



HAL
open science

Évaluation du lien ville-hôpital par les médecins généralistes dans la prise en charge palliative : exemple des Lits Identifiés de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier de Libourne

Marie-Mélina Bruhat

► **To cite this version:**

Marie-Mélina Bruhat. Évaluation du lien ville-hôpital par les médecins généralistes dans la prise en charge palliative : exemple des Lits Identifiés de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier de Libourne. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02495775

HAL Id: dumas-02495775

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02495775>

Submitted on 2 Mar 2020

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

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

Année 2019

n°51

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
DES de Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement
Par BRUHAT Marie-Mélina
Née le 16 novembre 1988 à Clermont-Ferrand (63)
Le 14 mai 2019

**« ÉVALUATION DU LIEN VILLE-HÔPITAL PAR
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRISE
EN CHARGE PALLIATIVE »**

**- Exemple des Lits Identifiés de Soins Palliatifs
du Centre Hospitalier de Libourne -**

Directrice de Thèse : Docteur Céline DYL

Président du jury	Monsieur le Professeur David LAHARIE
Rapporteur et jury	Monsieur le Professeur Alain RAVAUD
Jury	Monsieur le Professeur Benoit BURUCOA
Jury	Monsieur le Professeur Philippe CASTERA
Jury	Monsieur le Docteur Hervé CHELLE
Jury	Monsieur le Docteur Mathieu NGUYEN

**« ÉVALUATION DU LIEN VILLE-
HÔPITAL PAR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES DANS LA PRISE EN
CHARGE PALLIATIVE »**

**- Exemple des Lits Identifiés de Soins
Palliatifs du Centre Hospitalier de Libourne -**

REMERCIEMENTS

À mon Président de jury, Monsieur le Professeur LAHARIE,

Je vous suis grandement reconnaissante que vous ayez accepté de présider mon jury.

Je sais que je peux compter sur vous, et vous me l'avez encore démontré aujourd'hui.

Veillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et toute ma gratitude.

À Monsieur le Professeur RAVAUD,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté d'évaluer mon travail en tant que rapporteur et de participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance pour votre expertise.

À Monsieur le Professeur BURUCOA,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de me faire l'honneur d'apporter votre expertise en soins palliatifs.

À Monsieur le Professeur CASTERA,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Merci pour vos enseignements et votre bonne humeur au cours de ces années d'études.

À Monsieur le Docteur CHELLE,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse en tant que médecin généraliste concerné par le sujet. Merci de m'avoir fait confiance au sein du réseau de santé de soins palliatifs dont vous étiez le Président ; cette expérience m'a enrichie tant professionnellement que personnellement.

À Monsieur le Docteur NGUYEN,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de l'intérêt que vous y portez. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

À ma Directrice de thèse, Céline DYL,

Merci, pour ta disponibilité, ta réactivité et ta bonne humeur constante. Merci de m'avoir dirigée et de m'avoir fait confiance comme tu l'as fait. Merci de m'avoir soutenue et supportée. Je t'en suis très reconnaissante. Merci pour tout ce que tu m'as apporté, aussi bien professionnellement qu'humainement.

Remerciements personnels

À ma famille

À mes parents, qui ont toujours été là pour moi, discrets mais présents, inquiets parfois mais soutenant toujours. Merci de m'avoir guidé tout au long de ma vie et de m'avoir laissé faire mes choix, d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir fait vivre une vie peu commune, mais tellement enrichissante.

À mon frère, Simon, et à notre complicité bien réelle malgré la pudeur. Si éloignés et pourtant si proches. À Audrey, ma belle-sœur, que j'ai appris à découvrir au fil des années (ça commence à faire !). À Noé, mon neveu et filleul, et au prochain qui arrive bientôt.

À Bernard et Concept et mes cousins Chris et Jess, qui, même loin, sont dans ma tête et dans mon cœur.

Vous êtes ma famille et vous comptez plus que tout. Je vous aime.

À ces personnes particulières qui m'ont accompagnée :

À Sten De Witte, mon chef de service, que j'admire, tant pour sa rigueur que pour sa bienveillance, qui est venu me chercher, qui m'a aidée et soutenue et qui continue à le faire aujourd'hui. On ne rencontre pas des gens comme toi tous les jours. J'ai eu beaucoup de chance.

À Monsieur Bommelaer, vous resterez pour moi un exemple. Merci de m'avoir accompagnée toutes ces années.

À Évelyne, merci de ton soutien et de ton écoute pendant ces moments difficiles.

À François et Danièle Delattre, merci de m'avoir acceptée et considérée comme votre fille pendant toutes ces années et aujourd'hui encore.

À l'équipe du DU (ETP en force !) : à Simone (dont on ne comprend pas toujours tous les délires), à Olivia (toujours partante !) et Vanessa (dont le rire est si communicatif). Le regard fait parfois bien les choses. J'ai vécu une aventure extraordinaire grâce à vous, dans la joie et la bonne humeur, l'esprit d'équipe (bon, on a perdu.... mais on y était presque !) et le partage. Force et honneur !

À toute l'équipe d'Hématologie de Libourne : Claire Coin (-coin), Nathalie, Adeline, Caroline, Sonia, Johanne, Drissia et tous les autres bien sûr ! Vous m'avez acceptée tellement facilement (même si j'ai tendance à ne pas dire bonjour !). Je suis contente de bientôt vous retrouver.

À Gaëlle, brillante et humble. Aux blagues beaucoup trop faciles avec toi qui n'a aucun second degré et aux instants « bitch » tellement drôles ! Vive les Anges !

À Didier et son flegme légendaire, mais toujours là quand on a besoin.

À toute l'équipe de RELISPAL : Bastien (qui se prend beaucoup trop souvent pour Beyoncé), Katia (accueille, expulse !), Émilie (qui a toujours oublié quelque chose !), Amandine (les apparences sont parfois trompeuses), Cynthia (et ses travaux). À vous qui m'avez accueillie dans la plus grande bienveillance et que j'ai appris à découvrir petit à petit. Vous avez pris soin de moi, vous m'avez fait grandir, tous, à votre façon. J'espère vous avoir apporté autant que vous m'avez donné.

À mes amis

À Lucie, toi qui me connais depuis tant d'années, avec qui j'ai tout fait ; les choses les plus simples, comme nos glaces sur la jetée, au plus beau des voyages, au fin fond des steppes mongoles. On a vécu tant d'aventures, toujours dans le rire et la bonne humeur, grâce à toi. Même si nous sommes loin aujourd'hui, tu m'accompagnes toujours. Tu commences une nouvelle vie depuis peu, je te souhaite d'être la plus heureuse aux côtés d'Édouard et de Paul.

À Élise, une rencontre improbable qui a débouché sur une amitié incroyable. Tu ne m'as jamais ménagée et c'est pour ça que je t'aime. À toutes nos aventures et à toutes celles à venir. À Thibaud aussi, qui arrive à te supporter au quotidien (on ne sait toujours pas comment il fait !?) et maintenant à Noa, à qui je souhaite bien du courage d'avoir une mère comme toi !

À toute la bande de Clermont-Ferrand, aujourd'hui aux quatre coins de la France, et à nos fameux week-ends : Anna (notre mère à tous), Macha et Antho, (à quand la prochaine escapade au ski en AirBnB ?), Amélie et Charles (fleur, fleur, fleur), Marion (et ton franc-parler), Aurélie (ma coloc, comment as-tu fait pour me supporter 3 ans ?), Justine, Nono (les piliers) et Arthur, Nane (et ta naïveté légendaire), Babeth et Benoît (qui se complètent si bien). À Violaine, qui sera toujours mon bro', malgré les distances. À Lucas, à nos révisions à Oléron, à ta capacité à connaître mon tour de poitrine rien qu'à la vue, tu as une place particulière pour moi.

À Manon, merci de m'appeler tous les 6 mois pour t'assurer que je suis bien vivante ! À notre brève mais intense coloc bordelaise (quand tu veux on recommence !), à ton écoute et ton soutien aux moments où j'en avais le plus besoin. Merci pour ta simplicité et ton caractère tranché (j'ai pas dit mauvais!) À Thomas (ne sois pas jalouse Manon !), pour ta bonne humeur, ton énergie, ta générosité. Merci à tous les deux de faire attention aux gens que vous aimez, d'être ce que vous êtes, j'ai de la chance de vous avoir.

À Sonia, tu m'accompagnes depuis tellement longtemps, et ce n'était pas gagné ! Tu sais déjà tout ce que je pense de toi, je suis heureuse que tu fasses partie de ma vie. Je t'aime. À Alexis, que j'estime et que j'admire. Merci pour ta gentillesse, ton écoute et tes moments de folies aussi. Merci à tous les deux d'être venus m'envahir à Bordeaux le temps d'un semestre. Revenez ! L'accueil ne sera pas le même, j'ai grandi depuis !

À Jacques, les circonstances de notre rencontre sont encore floues pour moi, mais je suis tellement contente que nos chemins se soient croisés ! Champagne forever ! Tu as enfin trouvé un homme à ta hauteur et tu sembles heureux, c'est tout ce que je te souhaite.

À Marion, pour ce que tu es tout simplement. Tu es tellement brillante, dans tous les sens du terme. Je suis fière de compter parmi tes amis, et je sais que ça durera toujours.

Aux deux Clermontoises (enfin pas vraiment, mais presque !) : à Jenni, pour ta bonne humeur et ton sourire qui ne te quittent jamais ; à Claire et à ce petit quelque chose indescriptible, une très jolie rencontre qui promet encore de bons moments à partager.

À Marianne et Ève : on dit qu'on découvre ses amis dans les moments difficiles, vous en êtes l'exemple parfait, et je ne vous remercierai jamais assez pour ça. Merci à toi Ève pour ton énergie, toujours dans la bonne humeur (ou presque !). À quand une petite bouteille de rosé chez Alriq, une balade à Lacanau, un parcours 14 trous ? Merci à toi Marianne, pour ta franchise et ta « coolitude », merci d'avoir supporté mes « repeat » à Marmande (j'ai du bien te souler avec ça !), merci pour ta culture musicale (William Sheller, si tu nous écoutes). Merci pour tous les bons moments qu'on a partagé.

À Jen, notre rencontre à Marmande a été le début d'une belle amitié. À nos petites escapades à San Sebastian, à nos discussions qui n'en finissent pas, et nos fous rires innombrables. Je te vois heureuse aujourd'hui et tu le mérites tellement.

À Carine, même jour, même année (les scorpions, c'est les meilleurs !). Il ne nous a pas fallu beaucoup de temps pour se découvrir, s'apprécier et se faire confiance. J'espère que ce n'est que le début d'une longue amitié.

À Thomas, Dolu et Adri, avec qui j'ai partagé bien plus qu'une balade gourmande (qui a quand même laissé des traces... !). Vous êtes des géniaux.

À Corinne, redoutée par tous mais pas par moi. Je t'admire pour ton indépendance, ta façon de tout savoir, tout sentir avant même que les choses n'arrivent. Merci d'avoir été notre ange-gardien.

À Manue, chez qui, derrière la douceur et la patience se cache un caractère bien trempé ! Merci de ta bienveillance, de ton écoute et de ton soutien ! Croies en toi, tu vauds bien plus que tu ne le penses !

À Sandra (ou gros-cul pour les intimes), qui me supporte dans ma mauvaise humeur et dans mes folies. Une des personnes les plus ouvertes que je connaisse. Merci de me faire toujours rire, de me faire la gueule mais de ne jamais y arriver, de voir toujours la vie du bon côté. Je te souhaite d'être heureuse, tu le mérites tellement.

À Astrid, mon amie. Même si les débuts ont été difficiles (tu ne m'aimais pas, je le sais ! arrête de nier !), j'ai découvert au fil du temps une personne simple, pudique, toujours à l'écoute, toujours là pour les autres et surtout, toujours prête pour une bière ! Je suis fier de compter les tiens.

À Olivia, mon coup de cœur. Il ne nous a fallu que quelques heures pour savoir qu'on ne se quitterait plus. Simplement merci d'être ce que tu es et de faire partie de ma vie. À Mimi bien sûr, pour ta bienveillance et ta gentillesse sans égales. Jordy sera entre de bonnes mains

À Sylvain, rencontre inattendue dans les couloirs de l'unité 23. À toi qui a de si belles valeurs. Et à ton petit caractère aussi ! À nos ateliers cuisine improbables à toute heure du jour et de la nuit, à nos séances ciné (souvent nulles il faut bien l'avouer, la prochaine fois, on se casse avant la fin du film, promis !), à nos jacuzzis à -4°C et à tant d'autres choses... À notre belle amitié tout simplement. Merci de faire partie de ma vie. Tu n'en sortiras pas de si tôt.

MERCI À TOUS !

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
PRÉAMBULE	7
INTRODUCTION	8
1. Le lien ville-hôpital	8
1.1 Définition	8
1.2 Organisation	10
1.3 Points forts et points faibles	12
2. Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP)	14
2.1 Définition	14
2.2 Organisation	15
2.3 Points forts et points faibles	17
3. Exemple du Libournais	20
3.1 Le bassin de l'hôpital	20
3.2 Les LISP du Centre Hospitalier	22
3.3 Le lien ville-hôpital et les LISP de Libourne	23
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	24
1. Description de l'étude	24
2. Définition de la population de médecins généralistes	24
3. Construction du questionnaire.....	25
4. Recueil et traitement des données	27
RÉSULTATS	29
1. Définition de la population cible.....	29
2. Profil des médecins généralistes.....	31

3. Satisfaction du lien ville-hôpital	35
3.1 Admission	35
3.2 Séjour	36
3.3 Sortie	38
4. Commentaires libres	41
DISCUSSION.....	44
1. Points forts de l'étude	44
2. Limites de l'étude	45
3. Perspectives	46
3.1 Se faire connaître.....	46
3.2 Faciliter le contact.....	48
3.3 Travailler ensemble	49
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES.....	57
Annexe 1	57
Annexe 2	60
Annexe 3	62
SERMENT D'HIPPOCRATE	64
RÉSUMÉ.....	65
ABSTRACT	66

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD	Affection Longue Durée
APHP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
CCECQA	Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CRH	Compte-Rendu d'Hospitalisation
CSP	Code de Santé Publique
DGOS	Direction Générale d'Organisation des Soins
DMP	Dossier Médical Partagé
DU	Diplôme Universitaire
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMSP	Équipe Mobile de Soins Palliatifs
ETP	Équivalent Temps Plein
FHF	Fédération Hospitalière de France
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
LISP	Lits Identifiés de Soins Palliatifs
LVH	Lien Ville-Hôpital
MSS	Messagerie Sécurisée de Santé
ORS	Observatoire Régional de Santé
RAD	Retour À Domicile
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RPA	Résidence pour Personnes Agées
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
SFMG	Société Française de Médecine Générale
SROS	Schémas Régionaux d'Organisation des Soins
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifification À l'Acte
USP	Unités de Soins Palliatifs

PRÉAMBULE

Mon expérience professionnelle a débuté dans un service d'oncologie dans lequel, outre l'aspect curatif de la spécialité, j'ai été confrontée aux problématiques de la fin de vie et des soins palliatifs. Par la suite, j'ai intégré un service d'hématologie doté de trois Lits Identifiés de Soins Palliatifs, puis un réseau de soins palliatifs à domicile en tant que médecin coordonnateur.

Au cours de ces diverses expériences, j'ai constaté les difficultés de communication et de collaboration entre les médecins généralistes et les praticiens hospitaliers avec des conséquences potentiellement préjudiciables sur la prise en charge, mettant parfois en péril le projet de vie du patient.

C'est pourquoi ma thèse porte sur l'évaluation du lien entre la ville et l'hôpital dans ce contexte particulier de soins palliatifs. Il me semble en effet essentiel que tous les acteurs de soins puissent se coordonner pour respecter au mieux la volonté du patient.

INTRODUCTION

1. Le lien ville-hôpital

1.1 Définition

Le lien ville-hôpital (LVH) est la relation qu'entretiennent les acteurs de soins de ville et de l'hôpital, qui sont les deux composantes principales actuelles de notre système de santé. Même s'il n'existe pas dans la littérature de définition consensuelle du LVH, nous savons que ce lien se construit autour de plusieurs concepts tels que la coordination des soins, la communication entre les différents intervenants et l'échange d'informations.

La Haute Autorité de Santé (HAS) propose une définition de la **coordination des soins** comme « *l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins* ». La Direction Générale d'Organisation des Soins (DGOS) définit quant à elle la coordination des soins comme une « *action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi* ». On entend donc par coordination des soins les capacités de planification, d'organisation et d'anticipation. (1)

Dans un travail sur la **communication**, des médecins canadiens ont retenu la définition suivante : « *La communication professionnelle est une forme particulière de communication interpersonnelle. Dans le domaine médical, elle se définit comme un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin [...] et un autre professionnel de la santé. La communication en médecine consiste essentiellement en le développement d'une relation* ». (2)

La communication fait écho à la qualité relationnelle, au contact personnel et direct, à l'accessibilité et à la rapidité d'échange.

A l'heure actuelle, la communication entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers passe par plusieurs vecteurs parmi lesquels : les contacts téléphoniques, les fax, les courriers papiers et plus récemment la messagerie sécurisée. La communication utilise l'information qui se doit d'être qualitative, exhaustive et claire pour favoriser la qualité de la relation. (3)

Une étude sur la communication ville-hôpital menée par Alao *et al.* a pu déterminer les besoins en **information** des médecins généralistes qui comprenaient : la connaissance des mouvements de leurs patients (entrée / sortie / transferts / décès), la réception rapide des lettres de liaison ou de sortie, la mise à disposition des résultats de laboratoire et les résultats des examens médico-techniques effectués pendant l'hospitalisation. (4)

Ce lien ville-hôpital implique une interdépendance entre les différents acteurs et nécessite une connaissance des ressources disponibles et du rôle de chacun. Il est essentiel qu'il soit de bonne qualité pour permettre la continuité des soins.

1.2 Organisation

La loi hospitalière de 1970, qui permet aux praticiens non hospitaliers de recourir à l'aide technique apportée par l'hôpital public, donne un cadre légal à la notion de lien ville-hôpital. (5)

En 1991, la loi portant sur la réforme hospitalière, renforce ces principes avec la création des Schémas Régionaux d'Organisation de Soins (SROS), favorisant les coopérations entre les établissements de santé et la médecine de ville. (6)

La loi Kouchner du 4 Mars 2002, qui précise le droit à la communication des informations contenues dans le dossier patient, place le médecin traitant au cœur de la transmission d'informations relatives à l'hospitalisation : (7)

Article R. 1112-60 du Code de Santé Publique (CSP) : "Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade."

Depuis la loi du 13 Août 2004, portant sur la réforme de l'Assurance Maladie, le rôle et l'importance du médecin généraliste sont mis en avant. Avec la création du parcours de soins coordonnés et du statut de médecin traitant, les médecins généralistes sont devenus le pivot central de la prise en charge du patient. L'objectif de ces mesures est d'améliorer la prise en charge du patient en homogénéisant les soins apportés au malade, en ville comme à l'hôpital. (8)

En 2008, le sénateur Gérard Larcher remet son rapport sur les missions de l'hôpital, et parmi ses propositions, la commission parlementaire insiste sur la nécessité « *d'aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge* », notamment en facilitant « *la communication entre acteurs* » et en assurant « *la continuité du parcours de soins entre hôpital et médecine de ville* ». (9)

En Juillet 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) reprend en partie les propositions figurant dans le rapport Larcher de 2008. (10)

Dans l'article L 4130.1, il est mentionné que le médecin traitant doit « *orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social, s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients, veiller à l'application individualisée des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient, s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé* ».

L'article R. 4127-63 du Code de la Santé Publique (CSP) précise l'implication du médecin traitant dans la prise en charge du patient hospitalisé : « *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 auxquelles ce praticien sera associé dans la mesure du possible* ». (11)

Avec la loi de modernisation du système de santé en 2016, de nouveaux dispositifs tels que les Équipes de Soins Primaires (ESP), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) sont créées pour améliorer la coordination des soins et fluidifier les parcours des patients. (12)

En 2018, la Fédération Hospitalière de France (FHF) publie un rapport afin de renforcer le lien ville-hôpital à travers plusieurs propositions parmi lesquelles : (13)

- rendre obligatoire la communication des résultats médicaux aux médecins généralistes et, réciproquement, la transmission des éléments aux centres hospitaliers avant une admission ;
- simplifier les échanges avec l'hôpital pour les libéraux, notamment avec une personne identifiée comme interlocuteur institutionnel ;
- adopter des protocoles communs entre professionnels hospitaliers et de ville.

1.3 Points forts et points faibles

- Points forts

La thématique de la coopération ville-hôpital est un sujet qui préoccupe le secteur hospitalier depuis de nombreuses années.

Au niveau politique, toutes les lois citées précédemment montrent une réelle volonté de construire et d'améliorer le lien ville-hôpital, en proposant un cadre légal. (3-8)

Au niveau national, plusieurs organismes de santé s'engagent également en proposant divers outils :

- **La FHF**, avec un rapport publié en 2018, propose de renforcer ce lien à travers quatre axes (faciliter les liens entre la ville et l'hôpital, investir pour la ville, territorialiser les enjeux de santé et organiser la gouvernance de l'hôpital) ; (13)
- **L'Assurance Maladie** propose depuis 2011, le Dossier Médical Personnel devenu Dossier Médical Partagé (DMP) en 2016, propriété du patient, mais ayant pour objectif d'améliorer la communication et le transfert d'information entre professionnels de santé. (14,15)

Au niveau régional, des initiatives existent comme la mise en place d'une astreinte téléphonique dans un service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, qui permettait de répondre aux attentes des médecins généralistes de la région ; ceci en facilitant la prise de contact avec un confrère hospitalier, en accélérant la prise en charge du patient et le retour d'information. L'initiative a été jugée « *plutôt efficace* » par 77% des médecins et 80% la considéraient comme une alternative « *totale*ment efficace » au passage aux urgences. (16)

- Points faibles

Malgré tous les textes, il n'existe pas de consensus pour la réalisation du lien ville-hôpital qui existe donc selon la volonté individuelle des acteurs de soins.

Une étude de Hubert *et al.* sur la perception quant à l'information médicale reçue de l'hôpital, menée sur un échantillon aléatoire de médecins généralistes de Paris, montrait que la communication n'était ni constante suivant le motif de recours à l'hôpital, ni efficace selon le type d'informations. Les médecins généralistes avaient le sentiment que les médecins hospitaliers ne collaboraient pas avec eux. (17)

Une autre étude, menée par François *et al.*, s'intéressait à la satisfaction des médecins généralistes sur les services rendus par un CHU. Elle montrait qu'ils étaient modérément satisfaits. Les médecins généralistes déclaraient rencontrer de grandes difficultés à joindre les médecins hospitaliers et à identifier le médecin en charge de leur patient. Ils avaient également des problèmes à obtenir les informations nécessaires pour la continuité des soins. Ils étaient également critiques sur la préparation de la sortie de leurs patients. (18)

2. Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs

2.1 Définition

Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) font partie intégrante de l'offre actuelle en soins palliatifs. Ils sont prévus dans les **circulaires ministérielles de 2002 et 2004 relatives à l'organisation des soins palliatifs** pour promouvoir et généraliser la démarche palliative dans les établissements de santé. (19, 20)

Selon l'HAS, la démarche palliative permet d'aborder les situations de fin de vie de façon anticipée en accordant une place aux questions éthiques, à l'accompagnement psychologique, aux soins de confort, au juste soin et en repérant précocement les besoins en terme de soins palliatifs des « *personnes approchant de leur fin de vie* ». Elle facilite le passage progressif à des soins palliatifs lorsque le traitement spécifique de la maladie atteint ses limites. La démarche palliative fait partie de la prise en charge globale du patient. (21)

Comme dans la **circulaire « Laroque »** où l'idée était déjà abordée, la **circulaire du 19 février 2002** affirme que les soins palliatifs doivent progressivement s'intégrer dans la pratique de tous les soignants, à domicile comme en établissement de santé. (19, 22)

La circulaire relative à l'organisation des Soins Palliatifs du 25 mars 2008 définit les LISP comme des lits dédiés au sein de services confrontés à des fins de vie ou à des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. Ils permettent de garantir une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches. Ils correspondent à la reconnaissance d'une activité déjà existante et non pas à la création d'une nouvelle activité au sein du service. (23, 24)

Les soins palliatifs sont ainsi déployés par les mêmes équipes ayant pris en charge les soins curatifs des patients, assurant ainsi la continuité entre ces différentes formes de prise en charge. La perspective est de ne pas séparer les soins palliatifs des traitements spécifiques de la maladie et de viser le développement d'une démarche palliative. (23)

Les différentes missions des LISP sont rappelées ici : (23)

- la prise en charge globale de malades relevant de la spécialité du service intégrant la démarche palliative ;
- l'accueil de malades relevant de soins palliatifs, extérieurs au service, dans le cadre de la collaboration avec les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) ou les réseaux de soins palliatifs ;
- l'écoute, le soutien et l'accompagnement des proches avant, pendant et après le décès ;
- la participation aux groupes d'analyse des pratiques et/ou groupes de parole.

2.2 Organisation

L'offre de soins palliatifs dans notre système de santé actuel répertorie trois types de structures pour accueillir les patients en institution.

Les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) sont des équipes expertes, pluridisciplinaires qui assistent et soutiennent les services de soins, les patients et les familles, pour la mise en œuvre de la démarche palliative. Elles ont des missions d'intervention au chevet des patients par une aide à la décision, une expertise dans l'évaluation et le traitement de la douleur, des conseils techniques pour les soins, un soutien psychologique au patient, à la famille ou aux soignants. Les EMSP ne prescrivent pas et ne dispensent pas de soins techniques. Elles ont par ailleurs une vocation de formation à la démarche palliative au sein des établissements et auprès des intervenants extérieurs. (25)

Les Unités de Soins Palliatifs (USP) sont des structures d'hospitalisation d'environ dix lits accueillant des patients en soins palliatifs. Elles ont une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs et d'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles assurent ainsi une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. (23)

Les Lits Identifiés de Soins palliatifs constituent un autre niveau de prise en charge, par l'application d'une démarche palliative spécifique au sein des services hospitaliers. Ce ne sont pas des lits physiquement identifiés car, en l'absence de patients requérant des soins palliatifs, ces lits sont utilisés conformément à leur spécialité initiale. Les LISP sont gérés par des équipes médicales et paramédicales formées, dans un cadre adapté. (19, 20, 23)

La création de LISP doit répondre à un cahier des charges et s'inscrire dans un projet d'établissement et un projet de service. Le dossier fera ensuite l'objet d'une reconnaissance contractuelle par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Par ailleurs, la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

(SFAP) recommande d'attribuer un minimum de quatre LISP dans un service afin de garantir la promotion de la démarche palliative. (23, 25)

L'évaluation de la charge de travail spécifique mise en œuvre dans les LISP justifie qu'un renfort de temps de personnel soit accordé pour aider à la prise en charge des patients, à savoir une augmentation du ratio d'infirmier ou d'aide-soignant de 0,3 Équivalent Temps-Plein (ETP) par LISP et la création d'un temps de 0,3 ETP psychologue pour 5 LISP. Cette augmentation de temps soignant est financée par la majoration de la tarification à l'acte (T2A) du séjour LISP. (24)

Dans la première édition de « l'Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie » publiée en 2018, on comptabilisait un total de 5040 LISP au sein de 832 établissements en France en 2015. La part des établissements hospitaliers disposant de LISP est passée de 14 % en 2006 à 31 % en 2015. (26)

2.3 Points forts et points faibles

- Points forts

Parmi les exemples de bon fonctionnement des Lits Identifiés de Soins Palliatifs, on peut citer deux études évaluant l'impact de ces lits.

D'une part, l'étude de Guy-Coichard *et al.*, faisait un bilan à deux ans de la création de 9 LISP au sein d'un service d'oncologie doté de 30 lits au total. D'autre part, l'étude de Talau *et al.* en 2012, évaluait l'impact de l'hospitalisation sur des LISP pour la fin de vie des patients à l'échelle d'un établissement. (27, 28)

Ces deux études ont montré que les patients et leur entourage avaient pu bénéficier d'un soutien psychologique plus important et plus régulier. De plus, elles ont montré que la démarche palliative était bien présente au sein des services disposant de LISP, démarche favorisée par la présence systématique de l'équipe LISP aux staffs pluridisciplinaires selon Guy-Coichard *et al.*

Talau *et al.* expliquaient que la démarche palliative paraissait plus développée, voire améliorée, dans le groupe LISP notamment par un statut du patient clairement identifié pour le soignant.

Dans l'étude de Guy-Coichard *et al.*, les statistiques du service montraient que la prise en charge en soins palliatifs se faisait plus en amont depuis la création des LISP, évitant ainsi une rupture trop brutale dans le parcours du patient. Elles indiquaient également que le pourcentage de décès dans le service était resté stable avant et après la création des LISP mais que la prise en charge palliative était plus précoce et que les transferts en USP avaient diminué. Ces données mettaient en évidence le souhait exprimé par la majorité de l'équipe d'accompagner certains patients dans le service, limitant le sentiment d'abandon des malades et la culpabilité des soignants. (27)

De son côté, Talau *et al.* montraient également que les soins techniques des patients pris en charge sur les LISP étaient moins invasifs (utilisation de la voie sous-cutanée plus fréquente) et que les soins de confort étaient réalisés de manière plus fréquentes (exemple des bains de bouche). (28)

Une troisième étude faisait état d'un bilan à deux ans de la création de LISP dans un service d'oncologie, au sein d'une clinique privée de Bretagne. Cette expérience rapportait, comme les deux études précédentes, que la création des LISP a permis la diffusion d'une réelle démarche palliative au sein du service et de l'établissement grâce à plusieurs facteurs tels que l'augmentation des moyens financiers, l'augmentation des temps de soignants (médicaux et paramédicaux) mais aussi l'implication personnelle des intervenants. De plus, les liens de collaboration avec des structures extrahospitalières se sont renforcés. Des formations en soins palliatifs et la rédaction de nouveaux protocoles (douleur, sédation, anxiolyse...) ont été proposées. (29)

- Points faibles

Un rapport rendu à la DGOS en 2013 sur l'évaluation et la contribution des EMSP et des LISP à la diffusion de la culture palliative, souligne que « *la politique de soins palliatifs est caractérisée par des paroles et des textes officiels très encourageants mais finalement accompagnés de moyens dispersés pour sa mise en œuvre* ». (24)

En effet, les différents plans successifs en matière de soins palliatifs offrent un cadre d'action, soutiennent les actions locales par des financements, promeuvent la recherche... mais ces actions restent facultatives et dépendent de la volonté de chaque établissement ou service. Cela induit donc des inégalités territoriales en matière d'offre de soins palliatifs car la mise en place des LISP est effectuée au gré des initiatives, des sensibilités et des besoins locaux. (30, 31)

L'étude de Micheau *et al.*, sur les enjeux pratiques et organisationnels de la fin de vie à l'hôpital mettait en évidence les dérives de la création de LISP. Elle montrait qu'outre les « vrais LISP » répondant au cahier des charges proposé par la SFAP, il existait des « faux LISP » et des « mini-USP » :

- les « faux LISP » ne correspondaient pas aux exigences du cahier des charges, que ce soit en termes de locaux ou d'application de la démarche palliative. Certains services tendaient à créer des LISP pour bénéficier d'avantages financiers sans les mettre à profit pour diffuser cette démarche palliative ;

- les « mini-USP », quant à elles, correspondaient à un regroupement de LISP au sein d'un pôle ou d'un service, fonctionnant en marge du service.

La principale cause de la difficulté d'évaluation était que la présence de LISP dans un service ne garantit pas toujours une démarche palliative. (32)

De plus, l'auteur de l'article relatif à l'expérience bretonne déjà cité, émettait des inquiétudes quant au vécu de l'équipe soignante. En effet, des tensions pouvaient apparaître, liées au changement des pratiques et à la charge

émotionnelle engendrée par la mise en place des LISP. Il alertait donc sur la nécessité d'être vigilant sur le ressenti de l'équipe au début du projet. (29)

3. Exemple du Libournais

3.1 Le bassin de l'hôpital

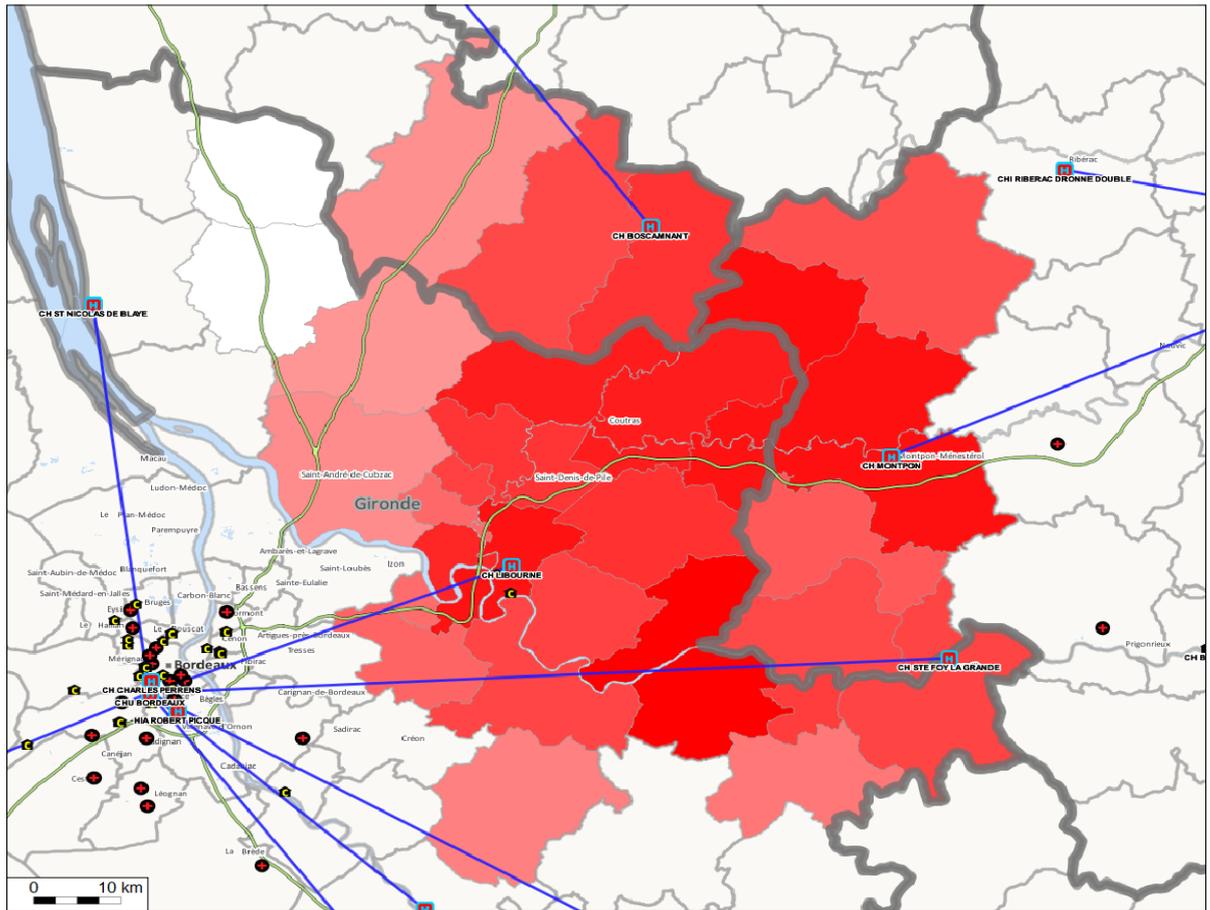
Le Centre Hospitalier de Libourne se situe dans l'est du département de la Gironde. (Figure 1)

Figure 1. Situation géographique de Libourne



Par sa situation géographique, le CH draine un large bassin de population dans le département mais aussi au-delà, en raison de sa proximité avec les départements de la Charente-Maritime, de la Dordogne et du Lot-et-Garonne. Son bassin d'attractivité représente une population d'environ 250 000 habitants. (Figure 2)

Figure 2. Bassin d'attractivité du Centre Hospitalier de Libourne



Sources : PMSI 2017 A_{th} - RGP Insee - FHF data

Malgré les recherches, il n'a pas été possible de trouver des données exactes quant aux médecins généralistes exerçant dans le bassin de l'hôpital étant donné le chevauchement du bassin sur plusieurs départements. En revanche, nous avons des données concernant le territoire du Grand Libournais, qui représente une partie conséquente de la population drainée par le CH.

Le Grand Libournais est composé de 137 communes, regroupant 157000 habitants en 2014. Ce vaste territoire affiche une dichotomie urbain / rural entre les communes de l'agglomération de Libourne et celles à proximité de la métropole bordelaise plus urbanisées, et les autres plus isolées. (33)

Avec 127 médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2017 sur l'ensemble du Grand Libournais, la densité est de 85 professionnels pour 100 000 habitants, soit une densité inférieure aux moyennes départementale ou régionale (respectivement de 113 et 100/100000). Un quart des médecins généralistes libéraux sont âgés de 60 ans ou plus. Les zones situées à proximité de la Dordogne et au Nord-Est du territoire sont celles présentant les plus faibles densités de médecins généralistes. Ces territoires étaient déjà identifiés comme « fragiles » par l'ARS à travers l'identification des zones déficitaires en médecins au sein de la région. (33)

3.2 Les LISP du Centre Hospitalier

Le CH de Libourne comporte six LISP en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) depuis avril 2016 qui sont situés dans deux services distincts ; trois en Hépatogastro-Entérologie (HGE) et trois en Hématologie.

A l'occasion de la création du nouvel hôpital en 2018, les six LISP ont été rassemblés sur une aile commune avec mutualisation de l'équipe paramédicale.

Deux médecins référents soins palliatifs exercent au sein du service, un en HGE et un en Hématologie. De plus, une partie de l'équipe paramédicale (infirmières, cadre de santé, psychologue) s'est formée aux soins palliatifs avec le Diplôme Universitaire (DU) Soins Palliatifs et d'Accompagnement du CHU de Bordeaux.

Un staff hebdomadaire pluridisciplinaire est réalisé pour discuter des prises en charge spécifiques. Sont présents les médecins référents des LISP, les binômes infirmière/aide-soignante de la journée, la diététicienne, l'assistante sociale et les psychologues.

Le service travaille en collaboration avec l'EMSP de l'hôpital, avec le service d'Hospitalisation À Domicile (HAD) du secteur et avec l'association des bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs (Alliance 33).

En quelques chiffres, les six LISP comptabilisaient 150 passages en 2017 et 161 en 2018, soit une augmentation de 7,3% du nombre de passages. Le taux d'occupation quant à lui est passé de 66,3% en 2017 à 69,5% en 2018. Les LISP ayant été créés en avril 2016, les données ont été analysées sur les deux années pleines d'activité.

3.3 Le lien ville-hôpital et les LISP de Libourne

Le lien entre les médecins généralistes et les services hospitaliers dans lesquels sont regroupés les LISP est ténu.

Il existe cependant une intention de l'équipe des LISP de se faire connaître et d'aller à la rencontre de ses différents collaborateurs parmi lesquels les médecins généralistes. L'objectif est de créer du lien à l'occasion de soirées rencontres ville-hôpital organisées par le CH ou bien par l'équipe elle-même.

Actuellement, des liens se dessinent avec la volonté d'organiser des hospitalisations directes, d'optimiser les collaborations avec l'EMSPA et l'HAD, d'utiliser plus régulièrement la messagerie sécurisée pour un transfert en temps réel du Compte-Rendu d'Hospitalisation (CRH). Cependant, ces actions nous semblent insuffisantes et perfectibles pour établir un lien ville-hôpital satisfaisant.

Nous avons donc décidé de réaliser une évaluation de nos pratiques professionnelles concernant la prise en charge des patients hospitalisés sur des LISP et plus précisément sur la qualité du lien ville-hôpital du point de vue des médecins généralistes.

Nous souhaitons secondairement mettre en évidence des axes d'amélioration pour renforcer ce lien ville-hôpital et ainsi garantir la continuité des soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle quantitative rétrospective, monocentrique au sein du Centre Hospitalier de Libourne sur la période de mars à décembre 2018.

La population ciblée était les médecins généralistes des patients hospitalisés sur les LISP des services Hépatogastro-Entérologie et Hématologie sur la période définie.

Ont été considérés éligibles tous les médecins généralistes dont au moins un de leurs patients a été hospitalisé sur les LISP pendant la période étudiée.

Ont été exclus les médecins remplaçants et les médecins coordonnateurs d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

L'objectif principal était de recueillir l'avis des médecins généralistes sur la qualité du lien ville-hôpital dans le cadre de l'hospitalisation des patients sur les LISP.

L'objectif secondaire était de connaître les améliorations attendues de leur part sur le lien ville-hôpital pour une prise en charge optimisée et mutualisée des patients.

2. Définition de la population de médecins généralistes

Les médecins généralistes ont été sélectionnés à partir des dossiers informatiques des patients de Libourne, en listant tous les passages sur les LISP du service du 20 mars 2018, date de mutualisation des deux services, au 31 décembre 2018.

Les données recueillies sur l'hospitalisation comportaient :

- l'identité des médecins généralistes ;
- l'âge du patient ;
- le sexe du patient ;
- le mode de vie avant l'hospitalisation ;
- le mode d'entrée dans le service ;
- le motif d'entrée selon les observations médicales ;
- la durée du séjour hospitalier sur les LISP ;
- les décisions prises au sein du service (arrêt des traitements spécifiques et passage en soins palliatifs) ;
- les contacts avec le médecin généraliste pendant le séjour ;
- le mode de sortie ;
- la présence d'un courrier de sortie adressé au médecin généraliste.

Les deux items « *contact avec les médecins généralistes pendant le séjour* » et « *décisions prises au sein du service* » ont été comptabilisés si les données étaient tracées dans les dossiers.

Si un patient avait effectué plusieurs passages dans le service, seul son dernier passage a été comptabilisé.

Si un médecin généraliste était médecin traitant de plusieurs patients, nous avons retenu uniquement la dernière hospitalisation du dernier patient.

3. Construction du questionnaire

Le questionnaire a été réfléchi comme une enquête de satisfaction. Nous nous sommes servis du questionnaire de satisfaction conçu et proposé par le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECCQA) relatif à la satisfaction des intervenants extérieurs quant à la prestation hospitalière. (Annexes 1 et 2)

Des modifications ont été apportées pour centrer les données recueillies sur le champ des soins palliatifs. Nous avons ajouté des questions portant sur le sentiment d'implication du médecin généraliste dans la prise en charge lors de la prise de décision quant à l'arrêt des soins spécifiques et du passage en soins palliatifs et concernant le projet de vie du patient.

Le questionnaire a été construit en deux parties :

- une première partie de treize questions pour caractériser la population de médecins généralistes, leur lien avec le CH, leurs connaissances sur l'offre de soins de l'hôpital et leurs pratiques en soins palliatifs ;
- une seconde partie de quinze questions sur leur niveau de satisfaction concernant la dernière hospitalisation de leur patient. Cette partie évaluait les trois concepts du lien ville-hôpital (coordination, communication et information) aux différents moments de l'hospitalisation (admission, séjour, sortie).

Le questionnaire était ajusté en fonction des modes d'entrée et de sortie du patient. Les questions posées étaient adaptées si le patient était entré dans le service par les urgences, par un autre service ou s'il arrivait directement de son domicile. De même, les questions différaient si le patient était retourné à domicile, s'il était transféré dans un autre service ou s'il était décédé.

La satisfaction des médecins généralistes était évaluée selon une échelle numérique de 0 à 10 pour chaque item ; 0 correspondant à « Très insatisfait » et 10 à « Très satisfait ».

Un commentaire libre était possible à la fin de chaque chapitre (admission, séjour et sortie).

Le questionnaire a été au préalable testé sur cinq médecins généralistes ne faisant pas partie de la population étudiée pour s'assurer de la bonne compréhension des questions, de leur pertinence et évaluer le temps nécessaire pour l'entretien téléphonique. Suite à cette phase de test, aucune modification n'a été apportée. Le temps moyen du questionnaire était de quinze minutes.

4. Recueil et traitement des données

- Recueil des données

Le recueil de données s'est étendu sur une période de six semaines, du 28 janvier au 8 mars 2019. Il a été effectué par téléphone.

Un premier appel a été passé pour présenter l'étude aux médecins, recueillir leur consentement et pour fixer un second rendez-vous téléphonique selon leurs disponibilités.

Lors du second appel, l'objectif de l'étude a été rappelé avant de commencer la seconde partie du questionnaire. Les réponses ont été retranscrites à l'écrit, en temps réel.

- Traitement des données relatives à l'objectif principal

Le traitement des données a été réalisé sur tableau Excel[®]. L'analyse des résultats était descriptive. Les réponses aux questions fermées étaient décrites

par l'effectif (n) et le pourcentage (%) de médecins ayant répondu à chaque proposition.

Pour plus de lisibilité, les valeurs numériques données ont été converties en données sémantiques :

- 0, 1 et 2 correspondaient à Très insatisfaits
- 3, 4 et 5 correspondaient à Insatisfaits
- 6, 7 et 8 correspondaient à Satisfaits
- 9 et 10 correspondaient à Très satisfaits

Notre échelle sémantique a été modifiée par rapport à celle du CCECQA qui contient cinq items (Tout à fait satisfait ; Satisfait ; Assez satisfait ; Peu satisfait ; Pas du tout satisfait). Nous avons fait le choix de ne retenir que 4 items pour obtenir une dichotomie plus nette entre l'évaluation Satisfait / Non satisfait.

- Traitement des données relatives à l'objectif secondaire

Pour pouvoir analyser les commentaires libres des médecins généralistes, correspondants à des données qualitatives, nous avons regroupé les verbatim sous différents thèmes.

Nous nous sommes servis des thèmes de l'enquête sur la satisfaction des intervenants extérieurs de 2008 du CCECQA puis nous avons calculé leur fréquence de citation (n) :

- Difficulté de prise de contact avec les professionnels de santé ;
- Défaut de communication entre hospitaliers et libéraux ;
- Problème d'exclusion des libéraux à participer au projet thérapeutique ;
- Délai de réception du compte-rendu trop long ;
- Défaut de connaissance de l'activité de l'établissement ;
- Satisfaction générale sur la qualité des soins et les relations avec les praticiens hospitaliers.

RÉSULTATS

1. Définition de la population cible (Figure 3)

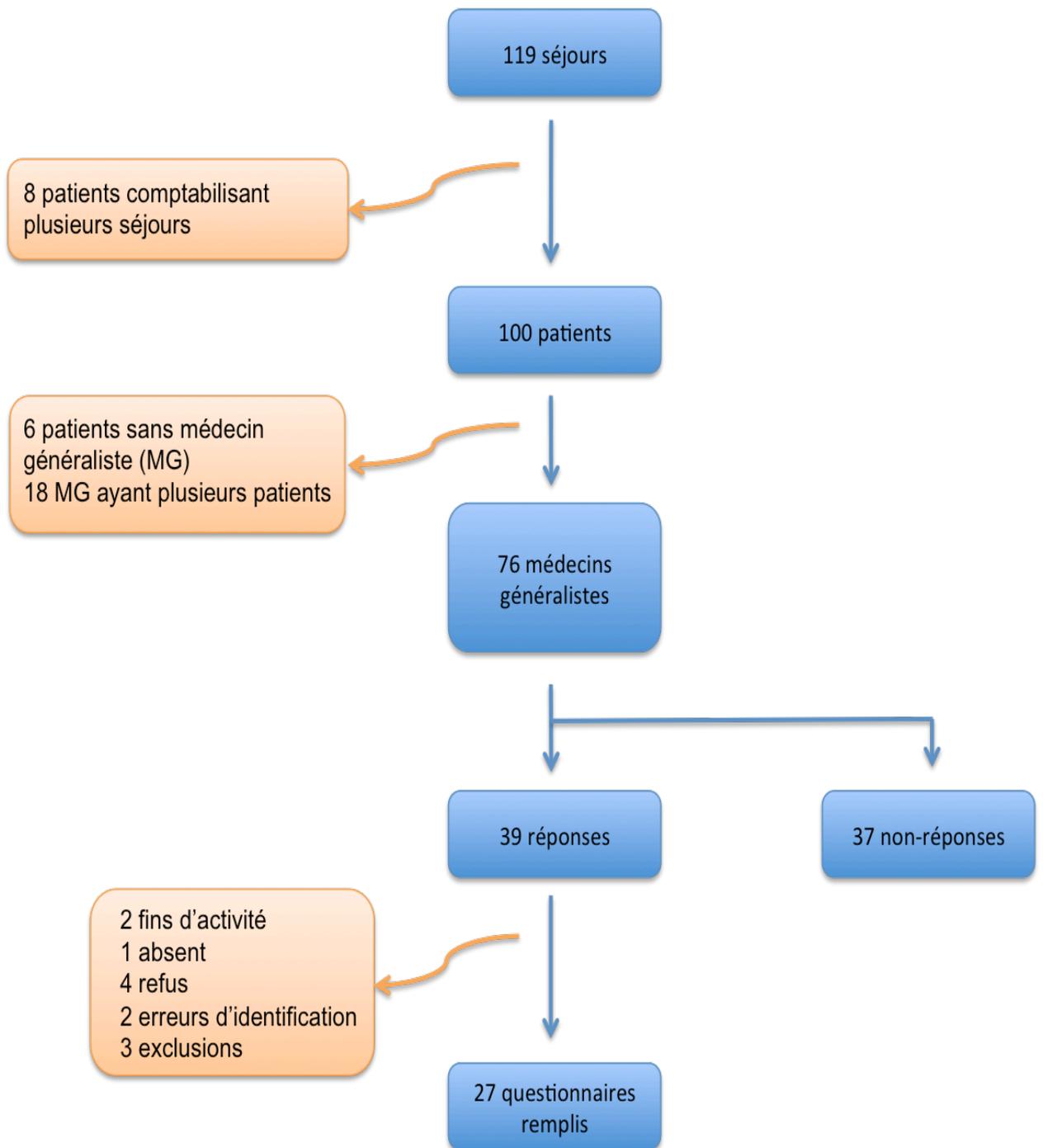
Cent-dix-neuf passages de patients ont été recensés sur les LISP du service du 20 mars au 31 décembre 2018. Cent patients ont été retenus car huit d'entre eux ont effectué plusieurs passages dans le service. Ces 100 patients correspondaient à 76 médecins généralistes car 6 patients n'avaient pas de médecin traitant référencé et 18 médecins généralistes suivaient plusieurs patients. Ces 76 médecins généralistes correspondaient à la population cible de l'étude.

Tous les médecins généralistes ont été appelés pendant la période de recueil. Sur les 76 médecins généralistes, 37 n'ont pas répondu après plusieurs appels (au moins deux appels). Pour les 39 médecins généralistes ayant répondu, 27 questionnaires ont été remplis, soit 35,5% de taux de réponse.

Les questionnaires non remplis correspondaient à :

- un médecin généraliste absent pendant la période de recueil ;
- quatre médecins généralistes qui ont refusé de répondre au questionnaire (justifié par le manque de temps) ;
- deux médecins généralistes partis à la retraite ;
- deux erreurs d'identification du médecin traitant ;
- trois médecins qui faisaient partie des critères d'exclusion (un médecin remplaçant et deux médecins coordonnateurs d'EHPAD).

Figure 3. Diagramme de flux



2. Profil des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire (Figure 4)

- Population des médecins généralistes

La population de médecins généralistes était composée de treize femmes (48%) et quatorze hommes (52%).

L'âge médian des médecins généralistes était de 54 ans [33;72], Les femmes étaient plus jeunes avec un âge médian de 45 ans [33;62].

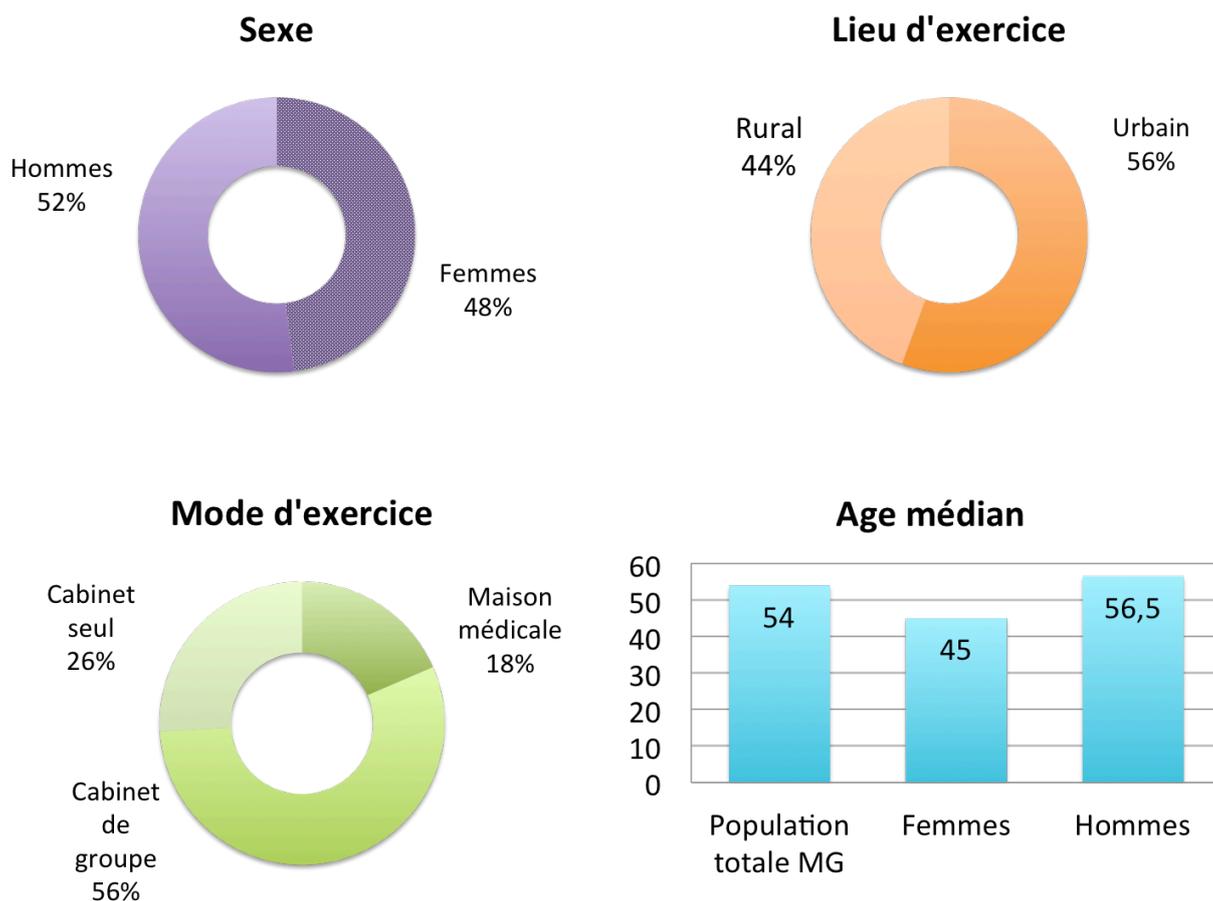
Les médecins généralistes exerçaient le plus souvent en ville avec quinze médecins situés dans des zones urbaines (56%). Les zones d'installation ont été considérées urbaines quand la population était supérieure à 2000 habitants. (34).

La durée moyenne d'installation était de 18,7 ans avec :

- sept médecins généralistes qui exerçaient en cabinet seul (26%) ;
- quinze en cabinet de groupe (56%) ;
- cinq au sein d'une maison de santé (18%).

Étaient définis comme cabinets de groupe les cabinets regroupant plusieurs médecins généralistes. Étaient définies comme maisons médicales les structures pluridisciplinaires intégrant des spécialités médicales et activités paramédicales.

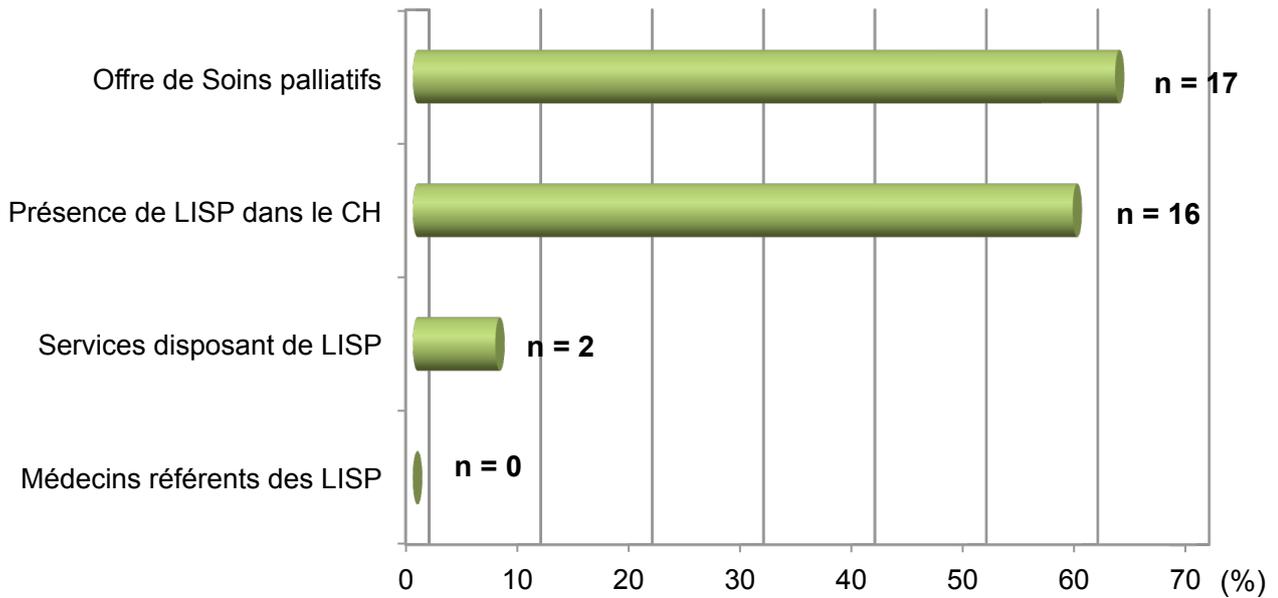
Figure 4. Caractéristiques des médecins généralistes



Tous les médecins généralistes avaient l'habitude de travailler en collaboration avec le CH de Libourne mais seulement dix-sept pensaient connaître l'offre de soins palliatifs proposée sur le CH (63%).

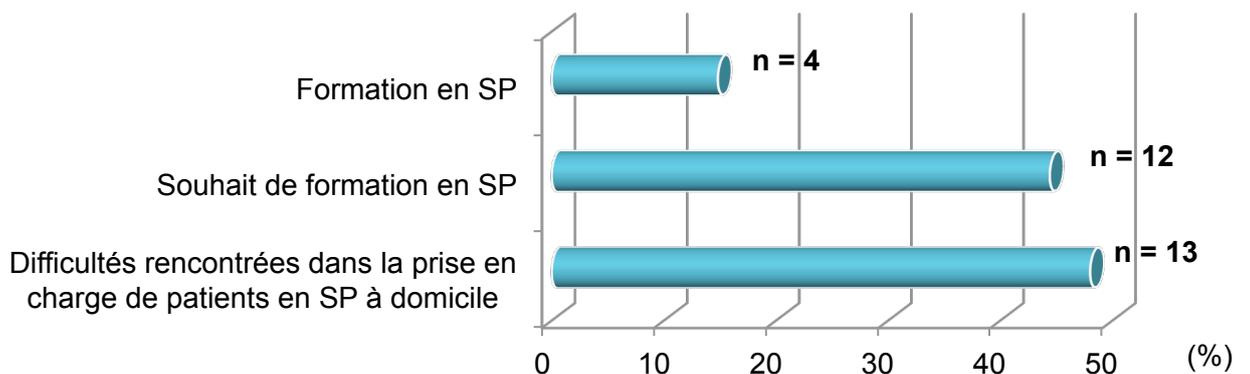
Seize médecins savaient qu'il existait des LISP au sein du CH de Libourne (59,2%) mais seulement deux pouvaient citer les services dans lesquels ils sont positionnés (7,4%). Aucun médecin interrogé ne connaissait en revanche les médecins référents de ces LISP. (Figure 5)

Figure 5. Évaluation des connaissances des médecins généralistes



Parmi les médecins interrogés, quatre avaient bénéficié d'une formation en soins palliatifs (14,8%). Lorsqu'on leur posait la question, douze médecins généralistes étaient favorables à l'idée de suivre une formation (44,4%). Treize médecins avouaient ressentir des difficultés à prendre en charge des patients en situation palliative à domicile (48%). (Figure 6)

Figure 6. Médecins généralistes et soins palliatifs



- Population des patients (Annexe 3)

La population de patients des 27 médecins généralistes a été analysée dans les tableaux 1 et 1bis :

- les patients venaient majoritairement du domicile (dont EHPAD et Résidence pour Personnes Âgées (RPA), avec ou sans intervention de l'HAD) à 88,8% ;
- un tiers des patients était rentré dans le service par une hospitalisation directe (33,3%) et la moitié était passée par les urgences (48,1%) ;
- la durée moyenne du séjour (DMS) sur les LISP était de 8,3 jours ;
- quinze patients sont décédés dans le service (55,6%) ;
- pour 26 patients (96,3%), il n'y avait pas eu de contact avec le médecin généraliste tracé dans le dossier pendant le séjour;
- le courrier de sortie avait été envoyé au médecin généraliste pour 24 patients (88,9%).

3. Satisfaction du lien ville-hôpital

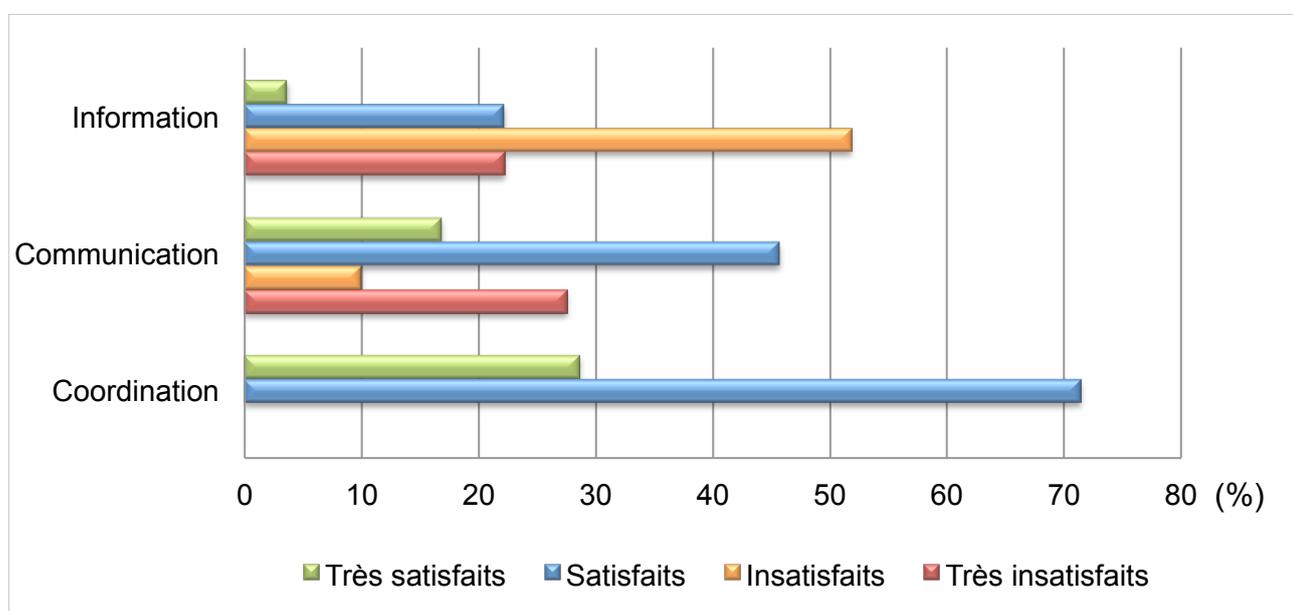
Dans ce chapitre, nous avons fait le choix d'exprimer tous les résultats en fonction des critères « Très satisfaits » (TS) et « Satisfaits » (S) pour plus de lisibilité. D'abord est présenté le résultat global des deux critères, puis entre crochets, le détail avec le pourcentage de médecins très satisfaits en premier [TS% + S%].

3.1. Admission

Concernant l'admission, le degré de satisfaction des médecins généralistes variait en fonction des différents concepts du lien ville-hôpital qui sont explorés : (Figure 7)

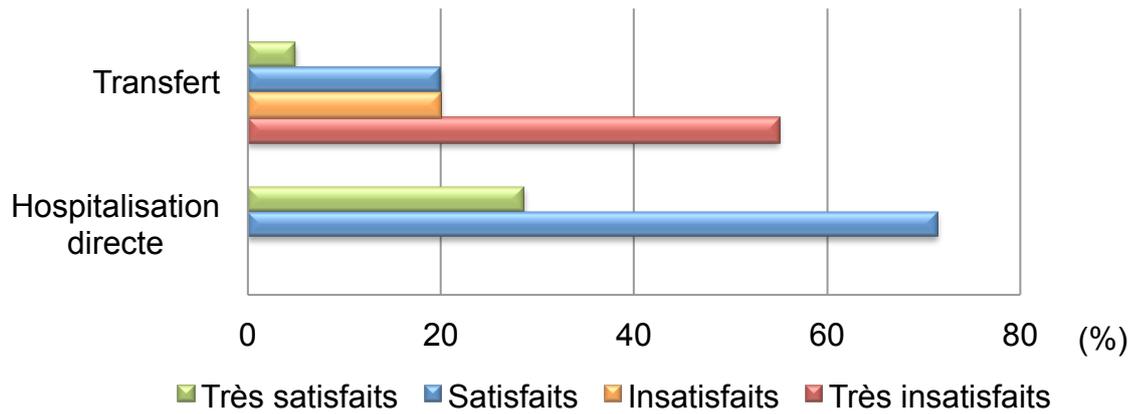
- Information : 25,9% des médecins généralistes étaient (très) satisfaits [3,7% et 22,2%] ;
- Communication : 61,5% des MG étaient (très) satisfaits [16,8% et 45,7%] ;
- Coordination : 100% des MG étaient (très) satisfaits [28,6% et 71,4%].

Figure 7. Degré de satisfaction globale des médecins généralistes à l'admission



D'un point de vue de la **communication**, le degré de satisfaction était différent en fonction du mode d'admission. En effet, en cas d'hospitalisation directe, 100% des MG étaient (très) satisfaits [28,6% et 71,4%] tandis qu'en cas de transfert des urgences ou d'un autre service, on comptait 25% des MG (très) satisfaits [5% et 20%]. (Figure 8)

Figure 8. Degré de satisfaction en fonction du mode d'admission

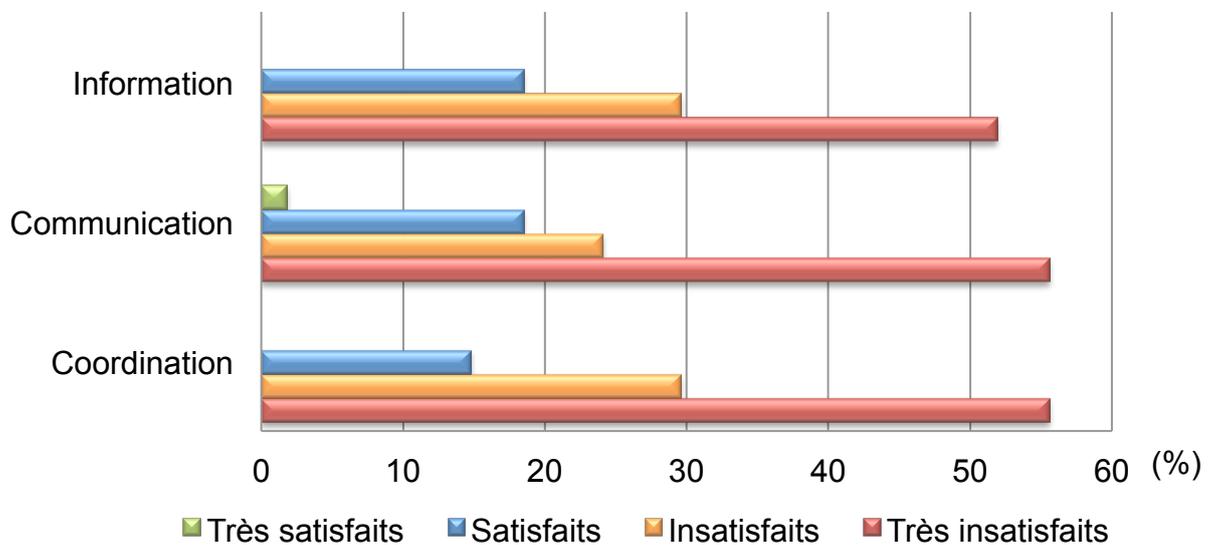


3.2 Séjour

Pendant le séjour hospitalier, les résultats montrent : (Figure 9)

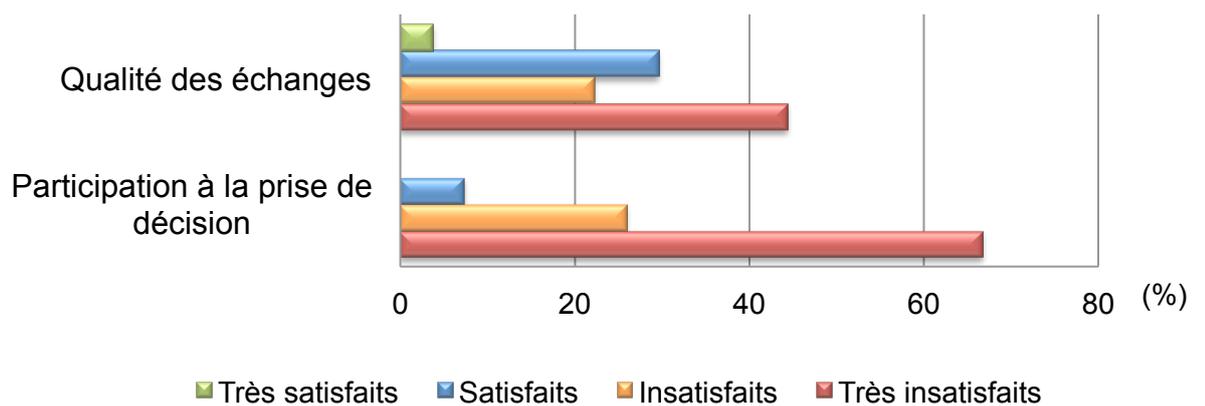
- Information : 18,5% des MG étaient satisfaits (et aucun très satisfait) ;
- Communication : 20,3% des MG étaient (très) satisfaits [1,8% et 18,5%] ;
- Coordination : 14,8% étaient satisfaits (et aucun très satisfait).

Figure 9. Degré de satisfaction globale des médecins généralistes pendant le séjour



Le questionnaire proposait deux items sur la **communication** pendant le séjour hospitalier. Le premier sur la qualité des échanges avec les médecins du service qui comptait 33,3% de médecins généralistes (très) satisfaits [3,7% et 29,6%] ; le second relevant de leur participation à la prise de décision concernant leur patient qui montrait que 7,4% étaient satisfaits (et aucun très satisfaits). (Figure 10)

Figure 10. Degré de satisfaction quant à la communication pendant le séjour

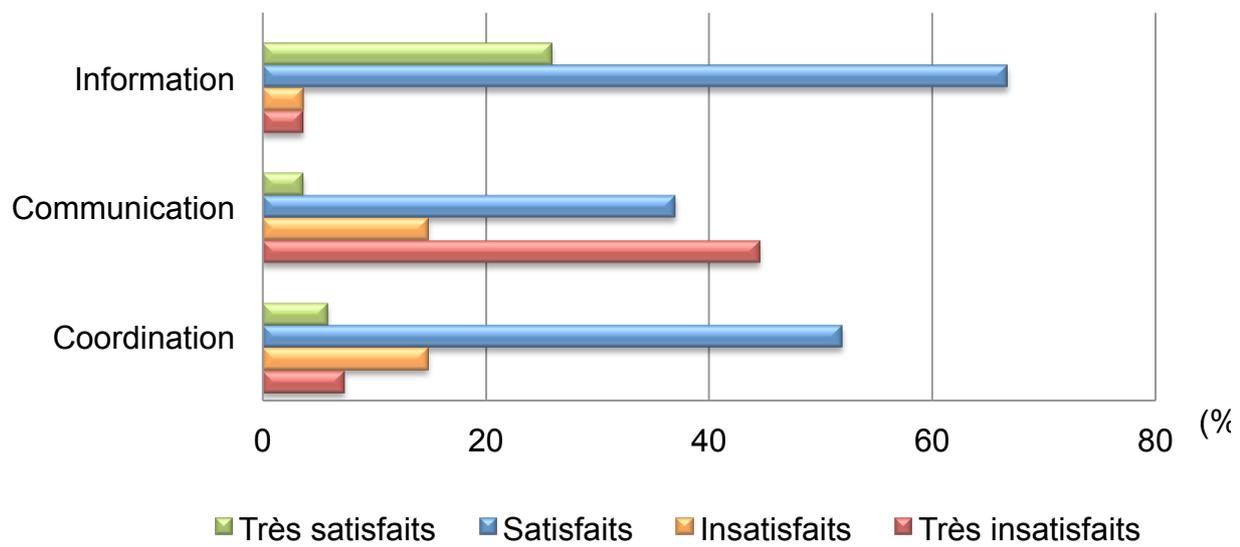


3.3 Sortie

En fin d'hospitalisation, les résultats montrent : (Figure 11)

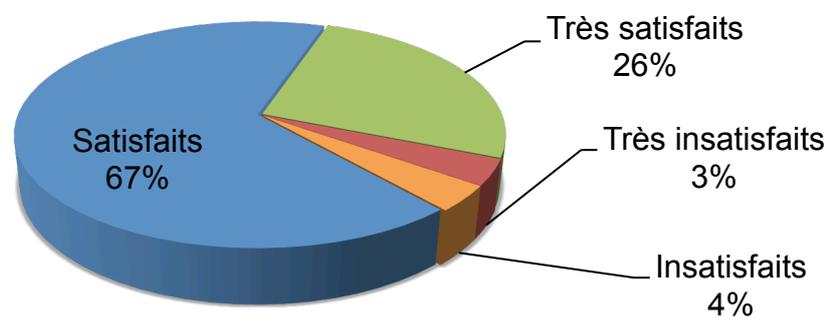
- Information : 92,6% des MG étaient (très) satisfaits [25,9% et 66,7%] ;
- Communication : 40,7% étaient (très) satisfaits [3,7% et 37%] ;
- Coordination : 77,8% étaient (très) satisfaits [25,9% et 51,9%].

Figure 11. Degré de satisfaction global des médecins généralistes à la sortie



En matière d'**information**, 93% des MG étaient (très) satisfaits de la qualité du courrier de sortie/décès [26% et 67%]. (Figure 12)

Figure 12. Qualité du courrier



En matière de **communication**, 56% des MG étaient satisfaits (et aucun très satisfait) du courrier en tant que mode de communication et 25,9% étaient (très) satisfaits [7,4% et 18,5%] de la qualité des échanges avec l'équipe hospitalière. (Figures 13 et 14)

Figure 13. Courrier en tant que mode de communication

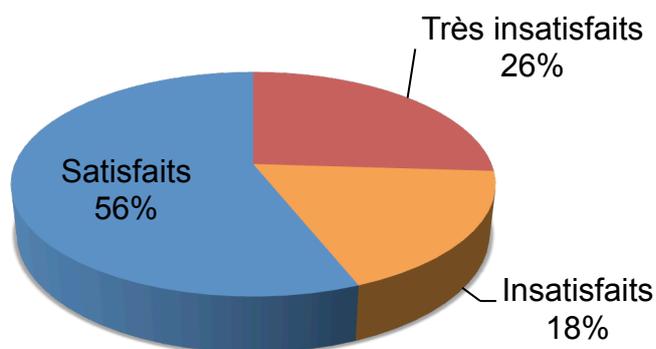
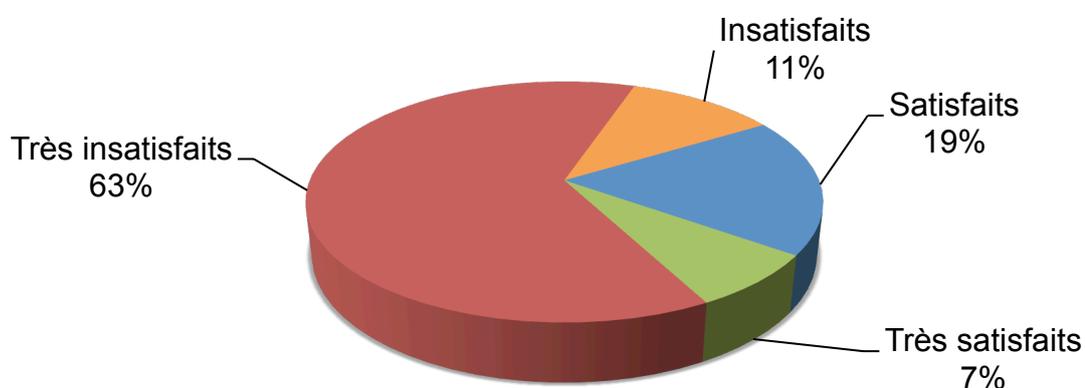
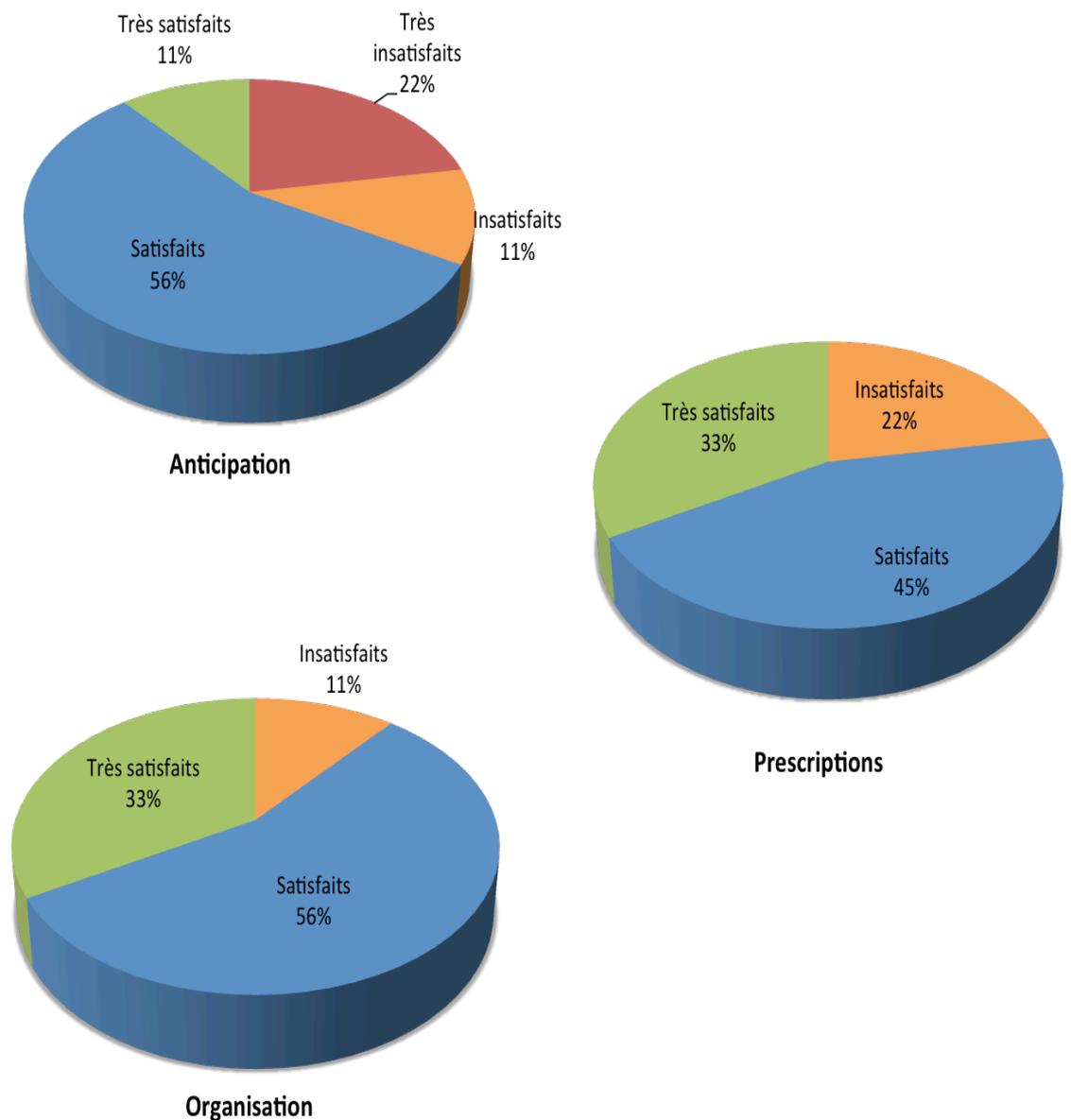


Figure 14. Qualité des échanges



En terme de **coordination**, 67% des MG étaient (très) satisfaits [11% et 56%] de l'anticipation, 88% étaient (très) satisfaits [33% et 56%] de l'organisation et 78% étaient (très) satisfaits [33% et 45%] des prescriptions réalisées par l'équipe. (Figure 15)

Figure 15. Degré de satisfaction dans le champ de la coordination en cas de retour à domicile



4. Commentaires libres

Comme précisé dans le paragraphe Matériel et Méthodes, des commentaires libres étaient possibles à chaque fin de chapitres (admission, séjour, sortie). Nous avons différencié les remarques et les propositions faites par les médecins généralistes.

- Remarques (Tableau 2)

Sur l'admission, dix-neuf médecins ont émis des commentaires. Parmi eux, quinze rapportaient une « *difficulté de prise de contact avec les médecins hospitaliers* » et quatre un « *défaut de connaissance de l'activité palliative de l'établissement* ».

Sur le séjour, dix-neuf médecins ont répondu. Dix-huit d'entre eux faisaient état d'un « *défaut de communication entre hospitaliers et libéraux* », et trois déploraient leur « *exclusion à participer au projet thérapeutique de leur patient* ».

Sur la sortie, dix-sept médecins ont donné leur avis. Parmi eux, douze médecins généralistes regrettaient un « *défaut de communication entre hospitaliers et libéraux* » et cinq se plaignaient du « *délai de réception trop long du courrier* ».

Tableau 2. Remarques des médecins généralistes

Remarques	Effectif (n)
Admission	n = 19
<i>Difficulté de prise de contact avec les professionnels de santé</i>	15
<i>Défaut de connaissance de l'activité de l'établissement</i>	6
Séjour	n=19
<i>Défaut de communication entre hospitaliers et libéraux</i>	18
<i>Satisfaction générale sur la qualité des soins et les relations avec les praticiens hospitaliers</i>	1
<i>Problème d'exclusion des libéraux à participer au projet thérapeutique</i>	3
Sortie	n=17
<i>Délai de réception du compte-rendu trop long</i>	5
<i>Défaut de communication entre hospitaliers et libéraux</i>	12

- Propositions (tableau 3)

Parmi les principales propositions faites par les médecins généralistes, treize ont proposé qu'une ligne téléphonique directe soit créée pour faciliter le contact avec les médecins hospitaliers, notamment pour les admissions.

Treize d'entre eux souhaitaient des contacts plus réguliers pendant le séjour hospitalier. Parmi ceux-là, neuf proposaient d'utiliser une messagerie sécurisée tandis que quatre préféraient le téléphone ou le fax.

Tableau 3. Propositions pour améliorer le LVH

Propositions	Effectif (n)
	n = 21
Organisation de réunions : information sur l'offre de soins palliatifs/ connaissance entre confrères	3
Ligne téléphonique dédiée	13
Contacts plus réguliers pendant le séjour et à la sortie	13
- <i>Messagerie sécurisée</i>	9
- <i>Téléphone/Fax</i>	4
Compte-rendu (CR) une fois par semaine pour les hospitalisations longues	1
Diminuer le délai de réception du courrier	3

DISCUSSION

1. Points forts de l'étude

Notre population de médecins généralistes, bien que réduite, était comparable à la population de médecins généralistes en France au 1^{er} Janvier 2018, où la moyenne d'âge des médecins généralistes était de 50,6 ans (contre 51,7 ans dans notre échantillon) avec une proportion de 48% de femmes (égale à la notre). (35)

L'enquête par téléphone a été retenue car elle permettait un échange direct avec les médecins généralistes par rapport à un envoi par mail. De ce fait, la relation nous paraissait plus confraternelle. Les répondants nous ont paru intéressés par cette problématique et ont investi le sujet.

Le contact en deux temps a permis une certaine adaptabilité. Les médecins généralistes choisissaient la date et l'heure du second rendez-vous en fonction de leur emploi du temps.

L'échelle numérique, mode d'évaluation retenu, permet un grand nombre de modalités de réponse. Elle est interprétée par le répondant de façon plus intuitive et donc plus rapide que les échelles sémantiques car elle fait référence à notre système de notation scolaire. Cela permettait d'obtenir une certaine fluidité dans l'échange, dans l'optique d'un gain de temps. (36)

Cette étude s'inscrivait dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles, démarche soutenue par le Plan National « Soins Palliatifs 2015-2018 ». De plus, les résultats ont permis d'envisager la mise en place de mesures concrètes à court et long termes. (30)

Enfin, nous avons constaté un phénomène de renforcement positif au sein de l'équipe des LISP, qui s'est sentie valorisée par la réalisation de ce travail.

2. Limites de l'étude

Comme toute étude transversale descriptive, notre enquête comportait plusieurs biais que nous avons tenté de limiter.

Un biais de sélection a pu être induit par plusieurs facteurs. D'abord la sélection non aléatoire de la population a engendré un groupe initial restreint, ce qui risquait de rendre notre échantillon non représentatif de la population de médecins généralistes. Cependant, après analyse des résultats, ce biais était diminué car notre population répondante semblait comparable à la population nationale de médecins généralistes en terme de moyenne d'âge et de répartition des sexes. Ensuite, le taux de réponse de 35,5% de notre étude était inférieur aux taux habituellement retrouvés dans ce type d'étude qui se situe plutôt entre 40% et 50%. Ceci peut être en partie expliqué par le fait que la période de recueil coïncidait avec une période d'épidémie grippale, les médecins généralistes étant très sollicités et n'ayant pas eu le temps de répondre au questionnaire. (18, 37)

Un biais d'information a été engendré par le fait que certaines hospitalisations remontaient à presque un an, avec un risque non négligeable d'informations fausses ou manquantes pour le médecin généraliste. Le fait d'avoir rattacher un questionnaire à un séjour sur les LISP d'un patient permettait au médecin de se repérer plus facilement dans le temps et dans la situation, diminuant par conséquent la perte d'information potentielle.

Un biais de désirabilité sociale ne peut pas être exclu. Certains médecins généralistes, par « soucis de confraternité », auraient pu majorer leur niveau de satisfaction par rapport à la réalité.

3. Perspectives

Du point de vue des médecins généralistes, notre étude a montré que le lien ville-hôpital n'était pas satisfaisant. Elle va dans le même sens que l'étude de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) menée en 2016 à l'échelle nationale sur la communication ville-hôpital. Il en ressortait que 61,5% des médecins libéraux étaient insatisfaits voire très insatisfaits de leur lien avec les professionnels hospitaliers (38).

La mise en évidence des problématiques avec les résultats obtenus et les difficultés rapportées par les médecins nous ont permis de dégager des pistes d'amélioration à travers trois axes :

- se faire connaître ;
- faciliter le contact ;
- travailler ensemble.

3.1 Se faire connaître

Notre étude montrait que la diffusion de l'information sur l'offre en soins palliatifs du CH de Libourne n'était pas suffisante. Les médecins généralistes ne connaissaient pas bien les ressources disponibles, et dans l'étude, aucun n'étaient capable d'identifier les médecins hospitaliers référents des LISP.

Or la diffusion d'information est primordiale pour mettre en place un LVH de qualité. En effet, pour bien collaborer, il faut d'abord se (faire) connaître. (9)

- A l'échelle de l'hôpital

Des actions ont déjà été mises en place avec la parution d'un **article dans Reflets**, journal du Centre Hospitalier à destination entre autres des professionnels libéraux du bassin de l'hôpital. Cet article détaille l'offre de soins palliatifs, les différentes équipes et les acteurs qui les composent.

Récemment, l'envoi d'un courrier aux médecins généralistes pour informer de la fusion de l'EMSP du CH et du réseau de soins palliatifs local a montré son efficacité dans la diffusion de l'information. Ce mode de communication pour présenter les LISP pourrait aussi aider les médecins généralistes à repérer les offres de soins palliatifs et ses acteurs.

Même si les moyens de communication sont efficaces, la création d'un lien nécessite des rencontres. Dans cette idée, l'organisation de **soirées de formation continue** aurait plusieurs avantages. Le premier serait d'améliorer les connaissances en soins palliatifs des médecins généralistes comme cela a été proposé dans les questionnaires. Elles permettraient également de pouvoir personnaliser les échanges et mieux s'identifier entre confrères.

- A l'échelle de l'équipe

Dans le fonctionnement interne de l'équipe, nous pourrions imaginer **l'envoi systématique d'un courrier d'admission** au médecin généraliste lors de l'admission de son patient en soins palliatifs avec : la notification de l'admission, le nom du médecin référent et son numéro de téléphone direct. Avec ces informations, nous espérons pouvoir informer les médecins de la présence de LISP dans l'hôpital et leur permettre d'identifier plus facilement leurs confrères hospitaliers pour échanger. Ces informations seraient utiles au moment de l'hospitalisation du patient mais aussi pour ses futures prises en charge.

Notre étude a montré que certains dossiers comportaient des erreurs d'identité ou étaient incomplets sur l'identification du médecin généraliste. En tant que médecins, le recueil de ces informations nous incombe. La connaissance du médecin généraliste est essentielle lors d'une prise en charge hospitalière car il a un rôle pivot dans le parcours de soins du patient. Nous devrions par conséquent nous astreindre à **compléter les dossiers informatiques** des patients que nous prenons en charge. À chaque admission, une vérification du médecin généraliste, du cabinet infirmier, de la pharmacie, du laboratoire etc. serait nécessaire et permettrait une remise à jour régulière des données.

- A l'échelle du patient

La mise en place d'une **carte de coordination des soins** serait pertinente. Cette carte, au format portefeuille, permettrait au patient d'y inscrire les noms des professionnels libéraux et hospitaliers qui le prennent habituellement en charge. Ainsi, cette carte servirait d'interface entre les différents acteurs de soins. (39)

3.2 Faciliter le contact

Notre étude a montré que la réactivité du service en cas d'hospitalisation directe était un point fort, apprécié des médecins généralistes de l'étude. Cependant, plusieurs d'entre eux ont souligné le fait que la prise de contact avec les médecins hospitaliers était difficile. L'enquête de l'AP-HP en 2016 réalisée auprès de médecins libéraux montrait que 80% d'entre eux attendaient « *très fortement* » de pouvoir échanger directement avec un médecin sénior pour un avis, par téléphone, mail ou SMS. (40)

En plus du courrier d'admission précédemment cité permettant d'identifier le praticien et le service, il serait intéressant de mettre en place un **numéro de téléphone unique** pour accéder à un référent de soins palliatifs. Dans son travail de thèse, Sailliol montrait que 90% des généralistes jugeaient la création d'un tel outil nécessaire pour joindre les spécialistes. L'hôpital de Lille, par exemple, a créé une plateforme téléphonique dédiée exclusivement aux médecins généralistes nommée *Hop'line CHRU*, permettant d'entrer directement en contact avec les médecins du CHRU, pour avis spécialisé, rendez-vous ou hospitalisation. (35)

Pour compléter l'offre de soins et fluidifier le parcours, un projet d'**astreinte téléphonique pour les soins palliatifs**, la nuit, le week-end et les jours fériés, est en cours de réflexion. Cette initiative a déjà été mise en place dans d'autres régions comme l'Alsace, ou encore plus récemment les Pyrénées-Atlantiques sur l'hôpital de Bayonne. Nous n'avons pas trouvé d'évaluation de ces outils

mais deux travaux de thèse ont montré l'intérêt que portaient les médecins généralistes à ce type d'astreinte. (41–43)

Afin de faciliter les liens avec l'hôpital, nous pourrions envisager de **réactualiser un annuaire des praticiens hospitaliers**. Il contiendrait les noms et numéros de téléphones utiles à destination des médecins généralistes. Cela a été fait par le centre hospitalier de Douai avec la mise à disposition d'un annuaire et la mise en service de 18 lignes d'accès direct aux spécialités médicales les plus sollicitées par la ville. (13)

Dans un second temps, il serait envisageable de fournir cet annuaire à l'ensemble des structures ou acteurs de soins de ville pouvant rentrer dans la prise en charge du patient à domicile.

3.3 Travailler ensemble

- Communication globale

Notre étude a montré que plus de 80% des médecins généralistes étaient insatisfaits voire très insatisfaits de la communication pendant le séjour hospitalier et 60% à la fin de l'hospitalisation. De plus, trois médecins généralistes ont souligné dans les commentaires libres, un « *problème d'exclusion des libéraux à participer au projet thérapeutique* ». L'étude de Hubert *et al.*, « *Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ?* », réalisée auprès de 50 médecins généralistes montrait que 44 d'entre eux n'avaient pas le sentiment de collaborer avec les médecins de l'hôpital et ne se sentaient pas associés au projet thérapeutique de leur patient. (17)

De la même façon, en fin d'hospitalisation, les médecins ont exprimé leur souhait d'être plus fréquemment associés au projet de sortie du patient. Dans leur étude « *Qualité des services rendus par un Centre Hospitalier Universitaire : point de vue de médecins généralistes* », François *et al.* retrouvaient une tendance similaire avec le plus mauvais score de satisfaction

attribué à l'item « Association à la planification de la sortie » avec une note de 21,1/100. (18)

La consultation du médecin généraliste est importante lors d'une hospitalisation. Par sa position, il apporte une vision globale du patient et de son environnement. **Contacteur les médecins généralistes de façon plus régulière** devrait devenir une habitude. Il faut cependant que ces contacts soient utiles et pertinents pour les deux médecins. L'admission, les prises de décisions et les sorties d'hospitalisation sont des moments clés du parcours du patient, où il serait important de joindre le médecin généraliste afin de l'associer à toutes ces étapes.

Pour communiquer aujourd'hui, plusieurs outils sont disponibles avec en premier lieu le **téléphone**. Mais l'utilisation de la **Messagerie Sécurisée de Santé** (MSS), déjà utilisée sur l'hôpital et par les médecins généralistes, pourrait représenter une autre solution. D'autant plus que dans notre étude, ce vecteur de communication a été proposé par neuf médecins, sur les treize qui souhaitaient des contacts plus réguliers et rapides. L'utilisation d'une messagerie sécurisée en santé connaît un développement croissant depuis plusieurs années, et son efficacité est aujourd'hui reconnue. Le projet Zéro Papier en Rhône-Alpes (ZEPRA), en est un bon exemple. C'est un service de dématérialisation des échanges mis en place en 2010 dans la région Rhône-Alpes. Dans sa thèse, Delenclos montrait que ses utilisateurs libéraux en étaient satisfaits notamment en matière de rapidité, de simplicité et de communication. (44)

Face à des situations complexes de prises en charge palliatives sur le plan éthique ou organisationnel, la mise en place de **Réunions de Concertation Pluridisciplinaire** (RCP) en présence du médecin généraliste pourrait être une solution afin de l'impliquer dans le projet de soins du patient. Dans sa thèse, Signol montrait que 71,2% des médecins généralistes interrogés manifestaient leur intérêt à participer à une RCP, pour rencontrer leurs confrères hospitaliers, partager plus efficacement les informations et améliorer la coordination des soins. (38)

- Situation particulière du décès

Le contenu du compte-rendu d'hospitalisation était satisfaisant pour les médecins généralistes qui y trouvaient toutes les informations requises. Cependant, son délai de réception était mal noté. Cela représentait une réelle difficulté pour les médecins, en particulier lors du décès d'un patient dans le service. N'étant pas prévenu systématiquement lors du décès ou dans un délai trop long, ils ont pu se retrouver dans des situations délicates. Pour pallier ce problème, **l'appel téléphonique systématique** au médecin généraliste et aux autres acteurs du domicile le plus tôt possible devrait devenir un réflexe.

- Collaborations

Enfin, il est important que nous poursuivions et renforçons nos collaborations avec l'EMSP et l'HAD, qui sont des traits d'union entre l'hôpital et la ville grâce à leurs champs d'intervention mixtes, hospitalier et domicile. Ces structures sont souvent bien identifiées par les professionnels de ville et pourraient représenter un lien supplémentaire.

CONCLUSION

Cette étude a montré que, du point de vue des médecins généralistes, le lien ville-hôpital par rapport aux LISP du CH de Libourne était insatisfaisant dans les trois concepts évalués : l'information, la communication et la coordination.

Nous avons pu dégager des axes d'amélioration à mettre en œuvre pour renforcer ce lien, telles que la diffusion de l'information sur l'offre de soins, la simplification de la prise de contact entre les différents acteurs et l'optimisation des moyens de communication.

Ce travail rentrant dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles, il fera nécessairement l'objet d'un bilan après la mise en place des pistes d'amélioration proposées.

Dans la continuité de ce travail, il serait intéressant d'explorer le lien de façon plus globale avec les autres acteurs de soins à domicile, notamment les paramédicaux. Au même titre, un travail similaire incluant d'autres domaines d'activité du CH, permettrait de maintenir une dynamique positive du lien ville-hôpital dans le secteur du Libournais.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé - Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1764278/fr/comment-organiser-les-fonctions-d-appui-aux-professionnels-de-soins-primaires
2. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 2010 Nov 1;11(4):255–72.
3. Concepts en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline - CMGE - UPMC [Internet]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/spip.php?article223>
4. Alao O, Anceaux F, Beuscart R, Beuscart-Zéphir MC, Brunetaud J-M, Renard J-M. La communication ville-hôpital: un modèle pour améliorer la continuité des soins. *Cah Numer*. 2001;Vol. 2(2):37–55.
5. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 décembre, 1970.
6. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
7. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
8. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
9. Le rapport de Gérard Larcher, Président du Sénat, au Président de la République: la nation française en héritage - Sénat [Internet]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/presse/cp20150415.html>
10. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
11. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. - Article R. 4127-63. 2004-802 juillet, 2004.
12. Dossiers législatifs - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?type=general&idDocument=JORFDOLE000029589477>
13. Ville - hôpital: des pistes pour renforcer les liens - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communique-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>

14. Bourdaire-Mignot C. Le dossier médical personnel (DMP) : un outil de stockage des données de santé en vue d'une utilisation partagée. Rev Générale Droit Méd. 2012;(44):295–311.
15. DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/>
16. Perlat A, Frin M, Decaux O, Cador B, Cazalets C, Sébillot M, et al. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. /data/revues/02488663/v31i11/S0248866310009240/ [Internet]. 2010 Oct 21; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/269453>
17. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. 2009 Oct 1;38(10):1404–9.
18. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes | Cairn.info [Internet]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-2-page-189.htm>
19. Bulletin Officiel n°2002-12 [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-12/a0121073.htm>
20. Circulaire DHOS/02/2004/290 du 25 juin 2004 | SFAP - site internet [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/document/circulaire-dhos022004290-du-25-juin-2004>
21. Haute Autorité de Santé - Démarche palliative : intervenir tôt pour une meilleure qualité de vie à l'hôpital et à domicile [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2747360/fr/demarche-palliative-intervenir-tot-pour-une-meilleure-qualite-de-vie-a-l-hopital-et-a-domicile
22. Circulaire Laroque | SFAP - site internet [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/document/circulaire-laroque>
23. Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs - APHP DAJ [Internet]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dhoso2200899-du-25-mars-2008-relative-a-l-organisation-des-soins-palliatifs/>
24. Evaluation de la contribution des EMSP et LISP à la diffusion d'une culture palliative | www.pleinsens.fr [Internet]. Disponible sur: <http://www.pleinsens.fr/publications/evaluation-de-la-contribution-des-emp-et-lisp-%C3%A0-la-diffusion-d%E2%80%99une-culture-palliative>
25. Définition et organisation des soins palliatifs en France | SFAP - site internet [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-France>

26. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France. | Base documentaire | BDSP [Internet]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/519424/>
27. Guy-Coichard C, Zivkovic L. Y a-t-il une place pour les lits identifiés de soins palliatifs ? Bilan d'une expérience dans un CHU parisien. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 2008 Jun 1;7(3):161–6.
28. Talau L. Patients en fin de vie hospitalisés en lits identifiés soins palliatifs : quel impact ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 2012 Dec 1;11(6):314–24.
29. Lits identifiés soins palliatifs : une expérience bretonne en MCO [Internet]. Disponible sur: <https://kundoc.com/pdf-lits-identifies-soins-palliatifs-une-experience-bretonne-en-mco-.html>
30. Dicom-Lisa C. Le plan national “Soins Palliatifs 2015-2018” [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018>
31. Morin L, Aubry R. Accessibilité de l'offre de soins palliatifs à l'hôpital en France : de fortes inégalités entre régions. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 2015 Jun 1;14(3):142–51.
32. Micheau J, Molière É, Havette S. Enjeux pratiques et organisationnels de la fin de vie à l'hôpital. /data/revues/16366522/v14i3/S1636652215000628/ [Internet]. 2015 Jun 14; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/984169>
33. La santé des habitants du Grand Libournais. Elaboré dans le cadre du Contrat local de santé [Internet]. ORS Nouvelle Aquitaine. Disponible sur: <https://www.ors-na.org/publications/la-sante-des-habitants-du-grand-libournais-elabore-dans-le-cadre-du-contrat-local-de-sante/>
34. Définition - Unité urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
35. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
36. Les échelles de mesure [Internet]. CEGO. Disponible sur: <https://grandsorganismes.gouv.qc.ca/outils/guides-pratiques-mesure-de-la-satisfaction-de-la-clientele/les-echelles-de-mesure/>

37. Sailliol M. Etude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2014.
38. Signol B. La communication ville-hôpital en 2016: constat et pistes d'amélioration [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2016.
39. Carte de coordination de soins [Internet]. Disponible sur: <http://www.urps-pharmaciens-idf.fr/2015/suivie-de-maladies-chroniques/carte-de-coordination-de-soins>
40. L'AP-HP propose une nouvelle relation partenariale aux médecins de ville [Internet]. Disponible sur: [/contenu/lap-hp-propose-une-nouvelle-relation-partenariale-aux-medecins-de-ville](#)
41. Module actualité [Internet]. Cellule d'animation des soins palliatifs en Nouvelle Aquitaine - CAPalliatif. Disponible sur: <https://www.capalliatif.org/ma.php>
42. Jalbert R. Étude de trois outils à disposition des médecins généralistes isérois lors de la prise en charge de patients bénéficiant de soins palliatifs à domicile: les médecins généralistes isérois connaissent-ils leur existence? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
43. Marrilliet A, Messié-Ruhlmann C, Laval G. Intérêt d'une permanence téléphonique de soins palliatifs en Isère à disposition des médecins généralistes. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2011.
44. Delenclos L, Boissy C, Perrotin S. Satisfaction des médecins exerçants en ambulatoire à l'utilisation de la messagerie sécurisée de santé zepa. Lyon, France; 2016.

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire

QUESTIONNAIRE

(Inspiré de l'enquête de satisfaction des correspondants externes, CCECQA novembre 2017, révisé en mars 2018)

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE (13 questions)

Présentation :

1. Sexe ?
2. Age ?
3. Où exercez-vous ? (ville, rural)
4. Depuis quand ?
5. Dans quelle structure ? (Maison médicale, cabinet de médecin généraliste seul ou cabinet de groupe)

Connaissance du CH :

6. Avez-vous l'habitude de travailler avec le CH de Libourne ?
7. Pensez-vous connaître l'offre de soins concernant les soins palliatifs sur le CH ?
8. Savez-vous qu'il existe des Lits Identifiés de Soins Palliatifs au CH de Libourne ?
9. Savez-vous quels services disposent de LISP au sein du CHL ?
10. Savez-vous quels en sont les médecins référents ?

Prise en charge palliative au domicile :

11. Avez-vous une formation complémentaire en soins palliatifs ?
12. Si non, auriez-vous envie de vous former ?
13. Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge de vos patients en situation palliative au domicile ?

Afin d'évaluer la qualité du lien ville-hôpital pour les patients hospitalisés sur les Lits Identifiés de Soins Palliatifs au Centre Hospitalier de Libourne de Mars à Décembre 2018, je vais vous poser une dizaine de questions réparties en trois chapitres (admission, séjour et fin d'hospitalisation) sur la prise en charge de votre patient.

A chaque question posée, je vous demanderai de répondre par un chiffre compris entre 0 et 10 (0 correspondant à Très insatisfait et 10 à Très satisfait).

A la fin de chaque partie, je vous proposerai une question ouverte d'expression libre.

.....

A. ADMISSION SUR LES LISP : HD, U, HM

Faire la différence entre une hospitalisation directe (HD), une entrée par les urgences (U) ou une hospitalisation pour un autre motif (HM).

Information

1. Comment évaluez-vous *l'information sur l'offre de soins en soins palliatifs* sur le CH de Libourne ?

Communication

2. Comment évaluez-vous *la disponibilité de l'équipe médicale des LISP* pour programmer une hospitalisation ? **HD**
3. Comment évaluez-vous *l'information du transfert de votre patient* sur un LISP ? **U, HM**

Coordination

4. Comment évaluez-vous *la réactivité du service* pour l'hospitalisation ? (délai de prise en charge) **HD**

Expression libre : Avez-vous d'autres remarques concernant l'admission sur les LISP et que je n'aurais pas abordé au cours de mes questions ?

.....

B. SEJOUR SUR LES LISP

Information

5. Comment évaluez-vous *l'information qui vous a été délivrée* au cours du séjour de votre patient ?

Communication

6. Comment évaluez-vous votre participation à la prise de décisions (LAT, désignation de la personne de confiance, rédaction des directives anticipées) au cours de l'hospitalisation ?
7. Comment évaluez-vous la qualité des échanges avec l'équipe hospitalière ?

Coordination

8. Comment évaluez-vous votre implication au projet de vie de votre patient ?

Expression libre : Avez-vous d'autres remarques concernant le séjour sur les LISP et que je n'aurais pas abordé au cours de mes questions ?

.....

C- SORTIE d'HOSPITALISATION : RAD, T, DC

Faire la différence entre un retour à domicile (RAD), un transfert de structure (T) ou un décès (DC).

Information

9. Comment évaluez-vous la qualité du courrier de sortie ? **RAD**, de décès ? **DC**
10. Comment évaluez-vous la qualité de l'information en cas de transfert de votre patient ? **T**

Communication : **RAD, T, DC**

11. Comment évaluez-vous la qualité des échanges avec l'équipe hospitalière au moment de la sortie, du décès ?
12. Comment évaluez-vous le courrier en tant que *moyen de communication* ?

Coordination :

13. Comment évaluez-vous l'anticipation du retour au domicile de votre patient ? **RAD**
14. Comment évaluez-vous la qualité de l'organisation auprès des soignants intervenant au domicile ? **RAD**
15. Comment évaluez-vous la qualité des prescriptions réalisées pour le retour au domicile ? (prescriptions médicamenteuses, PAP, prescriptions de matériel) **RAD**

Expression libre : Avez-vous d'autres remarques concernant la fin d'hospitalisation sur les LISP et que je n'aurais pas abordé au cours de mes questions ?

Annexe 2. Questionnaire du CCECQA



Evaluation de la Satisfaction des Correspondants Externes
SAPHORA-CE 2009

Concernant les patients pris en charge **[au/à ... Nom de l'établissement]**, nous vous remercions d'indiquer pour chacun des thèmes proposés votre niveau de satisfaction. Cochez une seule réponse par question exprimant le mieux votre ressenti vis-à-vis de notre établissement.

Soyez aussi spontané et sincère dans vos réponses. Merci de votre coopération.

Satisfaction globale						
	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	
1. Êtes-vous globalement satisfait des prises en charge réalisées au [Nom de l'établissement] ?	<input type="checkbox"/>					
A) Accès aux soins						
	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC*
2. Êtes-vous globalement satisfait de l'accès aux soins au [Nom de l'établissement] ?	<input type="checkbox"/>					
<i>En particulier, êtes-vous satisfait :</i>						
3. du délai de prise en charge de vos patients lorsque vous demandez une hospitalisation programmée ?	<input type="checkbox"/>					
4. du délai de prise en charge de vos patients lorsque vous demandez une hospitalisation en urgence ?	<input type="checkbox"/>					
5. du délai de prise en charge de vos patients lorsque vous demandez personnellement une consultation en urgence ?	<input type="checkbox"/>					
B) Qualité des soins						
	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC*
6. Êtes-vous globalement satisfait de la qualité des soins dispensés au [Nom de l'établissement] ?	<input type="checkbox"/>					
<i>En particulier, êtes-vous satisfait :</i>						
7. des prises en charge diagnostiques ?	<input type="checkbox"/>					
8. des prises en charge thérapeutiques ?	<input type="checkbox"/>					
*NC : non concerné : utilisez cette modalité de réponse si vous pensez ne pas être concerné par cette question.						
C) Continuité des soins						
	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC*
9. Êtes-vous globalement satisfait de la continuité des soins entre votre cabinet et le [Nom de l'établissement] ?	<input type="checkbox"/>					
<i>En particulier, êtes-vous satisfait :</i>						
10. de la qualité des échanges d'information avec les médecins en charge de vos patients ?	<input type="checkbox"/>					
11. de vos relations avec les médecins de notre établissement ?	<input type="checkbox"/>					
12. du suivi proposé à vos patients ?	<input type="checkbox"/>					

TSVP →

Questionnaire CCECQA - ©Saphora-CE 2009

D) Préparation de la sortie

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC*
13. Êtes-vous globalement satisfait de l'organisation de la sortie au [Nom de l'établissement] ?	<input type="checkbox"/>					
<i>En particulier, êtes-vous satisfait :</i>						
14. de votre association à la planification de la sortie ?	<input type="checkbox"/>					
15. des prises en charge sociales ?	<input type="checkbox"/>					
16. de votre participation au projet thérapeutique de vos patients ?	<input type="checkbox"/>					

E) Courrier de fin d'hospitalisation

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC*
17. Êtes-vous globalement satisfait de la qualité du courrier de fin d'hospitalisation adressé par [Nom de l'établissement] ?	<input type="checkbox"/>					
<i>En particulier, êtes-vous satisfait :</i>						
18. du délai de réception du courrier de fin d'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>					
19. de l'information transmise concernant la date de sortie ?	<input type="checkbox"/>					

*NC : non concerné : utilisez cette modalité de réponse si vous pensez ne pas être concerné par cette question.

Pour mieux vous connaître...

Avez-vous des commentaires à ajouter ?

Vous exercez en tant que : Généraliste Spécialiste (précisez) :

Au cours du **dernier mois** combien de patients avez-vous adressés au **[nom ES]** ?
 Aucun Moins de 5 De 5 à 10 Plus de 10

Si « aucun », précisez la raison :

En général, rendez-vous visite à vos patients hospitalisés ? souvent parfois rarement jamais

Rencontrez-vous des difficultés pour effectuer cette visite ? souvent parfois rarement jamais

Si oui, précisez :

Quel est votre lien avec l'établissement ?
 Vous exercez actuellement une activité au **[nom ES]**
 Vous avez exercé une activité au **[nom ES]**
 Vous n'exercez pas et n'avez jamais exercé une activité au **[nom ES]**

Pensez-vous être suffisamment informé sur les différentes activités de notre établissement ?
 Oui, je suis suffisamment informé Non, je souhaite recevoir des informations
 Non et je ne souhaite pas recevoir d'information

Pensez-vous suffisamment connaître les médecins exerçant dans notre établissement et leurs activités ?
 Oui, de nombreux Oui, quelques uns Non, très peu Non, aucun

Selon vous, quel support de communication souhaiteriez-vous que notre établissement développe en priorité ?
 Communication par mail Site internet
 Organigramme/Annuaire des activités Rencontre au sein de l'établissement
 Autres, précisez :

Annexe 3. Tableaux des caractéristiques de la population de patients

Tableau 1. Caractéristiques démographiques et de santé des patients des 27 médecins généralistes interrogés

	Pourcentage (%)	Effectif (n) (total n = 27)
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES		
Sexe		
Hommes	55,6	15
Femmes	44,4	14
Age médian (années)		
Total	71 [44;96]	
Hommes	73 [65;96]	
Femmes	67 [44;96]	
CARACTERISTIQUES DE SANTE		
Provenance du patient		
<i>Domicile (dont EHPAD et RPA)</i>	81,4	22
<i>Domicile + HAD</i>	7,4	2
<i>Hôpital psychiatrique</i>	3,7	1
<i>SSR</i>	7,4	2
Mode d'entrée		
<i>Urgences</i>	48,1	13
<i>Transfert</i>	18,5	5
<i>Hospitalisation directe</i>	33,3	9
Motif d'entrée		
<i>Altération de l'état général</i>	25,9	7
<i>Douleurs</i>	18,5	5
<i>Syndrome infectieux</i>	18,5	5
<i>Insuffisance d'organe</i>	14,8	4
<i>Support transfusionnel</i>	14,8	4
<i>Autres</i>	7,4	2
Durée de séjour (jours)		
<i>Durée Moyenne de Séjour (DMS)</i>	8,3	
Mode de sortie		
<i>Retour à domicile (dont EHPAD et RPA)</i>	29,6	8
<i>Retour à domicile + HAD</i>	14,8	4
<i>Décès</i>	55,6	15
<i>Transfert</i>	0	0

Tableau 1bis. Caractéristiques du séjour des patients

	Pourcentage (%)	Effectif (n) (total n = 27)
CARACTERISTIQUES DU SEJOUR		
Décisions prises		
<i>Arrêt des traitements spécifiques</i>	40,7	11
<i>Passage en soins palliatifs</i>	77,8	21
<i>Aucune</i>	11,1	3
Contacts avec le médecin pendant le séjour		
<i>Oui</i>	3,7	1
<i>Non</i>	96,3	26
Courrier de sortie adressé au médecin		
<i>Oui</i>	88,9	24
<i>Non</i>	11,1	3

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.

RÉSUMÉ

Introduction : Le lien ville-hôpital (LVH) est un enjeu majeur de la politique de santé. Il doit être de bonne qualité pour optimiser la prise en charge de patients en situation palliative.

Objectifs : L'objectif principal était de recueillir l'avis des médecins généralistes (MG) sur la qualité du LVH dans le cadre de l'hospitalisation des patients sur les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP). L'objectif secondaire était de connaître les améliorations attendues de leur part.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle quantitative réalisée par questionnaire téléphonique auprès des médecins généralistes des patients hospitalisés sur les LISP du Centre Hospitalier (CH) de Libourne de mars à décembre 2018.

Résultats : Le taux de réponse était de 35,5%. La moitié des MG était insatisfaite de l'information sur l'offre de soins palliatifs sur le CH. Pendant le séjour, 66,7% étaient très insatisfaits des échanges et 44,4% étaient très insatisfaits de leur implication dans la prise de décision. En fin d'hospitalisation, 51,9% étaient satisfaits de la coordination en cas de retour à domicile et 56% des MG étaient satisfaits du courrier mais regrettaient le délai de réception trop long.

Discussion : Promouvoir l'information sur l'offre de soins, faciliter le contact entre les différents interlocuteurs et perfectionner les moyens de communication sont les axes d'amélioration qui ont été dégagés de l'étude et qui semblent être des facteurs essentiels pour développer le LVH.

Conclusion: Le renforcement du LVH passe avant tout par des volontés individuelles et institutionnelles dans un contexte politique de santé favorable au décloisonnement des pratiques.

Mots clés : évaluation, lien ville-hôpital, médecin généraliste, soins palliatifs, LISP

Discipline : Médecine Générale et Soins Palliatifs

Service d'Hématologie, CH Robert Boulin, Libourne

ABSTRACT

Introduction: The community and hospital network (CHN) is a major health policy issue. It needs to be of good quality to optimize the management of patients in palliative care.

Objectives: The main objective was to collect the opinion of general practitioners (GP) of the quality of the CHN considering the hospitalization of patients in Palliative Care Designated Beds (PCDB). The secondary goal was to know the GP improvements expectations.

Methods: We conducted a quantitative observational survey by telephone and we interrogated GP whose patients were in the PCDB of the general hospital of Libourne in the period from march to december 2018.

Results: The response rate was 35.5%. Half of the GP were dissatisfied with information initiatives on the presence of palliative care in the hospital. During the stay, 66.7% were very dissatisfied with the exchanges and 44.4% were very dissatisfied with their involvement in decision-making. At the end of hospitalization, 51.9% were satisfied with coordination of their patient returning home. 56% of the MG were satisfied with the summary letter but expressed discontent about the amount of time before receiving it, considered too long.

Discussion: Promoting information on the provision of healthcare, facilitating contact between concerned health care workers and improving communication means were several areas for improvement, based on the results of the study, and seem to be essential factors to develop and strengthen the CHN.

Conclusion: The strengthening of the network is first and foremost a result of individual and institutional wishes, based on the political healthcare strategy which is in favour to the decompartmentalization of medical activity.