

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019

N°

THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

Par

Mlle BOSCHIN Louise

Née le 8 mars 1991 à Boulogne-sur-mer

Présentée et soutenue publiquement le 3 octobre 2019

Titre de la thèse :

ÉVALUATION DE L'IMPACT DE LA MISE EN PLACE D'UN COURRIER POSTAL INFORMATISÉ
SUR LA COMMUNICATION ENTRE LES URGENCES ADULTES DE L'HÔPITAL JACQUES
MONOD ET LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'AGGLOMÉRATION HAVRAISE

Président du jury : Monsieur le Professeur Luc-Marie JOLY
Directeur de thèse : Madame le Docteur Charlotte RENAUT
Membres du jury : Monsieur le Professeur Philippe NGUYEN-THAHN
Monsieur le Docteur Joël LADNER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD-ZMUDA
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	HCH-CB	Cancérologie

Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique

Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>urnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>urnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>urnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Aux membres de mon jury :

À Monsieur le Professeur Luc-Marie JOLY, merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Merci d'avoir été à mon écoute en tant que coordonnateur de DESC et su me soutenir quand j'en ai eu besoin.

À Monsieur le Professeur Philippe NGUYEN THANH, vous me faites l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury. Votre engagement pour améliorer la formation des étudiants m'a toujours inspiré un profond respect.

À Madame le Docteur Charlotte RENAUT, merci d'avoir accepté de diriger ce travail, d'avoir été disponible, d'avoir su trouver les mots justes même dans les moments critiques et de m'avoir permis de finir ce travail à temps.

À Monsieur le Docteur Joel LADNER, merci d'avoir accepté de juger ce travail et de siéger dans ce jury.

À ma famille :

Mes parents, merci pour votre amour et votre soutien inconditionnel. Merci pour ce que vous avez fait de nous trois, nous vous devons notre réussite. Je vous aime.

Juliette, mon alliée depuis le début de ces longues études. Je suis fière de ce que tu es aujourd'hui. Je t'aime.

Armand, mon petit frère. Merci pour ta disponibilité et l'aide que tu as apportée à ce travail. Je suis fière de ce que tu es aujourd'hui. Je t'aime.

Aux Alex, merci pour le bonheur que vous apportez chaque jour à Armand et Juliette.

À mes grand-mères : Nanine et Mamie, deux femmes fortes, avant-gardistes et indépendantes, fières d'avoir deux petites-filles médecins. Vois-tu :« *Je ne serai jamais obligée à un homme pour un petit pain d'un franc* ».

À ma belle famille :

Justine, Chouchou, Loup et Malo, à Charlotte JP, Théo et Elza, à Vivi et à Papou parti trop tôt.

À mes amis, que cela dure encore longtemps :

Bérangère, Clémence, Tania, Geoffrey, Joumana, Adrien, Maxime et Maelenn.
À Pierre, mon amour, je t'aime.

Table des matières

1	La communication hôpital-médecin traitant	8
1.1	Que dit la loi?	8
1.1.1	Aux origines du parcours de soins coordonnés	8
1.1.2	La continuité des soins	9
1.1.3	Le parcours de soins coordonnés	10
1.2	Dans la littérature	10
2	Les moyens de communication à la disposition des SAU	13
2.1	Le patient-lui même	13
2.2	Compte-rendu d'hospitalisation	13
2.3	Messageries sécurisées et espace de confiance MSSanté	14
2.4	Le dossier médical partagé	15
2.5	Appel téléphonique	16
3	Qu'en est-il du Havre et de son agglomération ?	17
3.1	Le Havre et son agglomération	17
3.1.1	Administratif	17
3.1.2	Démographie médicale	18
3.2	Organisation de la permanence des soins au sein de la CODAH	20
3.2.1	L'association médicale des urgences du Havre (AMUH)	20
3.2.2	La permanence des soins hospitalière	21
3.3	La communication entre le service d'accueil des urgences adultes du Havre et les médecins généralistes de la CODAH	21
4	Matériel et Méthode	22
4.1	Objectifs	22
4.2	Type d'étude	22
4.3	Population étudiée	22
4.3.1	Critères d'inclusion	22
4.3.2	Critères d'exclusion	22
4.3.3	Processus de recrutement	23

4.4	Période étudiée	23
4.5	Mode de recueil des données	23
4.5.1	Élaboration du questionnaire	23
4.5.2	Diffusion du questionnaire	24
4.6	Étude statistique	25
5	Résultats	26
5.1	Flow chart	26
5.2	Caractéristiques de la population étudiée	26
5.2.1	Sexe	26
5.2.2	Âge	27
5.2.3	Mode d'exercice	28
5.2.4	Lieu d'activité	29
5.2.5	Activité en permanence de soin	30
5.3	Comparaison des populations	31
5.4	État actuel de la communication	33
5.4.1	Informations données	33
5.4.2	Forme de la communication	35
5.4.3	Contenu des informations	41
5.4.4	Pistes d'amélioration	54
5.5	Comparaison des résultats	54
5.5.1	Présence d'une différence significative	54
5.5.2	Tendance du changement	57
6	Discussion	60
6.1	Atouts et faiblesses de la présente thèse	60
6.1.1	La méthode	60
6.1.2	Les résultats	61
6.2	Pistes d'amélioration	65
6.2.1	Les imageries aux urgences	65
6.2.2	Utilisation d'une messagerie sécurisée	67

Liste des annexes

Annexe A : Aides disponibles selon le zonage 2019	75
Annexe B : Questionnaire	76
Annexe C : Texte descriptif joint aux mails	79
Annexe D : Réponses libres	80
Annexe E : Interopérabilité APICRYPT - MSSanté	82
Annexe F : Guide du GHH sur l'utilisation de la messagerie MSSanté	86

Liste des figures

1	Actuelle communauté Le Havre Seine Métropole	17
2	Zonage conventionnel régionalisé 2019 (Source ARS Normandie). . .	19
3	Flow chart	26
4	Sexe ratio.	26
5	Âge de la population.	27
6	Mode d'exercice.	28
7	Lieu d'activité.	29
8	Participation à la permanence des soins.	30
9	Satisfaction globale	33
10	Informé du passage au SAU adultes.	34
11	Informé par courrier postal.	35
12	Délai de réception du courrier.	36
13	Informé en personne par le patient.	37
14	Délai de la visite du patient.	38
15	Informé par courriel crypté ou messagerie sécurisée.	39
16	Informé par appel téléphonique.	40
17	Lisibilité des courriers.	41
18	Motif de la consultation.	42
19	Examens cliniques.	43
20	Examens complémentaires.	44
21	Avis spécialisés.	45
22	Traitement entrepris au SAU.	46
23	Traitement de sortie.	47
24	Prise de rendez-vous en externe.	48
25	Conclusion et conduite à tenir.	49
26	Nécessité de consultation de médecine générale à distance.	50
27	Déclaration de décès au médecin traitant.	51
28	En cas d'appel.	52
29	En cas de courrier.	53
30	Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2018. . .	62

Liste des tableaux

1	Caractéristiques descriptives des populations étudiées	31
2	Test du Chi2 sur l'âge	32
3	Test du Chi2 sur le type d'activité	32
4	Satisfaction globale.	55
5	Information globale d'un passage au SAU	55
6	Information par courrier postal	55
7	Délai de réception par courrier postal	56
8	Délai de réception courrier remis en main propre	56
9	Lisibilité du courrier	56
10	Traitement entrepris au SAU	56
11	Consultation médecine générale à distance	57
12	Satisfaction globale.	58
13	Information globale d'un passage au SAU	58
14	Information par courrier postal	58
15	Délai de réception courrier postal	59
16	Lisibilité du courrier	59
17	Traitement entrepris au SAU	59
18	Consultation à distance	59

Liste des abréviations

AHFMC	Association Havraise de Formation Médicale Continue
AME	Aide Médicale d'Etat
AMUH	Association Médicale des Urgences du Havre
APICEM	Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication En Médecine
ASIP Santé	Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM 10	Classification Internationale de Maladies 10 ème révision
CODAH	Communauté De l'Agglomération Havraise
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRH	Compte-Rendu d'Hospitalisation
DMP	Dossier Médical Partagé
EPP	Evaluation des Pratiques professionnelles
GHH	Groupe Hospitalier du Havre
HAS	Haute Autorité de Santé
HPE	Hôpital Privé de l'Estuaire
HPST	Hôpital Patient Santé et Territoire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPAQSS	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
MMG	Maison Médicale de Garde
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PACS	Picture Archiving and Communication System
POC	Proof of Concept
POS	Procédure Opérationnelle Standardisée
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SCI	Société Civile Immobilière
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies ans Academic Association of General Practitioners

Introduction

Le parcours de soins vise à remettre le médecin généraliste au centre de la prise en charge globale du patient. Une spécialité fait exception dans ce domaine : la médecine d'urgence. Le patient se présentant aux urgences n'est pas tenu de présenter un courrier de son médecin traitant. Et pourtant il paraît indispensable que ce dernier soit au courant du passage de son patient aux urgences.

En tant qu'interne de médecine générale préparant le DESC de médecine d'urgence, j'ai réalisé deux stages au sein du service d'accueil des urgences de l'Hôpital Jacques MONOD, membre du Groupe Hospitalier du Havre (GHH) rassemblant sept hôpitaux.

En 2017 et dans le cadre de sa thèse, le Dr. DESVAGES [15] a réalisé un état des lieux de la communication entre les médecins généralistes de l'agglomération havraise et les médecins du service d'accueil des urgences (SAU) adultes de l'hôpital MONOD. Il en résultait que seuls 59 % des médecins généralistes étaient globalement satisfaits de cette communication. Afin d'améliorer ce score, le service des urgences a mis en place durant l'hiver 2018 un courrier postal informatisé envoyé automatiquement par les secrétaires pour chaque patient passant au SAU. J'ai été témoin lors de mes stages de la mise en place de ce courrier.

L'objectif de la présente thèse est d'évaluer l'impact de la mise en place de ce courrier sur la satisfaction des médecins généralistes de la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH) à propos de la communication avec le SAU adultes de l'hôpital Jacques MONOD.

1 La communication hôpital-médecin traitant

1.1 Que dit la loi ?

1.1.1 Aux origines du parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés [4] consiste à confier aux médecins traitants la coordination des soins pour le suivi médical de leurs patients. La communication entre hôpital et médecine de ville est essentielle à une prise en charge globale du patient. Elle est depuis une cinquantaine d'année le sujet de réformes, de décret et de lois. Ci-joint certainement le premier texte de loi à ce sujet, la circulaire du 18 décembre 1970 : *« À l'entrée de son malade dans un service hospitalier, le médecin de ville doit être informé, invité, à rendre visite à son client et à prendre contact avec le médecin hospitalier. Ces relations entre l'hôpital et le médecin de ville s'imposent à plus forte raison, lors de la sortie du malade. Il appartient au service hospitalier de fournir alors au médecin traitant (sauf si opposition du malade) un compte-rendu complet et précis sur le diagnostic fait dans le service, les soins dispensés et s'il y a lieu, la thérapeutique recommandable pour la suite du traitement ».*

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, rappelle l'obligation d'information du médecin traitant à la fin d'un séjour hospitalier. Articles 63 et 64 du Code de Déontologie Médicale [2, 3] :

- *« Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements publics de santé et aux établissements privés participants au service public hospitalier, le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible. »*
- *« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins*

peut librement refuser de prêter son concours ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

1.1.2 La continuité des soins

La continuité des soins est le concept par lequel le médecin généraliste se charge de rassembler et structurer l'ensemble de la prise en charge médicale d'un patient. En 2002, l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (WONCA) [5] intègre cette notion dans sa définition de la médecine générale – médecine de famille : *« Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. »*

La continuité des soins est aussi un devoir du médecin généraliste comme le rappelle le Code de Déontologie Médicale [1]. Art 47 : *« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée [...] »*.

La loi HPST du 21 juillet 2009 [28] rappelle encore l'intérêt de cette notion dans un chapitre intitulé *« Continuité des soins en médecine ambulatoire »*.

La continuité des soins implique également une communication entre médecins hospitaliers et médecine de ville. Cette communication doit se faire dans les deux sens. Cette notion est rappelée dans le Code de Santé Publique et le Code de Déontologie Médicale : *« Cela implique que le médecin hospitalier prenne toutes les dispositions pour que soit assurée la continuité de la prise en charge entre médecins hospitaliers et médecins traitants de ville »*.

Dans ce sens un décret de 1974 et un article du Code de Santé Publique rappellent l'obligation du médecin hospitalier de fournir et ce sous 8 jours, un courrier de sortie à l'intention du médecin traitant.

— Art 3 du décret n° 74-230 du 7 mars 1974 : *« le chef du service hospitalier concerné adresse au médecin [...] par voie postale et dans un délai maximum de 8 jours suivant la sortie du malade, une lettre l'informant de cette sortie [...] »*

- Art R710-2-6 du Code de Santé Publique : « À la fin de chaque séjour hospitalier, les documents mentionnés au II de l'article R710-2-1 ainsi que tous les autres jugés nécessaires sont adressés dans un délai de huit jours au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins »

Pour la première fois en juillet 2016 un décret paru au journal officiel évoque un nouveau mode de communication : la messagerie sécurisée. « Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé. »

1.1.3 Le parcours de soins coordonnés

La loi du 13 août 2004 [29] relative à l'Assurance Maladie met en place le parcours de soins coordonnés. Il s'agit de placer le médecin traitant au centre de la prise en charge du patient. Il coordonne les différentes interventions des professionnels de santé avec pour objectif de rationaliser les soins. Comme le stipule la loi, le patient est dans le parcours de soins lorsque celui-ci consulte un autre médecin à la demande de son médecin traitant. Le médecin traitant adresse son patient aux différents spécialistes dont celui-ci a besoin à l'aide d'un courrier qui sera amené par le patient lors de la consultation. Le médecin consulté doit procéder à un retour d'information vers le médecin traitant du patient. En cas de consultation libre (non adressé par son médecin traitant), le patient pourra se voir exposer à des majorations financières ou ne pourra prétendre au remboursement de sa consultation. Il existe quelques exceptions : les urgences, les psychiatres, les ophtalmologistes, les gynécologues et les neuropsychiatres. Cette mesure ne concerne pas non plus les enfants de moins de 16 ans, les migrants de passage, les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) et les ressortissants de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

1.2 Dans la littérature

Outre le Dr. DESVAGES, nombreux médecins se sont déjà penchés sur le problème de la communication entre médecins hospitaliers et médecins généralistes. Tout d'abord il

en ressort un manque de communication à la sortie des urgences. Trois études dont une étrangère appuient ce constat :

- En 2006, l'Union Régionale des Médecins Libéraux [17] enquêtait sur « *La continuité des soins en ville après une hospitalisation* ». Leur population était composée de 109 médecins libéraux dont 69 médecins généralistes d'Île-de-France. Il en est ressorti que le médecin désigné pour assurer la continuité des soins était peu fréquemment informé de l'entrée (41,3 %) et de la sortie (23,1 %) de son patient.
- En 2001 en Australie, une étude de WILSON [32] retrouvait que seulement 27 % des généralistes recevaient un compte-rendu de sortie.
- Plus récemment en 2017, le Dr. BIDOT [7] à Saint-Palais (64) publie, dans sa thèse, une étude observationnelle prospective sur les patients après leur passage aux urgences. 30 % avaient vu leur médecin traitant dans les 7 à 10 jours suivant leur sortie mais seul 28 % dans le but de l'informer de ce passage aux urgences.

Ensuite s'ajoute la question de la qualité de cette communication. Les problèmes les plus souvent soulevés sont : le délai de réception et la qualité du courrier (précision, lisibilité, constance des informations). Trois travaux illustrent cette problématique :

- En 2005, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) BICHAT - CLAUDE-BERNARD a enquêté sur les relations entre la médecine de ville et l'hôpital. Cette enquête met en évidence deux axes d'amélioration concernant la relation entre médecin traitant et hospitalier : le délai de réception des comptes-rendus d'hospitalisation (CRH) et l'accessibilité des praticiens hospitaliers.
- En 2007 une enquête avait été réalisée dans la région parisienne (Paris et Seine-Saint-Denis) par un groupe de médecins de l'Hôpital AVICENNE [22]. Leur but était d'évaluer la qualité de la communication entre l'hôpital et les médecins généralistes. Un questionnaire avait été diffusé à 50 médecins généralistes. Il en ressortait que la communication était satisfaisante en terme quantitatif de façon globale : les médecins généralistes reçoivent des informations pour 8 patients sur 10 adressés à l'hôpital. Toutefois, elle n'était ni constante pour le motif de recours à l'hôpital, ni efficace pour le type d'informations qu'elle contient.
- Une méta-analyse américaine [27], incluant 73 articles, a essayé de déterminer les déficits de communication et d'information lors des sorties d'hospitalisation. Il en

est ressorti qu'une communication directe entre l'hôpital et les praticiens des soins primaires était peu fréquente (3-20 %). À quatre semaines de la sortie d'hospitalisation, seulement 51 à 77 % des comptes-rendus d'hospitalisation étaient disponibles. La qualité des comptes-rendus a aussi été étudiée. Il manquait certaines informations importantes telles que le diagnostic ou des résultats d'examens, dans 33 à 63 % des cas, ou encore le traitement de sortie, dans 2 à 40 % des cas.

Enfin, un autre mode de communication que le courrier semble avoir émergé. Les médecins généralistes paraissent encourager l'utilisation des messageries sécurisées.

2 Les moyens de communication à la disposition des SAU

2.1 Le patient-lui même

Le patient relate à son médecin traitant lors d'une prochaine consultation son passage aux urgences. Cette communication n'est toutefois pas sans faille. Un patient qui sort des urgences et qui n'a pas bien saisi le déroulement des examens paracliniques, leurs résultats, le traitement entrepris et la conduite à tenir peut difficilement le retranscrire à son médecin traitant.

Une étude réalisée en France en 2018 [23] a montré que le déroulement et le bilan d'un passage aux urgences n'est pas toujours bien compris par le patient, particulièrement lorsque celui-ci appartient à certaines classes socio-économiques de la population.

2.2 Compte-rendu d'hospitalisation

Ce courrier informe le médecin traitant de l'hospitalisation d'un de ses patients et y rapporte des éléments tels que le motif de consultation, la prise en charge effectuée, le diagnostic et les traitements de sortie de l'hospitalisation. En 2003, la Haute Autorité de la Santé (HAS) a rendu obligatoires certains éléments de ce courrier pour toute hospitalisation de plus de 24 heures. Ces recommandations ont été revues en 2014 [20] :

- L'identification du patient
- Le motif d'hospitalisation
- Une synthèse médicale du séjour
- Les actes techniques, examens complémentaires et biologiques
- Les traitements médicamenteux (d'entrée et de sortie avec justification si modification ou arrêt)
- Les suites à donner et les effets indésirables prévisibles

Cependant même si la loi prévoit un CRH pour toute hospitalisation de plus de 24 heures, il n'existe rien de formel pour les simples consultations au SAU. Il est évident qu'un compte-rendu de consultation est nécessaire indépendamment de la durée du séjour dans l'optique d'assurer la continuité des soins.

En 2014 une étude menée par CARNEIRO et al. [11] montrait déjà qu'il existait une disparité dans la qualité des courriers reçus par les médecins traitants. Cette étude relevait des pistes d'amélioration telles que le délai de réception du courrier et l'indication claire du traitement de sortie et de l'identité de l'urgentiste référent. De plus l'auteur insistait sur le fait que la standardisation d'un courrier de sortie, adapté à la pratique du médecin généraliste, remis en main propre au consultant et envoyé par mail sécurisé semblait être un des moyens prioritaires d'amélioration de la qualité du parcours de soins à mettre en place au sein des services d'urgence de l'hôpital.

En avril 2004, le SAMU 54 a mis en place une Procédure Opérationnelle Standardisée (POS) [12]. C'est un courrier précis dans lequel sont relatés le déroulement et les conclusions d'une intervention du SAMU à destination du médecin traitant.

2.3 Messageries sécurisées et espace de confiance MSSanté

Le système MSSanté est un *espace de confiance* que peuvent intégrer des opérateurs (établissement de santé, éditeur de logiciel, administration) dont l'objectif est de sécuriser le service de messagerie électronique qu'ils proposent aux professionnels de santé.

Les messageries de l'espace de confiance MSSanté possèdent également l'accès à un annuaire commun et certifié de l'ensemble des professionnels de santé, à condition que ces derniers s'y soient inscrits. Le système MSSanté vise deux objectifs :

- Favoriser les échanges par courriel en les rendant sûrs et simples
- Protéger la responsabilité des professionnels de santé.

À terme, l'objectif utopique de cet espace de confiance est d'y intégrer l'ensemble des messageries de santé existantes et de créer ainsi un espace au sein duquel tous les professionnels de santé pourront échanger de manière sécurisée.

Actuellement deux groupes dominant sur le marché des messageries sécurisées. Nous avons déjà mentionné MSSanté. Cependant la plus répandue parmi les médecins généralistes est APICRYPT. Créée il y a 23 ans elle est aujourd'hui le plus grand réseau médical avec 90 millions de courriels échangés par an et près de 80 000 abonnés. C'est un outil pour les médecins, créé par un médecin. Aux origines d'APICRYPT, il y a une association : l'Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine APICEM (association de loi 1901 sans but lucratif) créée en 1996 par le Docteur Alain CARON, médecin généraliste libéral dans le nord de la France. Depuis l'association a laissé place en 2001 à APICEM SARL qui en 2009 crée : APICRYPT en charge de l'expédition des clefs de cryptage et signature.

2.4 Le dossier médical partagé

Le dossier médical partagé (DMP), dossier médical personnel avant 2015, est un projet public lancé en France par le Ministère de la Santé. L'objectif était que chaque français dispose d'un dossier médical informatisé reprenant toutes ses données médicales.

Le projet est lancé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cette dernière a investi environ 500 millions d'euros depuis le lancement du projet. Le système est opérationnel depuis mi-2011. Début 2014 seulement 400 000 dossiers avaient été créés. Pourtant, d'après un sondage publié en 2013, 83 % des Français étaient favorables à son principe. L'utilisation du DMP est finalement officiellement disponible pour tous depuis le 6 novembre 2018 à la suite d'une annonce de la Ministre de la Santé, Agnès BUZYN [10].

L'organisme en charge de la relance de ce projet est l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé (ASIP Santé). Créée en juillet 2009 son autre mission est de faciliter l'émergence de la télémédecine.

Au final, le DMP regroupe en ligne les informations de santé de chaque assuré social qui le crée. Il permet de les partager avec le médecin traitant et tous les professionnels de santé qui prennent en charge le patient, même à l'hôpital.

Il regroupe notamment :

- Historique des soins des 24 derniers mois alimenté automatiquement par l'assurance maladie
- Résultats d'examens
- Coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence
- Antécédents médicaux
- Compte-rendus d'hospitalisation
- Directives anticipées pour la fin de vie

En cas d'urgence ce DMP peut être utilisé par un accès en mode *bris de glace*. C'est-à-dire qu'en cas d'appel au Centre 15, le médecin régulateur peut accéder au DMP du malade à condition que ce dernier ne soit pas en mesure de s'exprimer et qu'il existe un risque vital immédiat. Tous ces accès en urgence sont tracés dans le DMP du patient.

En cas d'hospitalisation si le patient donne son consentement oral, les professionnels de santé exerçant dans l'établissement peuvent consulter son DMP via leur carte de professionnel de santé. Toutes les actions seront tracées dans l'historique des accès. L'ensemble des professionnels de santé d'un établissement constitue *l'équipe de soins* et c'est à cette équipe que le patient donne accès à son DMP. Par contre, l'établissement de santé peut déposer dans le DMP du patient, sans le consulter, les résultats d'examen, les comptes rendus d'imagerie et toutes informations utiles à la coordination des soins.

2.5 Appel téléphonique

Dans certains cas, contacter le médecin traitant peut s'avérer très utile pour obtenir des informations telles que les traitements habituels ou les antécédents d'un patient si celui-ci n'est pas capable de les expliquer ou aussi afin de mieux comprendre son environnement socio-familial. Ce moyen de communication ne peut en aucun cas permettre de transmettre des informations en sortie de consultation au SAU. En effet, cela serait beaucoup trop chronophage pour tous.

3 Qu'en est-il du Havre et de son agglomération ?

3.1 Le Havre et son agglomération

3.1.1 Administratif

La Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH) est une ancienne communauté d'agglomération française, située dans le département de la Seine-Maritime et la région Normandie. Elle a fusionné avec ses voisines pour former, le 1 janvier 2019, une communauté urbaine appelée Le Havre Seine Métropole.

L'étude du Dr. DESVAGES a été réalisée en 2017 avant cette fusion. Afin que nos travaux soient comparables et pour répondre à notre objectif, l'étude actuelle ne considère que le territoire de la CODAH. Ceci exclue les médecins généralistes du canton de Criquetot-l'Esneval et Caux Estuaire. En pratique ces médecins reçoivent aussi un courrier de sortie du SAU adultes du GHH.

Dans son rapport publié le 29 juillet 2019 [26], l'INSEE livrait sa donnée de population légale au Havre au 1 janvier 2019, soit 172 366 habitants. Le territoire constitue un bassin de vie et d'emploi important. Plus de 100 000 actifs y habitent et 92 % d'entre eux y travaillent [25]. La superficie totale est de 495,8 km² pour 273 568 habitants.



FIGURE 1 – Actuelle communauté Le Havre Seine Métropole

3.1.2 Démographie médicale

En 2011, une étude qualitative partagée sur l'accès aux soins sur le territoire de l'agglomération Havraise réalisée par les Dr. GUILLOUX et DENIS [9] a étudié la démographie médicale sur le territoire de la CODAH. Cette étude constatait une situation plutôt satisfaisante avec un accès aux soins jugé correct même si des difficultés persistaient. Bien que cette situation ne soit pas alarmante dans les chiffres, ils relevaient déjà qu'à plus ou moins long terme la démographie médicale serait problématique sur le territoire : *« Si le secteur de l'agglomération n'est pas considéré actuellement comme une zone préoccupante du point de vue de la démographie médicale (non classé en zone déficitaire par l'ARS), le vieillissement des médecins en activité, les difficultés qu'ils ont à trouver des remplaçants et successeurs rend la situation tendue sur le territoire. L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de Haute-Normandie signale qu'il faut tenir compte du fait que l'offre de soins du Havre dessert un bassin géographique beaucoup plus large que le territoire administratif de l'agglomération. En effet, les délais d'attente pour accéder aux médecins généralistes et aux dentistes se sont dégradés [...]. Il a été en effet à plusieurs reprises, mentionné que des habitants au Havre avaient de grandes difficultés à trouver un médecin traitant (nouvel arrivant, patients d'un médecin parti à la retraite sans successeur). Des personnes âgées voient ainsi leur médecin traitant partir à la retraite, si bien que les médecins généralistes encore en exercice à proximité doivent accepter de nouvelles prises en charge, lourdes de surcroît parce qu'elles nécessitent un suivi resserré, et le plus souvent au domicile. Certains médecins généralistes voient donc leur charge de travail s'alourdir et, les médecins concernés redoutent un épuisement professionnel [...]. Il a été constaté que des médecins ou des dentistes ne pouvaient plus accepter de nouveaux patients ou n'acceptaient que des patients habitant le même quartier (Le Havre). Ils sont confrontés à un arbitrage : accepter de nouveaux patients ou conserver des délais de rendez-vous corrects. Les perspectives ne sont pas rassurantes [...].»*

La situation s'est bien aggravée puisqu'en 2015 une étude réalisée par l'INSEE [24] montrait que la Haute-Normandie faisait partie des régions les moins bien dotées en professionnels de santé libéraux de proximité. Elle se classait 17 sur 22 pour la densité de médecins avec une densité brute de 8,7 médecins pour 100 000 habitants pour une

moyenne en France métropolitaine de 9,5. Un autre problème est à souligner : les départs en retraite. Dans cette même étude, on retrouve que les médecins (en comparaison aux dentistes, kinésithérapeutes et infirmières) sont ceux qui devraient connaître la plus forte proportion de cessations d'activité dans les années à venir. En 2022, 40 % d'entre eux pourraient partir en retraite.

Encore plus récemment le 27 mars 2018 la députée de Seine-Maritime Agnès FIRMIN-LE BODO a interrogé la Ministre de la Santé Agnès BUZYN sur la démographie médicale au Havre. C'est à cette occasion que la ministre avait déclaré que « *le récent zonage des médecins reconnaît le territoire du Havre comme zone d'action complémentaire, le rendant éligible aux aides de l'ARS* » [8]. En effet le *zonage* mis en place par l'ARS donne lieu à l'attribution d'aides financières et permet de renforcer les moyens dédiés aux médecins (aides à l'installation, aides fiscales, contractuelles et conventionnelles). Le tableau des aides est consultable en Annexe A. L'objectif est d'améliorer la démographie médicale et l'accès aux soins dans la région. En place depuis le 12 janvier 2018, il arrête les nouvelles zones dont l'offre de soins est insuffisante pour la profession de médecin généraliste. Il est réévalué chaque année. Le 4 juillet 2019, l'ARS de Normandie a publié le nouveau zonage médecin, désormais 43 % des normands vivent dans une zone éligible aux aides, une augmentation de 20 points par rapport à 2017.

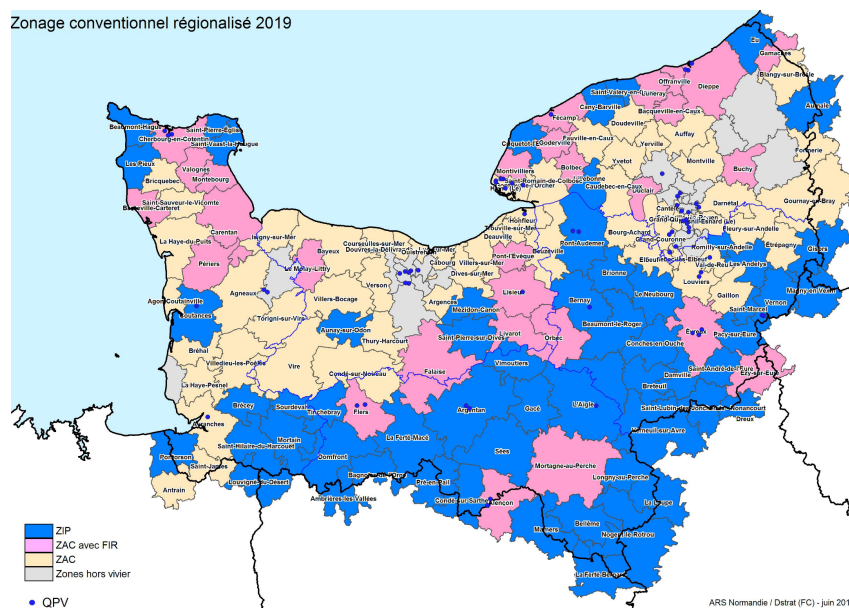


FIGURE 2 – Zonage conventionnel régionalisé 2019 (Source ARS Normandie).

3.2 Organisation de la permanence des soins au sein de la CODAH

La permanence des soins est une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre des plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux de médecine générale. Cette permanence est assurée d'une part par un système de garde des médecins généralistes libéraux, et d'autre part par les services d'accueil des urgences. Au Havre, son organisation a été détaillée dans la thèse du Dr. FAGOT GRIFFIN [16] en 2012. Depuis, son organisation a été revue et réadaptée aux besoins actuels.

3.2.1 L'association médicale des urgences du Havre (AMUH)

L'AMUH a été créée en 1978 par un groupe de médecins généralistes dont l'objectif premier était de s'unir pour organiser au mieux les gardes. L'AMUH est principalement financée par la CODAH, l'Assurance Maladie et l'ARS. Les médecins participant à la permanence des soins ambulatoires cotisent à l'AMUH à hauteur de 300 euros par an, et 15 % du montant des actes lui sont reversés. L'AMUH a créé la première maison médicale de garde (MMG) de France en 2000. Elle est située au Havre en centre-ville dans des locaux appartenant à toute la profession au travers de la SCI Domus Medica.

Elle est ouverte de 20h à minuit tous les soirs de la semaine. Elle est en plus ouverte de 13h à 20h les samedis et de 8h à 20h les dimanches et jours fériés. Deux médecins consultent le soir et le week-end. Un troisième est d'astreinte certains jours, lors des périodes de Noël et en périodes d'épidémies par exemple.

S'organisent également des gardes de visites à domicile avec un accompagnateur médico-social. Elles sont organisées de 20h à minuit. L'AMUH participe aussi à la régulation des appels du Centre 15. Deux médecins régulent de 8h à 20h tous les week-ends et jours fériés. La nuit un médecin est présent de 20h à 1h du matin et de 1h à 7h. Cette régulation se fait via le numéro 116 117 dans les locaux du SAMU.

3.2.2 La permanence des soins hospitalière

Il existe quatre services publics d'urgences au sein du Groupement Hospitalier Havrais. Trois sont situés à l'hôpital Jacques MONOD : le SAU adultes, les urgences pédiatriques et les urgences gynécologiques/maternité. Le quatrième est le service des urgences psychiatriques adultes de l'hôpital Pierre JANET. Il existe par ailleurs deux services privés d'urgences : la clinique des ORMEAUX et l'hôpital privé de l'Estuaire.

3.3 La communication entre le service d'accueil des urgences adultes du Havre et les médecins généralistes de la CODAH

Suite à la thèse du Dr. DESVAGES en 2017, le SAU adultes a mis en place pendant l'hiver 2018 un courrier informatique automatisé envoyé systématiquement par coursier aux médecins traitants pour chaque consultation. Ce courrier est rédigé directement au sein du logiciel du SAU adultes (RESURGENCE), relu par une secrétaire du service puis imprimé et adressé par coursier au médecin généraliste déclaré comme traitant par le patient. Ce travail de relecture, de mise en page, d'impression et d'envoi est partagé entre les secrétaires du service des urgences en fonction du secteur ayant accueilli le patient : ambulatoire, accueil médico-chirurgical, et déchocage.

Le contenu du courrier s'appuie sur l'observation médicale réalisée par le médecin urgentiste et/ou l'interne ayant pris en charge le patient. On y retrouve notamment les résultats d'examens complémentaires, la biologie, le traitement entrepris aux urgences et la conduite à tenir à la sortie. Enfin la conclusion reprend le codage de la CIM 10.

4 Matériel et Méthode

4.1 Objectifs

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'impact de la mise en place d'un courrier postal systématique par le SAU adultes du GHH au travers de la satisfaction des médecins généralistes sur la communication avec les urgences. L'objectif secondaire est de discuter des pistes d'amélioration (moyen utilisé, contenu, délai de réception).

4.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude analytique transversale réalisée à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes de l'agglomération havraise (ancienne CODAH). C'est une étude quantitative qui vise à évaluer l'efficacité de la mise en place de ce courrier.

4.3 Population étudiée

4.3.1 Critères d'inclusion

Il s'agit de l'ensemble des médecins généralistes membre de l'Association Havraise de Formation Continu (AHFMC) exerçant sur le territoire de la CODAH.

4.3.2 Critères d'exclusion

Sont exclus de l'étude : les médecins remplaçants, les médecins retraités et les médecins installés dans les communes du canton de Criquetot-L'Esneval et de Caux Estuaire. Ces dernières ne faisaient pas partie de la CODAH au moment du travail du Dr. DESVAGES.

4.3.3 Processus de recrutement

Les médecins ont été recrutés en utilisant la liste de diffusion de l’AHFMC, en prenant soin d’en retirer les médecins spécialistes ainsi que les médecins des communes sus-citées.

4.4 Période étudiée

Un premier envoi a eu lieu en novembre 2018 et s’est soldé par un échec (problème de messagerie avec courriel classé en indésirable). Les envois ont donc été réitérés à partir d’une boîte mail créée à cet effet, à partir du lundi 7 janvier 2019 à raison d’un envoi tous les lundis matin à 8h pendant un mois soit un total de quatre envois.

4.5 Mode de recueil des données

4.5.1 Élaboration du questionnaire

J’ai repris à l’identique le questionnaire du Dr. DESVAGES dans le but de rendre nos études les plus comparables possible. Ce questionnaire comprend majoritairement des questions fermées et quelques questions ouvertes. Celui-ci est disponible en Annexe B. Il est divisé en deux parties : la première étudie l’état actuel de la communication entre les urgences et le médecin traitant du patient ayant consulté le SAU, la seconde concerne les pistes à améliorer.

4.5.1.1 Première partie : état actuel de la communication

Quatre questions portent sur le profil du médecin interrogé : sexe, âge, mode d’exercice, activité, participation ou non à la permanence des soins. Deux questions portent sur les informations partagées entre SAU adultes et médecin traitant.

Quatre questions portent sur le format de la communication en précisant les délais de réception :

- courrier postal
- courrier remis au patient
- courriel crypté
- appel téléphonique

Neuf questions traitent du contenu du courrier au médecin généraliste par le service des urgences adultes :

- lisibilité
- motif de consultation
- examen clinique détaillé
- résultats d'examens complémentaires
- avis d'un spécialiste
- traitement entrepris aux urgences
- traitement de sortie
- rendez-vous à prévoir en externe
- conclusion et la conduite à tenir

Enfin deux questions cherchent à montrer une éventuelle différence de prise en charge selon que le patient est adressé ou non aux urgences par son médecin traitant.

4.5.1.2 Deuxième partie : les pistes d'amélioration

Trois questions demandent aux médecins interrogés les points à améliorer :

- Le type de communication souhaité
- La nécessité ou non d'être informé à chaque passage
- Le type de patient ayant besoin d'un courrier lors d'un passage au SAU

4.5.2 Diffusion du questionnaire

L'enquête est réalisée via le service Google Forms. L'envoi des questionnaires s'est fait par courriel avec un texte d'introduction expliquant la raison de cette étude et son

intérêt tant pour ma thèse que pour une évaluation des pratiques professionnelles en accord avec le GHH, le chef de service des urgences adultes et le Dr. DESVAGES. Le texte d'introduction est disponible en Annexe C.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies auprès de répondants volontaires et non rémunérés sont rendues anonymes de manière systématique avant tout traitement informatique. Les données sont anonymisées directement par Google Forms.

4.6 Étude statistique

Les variables qualitatives ordinales ou nominales sont décrites par des pourcentages et des diagrammes circulaires après extraction des données brutes depuis Google Forms. Les données ont été croisées avec celles du Dr. DESVAGES au moyen des tests statistiques suivants : test du Chi2 de PEARSON et test exact de FISHER.

5 Résultats

5.1 Flow chart

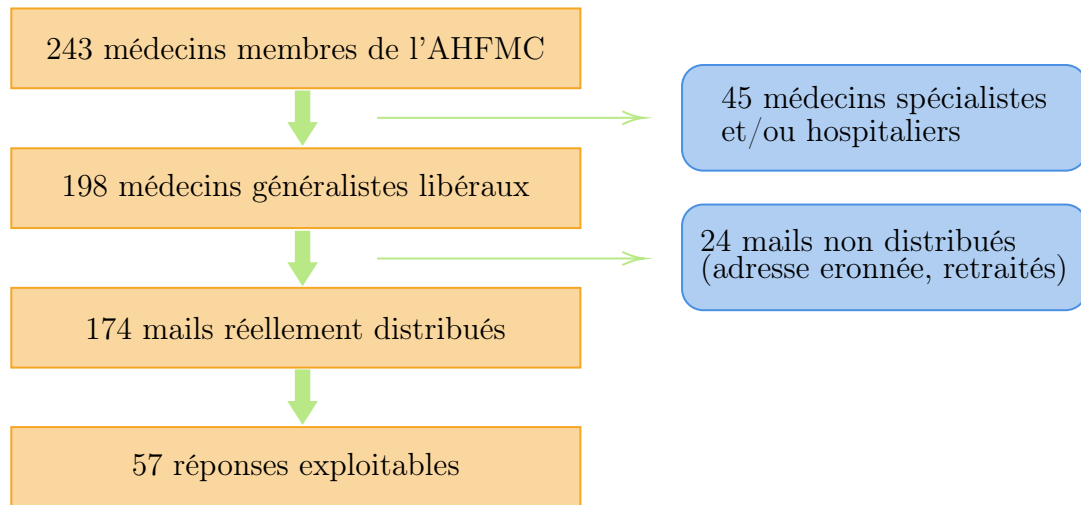


FIGURE 3 – Flow chart

5.2 Caractéristiques de la population étudiée

5.2.1 Sexe

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire la majorité sont des hommes. Les réponses sont les suivantes : 63,2 % hommes ($n = 36$) et 36,8 % des femmes ($n = 21$).

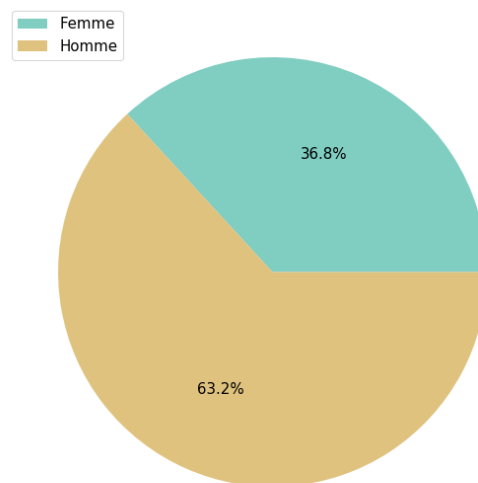


FIGURE 4 – Sexe ratio.

5.2.2 Âge

La majorité des répondants avaient plus de 60 ans. Les réponses étaient les suivantes : 38,6 % de plus de 60 ans (n = 22), 31,6 % entre 45 et 60 ans (n = 18), et 29,8 % de moins de 45 ans (n = 17).

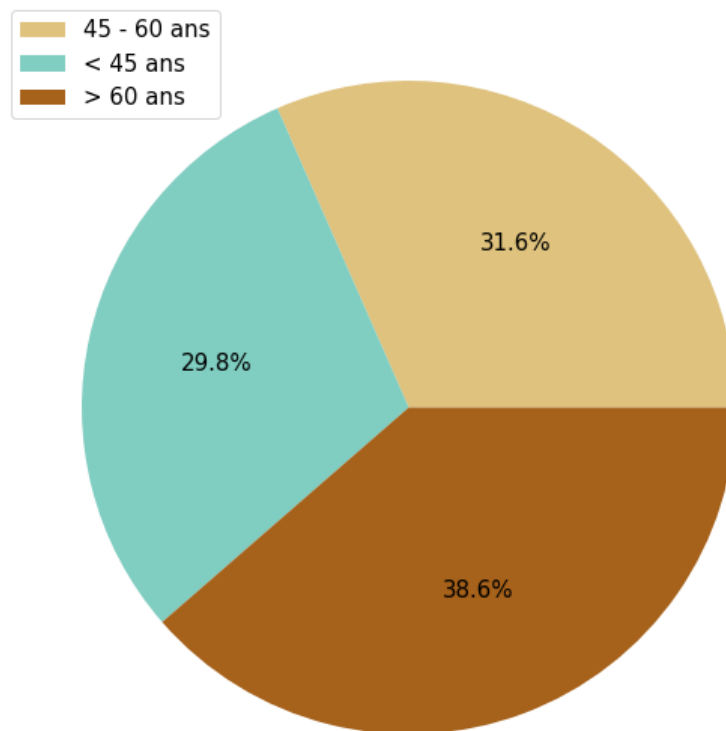


FIGURE 5 – Âge de la population.

5.2.3 Mode d'exercice

La grande majorité des répondants travaille en cabinet de groupe. Les résultats sont les suivant :

- Cabinet de groupe 75,4 % (n = 43)
- Seul 14 % (n = 8)
- Maison médicale 10,5 % (n = 6)

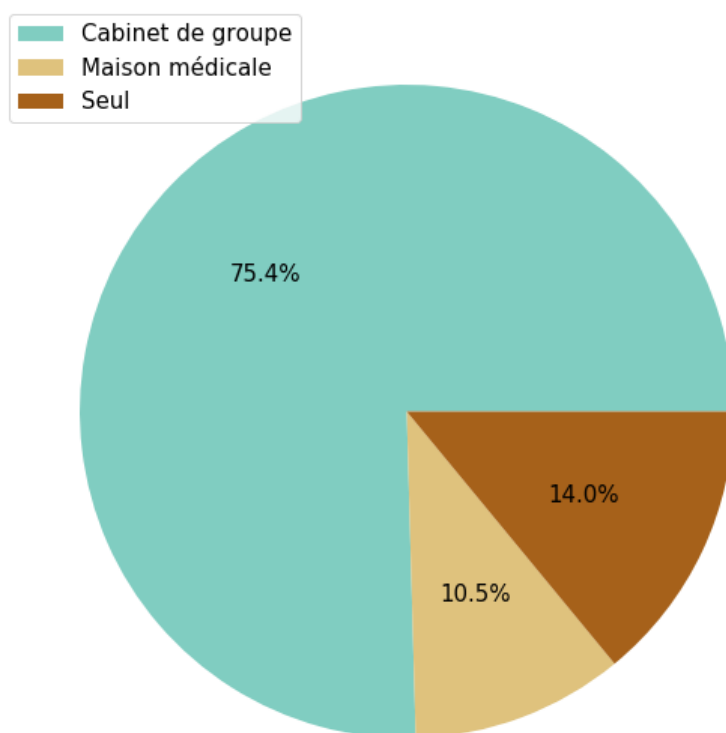


FIGURE 6 – Mode d'exercice.

5.2.4 Lieu d'activité

Parmi les médecins répondant la très grande majorité travaille en ville. Les résultats sont répartis comme suit : 84,2 % en milieu urbain (n = 48), 14 % semi-urbain (n = 8) et 1,8 % rural (n = 1).

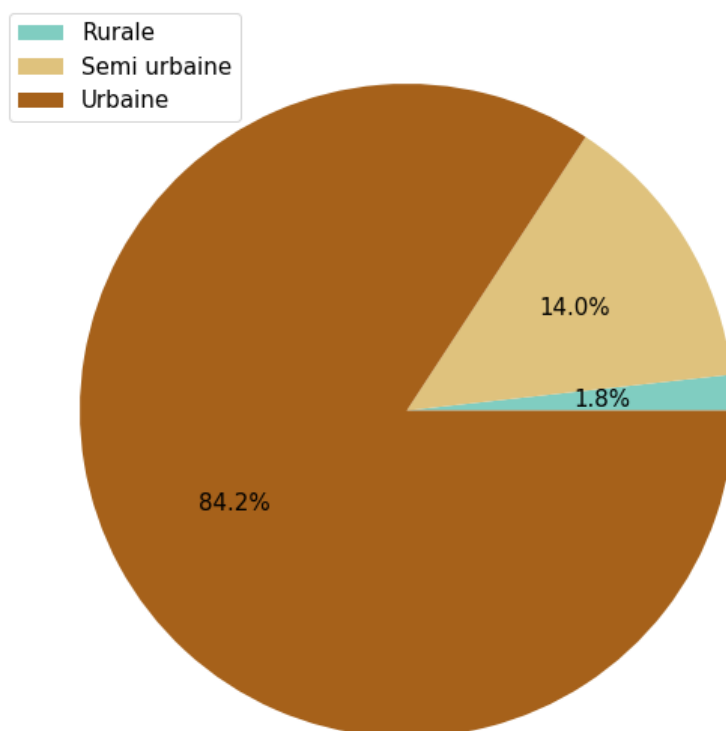


FIGURE 7 – Lieu d'activité.

5.2.5 Activité en permanence de soin

Parmi les médecins ayant participé à l'étude quasiment la totalité déclare avoir une activité de permanence de soin. Les résultats sont : 94,7 % oui (n = 54) et 5,3 % non (n = 3).

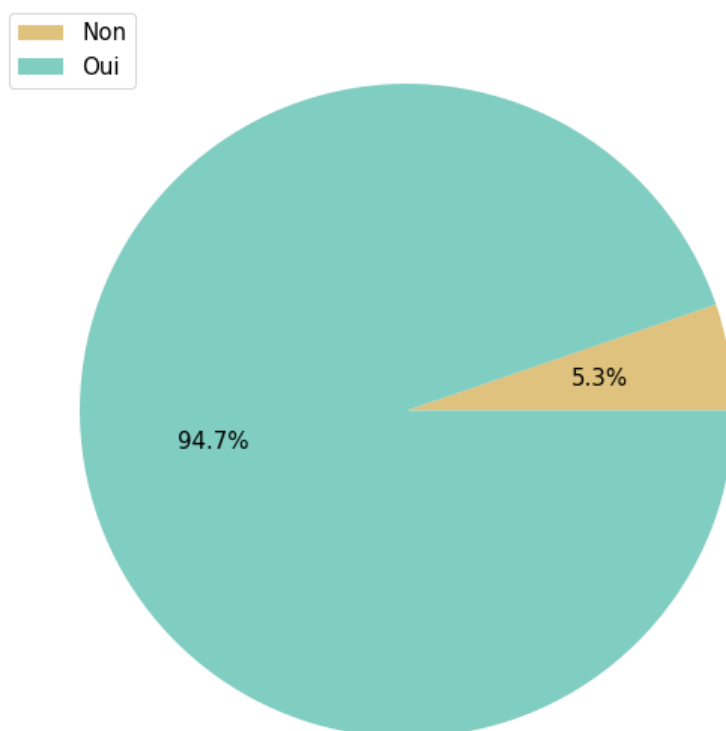


FIGURE 8 – Participation à la permanence des soins.

5.3 Comparaison des populations

L'un des points primordiaux de ce travail est d'abord de vérifier que la population de notre étude est comparable à celle de l'étude du Dr. Clémence DESVAGES. Le test du Chi2 de PEARSON a été utilisé afin de s'assurer de l'absence de différence significative de distribution entre les deux populations sur l'âge, le sexe, le mode d'exercice, le lieu d'activité et la participation ou non à une activité de permanence de soin. Les valeurs pour les deux populations sont disponibles dans le Tableau 1 (LB indique la population de l'étude actuelle et CD la population de l'étude du Dr. Clémence DESVAGES).

Sexe	Proportions LB (n total = 57)	Proportions CD (n = 86)
Homme	63 % (n = 36)	67 % (n = 57)
Femme	37 % (n = 21)	33 % (n = 28)
Age		
<45 ans	30 % (n = 17)	20 % (n = 17)
45 ans - 60 ans	32 % (n = 18)	54 % (n = 47)
>60 ans	39 % (n = 22)	26 % (n = 22)
Mode d'exercice		
Cabinet de groupe	75 % (n = 43)	84 % (n = 72)
Seul	14 % (n = 8)	8 % (n = 7)
Maison médicale	11 % (n = 6)	8 % (n = 7)
Lieu d'activité		
Urbain	84 % (n = 48)	67 % (n = 58)
Semi-urbain	14 % (n = 8)	22 % (n = 19)
Rural	2 % (n = 1)	10 % (n = 9)
Permanence de soin		
Oui	95 % (n = 54)	92 % (n = 77)
Non	5 % (n = 3)	8 % (n = 7)

TABLE 1 – Caractéristiques descriptives des populations étudiées

Sous le test du Chi 2 de PEARSON (aussi appelé test de contingence), la valeur-p indique la probabilité d'observer deux groupes au moins aussi différents sous l'hypothèse nulle qui est que les deux groupes ont été générés par la même distribution. Une faible valeur-p permet donc de remettre en question l'hypothèse nulle et de penser que les deux populations sont différentes. Le seuil de significativité est classiquement fixé à 5 %.

Il a été mis en évidence une différence significative pour deux critères de jugements que sont l'âge ($p = 0,025$) et le type d'activité ($p = 0,045$). La population du Dr. DESVAGES est composée pour la majorité de médecins âgés de 45 à 60 ans 54 % tandis que la population actuelle a une distribution plus équilibrée : 29,8 % de moins de 45 ans, 31,6 % de 45-60 ans et 38,6 % de plus de soixante ans.

	Pourcentages LB	Pourcentages CD
45 ans - 60 ans	31,6 %	54,7 %
>60 ans	38,6 %	25,6 %
<45 ans	29,8 %	19,8 %

TABLE 2 – Test du Chi2 sur l'âge

La population actuelle est plus urbaine que celle du Dr. DESVAGES : 84,2 % ($n = 48$) contre 67 % ($n = 58$), avec une valeur-p = 0,045.

	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Urbaine	84,2 %	67,4 %
Semi-urbaine	14,0 %	22,1 %
Rurale	1,8 %	10,5 %

TABLE 3 – Test du Chi2 sur le type d'activité

Les autres caractéristiques étudiées que sont le sexe, le mode d'exercice, l'activité en permanence de soin, ne présentent pas de différence significative. La valeur-p sur le sexe est de 0,76, sur le mode d'exercice de 0,45 et sur l'activité de permanence de soins de 0,71.

5.4 État actuel de la communication

5.4.1 Informations données

La majorité des répondants semblent être souvent satisfaits de la communication à la sortie des urgences. Les résultats sont les suivants :

- souvent 66,7 % (n = 38)
- parfois 22,8 % (n = 13)
- toujours 10,5 % (=6)

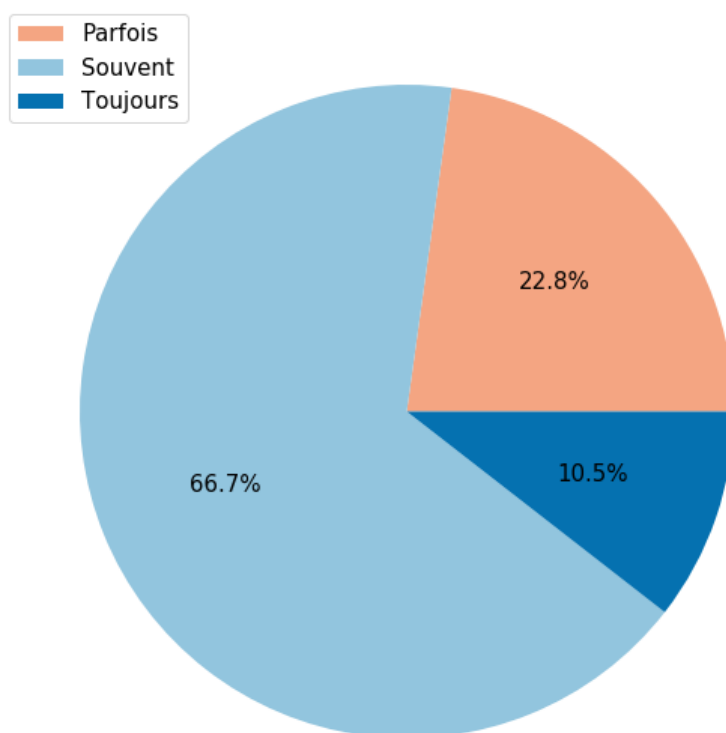


FIGURE 9 – Satisfaction globale

Parmi les médecins répondant, près de la moitié estiment être souvent informés du passage d'un de leurs patients. Les résultats sont les suivants :

- souvent 47,4 % (n = 27)
- toujours 29,8 % (n = 17)
- parfois 22,8 % (n = 13)

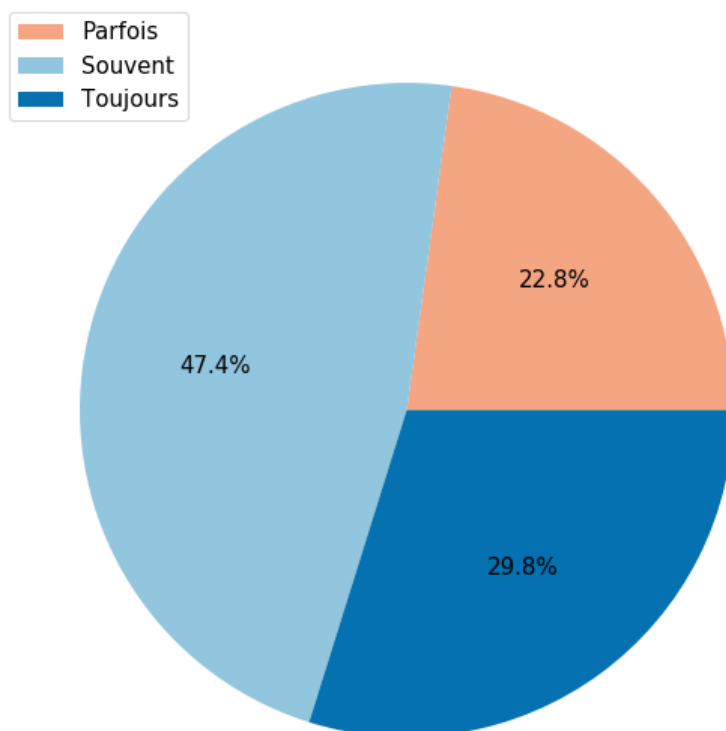


FIGURE 10 – Informé du passage au SAU adultes.

5.4.2 Forme de la communication

5.4.2.1 Courrier postal

La moitié des répondants déclarent être souvent prévenus par courrier postal du passage d'un de leurs patients et un tiers l'être toujours. Les résultats sont les suivants :

- souvent 47,4 % (n = 27)
- toujours 31,6 % (n = 18)
- parfois 19,3 % (n = 11)
- jamais 1,8 % (n = 1)

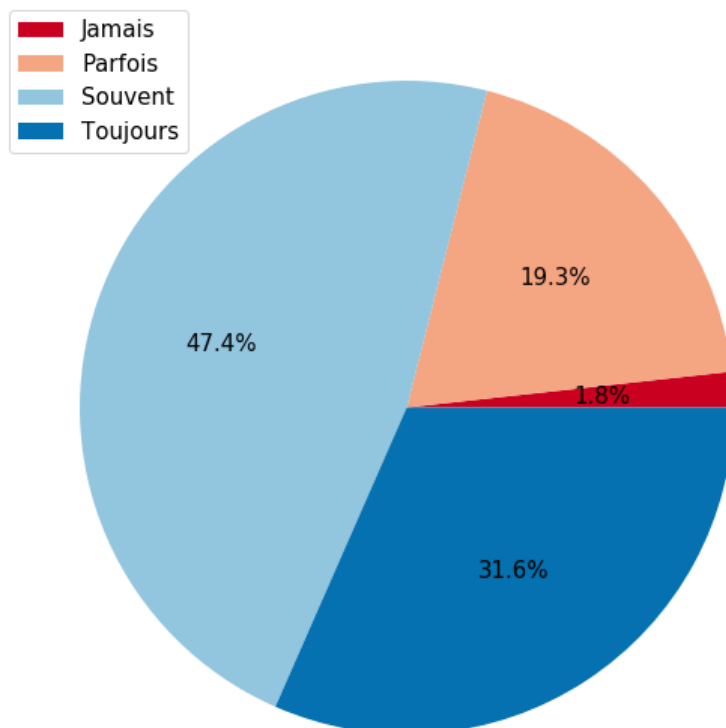


FIGURE 11 – Informé par courrier postal.

Parmi ceux recevant un courrier presque, la moitié le reçoit dans la semaine et l'autre moitié dans le mois. Les réponses sont :

- 46,4 % dans la semaine (n = 26)
- 51,8 % dans le mois (n = 29)
- 1,8 % plus d'un mois après le passage (n = 1)

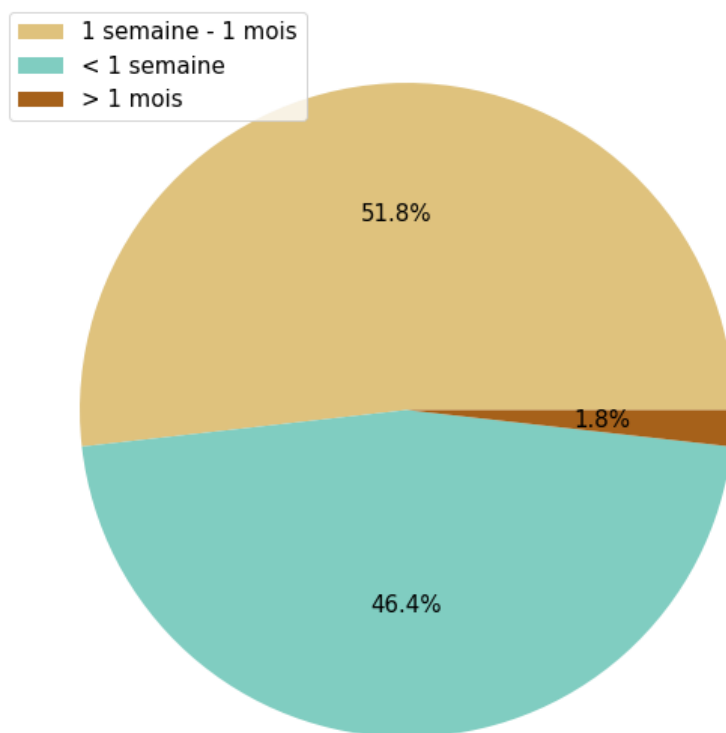


FIGURE 12 – Délai de réception du courrier.

5.4.2.2 Consultation post urgence

La majorité des médecins répondant déclarent être parfois prévenus d'un passage au SAU adultes par le patient lui-même au cours d'une consultation. Les réponses sont les suivantes :

- parfois 52,6 % (n = 30)
- souvent 24,6 % (n = 14)
- jamais 17,5 % (n = 10)
- toujours 5,3 % (n = 3)

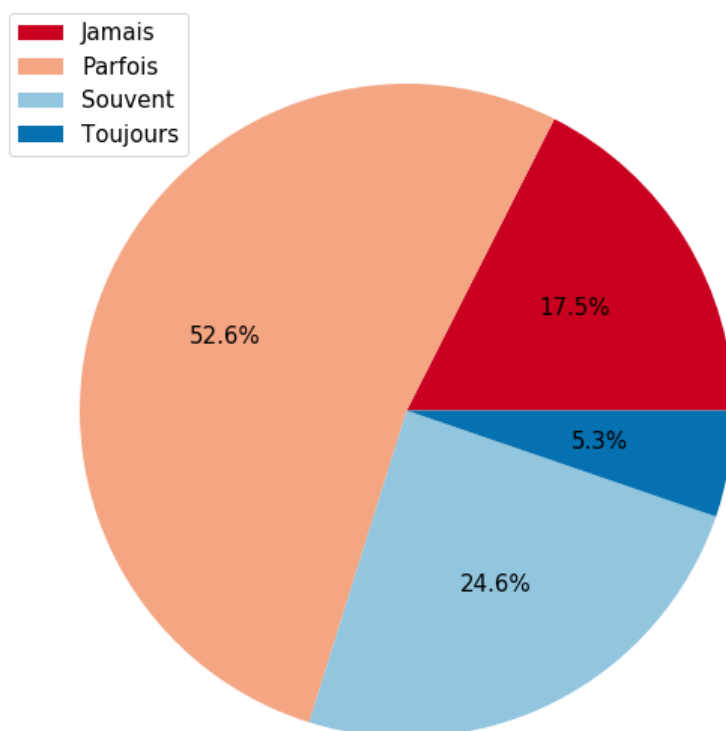


FIGURE 13 – Informé en personne par le patient.

Dans ce cas, la consultation a lieu dans près de la majorité des cas dans la semaine qui suit le passage au SAU adultes. Les résultats sont :

- 48,9 % dans la semaine (n = 23)
- 46,8 % dans le mois (n = 22)
- 4,3 % au-delà d'un mois (n = 2)

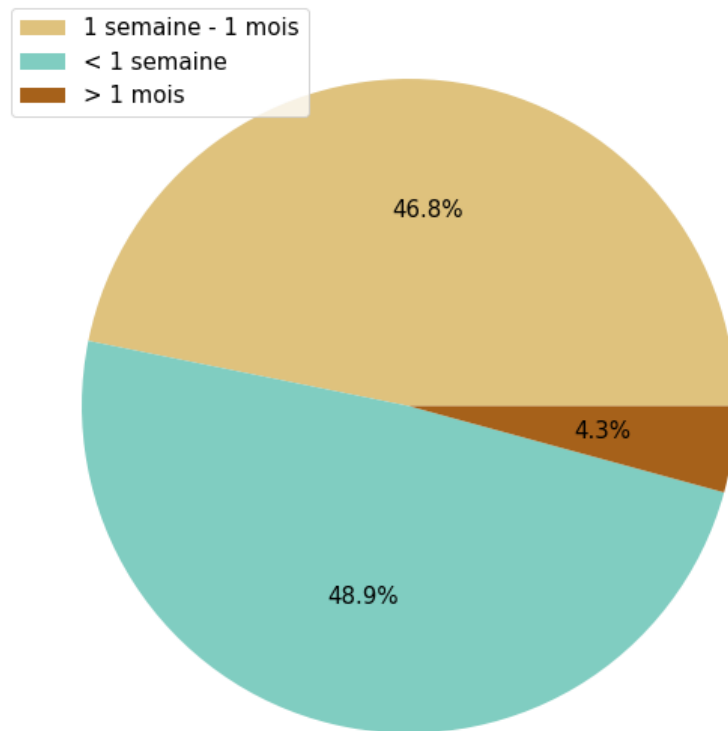


FIGURE 14 – Délai de la visite du patient.

5.4.2.3 Courriel crypté ou Messagerie sécurisée

Parmi les médecins répondant, la quasi-totalité déclarent ne jamais être prévenus par courriel crypté ou messagerie sécurisée du passage d'un de leurs patients au SAU adultes (98,2 %). Pour celui déclarant l'être parfois celui-ci l'est dans la semaine.

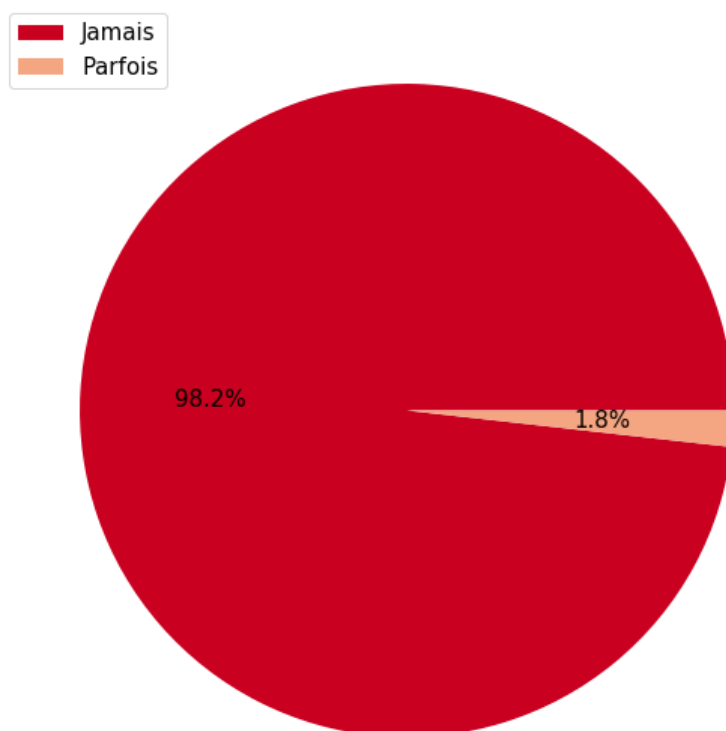


FIGURE 15 – Informé par courriel crypté ou messagerie sécurisée.

5.4.2.4 Appel téléphonique

La moitié des répondants avouent ne jamais être prévenus par un appel téléphonique de leurs confrères urgentistes du passage d'un de leurs patients au SAU adulte, l'autre moitié déclare l'être parfois. Dans ce cas l'appel a lieu dans la semaine suivant le passage.

Les réponses sont les suivantes :

- jamais : 54,4 % (n = 31)
- parfois : 45,6 % (n = 26)

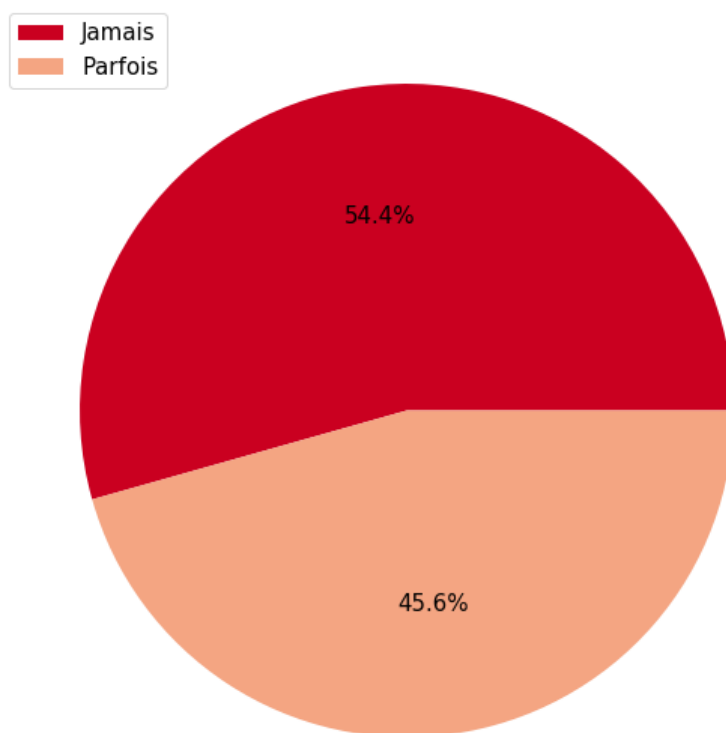


FIGURE 16 – Informé par appel téléphonique.

5.4.3 Contenu des informations

5.4.3.1 Lisibilité du courrier

Près de la moitié des répondants trouvent toujours le courrier lisible. Les réponses sont les suivantes :

- toujours 49,1 % (n = 28)
- souvent 42,1 % (n = 24)
- parfois 8,8 % (n = 5)

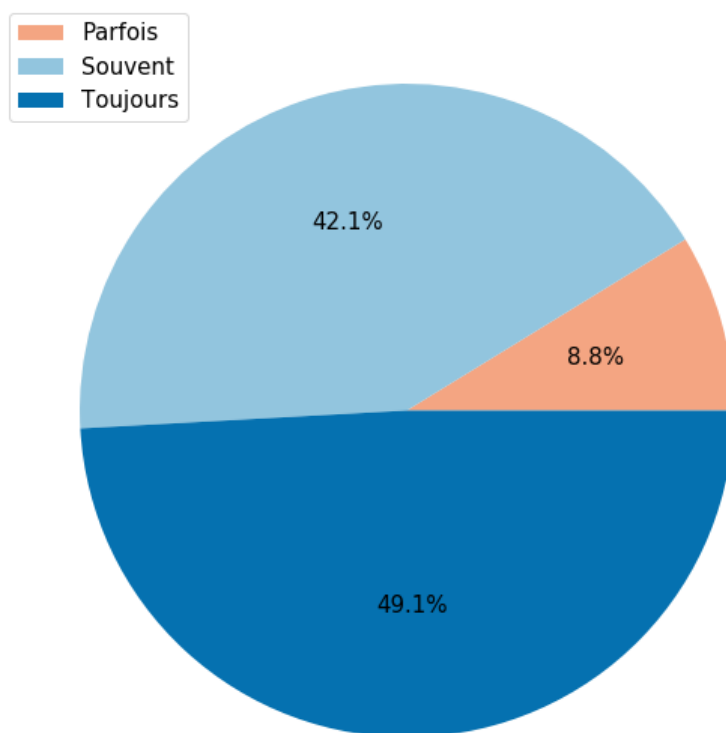


FIGURE 17 – Lisibilité des courriers.

5.4.3.2 Motif de la consultation

La moitié des répondants déclarent souvent retrouver le motif de consultation et un tiers toujours le retrouver. Les résultats sont les suivants :

- souvent 50,9 % (n = 29)
- toujours 33,3 % (n = 19)
- parfois 15,8 % (n = 9)

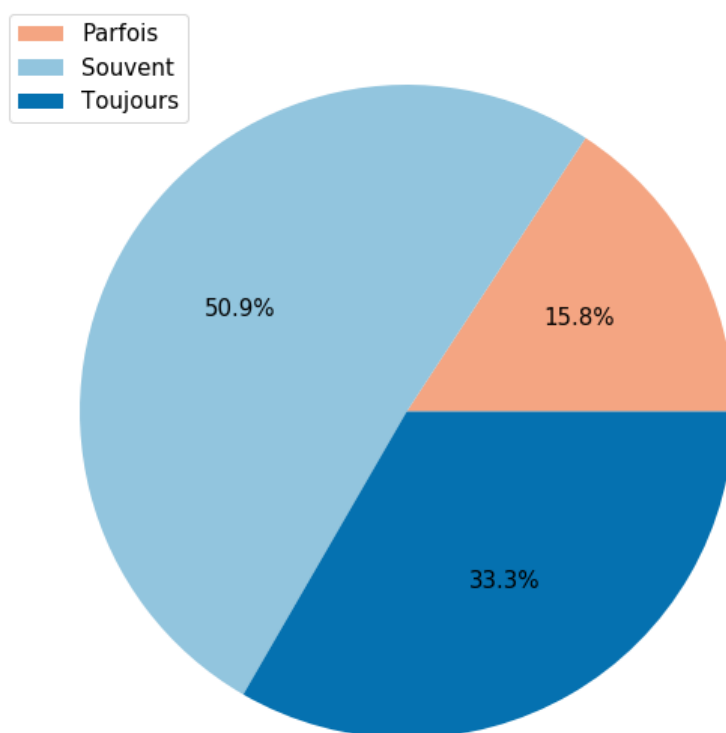


FIGURE 18 – Motif de la consultation.

5.4.3.3 Examen clinique

Pour presque la moitié des répondants l'examen clinique est souvent présent mais les réponses sont ici plus disparates que pour les autres questions. Les réponses sont :

- souvent 40,4 % (n = 23)
- parfois 33,3 % (n = 19)
- toujours 22,8 % (n = 13)
- jamais 3,5 % (n = 2)

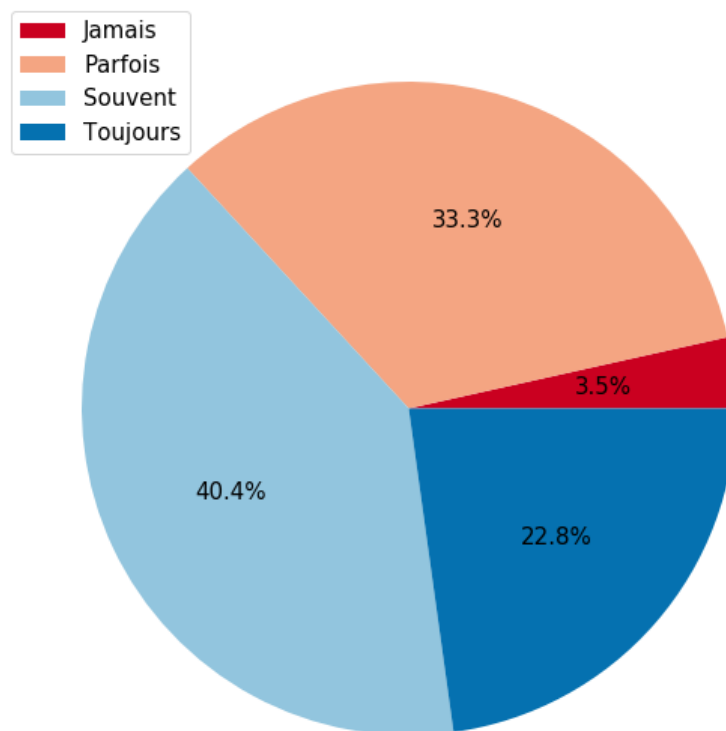


FIGURE 19 – Examens cliniques.

5.4.3.4 Examen complémentaire

Parmi les répondants plus de la moitié retrouvent souvent les résultats d'examen complémentaire dans le courrier de sortie. Les réponses sont les suivantes :

- souvent 63,2 % (n = 36)
- parfois 22,8 % (n = 13)
- toujours 14,0 % (n = 8)

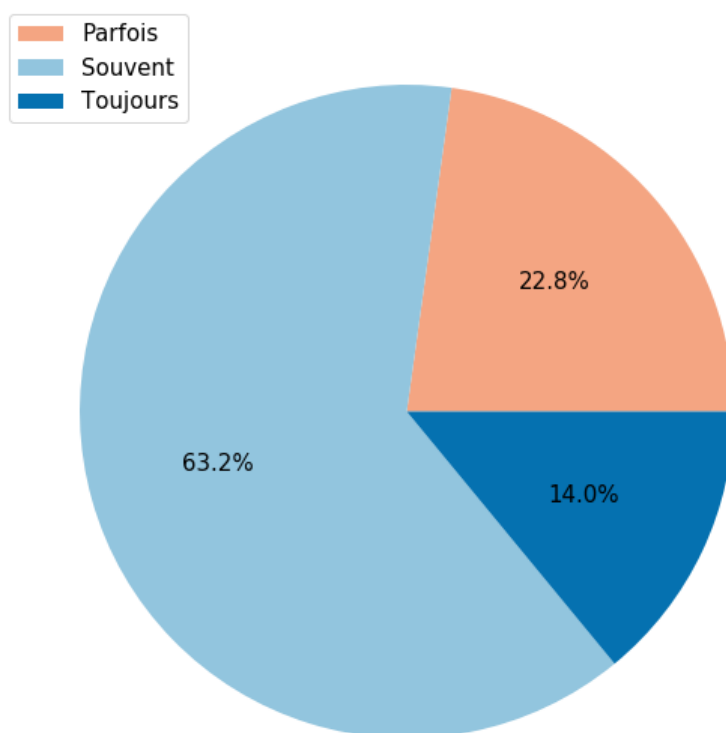


FIGURE 20 – Examens complémentaires.

5.4.3.5 Avis spécialisés

Plus de la moitié des répondants estiment retrouver parfois les avis spécialisés dans le courrier. Les réponses sont les suivantes :

- parfois 57,9 % (n = 33)
- souvent 31,6 % (n = 18)
- jamais 7 % (n = 4)
- toujours 3,5 % (n = 2).

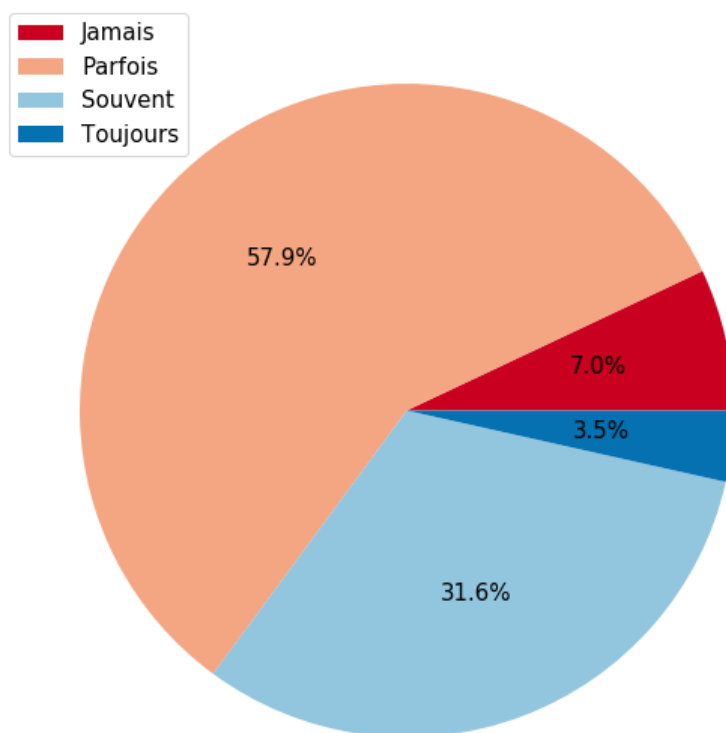


FIGURE 21 – Avis spécialisés.

5.4.3.6 Traitement entrepris au SAU

Le traitement entrepris au SAU adultes est pour la majorité des répondants souvent indiqué. Les réponses sont les suivantes :

- souvent 56,1 % (n = 32)
- toujours 26,3 % (n = 15)
- parfois 17,5 % (n = 10)

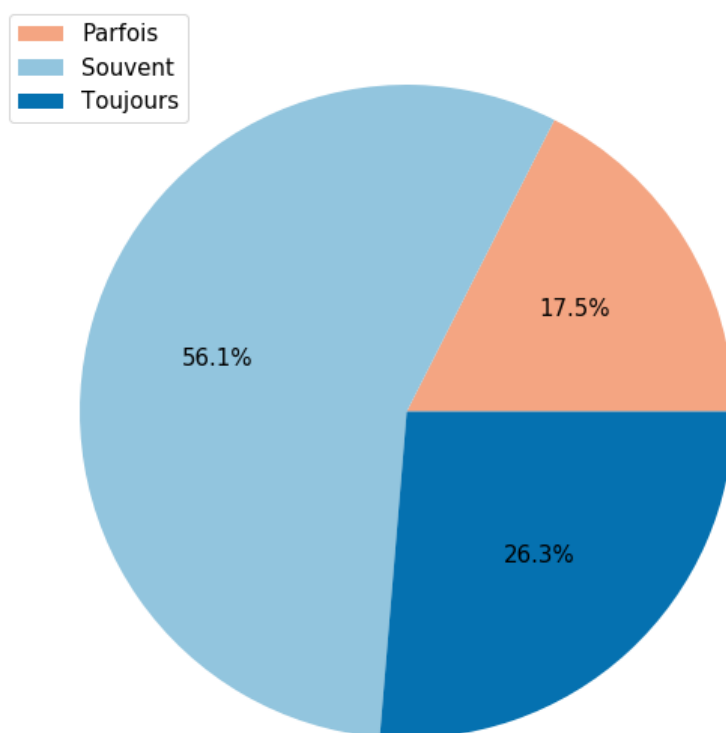


FIGURE 22 – Traitement entrepris au SAU.

5.4.3.7 Traitement de sortie

Pour les deux tiers des répondants le traitement de sortie est souvent explicite. Les réponses sont les suivantes :

- souvent 60,7 % (n = 34)
- toujours 23,2 % (n = 13)
- parfois 16,1 % (n = 9)

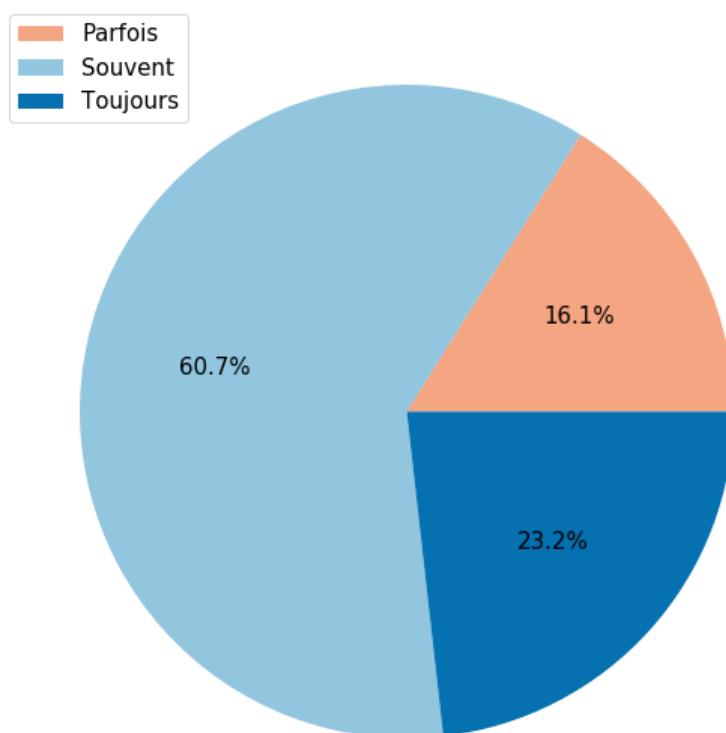


FIGURE 23 – Traitement de sortie.

5.4.3.8 Conduite à tenir à la sortie

Pour plus de la moitié des répondants la nécessité de consultation externe est parfois mentionnée. Les réponses sont les suivantes :

- parfois 53,6 % (n = 30)
- souvent 39,3 % (n = 22)
- jamais 3,6 % (n = 2)
- toujours 3,6 % (n = 2)

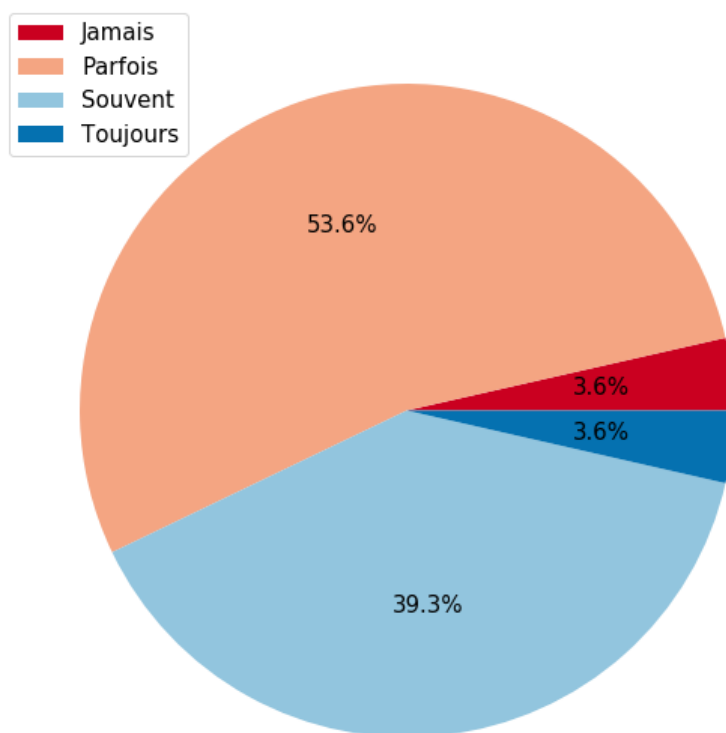


FIGURE 24 – Prise de rendez-vous en externe.

Pour la majorité des répondants une conclusion et une conduite à tenir claires sont souvent retrouvées dans le courrier de sortie. Les résultats sont :

- souvent 67,9 % (n = 38)
- parfois 26,8 % (n = 15)
- toujours 5,4 % (n = 3)

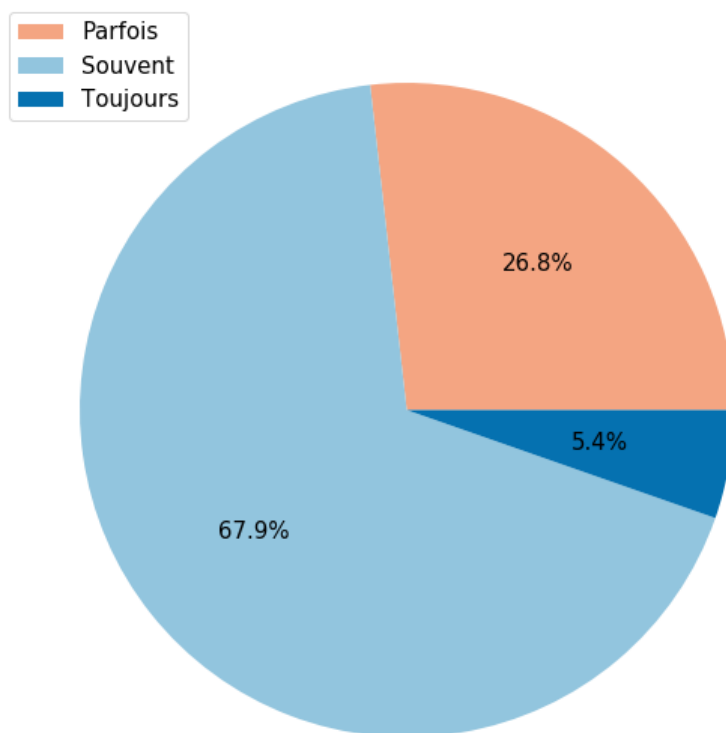


FIGURE 25 – Conclusion et conduite à tenir.

La nécessité de consulter son médecin traitant à distance serait parfois indiquée pour la majorité des répondant. Lorsque ça leur est demandé les patients prennent souvent le rendez-vous dans la majorité des cas. Les réponses sont les suivantes :

- Nécessité de consulter à distance : parfois 52,7 % (n = 29) et souvent 47,3 % (n = 26)
- Prise de rendez-vous par le patient : souvent 56 % (n = 30), parfois 39 % (n = 21) et toujours 3 % (n = 2)

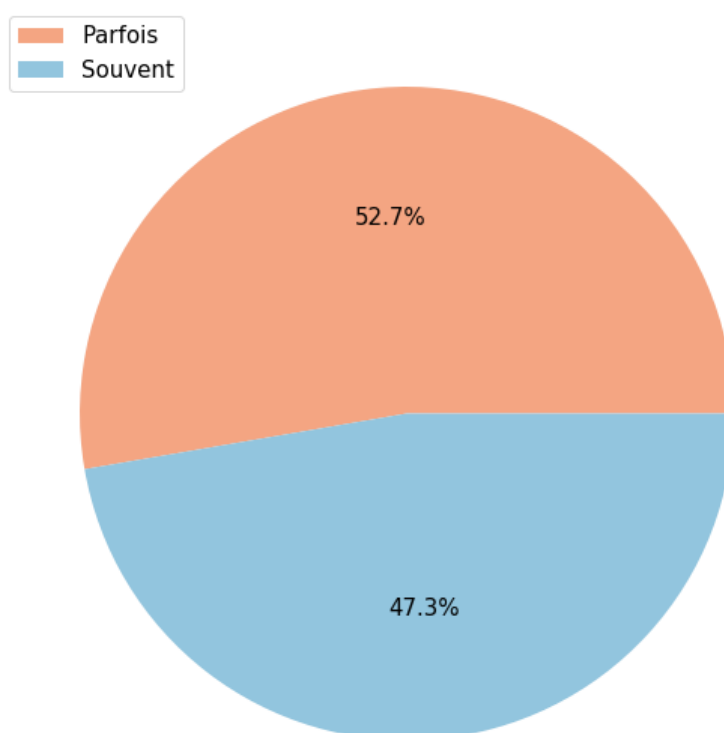


FIGURE 26 – Nécessité de consultation de médecine générale à distance.

5.4.3.9 En cas de décès

En cas de décès au SAU, un tiers des médecins généralistes répondant déclarent n'être jamais prévenus. Les résultats sont : jamais 31 % (n = 13), parfois 31 % (n = 13), toujours 21,4 % (n = 9) et souvent 16,7 % (n = 7). Si le médecin est averti, il reçoit un courrier dans la très grande majorité des cas. Résultats : courrier 73 % (n = 19), appel téléphonique 26 % (n = 7).

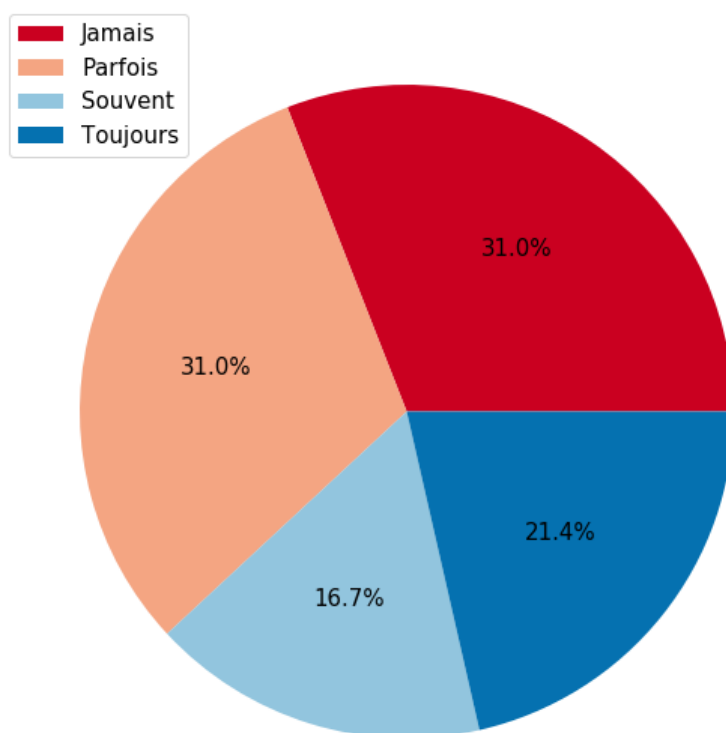


FIGURE 27 – Déclaration de décès au médecin traitant.

5.4.3.10 Influence sur la communication

À la question « Avez-vous noté une différence sur la fréquence de rédaction d'un courrier de sortie pour votre patient si vous avez appelé aux urgences pour y adresser votre patient ? », les réponses sont :

- jamais 41,2 % (n = 21)
- parfois 29,4 % (n = 15)
- souvent 21,6 % (n = 11)
- toujours 7,8 % (n = 4)

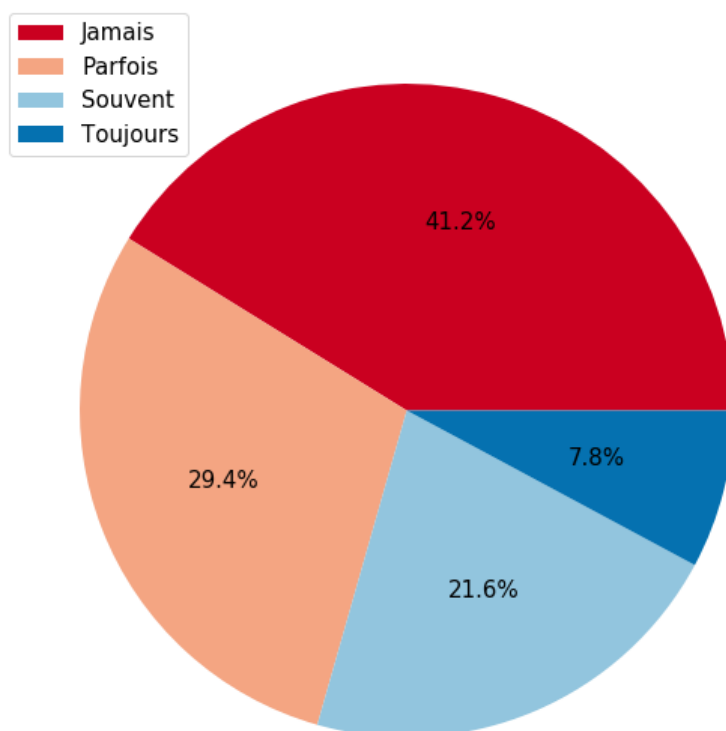


FIGURE 28 – En cas d'appel.

A la question « Avez-vous noté une différence sur la fréquence de rédaction d'un courrier de sortie des urgences pour votre patient si vous avez adressé votre patient par courrier ? » les réponses sont :

- jamais 35,8 % (n = 19)
- souvent 28,3 % (n = 15)
- parfois 18,9 % (n = 10)
- toujours 17 % (n = 9)

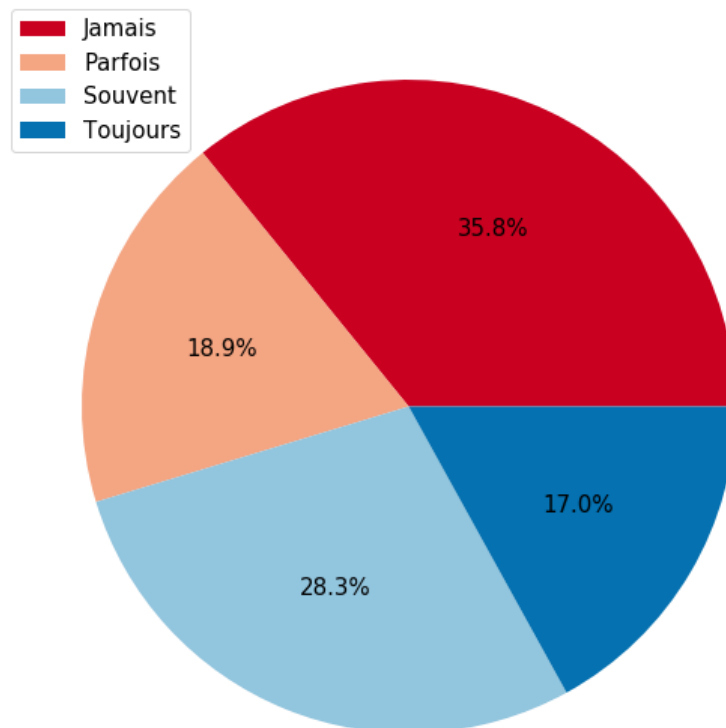


FIGURE 29 – En cas de courrier.

5.4.4 Pistes d'amélioration

Pour la majorité des médecins répondant le courriel crypté, messagerie sécurisée serait la communication la plus adaptée à la sortie des urgences. Sachant que la quasi-totalité dispose d'une messagerie sécurisée (91 %). Réponses :

- Messagerie sécurisée 64 %
- Courrier postal 29 %
- Courrier remis au patient 7 %

La grosse majorité des répondants souhaitent être informés lors de chaque passage, 76 % (n = 43). Enfin par ordre d'importance les médecins souhaiteraient être prévenus pour les patients polypathologiques (gériatrie), les cas ou des examens complémentaires sont à prévoir à la sortie et enfin lorsqu'un diagnostic précis n'a pu être posé aux urgences. Les pourcentages respectifs sont : 46 %, 41 % et 13 %.

5.5 Comparaison des résultats

5.5.1 Présence d'une différence significative

Afin d'étudier l'évolution des réponses entre les deux études, des différences significatives entre les deux échantillons ont été recherchées à l'aide du test du Chi² de PEARSON. La démarche a déjà été expliquée pour la comparaison des caractéristiques des deux populations en partie 5.3.

Les questions pour lesquelles il y a une différence significative sont les suivantes :

- « Êtes-vous globalement satisfait de la communication à la sortie des urgences ? »
La valeur-p est de 0,04497.

Valeurs	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Souvent	66,7 %	44,2 %
Toujours	10,5 %	15,1 %
Parfois	22,8 %	37,2 %
Jamais	0,0 %	3,5 %

TABLE 4 – Satisfaction globale.

— « Êtes-vous informé par le service des urgences en cas de passage aux urgences d'un de vos patients ? » La valeur-p est de 0,03006.

Valeurs	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Souvent	29,8 %	14,0 %
Toujours	10,5 %	48,8 %
Parfois	22,8 %	30,2 %
Jamais	0,0 %	7,0 %

TABLE 5 – Information globale d'un passage au SAU

— « Êtes-vous informé des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par courrier postal ? » La valeur-p est égale à 0,01124.

Valeurs	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Souvent	47,4 %	54,7 %
Toujours	31,6 %	10,5 %
Parfois	19,3 %	29,1 %
Jamais	1,8 %	5,8 %

TABLE 6 – Information par courrier postal

— « Si oui sous quel délai ? » La valeur-p est de 0,0002.

Valeurs	Pourcentages LB	Pourcentages CD
1 semaines - 1 mois	51,8 %	64,6 %
<1 semaine	46,4 %	17,8 %
>1 semaine	1,8 %	16,5 %

TABLE 7 – Délai de réception par courrier postal

- Dans le cas de la remise en main propre par le patient du courrier au médecin traitant lors d'une consultation, la réponse au sujet du délai de réception était aussi significativement différente. La valeur-p est de 0,00623.

Valeurs	Pourcentages LB	Pourcentages CD
1 semaines - 1 mois	48,9 %	32,9 %
<1 semaine	46,8 %	37,0 %
>1 semaine	4,3 %	26,0 %

TABLE 8 – Délai de réception courrier remis en main propre

- En cas de courrier rédigé par le médecin des urgences : « Le courrier est-il suffisamment lisible ? » La valeur-p est égale à 0,0112.

Valeurs	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Toujours	49,1 %	24,7 %
Souvent	42,1 %	59,3 %
Parfois	8,8 %	16,0 %

TABLE 9 – Lisibilité du courrier

- « Le traitement entrepris aux urgences est-il clair ? ». La valeur-p est égale à 0,0380.

Valeurs	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Souvent	56,1 %	49,4 %
Toujours	26,3 %	14,8 %
Parfois	17,5 %	28,4 %
Jamais	0,0 %	7,4 %

TABLE 10 – Traitement entrepris au SAU

— « A-t-on demandé au patient de vous consulter à distance ? ». La valeur-p est égale à 0,0007.

Valeurs	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Souvent	47,3 %	51,8 %
Parfois	52,7 %	27,7 %
Jamais	00,0 %	04,8 %
Toujours	00,0 %	15,7 %

TABLE 11 – Consultation médecine générale à distance

5.5.2 Tendances du changement

Les résultats précédents mettent en évidence des différences statistiquement significatives entre les réponses aux questions dans les deux études. Ces résultats ne permettent cependant pas de conclure à une amélioration, une détérioration ou une simple modification sans tendance particulière.

Afin de rechercher les tendances, les réponses ont été regroupées pour former deux groupes. Par exemple pour la question « Êtes-vous globalement satisfait de la communication à la sortie des urgences ? », le groupe 1 contient les réponses *Toujours* et *Souvent*, et le groupe 2 les réponses *Parfois* et *Jamais*. Il est ainsi facile de déterminer la tendance de l'évolution en comparant les pourcentages des deux groupes de réponses entre les deux études (la proportion de l'un a nécessairement augmenté au détriment de l'autre d'une étude à l'autre).

La différence a de nouveau été testée statistiquement sur ces réponses agrégées. Le test statistique utilisé ici est le test exact de FISHER. Son principe est le même que pour le test de contingence utilisé précédemment mais il est réputé plus précis. Il n'est réalisable que sur les tables de contingence 2×2 (c'est à dire deux populations et deux catégories seulement) ce qui est le cas ici puisque l'on a divisé les réponses possibles en deux groupes.

Les questions pour lesquelles une différence significative a été relevée dans la partie précédente et pour lesquelles un regroupement de réponses a mis en évidence une tendance statistiquement significative sont :

- « Êtes-vous globalement satisfait de la communication à la sortie des urgences ? »
On note une différence de signification (valeur-p = 0,0307) et la tendance est à l'amélioration.

	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Toujours - Souvent	77,2 %	59,3 %
Parfois - Jamais	22,8 %	40,7 %

TABLE 12 – Satisfaction globale.

- « Êtes-vous informé par le service des urgences en cas de passage aux urgences d'un de vos patients ? » La différence est significative (valeur-p = 0,0325) et la tendance à l'amélioration.

	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Toujours	29,8 %	14,0 %
Souvent - Parfois - Jamais	70,2 %	86,0 %

TABLE 13 – Information globale d'un passage au SAU

- « Êtes-vous informé des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par courrier postal ? » La différence est significative (valeur-p = 0,0022) et la tendance est aussi à l'amélioration.

	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Toujours	31,6 %	10,5 %
Souvent - Parfois - Jamais	68,4 %	89,5 %

TABLE 14 – Information par courrier postal

- « Si oui sous quel délai ? » La différence est significative (valeur-p = 0,005) et la tendance est à l'amélioration du délai.

	Pourcentages LB	Pourcentages CD
<1 semaine	46,4 %	17,9 %
1 semaine - 1 mois et >1 mois	53,6 %	82,1 %

TABLE 15 – Délai de réception courrier postal

- En cas de courrier rédigé par le médecin des urgences, « Le courrier est-il suffisamment lisible ? » La différence est significative (valeur-p = 0,0038) et la tendance est à l'amélioration.

	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Toujours	49,1 %	24,7 %
Souvent - Parfois	50,9 %	75,3 %

TABLE 16 – Lisibilité du courrier

- « Le traitement entrepris aux urgences est-il clair ? » La différence est significative (valeur-p = 0,0218) et la tendance est à l'amélioration.

	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Toujours	82,5 %	64,2 %
Souvent - Parfois	17,5 %	35,8 %

TABLE 17 – Traitement entrepris au SAU

- « A-t-on demandé au patient de vous consulter à distance ? » La différence est significative (valeur-p = 0,0218) et la tendance est à la détérioration.

	Pourcentages LB	Pourcentages CD
Toujours	47,3 %	67,5 %
Souvent - Parfois	52,7 %	32,5 %

TABLE 18 – Consultation à distance

6 Discussion

6.1 Atouts et faiblesses de la présente thèse

6.1.1 La méthode

L'étude a été réalisée au moyen de questionnaires envoyés aux médecins généralistes sélectionnés sur une période d'un mois. C'est une étude monocentrique qui n'est donc pas extrapolable. Cela ne pose pas de problème car l'objectif de l'étude est spécifique au SAU adultes du GHH : mesurer la performance de la mise en place du courrier automatique.

Par ailleurs le fait qu'il s'agisse d'une étude transversale peut avoir amené un biais de mémorisation, les médecins interrogés peuvent être influencés par les derniers courriers reçus, peut-être même n'ont-ils pas distingué clairement les courriers envoyés par le service des urgences des CRH des autres services, ou encore des courriers de sortie des autres services d'urgences du Havre (pédiatriques ou encore ceux de l'HPE et des Ormeaux).

De plus, le courrier informatisé automatiquement envoyé par coursier a été mis en place durant l'hiver 2018 par le SAU adultes du GHH soit un an avant cette étude. Ce délai ne permet peut-être pas aux médecins concernés d'avoir le recul suffisant.

D'autre part, le questionnaire est principalement composé de questions fermées. Bien que ce format ait schématisé la retranscription du ressenti des médecins dans l'étude du Dr. DESVAGES, cela permet dans notre cas une comparaison exacte des réponses et donc une évaluation précise de l'impact de la mise en place de ce courrier.

Le questionnaire a été réalisé en ligne via le service Google Forms. Le courriel envoyé contenait un court texte de présentation et le lien vers le questionnaire. Ce mode de diffusion présente deux avantages. Il est tout d'abord peu contraignant pour les médecins qui peuvent y répondre facilement et rapidement sans retour de courrier. Il est par ailleurs gratuit, ce qui a permis l'envoi aux 174 médecins généralistes de la CODAH membres de l'AHFMC. Plus encore cela a permis la réalisation de quatre relances soit un total de

696 courriels. Le coût aurait été trop important s'il avait fallu utiliser l'envoi postal. Ces deux avantages ont certainement contribué à augmenter le nombre de réponses et donc la puissance de notre étude.

L'étude du Dr. DESVAGES se félicitait d'obtenir un taux de réponse de 34,4 % en comparaison à deux autres études du même registre qui n'obtenaient des taux que de 5 % [31] et 26 % [30]. Dans ce contexte, notre taux de participation de 32,8 % est satisfaisant. Notons enfin que les médecins généralistes havrais sont particulièrement impliqués dans la communication interprofessionnelle. Ils ont notamment créé en 2019 l'association Sextant 76. Cette association « loi 1901 » est un groupement de professionnels de santé qui réfléchit sur des projets dans le domaine de la santé. Les membres sont répartis en quatre groupes de travail dont un qui s'intéresse à la « Communication entre les professionnels de santé ». Celui-ci est composé d'un neurologue, d'un biologiste, d'un oncologue, d'un kinésithérapeute, d'une infirmière et de trois médecins généralistes. Leurs pistes de travail sont le DMP, les messageries sécurisées et l'adoption d'outils d'échange d'informations efficaces. L'objectif à plus ou moins long terme de ces groupes de travail est la création d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Une fois cette CPTS montée, il sera alors possible d'obtenir le soutien de la plateforme territoriale de santé : financée par l'ARS celle-ci a la fonction de soutenir les démarches et projets des professionnels de santé.

6.1.2 Les résultats

6.1.2.1 Profil des médecins répondant

Dans notre étude, 36,8 % des médecins répondant sont des femmes. D'après les données RPPS de 2015 sur la démographie médicale, 43,2 % des médecins de Seine-Maritime sont des femmes. Néanmoins ce résultat date maintenant de quatre ans et concerne toutes les spécialités médicales confondues il n'est donc probablement pas représentatif de la population des médecins généralistes havrais. Par ailleurs selon un relevé RPPS national de 2018, les proportions de femmes chez les médecins généralistes et spécialistes sont respectivement de 38 % et 42 %. Notre population semble donc représentative de la

population de médecins généralistes en France.

Concernant l'âge, nos médecins sont répartis de la sorte : 38,6 % de plus de 60 ans, 31,6 % entre 45 et 60 ans et 29,8 % de moins de 45 ans.

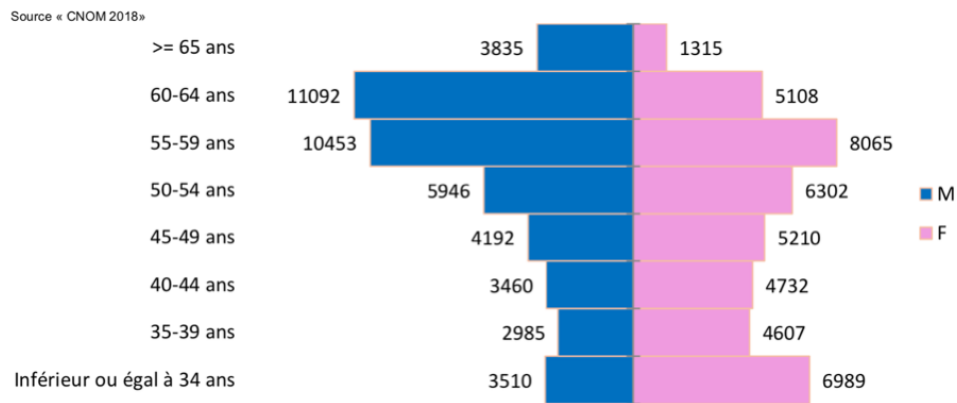


FIGURE 30 – Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2018.

La pyramide des âges en Figure 30 montre que nos résultats suivent la tendance des chiffres nationaux. Seulement en comparant notre population avec celle du Dr. DESVAGES, on note une différence statistiquement significative. La part des plus de 60 ans dans notre étude est plus élevée. Une explication possible est le vieillissement de la population de médecins généralistes havrais déjà mentionné en introduction : d'ici 2022 40 % devraient partir en retraite. Par ailleurs la part des moins de 45 ans a augmenté également. Une interprétation possible de ce résultat est que les jeunes médecins, de moins de 45 ans sont plus enclins aux nouvelles technologies et donc plus à l'aise avec le format de diffusion du questionnaire.

En ce qui concerne le lieu d'exercice, autre résultat montrant une différence statistiquement significative avec la population du Dr. DESVAGES, la répartition est la suivante : 84,2 % travaillent en milieu urbain, 14 % en milieu semi-urbain et 1,8 % en milieu rural. Les données démographiques actuelles sont les suivantes : les médecins de l'agglomération havraise exercent à 79 % une activité urbaine, 15 % une semi-urbaine et 6 % une activité rurale. Ces données semblent mieux corrélées à la population du Dr. DESVAGES qui avait une activité rurale pour 10 % des répondants, une activité urbaine pour 68 % et semi-urbaine pour 22 %. Les distinctions urbaine/semi-urbaine et semi-urbaine/rurale

sont cependant subjectives.

Pour le reste des questions nos deux populations ne présentent pas de différence significative, ce qui tend à dire que nos deux études sont comparables.

6.1.2.2 Résultats de la présente étude

La majorité des médecins répondant semble globalement satisfaite de la communication à la sortie des urgences, 66 % répondent souvent et 10 % toujours. Ils déclarent être informés du passage d'un de leur patient dans 76 % des cas si l'on regroupe les réponses souvent et toujours. Ce résultat se rapproche de l'étude réalisée par l'hôpital AVICENE dans laquelle ressortait que le médecin traitant était au courant du passage au SAU adultes pour 8 patients sur 10.

78 % des médecins répondant semblent être prévenus par courrier postal. Parmi eux, 46 % déclarent le recevoir dans la semaine et 51 % dans le mois. Rappelons que ce délai réglementaire, repris dans la fiche descriptive de l'indicateur IPAQSS [19], doit être inférieur ou égal à 8 jours.

Pour la suite de la discussion, les réponses *souvent* et *toujours* ont été associées à une notion de satisfaction de la part des médecins généralistes. Ce choix est cohérent avec l'étude statistique. En effet, lors de l'estimation de la tendance du changement en cas de différence statistiquement significative, des regroupements de réponses ont aussi été effectués.

Concernant la qualité du courrier, 91 % paraissent satisfaits de la lisibilité. Dans une étude rétrospective de la Revue Santé Publique [6] concernant l'évaluation de la qualité de communication entre urgences et médecins généralistes, une grille d'évaluation avait permis de mettre en avant les informations manquantes dans les courriers et par conséquent, des pistes d'amélioration. La mention du traitement antérieur était absente dans 93 % des cas. Le traitement reçu au SAU adultes et celui de sortie étaient absents ou incomplets dans 78 et 92 % des courriers. Des consignes de suivi n'étaient données que dans 36 % des cas. À la lumière de ces chiffres, on ne peut que se satisfaire des résultats de

notre étude qui retrouve la présence des résultats d'examens complémentaires pour 77 % des cas, le traitement entrepris au SAU adultes pour 82 % des cas, le traitement de sortie dans 83 % des cas et une conclusion et une conduite à tenir claire pour 72 % des cas.

Ces résultats sont rassurants et entrent dans une démarche de qualité entreprise par la HAS qui dans ses IPAQSS [20], définit les « *éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver dans le courrier* ». Parmi ces critères un certain nombre sont médicaux « *le motif de l'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour [...] les actes techniques et examens complémentaires, traitements médicamenteux et la planification des soins* ».

Pour ce qui est de la communication d'un décès les résultats me paraissent alarmants puisque 30 % des médecins déclarent n'être jamais prévenus et 30 % parfois prévenus du décès d'un de leur patient. C'est me semble-t-il important que la personne responsable du suivi médical d'un patient soit au courant de son décès, cela fait partie intégrante de la continuité des soins.

6.1.2.3 Comparaison des deux études : efficacité du courrier informatisé automatique

L'objectif premier de cette étude était d'évaluer l'efficacité du courrier informatisé mis en place par le SAU adultes du GHH. À cet effet, l'état actuel de la communication entre le SAU adultes du GHH et les médecins généralistes havrais a donc été comparé à celui dressé par le Dr. DESVAGES en 2017. La mise en place du courrier automatique semble avoir eu un effet positif sur la satisfaction des médecins. Il existe en effet une différence statistiquement significative de satisfaction globale des médecins ayant répondu au questionnaire (valeur-p = 0,045). La tendance est à l'amélioration (valeur-p de 0,03).

Les médecins généralistes sont aussi plus souvent mis au courant du passage d'un de leur patient. La différence est statistiquement significative (valeur-p = 0,0325). Cette information se fait évidemment plus souvent par courrier postal avec une valeur-p = 0,002. Le délai de réception s'est amélioré de manière significative également (valeur-p = 0,005) avec 46 % des médecins déclarant toujours recevoir le courrier dans la semaine alors qu'en

2017 ce chiffre s'élevait seulement à 18 %.

Concernant la qualité du courrier reçu, jugée tant sur le fond que sur la forme, une amélioration significative a également été perçue par les médecins participant à l'étude. La lisibilité du courrier et la présence du traitement entrepris au SAU adultes sont les deux critères pour lesquels la différence est significative. Les deux tendent vers une amélioration avec des valeurs-p respectives de 0,004 et 0,02. Ces résultats a priori satisfaisants sont cependant à nuancer. En effet, à la question « Quel est selon vous le moyen de communication le plus adapté à la sortie des urgences ? » 64 % des médecins choisissent les mails cryptés et messagerie sécurisée. En 2002 déjà, une étude menée à Liverpool (en Australie) [18] concernant la qualité de la communication entre les médecins généralistes et urgentistes concluait à l'importance de changer le mode de communication et recommandait la mise en place de courriers électroniques.

6.2 Pistes d'amélioration

La dernière question du questionnaire était une question ouverte. Elle portait sur les propositions d'amélioration et les revendications des médecins traitants. Hormis le fait qu'à la question « Pour qui souhaiteriez-vous recevoir un compte-rendu détaillé ? » la plupart aurait souhaité répondre « tous » et que cette réponse n'était pas possible, deux idées ressortent très régulièrement : l'utilisation d'une messagerie sécurisée (en particulier APICRYPT) et la nécessité de fournir les imageries aux patients. Les réponses à cette dernière question sont disponibles en Annexe D.

6.2.1 Les imageries aux urgences

Actuellement les patients et leurs médecins traitants n'ont pas accès aux imageries réalisées lors d'un passage au SAU adultes du GHH. Bien que les médecins généralistes le réclament, il n'est malheureusement pas possible pour le médecin urgentiste de fournir une version imprimée des clichés radiologiques ou un CD lors d'un scanner pour plusieurs raisons.

Premièrement toutes les imageries ne sont pas interprétées en temps réel (la nuit par exemple, ou lorsque la demande est trop importante) c'est pourquoi la possibilité est donnée aux patients de venir récupérer dans un second temps leurs imageries directement à l'accueil du service d'imagerie.

Deuxièmement, l'impression ou le gravage ne relèvent malheureusement pas du SAU adultes qui au cas par cas doit négocier l'impression de certaines imageries (lorsqu'un patient est transféré vers un autre établissement de santé pour la suite de la prise en charge par exemple).

Enfin dans le contexte actuel de protection de l'environnement, imprimer toutes les imageries peut paraître excessif. Une solution peut être d'imprimer uniquement les radiologies pathologiques en rappelant au patient qu'en cas de demande il lui est toujours possible de récupérer ses images ultérieurement.

Une autre solution serait l'utilisation d'une plateforme semblable à celles utilisées par les laboratoires. Lorsqu'un patient réalise un bilan sanguin celui-ci peut récupérer ses résultats 24 à 48 heures après la prise de sang en utilisant un identifiant et un mot de passe qui lui sont propres. De la même façon le médecin prescripteur peut accéder aux résultats des analyses. Ce genre de dispositif n'existe pas encore pour l'imagerie médicale. Cependant on assiste à une explosion de la téléimagerie depuis plus particulièrement 2018, date à laquelle le Conseil Professionnel de la Radiologie Française (G4) a formulé une charte reprenant deux anciens textes de 2009 et 2015 afin de préciser les bonnes pratiques en téléimagerie [13]. La HAS s'est ensuite appuyée sur cette charte pour sortir en juin 2019 un guide de bonnes pratiques de la téléimagerie [21]. Pour le moment la téléimagerie est uniquement à visée de télédiagnostic et de téléexpertise. Elle repose sur l'utilisation de PACS (Picture Archiving and Communication System). Un tel dispositif prouve la possibilité de partager des imageries entre professionnels. Un objectif serait de l'étendre aux praticiens non-hospitaliers.

6.2.2 Utilisation d'une messagerie sécurisée

Dans sa thèse en 2015, H. DEBUE [14] montre que 75 % des médecins interrogés considèrent recevoir un plus grand nombre de courriers de sortie depuis la mise en place d'un système de communication par messagerie sécurisée. Deux améliorations nettes ont été perçues. Premièrement, pour la quasi-totalité des médecins (93 %), le délai de transmission très court participe réellement à améliorer la prise en charge de leurs patients. Deuxièmement la réception du courrier de sortie par mails sécurisés facilite pour 89 % des interrogés l'intégration du courrier dans le dossier du patient.

Parmi les médecins de notre étude, 91 % déclarent être en possession d'une boîte mail sécurisée. Or à l'époque du travail du Dr. DESVAGES déjà plus de 80 % avaient déclaré le courriel crypté comme moyen le plus adapté à la sortie des urgences. On peut à juste titre se demander pourquoi le SAU adultes a choisi l'envoi postal.

6.2.2.1 Interopérabilité APICRYPT - MSSanté

Un des arguments utilisés à l'époque était l'absence d'interopérabilité entre les messageries APICRYPT et MSSanté. En effet la majorité des médecins généralistes utilise la boîte mail sécurisée APICRYPT. Avant 2012, le GHH était équipé d'APICRYPT, mais à la demande de la ministre de la santé et de l'ASIP santé, l'ensemble des hôpitaux publics a été depuis juin 2013 vivement invité à privilégier l'utilisation de la messagerie sécurisée MSSanté.

Un échange entre ces deux solutions est dorénavant possible depuis la création de la version 2 du logiciel APICRYPT (c.f. FAQ APICRYPT version 2 en Annexe E). Pour envoyer un courriel depuis MSSanté l'utilisateur peut retrouver l'adresse de son correspondant APICRYPT dans l'annuaire MSSanté si celui-ci a demandé à y apparaître. L'adresse n'aura pas la même terminaison que l'adresse classique. Le nom de domaine choisi est le suivant : `prenom.nom@interop-mssante.apicrypt.org`

En cherchant sur l'intranet du GHH (intranet > Assistance informatique > Messagerie Convergence et MS Santé) on trouve un formulaire de demande de création de compte

MSSanté ainsi que la liste des comptes MSSanté des médecins du GHH. On s'aperçoit alors que la totalité des médecins titulaires du SAU adultes possèdent une adresse électronique MSSanté. On retrouve également sur l'intranet un Guide d'utilisation de la messagerie MSSanté à disposition des professionnels de santé. Le guide d'utilisation est disponible en Annexe F.

6.2.2.2 Le logiciel RESURGENCE

Le logiciel utilisé par le SAU adultes du GHH, RESURGENCE, ne possède pas d'accès direct à une boîte mail sécurisée. C'est une différence avec les autres services du GHH qui eux disposent du logiciel SILLAGE dans lequel l'accès à la messagerie MSSanté est intégré. Sur la nouvelle version de RESURGENCE en place au GHH depuis septembre 2018, il existe un onglet « envoyer par mail » au niveau de la page « informations médecin traitant ». Cette fonctionnalité a été testée en collaboration avec deux médecins seniors du SAU adulte. Le compte-rendu a d'abord été envoyé sur leur adresse électronique Convergence (messagerie professionnelle du GHH) puis sur leur adresse MSSanté. Aucun compte-rendu n'a été reçu. Le module qui était payant dans les versions précédentes de RESURGENCE n'est donc toujours pas disponible par défaut dans la nouvelle version et le service n'a pas choisi cette option.

En effet malgré les avancées du GHH dans le domaine de l'eSanté, le SAU adultes reste encore en retrait prônant le manque de recul et le risque sur la sécurité des informations échangées. Actuellement les courriers de sortie des urgences sont distribués par une filiale de « Le Havre Course » appelée Pro Médicale Service. C'est une société spécialisée dans le traitement et l'acheminement du courrier médical professionnel sur les départements de la Seine-Maritime, du Calvados et de l'Eure. Elle se charge de collecter, d'affranchir et de redistribuer en moins de 24 heures les courriers à destination des professionnels de santé (médecins généralistes dans notre cas). À ma connaissance, aucune étude n'a pour le moment permis de comparer la fiabilité entre courriers postaux et mails cryptés.

6.2.2.3 Lifen

Lifen est une solution de communication créée en 2015. C'est une messagerie sécurisée compatible avec tous les protocoles existants. Elle permet aux praticiens de s'échanger des informations depuis leurs logiciels internes. L'API Lifen permet d'envoyer de manière sécurisée un document médical à n'importe quel professionnel de santé français. L'annuaire est mis à jour quotidiennement à partir des annuaires des différentes messageries (RPPS, MSSanté, APICRYPT, etc.). Lifen est un opérateur MSSanté certifié par l'ASIP santé. Lifen permet un envoi par quatre canaux : MSSanté, APICRYPT, Lifen (uniquement pour les utilisateurs de Lifen) et enfin La Poste quand un envoi dématérialisé n'est pas possible.

Au printemps 2019, un POC (de l'anglais « Proof of Concept » en français : démonstration de faisabilité) a été réalisé au GHH : quelques services dont celui de cardiologie et celui de gériatrie se sont équipés de Lifen. Bien que le logiciel ait su montrer son efficacité, le GHH ne dispose malheureusement pas à l'heure actuelle du budget pour un déploiement complet de cette solution.

Conclusion

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie visait au moyen du parcours de soins coordonnés à remettre le médecin généraliste au centre de la prise en charge médicale de son patient. La médecine d'urgence sort de ce parcours dans le sens où le patient n'a pas besoin d'être adressé par son médecin traitant pour consulter aux urgences. Il apparaît pourtant clair que ce dernier doit être au courant de cette consultation.

Un point commun à la majorité des thèses et travaux à ce sujet est que les médecins traitants regrettent leur manque d'implication à la sortie des urgences. Le SAU adultes du GHH a mis durant l'hiver 2018 en place un courrier informatisé systématiquement envoyé par coursier au médecin traitant du patient. L'objectif de la présente thèse était d'évaluer l'efficacité de cette mesure en comparant la satisfaction actuelle des médecins généralistes de la CODAH à l'état des lieux dressé en 2017 par le Dr. DESVAGES.

Les populations des deux études ont d'abord été comparées afin de savoir si les états des lieux étaient comparables. Il s'est avéré que les différences observées en particulier l'âge des médecins répondant suivaient en réalité les variations démographiques nationales. J'ai ensuite cherché à comparer nos réponses sur la communication globale puis sur la qualité des courriers. Il en ressort que la satisfaction globale des médecins généralistes s'est significativement améliorée, qu'ils sont plus souvent avertis du passage d'un de leurs patients et ce le plus souvent par courrier postal. Le délai de réception de ce courrier s'est lui aussi significativement amélioré. Quant à la qualité du courrier reçu, il est significativement plus lisible et le traitement entrepris aux urgences y est clairement indiqué.

Dans l'étude du Dr. DESVAGES les pistes d'amélioration principalement citées étaient : l'amélioration du contenu du courrier et un envoi plus systématique des informations. En ce sens on peut dire que la mesure prise par le SAU adultes du GHH répond à ces attentes.

Nous aurions pu nous contenter de cette satisfaction mais un résultat est marquant, pour plus de la moitié des médecins généralistes (64 %) le moyen de communication le plus adapté à la sortie des urgences serait un courriel crypté ou l'utilisation d'une messagerie

sécurisée. Ce résultat est renforcé par le fait que 91 % des généralistes possèdent une boîte mail sécurisée et que parmi les trente-trois commentaires libres, quinze y font référence (parmi lesquels dix citent APICRYPT).

Pour conclure, si l'utilisation de MSSanté aux dépens d'APICRYPT a été imposée par le gouvernement, le choix par le SAU adultes du GHH d'un courrier postal, bien qu'efficace, peut surprendre. En effet 85 % des répondants possédaient déjà une boîte mail sécurisée en 2017. La protection des données, le manque de recul sur ces technologies et la non intégration du module MSSanté dans l'application des urgences sont les arguments mis en avant par le SAU adultes pour justifier ce choix.

Références

- [1] *Code de Déontologie Médicale Article 47 - Continuité des soins*, août 2004.
- [2] *Code de Déontologie Médicale Article 63 - Information entre médecins en cas d'hospitalisation du patient*, août 2004.
- [3] *Code de Déontologie Médicale Article 64 - Exercice collégial*, août 2004.
- [4] *Code de la sécurité sociale : Parcours de soins coordonnés et désignation du médecin traitant*, 2019.
- [5] Allen, J., J. Heyrman, I. Svab, B. Gay, P. Ram et H. Crebolder: *La Définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille*. rap. tech., WONCA Europe, 2002.
- [6] Bertrand, D., P. François et P. Romanet: *Le point de vue des médecins généralistes sur l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital*. Santé publique, 11(4):453–463, 1999.
- [7] Bidot, F.: *Suivi des patients par leur médecin traitant après leur passage aux urgences d'un hôpital en territoire rural à Saint-Palais (64)*. Thèse de doctorat, UFR des Sciences Médicales - Université de Bordeaux, 2017.
- [8] Bocquel, B.: *Désert médical : la plus grande ville de Normandie est aussi concernée*. Ouest-France.fr, mar. 2018.
- [9] Bourgeois, I., M. Denis et K. Guilloux: *Etude Qualitative Partagée sur l'Accès aux Soins sur le Territoire de l'Agglomération Havraise*. p. 68, mai 2011.
- [10] Buzyn, A.: *Discours - Dossier médical partagé*, nov. 2018.
- [11] Carneiro, B., F. Paré, P.M. Roy et S. Fanello: *Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes*. Sante Publique, Vol. 26(2) :165–172, mai 2014, ISSN 0995-3914.
- [12] Christophe, D.: *Rédaction d'un courrier pour le médecin traitant au SAMU 54 : luxe ou nécessité*. Collège Lorrain de Médecine d'Urgence (COLMU), 2004.
- [13] Conseil Professionnel de la Radiologie Française: *Charte de Teleradiologie*. rap. tech., déc. 2018.

- [14] Debue, H.: *L'apport de courriers de sortie des urgences transmis par messagerie informatique sécurisée dans la communication entre les médecins généralistes et le service des urgences*. Thèse de doctorat, Université de Rennes, 2015.
- [15] Desvages, C.: *État des lieux de la communication entre les urgences adultes du GHH Monod et les médecins généralistes de l'agglomération havraise*. Thèse de doctorat, U.F.R. de Médecine et de Pharmacie de Rouen, Rouen, France, juin 2017.
- [16] Fagot Griffin, E.: *Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre*. Thèse de doctorat, U.F.R. de Médecine et de Pharmacie de Rouen, oct. 2012.
- [17] France, U. R. des Médecins Libéraux d'Ile-de: *La continuité des soins en ville après une hospitalisation.*, 2006.
- [18] Harris, M. F., A. Giles et B. I. O'Toole: *Communication across the divide. A trial of structured communication between general practice and emergency departments*. Australian Family Physician, 31(2):197–200, fév. 2002, ISSN 0300-8495.
- [19] Haute Autorité de la Santé: *Document de sortie d'hospitalisation : vers un format électronique*. rap. tech., oct. 2013.
- [20] Haute Autorité de la Santé: *Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h*. rap. tech., Haute Autorité de la Santé, oct. 2014.
- [21] Haute Autorité de la Santé: *Qualité et sécurité des actes de téléimagerie - Guide de bonnes pratiques*. rap. tech., mai 2019.
- [22] Hubert, G., M. Galinski, M. Ruscev, F. Lapostolle et F. Adnet: *Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ?* fév. 2009.
- [23] Huon, H., P. Aly, M. Gorza, B. Coue et P. Plaisance: *CP145 : Évaluation de la compréhension globale des patients sortant d'un service d'accueil des urgences*. juin 2018.
- [24] INSEE: *Offre de soins de proximité en haute normandie, étude prospective des besoins en professionnels de santé*. Rap. tech. 10, Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2015.
- [25] INSEE: *Comparateur de territoire - Commune du Havre*. rap. tech., Institut National de la Statistique et des Études Économiques, juin 2019.

- [26] INSEE: *Dossier complet - Aire urbaine du Havre*. rap. tech., Institut National de la Statistique et des Études Économiques, sept. 2019.
- [27] Kripalani, S., F. LeFevre, C. O. Phillips, M. V. Williams, P. Basaviah et D. W. Baker: *Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care*. JAMA, 297(8):831–841, fév. 2007, ISSN 1538-3598.
- [28] Ministère de la santé et des sports: *La Loi HPST à l'Hôpital : les clés pour comprendre*. rap. tech., 2009.
- [29] Ministère de la Santé et des Sports: *Parcours de Soins Coordonnés : Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé*. sept. 2009.
- [30] Pantilat, S. Z., P. K. Lindenauer, P. P. Katz et R. M. Wachter: *Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists*. The American Journal of Medicine, 111(9B):15S–20S, déc. 2001, ISSN 0002-9343.
- [31] Poindron, P.: *Carence de communication entre l'hôpital et la ville*. Le concours médical, 128 :1148–1149, 2006.
- [32] Wilson, S., W. Ruscoe, M. Chapman et R. Miller: *General practitioner-hospital communications: A review of discharge summaries*. Journal of quality in clinical practice, 21:104–8, jan. 2002.

Annexe A : Aides disponibles selon le zonage 2019

Zonage 2019 : aides disponibles

Qualificatif	Zone d'intervention prioritaire (sélection nationale + régionale)	Zones d'action complémentaire éligibles au FIR	Zones d'action complémentaire (tout ou partie du reste du vivier, sur décision de l'agence régionale de santé)
Mesures applicables	⇧ Contrat conventionnel d'aide à l'installation	⇧ Contrat régional d'aide à l'installation	
	⇧ Contrat conventionnel aide au maintien	⇧ Contrat régional aide au maintien	
	⇧ Contrat conventionnel aide à la transition		
	⇧ Contrat conventionnel solidarité territoriale		
	⇧ Aides des collectivités territoriales	⇧ Aides des collectivités territoriales	⇧ Aides des collectivités territoriales
	⇧ Rémunération certificats de décès	⇧ Rémunération certificats de décès	⇧ Rémunération certificats de décès
	⇧ Contrat d'engagement de service public	⇧ Contrat d'engagement de service public	⇧ Contrat d'engagement de service public
	⇧ Praticien territorial de médecine générale	⇧ Praticien territorial de médecine générale	⇧ Praticien territorial de médecine générale
	⇧ Praticien territorial de médecine ambulatoire	⇧ Praticien territorial de médecine ambulatoire	⇧ Praticien territorial de médecine ambulatoire
	⇧ Praticien isolé à activité saisonnière	⇧ Praticien isolé à activité saisonnière	⇧ Praticien isolé à activité saisonnière
⇧ Praticien territorial médical de remplacement	⇧ Praticien territorial médical de remplacement	⇧ Praticien territorial médical de remplacement	
	⇧ Augmentation de plafond d'exonération du cumul emploi retraite		
	⇧ Exonération d'IR sur l'activité de PDSA si le secteur de garde comprend des zones en zip		

Annexe B : Questionnaire

ETAT ACTUEL DE LA COMMUNICATION

1- CARACTERISTIQUE DU MEDECIN GENERALISTE :

- Sexe Homme Femme
- Age < 45 ans 45-60ans >60 ans
- Mode d'exercice Seul Cabinet de groupe Maison médicale
- Activité Rurale Urbaine Semi urbaine
- Exercez-vous une activité de permanence des soins ?
 Oui Non
 - Si oui, quelle est-elle ?
 Domus Cabinet de secteur Régulation Médecin de visite Autre

2- INFORMATIONS DONNEES :

- Êtes-vous globalement satisfait de la communication à la sortie des urgences ?
 Oui, toujours Souvent Parfois Jamais
- Êtes-vous informé par le service des urgences en cas de passage aux urgences d'un de vos patients ?
 Oui, toujours Souvent Parfois Jamais

3- FORMES DE LA COMMUNICATION :

- Êtes-vous informé des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par courrier postal ?
 Oui, toujours Souvent Parfois Jamais

- Si oui, sous quel délai ? < 1 semaine 1 semaine - 1 mois > 1 mois
 - Êtes-vous informé des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par un courrier remis directement de main à main par le patient lui-même lors d'une nouvelle consultation ?
 Oui, toujours Souvent Parfois Jamais
 - Si oui, sous quel délai ? < 1 semaine 1 semaine - 1 mois > 1 mois
 - Êtes-vous informé des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par un mail crypté (type Apicrypt) ou sur messagerie sécurisée ?
 Oui, toujours Souvent Parfois Jamais
 - Si oui, sous quel délai ? < 1 semaine 1 semaine - 1 mois > 1 mois
 - Êtes-vous informé des résultats d'une consultation aux urgences d'un de vos patients par un appel par un médecin/interne des urgences ?
 Oui, toujours Souvent Parfois Jamais
 - Si oui, sous quel délai ? < 1 semaine 1 semaine - 1 mois > 1 mois
- Autre moyen de communication ? Délai ?

4- CONTENU DES INFORMATIONS

En cas de courrier rédigé par le médecin des urgences :

- Le courrier est-il suffisamment lisible ?
 Toujours Souvent Parfois Jamais
- Le motif de consultation est-il clairement défini ?
 Toujours Souvent Parfois Jamais
- L'examen clinique est-il clairement détaillé ?

D'UN COURRIER DE SORTIE DES URGENCES DE VOTRE PATIENT :

- Si vous avez appelé aux urgences pour adresser votre patient ?
Toujours Souvent Parfois Jamais
- Si vous avez adressé votre patient avec un courrier ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

Toujours Souvent Parfois Jamais

- Les résultats d'examen complémentaires y sont mentionnés ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

• Un avis de spécialiste y est clairement décrit ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

• Le traitement repris aux urgences est clair ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

• Le traitement de sortie est explicite ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

• Les RDV en externes sont clairement indiqués ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

• La conclusion et la conduite à tenir vous semblent claires ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

• A-t-on demandé au patient de vous consulter à distance de la consultation aux urgences ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

• Si oui, l'a-t-il fait ? Toujours Souvent Parfois Jamais

• En cas de décès d'un de vos patients aux urgences, êtes-vous prévenu ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

• Si oui, par quel moyen ? Courrier Mail type Appel téléphonique

5- AVEZ-VOUS NOTE UNE DIFFERENCE SUR LA REDACTION OU NON

AMELIORATIONS A ENVISAGER

6- QUEL TYPE DE COMMUNICATION TROUVEZ-VOUS LA PLUS ADAPTEE A LA SORTIE DES URGENCES ?

- Courrier envoyé au cabinet Courrier remis au patient Mail crypté/messagerie
- Appel téléphonique Autre.....
- Cela vous semble-t-il nécessaire d'être informé lors de chaque passage ?
Toujours Souvent Parfois Jamais

- Disposez-vous d'une boîte mail sécurisée ? (type MS santé)
 Oui Non

7- POUR QUEL TYPE DE PATIENT SOUHAITEZ-VOUS ETRE INFORMES DE SON PASSAGE AUX URGENCES ?

Gériatrie, patient poly pathologique	
Consultation traumatolo pour un jeune patient	
Consultation médicale avec examens complémentaires à poursuivre	
Consultation sans diagnostic de sortie	

8- AVEZ-VOUS DES SUGGESTIONS POUR AMELIORER LA FORME / LA TRANSMISSION DE CETTE COMMUNICATION ?

- Oui Non

TEXTE LIBRE, SUGGESTIONS :

Annexe C : Texte descriptif joint aux mails

Interne en 5ème semestre de médecine générale, j'ai choisi de réaliser ma thèse sur la communication entre le service des urgences adultes du Groupe Hospitalier du Havre et les médecins généralistes sur le secteur de la CODAH. La thèse du Dr. DESVAGES avait soulevé en 2017 un problème de communication. Depuis le service des urgences adultes a mis en place un système de courrier informatisé automatique envoyé par courrier postal dans vos cabinets. Mon travail est d'évaluer cette mesure. Je compte sur votre participation. Merci d'avance.

Mlle Louise BOSCHIN

Annexe D : Réponses libres

MSSanté n'est malheureusement JAMAIS utilisée! PS : dommage qu'on ne puisse pas répondre à plusieurs items (exemple : la dernière question).
J'ai apicrypt et jamais utilisé par le GHH y compris urgence.
Pour tous les patients et par messagerie apicrypt c'est un gain de temps important pour moi et information rapide.
Votre enquête ne prend pas les choix multiples, sinon j'aurais mis tous les choix à la dernière question. Nous ne recevons jamais les conclusions des enquêtes. J'utilise Apicrypt comme la majorité des médecins du Havre, ainsi que le fax et une messagerie perso pour la CPAM, plus la poste. Je ne désire pas utiliser une autre messagerie pour convenance du GHH.
La communication par APICRYPT pour tous les patients passant aux urgences permettrait de gagner du temps.
Donner ou envoyer aux patients leurs radio/ou autres
Avoir plusieurs choix dans les réponses aux questions/Envoyer le CR par Apicrypt
Se rappeler que nous sommes passés aussi aux urgences en début de carrière et qu'à l'époque le téléphone fonctionnait beaucoup mieux pour avertir nos confrères de la situation et se renseigner du possible retour à domicile en prenant en compte la situation sociale du patient et son environnement familial. Il n'est pas rare de voir revenir des patients chez eux à 03h00 du matin alors qu'il n'y aura personne pour les accueillir.
Que l'hôpital se mette à apicrypt ou MSSanté. Bien plus écologique et économique et bien plus rapide pour eux!!
Contact téléphonique plus facile car échange possible si patient âgé ou polypathologique.
Messagerie sécurisée qui n'est pas utilisée mais on peut toujours rêver...
Question au dessus, toutes les situations dès qu'un patient passe aux urgences. On est le médecin traitant donc on doit centraliser toutes les infos sur le patient.
Utiliser mail crypté
Hprim merde! On n'est plus en 1997!
Très bonne évolution!
Utiliser les messageries sécurisées parfois courrier imprécis car diagnostic ou conclusion choisis dans des items proposés par l'ordinateur pour permettre des cotations ou des statistiques.
Pourquoi pas un courriel sur apicrypt?
Que nous-même, médecins prescripteur de la consultation aux urgences, remettions à notre patient un dossier de transfert explicite, détaillé, exposant clairement, sincèrement le motif de cette présentation aux urgences.
Informé de tous les passages quelque soit le motif.
Que le service dès urgences se dote de apicrypt.

<p>Les diagnostics sont choisis dans une liste type et sont souvent incohérents avec le reste du compte-rendu ou la réalité les compte-rendus relatent parfois des allégations du patient sur le refus du médecin traitant de les recevoir en urgence alors que par exemple ils ont refusé un horaire de RDV qui ne leur convenait pas, voire ne sont pas venu au RDV donné. Votre dernière question aurait dû accepter des réponses multiples.</p>
<p>Si je suis le médecin traitant j'aimerais avoir tous les passages de mes patients aux urgences.</p>
<p>Que le service des urgences se dote de apicrypt.</p>
<p>Ne pas la répéter.</p>
<p>Votre questionnaire ne prévoit qu'une seule et unique réponse. Mais souvent on a 2 ou 3 réponses à cocher... et ce n'est pas possible. Juste pour la dernière question : j'aimerais être informé pour tout patient passant aux urgences, qu'il soit hospitalisé ou pas. C'est pourquoi j'ai coché avant, que j'aimerais être informé de chaque passage aux urgences (donc votre dernière question est inutile...) pour l'instant : seul le courrier papier est utile pour les médecins libéraux, car l'hôpital J Monod ne communique pas avec nous par apicrypt... mais certains services envoient les courriers par mail (à la boîte mail du cabinet médical). En ce qui concerne les comptes-rendus : certaines cliniques sont plus efficaces que l'hôpital. Bonne continuation.</p>
<p>Des informations claires et concises</p>
<p>Très difficile de récupérer les radios et les comptes-rendus de radio ; le reste me va.</p>
<p>Un courrier pour tous les patients passant par les urgences, même ceux envoyés lors des gardes(pour améliorer nos pratiques)(marche mieux pour les urgences pédiatriques qu'adultes)</p>
<p>Courrier parfois peu lisible car les diagnostics ou conclusions viennent d'un codage informatique. Très satisfait d'être prévenu d'un passage aux urgences</p>
<p>Que les patients sortent avec leur(s) examen(s) de radiologie si ils en ont eu !! C'est le minimum envisageable pour le suivie de leurs traumatismes...</p>
<p>transmission des CR par Apicrypt</p>
<p>Être informé également des résultats d'examens qui arrivent après le départ du patient des urgences. Par exemple ECBU, compte-rendu rédigé par un radiologue à posteriori, etc. Remarque : à la question précédente, il faudrait pouvoir répondre tous les items. Avoir un courrier systématique nous permet aussi d'éduquer le patient à ne pas se rendre aux urgences pour rien.</p>
<p>Je trouve que la communication est bien, et juste en rapport avec votre dernière question vous ne laissez pas la possibilité de choix multiple mais il est important qu'on soit toujours informé pour chacun de nos patients, quel qu'il soit. Bon courage pour votre thèse.</p>

Annexe E : Interopérabilité APICRYPT - MSSanté

APICRYPT® **Version 2**
bêta*



Version.2 / octobre 2018

Interopérabilité avec l'espace de confiance MSSanté

➔ QU'EST-CE QU'APICRYPT VERSION 2 ?

La version 2 d'APICRYPT permettra la compatibilité avec les messageries de l'espace de confiance MSSanté.

Elle présentera aussi de réelles améliorations fonctionnelles comme une traçabilité améliorée, la signature électronique systématique et la non-répudiation des messages émis et reçus, une mise à jour simplifiée, l'utilisation de notifications et d'un format d'encodage spécifique destiné à résoudre les problèmes d'affichage des textes et données échangées.

➔ QUEL CHANGEMENT À PRÉVOIR À COURT ET MOYEN TERME, SI L'UTILISATEUR SOUHAITE L'INTEROPÉRABILITÉ AVEC L'ESPACE DE CONFIANCE MSSANTÉ ?

Dans un premier temps, APICRYPT V2 ne sera pas encore intégrée dans les logiciels métiers. Les échanges avec l'espace de confiance devront se faire via **l'outil gratuit APIMail Mac ou PC** (version bêta).

L'intégration dans les logiciels métiers sera opérée de manière extrêmement progressive, en coordination avec les éditeurs. L'APICEM rappelle que les modules APICRYPT sont fournis gratuitement aux éditeurs, et ce, depuis plus de 20 ans.

Les outils du package APICRYPT V2 viennent en remplacement des outils du package APICRYPT V1. Il s'agit d'une mise à jour qui offre la rétrocompatibilité avec la version 1 d'APICRYPT en plus de l'interopérabilité avec les messageries de l'espace de confiance MSSanté.

Les utilisateurs de la version 1 pourront correspondre avec ceux de la version 2 au sein de la sphère APICRYPT.

➔ LE TRANSFERT DES DONNÉES ENTRE LA VERSION 1 ET LA VERSION 2 EST-IL PROPOSÉ ?

S'agissant d'une mise à jour des outils offrant la rétrocompatibilité avec la version 1 d'APICRYPT, le professionnel de santé pourra continuer d'échanger avec l'ensemble des utilisateurs APICRYPT sans discrimination de version.

Aussi, le nouveau client de messagerie APIMAIL pour Mac et PC permet la récupération de l'intégralité des données du client de messagerie APIMAIL V3 ou APIMAIL-A à l'occasion de la mise à jour.

L'utilisateur pourra, par conséquent, retrouver l'intégralité des messages et données qu'il a archivés dans le client de messagerie APIMAIL de la version 1 d'APICRYPT.

➔ QUEL SERA L'IMPACT D'APICRYPT V2 SUR LA RÉCEPTION DES MESSAGES DANS LE LOGICIEL MÉTIER ?

APICRYPT est un système de transport de données de santé qui permet de garantir l'intégrité et la confidentialité des échanges. Il n'y a pas d'impact ou de contrainte liée à APICRYPT concernant le format des fichiers transmis. Il en sera de même avec APICRYPT V2 pour les logiciels métiers en capacité d'émettre ou de recevoir des données structurées.

Page 1/4

ASSISTANCE TECHNIQUE :
Du lundi au vendredi,
de 8h à 19h sans interruption
et le samedi de 9h à 12h.
(hors jours fériés)

APICEM SARL
3 route de Bergues
CS 20 007
F - 59 412
Coudekerque cedex 2

+33 (0) 3 28 63 00 65

www.apicrypt.org





➤ L'ARRIVÉE DE LA NOUVELLE VERSION NÉCESSITE-T-ELLE UNE MISE À JOUR IMPORTANTE DU LOGICIEL ?

L'arrivée du nouveau package APICRYPT V2 obligera le professionnel de santé à l'installer pour pouvoir l'utiliser. Le processus de mise à jour du package APICRYPT V1 vers le package APICRYPT V2 est très similaire au processus de mise à jour annuel des clefs APICRYPT et n'apporte pas de complexité supplémentaire.

Le logiciel métier du professionnel de santé devra, lui aussi, être mis à jour dès lors que l'éditeur aura intégré les nouveaux composants APICRYPT 2. L'importance de cette mise à jour dépend de l'éditeur du logiciel métier.

➤ TOUS LES ACTEURS (LABOS/HÔPITAUX/CLINIQUES/PS) SERONT-ILS PRÊTS EN MÊME TEMPS ?

L'APICEM sera en mesure de fournir le package APICRYPT V2 aux professionnels de ville à partir d'octobre dans le cadre de l'expérimentation Hauts de France, en novembre pour la région Bretonne, en décembre pour la région Grand Est et dès début 2019 pour la France entière.

Les travaux d'intégration des composants APICRYPT V2 ont démarré avec les éditeurs le souhaitant (logiciels de laboratoires, proxy établissements, logiciels métiers).

➤ COMMENT FAIRE POUR ENVOYER OU RECEVOIR ENTRE UTILISATEURS DE MESSAGERIES SÉCURISÉES DE L'ESPACE DE CONFIANCE MSSANTÉ ?

Pour émettre depuis APICRYPT :

Si un utilisateur d'APICRYPT souhaite écrire à un professionnel de santé qui a une adresse MSSanté, il suffit de saisir son adresse comme destinataire du mail. L'opération est complètement transparente pour l'émetteur.

La partie « fiable et consolidée » de l'annuaire des adresses MSSanté sera accessible à partir de l'annuaire APICRYPT (sur internet, par LDAP, etc..).

Pour émettre depuis MSSanté :

L'utilisateur MSSanté pourra retrouver l'adresse de son correspondant APICRYPT dans l'annuaire national MSSanté. L'adresse qui lui sera proposée n'aura pas la même terminaison que l'adresse utilisée entre apicrypteurs.

Au préalable, l'utilisateur d'APICRYPT devra indiquer dans son espace utilisateur personnel du site www.apicrypt.org s'il souhaite que son adresse soit publiée dans l'annuaire MSSanté, elle prendra la forme suivante : **prenom.nom@interop-mssante.apicrypt.org**

➤ QUAND LA VERSION 1 VA-T-ELLE DISPARAITRE ET SERA-T-ELLE TOUJOURS PRÉSENTE SUR LES CD 2019/2020 ?

Les clefs APICRYPT 2 sont disponibles sur les supports amovibles des utilisateurs depuis 2016. La version 1 disparaîtra lorsqu'il n'y aura plus d'utilisateur dépendant de la V1 ou d'un logiciel implémentant la V1.

ASSISTANCE TECHNIQUE :

Du lundi au vendredi,
de 8h à 19h sans interruption
et le samedi de 9h à 12h.
(hors jours fériés)

APICEM SARL

3 route de Bergues
CS 20 007
F - 59 412
Coudekerque cedex 2

+33 (0) 3 28 63 00 65

www.apicrypt.org



APICRYPT®
est labellisée





➤ COMMENT ACTIVER L'INTEROPÉRABILITÉ AVEC L'ESPACE DE CONFIANCE MSSANTÉ ?

Il appartiendra à l'utilisateur de décider s'il souhaite autoriser les échanges avec l'espace de confiance MSSanté. Pour ce faire, l'utilisateur devra se rendre dans son espace personnel du site www.apicrypt.org et autoriser l'ouverture des flux avec l'espace de confiance. Cette action de l'utilisateur permettra la réception et l'envoi de messages depuis ou vers l'espace de confiance MSSanté ainsi que la publication de son adresse de messagerie dans l'annuaire national MSSanté qui prendra alors la forme suivante : **prenom.nom@interop-mssante.apicrypt.org**

Cependant, dès l'activation de cette fonctionnalité, l'utilisateur pourra décider de ne pas apparaître dans l'annuaire national MSSanté (mise en « liste rouge »). Si l'utilisateur décide d'activer la mise en « liste rouge », ses coordonnées seront invisibles dans l'annuaire MSSanté. La mise en « liste rouge » n'empêche cependant pas la réception et l'émission de messages. Le professionnel en « liste rouge » pourra échanger des messages avec les correspondants à qui il aura donné son adresse.

Quelle que soit la décision de l'utilisateur quant à son inscription en « liste rouge », les messages en provenance du domaine **@dgs.mssante.fr** lui seront automatiquement adressés.

➤ QU'EN EST-IL DES UTILISATEURS QUI NE SONT PAS PROFESSIONNELS DE SANTÉ À ORDRE ?

L'espace de confiance MSSanté est accessible aux professions à ordres (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmières ...) et à tous les professionnels de santé au sens du Code de la Santé Publique (orthophonistes...).

Les professionnels de santé Apicrypteurs qui concourent aux soins pourront continuer à communiquer sans problème avec les utilisateurs d'APICRYPT uniquement. Ils ne pourront, en revanche, ni recevoir ni écrire à des utilisateurs d'autres opérateurs de messagerie sécurisée en santé.

➤ APICRYPT SERA-T-ELLE VALIDÉE « FORFAIT STRUCTURE » POUR 2018 ?

L'utilisation de la messagerie sécurisée APICRYPT® est retenue pour valider l'indicateur : « disposer d'une messagerie sécurisée de santé » dans sa version 2. La reconduite de la prise en compte d'APICRYPT version 1 est également actée pour 2018.

En 2019, les médecins auront jusqu'au 31/12/2019 pour s'équiper avec la version V2 d'APICRYPT s'ils souhaitent valider cet indicateur.

Aucun document provenant de votre fournisseur du service ne sera nécessaire. Seule, l'attestation sur l'honneur auprès de votre CPAM via amelipro vous permettra de justifier que vous utilisez APICRYPT®.

Les utilisateurs d'Apicrypt V1 qui ne l'ont pas déclaré en 2017 doivent procéder à une saisie manuelle en sélectionnant cette version de la messagerie dans la liste déroulante proposée dans l'espace de saisie sur amelipro et attester sur l'honneur qu'ils disposent d'une Messagerie Sécurisée de Santé en cochant la case correspondante sur l'écran de saisie sur amelipro selon la procédure ci-dessus.

Les CPAM se réservent le droit de faire des contrôles.

Pour toute information complémentaire, nous vous invitons à vous rapprocher directement de votre CPAM.





➔ CALENDRIER RECAPITULATIF

- **Juin 2017** : Obtention de l'agrément «Hébergeur de données de santé » pour APICRYPT V2 ;
- **Mai 2018** : Entrée officielle de l'APICEM dans l'espace de confiance pour sa solution APICRYPT V2 ;
- **Fin septembre 2018** : Les versions bêta pour MAC et PC du nouvel APIMAIL sont disponibles, dans un premier temps, pour l'expérimentation des Hauts de France sur les territoires définis.
- **Courant novembre 2018** : déploiement en Bretagne.
- **Début décembre 2018** : déploiement dans la région Grand Est.
- **Début 2019** : Déploiement en France entière selon les mises à jour des éditeurs de logiciels métiers.

Les utilisateurs concernés par les phases de déploiement du package APICRYPT V2 seront informés par l'APICEM en relation avec les instances locales (CPAM, URPS, Associations filles, etc.).



CONTACTS

Contact Apicem pour utilisateurs APICRYPT actuels ou futurs :

L'assistance technique d'Apicem se tient à la disposition des utilisateurs finaux pour répondre à toutes leurs questions ou les aider à la mise en service des outils :

- Par téléphone au 03 28 63 00 65, du lundi au vendredi, de 8h à 19h sans interruption et le samedi de 9h à 12h (hors jours fériés - heures de la métropole) ;
- Par mail : infoapicrypt@apicrypt.org

Contact APICEM pour éditeurs :

L'assistance éditeurs d'Apicem se tient à la disposition des éditeurs du secteur de la santé pour répondre à toutes leurs questions :

- Par téléphone au 03 28 63 00 65, du lundi au vendredi, de 9h à 17h (hors jours fériés - heures de la métropole)
- Par mail : assistance-editeurs@apicem.fr

Contact APICEM pour instances publiques/privées (GCS, GHT, ARS, Association, etc.) :

Un chef de projet se tient à la disposition des instances publiques ou privées du secteur de la santé pour répondre aux questions ou prêter une assistance dans le cadre du déploiement de la messagerie APICRYPT :

- Par téléphone au 03 28 63 00 65, du lundi au vendredi, de 9h à 17h (hors jours fériés - heures de la métropole)
- Par mail : alexandre.caron@apicem.fr

* La version 2 «bêta» d'APICRYPT est ouverte aux retours des utilisateurs qui souhaitent pouvoir communiquer au sein de l'espace de confiance MSSanté. Ils participeront ainsi à l'amélioration du système et pourront bénéficier d'une assistance rapprochée.

ASSISTANCE TECHNIQUE :

Du lundi au vendredi,
de 8h à 19h sans interruption
et le samedi de 9h à 12h.
(hors jours fériés)

APICEM SARL

3 route de Bergues
CS 20 007
F - 59 412
Coudekerque cedex 2

+33 (0) 3 28 63 00 65

www.apicrypt.org



APICRYPT®
est labellisée



Annexe F : Guide du GHH sur l'utilisation de la messagerie MSSanté



DSI
Guide d'utilisation
Messagerie MS Santé
Version 1
Document créé le 17/03/2016

Guide d'utilisation de la messagerie MS Santé :

Table des matières :

- Comment envoyer et recevoir des mails MS Santé ?**
- Comment reconnaître des mails MS Santé ?**
- Comment trouver l'adresse MS Santé de vos correspondants extérieurs ?**
- Pour quel agent GHH a été créé un compte MS Santé ?**
- Rappel : Pourquoi la MS Santé ?**

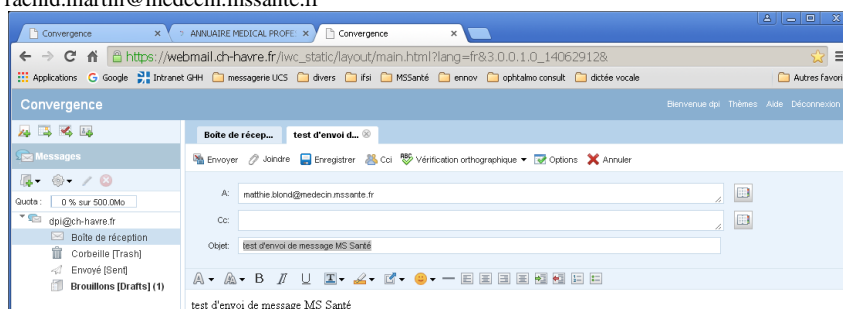
Une adresse mail MS Santé a été créée pour chaque médecin du GHH. Pour connaître votre adresse MS Santé, vous devez ajouter les mots clés « mssante » à votre adresse usuel. Par exemple, le médecin GHH philippe.martin@ch-havre.fr possède aussi une adresse email MS Santé philippe.dupont@ch-havre.mssante.fr

Vos correspondants peuvent dès aujourd'hui vous envoyer des mails à votre adresse MS Santé. Les mails MS Santé sont traités dans votre outil mail Convergence comme les autres mails.

Comment envoyer et recevoir des mails MS Santé ?

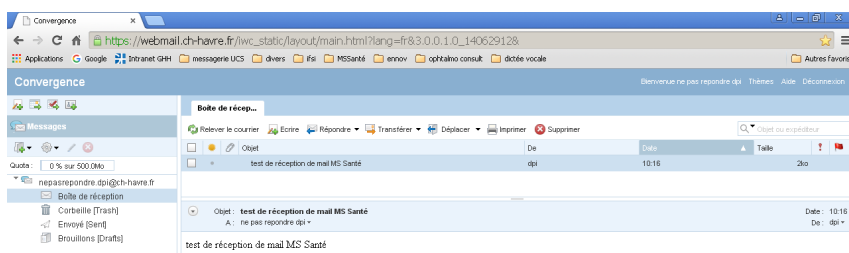
Vous devez utiliser votre compte mail Convergence pour l'écriture et la lecture des mails MS Santé.

Envoi de mails MS Santé : utiliser le bouton « Ecrire » et saisir l'adresse MS Santé de votre correspondant dans le champ Destinataire 'A' : exemple : rachid.martin@medecin.mssante.fr



Attention : vous ne pouvez pas envoyer un email avec des destinataires MS Santé et non MS Santé dans le même message; les adresses mails de TOUS les destinataires de votre email MS Santé doivent posséder les mots clés mssante.fr.

Réception de mail MS Santé : Vos mails MS Santé sont visibles dans votre Boîte de Réception de votre outil mail Convergence.



Comment reconnaître des mails MS Santé ?

Les adresses expéditeurs ou destinataires des mails MS santé possèdent les mots clés mssante.fr.

Comment trouver l'adresse MS Santé de vos correspondants extérieurs au GHH ?

Vous pouvez trouver l'adresse mail MS Santé de vos correspondants extérieurs sur le site <https://annuaire.sante.fr>.

Pour quel agent GHH a été créé un compte MS Santé ?

Une adresse mail MS Santé (exemple : philippe.dupont@ch-havre.mssante.fr) a été créée pour chaque médecin du GHH. L'ASIP autorise uniquement les adresses personnelles d'agents possédant un numéro RPPS ou ADELI. La liste des adresses mails MS Santé du GHH est présente sur l'Intranet Rubrique « Assistance Informatique ». Vous pouvez contacter le support informatique : support@ch-havre.fr, pour toute demande de création de mail MS Santé si vous n'êtes pas sur cette liste. Vous devez communiquer votre numéro de RPPS pour les médecins ou votre numéro d'ADELI pour les autres Professionnels de Santé.

Note aux responsables des Services de Soins:

Votre secrétaire peut bénéficier d'une adresse mail MS Santé. L'ASIP impose que cela se fasse sous la responsabilité d'un Professionnel de Santé qui devra remplir et signer le formulaire « Création de compte MS Santé pour les secrétariats médicaux » présent sur l'Intranet Rubrique « Assistance Informatique – Messagerie Convergence ».

Rappel : Pourquoi la MS Santé :

Les pouvoirs publics (l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé -ASIP-) ont développé une Messagerie Sécurisée de Santé (MS Santé) afin de permettre aux professionnels de santé d'échanger par mail des données personnelles de santé des patients en toute sécurité dans le respect de la réglementation en vigueur. Plus d'information sur http://esante.gouv.fr/sites/default/files/faq_mssante_bd_2014.pdf ou au 36 57. Vos échanges mails

interne GHH sont déjà sécurisés. Cet espace MS Santé vous permettra de sécuriser vos mails avec les Professionnels de Santé extérieurs qui possèdent aussi un compte MS Santé.

Serment d'Hippocrate

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer 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. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

Introduction

Le parcours de soins du patient vise à remettre le médecin généraliste au centre de la prise en charge globale du patient. En 2017 le Dr. DESVAGES réalisait un état des lieux de la communication entre les médecins généralistes de l'agglomération havraise et le SAU de l'hôpital MONOD. Il en résultait que seul 59 % des médecins généralistes étaient globalement satisfaits de cette communication. Les urgences ont donc mis en place un courrier automatisé informatique transmis par coursier aux médecins généralistes. L'objectif de mon travail a été d'évaluer l'efficacité de cette mesure.

Matériels et méthodes

Diffusion via Google Forms d'un questionnaire à l'ensemble des médecins généralistes de l'agglomération havraise (CODAH). Il s'agit du questionnaire du Dr. DESVAGES repris à l'identique afin de pouvoir comparer nos réponses. Il y a eu au total 4 envois sur le mois de janvier 2019. Puis nous avons utilisé les lois de répartition du Chi2 de Pearson et test exact de Fisher afin de croiser nos données avec celles du Dr. DESVAGES.

Résultats

Comparaison de nos populations

Il a été mis en évidence une différence significative pour deux critères de jugements que sont l'âge ($p = 0,025$) et le type d'activité ($p = 0,045$). Les autres caractéristiques étudiées que sont le sexe, le mode d'exercice, l'activité en permanence de soin, ne présentent pas de différence significative. Valeur-p sur le sexe de 0,76, sur le mode d'exercice $p = 0,45$ et sur l'activité de permanence de soins $p = 0,71$.

Comparaison des résultats

Les questions pour lesquelles il existe une différence significative portent sur la satisfaction globale ($p = 0,045$), l'information générale ($p = 0,030$), la réception d'un courrier ($p = 0,014$) et son délai ($p = 0,0002$), la lisibilité du courrier ($p = 0,01$) et la présence du traitement entrepris aux urgences ($p = 0,038$). En regroupant les réponses et appliquant le test exact de FISHER nous avons obtenu la tendance du changement qui dans notre cas tend à l'amélioration.

Conclusion

Dans l'étude du Dr. DESVAGES les pistes d'amélioration citées étaient : l'amélioration du contenu du courrier et un envoi plus systématique des informations. En ce sens on peut dire que la mesure prise par le SAU du GHH a été efficace. En outre pour plus de la moitié des médecins généralistes (64 %) le moyen de communication le plus adapté à la sortie des urgences est l'utilisation d'une messagerie sécurisée. Ce résultat est renforcé par le fait que 91 % des répondants possèdent une boîte mail sécurisée et que parmi les 33 commentaires libres, 15 font références à une boîte mail sécurisée. On peut alors se demander si l'avenir de la communication urgence - médecine générale n'est pas dans l'utilisation d'une messagerie sécurisée.

Mots clefs COMMUNICATION VILLE-HÔPITAL - MÉDECIN GÉNÉRALISTE
SERVICE DES URGENCES - COURRIERS MÉDICAUX - MESSAGERIE SÉCURISÉE