



HAL
open science

Amélioration du lien “ ville-hôpital ” en chirurgie ambulatoire, grâce aux outils de E-Santé : enquête auprès de 64 médecins généralistes de la Somme

Nathan Douchin

► To cite this version:

Nathan Douchin. Amélioration du lien “ ville-hôpital ” en chirurgie ambulatoire, grâce aux outils de E-Santé : enquête auprès de 64 médecins généralistes de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02279905

HAL Id: dumas-02279905

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02279905>

Submitted on 5 Sep 2019

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019

N° 2019 - 36

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT EN MEDECINE
QUALIFICATION : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 25 avril 2019

Par
Nathan DOUCHIN

AMELIORATION DU LIEN « VILLE – HÔPITAL » EN CHIRURGIE AMBULATOIRE,
GRÂCE AUX OUTILS DE E-SANTE :
Enquête auprès de 64 médecins généralistes de la Somme

PRESIDENT DU JURY Monsieur le Professeur Charles Sabbagh

MEMBRES DU JURY Monsieur le Professeur Richard Gouron
Monsieur le Professeur Olivier Ganry
Monsieur le Professeur Fabien Saint

DIRECTEUR DE THESE Monsieur le Docteur Michel Lefranc

Mots clés : Chirurgie Ambulatoire, e-santé, Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Chirurgie digestive)

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance et de mon immense gratitude.

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Epidémiologie, économie de la santé et Prévention)

Responsable du service d'Epidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury.

Recevez ici tous mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Fabien SAINT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Chef de Service « Urologie-Transplantation »

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Vous me faites le grand honneur de juger cette thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Richard GOURON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Chirurgie infantile)

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury.

Recevez ici tous mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Michel LEFRANC

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

(Neurochirurgie)

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse.

Je te suis infiniment reconnaissant pour ta disponibilité, tes conseils précieux et surtout pour la confiance que tu m'as accordée.

Aux médecins généralistes de la Somme ayant répondu à mon questionnaire et sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

A ma compagne Anne-Charlotte. Ma Chachou d'amour avec qui je partage ma vie depuis sept ans maintenant. Merci pour ta patience, merci de me donner la confiance en moi qui me manque parfois. Je suis fier de t'avoir à mes côtés.

A ma fille Alix. Merci ma Poupinette de m'apporter la joie de me lever tous les matins.

A mes parents, sans qui cette aventure n'aurait jamais été possible.

A mon frère et à ma sœur, Féfé et Hélène, vous avez contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui.

A Annick et à Patrick ainsi qu'à toute ma belle-famille, merci pour votre joie de vivre et votre esprit de famille.

A mes amis de toujours, à la meute : Pelo, Tintin, Khanh, Nigga, Alex, Lizouz, Bibi, Fruckt, Je suis fier de vous avoir depuis si longtemps à mes côtés.

A la Pomme, mon compagnon de galère, merci de m'avoir accueilli sur ton radeau de la méduse.

Au Docteur BRUYER, qui m'a mis le pied à l'étrier. Merci de votre confiance.

Au **Docteur ANDRE** avec qui j'ai hâte de collaborer prochainement.

Aux **Docteurs GONZALEZ, VASSEUR, DEBUIRE, COUSIN, DUCARME, SAUVAGE, RAPIN, AVRAM, GABOU, DEVOS, BASSE,** pour m'avoir laissé prendre soin de vos patients.

A tous les médecins et équipes paramédicales que j'ai pu rencontrer au cours de mes études.
Vous m'avez tous beaucoup apporté.

ABREVIATIONS

ADARPEF	Association Des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française
AFCA	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANSSI	Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CA	Chirurgie Ambulatoire
CNCE	Conseil National professionnel de Chirurgie de l'Enfant
CPA	Consultation pré-anesthésique
GHM	Groupe Homogène de Malade
HAS	Haute Autorité de santé
HC	Hospitalisation Conventionnelle
MG	Médecins généralistes
MSAP	Maison de Service au Public
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
T2A	Tarifification à l'Activité
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
UCA	Unité de Chirurgie Ambulatoire

PLAN

INTRODUCTION.....	8
I) ETAT DES LIEUX DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE.....	10
1- Contexte, enjeux et modalités de la chirurgie ambulatoire.....	
1.1 La chirurgie ambulatoire.....	
1.1.1 Définition.....	
1.1.2 Description et perspectives de la chirurgie ambulatoire.....	
1.1.3 Les enjeux de la chirurgie ambulatoire.....	15
1.1.3.1 Avantages médicaux de la chirurgie ambulatoire.....	
1.1.3.2 Les enjeux économiques.....	16
1.1.4 Les incitatifs à la réalisation de l'ambulatoire.....	17
1.1.5 L'éligibilité à la chirurgie ambulatoire.....	
2- Le parcours patient en chirurgie ambulatoire.....	18
2.1 Avant le jour de l'intervention.....	
2.2 Le jour de l'intervention.....	19
2.3 Le retour au domicile.....	20
3- La coordination « Hôpital – Médecine de ville ».....	21
3.1 Place du médecin généraliste dans la chirurgie ambulatoire.....	
3.2 Interactions ville-hôpital : un échange difficile.....	22
3.3 Les attentes des médecins généralistes.....	23
4- Facilitation des échanges : les solutions actuelles.....	
4.1 Les moyens mis en place par les hôpitaux.....	
4.2 Les nouveaux moyens de communication.....	24
4.2.1 Les messageries cryptées.....	
4.2.2 Le DMP.....	25

5- Les outils de E-santé spécialisés dans la chirurgie ambulatoire: principes, avantages, limites.....	29
II) L'ETUDE.....	33
1- Matériel et méthode.....	
1.1 Type d'étude.....	
1.2 Population étudiée.....	
1.3 Le questionnaire.....	34
1.4 Analyse statistique.....	36
2- Résultats.....	
3- Discussion.....	53
III) CONCLUSION.....	69
IV) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	70
V) ANNEXES.....	76
Annexe 1 : Le Questionnaire.....	
Annexe 2 : Définition des gestes MSAP 2015.....	84
Annexe 3 : Les scores utilisés.....	86
Annexe 4 : Passeport ambulatoire.....	88
Annexe 5 : ROSP : Forfait structure.....	93
VI) SERMENT D'HIPPOCRATE.....	94
VII) RESUME.....	95

INTRODUCTION

L'amélioration des techniques et des innovations médicales contribuent au fort développement de la chirurgie ambulatoire (CA).

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un enjeu de politique nationale.

En France, en 2015, le taux de chirurgie ambulatoire était de 50,7% (1)

« D'ici à 2022, je souhaite porter la médecine ambulatoire à 55 % et la chirurgie ambulatoire à 70 % », c'est ce qu'a annoncé Agnès Buzyn, la Ministre de la Santé, lors de son intervention lors des Entretiens de Bichat. (2)

Ce virage ambulatoire nécessite de réinterroger, en profondeur, l'organisation du parcours de soins de ces patients, du diagnostic au suivi à long terme.

La commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher le 10 avril 2008, montre des difficultés d'interaction entre médecin généraliste et monde hospitalier, mettant l'accent sur les difficultés pour joindre les spécialistes et le retard d'information. (3)

Le Pr René Amalberti, conseiller auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS) a estimé dans son ouvrage « La sécurité du patient en médecine générale » que : "Les menaces sur l'ambulatoire ne sont pas dans l'acte technique, mais dans ce qu'on ne voit pas à l'hôpital", "C'est la raison pour laquelle les généralistes doivent être mis dans la boucle." (4)

Plusieurs travaux de thèse montrent que les échanges d'informations concernant les patients sont insuffisants et cela est délétère pour la continuité des soins. Les moyens de communication se sont certes développés (téléphonie, internet), mais ils ne sont pas pour autant plus utilisés pour partager des données essentielles sur les patients. Les comptes rendus d'hospitalisation ne parviennent pas à compenser cette situation, les délais de réception étant très longs. (5)(6)(7)(8)(9)

Un article issu de « Les cahiers du numérique », montrait déjà en 2001, que tous les professionnels, mais aussi le public, souhaitent utiliser les nouvelles technologies d'information et de communication pour assurer une meilleure continuité des soins et une meilleure prise en charge des patients. Cependant, les solutions techniques n'étaient pas encore disponibles, en dehors de la simple messagerie sécurisée. (10)

Certains logiciels de e-santé ont vu le jour. Ils sont une interface entre le patient et l'hôpital. Ils n'intègrent malheureusement pas encore l'acteur « médecin généraliste » (MG). Ils seraient pourtant d'excellents outils pour faciliter l'échange MG-hôpital, en mettant en commun les informations relatives au patient, comme son dossier médical, ses examens complémentaires, ses ordonnances. Ils pourraient être une plateforme privilégiée pour les échanges entre praticiens hospitaliers et médecins généralistes. Ils permettraient un accès plus rapide aux courriers d'hospitalisations, aux éléments du suivi, aux ordonnances de sortie... (11)

Nous décrirons, dans un premier temps, dans cette thèse, les outils de e-santé existants, en mettant en avant leurs avantages, leurs limites ; puis dans un second temps nous aborderons le travail de recherche, dont l'objectif est de mettre en évidence les principales attentes des médecins généralistes concernant un outil informatique susceptible d'améliorer le lien « ville-hôpital » dans un contexte de suivi de patient en chirurgie ambulatoire.

Cela a été réalisé au moyen d'un questionnaire envoyé à des MG de la Somme.

I) ETAT DES LIEUX DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

1. CONTEXTE, ENJEUX ET MODALITÉS DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

1.1 La chirurgie ambulatoire :

1.1.1 Définition

Selon le ministère des solidarités et de la santé, la chirurgie ambulatoire se définit comme :

« Pratique avant tout centrée sur les patients, la chirurgie ambulatoire recouvre l'hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit. Ainsi, elle comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission. » (12)

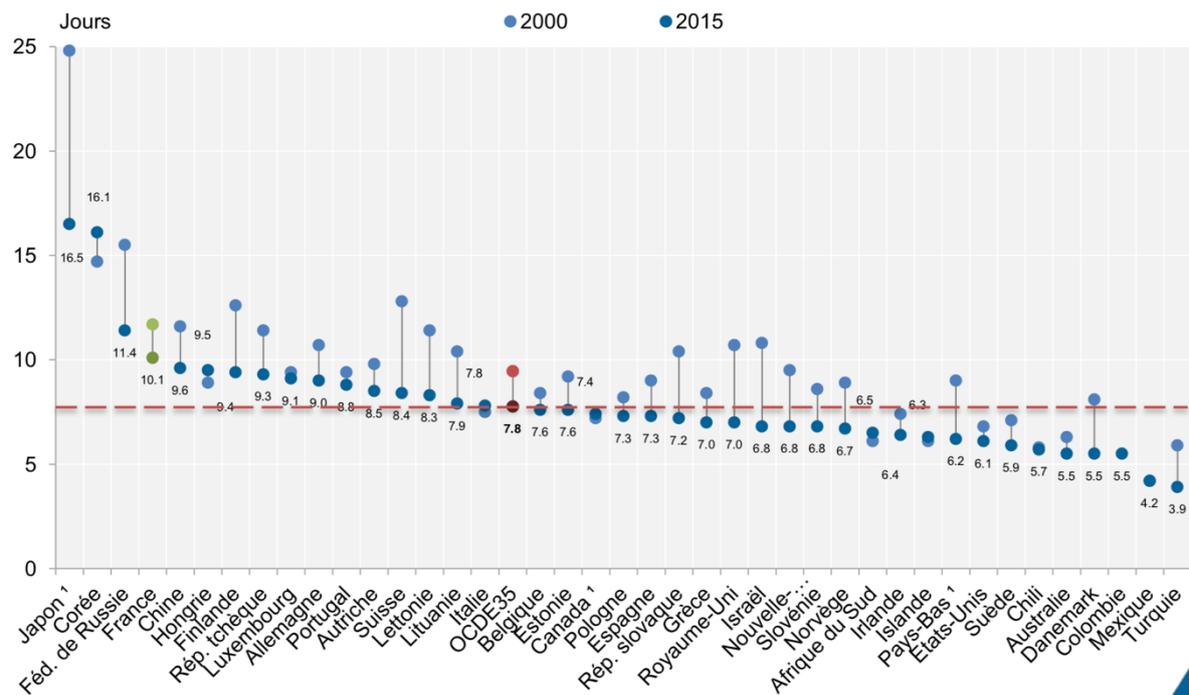
1.1.2 Description et perspective de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire telle que nous la connaissons aujourd'hui est apparue en 1970 aux États-Unis.

Elle s'est ensuite développée de façon considérable dans plusieurs pays occidentaux, jusqu'à atteindre 70% des interventions chirurgicales au Royaume-Uni.

La France leur a emboité le pas tardivement, mais est aujourd'hui en train de rattraper son retard. (13)

La France est le 3ème pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) avec la plus longue durée moyenne de séjour à l'hôpital. (14)



Note : 1. Les données correspondent à la durée moyenne de séjour en soins curatifs (aigus) (d'où une sous-estimation). Au Japon, la durée moyenne de séjour pour l'ensemble des hospitalisations était de 29 jours en 2015 (contre 39 jours en 2000). Source : Panorama de la santé 2017 : Indicateurs de l'OCDE.

Mode de calcul du taux de chirurgie ambulatoire :

Les données françaises sont issues du PMSI utilisé dans le cadre de la T2A.

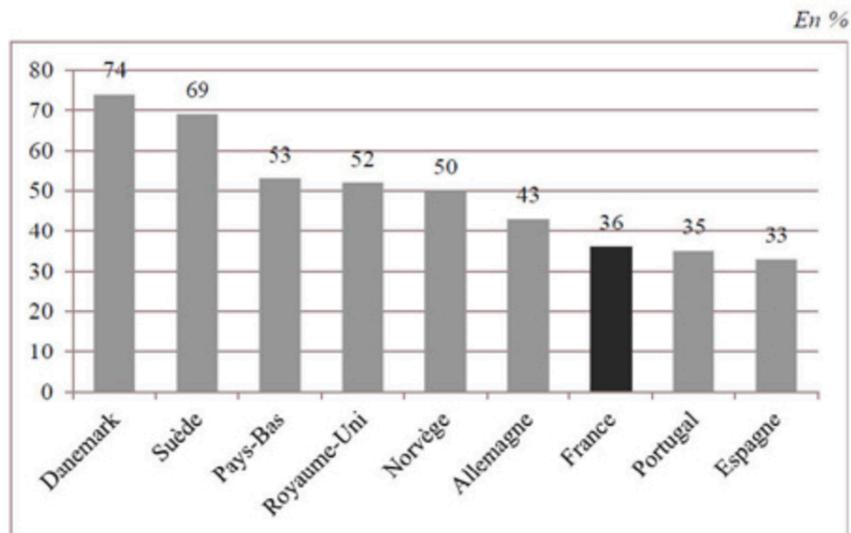
Taux de CA = nombre d'actes de CA / nombre d'actes de chirurgie en général.

On distingue différentes façons de calculer le taux de CA, selon :

- les gestes pris en compte : toute chirurgie / gestes traceurs (comparaisons internationales)
- le recours de la population / la production des centres (comparaisons régionales)
- la définition d'« acte ambulatoire » : C sans nuitée / en J dans la classification 2009 du PMSI en GHM (15).

Un rapport de la Haute Autorité de la Santé (HAS) de 2009 montrait un taux de chirurgie ambulatoire de 74% au Danemark et de 69% en Suède, contre 36% en France, et encore beaucoup moins dans les hôpitaux publics.

Graphique n° 12 : pratique comparée de la chirurgie ambulatoire



Source : HAS - Enquête IAAS 2009 - % de chirurgie ambulatoire/chirurgie totale

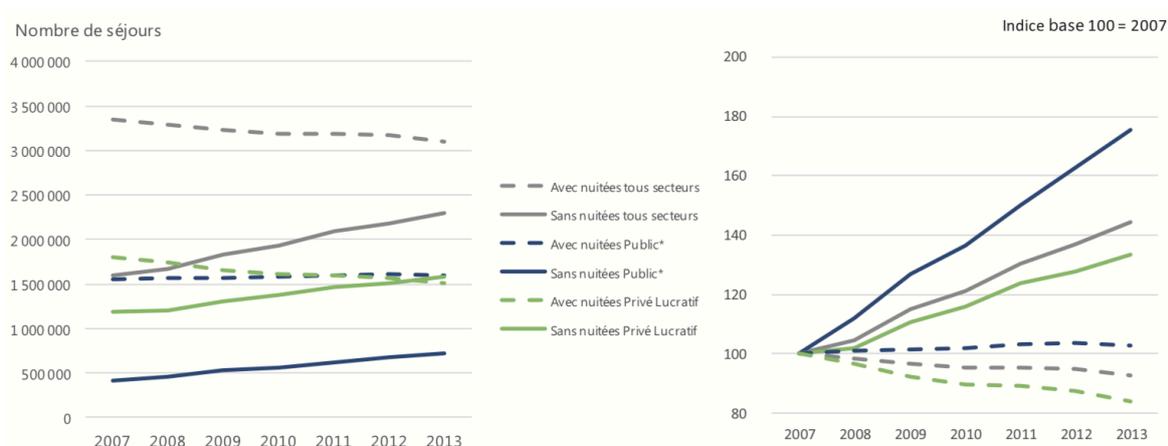
Mais la France comble son retard.

Sur la période 2007-2013, l'activité de chirurgie ambulatoire a connu une forte progression avec une hausse du nombre de séjours sans nuitée de près de 6,3 % en moyenne par an.

Si le taux global de chirurgie ambulatoire constaté à l'échelle nationale approche les 43 % en 2013, l'étude des taux par catégorie d'établissement indique une certaine avance du secteur privé lucratif, où plus d'un séjour de chirurgie sur deux est pris en charge en ambulatoire (51,2 % en 2013).

La plus grande diversité des séjours liée aux obligations de service public ainsi qu'un mode de financement longtemps peu incitatif au développement de ce mode de prise en charge expliquent en partie le retard du secteur public (31 %), en particulier dans les structures de type CHU (24 %). Néanmoins, de façon dynamique, le secteur public semble combler une partie de ce retard historique puisque le rythme de progression des séjours de chirurgie sans nuitée est désormais bien plus important que dans le secteur privé.

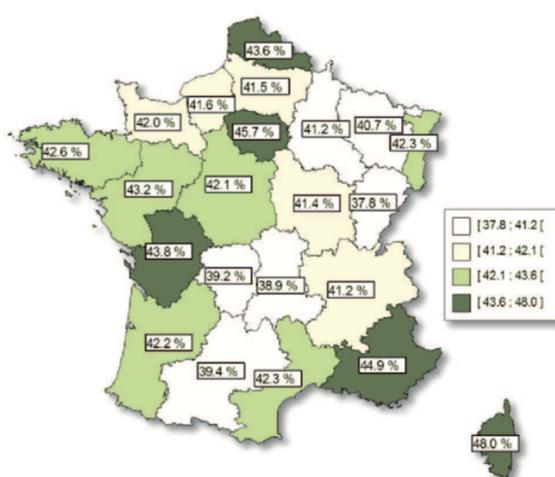
Évolution des séjours de chirurgie avec et sans nuitée entre 2007 et 2013, par secteur



Source : ATIH / GDR chirurgie ambulatoire. Novembre 2014

Nous pouvons également noter un développement inégal entre régions. En 2013, le taux global de chirurgie ambulatoire varie ainsi entre 38% (Franche-Comté) et 48% (Corse). Ces disparités régionales s'expliquent essentiellement par la structure territoriale de l'offre de chirurgie : certaines régions enregistrent ainsi des taux élevés de chirurgie ambulatoire en lien avec une densité d'établissements privés relativement élevée (PACA, Corse, Ile-de-France), même si cette corrélation n'est pas systématique. (15)

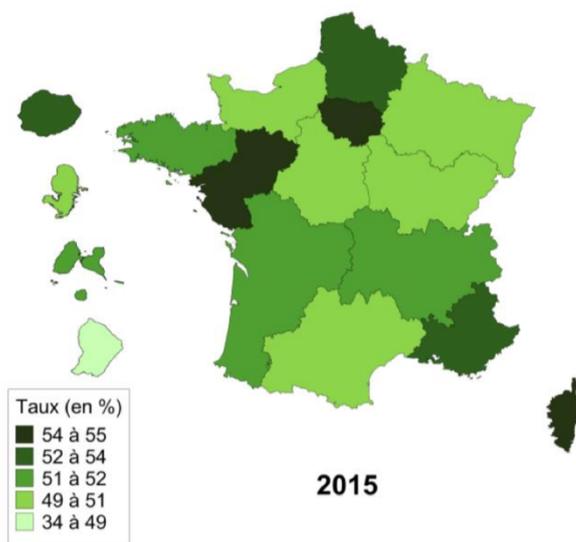
Taux de chirurgie ambulatoire par région (2013) et évolution 2007 - 2013



Région	2007	2013	Évolution (en points)
Ile-de-France	35,4%	45,7%	+10,3
Champagne-Ardennes	27,6%	41,2%	+13,6
Picardie	30,2%	41,5%	+11,3
Haute-Normandie	30,6%	41,6%	+11,1
Centre	31,1%	42,1%	+11,0
Basse-Normandie	28,5%	42,0%	+13,5
Bourgogne	31,6%	41,4%	+9,8
Nord-Pas-de-Calais	33,5%	43,6%	+10,2
Lorraine	31,1%	40,7%	+9,6
Alsace	30,8%	42,3%	+11,5
Franche-Comté	23,5%	37,8%	+14,4
Pays de la Loire	31,7%	43,2%	+11,4
Bretagne	31,2%	42,6%	+11,4
Poitou-Charentes	32,8%	43,8%	+11,0
Aquitaine	31,7%	42,2%	+10,6
Midi-Pyrénées	28,5%	39,4%	+10,9
Limousin	26,1%	39,2%	+13,1
Rhône-Alpes	29,9%	41,2%	+11,3
Auvergne	27,0%	38,9%	+11,9
Languedoc-Roussillon	36,1%	42,3%	+6,2
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	37,6%	44,9%	+7,3
Corse	35,8%	48,0%	+12,2
NATIONAL	32,3%	42,7%	+10,4

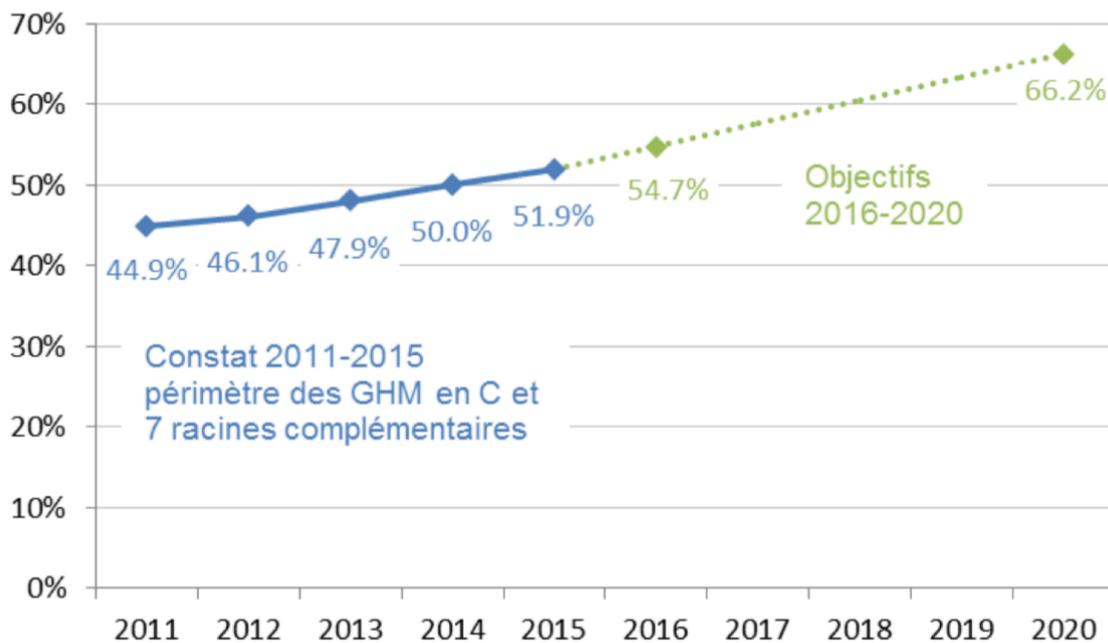
Source : ATIH / GDR chirurgie ambulatoire. Novembre 2014

Figure 8 : Taux de prise en charge en ambulatoire en 2015 selon la région d'implantation des établissements nouveau découpage régional au 1^{er} janvier 2016 (17)



Source : ATIH État des lieux 2015 sur l'activité de C

Figure 1 : Taux de chirurgie ambulatoire observé 2011-2015 et objectifs 2016-2020



Source : ATIH État des lieux 2015 sur l'activité de CA

1.1.3 Les enjeux et motivations de la chirurgie ambulatoire

L'ambition du développement de la chirurgie ambulatoire repose sur deux attentes, l'une médicale, l'autre économique. (16)

1.1.3.1 Avantages médicaux de la chirurgie ambulatoire : un rapport bénéfique/risque favorable

Même si l'on manque probablement du recul suffisant pour que les revues de littérature établies par la HAS et l'ANAP le démontrent indubitablement, les témoignages recueillis soulignent tous de nombreux avantages :

Les complications majeures (mortalité et morbidité majeure) sont très faibles.

Le nombre de décès est très faible : 0 à 0,01 % selon Chung et Mezei, d'après 5 études incluant 6000 à 38 598 patients (les 4 décès survenus étant dus à 2 infarctus du myocarde (IDM) et 2 accidents de la voie publique) (18).

La morbidité majeure est faible également : 0,08 à 0,8 % (IDM, accident vasculaire cérébral, embolie pulmonaire, insuffisance respiratoire, complications chirurgicales) (18).

Les infections du site opératoire (ISO) sont rares : 0,4 à 0,484 % selon 2 études de 5183 et 284 098 patients (19)(20).

Les hémorragies sont rares : le taux de réadmission pour saignement est de 0,04 % sur 172710 patients dans l'étude de Vaghadia et al. La gynécologie et l'urologie sont les plus concernées (21).

Les complications mineures (symptômes gênants) sont activement combattues.

Les symptômes gênants sont principalement la douleur et les Nausées et Vomissements Post-Opératoires (NVPO). La CA favorise la réduction des symptômes postopératoires par rapport à une hospitalisation complète :

- en utilisant préférentiellement des techniques anesthésiques et chirurgicales mieux supportées et aux effets secondaires moins longs.

- en anticipant les effets secondaires par la délivrance d'ordonnances préventives avant la sortie.

Les risques liés à la durée d'hospitalisation sont diminués par le mode ambulatoire, concernant:

- les infections nosocomiales
- le syndrome confusionnel (touchant surtout les personnes âgées)
- les complications précoces de décubitus (principalement thromboses veineuses profondes, escarres).

La réadaptation fonctionnelle est accélérée, permettant la reprise rapide d'une activité normale.

1.1.3.2 Les enjeux économiques

La transformation d'un séjour d'hospitalisation conventionnelle en ambulatoire conduit à une baisse des coûts de production de 23% pour l'établissement hospitalier. Les dépenses en indemnités journalières et en transports sanitaires sont moindres avec l'ambulatoire. Il n'y a pas de différence significative sur les réhospitalisations entre les deux types de séjour, ce qui confirme le maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité avec l'ambulatoire. Les dépenses de soins postopératoires sont comparables en ambulatoire et en HC, ce qui prouve l'absence de déport de soins vers la ville dans le cas de l'ambulatoire (16)(17)

Les économies générées par le développement de la CA en France pourraient être, selon les sources :

- 5 milliards € selon la Cour des Comptes comparant le taux de CA en France (40 %) et à l'étranger (80 %) et se basant sur un rapport de l'ANAP considérant un potentiel de CA de 72 % (22)(23)(24),
- 570 millions € selon la Fédération Hospitalière de France, estimant le taux de CA atteignable à moyen terme à 56 % (25)(26),
- 1 milliard € sur 3 ans selon la ministre de la santé M. Touraine en 2014, visant un taux de CA de 50 % en 2016 (27).

1.1.4 Les incitatifs à la réalisation de l'ambulatoire

Accord préalable et CA :

Afin de développer la chirurgie ambulatoire, certains actes chirurgicaux avec hospitalisation d'au moins une nuit sont, dans certains établissements hospitaliers, soumis à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie. Cette procédure concerne 55 gestes chirurgicaux. (28) (annexe 2)

Applicable à compter de la date de sa notification, la mise sous accord préalable impose à l'établissement hospitalier de demander systématiquement l'accord du service médical de l'Assurance Maladie pour tout acte chirurgical, visé par la mise sous accord préalable, impliquant l'hospitalisation du patient pendant au moins une nuit. La réponse est donnée immédiatement ou dans un délai de 24h.

1.1.5 L'éligibilité d'un patient à la chirurgie ambulatoire

Le chirurgien propose le mode ambulatoire une fois l'indication opératoire posée. L'anesthésiste réévalue la prise en charge ambulatoire, informe le patient sur le type d'anesthésie et sur la prise en charge de la douleur. Le consentement du patient au mode ambulatoire est alors recherché : article L1111-4 du code de santé publique : « Toute personne prend (...) les décisions concernant sa santé. Le médecin a l'obligation de respecter sa volonté (...) » (29)

Selon le code de la sécurité sociale, l'article L162-1-17, portant sous la mise sous accord préalable, montre que le patient n'a pas le choix entre une intervention avec hébergement et l'ambulatoire. (30)

Selon le rapport d'évaluation technologique de mai 2014 de la HAS et de l'ANAP :

« L'évaluation préopératoire est l'étape au cours de laquelle la décision de réaliser la chirurgie en ambulatoire est prise sur la base du triptyque « patient-acte-structure ». Il s'agit d'évaluer le rapport bénéfice/risque pour le patient, d'anticiper les effets secondaires prévisibles et de préparer sa sortie. » (31)

Cette étape a pour but de limiter les admissions non programmées la nuit suivant l'intervention et les réadmissions dans les jours qui suivent.

Il n'y a pas de liste d'actes éligibles, c'est l'ensemble « patient-acte-structure » qui détermine l'éligibilité.

La SFAR a émis des recommandations en 1994 et 2009, ces dernières sont plus souples et fondées sur le rapport bénéfice risque et la prévisibilité (permanence et continuité des soins) (32)(33). Les conditions suivantes sont généralement nécessaires :

- Les risques, la durée et les suites sont maîtrisés. La CA est possible pour certaines urgences si cela ne perturbe pas l'UCA et si elle assure la même qualité et la même sécurité.
- L'âge minimum est 3 mois pour la SFAR ou 6 mois voire moins pour le CNCE et l'ADARPEF (et pour le prématuré 60 semaines d'âge post-conceptionnel) (34).
- Le statut ASA est I, II ou III stable (annexe 3)
- Le patient comprend et accepte les modalités. S'il est non francophone, mineur ou à un trouble du jugement, il est accompagné par un tiers garantissant le respect des consignes : jeûne, traitements, continuité des soins.
- Le lieu de résidence est compatible (la durée et la distance n'excluent pas la possibilité de CA).
- Lors du trajet du retour, le patient ne conduit pas et est accompagné par un tiers.
- La présence d'un accompagnant au domicile est évaluée et définie au préalable.

2. Le parcours patient en chirurgie ambulatoire

Tout au long de la procédure, l'information du patient est primordiale comme pour toute prise en charge médicale, mais encore plus indispensable en CA.

2.1 Avant le jour de l'intervention

Le patient consulte le chirurgien qui posera l'indication chirurgicale. La secrétaire médicale effectuera la réservation de séjour. Un « passeport ambulatoire », récapitulant les modalités de prise en charge sera remis au patient. (annexe 4 : exemple de passeport ambulatoire délivré par

le service de neurochirurgie du CHU d'Amiens à ses patients devant bénéficier d'une chirurgie ambulatoire pour hernie discale.)

L'hôtesse d'accueil confirmera la prise en charge administrative (préadmission) où il sera demandé l'état civil, l'adresse, les coordonnées de la caisse et de la mutuelle.

Un rendez-vous d'anesthésie devra être pris. Un anesthésiste qui peut être un autre que celui qui sera présent lors de l'acte (les informations sont transmises dans le dossier d'anesthésie) : cette consultation pré-anesthésique est obligatoire, réalisée 3 mois à 48h avant la chirurgie (sauf urgence) et inclut un interrogatoire, un examen physique et la délivrance d'une information loyale. Explication des types d'anesthésie, remise des ordonnances d'antalgiques et des consignes préopératoires (jeûne...)

La veille de l'intervention, le patient recevra un appel téléphonique de l'IDE (appel J-1) afin de confirmer la venue, de vérifier l'état de santé (douleur, fièvre, arrêt des anticoagulants, changement de traitement...) et rappel des consignes préopératoires (jeune, préparation cutanée) et des conditions de sortie.

2.2 Le jour de l'intervention

Au sein d'une unité dédiée de chirurgie ambulatoire (UCA ou service de chirurgie de jour):

Lors du jour programmé de la chirurgie, l'accueil du patient à jeun est réalisé au minimum 1 heure avant au sein de l'UCA. L'IDE contrôle une dernière fois au vu de la programmation opératoire du jour, le dossier patient, débute la check-list préopératoire (identification, préparation cutanée, marquage, critères de jeûne, biologie et médicaments préopératoires éventuelles) s'assure qu'il a réalisé sa préparation cutanée, puis on procède à l'installation du patient sur un fauteuil ou dans une chambre du service de chirurgie de jour. L'équipe paramédicale effectue une prise des constantes (pouls, température corporelle et tension artérielle). Le dossier de soins infirmiers complété, le patient rejoint le bloc opératoire où est réalisé l'acte chirurgical avec les modalités d'anesthésie.

La chirurgie : Les actes sont les mêmes qu'en hospitalisation conventionnelle, cependant l'évolution des techniques chirurgicales avec des abords mini-invasifs (endoscopie – percutanée) permet une protection des tissus sains environnant la zone opératoire aboutissant à une récupération plus rapide et à la limitation du nombre d'infections post-opératoires.

L'anesthésie : Le patient bénéficie des mêmes modalités anesthésiques qu'en HC.

Tous les modes d'anesthésie peuvent être utilisés :

- générale, locorégionale, locale.

2.3 Le retour au domicile

Le passage en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est la règle générale après anesthésie générale ou une anesthésie locale avec sédation. Parfois des circuits « shunt ou by-pass » permettent un retour dans le service sans le passage en SSPI. Il consiste à éliminer l'activité de salle de réveil pour des patients à faible risque postopératoire, particulièrement pour des patients sous anesthésie locorégionale périphérique. L'évaluation des patients se fait à la sortie de la salle d'intervention, via un score de type Aldrete modifié identique à celui de la sortie de SSPI (annexe 3). Dans ce cas, les patients rejoignent directement une salle d'aptitude à la rue. Au Retour de bloc dans l'UCA, l'équipe de chirurgie ambulatoire veille à une surveillance postopératoire en lien avec l'intervention (pansement, écoulement, gestion de la douleur, soins de sondes ou drains avec ablation éventuelle, reprise de miction, etc.). Tout l'intérêt d'une équipe de soins dédiée à l'UCA est dans l'expertise de l'équipe à réhabiliter précocement le patient et à le rendre « apte » à la sortie (lever et mobilisation, réalimentation, réassurance, informations et explications sur les suites prévisibles, les soins ultérieurs, la surveillance, les signes d'alertes de complications éventuelles)

Dans une majorité d'établissements, l'anesthésiste donne une heure prévisionnelle de sortie de l'UCA lors de son passage en SSPI. Les infirmiers peuvent donc se baser sur cet horaire prévisionnel pour réaliser le score de sortie basé sur le score de CHUNG (annexe 3), s'en suit une préparation des documents de sortie souvent préalablement rédigés par le chirurgien en fonction de l'intervention et des recommandations de l'anesthésiste.

L'étape de « remise à la rue » se fait après délivrance des ordonnances médicales liées à la sortie, selon l'horaire de sortie décidé par le chirurgien. L'équipe ambulatoire s'assure de la disponibilité de fourniture des médicaments (La prescription a été anticipée à la consultation préopératoire suivant la localisation du lieu d'habitation et de la pharmacie la plus proche, afin d'organiser leur remise, le passage d'IDE pour les soins, l'entourage auprès du patient).(35)

La permanence des soins se concrétise en CA par :

- l'information délivrée au patient
- la présence d'un proche pendant 24 heures
- la possibilité donnée au patient de joindre le centre par téléphone 24 heures sur 24 (les IDE du centre aux heures ouvrables, ou l'urgentiste en dehors de ces horaires, peuvent répondre aux patients demandant des conseils médicaux, ou transférer l'appel au chirurgien)
- la transmission rapide des informations médicales au médecin traitant
- la prévision de la prise en charge d'une éventuelle complication si le patient habite loin ou si le centre ne possède pas les structures nécessaires (possible convention entre établissements)
- l'« appel du lendemain » au patient, généralement par un IDE, afin de conseiller le patient (réassurance, conseil sur la prise médicamenteuse, position antalgique, éventuelle nécessité de reconsulter un médecin, etc.)
- une éventuelle consultation de contrôle clinique, faite par le chirurgien ou le généraliste, qui peut être mise en place par certains centres.

3. La coordination « Hôpital – Médecine de ville »

3.1 Place du médecin généraliste dans la chirurgie ambulatoire

Le MG est tout d'abord le premier recours du patient :

L'importance du MG est mentionnée dans la stratégie nationale de santé de 2013 (36) :

« Premier pilier : (...) le médecin traitant sera identifié comme le pivot de la (...) prévention (...) »

Deuxième pilier : (...) structurer la médecine de parcours à partir des soins de premier recours (...) en lançant la révolution du premier recours, car c'est bien à partir et autour du médecin traitant que doit s'organiser l'offre de soins ambulatoires ».

Qui coordonne les soins :

Selon l'art. L. 4130-1 du CSP (annexe 2), « Les missions du médecin généraliste (...) sont :

- orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins (...)
- s'assurer de la coordination des soins (...)
- contribuer au suivi (...) en coopération avec les autres professionnels ».

Selon l'art. L. 162-5-3 du CSS créé par la loi du 13 août 2004, « afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré (...) indique (...) le nom du médecin traitant (...) qui peut être un généraliste ou un spécialiste ». Or le médecin traitant choisi est un médecin généraliste dans 99,5 % des cas (37).

3.2 Interactions ville-hôpital : un échange difficile

« Les relations du monde hospitalier avec les médecins traitants restent souvent difficiles » selon le rapport Larcher (3). Les généralistes ont le sentiment que les médecins hospitaliers « ne collaborent pas » avec eux selon l'étude d'Hubert et al. (38). Les médecins généralistes déploreraient « un manque de coopération avec les médecins hospitaliers » (39).

Les généralistes évoquent, à propos de leurs confrères hospitaliers : « des difficultés pour les joindre (...) et un retard à l'information » dans une étude autour de Grenoble (39).

A la sortie du patient, les défauts de transmission de l'information à la sortie de l'hôpital sont fréquents et peuvent nuire aux soins (40). La discontinuité des soins entre l'hospitalisation et les soins externes entraîne de nombreuses erreurs médicales et un risque accru de réhospitalisation (41).

Dans l'étude de Hubert et al., 94 % des médecins généralistes considèrent le délai dans lequel ils sont informés de la sortie de leur patient : « long » ou « trop long » (38).

Dans l'enquête interrogeant les MG autour de Grenoble, « l'indicateur de satisfaction concernant le courrier d'hospitalisation obtenait une note de 35,9/100 et l'indicateur portant sur la préparation de la sortie de 29,3/100 » (39).

Or, selon le CSP (Art. R1112-60), « le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade ».

3.3 Les attentes des médecins généralistes

Différentes études ont montré que les MG trouvaient indispensables d'établir une feuille de liaison médicale pour une bonne prise en charge des complications.

Les MG ne sont pas satisfaits des délais dans lesquels ils sont informés trouvant un net bénéfice par une communication en temps réel (mail, fax, téléphone).

L'information remise en postopératoire est considérée comme insuffisante, notamment en ce qui concerne le compte-rendu anesthésique (technique, molécules utilisées).

Les médecins généralistes sont même demandeur de formations pour assurer une bonne prise en charge des complications en CA. (42)(43)(44)(45)

4 Les solutions actuelles

4.1 Les moyens mis en place par les hôpitaux

Les campagnes d'information au public :

Il est réalisé, progressivement, une campagne d'information auprès des patients pour expliquer les raisons de la chirurgie ambulatoire (médias, réunions publiques, affiches...) afin de sensibiliser la notion d'acte chirurgical et suivi ambulatoire. Les établissements de santé publiques et privés ont développé leur site internet de façon interactive pour les particuliers comme pour les professionnels de santé, détaillant l'organisation d'une prise en charge ambulatoire, passant en revue les consignes périopératoires et les actes pratiqués. (46)

La notion de médecin référent hospitalier :

Les médecins traitants recherchent également à avoir un interlocuteur de chirurgie ambulatoire dans chaque établissement. Il apparaît évident qu'ils doivent être informés du type et du taux des actes pratiqués, le plus souvent en chirurgie ambulatoire, par établissement. L'évolution de ce taux, au niveau du département, est un reflet de l'activité et de la réussite des actes, incitant chez les praticiens de ville un renouvellement des connaissances sur les moyens à disposition.

En France, la création d'une unité de chirurgie ambulatoire nécessite un médecin coordonateur. (22) Celui-ci doit être identifié dans chaque unité de chirurgie ambulatoire, et sa fonction est définie réglementairement dans l'article D. 6124-308 du Code de la santé publique. Son rôle est d'organiser le fonctionnement de l'UCA, en veillant à l'adéquation et à la permanence des

prestations fournies aux patients ainsi que la bonne transmission des dossiers médicaux et de soins nécessaires à la continuité des soins.

4.2 Les nouveaux moyens de communication

4.2.1 Les messageries cryptées : MSSANTE et APICRYPT

La messagerie MSSanté est opérationnelle depuis juin 2014. (Inscription DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014)

La gouvernance est assurée par l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI), l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP santé), sous l'autorité de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Mais Apicrypt est historiquement la première messagerie sécurisée. Elle existe depuis plus de 20 ans. Elle a été créée à l'initiative de médecins libéraux.

Elle est toujours leader à l'ère de la généralisation de ce type de messagerie sous l'autorité des pouvoirs publics.

Alors que toujours en 2005, quelques éditeurs sont compatibles MSSanté, ils sont 300 à avoir intégré Apicrypt.

Selon les derniers chiffres affichés par l'Apicem (l'éditeur d'Apicrypt), la messagerie a maintenant passé la barre des 70.000 utilisateurs et a permis l'échange de 76 millions de messages en un an.

Fin Mai 2017, Apicrypt compte près de 70 000 utilisateurs dont 41 150 libéraux et affirme équiper 50% des médecins informatisés de France. Le nombre d'utilisateurs hospitaliers a cru de 22% en un an pour atteindre 19 000. Apicrypt est implantée dans 25 CHR-CHU sur 32 et 2000 EHPAD et équipe 95% des laboratoires de biologie. 75 millions de messages ont été échangés en un an.

L'Apicem estime toutefois avoir été victime de discrimination ; le système Apicrypt semble souffrir d'un défaut de considération et reconnaissance de la part des pouvoirs publics qui de fait semblent vouloir le marginaliser par rapport au système MSSanté.

Le 28 Juin 2017, l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (Asip santé), annonce que le comité d'agrément des Hébergeurs de Données de Santé (HDS) a rendu un avis favorable afin que l'éditeur Apicem obtienne l'agrément HDS pour sa messagerie Apicrypt V2.

Maintenant, Apicrypt V2, pour intégrer l'espace de confiance MSSanté, doit être rendue interopérable avec l'ensemble des autres opérateurs de messagerie présents dans MSSanté. (47)

L'utilisation d'une messagerie sécurisée est obligatoire et incitée par le forfait structure de la ROSP. (annexe 5)

4.2.2 Le dossier médical partagé (DMP)

Le dossier médical partagé (DMP) a été créé par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004. Une première version du DMP, sous le nom de « dossier médical personnel » a été lancée en 2011 par l'ASIP (agence française de la santé numérique), en charge du développement de la e-santé, mais n'a jamais réussi à décoller en raison des obstacles organisationnels, techniques et juridiques.

C'est la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 qui a refondu le dispositif et l'a transformé en dossier médical partagé qui a relancé le dispositif malgré les difficultés de mise en œuvre rencontrées les douze années précédentes.

La ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn et l'Assurance maladie ont officialisé, le 6 novembre 2018, la généralisation du dossier médical partagé (DMP) à l'ensemble des Français, après une expérimentation menée ces 18 derniers mois dans 9 départements. L'expérimentation dans ces neuf territoires pilotes a déjà permis l'ouverture de 500 000 DMP en un an.

L'assurance maladie espère que 40 millions de DMP seront ouverts d'ici 5 ans. (48)

Il s'agit d'un carnet de santé numérique, permettant de conserver en ligne ses informations médicales et de les partager avec les professionnels de santé de son choix.

Il est accessible à tous les professionnels de santé depuis le logiciel métier DMP compatible (ou par internet) ; sur internet pour le patient. (49)

Le DMP est structuré selon 8 espaces :

- Synthèse

- Traitement
- Analyse
- Certificat
- Compte-rendu
- Imagerie
- Prévention
- Espace perso

Le patient ouvre via sa carte vitale son DMP auprès d'un professionnel de santé ou en caisse primaire d'assurance maladie.

Il peut également l'ouvrir sur le site DMP.fr avec son numéro de sécurité sociale.

Sa gestion est confiée à la CNAMTS.

Avantages :

- Il permet un accès immédiat aux informations médicales du patient.
- Il facilite le suivi, notamment lorsqu'il s'agit d'une pathologie chronique
- Il évite la redondance d'examens médicaux
- Il renforce la collaboration ville-hôpital

Les droits des professionnels de santé :

Un professionnel de santé peut :

- Créer le DMP, avec le consentement du patient
- Consulter les documents contenus dans le DMP
- Déposer des documents et informations utiles
- Supprimer un document dont il est l'auteur
- Masquer un document, à la demande du patient, dont il est l'auteur
- Rendre non lisible un document au patient dans l'attente d'une consultation d'annonce

Les droits qui précèdent sont élargis au médecin traitant, il peut en plus :

- Masquer un ou plusieurs documents, à la demande du patient, même ceux dont il n'est pas l'auteur

- Bloquer l'accès du DMP à un professionnel de santé
- Consulter l'historique de tous les accès au DMP du patient
- Accéder aux documents que le patient a choisi de masquer aux autres professionnels de santé

La carte vitale est essentielle

Le patient peut consulter et alimenter son DMP (dans espace personnel)

Il ne peut pas en modifier son contenu

Les incitatifs à l'utilisation du DMP :

La Convention 2016 – 2021 met en place un "forfait structure" en 2 volets qui vient remplacer les indicateurs de la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) 2011 portant sur l'organisation du cabinet. (annexe 5)

La quasi-totalité des logiciels actuels sont donc compatibles avec le DMP.

Il y a une incitation financière, via le forfait structure, à utiliser le DMP, au moins de façon symbolique, puisque normalement la consultation d'au moins UN dossier DMP via le logiciel métier avant le 31/12/2017 était théoriquement nécessaire.

Les inconvénients :

L'utilisation du DMP a un coût :

Pour utiliser le DMP dans son logiciel, il faut acheter l'extension ad hoc que les éditeurs, qui ont payé du temps de concepteurs pour les développer, vont forcément facturer, et parfois même selon les logiciels, payer tous les ans. L'utilisation du DMP va permettre le déblocage du premier palier du Forfait Structure, donc une rémunération. Mais il n'en reste pas moins qu'on demande d'abord un effort financier aux libéraux.

Le DMP est plantogène

L'accès au DMP est souvent ardu. Les diverses versions du galss.ini, du composant d'accès au lecteur CPS, à la CV ne sont pas toujours compatibles avec les mêmes composants nécessaires à la télétransmission ou à l'accès à EspacePro, ce qui peut obliger à des ajustements manuels, voire à faire appel à un installateur.

Le DMP n'offre pour l'instant aucune valeur ajoutée médicale

Le nombre de DMP actuellement ouvert est bas (500 000, il n'y a plus de publication des chiffres officiels depuis que l'ASIP n'est plus en charge du dossier), mais au moins la moitié ne contiennent rien d'autre que la fiche d'identité.

Par ailleurs, le DMP appartenant au patient, ce dernier peut choisir de supprimer ou de masquer certaines informations, ou de ne pas autoriser certains médecins, ou même le mode "bris de glace" qui permet normalement de consulter le DMP en cas d'urgence, ce qui enlève quand même une grande partie de son intérêt.

L'accès chez ceux pour qui ce serait le plus utile, en visite chez les patients âgés ou en EHPAD, est impossible. (il faut un ordinateur, un lecteur de CV et un accès internet) (50)

Le Dr Yannick Schmitt, président de REAGjir, a expérimenté le DMP avant sa généralisation officielle et déclare lors d'une interview dans le quotidien du médecin (51):

« Sur le principe, c'est une bonne idée. Mais il y a beaucoup de chemin à parcourir. [...] intégrer le moindre élément au DMP, j'y passe au moins cinq minutes ! »

« [...] il y a beaucoup de DMP qui sont ouverts mais trop peu sont alimentés.[...]. Les professionnels de santé ne l'utilisent pas. [...] Et c'est encore pire au niveau hospitalier ! Alors pourquoi les médecins généralistes passeraient-ils du temps à remplir un dossier qui est presque vide ? »

« La première étape, c'est que les hospitaliers remplissent le DMP. S'ils montrent l'exemple, derrière, les généralistes suivront. Ce qui nous intéresse principalement, c'est précisément d'avoir accès aux examens réalisés à l'hôpital et aux comptes-rendus d'hospitalisation dès la sortie du patient et non pas trois semaines après. »

« Je pense que ça n'intéresse pas grand monde. Quand on envoie un patient chez le spécialiste, on l'accompagne déjà d'un courrier qui résume justement ses antécédents, son traitement, etc. »

« Il vaudrait mieux permettre de structurer le dossier. Le problème aujourd'hui, c'est que lorsqu'on intègre un nouvel élément, il se met « en vrac » à la suite des autres. Il faudrait pouvoir

hiérarchiser les informations. Dès que le DMP contient 20 ou 30 documents différents, on est obligé de les ouvrir un par un. Et il n'y a pas de moteur de recherche. »

« Quand on reçoit un patient qui a déjà son DMP, il faut le paramétrer pour vous faire reconnaître comme médecin traitant. Ça fait une manipulation supplémentaire avant même de pouvoir accéder aux informations qui y sont compilées. »

« Il faudrait mettre autour d'une table tous les professionnels concernés, ce que l'assurance-maladie n'a jamais fait. J'y inclus les éditeurs de logiciels et les informaticiens de la CNAM. Car l'outil tel qu'il est aujourd'hui n'est tout simplement pas utilisable. »

Les avantages du DMP sont manifestes mais une optimisation du système semble nécessaire. Les principaux freins à l'utilisation étant : le temps et les problèmes techniques.

5- Les outils de E-santé spécialisés dans la chirurgie ambulatoire: principes, avantages, limites

Principes et avantages :

Les logiciels développés par des entreprises privées, tels que SOVINTY®, MAELA®, AMBULIS®, GET READY®, ou encore par des CHU, comme SATELIA® (CHU de Bordeaux) ou encore EVEN® (CHU de Montpellier) proposent des alternatives pour « dématérialiser » le suivi péri-ambulatoire des patients.

L'application SOVINTY®, par exemple, permet aux patients de remplir une partie de leur dossier médical de chez eux, via leur ordinateur, tablette ou Smartphone. Ils vont alors pouvoir préciser leur température, leur état de santé, ou des besoins particuliers. Le questionnaire vérifie également la bonne prise des médicaments et si le patient a bien compris les règles, modalités de la chirurgie. Si un seul élément pose problème, l'équipe de soin est alertée et peut rappeler le patient.

L'équipe de soin est elle aussi bien informée. Tous les éléments indispensables à l'intervention ont été saisis et vérifiés. C'est autant de temps et de sécurité de gagnés pour l'équipe médicale. A l'issue de l'intervention, le praticien préconise les indicateurs à suivre.

De retour au domicile, le patient est sollicité et va pouvoir répondre à un questionnaire personnalisé pour améliorer le suivi en indiquant le niveau de douleur, d'éventuels saignements

ou s'il a de la fièvre.

Le système transfère automatiquement les informations à l'établissement de santé. Un message d'alerte est immédiatement envoyé si l'évolution présente un élément suspect. Le patient est alors rappelé et le suivi postopératoire adapté.

Les informations et décisions concernant le patient sont tracées, enregistrées dans un dossier médical informatisé de manière sécurisée.

Le gain de temps n'est pas négligeable. Les appels systématiques par les infirmières, avec remplissage d'une check-list manuelle, la veille et le lendemain de l'intervention n'ont plus lieu d'être hormis pour des alertes de haut niveau.

Dans la perspective d'une augmentation du nombre d'actes en ambulatoire, ce gain de temps semble précieux.

L'application va aussi plus loin, en accompagnant les patients à domicile avec des vidéos leur montrant les bons gestes à adopter (Éducation thérapeutique, préparation à la chirurgie, exercices de rééducation...)

Ils sont également des outils permettant un suivi prolongé, non exclusivement accès sur le périopératoire.

Les codes d'accès sont remis au patient lors de la CPA. Le patient reçoit un lien par SMS pour accéder directement au site. Les échanges entre patient et hôpital sont également complètement sécurisés.

LE PATIENT REÇOIT UN SMS
AVEC SON CODE D'ACCÈS



IL SE CONNECTE
À L'APPLICATION



LA VEILLE DE SON
INTERVENTION IL REÇOIT UN
MESSAGE POUR VÉRIFIER
QU'IL EST BIEN PRÉPARÉ



IL EFFECTUE
SON SUIVI
PRÉ-OPÉRATOIRE



JOUR D'INTERVENTION DANS
L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



LE LENDEMAIN DE SON
INTERVENTION IL DÉBUTE
SON SUIVI POST-OPÉRATOIRE



IL RENTRE
CHEZ LUI EN
ÉTANT SUIVI



IL EST ACCOMPAGNÉ TOUT AU LONG
DE SA RÉCUPÉRATION À DOMICILE

Résumé du suivi patient à l'aide du logiciel SOVINTY®

Limites :

Différentes interviews menées auprès de Nicolas Pagès, médecin anesthésiste-réanimateur, cofondateur du logiciel SATELIA®, portant sur la genèse et le fonctionnement du logiciel, montre un intérêt certain et grandissant pour ce type d'outil. Cependant, aucune fois n'est mentionné, malgré les nombreux articles et vidéos promotionnelles disponibles, l'intervenant « médecin traitant ».

Il est pourtant l'interlocuteur privilégié, premier rempart de la prise en charge du patient.

Ces limites peuvent s'expliquer, notamment par le fait que chaque établissement de santé doté d'un système de suivi dématérialisé, utilise un logiciel de leur choix. Il semble impossible que le médecin traitant soit intégré dans la boucle, à moins qu'il ne dispose de tous les logiciels existants sur le marché.

Aucun médecin exerçant en libéral n'a été sollicité au cours de l'élaboration de ces outils de E-santé.

L'inéluctabilité de la dématérialisation, l'intérêt porté par les professionnels de santé, ainsi que par les patients eux-mêmes, aux outils de e-santé ; le développement exponentiel de la télémédecine dans un contexte d'évolution de la prise en charge ambulatoire, sont autant d'arguments obligeant le médecin traitant à être intégré dans l'élaboration des systèmes de e-santé.

Dans le cadre la chirurgie ambulatoire, des solutions devront être trouvées afin que le suivi du patient sortant de chirurgie ambulatoire ne soit pas une exclusivité hospitalière.

Même si ces solutions sont un gain de temps actuellement, et vu la perspective ambulatoire dans les années à venir, dynamisée elle-même par le gain de temps généré par ces logiciels de suivi, il semble compliqué pour un seul service de chirurgie ambulatoire, même doté de ces nouveaux outils, d'assurer l'exclusivité du suivi de tous leurs patients.

Voilà pourquoi le médecin traitant doit être intégré à cette dématérialisation ; leur avis doit ainsi leur être demandé sur leurs attentes concernant ces outils de e-santé.

NB : dans cette étude, nous ne remettons pas en cause l'interaction hôpital-patient via ces outils de e-santé et nous n'émettons aucun avis sur leur fonctionnement, leurs bénéfices, que ce soit du côté patient ou de l'hôpital. Nous proposons d'en tirer parti en y intégrant l'acteur MG, afin de faciliter le dialogue ville-hôpital.

Même s'il aurait été intéressant de parler de l'interaction « MG-patient » via les outils de e-santé en parallèle de l'hôpital, nous avons fait le choix de nous limiter à l'échange « MG-hôpital ».

II) L'ETUDE

1. **Matériel et méthodologie**

1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et déclarative, réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé à un échantillon de la population des médecins généralistes de la Somme. (département 80)

La question principale de l'enquête a pour but de mettre en évidence les principales attentes des médecins généralistes concernant un outil informatique susceptible d'améliorer le lien « ville-hôpital » dans un contexte de suivi de patient en chirurgie ambulatoire.

Pour articuler ce travail, nous sommes partis du constat d'une carence dans le dialogue « ville-hôpital » avec des informations mettant souvent trop longtemps à parvenir, voire inexistantes, et des outils informatiques insuffisamment développés, n'incluant pas l'acteur « médecin traitant ». (3)(4)(5)(6)(7)(45)

1.2 Population visée

La population visée de l'enquête comprenait comme critères d'inclusion :

- être médecin généraliste ayant validé sa thèse.
- installé en cabinet libéral.

- informatisé.
- dans le département de la Somme.
- apparaissant sur le site internet des pages jaunes.
- ayant accepté, après un entretien téléphonique, de participer à l'enquête et de communiquer une adresse mail valide.

Ont été exclus de l'enquête :

- les MG qui n'ont pas été joignables après un appel téléphonique.
- Les MG ayant refusé de participer à l'étude.
- Les MG n'ayant pas voulu communiquer leur adresse mail.

1.3 Le Questionnaire (annexe 1)

1.3.1 La forme :

Le support utilisé était un questionnaire anonyme, créé sur l'utilitaire GOOGLE doc® disponible gratuitement sur le site de recherche www.google.fr.

Chaque participant validait le questionnaire fourni par un lien internet adressé par mail :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScHDufWSeW-8dYDJA_4FXa7FAcOq3DKg7IPMQ3w76A8lAyc9A/viewform?usp=sf_link

1.3.2 Le fond :

Le questionnaire était composé de 41 questions, toutes fermées.

La réponse à chacune d'entre-elles était obligatoire. La poursuite du questionnaire était impossible en cas de question manquante.

Le questionnaire comportait une introduction rappelant ainsi l'objectif de l'étude.

Cette introduction comportait un lien dirigeant vers une vidéo récapitulative disponible sur le site : www.maela.fr, ayant pour but d'informer les médecins généralistes interrogés sur le fond et la forme des logiciels disponibles, afin de mieux les comprendre et de cerner au mieux l'objectif de l'étude, visant à améliorer ces outils informatiques.

Il n'y a aucun conflit d'intérêt. J'ai choisi la vidéo la plus explicite parmi les logiciels disponibles.

Venaient ensuite les questions, séparées en plusieurs parties :

- Une première partie portant sur des généralités :

Tout d'abord, le profil du médecin interrogé : âge, sexe, lieu et mode d'exercice.

Nous abordions ensuite le sujet de la chirurgie ambulatoire, avec des questions visant à préciser la pratique actuelle des MG face à la CA. (implication, délai de réception des courriers, difficultés du dialogue « ville-hôpital »...)

- Une seconde partie, elle-même divisée en sous-parties, énumérait les attentes et les freins potentiels d'un outil informatique, visant à faciliter le dialogue « ville-hôpital » toujours dans ce contexte de prise en charge en ambulatoire :

- Les attentes vis-à-vis de cet outil
- L'accessibilité
- Le partage de données
- L'impact dans sa pratique professionnelle
- Les freins à l'utilisation

Les réponses étaient essentiellement formées par une échelle de 1 à 4. (1 : pas d'accord, 2 : plutôt en désaccord, 3 : plutôt en accord, 4 : tout à fait d'accord)

1.3.3 Diffusion du questionnaire :

Le site www.pagesjaunes.fr retrouve 709 résultats de médecins généralistes ; ces résultats comportaient de nombreuses redondances.

Chaque numéro appelé, de manière aléatoire, était noté, afin d'éviter plusieurs appels au même endroit.

Un premier contact téléphonique était effectué. Un message oral standard a été élaboré pour présenter notre travail aux praticiens lors de ce contact téléphonique.

Les appels téléphoniques se sont déroulés entre le 8 octobre et le 11 décembre 2018, sur les jours ou semaines de congés, à raison de 15 à 20 appels par jour.

Dans la plupart des cas une secrétaire répondait.

Lors de l'entretien téléphonique :

- Nous présentions notre travail.
- Nous demandions l'accord du praticien pour sa participation.
- S'il était d'accord, nous demandions son adresse mail.

Par mail, nous adressions le lien vers notre questionnaire informatique.

1.4 Analyse statistique

Les résultats ont été recueillis sous la forme d'un tableur (excel). Les réponses obtenues, via le questionnaire établi sous Google Doc®, ont été transférées automatiquement sur le tableur Excel qui a effectué les analyses statistiques de cette enquête.

2. Résultats

Participation

219 numéros de téléphone, pris de manière aléatoire, ont été joints, permettant, du fait de cabinets de groupes et de maisons médicales, d'approcher 258 médecins généralistes.

Nous avons cessé les appels dès l'obtention de 80 adresses mails. (82 obtenues avec les rappels de cabinets à posteriori)

Sur ces 82 adresses mails obtenues, 64 ont répondu au questionnaire.

Les principales causes de refus étaient :

- Le manque de temps
- Un nombre déjà trop grand de thèses à traiter
- L'inintérêt pour le sujet
- Les consignes données aux secrétaires de ne pas accepter les demandes de thèse

Description de la population étudiée

N correspond au nombre de réponses sur 64 médecins généralistes interrogés*

1. Le sexe

Dans la population de MG étudiée, il y avait 30 femmes (46,9%) et 34 hommes (53,1%)

Tableau I : Description du sexe de la population

	N* (%)
Sexe :	
Homme	34 (53,1%)
Femme	30 (46,9%)

2. L'âge

La plus grande part des médecins généralistes interrogés, 53,1%, avaient moins de 45 ans, et 28,1% avaient moins de 35 ans.

Tableau II : Description de l'âge de la population

	N*
Âge :	
<35 ans	18 (28,1%)
35 – 45 ans	16 (25,0%)
45 – 55 ans	16 (25,0%)
>55 ans	14 (21,9%)

3. Le mode d'exercice

La majorité des médecins (48,4%) travaillait en cabinet de groupe. Les médecins exerçant en maison de santé pluridisciplinaires étaient minoritaires (21,9%)

Tableau III : Description du mode d'exercice

	N*
Mode d'exercice :	
Cabinet individuel	19 (29,7%)
Cabinet de groupe	31 (48,4%)
Maison de santé pluridisciplinaire	14 (21,9%)

4. La zone d'exercice

Le milieu semi-rural était la zone d'exercice prédominante (45,3%), suivi du milieu rural (34,4%) puis du milieu urbain, représentant la part la plus faible des médecins interrogés (20,3%).

Tableau IV : Description de la zone d'exercice

	N*
Zone d'exercice :	
Rural	22 (34,4%)
Semi-rural	29 (45,3%)
Urbain	13 (20,3%)

L'exercice de la chirurgie ambulatoire

1. Le taux d'ambulatoire

La majorité des MG (32,8%) estimait le taux de prise en charge de leurs patients en CA entre 50% et 70%.

Tableau V : Estimation du taux de chirurgie ambulatoire dans les chirurgies programmées

	N*
Taux d'ambulatoire	
10% - 20%	7 (10,9%)
20% - 30%	7 (10,9%)
30% - 40%	7 (10,9%)
40% - 50%	12 (18,8%)
50% - 70%	21 (32,8%)
70% - 90%	0 (0%)
Ne savent pas	10 (15,6%)

2. Sollicitation des MG avant une chirurgie ambulatoire

Une nette majorité (56,3%) des médecins se sent peu sollicitée avant une chirurgie ambulatoire. Cependant, un faible pourcentage se sent totalement « mis de côté » (7,8%). 20,3% des médecins interrogés, du fait de courriers exhaustifs ne se posaient pas la question de l'implication.

Tableau VI : Description de la sollicitation des MG avant une chirurgie ambulatoire

	N*
Sollicitation	
Oui	10 (15,6%)
Peu	36 (56,3%)
Pas du tout	5 (7,8%)
Je note tout dans mon courrier initial	13 (20,3%)

3. Information de l'équipe hospitalière

Peu de médecins informaient l'équipe hospitalière, en cas de survenue d'un événement avant l'intervention. (maladie intercurrente, changement de traitement...)

64,1% des médecins demandaient aux patients de le faire, et seulement 12,5% des médecins informaient l'équipe hospitalière.

Tableau VII : information de l'équipe hospitalière

	N*
Informez-vous l'équipe?	
Oui	8 (12,5%)
Non	15 (23,4%)
Je demande au patient de le faire	41 (64,1%)

4. Intégration des MG dans la prise en charge postopératoire

Seulement 31,3% des médecins interrogés se sentaient intégrés à la prise charge de leur patient, après qu'il ait subi une intervention chirurgicale en ambulatoire, contre 59,4% se sentant insuffisamment intégrés et 9,4%, pas du tout intégrés.

Tableau VIII : Description de l'item : intégration des MG dans la prise en charge postopératoire en CA

	N*
Avez-vous votre place ?	
Totalement	20 (31,3%)
Insuffisamment	38 (59,4%)
Pas du tout	6 (9,4%)

5. Le retour à domicile du patient

Seuls 9,4% des médecins interrogés étaient informés du retour à domicile de leur patient après un acte de chirurgie ambulatoire.

Tableau IX : Description du nombre de MG informés de la sortie de leur patient

	N*
Information de la sortie du patient	
Oui	6 (9,4%)
Non	58 (90,6%)

6. Délais de réception du courrier de sortie de CA

Pour 87,5% des médecins généralistes, le délai de réception du courrier de sortie était de 1 semaine ou plus. Seuls 11% des médecins interrogés estimaient le délai de réception inférieur ou égal à 3 jours.

Tableau X : Description de la durée de réception des courriers de sortie de chirurgie ambulatoire

	N*
Délai de réception	
24h	2 (3,1%)
48h	1 (1,6%)
3 jours	4 (6,3%)
Une semaine	40(62,5%)
Deux semaines	15 (23,4%)
Un mois	0 (0%)
>1 mois	1 (1,6%)
Pas de courrier	1 (1,6%)

7. Information des MG sur le suivi post-opératoire

82,8% des MG se sentaient peu informés en ce qui concernait le suivi post-opératoire. Seulement 9,4% se sentent suffisamment informés.

Tableau XI : Description de l'information sur le suivi postopératoire

	N*
Vous sentez-vous suffisamment informés ?	
Oui	6 (9,4%)
Peu	53 (82,8%)
Pas du tout	5 (7,8%)

8. Contact avec le spécialiste

Pour 76,6% des médecins généralistes interrogés, il semblait difficile de joindre le spécialiste.

Tableau XII : Facilité à joindre le spécialiste

	N*
Vous semble-t-il aisé de joindre le spécialiste ?	
Tout le temps joignable	13 (20,3%)
Difficilement joignable	49 (76,6%)
Injoignable	2 (3,1%)

9. Consultations des patients auprès de leur MG après un acte en CA

Les patients de la population étudiée avaient plutôt tendance à revoir leur médecin généraliste après une chirurgie ambulatoire. Seulement 1 (1,6%) des médecins interrogés disait ne jamais revoir ses patients après une CA.

Tableau XIII : Fréquence de consultations des patients auprès de leur MG après une CA

	N*
Les patients viennent vous consulter après la CA ?	
Systématiquement	14 (21,9%)
Jamais	1 (1,6%)
Occasionnellement	49 (76,6%)

10. L'information des patients à leur sortie d'hospitalisation

Pour la totalité des médecins interrogés, il semblait clair que les patients n'étaient pas laissés pour compte dès leur sortie.

Cependant 64,1 % des médecins estimaient que l'information n'était pas suffisante.

Elle l'était pour 35,9% des médecins.

Tableau XIV : Informations délivrées aux patients

	N*
Les patients vous semblent :	
Bien informés	23 (35,9%)
Insuffisamment informés	41 (64,1%)
Laissés pour compte	0 (0%)

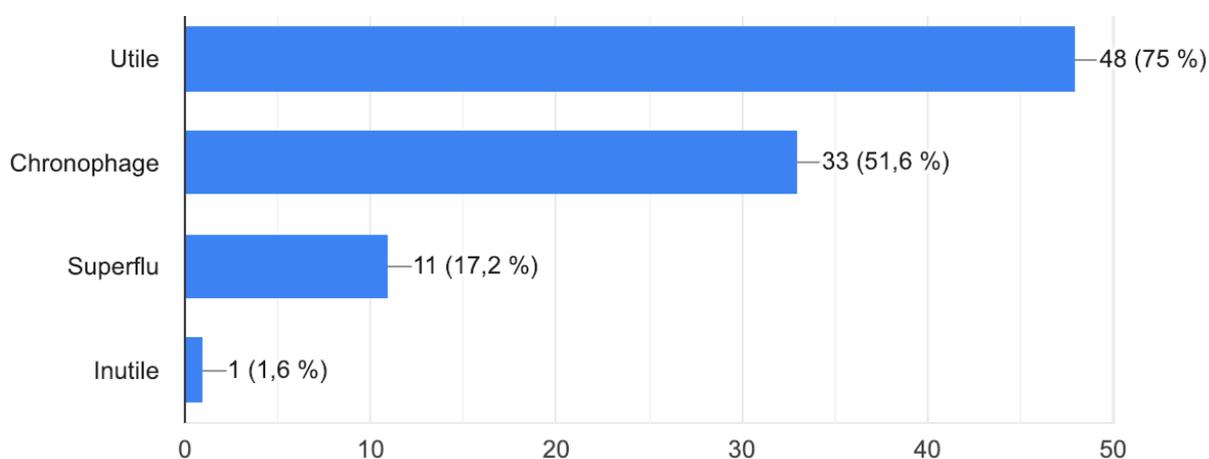
Les attentes des médecins généralistes d'un outil informatique (logiciel) visant à faciliter les échanges avec l'hôpital

1. L'intérêt porté à un tel outil

Le graphique suivant montre que 75% des médecins interrogés trouveraient utile l'utilisation d'un tel outil.

La moitié d'entre-eux (51,6%) estimerait son utilisation chronophage.

Graphique I : Intérêt porté par les médecins questionnés pour un logiciel visant à faciliter les échanges « ville-hôpital »

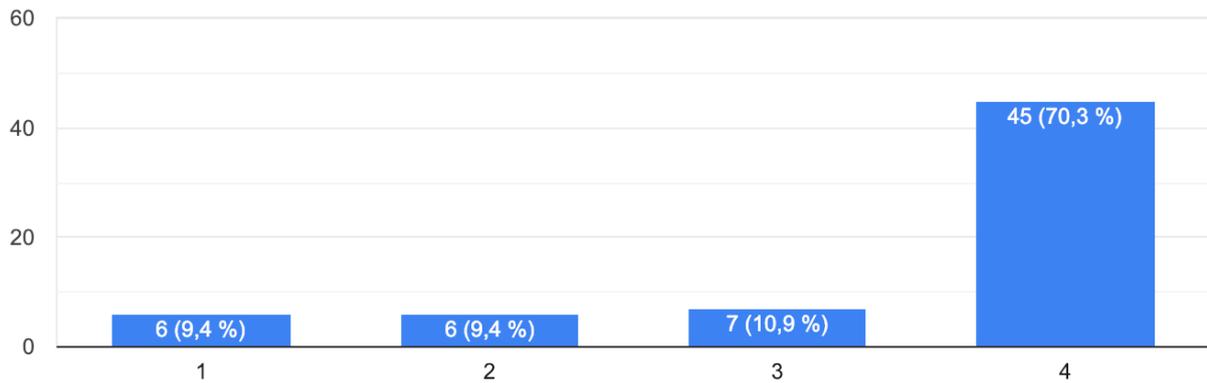


2. Les attentes vis-à-vis du logiciel

Les graphiques suivant suivent une échelle de 1 à 4, 1 correspondant à « Pas d'accord » et 4 correspondant à « Tout à fait d'accord » répondant à la question : « L'utilisation d'un logiciel serait utile pour : ... »

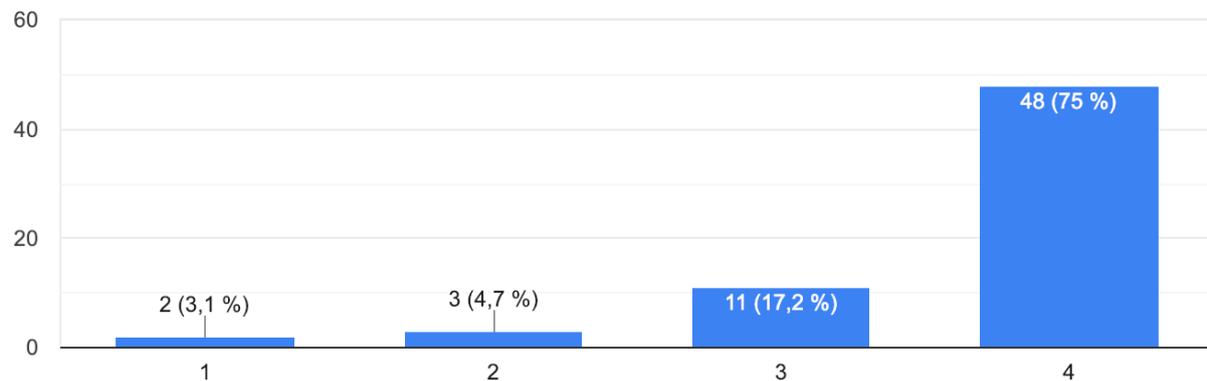
L'accès rapide à un avis spécialisé était plébiscité par une forte majorité des médecins (70,3% tout à fait d'accord).

Graphique II : L'accès à un avis spécialisé

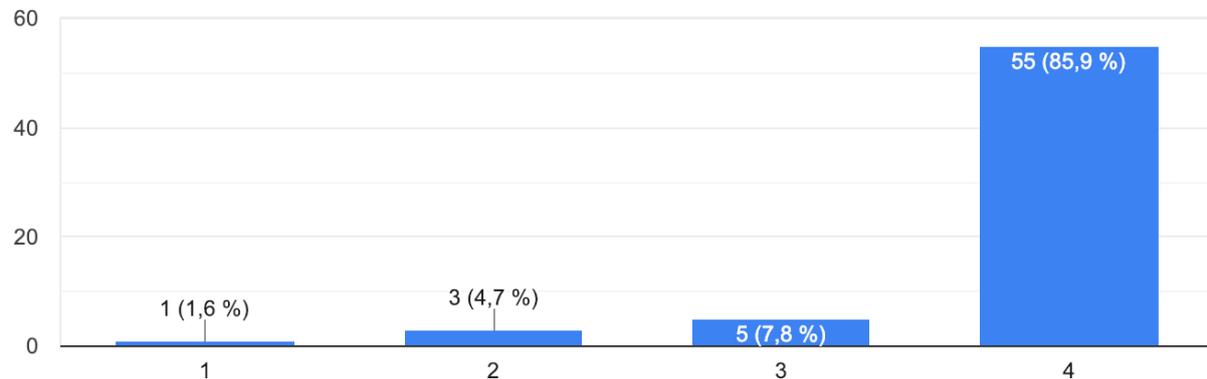


L'accès rapide aux courriers de consultation et de sortie d'hospitalisation, ainsi qu'aux ordonnances de sortie était également une demande forte, avec respectivement 75%, 85,9% et 67,2% des médecins « tout à fait d'accord »

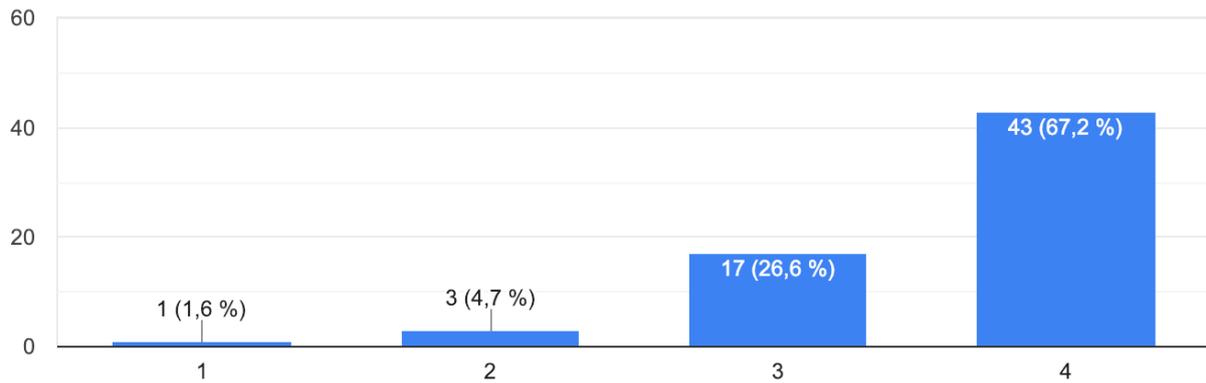
Graphique III : L'accès rapide à un courrier de consultation



Graphique IV : L'accès rapide à un courrier de sortie d'hospitalisation

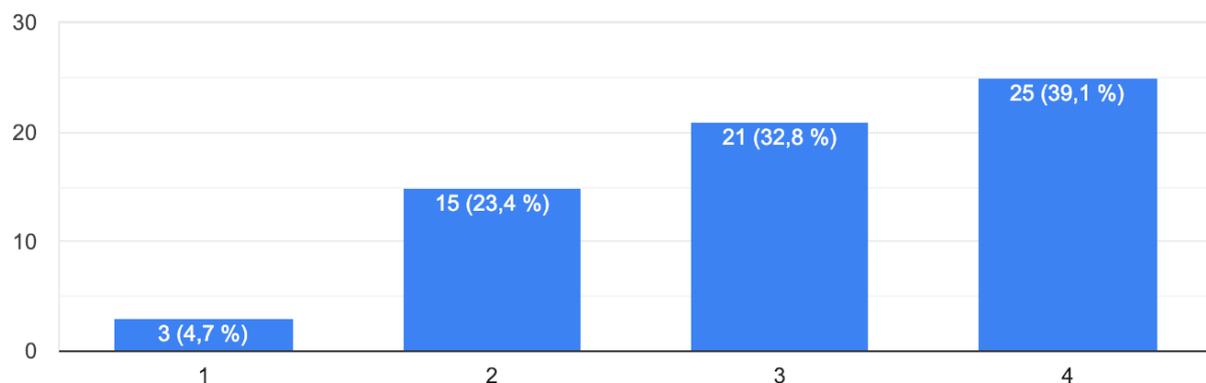


Graphique V : L'accès aux ordonnances de sortie



Les avis étaient plus partagés en ce qui concerne l'accès aux conduites à tenir avant l'intervention. Cependant, une majorité des médecins (39,1%), était « tout à fait d'accord » pour avoir accès à ces conduites à tenir.

Graphique VI : L'accès aux conduites à tenir avant l'intervention

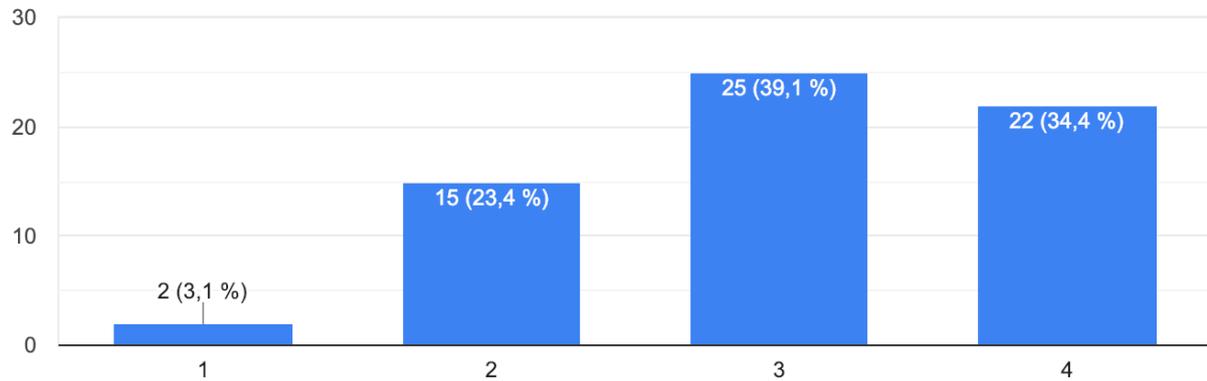


L'accès aux techniques de réhabilitation, l'accès à l'agenda de suivi du patient, les conduites à tenir en cas de complications, la transmission d'images et les échanges de données du patients (biologies, imagerie du centre hospitalier...) étaient encore autant de choses dont l'accès semblait intéresser les médecins interrogés.

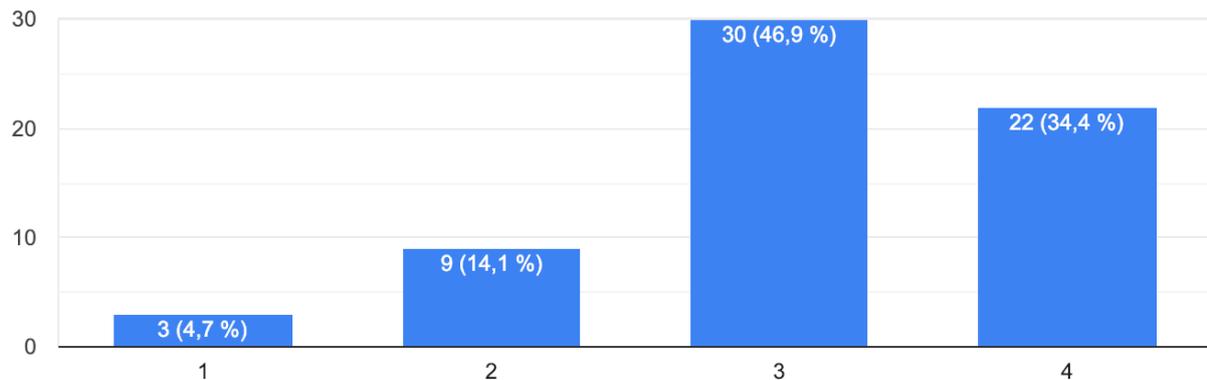
Le graphique suivant nous montre que l'accès aux conduites de rééducation était plébiscité par les médecins interrogés. 39,1% étaient plutôt d'accord et 34,4% tout à fait d'accord.

Seuls 3,1% ne trouvaient pas d'intérêt à l'accès à ces conduites à tenir.

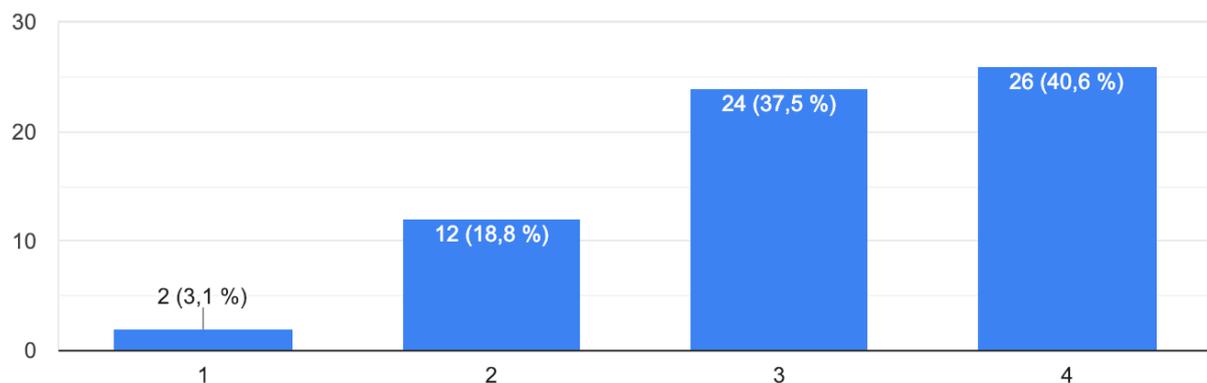
Graphique VII : L'accès aux techniques de rééducation / réhabilitation après un acte invasif



Graphique VIII : L'accès à l'agenda de suivi du patient

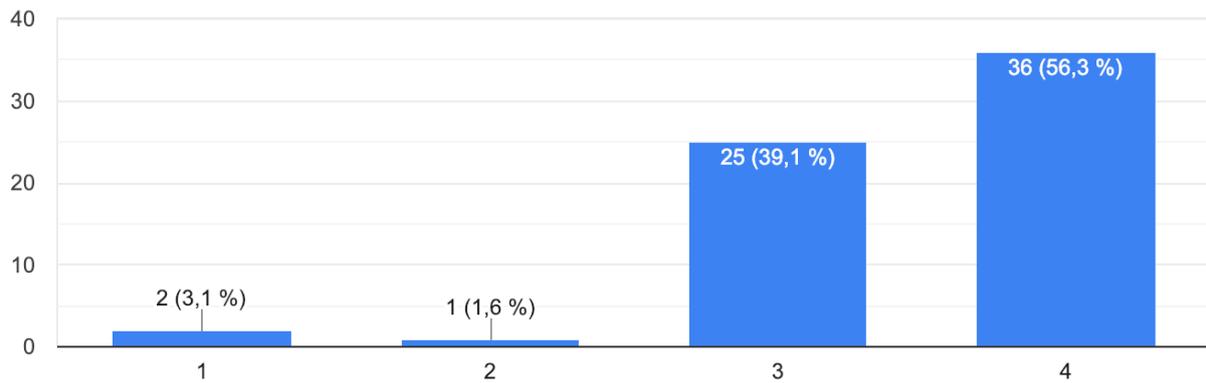


Graphique IX : L'accès aux conduites à tenir en cas de complication (saignements, fièvre, douleurs...)



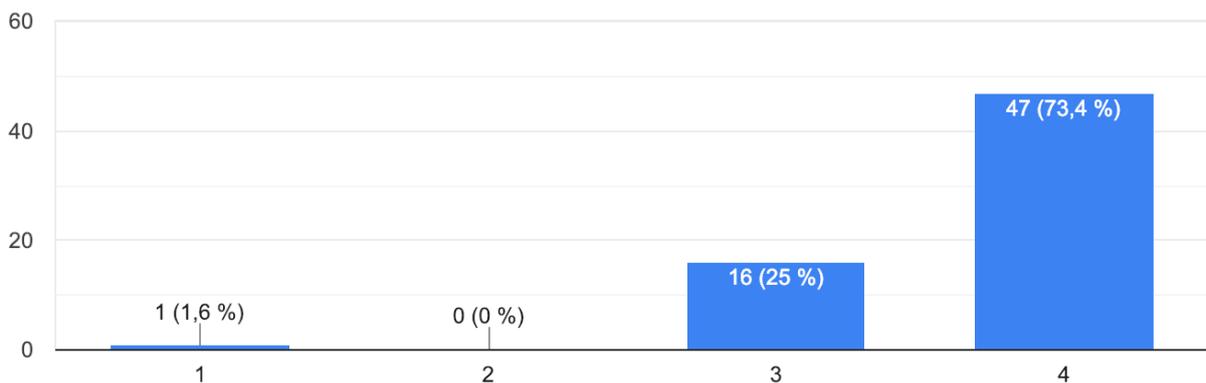
Le partage de photos est, comme le montre ce graphique, une demande très importante des médecins interrogés avec 56,3% des médecins totalement d'accord avec l'échange de photographies. Seuls 3 (4,7%) ne trouvaient peu ou pas d'intérêt.

Graphique X : La transmission d'images (photo de plaies)



Ce graphisme très éloquent montre que les MG interrogés sont en faveur d'un partage informatisé des données du patient avec 73,4% de tout à fait d'accord.

Graphique XI : Le partage de données du patient



3. Les professionnels pouvant y avoir accès

Les médecins étaient d'accord par rapport à l'accès du logiciel par les IDE (64,1% tout à fait d'accord) et par les médecins eux-mêmes (95,3% tout à fait d'accord)

Les MG étaient plutôt défavorables à l'utilisation d'un tel logiciel par les pharmaciens avec une majorité (42,2%) de « plutôt pas d'accord » complétée par 18 (28,1%) pas du tout d'accord.

Pour ce qui est des kinésithérapeutes, on notait une majorité (32,8%) de « plutôt pas d'accord. »

Cela étant, le cumul des médecins « plutôt d'accord » avec les médecins « tout à fait d'accord » représentait un total de 56,3% en faveur donc de l'utilisation du logiciel par les kinésithérapeutes.

Tableau XV : Utilisation du logiciel par les IDE

	N*
Utilisation par les IDE	
Pas d'accord	0 (0%)
Plutôt pas d'accord	5 (7,8%)
Plutôt d'accord	18 (28,1%)
Tout à fait d'accord	41 (64,1%)

Tableau XVI : Utilisation du logiciel par les Kinésithérapeutes

	N*
Utilisation par les Kinésithérapeutes	
Pas d'accord	7 (10,9%)
Plutôt pas d'accord	21 (32,8%)
Plutôt d'accord	19 (29,7%)
Tout à fait d'accord	17 (26,6%)

Tableau XVII : Utilisation du logiciel par les pharmaciens

	N*
Utilisation par les pharmaciens	
Pas d'accord	18 (28,1%)
Plutôt pas d'accord	27 (42,2%)
Plutôt d'accord	7 (10,9%)
Tout à fait d'accord	12 (18,8 %)

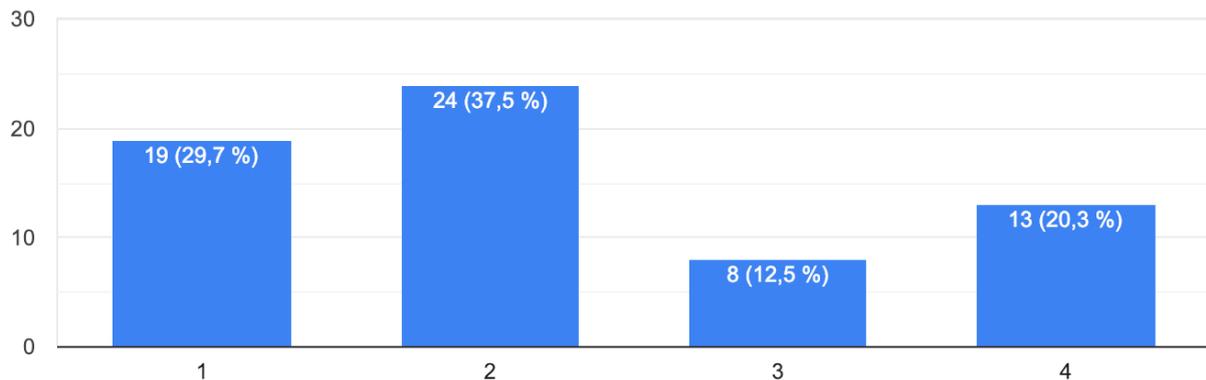
Tableau XVIII : Utilisation du logiciel par les MG

	N*
Utilisation par les MG	
Pas d'accord	0 (0%)
Plutôt pas d'accord	0 (0%)
Plutôt d'accord	3 (4,7%)
Tout à fait d'accord	61 (95,3%)

4. Support d'accès

La population étudiée était plutôt en faveur d'un accès via n'importe quel support numérique (tablette, smartphone, ordinateur). L'accès unique par ordinateur semblait insuffisant.

Graphique XII : Accès par ordinateur de bureau seul paraît-il suffisant ?



5. Données accessibles

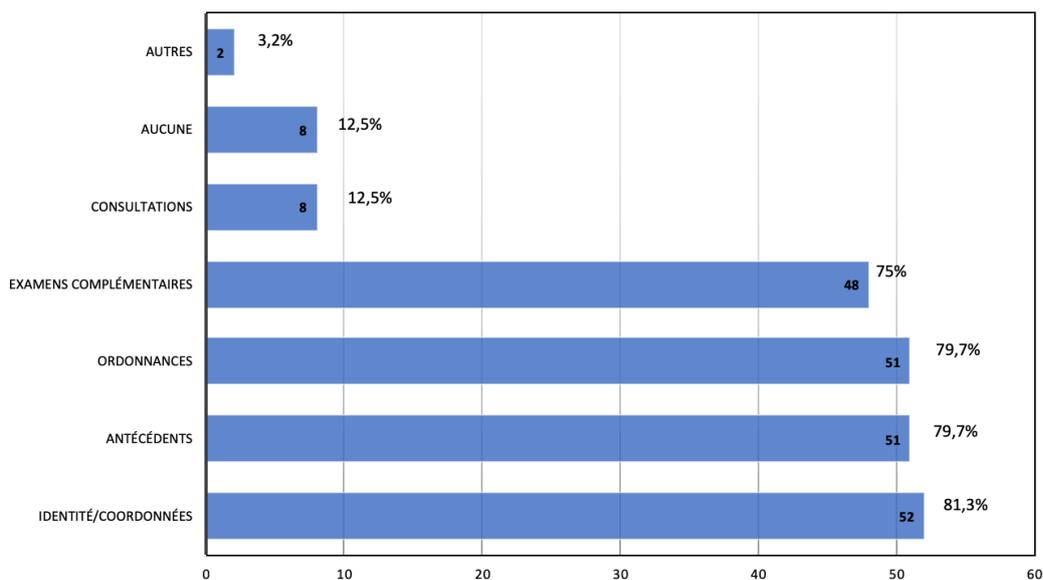
Dans l'éventualité d'un partage automatique des données informatiques, les médecins généralistes interrogés seraient d'accord pour partager les données relatives :

- Aux examens complémentaires (81,3%)
- Aux ordonnances (79,7%)
- Aux antécédents (79,7%)
- A l'identité / coordonnées (75%)

Mais très peu des médecins interrogés ne souhaitent que l'on ait accès aux données des consultations (12,5%).

12,5% ne souhaiteraient partager aucune de leurs données

Graphique XIII : Accessibilité des données



Deux réponses « autres » ont été données :

- « Allergies, vaccinations »
- « cela n'existe-t-il pas déjà via le DMP ? »

Nous les commenterons plus tard.

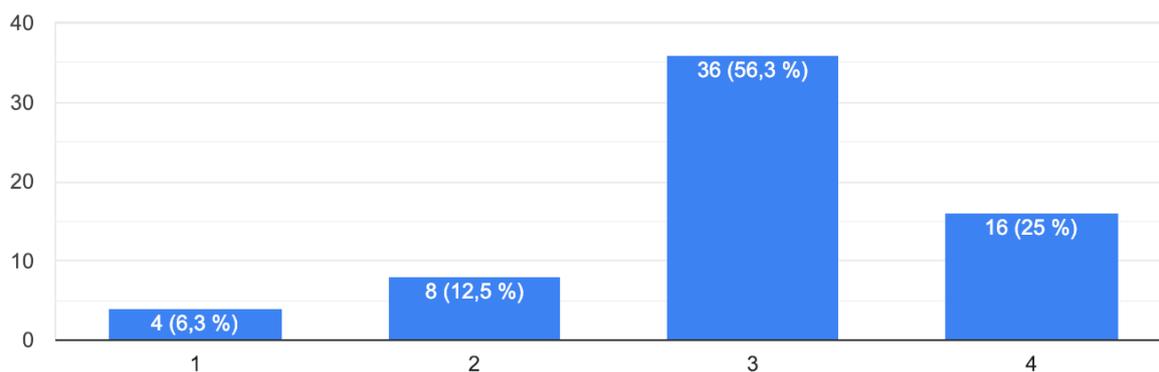
6. Impact d'un tel outil dans la pratique des MG interrogés

56,3% des médecins interrogés seraient plutôt d'accord avec le fait qu'un logiciel visant à faciliter le lien « ville-hôpital » faciliterait leur pratique.

25% étaient, eux « tout à fait d'accord ».

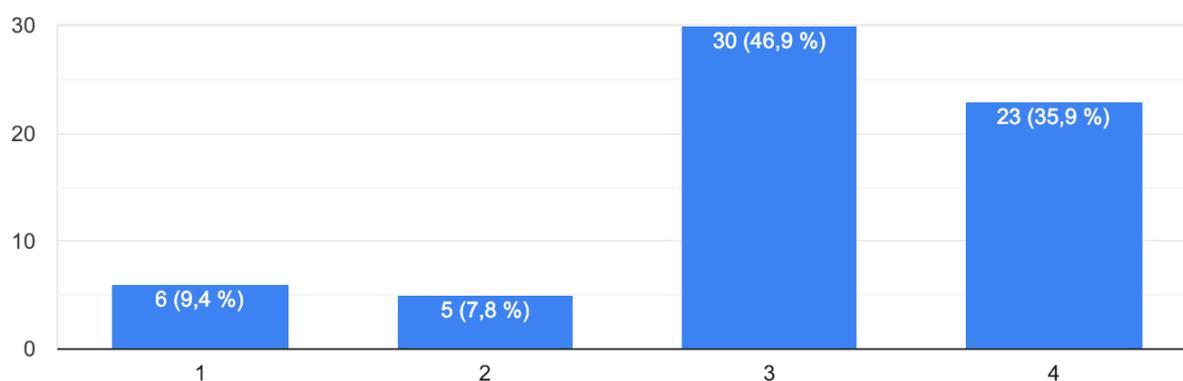
81,3 % des médecins étaient donc plutôt en faveur d'une facilitation de leur pratique grâce à un tel logiciel.

Graphique XIV : Facilitation de la pratique



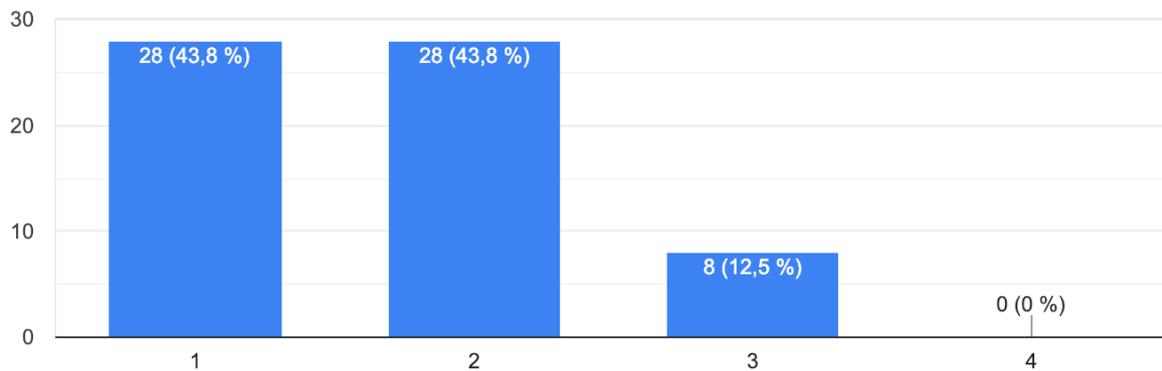
Les médecins interrogés ne seraient pas au clair avec leur responsabilité professionnelle en ce qui concerne l'utilisation du logiciel. (46,9% plutôt d'accord et 35,9% tout à fait d'accord)

Graphique XV : responsabilité professionnelle



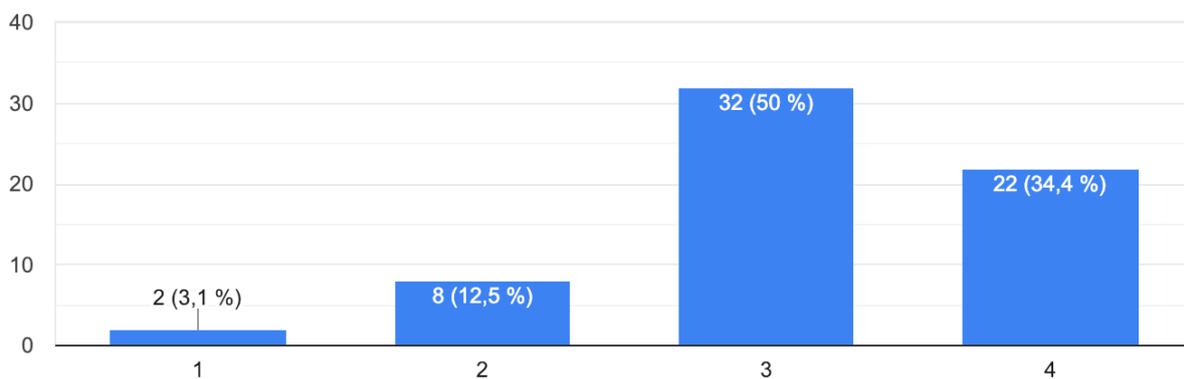
Il est par contre clair que les médecins interrogés ne craignent pas de ne plus voir leur patient s'ils étaient amenés à utiliser cet outil.

Graphique XVI : Perte de contact avec le patient



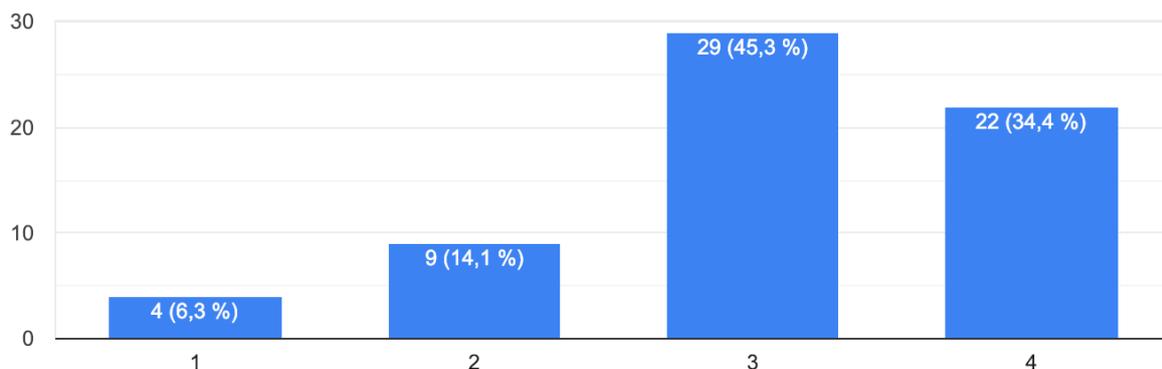
La prise de décision pourrait être facilitée par l'utilisation de ce logiciel, avec 50% des personnes interrogées « plutôt d'accord » et 34,4% « tout à fait d'accord ».

Graphique XVII : Aide à la prise de décision



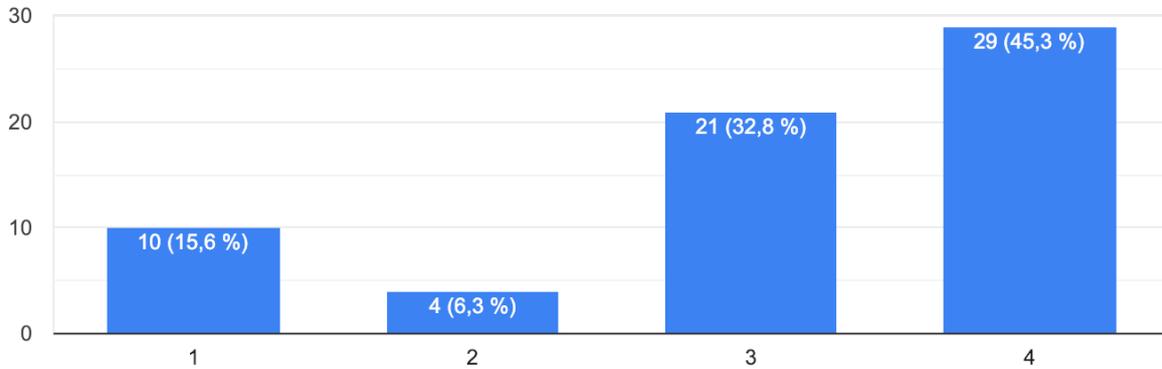
Une majorité des personnes interrogées (79,7%) serait plutôt d'accord d'utiliser un tel logiciel si l'occasion se présentait.

Graphique XVIII : Utilisation du logiciel



Une rémunération supplémentaire motiverait l'utilisation de cet outil numérique.

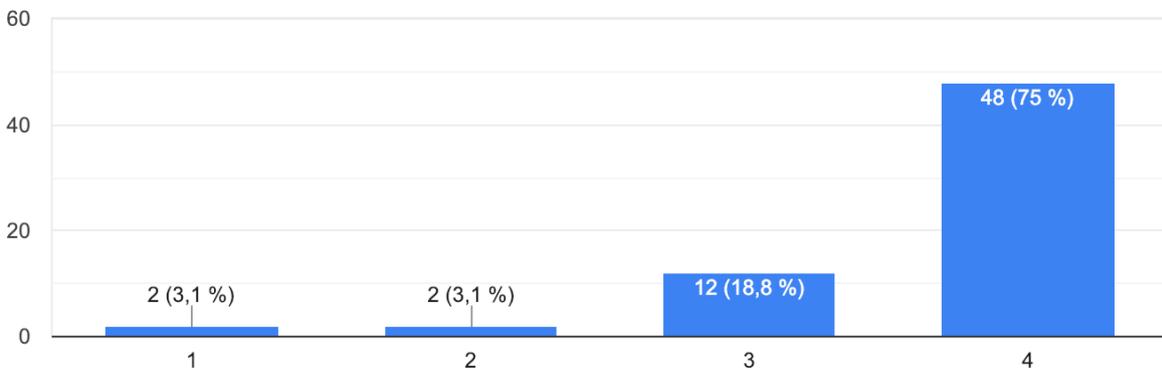
Graphique XIX : Rémunération



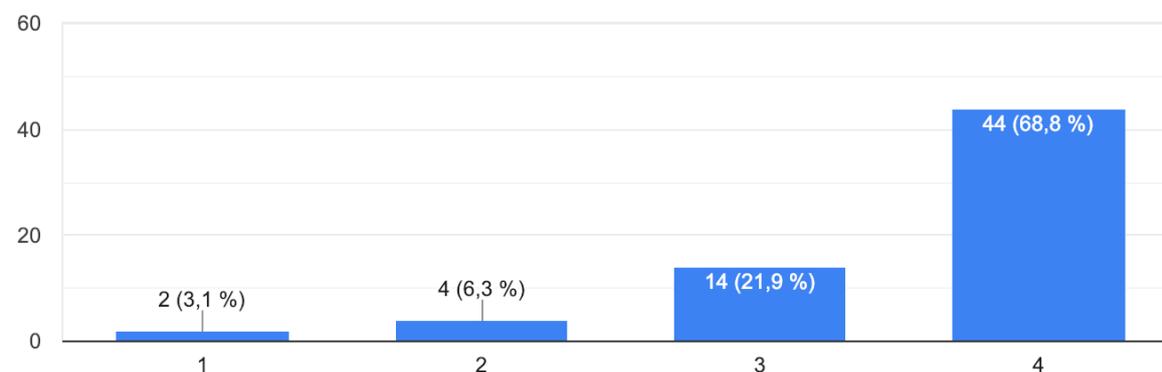
7. Les freins à l'utilisation

Le temps requis, les difficultés d'utilisation du logiciel ou les problèmes techniques liés à l'utilisation de celui-ci apparaissent clairement comme des points pouvant nuire à l'utilisation du logiciel.

Graphique XX : Le temps

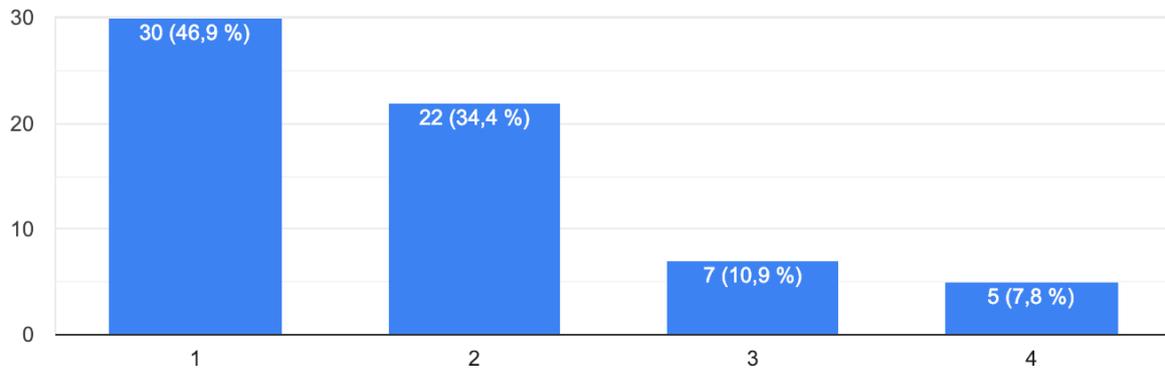


Graphique XXI : Les difficultés d'utilisation / Les problèmes techniques



Le fait de payer pour l'utilisation d'un logiciel apparaissait également comme un frein. Même s'il facilitait la pratique des médecins interrogés, la majorité ne paierait pas pour y avoir accès.

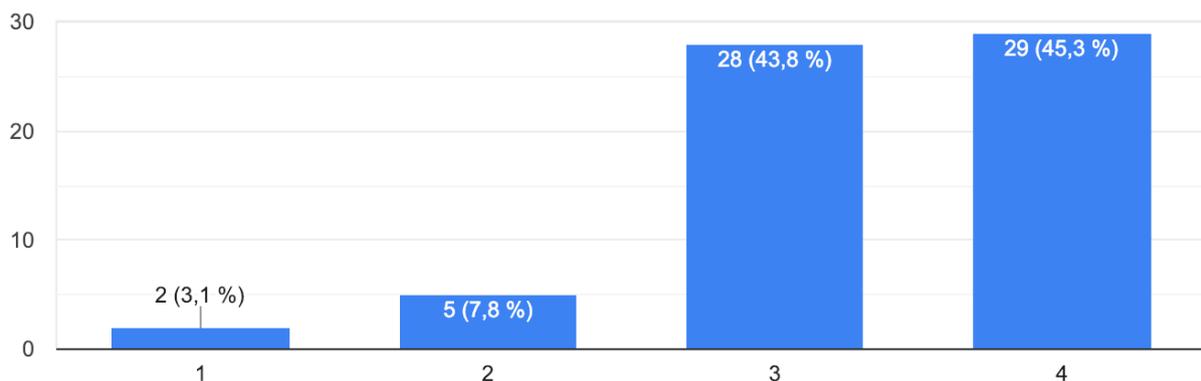
Graphique XXII : Paierez-vous pour ce logiciel ?



Dans l'éventualité d'une dématérialisation totale des échanges « ville-hôpital », une question annexe a été posée, demandant aux personnes interrogées si un délai de 24h pour l'obtention d'un avis spécialisé leur paraissait « correct ».

La majorité des médecins interrogés était « plutôt d'accord » voire « tout à fait d'accord » avec ce délai.

Graphique XXIII : Un avis spécialisé dans les 24h semble-t-il correct ?



3. Discussion :

1.1 Méthodologie

1.1.1 Population cible

La population cible de notre étude était les médecins généralistes exerçant en activité libérale dans le département de la Somme (80).

Sur 258 médecins ayant pu être approchés, 82 ont accepté de communiquer leur adresse mail. 64 réponses ont été obtenues, ce qui correspond à un taux de participation de 78%.

On comprendra facilement que ce taux élevé de participation tient du fait que les médecins ont d'abord été sollicités avant l'envoi du questionnaire.

Nous pourrions procéder autrement pour ce calcul du taux de participation, en prenant en compte l'ensemble des médecins de la Somme.

En 2018, l'ordre national des médecins répertorie 553 médecins généralistes exerçant en libéral. (52)

Par conséquent, nous avons obtenu un taux de participation de 11,6% de l'ensemble des médecins généralistes libéraux de la Somme.

1.1.2 Les critères d'inclusion

La population cible avait été recherchée grâce au site internet les pages jaunes.fr. Il y avait 709 réponses avec la recherche : « médecin généraliste » et « Somme ». Il y avait de nombreuses redondances. En effet certains praticiens étaient répertoriés par leurs noms et par la structure d'associés.

Nous avons fait le choix de cette méthode car aucune donnée n'a pu nous être communiquée par l'URPS des médecins généralistes des hauts de France, ni par le conseil départemental de l'ordre des médecins de la Somme. Il aurait été tout de même préférable de réaliser notre étude à partir des données d'un de ces deux organismes, car on ne peut pas dire que la base de données que nous avons dû utiliser était exacte. Certains médecins généralistes ne sont certainement pas inscrits dans les pages jaunes, d'autres y étaient probablement à tort (retraités, changement d'activité...). Ce biais n'a pas pu être évité. De plus, le caractère « aléatoire » de l'échantillonnage n'est pas non plus optimal.

Initialement, nous voulions réaliser ce travail sur l'ensemble de la région Picardie. Cela aurait permis d'avoir une représentativité plus importante. Notre méthode d'étude était incompatible avec une population si importante.

1.1.3 Le questionnaire

Le questionnaire était composé de 41 questions et avait été divisé en neuf parties.

Le nombre de questions pouvait paraître important mais l'enchaînement était rapide. Les différents tests du questionnaire ont confirmé la rapidité des réponses avec un temps de réponse total estimé à cinq minutes.

La première partie s'intéressait au profil des médecins interrogés. Ces paramètres permettaient de savoir si la population étudiée était représentative par rapport aux données officielles.

La partie suivante s'attardait sur la pratique actuelle du médecin généraliste face à la chirurgie ambulatoire.

Les différents items de cette partie avaient été choisis grâce à plusieurs références bibliographiques et travaux pour permettre de comparer les résultats et de mettre en évidence que les carences présentes dans le discours ville-hôpital dans la Somme, étaient les mêmes carences retrouvées dans d'autres régions.

La partie concernant les attentes des médecins généralistes, concernant les outils de e-santé susceptible d'améliorer le lien « ville-hôpital », a été travaillée en recoupant les données de plusieurs questionnaires portant sur l'utilisation des outils de e-Santé, notamment sur une série de questionnaires portant sur le développement et les attentes de la télémédecine (53)(54)(55)(56)(57) . Ce recoupage a permis de mettre en évidence une redondance des questions les plus pertinentes. Ces questions ont été retravaillées afin qu'elles s'intègrent au mieux dans notre recherche.

La notion de temps, d'utilité, de rapidité de partage des données, d'accès à un avis spécialisé, d'accès aux conduites à tenir, sont autant d'items indispensables pour la réalisation d'un cahier des charges.

Le questionnaire a été testé auprès de 6 médecins généralistes libéraux de la Somme, afin d'évaluer la cohérence, la clarté des questions, le temps requis, et également d'attester de sa pertinence.

Certaines questions manquant de clarté ont été revues dans leur formulation.

Aucune autre modification n'a été apportée.

L'échelle utilisée, séparée en 4 paliers numérotés de 1 à 4 (1 : pas du tout d'accord, 2 : plutôt en désaccord, 3 : plutôt d'accord, 4 : tout à fait d'accord), semblait être une bonne méthode. Elle permettait une lecture simple et des réponses rapides. Nous avons fait le choix d'une échelle à nombre pair de paliers, car le choix d'un nombre impair aurait pu engendrer des réponses massives sur la proposition du milieu. Nous avons donc shunté ce problème.

Le temps estimé pour la réponse à ce questionnaire était de 5 minutes.

Nous avons insisté sur ce point dans l'introduction du questionnaire et lors de la présentation de notre travail, au cours des appels téléphoniques, car un questionnaire comportant 41 questions aurait pu être un frein à la participation. Une étude ne prenant pas plus de 5 minutes incite à la participation.

1.1.4 La diffusion du questionnaire

Un questionnaire de forme électronique a été créé grâce à Google drive. Nous avons fait le choix d'utiliser ce questionnaire car il était facile d'accès, simple d'utilisation et gratuit.

Chaque numéro, pris au hasard, était composé afin de se mettre en relation avec le professionnel de santé. En effet, il nous avait semblé indispensable d'établir un premier contact par téléphone avec le praticien, nous assurant ainsi d'un meilleur taux de participation.

Une des principales difficultés rencontrées était le filtre des secrétaires.

La majorité des médecins appelés disposait d'une secrétaire. Il nous était difficile, même après que nous nous soyons présentés, d'obtenir directement un médecin au téléphone ou une adresse mail.

Après avoir présenté notre travail, les secrétaires proposaient que le médecin nous rappelle ou alors elles nous communiqueraient directement, sur rappel téléphonique, leur adresse mail, après acceptation.

Nous n'avions pas assez anticipé ce filtre. L'idéal était d'obtenir directement le médecin au téléphone, qui acceptait de ce fait de nous communiquer, ou non, son adresse mail, ainsi, pas de rappel et pas d'attente.

Les médecins absents, car en congés, étaient rappelés une seconde fois aux heures d'ouverture du cabinet.

1.1.5 Les avantages liés à la méthode

- Coût très faible de l'étude : utilisation du logiciel Google drive et envoi des questionnaires par voie électronique gratuits.
- Facilité de recueil des réponses et gain de temps : l'ensemble des réponses était directement obtenu sous forme de tableau grâce au logiciel google doc.
- Facilité et rapidité d'envoi pour les professionnels.
- Analyse statistique simplifiée par la présence de questions à réponse obligatoire.
- Meilleur taux de participation grâce au premier contact téléphonique.

1.1.6 Les inconvénients liés à la méthode

- Biais de recrutement :

- La recherche de la population sur le site des pages jaunes ne répertorie pas tous les médecins généralistes libéraux de la Somme.
- Le filtre du secrétariat, avec des demandes parfois non transmises.
- Les appels pouvaient être effectués le jour de fermeture du cabinet ou aux heures de visite des professionnels.

- Biais de réponse :

Les réponses étaient déclaratives, aucune réponse n'a pu être vérifiée.

- Biais d'évaluation :

L'évaluation des proportions. Nous n'avons pas demandé un comptage précis. Par exemple, en ce qui concerne l'évaluation du taux de patients pris en charge en ambulatoire.

- Biais de volontariat :

La participation à une étude est une démarche volontaire et la proportion de non-réponses dépend de l'intérêt et de la sensibilité que le praticien apporte à cette étude. Ce biais a toutefois été limité par le démarchage téléphonique.

- Autres inconvénients :

L'appel des différents cabinets, (avec l'attente quasi systématique avant d'obtenir une personne au bout du fil, l'attente des rappels) est très chronophage.

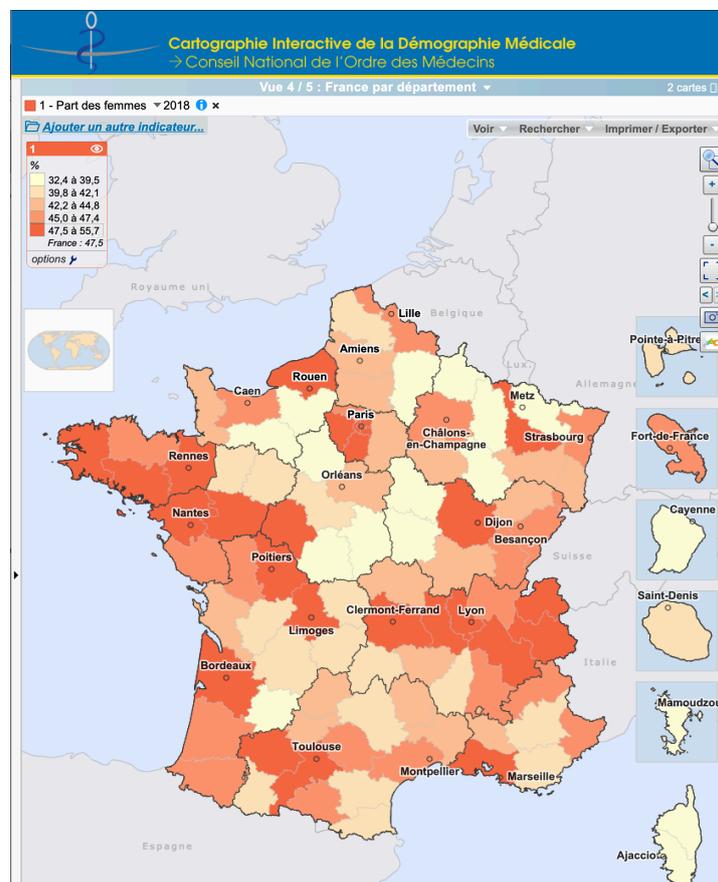
2.2 Résultats

2.2.1 La population étudiée

Notre échantillon était composé de 30 femmes (46,9%), et de 34 hommes (53,1%).

La cartographie du conseil national de l'ordre des médecins nous décrit un taux de 44,8% de femmes en 2018, ce qui semble proche de notre population d'étude.

Il est à noter que ce chiffre correspond à l'ensemble des médecins inscrits sur le tableau du conseil de l'ordre et pas seulement les MG libéraux. (58)



Des données démographiques un peu moins récentes (31 décembre 2017), délivrées par l'ARS via son site cartosante.atlasante.fr, nous donnent des données un peu plus précises sur une population de 561 médecins généralistes libéraux. (nous avons vu que ce chiffre était en baisse avec 553 MG libéraux en 2018)

Au 31/12/2017, les femmes représentaient 36,2% des MG libéraux en activité, ce qui n'est pas très représentatif de notre population d'étude.

Cela dit, on note une part des femmes généralistes dans la Somme qui se majore avec une augmentation de 10% de la part des femmes de 2010 (26,8%) à 2017 (36,2%). (59)

Nombre d'omnipraticiens par sexe et par tranche d'âge au 31/12

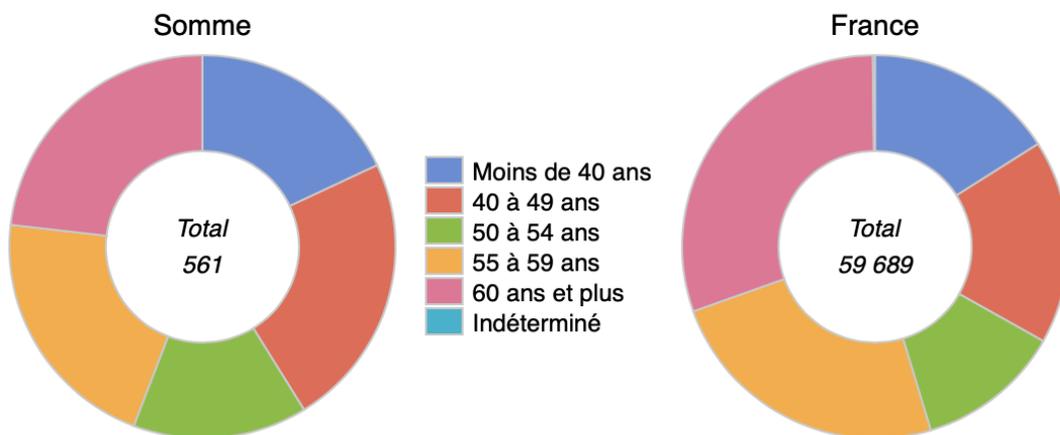
Catégories	Hommes	Femmes	Total
Total	358	203	561
Moins de 40 ans	41	60	101
40 à 49 ans	69	61	130
50 à 54 ans	53	29	82
55 à 59 ans	82	36	118
60 ans et plus	113	17	130

2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017

Source : FNPS - 2017

Toujours selon l'ARS, pour le département de la Somme en 2017, la répartition par tranche d'âge se présentait comme suit : (59)

Répartition des omnipraticiens par tranche d'âge au 31/12



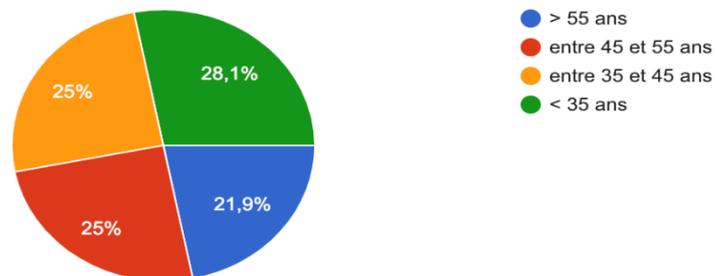
2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 >>

Source : FNPS - 2017

La répartition de notre étude se présente comme suit :

Quel âge avez-vous?

64 réponses



Bien que les tranches d'âges utilisées soient légèrement différentes, les graphiques restent superposables.

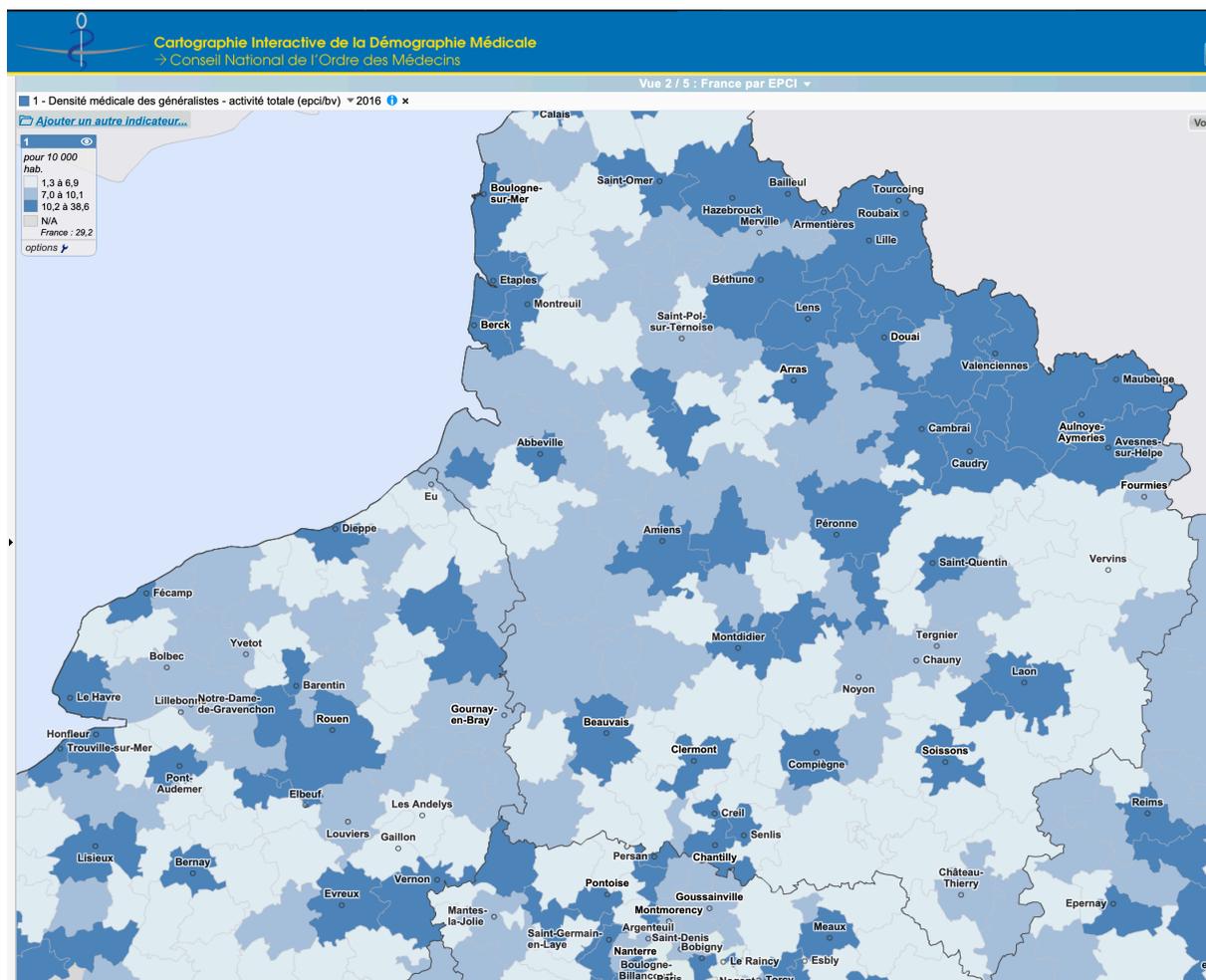
Notre population semble représentative pour la question de l'âge des MG interrogés.

Nous n'avons pas de données précises en ce qui concerne la répartition géographique des MG installés dans la Somme, ainsi que sur leur mode d'exercice (MSP, cabinet de groupe, seul).

Nous ne disposons que de relevés sur la densité médicale par canton. (58)

On remarque que la densité médicale est plus importante aux abords des grandes villes ; cependant, le territoire urbain représente une faible partie du territoire global.

Nous ne pouvons donc pas conclure sur la représentativité de notre échantillon sur la répartition géographique.



Densité médicale des médecins généralistes dans la Somme en 2016

2.2.2 La pratique de la chirurgie ambulatoire

Nous avons décidé de questionner les médecins généralistes sur leur pratique actuelle de la chirurgie ambulatoire.

Il y avait plusieurs but à cette démarche :

- Recontextualiser la chirurgie ambulatoire dans la pratique du MG.
- Confirmer les carences actuelles déjà mises en évidence dans plusieurs études.

Cette partie permettait aux MG interrogés, d'aborder au mieux la partie suivante du questionnaire, portant sur les attentes des outils de e-santé.

Les taux estimés de chirurgie ambulatoire par les médecins interrogés correspondent aux valeurs actuelles, avec dans la majorité des cas, plus d'un patient sur deux pris en charge en ambulatoire lors d'une chirurgie programmée. (15)

La population interrogée est consciente de la part importante des patients pris en charge en CA. Cet échantillon de MG est également conscient des carences liées au suivi de leurs patients en CA.

Les résultats statistiques mettaient en avant un manque de dialogue, dans les deux sens, entre hôpital et MG. La majorité des MG ne se sent pas sollicitée alors que ces mêmes MG avouent ne pas informer l'équipe hospitalière d'un événement survenant avant l'intervention, pouvant malheureusement mener à son annulation et retarder les prises en charges en aval.

Nous n'avons pas abordé ce point dans le questionnaire, mais une information des MG sur les contre-indications à une chirurgie ambulatoire devrait être mise en place.

Ce manque d'information passe par le manque de temps lors d'une consultation en médecine générale. (60) Le patient est sollicité pour passer l'information. Va-t-elle être bien transmise ? Correctement ?

Les MG ne se sentent pas inclus dans la prise en charge de leur patient. Pour rappels 59,4% des médecins interrogés se sentaient insuffisamment à leur place dans le suivi d'un patient ayant eu une chirurgie en ambulatoire.

Les résultats concernant l'information sur la sortie, les délais de réception des courriers, l'information sur le suivi post-opératoire mettent encore en avant des carences importantes sur l'information des MG.

Toujours selon le rapport Larcher (3): « charges successives (ville, court séjour, moyen séjour, médico-social, domicile) ou de prises en charges simultanées. La coordination ne relève pas seulement de la mission du médecin généraliste et des autres soignants en ville mais elle doit également concerner l'hôpital. »

Une thèse de 2006 ayant pour titre : « Le point de vue des médecins généralistes sur leur relation avec l'hôpital » (61) menée auprès de 400 MG d'Isère , mettait en évidence des déficiences sur la relation ville/hôpital, liées à une carence de communication et une mauvaise définition des rôles de chacun.

90,6% des MG ne sont pas tenus au courant de la sortie de leur patient. C'est un point pourtant demandé par les MG, le délai de réception des courriers est trop long, de nombreuses fois mis en évidence dans plusieurs travaux.

Les MG interrogés se sentent mal informés sur le suivi post-opératoire.

76,6% des MG ont du mal à joindre le spécialiste. On peut facilement comprendre que le MG appelant à un instant « t » ne puisse tout de suite avoir au téléphone le chirurgien, généralement au bloc.

Toutes ces données viennent confirmer que l'exercice actuel des médecins généralistes interrogés, dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, est compliqué par une carence dans le discours « ville – hôpital », dans les deux sens, par un manque de communication, de rapidité de partage de l'information et de la mauvaise définition du rôle de chacun.

Actuellement, cette situation est palliée par le fait que les patients consultent souvent leur médecin traitant après leur sortie, (Seul 1 des médecins interrogés disait ne jamais voir en consultation ses patients après qu'ils soient sortis d'hospitalisation.), et par le fait qu'ils ne soient pas laissés pour compte quant aux informations délivrées à leur sortie d'hôpital.

2.2.3 Attentes et besoins d'un outil de e-santé visant à faciliter les échanges entre le médecin généraliste et l'hôpital.

Il s'agit de la partie principale de l'étude.

Nous avons décidé de débiter cette dernière partie du questionnaire (la plus longue : 27 questions sur les 41 que comportent le questionnaire) par la question : « L'utilisation d'un logiciel de communication ville/hôpital dans votre pratique serait : »

- Utile
- Chronophage
- Superflu
- Inutile

A posteriori, il semble qu'il aurait été plus judicieux de poser cette question en fin de sujet.

En effet, les MG qui auraient coché la réponse « inutile », aurait été impacté dans leur réponse au reste des questions.

Cependant, ça n'a pas été le cas.

75% des interrogés trouverait cet outil « utile ». Il s'agit d'un résultat encourageant pour la suite du questionnaire, ayant par conséquent, un échantillon « impliqué », étudiant aux mieux les besoins et les freins des outils de e-santé.

Mais d'emblée, 51,4% des MG trouveraient l'utilisation de cet outil chronophage. Il va de soi que le temps engendré par l'utilisation d'un outil supplémentaire dans une consultation de médecine générale est une des principales préoccupations de tout médecin généraliste.

Seul 1 des MG trouvait l'utilisation d'un tel outil « inutile ».

L'attrait pour les outils de e-santé n'est plus à démontrer, dans une société où médecins et patients les plébiscitent fortement.

La rapidité d'échange des informations est un des points principaux relevés dans cette étude. A l'ère du numérique, tout se doit d'être rapide, y compris dans la santé.

2.2.4 L'accès rapide à un avis spécialisé

L'accès rapide à un avis spécialisé semble important. Le spécialiste n'est malheureusement pas toujours joignable, devant déjà gérer son planning.

Une question « annexe » en fin de questionnaire avait pour objet de savoir si un délai de 24h pour l'obtention d'un avis spécialisé était un délai « raisonnable ».

89,1% des MG étaient plutôt en accord avec ce délai.

Il semble alors aisé, via une application informatique, de passer un message, qui sera transmis à la structure hospitalière. Le chirurgien répondra alors dans la journée au moment approprié.

Cet item soulève tout de même de nombreuses questions.

En effet, qui est le chirurgien qui va recevoir l'information ? Est-ce l'opérateur du patient ou un confrère ?

Pour une application optimale d'un logiciel de facilitation des échanges entre MG et hôpital, il semble évident que les flux d'informations provenant des MG, soient centralisés à un endroit donné, avec une personne référente (secrétaire, IDE, chirurgien) responsable de traiter l'information reçue.

Le flux d'information est en effet trop important pour envisager son transfert à des ordinateurs « individuels » :

- Cela représenterait un nombre trop important d'adresses avec une information qui même si elle arrive à destination ne risque pas d'être lue rapidement du fait du risque que personne ne se trouve derrière l'ordinateur, même plusieurs jours de suite.
- Dans des structures imposantes, comme au CHU, on peut apprécier l'ampleur de la difficulté.

Qui va recevoir l'information ? Par qui va-t-elle être traitée ? (Par le chirurgien ayant opéré ou un autre) Qui va donc assurer le suivi à postériori ? (risque d'échappement de patientèle)

La dématérialisation est essentielle à la rapidité de l'information ; cette dernière est en plein essor dans le domaine de la santé, plébiscitée, encouragée. Elle soulève malheureusement beaucoup de problématiques devant être résolues afin que le rôle de chacun soit clair.

2.2.5 L'accès aux informations

Les médecins sont très demandeurs d'un accès rapide aux courriers. Que ce soient les courriers de consultation ou de sortie d'hospitalisation. Il s'agit là d'une demande bien connue. Il persiste encore beaucoup de retard à la réception des courriers.

Actuellement, lorsque les MG prennent en charge un patient, ils ont généralement, une ordonnance de soin, l'ordonnance de traitement et, ensuite, ils doivent « aller à la pêche » aux informations.

Il est évident que l'outil informatique est le moyen de choix pour un partage rapide de ces informations.

Il est déjà privilégié par certains spécialistes en ville qui envoient leur courrier de consultation le jour même via APICRYPT, permettant au médecin généraliste d'adapter son suivi, son planning de façon optimale.

Cependant, il est très peu utilisé par les structures hospitalières.

Les hôpitaux utilisent de plus la messagerie MSSANTE (Apicrypt chez les libéraux). Bien que les messageries soient interopérables, ils persistent quelques problèmes techniques.

On peut attendre d'un logiciel de E-santé pour la facilitation des échanges, un accès simple à la messagerie afin que le courrier, généralement dicté en fin de consultation par le spécialiste, soit mis en page et envoyé dans la foulée au MG.

Les médecins interrogés sont également très demandeurs d'accéder aux informations suivantes :

- Conduite à tenir avant l'invention
- Techniques de rééducation / réhabilitation
- Agenda de suivi
- Conduite à tenir en cas de complication

Une fiche de synthèse « type » pourrait ainsi être adressée par messagerie aux MG, récapitulant l'ensemble de ces informations avec un plan de suivi individuel.

L'étude a montré très clairement que le partage des données du patient était un point important à soulever. (examens biologiques, imageries....)

L'accès aux examens complémentaires réalisés à l'hôpital est compliqué, notamment en ce qui concerne les examens biologiques. Très peu de résultats d'analyses hospitalières parviennent aux médecins généralistes. Un échange, ainsi qu'un archivage informatisé des examens réalisés en ville et à l'hôpital simplifieraient le suivi et éviteraient de nombreuses redondances dans les examens réalisés.

Le partage de photographies intéresse aussi les MG de la Somme. Un avis sur une plaie à distance est largement envisageable de nos jours, prouvé par l'essor et le bon fonctionnement de la télédermatologie. (62) Tout le monde est maintenant doté, grâce à son smartphone (même les moins onéreux), d'un appareil photo de bonne qualité.

Un simple avis sur une plaie peut se faire via l'informatique. Il évite un déplacement souvent injustifié du patient.

De nos jours, les avis se font via Smartphone, sans sécurisation des données et sans trace pour rendre une éventuelle cotation possible (acte gratuit pour le spécialiste). L'intégration d'échanges d'images à un logiciel d'échange spécialisé, garantirait la sécurisation de ceux-ci, l'archivage des images qui peuvent être supprimées de l'appareil où elles n'ont pas lieu de rester ainsi qu'une rémunération justifiée pour le spécialiste.

2.2.6 L'accès au logiciel

La question de l'accès avait pour but de savoir si les médecins interrogés étaient plutôt en faveur d'un outil de e-santé « fixe » (ordinateur de bureau) ou « portable » (accès possible en dehors du cabinet via tablette ou smartphone)

Il s'est avéré que la majorité des médecins interrogés préférait l'application « mobile ».

Cela va de soi. Le suivi en post opératoire précoce est essentiellement assuré au domicile du patient. L'accès par un ordinateur fixe au logiciel peut alors sembler limité.

Cela impose la création d'une plateforme internet dédiée, indépendante du logiciel métier. Des identifiants seront nécessaires étant donnée l'impossibilité de se connecter via la Carte Professionnelle de Santé (CPS)

2.2.7 Professionnels pouvant accéder à cet outil

Concernant les IDE, les avis sont clairs. Les médecins interrogés, dans leur grande majorité, pensent que les IDE doivent avoir accès à ce logiciel.

Cette réponse n'est pas étonnante, tout le monde est au clair avec le rôle important, privilégié, des IDE avec le patient dans son suivi ambulatoire.

Les avis sont moins tranchés pour les kinésithérapeutes, avec tout de même une majorité des MG interrogés plutôt d'accord avec l'accès au logiciel par ces derniers.

Étonnamment, les MG ne sont pas en faveur de l'utilisation d'un tel outil par les pharmaciens (pour rappels 28,1% des interrogés pas du tout d'accord et 42,2% des interrogés plutôt pas d'accord, contre 18,8% tout à fait d'accord)

2.2.8 Le partage des données

Dans l'optique d'un partage automatique des données informatiques, basé sur une synchronisation automatique des données entre le logiciel de communication MG-hôpital et le logiciel métier du MG, les médecins interrogés laisseraient l'accès sans restriction aux examens complémentaires (85% des interrogés), aux ordonnances (79,7%), aux antécédents (79,7%), à l'identité et aux coordonnées (75%).

Par contre, l'accès aux données des consultations semble très confidentiel. Seuls 12,5% des MG interrogés laisseraient l'accès aux données des consultations.

2.2.9 Impact d'un outil dans la pratique

Les médecins interrogés sont d'accord avec le fait qu'un tel logiciel faciliterait leur pratique, et ils seraient également une majorité à vouloir l'utiliser. L'échange facilité de l'information et son accès rapide en ferait un outil facilitant la prise de décision.

Cela signe l'engouement des MG pour les outils de e-santé.

De plus, une nette majorité des MG ne redoutent pas ces outils informatiques.

87,6% des médecins interrogés redoutent peu ou pas la perte de contact avec le patient.

Les outils de e-santé sont une aide et ne se substituent pas au médecin traitant. Cette notion est claire pour les médecins interrogés.

Cela dit, il existe une réserve en ce qui concerne la responsabilité sur l'utilisation de tels outils.

56,3% sont plutôt d'accord sur le fait que leur responsabilité professionnelle ne serait pas claire.

(25% tout à fait d'accord)

Une rémunération supplémentaire, sous forme de ROSP, serait un facteur motivationnel à l'utilisation de cet outil.

2.2.10 Les freins à l'utilisation de ce logiciel

Le temps requis est un frein majeur à l'utilisation d'un outil informatique :

- Interfaces peu lisibles
- Multiplicité des actions
- Logiciels plantogènes
- Compatibilité avec le logiciel métier
- Multiplicité des outils pouvant poser le problème de l'interopérabilité

Si l'utilisation du logiciel prend plus de temps là où un appel téléphonique aurait suffi, il n'a alors pas lieu d'être.

De nombreux logiciels sont déjà sur le marché. Il faudrait qu'ils intègrent le MG pour être complet en prenant en compte les éléments mis en évidence dans l'étude.

Cependant, tous ces logiciels sont-ils compatibles entre eux ? Sont-ils compatibles avec le logiciel du MG ?

Tout cette technologie a un coût ; facile à prendre en charge et à amortir par les structures hospitalières, il n'est pas envisageable pour les MG.

Même si les MG sont prêts à utiliser un tel outil en y voyant un bénéfice dans leur pratique, ils ne sont pas prêts à le financer.

Le DMP pourrait être une solution ; bien financé, imposé par les instances de santé et accessible par tous (hôpital, patients, libéraux), il est l'outil à développer. Si on applique les attentes mises en avant dans ce travail par les MG de la Somme ; il devra être plus ergonomique, plus fiable, moins chronophage afin de motiver les MG à l'utiliser. La rémunération supplémentaire pour l'utilisation de ce DMP semble être une bonne incitation à son utilisation.

III) CONCLUSION :

La chirurgie ambulatoire, dynamisée par les dernières politiques de santé, a connu un essor important ces dernières années et également pour les années à venir. Le nombre croissant de patients ayant bénéficié d'une chirurgie en ambulatoire et qui, par définition, rentre le jour même chez eux, nécessite une optimisation du dialogue entre médecin généraliste et l'hôpital afin de simplifier, d'améliorer le suivi de patients qui vont être de plus en plus nombreux. Les nombreuses applications de e-santé actuelles n'intègrent pas du tout un des acteurs principaux qu'est le médecin généraliste.

Les principales préoccupations des médecins interrogés dans cette étude, portent sur les délais de réception des informations, avec des courriers d'hospitalisation mettant trop de temps à parvenir.

Les outils de e-santé sont plébiscités par les médecins généralistes, à condition qu'ils soient simples d'utilisation, non chronophages et n'engendrant pas de dépense supplémentaire.

Les nombreux logiciels de suivi patient existants, n'intègrent pas le MG, du fait de leur nombre trop important, ne permettant pas aux professionnels libéraux de tous les acquérir.

Des outils sont déjà disponibles pour tous ; les messageries sécurisées, peu utilisées par l'hôpital et le DMP, encore à ses balbutiements malgré des années de développement. Ils semblent être une bonne solution à la facilitation des échanges ville-hôpital, à condition qu'ils soient totalement revus.

IV) BIBLIOGRAPHIE :

1. JOHANET, Hubert et al. Chirurgie ambulatoire générale et digestive: Rapport présenté au 119^e Congrès français de chirurgie. Arnette - John Libbey Eurotext, 2018
2. Buzyn, Agnès. Les entretiens de bichat. [en ligne]. <https://www.lesentretiensdebichat.com/pr-agnes-buzyn> [page consultée le 1 juin 2018]
3. Larcher, Gérard. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital. La documentation française, 2008.
4. Brami, Jean, et René Amalberti. La sécurité du patient en médecine générale. Springer Science & Business Media, 2010.
5. Baillon, Estelle. « Relations Ville-Hôpital: les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire ». Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, 2004.
6. Foncelle, Clémence. « Place du médecin généraliste dans le suivi postopératoire immédiat en chirurgie ambulatoire viscérale ». Thèse d'exercice, Université de Picardie Jules Verne, 2014.
7. Hubert, Jean-Charles. « Place du médecin généraliste dans la prise en charge des complications de la chirurgie ambulatoire ». Thèse d'exercice, Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine, 2009.
8. Jung, Joséphine. « Chirurgie ambulatoire et médecine générale en Maine-et-Loire: outils de communication pour la continuité des soins ». Thèse d'exercice, Université d'Angers, 2014.
9. Saïch, Eddine. « Coordination des soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire, point de vue des médecins généralistes: étude qualitative sur 10 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais ». Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, 2014.
10. Cordonnier, Emmanuel. « Communication dans la santé ». Les Cahiers du numérique 2, n° 2 (2001): 13-35.
11. Sciard, Didier, et Marc Beaussier. « Mieux communiquer avec les patients non hospitalisés ». Le Praticien en Anesthésie Réanimation 20, n° 2 (1 avril 2016): 73-77.
12. Ministère des solidarités et de la santé. « La chirurgie ambulatoire, une alternative à l'hospitalisation conventionnelle ». [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/chirurgie-ambulatoire-10602/chirurgie-ambulatoire> [page consultée le 2 juin 2018].
13. Karam, May. « Historique : la chirurgie ambulatoire dans le monde » [document électronique]. Clamart, Masson, 12 juin 2014, <https://www.emconsulte.com/en/article/943642>.

14. OCDE. « Panorama de la santé 2017 » . [en ligne]. <http://www.oecd.org/fr/sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm> [page consultée le 2 juillet 2018]
15. ATIH. « Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire ». [en ligne]. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_chirambu_2015.pdf [page consultée le 2 juillet 2018]
16. IGAS. « Perspective du développement de la chirurgie ambulatoire en France ». [en ligne]. <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article431> [page consultée le 2 juillet 2018]
17. ATIH. « Etudes nationales de coûts – Présentation et recrutement ». [en ligne]. <https://www.atih.sante.fr/information-sur-les-couts/etudes-nationales-de-couts-presentation-et-recrutement> [page consultée le 2 juillet 2018]
18. Chung, Frances, et Gabor Mezei. « Adverse Outcomes in Ambulatory Anesthesia ». *Canadian Journal of Anesthesia* 46, n° 5 (1 mai 1999): R18-34.
19. Sewonou, A et al. « Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire : résultats du réseau de surveillance INCISO en 1999–2000 ». *Annales de Chirurgie* 127, n° 4 (1 avril 2002): 262-67.
20. Owens, C. D., et K. Stoessel. « Surgical site infections: epidemiology, microbiology and prevention ». *Journal of Hospital Infection, EMEA symposium on new non-pharmaceutical ways to reduce surgical site infections*, 70 (1 novembre 2008): 3-10.
21. Vaghadia, Himat, Louis Scheepers, et Pamela M. Merrick. « Readmission for Bleeding after Outpatient Surgery ». *Canadian Journal of Anaesthesia* 45, n° 11 (1 novembre 1998): 1079.
22. HAS. « Chirurgie ambulatoire: outils d'aide au développement ». [document électronique]. Saint-Denis, HAS, 2011, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/chir_ambu_note_d_orientation_2212_2011.pdf
23. Cour des comptes. « La sécurité sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ». [document électronique]. Paris, Cour des comptes, 2013, https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_version_integrale.pdf
24. Cour des comptes. « La situation et les perspectives des finances publiques ». [en ligne]. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-situation-et-les-perspectives-des-finances-publiques-2> [page consultée le 6 juillet 2018]
25. FHF (Fédération Hospitalière de France). « Chirurgie ambulatoire : les propositions de la FHF ». [en ligne]. FHF, 21 janvier 2014, 31 janvier 2014 [page consultée le 6 juillet 2018]. Disponible sur : <https://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/Chirurgie-ambulatoire-les-propositions-de-la-FHF>

26. Touraine, Marisol. « Les 10 milliards d'économies n'aboutiront pas à un système de santé "low cost" » [Internet]. 2014 [cited 2014 May 31]. Available from: <http://www.lesechos.fr/economie-politique/france/actu/0203462078200-marisol-touraine-nous-allons-faire-10-milliards-d-economies-sans-aboutir-a-un-systeme-de-sante-low-cost-666760.php#Xtor=AD-6000>

27. Cuvelier, G, G Legrand, B Vignes, É Lechevallier, X Rébillard, et P Coloby. « Recommandations AFU/SFAR/AFCA/ANAP Chirurgie ambulatoire en urologie » 23 (2013): 69.

28. ameli.fr - Accord préalable et chirurgie ambulatoire [Internet]. [cited 2018 oct 8]. Available from: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/vous-informer/accord-prealable-et-chirurgie-ambulatoire/objectif-developper-la-chirurgie-ambulatoire.php>

29. Code de la santé publique - Article L1111-4

30. Code de la santé publique - Article R6121-4

31. HAS-ANAP. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire », Mai 2014

32. SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation). Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2009. p. 67–72.

33. SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation). Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire (SFAR 1994) [Internet]. [cited 2014 Mar 24]. Available from: <http://www.sfar.org/article/12/recommandations-concernant-l-anesthesie-du-patient-ambulatoire-sfar-1994>

34. CNCE (Conseil National de Chirurgie de l'Enfant), ADARPEF (Association Des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française). Recommandations pour la chirurgie ambulatoire de l'enfant de moins de 18 ans. Mai 2018.

35. Bontemps G [b1] (analytic). Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire : Chirurgie ambulatoire (French). *Organ Recomm Day Surg Ambul Surg Engl*. cover date 2014;43(3):309- 18.

36. Intervention de Marisol Touraine - Ministre des Affaires sociales et de la Santé - Présentation de la stratégie nationale de santé [Internet]. 2013 Sep. Available from: <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Intervention-Marisol-Touraine-StrategieNationaleSante-23-09-13.pdf>

37. CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention [Internet]. 2009. Available from: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medicin_traitant_Vdef2.pdf
38. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale*. 2009;38:1404–9.
39. Giraud M. Coopération ville-hôpital: le point de vue des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2010.
40. 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;297:831–41.
41. Moore DC, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med*. 2003;18:646–51.
42. Hubert J-C. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des complications de la chirurgie ambulatoire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2009.
43. Baillon E. Relations Ville-Hôpital: les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2004.
44. Aubert J-S. Chirurgie ambulatoire: implication, information et formation des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2007.
45. Le Moan, Alexis, Gilles Cuvelier, et Frédéric Dubrana. Place du médecin généraliste breton dans la chirurgie ambulatoire, 2015.
46. CHU Amiens-Picardie. Votre Prise En Charge En Ambulatoire Au CHU Amiens-Picardie. Accessed November 14, 2018. https://www.youtube.com/watch?time_continue=7&v=Nx-pj56nFLo
47. SOLER, M., and N. Bondu. "Messageries cryptées : nouvelle étape dans le combat Apicrypt /MSSanté – Innovation e-santé." Accessed November 14, 2018. <https://innovationesante.fr/messageries-cryptees-nouvelle-etape-dans-le-combat-apicrypt-mssante/>.

48. Dossier médical partagé : en dépit des premiers succès, les obstacles demeurent. In Caducee. Caducee [en ligne]. Caducee, 14 novembre 2018, [Consulté le 16 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.caducee.net/actualite-medicale/14111/dossier-medical-partage-en-depit-des-premiers-succes-les-obstacles-demeurent.html#>.
49. Dossier Médical Partagé - DMP [Internet]. Disponible sur : <http://www.dmp.gouv.fr/>
50. Enouf S. Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé : enquête auprès des médecins généralistes de la Manche [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Caen Normandie ; 2016
51. DUMAS PRIMBAULT, Martin. Dr Yannick Schmitt (ReAGJIR) : « Aujourd'hui, les généralistes n'ont aucun intérêt à alimenter le DMP » [en ligne]. Le quotidien du médecin, 15 novembre 2018 [consulté le 20/11/2018]. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/11/15/dr-yannick-schmitt-reagjir-aujourd'hui-les-generalistes-nont-aucun-interet-alimenter-le-dmp-_862847?new=1
52. Conseil national de l'ordre des médecins. « Cartographie interactive de la démographie médicale ». [en ligne]. Disponible sur : <https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2>
53. Meltz, Florent. « Contenu d'une application mobile d'aide à la prise en charge pédiatrique en médecine libérale ». Thèse d'exercice, Université de Montpellier. Faculté de médecine, 2016.
54. Buffel du Vaure, Philippe. « E-santé: exemple de développement d'une application mobile pour la gestion du traitement de la maladie de Parkinson ». Thèse d'exercice, Université Paris-Sud, 2017.
55. Kouyate, Aline. « La télédermatologie en milieu carcéral au decours d'une consultation de médecine générale peut-elle faire partie d'une prise en charge dermatologique optimale ? » Thèse d'exercice, Université de Montpellier. Faculté de médecine, 2017.
56. Legendre, Carole. « La télémédecine: un outil de communication ville - hôpital : témoignage d'un retour d'expérience ». Thèse d'exercice, Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie, 2018.
57. Tran Michot, Cathie. « De quoi les internes de médecine générale ont-ils besoin pour utiliser internet pendant les consultations ? : une étude descriptive auprès des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Tours ». Thèse d'exercice, Université de Tours. UFR de médecine, 2015.
58. Conseil national de l'ordre des médecins. « Cartographie interactive de la démographie médicale ». [en ligne]. Disponible sur : https://demographie.medecin.fr/#sly=a_dep_DR;sid=80;i=demo_med.dens_gen_total;v=map1;s=2016;z=478037,7150147,374351,349916;l=fr

59. ARS. « Indicateurs : cartes, données et graphiques ». [en ligne]. Disponible sur : <http://cartosante.atlasante.fr/#bbox=61049,7110895,1544,2289&c=indicator&view=map5>
60. Hoffman-Glemane, Agathe. « La gestion du temps de consultation par le médecin généraliste picard au sein de son cabinet médical: état des lieux des pratiques ». Thèse d'exercice, Université de Picardie Jules Verne, 2016.
61. Sebag, David, et Angeline Potron. « Le point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'hôpital ». Thèse d'exercice, Université Joseph Fourier, 2006.

ANNEXES

ANNEXE 1- Le Questionnaire

28/01/2019 Amélioration du lien « ville-hôpital » en chirurgie ambulatoire grâce aux outils de E-Santé : Enquête auprès des médecins généralistes de la Somme...

Amélioration du lien « ville-hôpital » en chirurgie ambulatoire grâce aux outils de E-Santé : Enquête auprès des médecins généralistes de la Somme.

L'objectif de ma thèse est d'étudier les attentes des médecins généralistes (MG), concernant les outils de E-Santé*, dans l'échange « ville-hôpital » dans un contexte de prise en charge, de suivi d'un patient, lors de son parcours en chirurgie ambulatoire, afin de soulever les points positifs éventuels et les difficultés à leur utilisation.

Pour la majorité d'entre vous, ces nouveaux outils ne sont pas encore entrés dans votre pratique quotidienne.

Pour d'autre les connaissant, il s'agit pour nous de définir au mieux leurs limites actuelles pour mieux définir le besoin des MG vis à vis de ces nouveaux outils de e-santé qui n'intègrent pas encore l'acteur « Médecin Traitant ».

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que 5 à 10 minutes.

*E-santé: l'e-santé se définit comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne ». Elle se définit également comme « l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales ». Elle ne se résume pas à la télémedecine.

*Obligatoire

Exemple d'outil de E-Santé en chirurgie ambulatoire: MAELA



http://youtube.com/watch?v=ZZ_e4kUzWP0

Profil

1. Quel âge avez-vous? *

Une seule réponse possible.

- > 55 ans
 entre 45 et 55 ans
 entre 35 et 45 ans
 < 35 ans

2. Êtes-vous : *

Une seule réponse possible.

- Un Homme
 Une Femme

3. Quel est votre mode d'exercice ? **Une seule réponse possible.*

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Maison de santé pluridisciplinaire

4. Quelle est votre zone d'exercice? **Une seule réponse possible.*

- urbain
- rural
- semi-rural

Votre exercice et la chirurgie ambulatoire

5. Quel est le taux de chirurgie ambulatoire dans vos chirurgies programmées ? **Une seule réponse possible.*

- De 10% à 20%
- De 20% à 30%
- de 30% à 40%
- de 40% à 50%
- de 50% à 70%
- de 70% à 90%
- ne sais pas

6. Vous sentez-vous suffisamment sollicité avant l'intervention? (demande d'informations: traitement, antécédents...)**Une seule réponse possible.*

- Oui
- Peu
- Pas du tout
- Je note tout dans mon courrier initial

7. Informez vous l'équipe de la survenue d'un événement entre la programmation et l'intervention ? (changement de traitement, maladie intercurrente...)**Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Je demande au patient d'informer l'équipe

8. Avez-vous votre place dans la prise en charge post-opératoire dans la CA? **Une seule réponse possible.*

- Totalement
- Insuffisamment
- Pas du tout

9. Êtes-vous informé de la sortie de votre patient? **Une seule réponse possible.*

- Oui
 Non

10. Dans quels délais recevez-vous le courrier de sortie de chirurgie ambulatoire? **Une seule réponse possible.*

- 24 h
 48 h
 3 jours
 une semaine
 deux semaines
 un mois
 > 1 mois
 pas de courrier

11. Êtes-vous suffisamment informé sur le suivi post-opératoire ? **Une seule réponse possible.*

- Oui
 Peu
 Pas du tout

12. Vous semble t'il aisé de joindre le spécialiste ? **Une seule réponse possible.*

- Tout le temps joignable
 Difficilement joignable
 Injoignable

13. Les patients viennent vous consulter après l'intervention : **Une seule réponse possible.*

- systématiquement
 Jamais
 Occasionnellement

14. Les patients vous semblent bien informés à leur sortie (conduite à tenir, ordonnance, durée HBPM...)**Une seule réponse possible.*

- L laissés pour compte
 Bien informés
 Insuffisamment informés

Concernant vos attentes et besoins d'un logiciel visant à faciliter les échanges avec l'hôpital

15. Pour vous, l'utilisation d'un logiciel de communication ville/hôpital dans votre pratique serait : (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Utile
 Chronophage
 Superflu
 Inutile

Pour vous, l'utilisation d'un logiciel serait utile pour :

16. L'accès rapide à un avis spécialisé *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4		
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

17. L'accès rapide à un courrier de consultation *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4		
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

18. L'accès aux conduites à tenir avant l'intervention *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4		
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

19. L'accès rapide à un courrier de sortie d'hospitalisation *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4		
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

20. L'accès aux ordonnances de sortie *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4		
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

21. L'accès aux techniques de rééducation / réhabilitation après actes invasifs *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4		
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

22. L' accès à l'agenda de suivi du patient **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

23. L'accès aux conduites à tenir en cas de complication (saignements, fièvre, douleurs....) **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

24. La transmission d'images (photo de plaies....) **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

25. Le partage de donnée du patient (biologies, imagerie du centre hospitalier ...) **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

Quels professionnels selon vous, doivent y avoir accès?**26. IDE ****Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

27. Kinésithérapeute **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

28. Pharmacien **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

29. Médecin généraliste **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

30. Autre :

Concernant l'accès au logiciel**31. Une seule réponse possible.** Option 1**32. Un accès au logiciel par internet "fixe", seul (accès unique par ordinateur de bureau) vous apparaît-il suffisant? (pas d'accès via tablette ou smartphone) ****Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Très insuffisant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suffisant

Concernant le partage de données**33. Dans l'éventualité d'un partage automatique des informations contenues sur vos dossiers informatisés, à quelles données laisseriez vous l'accès? (plusieurs réponses possibles) ****Plusieurs réponses possibles.* Option 1**34. Une seule réponse possible.** Option 1**Impact d'un tel outil dans la pratique****35. Le fait d'utiliser un tel logiciel faciliterait ma pratique ****Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

36. Ma responsabilité professionnelle ne serait pas claire **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

37. Utiliser un tel logiciel pourrait me faire perdre le contact avec mon patient **Une seule réponse possible.*

1	2	3	4		
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

38. Son utilisation pourrait aider à la prise de décision **Une seule réponse possible.*

1	2	3	4		
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

39. Si l'occasion se présente j'utiliserais un tel logiciel **Une seule réponse possible.*

1	2	3	4		
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

40. Une rémunération supplémentaire (selon une forme de ROESP) me motiverait à utiliser ce type d'outil **Une seule réponse possible.*

1	2	3	4		
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

Quels points pourraient nuire à l'utilisation du logiciel?**41. Le temps requis ****Une seule réponse possible.*

1	2	3	4		
Très improbable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fort probable

42. Les difficultés d'utilisation du logiciel / les problèmes techniques **Une seule réponse possible.*

1	2	3	4		
Très improbable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fort probable

Questions annexes**43. Un avis spécialisé dans les 24 heures vous semble-t-il correct ? ****Une seule réponse possible.*

1	2	3	4		
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

28/01/2019

Amélioration du lien « ville-hôpital » en chirurgie ambulatoire grâce aux outils de E-Santé : Enquête auprès des médecins généralistes de la Som...

44. Paieriez-vous pour avoir accès au logiciel s'il simplifiait le lien ville-hôpital ? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D'accord

Merci pour votre temps et vos réponses



Fourni par
 Google Forms

ANNEXE 2 - Définition des gestes MSAP 2015 (entrant dans la procédure de MSAP)

- 1- Accès vasculaire
- 2- Adénoïdectomie
- 3- Angioplastie du membre supérieur
- 4- Angioplasties périphériques
- 5- Arthroscopie de la cheville
- 6- Arthroscopie du genou hors ligamentoplastie
- 7- Avulsion dentaire
- 8- Chirurgie anale
- 9- Chirurgie de la conjonctivite (ptérygion)
- 10- Chirurgie de la main
- 11- Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren
- 12- Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons
- 13- Chirurgie de l'avant pied
- 14- Chirurgie de l'épaule
- 15- Chirurgie de l'utérus
- 16- Chirurgie des bourses
- 17- Chirurgie des bourses de l'enfant
- 18- Chirurgie des hernies de l'enfant
- 19- Chirurgie des hernies abdominales
- 20- Chirurgie des hernies inguinales
- 21- Chirurgie des maxillaires
- 22- Chirurgie des sinus
- 23- Chirurgie des varices
- 24- Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)
- 25- Chirurgie du col utérin, vulve, vagin
- 26- Chirurgie du cristallin
- 27- Chirurgie du glaucome
- 28- Chirurgie du nez
- 29- Chirurgie du pied
- 30- Chirurgie du poignet
- 31- Chirurgie du sein/tumorectomie
- 32- Chirurgie du trou maculaire

- 33- Chirurgie du tympan
- 34- Chirurgie pour strabisme
- 35- Cholécystectomie
- 36- Cure de paraphimosis
- 37- Exérèse de kystes synoviaux
- 38- Exérèse de lésions cutanées
- 39- Exérèse de lésions de la bouche
- 40- Exérèse de lésions sous-cutanée
- 41- Fermeture de fistule buccale
- 42- Fistules artérioveineuses
- 43- Geste secondaire sur lambeau
- 44- Geste sur la vessie
- 45- Geste sur les glandes salivaires
- 46- Geste sur l'uretère
- 47- Geste sur l'urètre
- 48- Interruption tubaire
- 49- Lithotritie extracorporelle
- 50- Plastie de lèvres
- 51- Prélèvement d'ovocyte
- 52- Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique
- 53- Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique
- 54- Vitrectomie avec pelage de membrane
- 55- Vitrectomie postérieure isolé

ANNEXE 3 – Les scores utilisés

Le score ASA

(American Society of Anesthesiologists)

ASA Physical Status Classification System:

- 1 : Patient normal
- 2 : Patient avec anomalie systémique modérée
- 3 : Patient avec anomalie systémique sévère
- 4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
- 5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
- 6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

Le score d'Aldrete modifié

Score de réveil d'Aldrete modifié		
Critères	Score	Signes cliniques
Activité motrice	2	Mobilise ses quatre membres
	1	Mobilise deux membres
	0	Aucun mouvement
Respiration	2	Grands mouvements respiratoires
	1	Efforts respiratoires limités ou dyspnée
	0	Aucune activité respiratoire spontanée
Activité circulatoire	2	PA systolique +/- 20% valeur préopératoire
	1	PA systolique +/- 20-50% valeur préopératoire
	0	PA systolique +/- 50% valeur préopératoire
Conscience	2	Complètement réveillé
	1	Réveillé à l'appel de son nom
	0	Aucun réveil à l'appel
SpO ₂ (saturation pulsée en oxygène)	2	> 92% à l'air
	1	Complément d'O ₂ nécessaire pour SpO ₂ >90%
	0	< 92% avec complément O ₂

Le score de Chung

Score de Chung

Constantes vitales (température, pouls, respiration)	
- Variation inférieure à 20% par rapport au préopératoire	2
- Variation comprise entre 20 et 40%	1
- Variation supérieure à 40%	0
Déambulation	
- Démarche assurée, sans vertige	2
- Marche possible avec assistance	1
- Démarche non assurée, vertiges	0
Nausées et/ou vomissements	
- Minimales	2
- Modérés	1
- Sévères	0
Douleurs	
- Minimales	2
- Modérés	1
- Sévères	0
Saignement chirurgical	
- Minimale	2
- Modéré	1
- Sévère	0

Chung *et al.*,
Anesth Analg, 1995

Un score ≥ 9 est nécessaire pour sortir de l'hôpital

ANNEXE 4 – Passeport Ambulatoire

Parcours patient opéré d'une HD et bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire J0

- **Consultation neurochirurgien**
- **CPA + consultation IDE + kiné :**
 - o **Consultation infirmière** (le jour de la CPA quand le projet débutera)
 - Recueil de données, information déroulement du séjour, information des signes qui doivent alerter, conseil hygiène vertébrale
 - o **Kiné :**
 - Le jour de la CPA quand le projet débutera ??
- **Appel téléphonique la veille par l'IDE QUESTIONNAIRE A FAIRE**
- **Hospitalisation**
 - o **J0 :**
 - Post-opératoire :
 - douleur, **traitement antalgique en IV en systématique**
 - Collation 6 h après la fin du bloc
 - Et arrêt perfusion, relai **traitement antalgique VO à donner en systématique**
 - lever précoce dans la chambre
 - repas, lever, autonomie chambre et couloir
- **Sortie J0 :**
 - o **Papiers de sortie :**
 - Traitement antalgique et HBPM
 - Ordonnance IDE réalisation injection HBPM (jusqu'à J3)
 - Ordonnance kiné selon le neurochirurgien
 - Arrêt de travail
 - Consignes de sortie (pansement, douleur, appel du lendemain / qualité de la nuit, évaluation de la douleur, la consommation d'antalgique, la température, l'aspect du pansement ou de la cicatrice, Un bilan d'autonomie sera réalisé
 - Courrier médecin traitant
 - Rendez-vous de consultation de contrôle selon le neurochirurgien
- **Appel téléphonique J1 par l'infirmière :**
 - o **Evaluation J0 :**
 - **qualité de la nuit** et consommation d'antalgique

- Mouillez l'ensemble du corps et les cheveux avec le savon antiseptique
- Insistez sur les aisselles, le nombril, les orteils, le pubis et le dos.
- Rincez abondamment.
- Séchez avec une serviette propre et mettez un pyjama propre.
- Nettoyez et coupez vos ongles de pieds et de mains
- Retirez tout maquillage et vernis à ongles.

Vous devez rester à jeun à partir de minuit, vous ne devez ni boire, ni manger, ni fumer, ni mâcher du chewing gum.

Le jour de votre intervention :

Avant de venir

- Prenez une douche antiseptique en respectant les principes de la veille
- Revêtez des sous-vêtements propres
- Mettez des vêtements amples, propres et des chaussures pratiques et confortables
- Ne vous maquillez pas
- Brossez-vous les dents
- Retirez bijou, piercing, montre, lentilles de contact et objet de valeurs.
- Respecter le jeun, vous ne devez prendre aucun médicament.

Votre entrée :

Présentez-vous dans le service d'hospitalisation à l'heure indiquée sur votre convocation.

Le personnel soignant vous installera dans votre chambre et vous donnera le déroulement de votre journée.

L'infirmière s'assurera de la préparation préopératoire réalisée à domicile. Une tenue de bloc opératoire vous sera remise. Votre identité sera vérifiée et un bracelet d'identification sera posé à votre poignet. Votre prémédication vous sera administrée avec un fond d'eau.

Si vous portez un appareil dentaire ou auditif, **signalez-le aux infirmières.**

Un brancardier vous emmènera dans votre lit au bloc opératoire.

Après l'intervention

L'intervention terminée, vous serez pris(e) en charge par l'équipe soignante de la salle de soins post-interventionnelle. Vous y resterez le temps nécessaire à la surveillance post-opératoire immédiate.

Vous serez ensuite raccompagné(e) dans votre chambre où les infirmières assurent la continuité de la surveillance jusqu'à votre sortie. L'équipe soignante adaptera le traitement antalgique à votre douleur.

Dans votre chambre,

quelques heures après votre réveil, avant d'effectuer votre premier levé, l'équipe soignante vous servira une collation.

Votre levé sera réalisé une fois que votre douleur sera bien contrôlée. La perfusion sera enlevée et des antalgiques par voie orale vous seront donnés de manière systématique. Vous pourrez vous **déplacer dans la chambre.**

Le kinésithérapeute vous réexpliquera des consignes d'hygiène vertébrale.

En fin d'après-midi, après avoir mangé, l'équipe soignante vous aidera à effectuer un nouveau **levé. Vous pourrez en fonction de votre douleur, vous déplacer davantage dans votre chambre et dans le couloir du service. Les antalgiques vous seront donnés de manière systématique.**

La douleur :

Après l'intervention, la douleur dans la jambe ou dans le bras disparaît. Cependant, il peut persister des phénomènes douloureux, car le nerf a été comprimé. Ces douleurs résiduelles vont disparaître progressivement avec la cicatrisation du nerf. La douleur du site opératoire s'estompera également progressivement.



Votre sortie :

Votre neurochirurgien et/ou le médecin anesthésiste autoriseront votre sortie en fonction des constatations opératoires (brèche, ..), et de votre état de santé.

Vous sortirez en ambulance allongée. Prévoyez de contacter une compagnie d'ambulance de votre choix pour la sortie.

L'infirmière vérifiera :

- la bonne compréhension des conseils d'hygiène vertébrale (se laver les pieds, s'asseoir sur une chaise, position de fente). Ces conseils contribuent à vous donner l'autonomie nécessaire à votre sortie et préviennent la récurrence. Ils sont à réaliser quotidiennement et à vie.
- votre cicatrice.

De manière systématique, vous poursuivrez **vos antalgiques pendant au moins 48h puis en fonction de votre douleur.**

L'infirmière vous donnera l'ensemble des consignes à suivre à domicile, ainsi que les documents et courriers relatifs à l'hospitalisation (ordonnance de sortie, courrier médecin traitant, consignes de sortie, rendez-vous de consultation, infirmière libérale). Elle vous expliquera le suivi à domicile.

Le suivi à domicile :

Le lendemain de votre sortie, une infirmière vous contactera par téléphone dans le cadre de votre suivi. Un suivi quotidien via le logiciel aura lieu jusqu'à J5 .

Au domicile, surveillez et recontactez l'équipe médicale ou soignante en cas de :

- Douleurs non calmées par les antalgiques prescrits
- Saignement au niveau du pansement
- Fièvre
- Apparition d'une faiblesse musculaire dans les jambes ou les bras.
- Douleur dans les mollets

En cas de problème, n'hésitez pas à nous contacter :

Coordonnées téléphoniques



Neurochirurgie A : 03 22 08 89 43

Neurochirurgie B : 03 22 08 89 44

IDE consultation :



Note informative à destination patients

A la sortie du service de Neurochirurgie

Vous venez d'être opéré(e) d'une chirurgie du rachis en ambulatoire. En fonction des constatations opératoires (brèche, ..), et de votre état de santé, votre sortie est confirmée par le neurochirurgien.

Vous restez convalescent(e) pendant 8 jours. Il est conseillé de vous reposer.

Puis vous alternerez repos et activités quotidiennes en fonction de votre douleur et de votre état physique. Il vous est formellement déconseillé de porter des charges lourdes durant le premier mois.

De manière systématique, vous poursuivrez **vos antalgiques pendant au moins 48h puis en fonction de votre douleur**. Les conseils d'hygiène vertébrale qui vous ont été expliqués dans le service sont à réaliser quotidiennement et à vie.

- **Si votre cicatrice a été réalisée avec de la colle chirurgicale**, vous pouvez prendre des douches de manière quotidienne, en prenant soin de bien sécher la cicatrice. La colle forme un film protecteur qu'il ne faut pas ôter et qui va s'éliminer au fil des jours. La baignoire ne vous sera autorisée qu'à la 4^e semaine post-opératoire. (cf. livret d'hygiène vertébrale).
- **Si votre cicatrice a été réalisée avec des agrafes**, vous ne pouvez pas prendre de douches. Les agrafes seront ôtées par une infirmière au 9^{ème} jour post-opératoire. Vous pourrez alors prendre des douches en prenant soin de bien sécher la cicatrice. La baignoire ne vous sera autorisée qu'à la 4^e semaine post-opératoire. (cf. livret d'hygiène vertébrale).
- **Si votre cicatrice a été réalisée avec des fils auto-résorbables**, vous ne pouvez pas prendre de douche. Les fils auto-résorbables disparaîtront progressivement entre le 10^{ème} et 15^{ème} jour post-opératoire. Si au 20^{ème} jour, il persiste des fils, consultez auprès de votre médecin traitant ou de votre infirmière. Si vos fils sont tombés, vous pouvez prendre des douches en prenant soin de bien sécher la cicatrice. La baignoire ne vous sera autorisée qu'à la 4^e semaine post-opératoire.

Dans le cadre de votre suivi, une infirmière vous contactera par téléphone le lendemain de votre sortie.

Lors de cet appel, il vous sera demandé :

- La qualité de votre nuit
- L'évaluation de votre douleur
- Votre consommation d'antalgiques
- Votre température
- L'état/ l'aspect de votre pansement ou de votre cicatrice
- Un bilan de votre autonomie sera réalisé

En cas de **douleurs persistantes, de fièvre**, ou un **problème de cicatrice** :

- Epanchement (« boule ») sur la colonne vertébrale,
- Ou écoulement par la cicatrice (sang, pus),
- Ou ouverture sur la cicatrice

Vous devez impérativement consulter le médecin traitant et ne pas hésiter à prévenir le service de neurochirurgie.



Coordonnées téléphoniques

- Neurochirurgie A : 03 22 08 89 43
- Neurochirurgie B : 03 22 08 89 44

- IDE consultation :

ANNEXES 5 – ROSP : Forfait Structure

Volet 1 : indicateurs déclaratifs	Disposer d'un logiciel métier avec LAP certifié HAS et compatible DMP	Pré-remplissage ou saisie par le médecin avec envoi nécessaire d'un justificatif
	Disposer d'une messagerie sécurisée de santé	Pré-remplissage ou saisie par le médecin avec envoi nécessaire d'un justificatif
	Affichage des horaires du cabinet dans annuaire santé	Pré-remplissage si déclaration antérieure ou saisie par le médecin sans justificatif à fournir par le médecin
Volet 2 : indicateurs déclaratifs	Capacité à coder des données médicales	Pas de justificatif à fournir
	Implication dans des démarches de prise en charge coordonnée	Justificatif à produire
	Services offerts aux patients	Justificatif à produire
	Encadrement d'étudiants en médecine	Justificatif à produire

Le Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé :

Amélioration du lien « ville-hôpital » en chirurgie ambulatoire grâce aux outils de E-Santé :
Enquête auprès de 64 médecins généralistes de la Somme

Introduction : Des logiciels de e-santé ont vu le jour pour faciliter le lien entre l'hôpital et le patient en chirurgie ambulatoire. Ils n'intègrent malheureusement pas l'acteur « médecin généraliste ». Ils seraient pourtant d'excellents outils pour faciliter l'échange MG-hôpital. La question principale de l'enquête a pour but de mettre en évidence les principales attentes des médecins généralistes concernant un outil informatique, susceptible d'améliorer le lien « ville-hôpital » en chirurgie ambulatoire.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et déclarative, réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé à un échantillon de la population des médecins généralistes de la Somme.

Résultats : Sur 258 médecins généralistes contactés, 64 réponses ont été obtenues. La population comportait 34 hommes (53,1%) et 30 femmes (46,9%). La tranche d'âge des moins de 45 ans étaient la plus représentée (53,1%). 75% des médecins interrogés trouveraient utile l'utilisation d'un logiciel visant à faciliter le lien ville-hôpital. Il devra permettre un accès rapide aux courriers, aux conduites à tenir avant et après l'intervention, à un avis spécialisé. Il devra être une aide au partage des examens biologiques, d'imagerie, entre l'hôpital et la ville. Cet outil devra être accessible via tablette ou smartphone. Le temps, les soucis techniques seraient un frein à son utilisation. Même si une majorité de médecin seraient prêt à l'utiliser (79,7%), ils ne seraient pas prêts (81,3%) à payer pour son utilisation. Une rémunération supplémentaire serait un incitatif à utiliser ce genre d'outil.

Conclusion : Cette étude a montré l'intérêt porté par les médecins généralistes de la Somme aux outils informatiques qui faciliteraient l'échange « ville-hôpital » dans un contexte de suivi du patient dans son parcours de chirurgie ambulatoire. Leur principale attente est un accès rapide et sécurisé aux courriers et examens complémentaires des patients via un outil informatique simple d'utilisation, non chronophage et gratuit.

Mots clés : Chirurgie Ambulatoire, e-santé, Médecine Générale

Abstract :

Improvement of the "city-hospital" link in ambulatory surgery thanks to E-Health tools:
Survey of 64 general practitioners of the Somme

Introduction: E-health software has emerged to facilitate the link between the hospital and the patient in outpatient surgery. They do not integrate unfortunately the actor "general practitioner". They would be excellent tools to facilitate the GP-hospital exchange. The main question of the survey aims to highlight the main expectations of general practitioners regarding a computer tool, likely to improve the "city-hospital" link in outpatient surgery.

Material and method: This is a quantitative, descriptive and declarative study, conducted using an anonymous questionnaire sent to a sample of the population of general practitioners of the Somme.

Results: Of 258 GPs contacted, 64 responses were obtained. The population was 34 men (53.1%) and 30 women (46.9%). The under-45 age group was the most represented (53.1%). 75% of the physicians surveyed would find it useful to use software to facilitate the city-hospital link. It will have to allow a quick access to the mails, the pipe to be held before and after the intervention, to a specialized opinion. It will have to be an aid for the sharing of biological examinations, imagery, between the hospital and the city. This tool must be accessible via tablet or smartphone. Time, technical problems would be a brake on its use. Even if a majority of doctors would be willing to use it (79.7%), they would not be ready (81.3%) to pay for its use. Additional compensation would be an incentive to use this kind of tool.

Conclusion: This study showed the interest of general practitioners of the Somme in computer tools that would facilitate the "city-hospital" exchange in a context of monitoring the patient in his ambulatory surgery. Their main expectation is fast and secure access to letters and complementary examinations of patients via an easy-to-use, non-time-consuming and free computer tool.

Keywords: Ambulatory Surgery, e-Health, General Medicine

Résumé :

Amélioration du lien « ville-hôpital » en chirurgie ambulatoire grâce aux outils de E-Santé :
Enquête auprès de 64 médecins généralistes de la Somme

Introduction : Des logiciels de e-santé ont vu le jour pour faciliter le lien entre l'hôpital et le patient en chirurgie ambulatoire. Ils n'intègrent malheureusement pas l'acteur « médecin généraliste ». Ils seraient pourtant d'excellents outils pour faciliter l'échange MG-hôpital. La question principale de l'enquête a pour but de mettre en évidence les principales attentes des médecins généralistes concernant un outil informatique, susceptible d'améliorer le lien « ville-hôpital » en chirurgie ambulatoire.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et déclarative, réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé à un échantillon de la population des médecins généralistes de la Somme.

Résultats : Sur 258 médecins généralistes contactés, 64 réponses ont été obtenues. La population comportait 34 hommes (53,1%) et 30 femmes (46,9%). La tranche d'âge des moins de 45 ans étaient la plus représentée (53,1%). 75% des médecins interrogés trouveraient utile l'utilisation d'un logiciel visant à faciliter le lien ville-hôpital. Il devra permettre un accès rapide aux courriers, aux conduites à tenir avant et après l'intervention, à un avis spécialisé. Il devra être une aide au partage des examens biologiques, d'imagerie, entre l'hôpital et la ville. Cet outil devra être accessible via tablette ou smartphone. Le temps, les soucis techniques seraient un frein à son utilisation. Même si une majorité de médecin seraient prêt à l'utiliser (79,7%), ils ne seraient pas prêts (81,3%) à payer pour son utilisation. Une rémunération supplémentaire serait un incitatif à utiliser ce genre d'outil.

Conclusion : Cette étude a montré l'intérêt porté par les médecins généralistes de la Somme aux outils informatiques qui faciliteraient l'échange « ville-hôpital » dans un contexte de suivi du patient dans son parcours de chirurgie ambulatoire. Leur principale attente est un accès rapide et sécurisé aux courriers et examens complémentaires des patients via un outil informatique simple d'utilisation, non chronophage et gratuit.

Mots clés : Chirurgie Ambulatoire, e-santé, Médecine Générale

Abstract :

Improvement of the "city-hospital" link in ambulatory surgery thanks to E-Health tools:
Survey of 64 general practitioners of the Somme

Introduction: E-health software has emerged to facilitate the link between the hospital and the patient in outpatient surgery. They do not integrate unfortunately the actor "general practitioner". They would be excellent tools to facilitate the GP-hospital exchange. The main question of the survey aims to highlight the main expectations of general practitioners regarding a computer tool, likely to improve the "city-hospital" link in outpatient surgery.

Material and method: This is a quantitative, descriptive and declarative study, conducted using an anonymous questionnaire sent to a sample of the population of general practitioners of the Somme.

Results: Of 258 GPs contacted, 64 responses were obtained. The population was 34 men (53.1%) and 30 women (46.9%). The under-45 age group was the most represented (53.1%). 75% of the physicians surveyed would find it useful to use software to facilitate the city-hospital link. It will have to allow a quick access to the mails, the pipe to be held before and after the intervention, to a specialized opinion. It will have to be an aid for the sharing of biological examinations, imagery, between the hospital and the city. This tool must be accessible via tablet or smartphone. Time, technical problems would be a brake on its use. Even if a majority of doctors would be willing to use it (79.7%), they would not be ready (81.3%) to pay for its use. Additional compensation would be an incentive to use this kind of tool.

Conclusion: This study showed the interest of general practitioners of the Somme in computer tools that would facilitate the "city-hospital" exchange in a context of monitoring the patient in his ambulatory surgery. Their main expectation is fast and secure access to letters and complementary examinations of patients via an easy-to-use, non-time-consuming and free computer tool.

Keywords: Ambulatory Surgery, e-Health, General Medicine