquer avec leurs confrères dans l'intérêt des patients. Rappelons que le défaut de communication entre les professionnels de santé fait de nombreuses victimes en France chaque année.

Cette entrée d'APICRYPT au sein de l'espace de confiance MSSanté permettra à l'APICEM de proposer de travailler avec les Pouvoirs Publics sur les formats d'échanges et d'interopérabilité. L'APICEM accompagnera également les éditeurs de logiciels métiers biologistes, Médecins et autres professions de santé vers l'appropriation de ces nouveaux formats afin de tirer tous les bénéfices professionnels des nouvelles fonctionnalités offertes par APICRYPT V2. Le déploiement des outils d'interfaçage APICRYPT V2, et donc l'ouverture à l'espace de confiance MSSanté, sera très progressif à partir de septembre 2018. L'APICEM ne peut, en effet, prendre le risque d'un blocage complet de son assistance utilisateur et souhaite gérer le déploiement des solutions, en relation avec le réseau des Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Les tests auront lieu en région dans le cadre d'expérimentations avec les CPAM et ARS ainsi que par l'intermédiaire d'un premier éditeur de logiciel avec qui l'APICEM testera et vérifiera l'adéquation des outils avec les usages.

4/ Est ce que la nouvelle loi Européenne sur la protection des données à un impact sur les messageries sécurisées ?

Le RGPD impacte effectivement les messageries sécurisées en santé, mais surtout leurs utilisateurs finaux : les professionnels de santé. Le RGPD apporte plus de clarté concernant les traitements de données de santé en proposant notamment, et pour la première fois, une définition de la donnée de santé. En effet, la notion de donnée de santé n'était, jusqu'au RGPD, pas expressément définie par les textes. Seules les jurisprudences françaises et européennes procédaient à cette précision. Cette nouvelle définition de la donnée de santé englobe une part plus large des données personnelles (par exemple, certaines données de mesure).

[2] https://mailiz.mssante.fr

[3] Source : ASIP - La vérité sur MSSanté – 23/05/2016, http://esante.gouv.fr/actus/services/la-verite-sur-mssante

Le RGPD, dans son article 4, donne la définition suivante des données à caractère personnel concernant la santé : « *les données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de Services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne.* »
La donnée de santé est donc toute donnée permettant d'aboutir à des conclusions en rapport avec la santé de la personne concernée. Les capteurs de marche ou cardiaque sont, par conséquent, des dispositifs de collecte de données de santé.

Par ailleurs, le RGPD a pour objectif de renforcer les droits des personnes et de responsabiliser les acteurs. Il s'agit surtout d'apporter plus de clarté pour les propriétaires des données personnelles quant aux modalités de collecte de ces données ainsi qu'aux traitements effectués sur ces données par les personnes qui les ont collectées : les responsables de traitements. Ainsi, les responsables de traitements devront dorénavant faire preuve de transparence concernant les modalités de collecte et les finalités des traitements. Ils devront, par ailleurs, mettre en place des procédures organisationnelles et/ou techniques afin de pouvoir satisfaire les demandes (droits) des personnes auprès desquelles les données personnelles sont collectées.
Aussi, pour les responsables de traitements de données de santé, les démarches nécessaires à la mise en œuvre d'un traitement de données de santé seront désormais facilitées. Les messageries sécurisées de santé, par exemple, bénéficiaient déjà du régime d'autorisation unique de la CNIL (AU-37).
Cependant, depuis la date d'entrée en vigueur du RGPD, les dispenses ainsi que les normes simplifiées ou les autorisations uniques adoptées par la CNIL n'ont plus de valeur juridique. Dans l'attente de la production, par la CNIL, des référentiels dérivés du RGPD dans le domaine de la santé, il convient de se rapporter aux documents existants et en particulier l'Autorisation Unique AU-37 concernant les messageries sécurisées en santé.
De plus, toute messagerie sécurisée en santé, existant à la date d'entrée en vigueur du RGPD, se devait déjà d'être conforme avec des réglementations très précises.

En tout état de cause, l'APICEM respectait déjà l'ensemble des réglementations concernant les échanges de données de santé. Il est donc compliqué de déterminer, aujourd'hui, l'impact réel du RGPD sur les messageries en santé ou sur ses acteurs (éditeurs et utilisateurs finaux).
L'APICEM effectue, quant à elle, et depuis plusieurs mois, une veille continue sur ce sujet afin de prendre en compte dans les plus brefs délais toute évolution réglementaire et notamment tout référentiel de la CNIL adaptant le RGPD aux exigences françaises.

D. <u>Carte de France des 25 Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires utilisant Apicrypt</u>

© APICEM S.A.R.L, Tous Droits Réservés - Conception : APICEM S.A.R.L
Crédits Photos © Fotolia - Avril 2018

E. Entretien avec le Service Informatique du CHU d'Amiens

Extraits informatifs du recueil de données - Juillet 2018

[Mises sous plis]	*« [Au CHU] On n'est pas terrible au niveau des envois extérieurs. Ce qu'il s'est passé : on était un des premiers établissements il y a plus de 10 ans à envoyer des comptes-rendus vers des messageries sécurisées. Et, historiquement on l'avait développé chez nous en interne avec une société qui avait inclus dans Word une macro, qui permettait d'envoyer les messages de façon sécurisée. Et on ne l'a jamais fait évoluer. On a fait partie d'un des premiers établissements à envoyer des données mais, ça a stagné parce qu'il y a eu d'autres projets en parallèle. Et, on n'a pas forcément les ressources associées. [...] Dans le cadre de MSSanté, on va redéployer et remettre en marche les usages pour généraliser et mettre tous les standards. En fait, on est obligé d'être opérateur pour pouvoir envoyer sur Apicrypt ou MSSanté. »* *« Quand on envoie des données, on doit les envoyer en données structurées. On avait développé, à l'époque, tout simplement un document Word. Envoyer un mail avec une pièce jointe en document Word. [...] Le problème, la version de Word a évolué. Et, il faut avoir maintenant des versions 2010 ou 2013, voire même 2016 pour pouvoir lire le compte-rendu. »* *« Aujourd'hui, ils reçoivent du PDF mais les données sont déstructurées. Ils attendent de l'Hprim Médecin. C'est-à-dire que la donnée soit structurée : qu'il y ait une structure dans le corps du mail. Et dans l'idéal, ils voudraient que le contenu du document soit carrément dans le corps du mail, et, en pièce jointe le document. C'est pour ça que ça marche bien avec les Cliniques parce qu'ils ont des tout petits DPI. » 1'*
[Cryptage / sécurité des données]	*« Pour crypter un message il y a deux éléments : Certificat public/Certificat privé. Certificat public, pour crypter. Certificat privé, pour décrypter. Seul le Médecin qui possède le certificat privé peut décrypter son message. Ce n'est pas une donnée générique. Si chacun a un propre certificat, l'Hôpital ne peut pas envoyer à d'autres Médecins les courriers. »*
[DMP]	*« On ne l'utilise pas en interne, mais on est là l'établissement qui alimente le plus le DMP. Donc… Mais c'est un échec au niveau national. Et ça a été repris par la CPAM. Et ils sont en train de mettre en œuvre une nouvelle version du DMP où on aurait plus besoin de l'accord du patient pour aller alimenter le DMP… »*
[Envoi courriers à l'extérieur]	*« C'est à dire que [le Médecin] va recevoir un mail avec la pièce jointe. Si on a un destinataire qui n'est ni MSSanté, ni Apicrypt, on va aller le relayer à Docapost (un service d'éditique qui est un service d'impression et de mise sous pli). C'est à dire qu'on n'imprime plus les CR chez nous [au CHU d'Amiens], on ne fait plus la mise sous pli, [les courriers] seront traités à l'extérieur par une filière de la poste qui gèrent tout et les envoient pour nous. [...] Aujourd'hui on a un coût moyen du timbre qui est de 84 centimes. L'envoi des CR à l'extérieur du CHU, en timbre, nous coûte 1 million d'euros d'affranchissement. » 36'*
[Couverture picarde en messageries sécurisées]	*« On est dans un bassin où énormément de gens ont MSSanté et Apicrypt. La Somme est région n°1 en termes de création d'adresses Apicrypt et MSSanté (quasiment tous les Médecins sont équipés). » 37'*
[Envoi sécurisé aux Médecins]	*« Chaque semaine, je vais charger l'ensemble des Médecins dans DxCare, pour mettre à jour mes correspondants [...] Si [le Médecin] a accepté la dématérialisation, il va recevoir le CR par mail [...] et il ne le reçoit plus en format papier. » 38'* *« On va prendre les mails en rejet et on va dire: "oh lui il n'a pas reçu le mail, parce qu'il y a un problème". Automatiquement, le traitement va reprendre le fichier qui a permis d'envoyer le mail […] et directement le mettre sur Docapost en service d'éditique […] Si ça ne marche pas [par mail], il est imprimé et il reçoit le papier. C'est à dire que potentiellement il peut recevoir du dématérialisé et d'un seul coup, s'il reçoit du papier […] c'est qu'il a un problème dans sa messagerie. » 41'*
[Contenu standardisé]	*« Les CR sont fait de façon plus "humaine" […] Les données ne seront pas structurées […], elles ne seront pas mises dans un tableau. Comment structurer un CRH ? Chaque pathologie est différente, chaque tournure est différente. On ne va pas faire des courriers impersonnels. Dans certains courriers, on va parler des antécédents médicaux du patient. Dans d'autres, on ne va pas en parler : on va parler des médicaments, parce que ça a un intérêt d'en parler. D'autres, ce n'est pas la peine d'en parler. » 42'*
[Utilisation Messageries par les Médecins Hospitaliers]	*« Chaque Médecin aura sa messagerie sécurisée dans Outlook qui sera compatible Apicrypt / MSSanté […], pour pouvoir correspondre avec des Médecins de Ville de façon sécurisée. » 46'*
[Délai d'envoi des CRH]	*« Quand on envoie un courrier avec la solution mail Docapost, [le délai] est de 24 à 48 heures. C'est à dire : quand le courrier est validé, 24 heures après, le Médecin l'a chez lui (48 heures, s'il habite dans le bas de la France). Par mail, ça va être instantané: dès qu'il est validé, une minute après, le Médecin l'aura sur sa messagerie. »* *« Si le pli est non distribué, il est retraité en 24 heures. Avec la journée de délai, ça fait 3 jours. » 53'*
[RGPD]	*« Aujourd'hui, on va envoyer sur des enveloppes blanches totalement. Pas de logo du CHU, pas de nom de Service. » 53'*

[Messageries Sécurisées en Picardie]	*« Tout ce qui concerne Apicrypt, on va le qualifier avec les Médecins qui reçoivent bien les CR et que ça leur convient. Comment on va traiter les pièces jointes ? Est-ce qu'il y a beaucoup de pièces jointes? Est-ce que ça dépend des Services? On va caler toutes ces subtilités avec la Cardiologie et l'Oncologie. » 56'* *« En fait, notre DG a signé un appel à projet pour envoyer au minimum, d'ici un an, 30 % de nos courriers en version dématérialisée en région, bassin historique. […] Dans le nord de la France, quasi tous ont Apicrypt. MSSanté, c'est à la marge, parce qu'aujourd'hui, la CPAM est sur le déploiement du DMP, mais aussi du déploiement des messageries MSSanté. Aujourd'hui, quand un nouveau Médecin s'installe, il a une obligation de la CPAM: faire le tiers payant, faire des factures en télétransmission […] et avoir une messagerie sécurisée. [La CPAM] promeut MSSanté, parce-que c'est gratuit pour eux. C'est pas forcément hyper bien intégré dans leur DPI (Dossier Patient Informatisé). Donc aujourd'hui, l'ASIP Santé travaille avec HelloDoc, [...] le plus gros éditeur de DPI pour les cabinets, pour intégrer la solution pour que ce soit automatique comme ça l'est avec Apicrypt. Aujourd'hui, la force d'Apicrypt c'est d'avoir travaillé avec tous les cabinets, tous les éditeurs de logiciels, pour que leur solution soit full intégrée… Tout est super bien intégré. »*
[Délai de réception]	*« Ca dépend fortement des Services. » 59'* *« En Cardiologie… Si on prend le jour de la consultation… 4 jours, ça fait J+4, saut que là , il y a la mise sous pli… Le Service courrier vient le chercher: on prend J+1… Il faut qu'ils dispatchent les courriers… et mettent à disposition de la poste. Ils prennent une journée à faire ça. Le lendemain la poste vient chercher le courrier à 7h. Donc on est à J+6. Et là c'est pour un Service qui n'a que 4 jours de délai [de dictée du courrier]. » 1:01'* *« En Imagerie, on est à 30 jours. » 1:02'* *« On a plusieurs projets pour diminuer les temps. […] Ils perdent du temps à imprimer et mettre sous pli. Le temps qu'elles perdent ces secrétaires, à imprimer et mettre sous pli […] c'est 2 heures par jour […] Nous ces 2 heures par jour, on va les mettre sur la dictée pour qu'elles frappent les courriers plus rapidement. »* *« En Radio, le CR est dicté à J ou J+1 […] et 30 jours plus tard, le CR audio est remplacé par le CR écrit […] Pourquoi 30 jours? C'est parce qu'il y a énormément de production […] Il n'y a pas assez de personnel pour les saisir. »* *« 1 er projets : réduction des délais […] : es 2 heures qu'on vous fait gagner par jour, vous allez frapper des courriers à la place.* *2ème projet : la reconnaissance vocale. Les courriers sont frappés en moins d'une minute. Il n'y a plus qu'à les mettre en forme et les faire valider.* *3ème projet: prise de rendez-vous en ligne. On va mettre en place un portail de prise de rdv en ligne sur le site du CHU. Aujourd'hui pour prendre rdv, on appelle la secrétaire médicale.* *4ème projet, c'est rappel de rdv par texto. » 1:03'*
[Impact social]	*« Démarrage la semaine prochaine. On met tout un ensemble de projets en œuvre pour faire gagner du temps au secrétariat pour décharger le temps pour que les CR soient édités plus vite. Mais ce qu'elles nous reprochent depuis 10 ans, c'est qu'elles perdent du temps à le mettre sous pli. On retire les mises sous pli et là, elles ont l'impression qu'on touche à leur emploi […] 1:09* *Ce projet, il faut mesurer l'impact social […] on ne peut pas arriver et dire: "allez hop, on installe tout, et ça marche comme ça […]" Ca marche avec de l'accompagnement […] eux dans chaque Service, ils ont l'impression qu'ils vont perdre du personnel. Alors qu'au niveau du personnel, on est ric rac, on ne peut pas être moins. » 1:11*
[Perspectives]	*« On va déployer la messagerie MSSanté et les usages en moins d'un an. On va tabler sur du 8 mois. Sachant que toute la partie éditique de mise sous plis, on doit pouvoir le déployer dans l'ensemble des Services sous 2 mois […] après octobre.* *Le projet de reconnaissance vocale pour la Cardiologie et l'Oncologie devrait se déployer pour le mois d'octobre. » 1:12*
[Economies]	*« Le Service courrier a rédigé une fiche pour optimiser son fonctionnement. Mais comment on fait pour optimiser quand le timbre prend 10 centimes par an? L'année dernière on était à 900000 euros, cette année à 1 million, l'année prochaine […]* *Le timbre il me coûte 84 centimes […] Quand j'envoie en éditique, il me coûte 57 centimes.* *Aujourd'hui, juste sur le coût du timbre on est à plus de 200000 euros d'économie.* *Si on envoie 30% de courrier par mail, c'est quasi 500000 euros d'économie. Donc c'est pour ça qu'on travaille dans ce sens. » 1:24*

RESUME

LE RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PICARDS CONCERNANT LE COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION EN VUE D'UNE AMÉLIORATION

INTRODUCTION : Un compte-rendu d'hospitalisation (CRH) a pour fonction de communiquer des informations médicales entre Médecins afin d'assurer la continuité des soins des patients. Les Médecins Généralistes (MG) en sont les principaux destinataires. L'objectif de cette étude était de recueillir le ressenti des MG picards à propos du CRH en vue de son amélioration.

METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative prospective, par entretiens individuels semi-dirigés auprès des MG picards. Les entretiens ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée, à l'aide du logiciel Nvivo.

RESULTATS : De janvier 2018 à juillet 2018, 21 entretiens ont été réalisés, jusqu'à saturation des données. Les principaux résultats évoqués concernant le CRH étaient un délai de réception trop long, une absence de numérisation et un contenu pas assez synthétique tout en soulignant paradoxalement la qualité et l'exhaustivité des CRH reçus. Les parties les plus importantes d'un CRH sont le motif d'hospitalisation, les traitements de sortie, la conclusion et la conduite à tenir. La numérisation et l'envoi des CRH par messagerie sécurisée est la solution principale évoquée pour parvenir à l'amélioration du contenu et à la transmission du CRH. Son développement est néanmoins à poursuivre.

DISCUSSION : La numérisation et l'envoi par mails cryptés des CRH représentent une perspective d'amélioration selon les MG. Ces recommandations semblent partagées par la Haute Autorité de Santé, les acteurs principaux du domaine de la messagerie sécurisée (MSSanté et APICRYPT) et le CHU d'Amiens. Une transition vers l'envoi de CRH par messagerie sécurisée est à l'œuvre.

CONCLUSION : Le CRH est important pour la continuité des soins. Selon les MG interrogés, l'amélioration de sa qualité et du délai de réception passent par la numérisation et l'envoi par mail.

Mots clés : Médecine Générale / Compte-rendu d'hospitalisation / Continuité des soins / Médecins Généralistes / Messagerie électronique / Délai de réception / Qualité

REVIEW OF THE DISCHARGE SUMMARIES BY GENERAL PRACTITIONERS IN PICARDY FOR IMPROVEMENT

INTRODUCTION : The aim of a discharge summary (DS) is to transfer medical information between Physicians to ensure continuity of care after hospitalization. General practitioners (GP) are the main recipients of DS. The objective of this study was to collect the experience of GP in Picardy regarding DS for improvement purposes.

METHODS : Prospective and qualitative study. GP in Picardy were individually interviewed with semi-guided questionnaires. Interviews were analyzed with grounded theory method, with the Nvivo software. RESULTS : From January 2018 to July 2018, 21 interviews were performed until data saturation. Main complaints included delays for reception of the DS after hospitalization, lack of digitization, and a too dense content, although the quality and completeness of the summary were paradoxically appreciated. Sections of DS deemed the most important were the reason for hospitalization, home treatments after discharge from the hospital, conclusion, and recommendations. Digitization and use of secure emailing for DS were suggested to improve the content and transmission of DS. Ongoing development should be fostered.

DISCUSSION : Digitization and secure emailing of DS have the potential to improve the value of DS according to GP. These recommendations are also supported by the Haute Autorité de Santé, the 2 main actors in secure emailing (MSSanté and APICRYPT) and Le CHU d'Amiens. Transitioning towards secure emailing of DS seems in progress.

CONCLUSION : DS is important for continuity of care. According to GP in this study, improvement of quality and delay before reception could be achieved with the use of digitization and emailing.

Keywords : General Practice / Discharge summary / Continuity of care / General Practitioners / Email / Reception delay / Quality