



HAL
open science

Annuaire téléphonique d'avis hospitalier : quelle utilisation par les médecins généralistes d'Ile de France pour les avis spécialisés et les demandes d'hospitalisation ?

Marie Moreau

► To cite this version:

Marie Moreau. Annuaire téléphonique d'avis hospitalier : quelle utilisation par les médecins généralistes d'Ile de France pour les avis spécialisés et les demandes d'hospitalisation ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-04443632

HAL Id: dumas-04443632

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04443632v1>

Submitted on 29 Feb 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2021

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 27/07/2021

Par

Marie MOREAU

**Annuaire téléphonique d'avis hospitalier : quelle utilisation par les
médecins généralistes d'Ile de France pour les avis spécialisés et les
demandes d'hospitalisation ?**

Dirigée par Mme la Docteure Armelle Grange-Cabane

JURY

M. le Professeur Dominique Pateron, PU-PH

Président

Mme la Docteure Armelle Grange-Cabane

Directrice

M. le Docteur Youri Yordanov, MCU-PH

Membre du jury

Mme la Docteure Céline Buffel du Vaure, MCU-MG

Membre du jury

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Dominique PATERON, de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, je vous remercie de l'expertise que vous pourrez apporter à ce sujet.

A Madame le Docteur Armelle GRANGE-CABANE, pour ton dynamisme, ta bienveillance et ta bonne humeur, merci de m'avoir accompagné dans ce travail, quelle joie d'avoir pu travailler avec toi.

A Madame le Docteur Céline BUFFEL du VAURE, pour avoir accepté d'évaluer notre travail en tant que membre du jury, soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Youri YORDANOV, pour avoir accepté d'évaluer notre travail en tant que membre du jury, je te remercie pour ta disponibilité et l'intérêt que tu portes cette thèse.

A Vincent, pour cette vie que nous construisons tous les deux, pour le bonheur que tu m'apportes chaque jour, pour ton aide et ton soutien sans faille, merci de toujours en croire en moi et de me le faire savoir.

Aux membres de ma famille, pour m'avoir encouragée et accompagnée pendant ces longues années d'études.

A mes amis, Chloé, Thibault, Mac, Tania, Elo, Chachou, Charlotte, Édouard, Bux, et ceux que j'oublie, sans qui je ne serai pas la même aujourd'hui.

A toute l'équipe des urgences de Saint Antoine, plus particulièrement, à PA pour avoir fait de la place dans mon emploi du temps, à Colombine et Anne Sophie pour vos petites attentions, à Celina pour tes talents de traductrice.

A Jay, pour ton travail, ta disponibilité et ta bonne humeur, tu m'as été d'une aide précieuse.

Aux médecins interrogés, sans qui rien n'aurait été possible, merci du temps que vous m'avez accordé.

A ceux que j'ai oublié.

TABLE DES MATIERES

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| REMERCIEMENTS | 1 |
| TABLE DES MATIERES | 2 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 6 |
| INTRODUCTION..... | 7 |
| PARTIE 1 : COMMUNICATION VILLE - HOPITAL, ELEMENTS DE CONTEXTE..... | 9 |
| A. ENCADREMENT LEGAL..... | 9 |
| 1) <i>Secret médical</i> | 9 |
| a) Code de Déontologie médicale..... | 9 |
| b) Code de Santé Publique et secret médical partagé | 9 |
| 2) <i>De la Ville vers l'Hôpital : rôle pivot du médecin généraliste</i> | 11 |
| a) Le médecin traitant..... | 11 |
| b) Coordinateur de soins..... | 12 |
| 3) <i>De l'Hôpital vers la Ville : hospitalisation et sortie d'hospitalisation</i> | 12 |
| a) Code de Déontologie médicale..... | 13 |
| b) Loi du 4 mars 2002..... | 13 |
| c) Recommandations HAS (Haute Autorité de Santé) | 13 |
| d) Lettre de liaison | 14 |
| B. OUTILS DE COMMUNICATION EN MEDECINE GENERALE | 15 |
| 1) <i>Courrier papier</i> | 15 |
| 2) <i>Téléphone</i> | 15 |
| 3) <i>Télécopie</i> | 15 |
| 4) <i>E-mail</i> | 16 |
| 5) <i>Messageries sécurisées de santé (MSS)</i> | 16 |
| C. ETAT DES LIEUX DE LA LITTERATURE | 18 |
| 1) <i>De la Ville vers l'Hôpital</i> | 18 |
| a) Accessibilité et disponibilité relatives | 18 |
| • Difficulté d'accès téléphonique | 18 |
| • Correspondants multiples mal identifiés..... | 19 |
| • Disponibilité partielle..... | 19 |
| b) Hospitalisations directes limitées | 19 |
| c) Attentes des médecins généralistes | 20 |
| 2) <i>De l'Hôpital vers la Ville</i> | 20 |
| a) Médecin traitant non contacté..... | 20 |
| b) Lacunes des comptes rendus hospitaliers (CRH)..... | 21 |
| • CRH non reçus | 21 |

| | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| • | Délai de réception non respecté..... | 22 |
| • | Un contenu à adapter..... | 22 |
| 3) | <i>Impact sur la prise en charge du patient</i> | 23 |
| a) | Ré-hospitalisations..... | 23 |
| b) | Iatrogénie médicamenteuse..... | 23 |
| c) | Explorations complémentaires non poursuivies..... | 24 |
| 4) | <i>Projet Médecins Partenaires</i> | 24 |
| 5) | <i>Objectifs de l'étude</i> | 25 |
| PARTIE 2 : MATERIELS ET METHODES..... | | 26 |
| A. | TYPE D'ETUDE..... | 26 |
| B. | POPULATION ETUDIEE ET LIEU DE L'ETUDE..... | 26 |
| 1) | <i>Critères d'inclusion</i> | 26 |
| 2) | <i>Critères de non inclusion</i> | 26 |
| C. | QUESTIONNAIRE..... | 26 |
| 1) | <i>Format</i> | 26 |
| 2) | <i>Modes de diffusion</i> | 26 |
| a) | Appel des secrétariats médicaux..... | 27 |
| b) | Réseaux sociaux..... | 27 |
| c) | Mailing list des syndicats..... | 27 |
| 3) | <i>Réalisation du questionnaire</i> | 27 |
| D. | RECEUIL DE DONNEES..... | 28 |
| E. | ANALYSE STATISTIQUE..... | 28 |
| 1) | <i>Étude descriptive et analytique</i> | 28 |
| 2) | <i>Données qualitatives</i> | 29 |
| PARTIE 3 : RESULTATS..... | | 30 |
| A. | POPULATION ETUDIEE..... | 30 |
| 1) | <i>Accès au questionnaire</i> | 30 |
| 2) | <i>Épidémiologie et lieu d'exercice</i> | 30 |
| 3) | <i>Modes d'exercice</i> | 32 |
| a) | Type d'activité et de structure..... | 32 |
| b) | Présence d'autres professionnels de santé dans la structure..... | 33 |
| 4) | <i>Formations annexes</i> | 35 |
| a) | Compétences d'exercice et diplômes complémentaires..... | 35 |
| b) | Maître de Stage des Universités et enseignement facultaire..... | 36 |
| B. | EVALUATION DES HABITUDES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LES DEMANDES D'AVIS SPECIALISES ET LES HOSPITALISATIONS..... | 37 |
| 1) | <i>Demandes d'avis spécialisés</i> | 37 |
| a) | Spécialités contactées..... | 37 |

| | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| b) | Appel à un confrère spécialiste : libéral ou hospitalier ? | 39 |
| c) | Correspondants spécialistes privilégiés | 42 |
| d) | Moyens de communication utilisés | 44 |
| 2) | <i>Moyens d'hospitalisation des patients</i> | 46 |
| C. | UTILISATION DE L'ANNUAIRE TELEPHONIQUE D'AVIS HOSPITALIER | 47 |
| 1) | <i>Profil des médecins utilisant l'annuaire</i> | 47 |
| 2) | <i>Sources</i> | 48 |
| 3) | <i>Modes d'utilisation de l'annuaire</i> | 49 |
| 4) | <i>Demandes d'avis spécialisés</i> | 50 |
| a) | Spécialités utilisées | 50 |
| b) | Temps de la consultation et demande d'avis..... | 51 |
| c) | Adaptation des avis donnés à la médecine de ville..... | 52 |
| 5) | <i>Demandes d'hospitalisations</i> | 53 |
| 6) | <i>Relation avec l'hôpital</i> | 54 |
| 7) | <i>Améliorations proposées</i> | 54 |
| | PARTIE 4 : DISCUSSION | 56 |
| A. | SYNTHESE DES RESULTATS..... | 56 |
| 1) | <i>Habitudes des médecins généralistes concernant les demandes d'avis spécialisés et les hospitalisations</i> | 56 |
| • | Moyens de communication | 56 |
| • | Demandes d'avis spécialisés | 56 |
| • | Hospitalisations | 57 |
| 2) | <i>Utilisation de l'annuaire téléphonique d'avis hospitalier</i> | 57 |
| • | Modes d'utilisation | 57 |
| • | Satisfaction | 57 |
| B. | INTERPRETATIONS DES RESULTATS ET MISE EN LIEN AVEC LA LITTERATURE | 59 |
| 1) | <i>Population étudiée</i> | 59 |
| a) | Une majorité de jeunes praticiens et de femmes | 59 |
| b) | Modes d'exercice | 60 |
| • | Activité libérale majoritaire | 60 |
| • | Une dominance de l'exercice en groupe | 61 |
| c) | Formations annexes..... | 61 |
| • | Spécialisation en gynécologie | 62 |
| • | MSU sur représentés | 62 |
| 2) | <i>Demande d'avis spécialisé</i> | 62 |
| a) | Ressenti d'entourage | 62 |
| b) | Contact d'un confrère spécialiste : quels critères de choix ? | 63 |
| • | Libéral ou hospitalier ? | 63 |
| • | Relation de confiance et connaissance des libéraux | 63 |

| | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| • | Proximité géographique peu prise en compte | 64 |
| • | Impact de l'âge des médecins généraliste | 65 |
| c) | Les spécialités contactées | 65 |
| • | « Top 4 » des médecins généralistes | 65 |
| • | Modes de recours urgents en médecine générale | 66 |
| • | Du côté des spécialistes | 67 |
| d) | Moyens de communications utilisés | 67 |
| C. | ANNUAIRE TELEPHONIQUE D'AVIS HOSPITALIER : IMPACT SUR LA COMMUNICATION DE LA VILLE VERS L'HOPITAL | 68 |
| 1) | <i>Éléments de réponse aux problématiques soulevées</i> | 68 |
| a) | Accès téléphonique facilité | 68 |
| b) | Programmation d'hospitalisations | 69 |
| 2) | <i>Des améliorations attendues</i> | 69 |
| a) | Actualisation des numéros | 69 |
| b) | Identifications des correspondants : sortir de l'anonymat | 70 |
| c) | Élargissement à d'autres spécialités | 70 |
| • | Difficultés d'accès aux secteurs psychiatriques | 70 |
| 3) | <i>Des pistes non explorées</i> | 71 |
| D. | PERSPECTIVES | 72 |
| E. | VALIDITE DE L'ETUDE | 73 |
| 1) | <i>Forces de l'étude</i> | 73 |
| 2) | <i>Faiblesses de l'étude</i> | 73 |
| | PARTIE 5 : CONCLUSION | 75 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 77 |
| | ANNEXES | 84 |
| | RESUME | 90 |

LISTE DES ABREVIATIONS

APHP : assistance publique des hôpitaux de Paris

APICEM : association pour la promotion de l'informatique et de la communication en médecine

ASIP Santé : agence des systèmes d'information partagés en santé

CHU : centre hospitalier universitaire

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CRH : compte rendu d'hospitalisation

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HPST : hôpital patients santé territoire

MEP : mode d'exercice particulier

MSS : messagerie sécurisée de santé

MPR : médecine physique et réadaptation

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

MSU : maître de stage des universités

ORL : oto-rhino-laryngologiste

RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

URML : union régionale des médecins libéraux

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SFMG : société française de médecine générale

SMS : short message service

SNJMG : syndicat national des jeunes médecins généralistes

INTRODUCTION

La loi place le médecin généraliste au centre de la coordination des soins, en lui donnant le rôle « *d'orienter ses patients selon leurs besoins, dans le système de soins* » (1). Le statut de médecin traitant, introduit par la loi du 13 août 2004 (2), accentue le rôle pivot du médecin généraliste, qui doit être le garant de la cohérence du parcours médical du patient.

Avec le vieillissement de la population, la part des patients porteurs de maladies chroniques augmente, et avec elle, celle du temps consacré à l'organisation des soins (3). Ce rôle de coordinateur des parcours nécessite une communication efficace et facilitée entre les différents professionnels de santé, libéraux et hospitaliers.

A l'heure actuelle, la complexité et le cloisonnement du système de santé, laisse encore souvent le patient coordonner lui-même les différents professionnels. A travers la stratégie de refonte du système de santé (4), il y a une volonté croissante des pouvoirs publics de promouvoir et d'encadrer le dialogue entre la Ville et l'Hôpital ; l'objectif étant de mieux organiser le maillage territorial en renforçant la collaboration entre l'ensemble des professionnels de santé, et en particulier entre hospitaliers et libéraux.

Pourtant, de nombreux travaux de thèse et enquêtes sur la communication ville-hôpital, au niveau local et régional, font état des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur exercice quotidien (5–15).

L'échange entre professionnels structure le lien Ville-Hôpital. Il permet de comprendre les enjeux, les contraintes, les besoins, et les ressources de chacun. Il permet aussi, et surtout, une meilleure prise en charge du patient, qui est au cœur de cette problématique. La coopération entre les différents acteurs de son parcours permet d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

Dans cette perspective, le programme « Médecins Partenaires », mis en place en 2016, en Ile de France, en partenariat avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'Agence des Systèmes d'Information Partagée en Santé (ASIP Santé) et la Société Française de Médecine Générale (SFMG), cherchait à répondre aux attentes des médecins libéraux. Plusieurs engagements ont été pris, et parmi eux, la mise à disposition d'un annuaire de numéros dédiés, assurant un contact

permanent direct avec un médecin sénior de l'hôpital, pour les avis spécialisés et l'organisation des admissions directes en hospitalisation.

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'utilisation de cet outil par les médecins généralistes d'Ile de France. Le questionnaire adressé aux médecins généralistes nous permettra également d'étudier leurs habitudes pour les demandes d'avis spécialisés et les hospitalisations.

PARTIE 1 : COMMUNICATION VILLE - HOPITAL, ELEMENTS DE CONTEXTE

A. ENCADREMENT LEGAL

La communication entre la médecine de Ville et l'Hôpital est primordiale et garante de la cohérence du parcours de soin de nos patients. Des recommandations et législations encadrent ces échanges et veillent au bon fonctionnement du système de santé en France.

1) Secret médical

a) Code de Déontologie médicale

La question de la communication entre les différents intervenants du parcours d'un patient passe par la problématique du secret médical. Il fonde la confiance du malade envers son médecin.

De ce fait, l'article 4 du Code de Déontologie (16) soumet tout médecin au secret professionnel *« institué dans l'intérêt des patient, [...] (il) couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris »*.

Cependant, certaines dérogations peuvent être nécessaires afin d'assurer la continuité et la coordination des soins ; c'est pourquoi l'article 45 du Code de Déontologie (17) prévoit que le médecin puisse *« à la demande du patient ou avec son consentement, [...] (transmettre) aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins »*.

De même, dans le cadre d'une prise en charge collégiale, l'article 64 du Code de Déontologie (18), précise que *« lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade »*.

b) Code de Santé Publique et secret médical partagé

La prise en charge des patients complexes, des pathologies chroniques, des personnes âgées, nécessite souvent l'intervention de plusieurs professionnels médicaux.

Ainsi, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, codifiée par l'Article L.1110-4 du Code de Santé Publique introduit la notion de secret médical partagé (19).

Elle permet à un professionnel de santé « *d'échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés, des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* » (20).

Les règles sont néanmoins différentes selon la structure de prise en charge. Ainsi, dans le cadre d'un échange entre professionnels appartenant à la même équipe de soins, « *ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe* ». En revanche, lorsque l'échange se fait entre professionnels n'appartenant pas à la même équipe de soin il requiert le consentement préalable du patient « *recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisé* » (20).

L'équipe de soin est définie par l'article L.1110-12 du Code de santé publique, comme un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostic, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes (21). Cet article précise que ces professionnels sont ceux qui :

- « *Exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire* »
- « *Se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux, pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge* ».

Le secret médical partagé s'instaure donc dans des établissements ou services entre tous les membres d'une équipe intervenant auprès d'un même patient, qu'ils soient de profession médicale, paramédicale, éducative et sociale. Avec la réserve que le médecin a une responsabilité particulière, dans la mesure où « *il doit veiller à ce que les personnes qui*

l'assistant dans son exercice, soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment » (22).

Dans tous les cas, le patient concerné doit savoir explicitement que des informations relatives à sa santé vont être échangées avec d'autres professionnels, et qu'il a le droit de s'y opposer.

2) De la Ville vers l'Hôpital : rôle pivot du médecin généraliste

Médecin de famille, spécialiste en médecine générale, spécialiste en soins primaires, médecin traitant, quelle que soit l'appellation retenue, ce sont d'abord les différentes fonctions assumées par les médecins généralistes. C'est un médecin spécialiste formé à l'approche globale des patients, et celui auquel le patient s'adresse en premier.

L'évolution de notre système de santé au travers de lois de modernisation, lui a donné une place centrale dans le parcours de soin des patients. Il juge de l'opportunité et de l'utilité d'exams complémentaires, ou de recours à d'autres professionnels de santé. La communication avec ses confrères est un préalable aux missions qui lui sont confiées.

a) Le médecin traitant

Le concept de « médecin traitant », introduit par la loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'Assurance Maladie, place le médecin généraliste au cœur du parcours de soin du patient (2). L'objectif étant de développer la qualité et la coordination des soins dispensés au patient, cette loi prévoit que chaque assuré social ou ayant droit âgé de plus de 16 ans, doit désigner un médecin traitant de son choix, qui assurera la coordination des informations le concernant.

L'entrée en vigueur de ce dispositif a été progressive à partir du 1^{er} juillet 2005, pour tous les assurés. En décembre 2011, 90% des assurés avaient choisi leur médecin traitant (98% étaient des médecins généralistes) et 91% des consultations avaient été effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonné (23).

Le médecin généraliste se voit confier la mission « *d'assurer le premier niveau de recours aux soins, d'orienter le patient dans le parcours de soin et d'informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état du patient* » (2).

Le médecin traitant devient associé aux interventions des médecins spécialistes, en les faisant intervenir auprès de ses patients selon leurs besoins. Il doit être le garant de la cohérence du parcours de ses patients.

b) Coordinateur de soins

L'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques pose de nouvelles contraintes en terme notamment, de continuité et de coordination des soins. C'est pourquoi la loi la HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) du 21 juillet 2009 réaffirme la mission de coordinateur des parcours du médecin généraliste (24). Elle vise à garantir une offre de soin de qualité, l'accessibilité à la prévention et aux soins pour tous, et cherche à fluidifier le parcours de soins entre la Ville et l'Hôpital.

Le médecin traitant doit « *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* ».

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 s'inscrit dans la continuité de la loi HPST de 2009. Elle propose de rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée et s'articule autour de 5 grands volets (25).

Dans le second volet « faciliter au quotidien le parcours de santé des Français », le premier chapitre est consacré à la « promotion des soins primaires et la structuration des parcours de soins » où le médecin généraliste conserve une place centrale. On y retrouve la notion de « *concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients, améliorer la visibilité de tous sur les parcours de santé* ». Grâce à cette loi, le dispositif de médecin traitant est élargi aux enfants et aux adolescents de moins de 16 ans.

Les missions du médecin spécialiste de deuxième recours sont aussi précisées, où il « *peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le médecin généraliste, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soin* ».

3) De l'Hôpital vers la Ville : hospitalisation et sortie d'hospitalisation

L'hospitalisation d'un patient et l'organisation de son retour à domicile sont des étapes clés de son parcours de soins. Elles nécessitent une collaboration et une communication entre les différents intervenants. Les médecins participant à la prise en charge d'un malade dans ce cadre, sont donc soumis à des lois et réglementations. Elles encadrent la communication des informations médicales, permettant une transition Hôpital-Ville, et replacent le médecin traitant au cœur du parcours du patient.

a) Code de Déontologie médicale

L'article 63 du Code de déontologie stipule que « *le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible* » (26).

b) Loi du 4 mars 2002

Les principes posés par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ont été précisés par le décret n°2003-462 du 21 mai 2003. Il encadre la communication du dossier du patient au médecin traitant qui assurera la continuité des soins (27).

Ainsi, l'article R.1112-6 du Code de santé publique stipule qu'« *en cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille, et qui en fait la demande écrite, toute les informations relatives à l'état du malade* ».

La sortie du patient de l'hôpital est aussi codifiée dans le but d'assurer la continuité des soins. Les articles R.1112-1 et R. 1112-60 du Code de la santé publique précisent qu'« *à la fin de chaque séjour hospitalier, la copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie, ou si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même aura désigné* ». De plus, « *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 les indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y lieu, la surveillance du malade* ».

c) Recommandations HAS (Haute Autorité de Santé)

En 2014, la HAS publie des recommandations qui tentent d'encadrer la sortie d'hospitalisation du patient, de manière à minimiser les ruptures de parcours ainsi que les réadmissions non programmées (28).

Ces recommandations prévoient la remise d'un document de sortie, destiné au patient (remis en main propre le jour de la sortie) ainsi qu'aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient au décours. Elles précisent que le délai réglementaire d'envoi du compte rendu d'hospitalisation (CRH) doit être inférieur ou égal à 8 jours.

Il comprend les principaux éléments résumés relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la continuité des soins : motif d'hospitalisation, synthèse médicale du séjour, actes techniques, examens complémentaires et biologiques avec leur résultats pertinents normaux et anormaux, traitements médicamenteux arrêtés, modifiés et introduits avec une justification pour toute modification du traitement, ainsi que la planification des soins à venir.

Les documents de sortie sont peu à peu instaurés, néanmoins, on constate que le contenu de ces documents n'est pas toujours homogène. Seulement 37% des CRH sont disponibles le jour même, 48% sont conformes aux recommandations fixées, et on estime entre 60 et 70% le nombre de CRH permettant d'assurer la continuité des soins (29).

d) Lettre de liaison

En 2016, le projet de loi de modernisation de notre système de santé, dont l'objectif est d'améliorer la coordination du parcours de soin, reprend une notion préexistante mais non utilisée préalablement : la lettre de liaison (30).

Distincte du CRH, elle vise à rendre obligatoire l'échange d'informations entre professionnels de santé. La lettre de liaison se réfère donc au document de sortie d'hospitalisation, mais aussi au document rédigé par le médecin qui adresse un patient dans un établissement de soins afin de donner les éléments médicaux nécessaires à la continuité des soins. Un des objectifs est de permettre un meilleur suivi ainsi que d'éviter certaines erreurs ou effets indésirables liés à la sortie d'hospitalisation.

Ainsi, le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 du Code de santé publique relatif aux lettres de liaisons prévoit que « *lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin [...], qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises* » (31). Il précise que « *la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant [...] par messagerie sécurisée [...] ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations* ». Elle doit contenir toutes les rubriques décrites comme obligatoires dans les recommandations de la HAS citées dans le paragraphe précédent (28).

Le décret a rendu obligatoire ce que la HAS recommandait en 2014. Ce document doit être le plus clair et concis possible pour correspondre aux besoins d'information des praticiens de ville, sans les surcharger d'informations non pertinentes pour la prise en charge immédiate de leurs patients.

B. OUTILS DE COMMUNICATION EN MEDECINE GENERALE

Pour le médecin généraliste, médecin traitant, médecin coordinateur des parcours, la notion de communication prend toute son importance au travers des missions qui lui sont confiées. Plusieurs outils sont disponibles permettant l'échange d'informations avec leurs confrères.

1) Courrier papier

Le courrier est un moyen de communication privilégié lorsque que le médecin généraliste adresse un patient a un confrère. C'est un outil fiable, qui respecte le secret médical. Il peut être remis en main propre au patient, permettant sa relecture et son accord, ou être envoyé par voie postale responsable d'un délai de réception plus long.

Une étude réalisée en Rhône Alpes en 2010, montrait que 88,8% des médecins généralistes utilisaient le courrier comme moyen de communication pour adresser leurs patients (32).

Le courrier papier a l'avantage d'être un moyen de communication asynchrone, les médecins concernés n'ont pas besoins d'être disponibles au même moment pour communiquer. Il présente en revanche plusieurs inconvénients : difficulté de lecture du fait de son contenu parfois manuscrit, données manquantes par manque de temps ou d'oubli de retranscription, nécessité d'archivage et encombrement, délai de transmission.

2) Téléphone

Le téléphone permet un échange direct et rapide. Il nécessite que les deux interlocuteurs soient disponibles en même temps, pouvant parfois se heurter à l'obstacle d'un secrétariat. Le téléphone ne remplace pas le courrier, il n'a en général pas le même but, il seconde le courrier papier pour un avis médical ou une demande d'information complémentaire. Il présente l'inconvénient de l'absence de traçabilité des informations transmises et le manque de confidentialité (33).

3) Télécopie

La télécopie ou fax, est un moyen rapide et immédiat de communication asynchrone. Il peut contenir les même informations qu'un courrier avec un délai de réception raccourci. Il comporte plusieurs inconvénients liés au risque de divulgation des données médicales : erreur de destinataire liés aux aléas de manipulation, manque de confidentialité liée aux utilisateurs

multiples. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a publié en 2015 des recommandations visant à les limiter (34):

- Installation du fax dans un local médical physiquement contrôlé et accessible uniquement au personnel médical et paramédical
- Impression des messages subordonnée à l'introduction d'un code d'accès personnel
- Affichage de l'identité du fax destinataire lors de l'émission des messages afin d'être assuré de l'identité du destinataire
- Doubler l'envoi par fax d'un envoi des documents originaux au destinataire
- Pré enregistrer dans le carnet d'adresse les fax des destinataires potentiels

La télécopie nécessite, malgré tout, un équipement, qui représente un investissement ; il revêt aussi l'inconvénient de l'archivage et de l'encombrement (pouvant être contourné par l'utilisation de logiciel de fax sur ordinateur).

4) E-mail

L'e-mail est un moyen de communication asynchrone, simple, permettant une transmission rapide des données en s'amendant d'un délai de transmission. Outil familier, utilisé dans la vie courante, le médecin peut y avoir recours sans être présent au cabinet (accessibilité possible sur différents supports : ordinateur, smartphone). Il nécessite un accès Internet, ainsi qu'un support informatique, dont la plupart des cabinets médicaux sont maintenant équipés.

Le principal reproche que l'on peut faire sur ce moyen de communication est l'absence de confidentialité des données transmises, avec le risque de rupture du secret médical.

5) Messageries sécurisées de santé (MSS)

La messagerie sécurisée de santé (MSS) est un moyen de communication qui conserve les avantages de l'e-mail classique, tout en permettant la confidentialité des données qui sont échangées.

Le cryptage des données a été créé en 1996 par l'Association pour la Promotion de l'Informatisation et de la Communication en Médecine (APICEM). Les MSS permettent d'envoyer et de recevoir des mails de façon sécurisée conformément aux recommandations de la CNIL (35).

Tous les médecins appelés à échanger ou à partager des données de santé, dans le parcours de soins d'un patient, par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication, doivent être personnellement identifiés et authentifiés dans l'espace informatique, et les documents échangés doivent être chiffrés. Ces fonctions d'identification s'appuient sur le système de la carte professionnelle de santé (36).

La première messagerie sécurisée, Apicrypt®, a été conçue par le Dr Alain Caron, médecin généraliste et président de l'association APICEM. Depuis de nombreuses autres messageries ont vu le jour.

En 2008, une enquête réalisée par le Dr Claire, a montré que 74% des médecins généralistes utilisant une MSS, utilisaient Apycrypt® (37). Cette étude a également montré que 29% des médecins généralistes possédant une messagerie professionnelle utilisaient une messagerie non sécurisée pour communiquer avec d'autres professionnels de santé. Cela corrobore les résultats d'une autre enquête réalisée en 2008 par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Ile de France qui retrouvait que 31% des médecins libéraux franciliens recevaient des informations médicales via une messagerie non sécurisée (38).

La multitude de messageries disponibles sur le marché et l'absence d'interconnexions possibles entre elles était un frein à la communication entre les professionnels de santé. Dans le but d'une harmonisation, le projet Espace de Confiance MSSanté est né.

Depuis son ouverture en avril 2014, l'Espace de Confiance MSSanté, a permis de faciliter les échanges interprofessionnels en intégrant 215 opérateurs de messageries respectant des exigences de sécurité et d'interopérabilité (39). Ce projet, soutenu par le gouvernement, permet la traçabilité des échanges, la protection de la responsabilité des professionnels de santé, l'authentification des correspondants, et l'accès à un annuaire unique recensant l'ensemble des utilisateurs MSSanté. A terme, l'ensemble des messageries de santé existantes ont vocation à intégrer cet espace de confiance.

C. ETAT DES LIEUX DE LA LITTERATURE

1) De la Ville vers l'Hôpital

Le médecin de premier recours est parfois amené à orienter ses patients vers des spécialistes hospitaliers, pour un avis, ou pour une hospitalisation. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire pour lui de construire des relations avec ses confrères hospitaliers, mais ces réseaux sont souvent peu solides car peu utilisés (40). De nombreux travaux de thèses et enquêtes mettent en avant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leurs relations avec leurs confrères hospitaliers.

a) *Accessibilité et disponibilité relatives*

- Difficulté d'accès téléphonique

Le téléphone semble être le moyen de communication privilégié par les généralistes pour entrer en contact avec leur confrères hospitaliers (5–9), cependant des freins sont fréquemment mis en évidence.

P. Cohen, dans sa thèse menée auprès des médecins généralistes du 13^{ème} arrondissement de Paris en 2016 (5), montrait que la principale problématique soulevée concernait l'accès téléphonique : « il y a un gros problème d'accès téléphonique pour les avis et les rendez-vous », « c'est chronophage de contacter la bonne personne qui a la bonne information ».

Le constat est similaire dans le travail de N. Lemaire en 2016 auprès de médecins généralistes franciliens (6): « les délais au niveau des standards sont de plus en plus longs », « il y a vraiment une barrière qui semble infranchissable, il y a une demie heure d'attente au niveau du standard téléphonique, et puis on passe d'une secrétaire à une autre ».

Dans enquête menée en 2015 en Ile de France, (9) seuls 39% des médecins généralistes considéraient les spécialistes hospitaliers comme accessibles ; 61% des praticiens interrogés déclaraient ne pas connaître les coordonnées téléphoniques de leurs correspondants hospitaliers. N. Ortega (8) fait le même constat dans la région lyonnaise, 57% des médecins généralistes rapportaient des difficultés pour joindre par téléphone leurs correspondants hospitaliers.

- Correspondants multiples mal identifiés

N. Lemaire, (6), soulevait la problématique de l'anonymat des interlocuteurs hospitaliers. Le médecin généraliste lorsqu'il s'adresse un à confrère hospitalier, s'adresse plus souvent « au médecin spécialiste d'avis » disponible le jour de l'appel, qu'à un médecin clairement identifié en tant que personne. « *Les intervenants hospitaliers changent régulièrement, vous ne savez pas, vous n'êtes pas au courant* », « *petit reproche que je ferai aux gens que l'on a au téléphone, ils ne se présentent jamais* ».

Cette difficulté était également retrouvée dans l'enquête de L. Fabre (10) « *un interlocuteur quand on veut hospitaliser, un autre qui n'a pas reçu le patient pour avoir des nouvelles les premiers jours, et souvent un troisième qui rédige la lettre de sortie qui a parfois oublié le motif d'hospitalisation ou les questionnements du généraliste* ». La notion d'instabilité des correspondants est aussi retrouvée dans le travail de G. Hubert (7).

Cette multiplicité des interlocuteurs, parfois difficilement identifiables, est un frein à la communication. Elle contribue également risque de la perte d'information au fur et à mesure que le nombre d'interlocuteurs augmente.

- Disponibilité partielle

L'indisponibilité des spécialistes hospitaliers est parfois dénoncée par les praticiens de ville (7). La possibilité de joindre leurs confrères, souvent dépendante des horaires des secrétariats, ne correspond pas toujours aux besoins des médecins généralistes.

Les médecins interrogés par N. Lemaire (6) témoignaient de la difficulté de joindre un praticien hospitalier en fin d'après-midi : « *à partir de 18 heures c'est plus difficile* », « *à 16 ou 17 heures il n'y a plus de secrétaire, ça pose un gros problème parce que c'est au moment où l'on peut en avoir le plus besoin* ».

b) Hospitalisations directes limitées

Un travail de thèse en 2017 (11), constatait que seuls 17% des praticiens interrogés réalisaient des hospitalisations directes grâce à un appel dans le service concerné ; 83% adressaient leurs patients aux urgences du fait de la difficulté à obtenir une admission directe. Les principales difficultés rencontrées par les praticiens étaient le refus de l'hospitalisation directe par le correspondant hospitalier, et la difficulté à joindre le bon correspondant pour organiser l'admission.

Un autre travail étudiait les obstacles à l'hospitalisation programmée par les médecins généralistes en Bourgogne (12). On retrouvait notamment : le manque de place, l'impossibilité de trouver une place dans un délai raisonnable, l'absence d'interlocuteur disponible, la difficulté à joindre la personne responsable des admissions.

Andronikof et al ont mené une étude en Ile de France en 2008 (13), dont l'objectif était d'évaluer la capacité à organiser une hospitalisation sur demande téléphonique d'un médecin généraliste auprès de 4 services de spécialités médicales de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) (rhumatologie, gastro-entérologie, neurologie et médecine interne). Dans 60% des cas, l'admission ne pouvait être organisée en raison de l'absence d'un interlocuteur compétent ou de lit disponible.

c) Attentes des médecins généralistes

Dans les travaux de thèses cités précédemment, les médecins généralistes franciliens étaient assez unanimes sur leurs attentes envers l'hôpital. Ils étaient nombreux à demander la mise en place de numéros directs dédiés aux professionnels de ville pour joindre leurs confrères hospitaliers (5,6,9) et faciliter ainsi leur échanges pour les demandes d'avis et les hospitalisations de leurs patients.

Cette attente était aussi retrouvée dans les travaux de thèse réalisés dans d'autres régions françaises (8,10,11).

2) De l'Hôpital vers la Ville

L'hospitalisation et surtout l'organisation de la sortie d'un patient sont des étapes clés de son parcours de soin. La sortie d'hospitalisation se traduisant le plus souvent par un retour au domicile, elle constitue un risque de rupture dans la continuité des soins, en faisant passer le patient d'un suivi quotidien à l'hôpital à un suivi intermittent en ambulatoire. Cette étape implique un relai des soins par le médecin généraliste et nécessite donc la transmission d'informations entre les intervenants. La littérature fait pourtant état de difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de cette transition, mettant à mal leur rôle de coordinateur des parcours.

a) Médecin traitant non contacté

Dans une enquête réalisée en 2006 par l'URML d'Ile de France (38) auprès de 109 médecins libéraux (dont 69 médecins généralistes), le médecin désigné pour assurer la continuité des

soins était informé de l'hospitalisation de son patient dans 41 % des cas et de sa sortie dans seulement 23% des cas. Concernant la décision de sortie, le médecin traitant était sollicité pour participer à la prise en charge dans 18% des cas ; lorsque l'hospitalisation était organisée à sa demande, il était plus souvent sollicité dans la prise de décision (25 % des cas).

Ces résultats corroborent ceux d'une étude publiée en 2009 par Hubert et al. (14) menée auprès de 50 médecins généralistes de Paris et de Seine Saint Denis où seulement 36% d'entre eux étaient prévenus de la sortie de leurs patients.

Ces constats sont similaires lorsque l'on s'intéresse aux publications étrangères. Aux États-Unis, dans une revue de littérature publiée dans le JAMA en 2007, Kripilani et al. montraient que seuls 3% des médecins généralistes étaient sollicités dans la décision de sortie d'hospitalisation de leur patients ; seulement 17 à 20% d'entre eux déclaraient être informés de la sortie de leur patient (33).

b) Lacunes des comptes rendus hospitaliers (CRH)

A défaut d'un contact direct du médecin traitant par leurs confrères hospitaliers, les documents tels que les lettres de liaison et comptes rendus d'hospitalisation permettent le transfert de l'information médicale. Là encore, des dysfonctionnements existent et sont un frein à la coordination des soins.

- CRH non reçus

Dans l'étude de Hubert et al. (14), le taux de comptes rendus reçus par les médecins généralistes franciliens variait selon le type de prise en charge hospitalière. Ainsi, 90% des médecins généralistes recevaient un compte rendu après une consultation spécialisée, 86% recevaient un CRH après une hospitalisation lorsqu'ils en étaient à l'origine, contre seulement 38% lorsque le patient était hospitalisé sans être adressé par le médecin traitant. Ces résultats indiquent que l'identification des interlocuteurs est un prérequis indispensable à la qualité de la communication.

Dans l'enquête réalisée par l'URML d'Ile de France (38) seuls 52% des médecins généralistes interrogés recevaient un compte rendu après une hospitalisation d'un de leurs patients.

- Délai de réception non respecté

Dans une revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes, Clanet et al. (15) montraient qu'en France, le délai de réception du CRH était estimé inférieur à 8 huit jours pour 26% à 65% des sorties d'hospitalisation. Et plus de deux tiers des médecins généralistes déclaraient ne pas avoir eu de CRH à leur disposition lors de la première consultation de suivi avec leur patient.

En Ile de France, dans l'enquête menée en 2006 menée par l'URML seuls 33% des CRH étaient reçus dans un délai de 8 jours (38).

Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature étrangère (33) (41).

Les patients sont donc, dans ce cas, la seule source d'information pour le médecin généraliste lors de la consultation de suivi après une hospitalisation. Or, une étude américaine publiée en 2013 incluant 237 patients (42), montrait que 44% d'entre eux n'avaient pas compris ce qui avait été réalisé lors de l'hospitalisation et ne savaient pas non plus quelle était la conduite à tenir pour la suite de leur prise en charge.

- Un contenu à adapter

Si la communication entre médecin hospitalier et médecin généraliste est jugée satisfaisante sur le plan quantitatif, sur le plan qualitatif l'information est jugée incomplète et insuffisante par les médecins généralistes. (43).

Dans le travail de M. Delahaye (9), les informations délivrées par les CRH étaient globalement claires pour 47% des médecins généralistes franciliens interrogés, utiles pour 39%, précises pour 8% et exhaustives pour 6%.

Kripilani et al.(33), relevaient un grand nombre d'informations manquantes dans les comptes rendus d'hospitalisation envoyés aux médecins généralistes : diagnostic principal non renseigné (17.5% des cas), résultats des examens complémentaires réalisés manquants (38% des cas), traitement de sortie non précisé (21% des cas), consignes et recommandations pour le suivi absentes (14% des cas).

3) Impact sur la prise en charge du patient

Le patient est le premier bénéficiaire d'une bonne coordination entre les intervenants qui jalonnent son parcours. C'est aussi le premier impacté lorsque le relai de l'information n'est pas optimal.

Le manque de communication entre les professionnels de santé hospitaliers et les médecins généralistes, peut avoir un impact sur la continuité et la sécurité des soins et contribuer à une prise de décision médicale erronée, ou à l'incapacité de surveiller de façon adéquate l'état d'un patient.

a) Ré-hospitalisations

Le médecin traitant est souvent le premier relai en sortie d'hospitalisation. Pourtant il dispose le plus souvent d'informations partielles, ou relatées par le patient lui-même. Une étude réalisée en 2002, montrait une tendance à la ré-hospitalisation plus élevée, lorsque le suivi par le médecin généraliste avait eu lieu sans compte rendu d'hospitalisation disponible (44).

Moore et al. en 2003 rapportaient que des erreurs liées à la discontinuité des soins se produisaient chez environ 50% des patients hospitalisés ; et ce manque de communication était associé à un risque de réadmission significativement plus élevé (45).

b) Iatrogénie médicamenteuse

Dans la revue systématique de Clanet et al. (15), la principale source de iatrogénie au décours d'une hospitalisation était induite par des erreurs dans le traitement de sortie, dont 40 à 76% auraient été évitables. La principale source d'erreur était pour 59% des cas, due à un défaut de communication Ville Hôpital.

Une autre étude réalisée en 2012, montrait que 35% des réadmissions de patients à l'hôpital étaient secondaires à un mauvais relais de traitement au domicile (46). Ce risque était particulièrement important durant les huit premiers jours faisant suite à l'hospitalisation.

Un travail de thèse sur le parcours d'hospitalisation d'un patient gériatrique poly-pathologique (47), montrait que parmi les réadmissions observées en France, 17% étaient induites par une erreur médicamenteuse dont 40% auraient été évitables, attribuées à un manque de communication.

c) Explorations complémentaires non poursuivies

Dans une étude américaine menée en 2005, 40% des patients avaient des résultats d'examens complémentaires en attente le jour de leur sortie et 10% d'entre eux nécessitaient une prise en charge urgente sans que les médecins responsables de son suivi n'en soient informés (48).

Une autre étude menée aux États Unis en 2010, (49) auprès de 64 patients sortant d'hospitalisation, montrait que 42% d'entre eux déclaraient avoir eu des difficultés lors de leur retour au domicile. Deux principales problématiques étaient rapportées : l'impossibilité ou le retard à récupérer leurs résultats d'examens complémentaires réalisés durant l'hospitalisation, et l'impossibilité à obtenir le rendez-vous de suivi préconisé, nécessitant pour la plupart d'entre eux, une réadmission précoce ou une consultation au service des urgences.

4) Projet Médecins Partenaires

Dans le but de renforcer la coopération avec les médecins de ville et les autres professionnels de santé, L'APHP a réalisé une enquête auprès des médecins de ville, afin de mieux cerner leurs attentes. Un questionnaire, réalisé avec la SFMG, a été envoyé entre juin et juillet 2016 à tous les médecins généralistes, spécialistes, et centres de santé des patients accueillis par les hôpitaux Cochin, Hôtel Dieu et Avicenne. Il était également accessible aux autres médecins de ville sur la page Internet de l'APHP. L'objectif était d'obtenir leur retour d'expérience avec l'hôpital et de recueillir leurs suggestions.

L'envoi du questionnaire à 11 980 médecins de ville (dont 7691 médecins généralistes) a permis le recueil de 770 réponses (soit un taux de participation de 7%), dont 77% de médecins généralistes (50). Plus de 50% des médecins répondants estimaient que leurs relations avec l'APHP avant, pendant la prise en charge hospitalière du patient, et autour de la sortie de ce dernier devaient être améliorées. L'accent était principalement mis l'organisation des soins :

- 80% attendaient très fortement de pouvoir échanger directement avec un médecin sénior pour un avis, par téléphone, ou en alternative par mail ou SMS (Short Message Service)
- 79% attendaient fortement de pouvoir faire admettre leurs patients directement dans un service
- 84% estimaient que les délais de premier rendez-vous en consultation étaient trop importants
- 77% souhaitaient recevoir un compte rendu synthétique dès la sortie de leur patient, en privilégiant un envoi dématérialisé

A l'issue de cette enquête, différents engagements ont été pris et mis en place par le programme « Médecins Partenaires », en partenariat avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'ASIP Santé et la SFMG. L'un d'eux concernait le développement d'un annuaire de numéros dédiés, permettant aux médecins de ville un accès téléphonique direct avec un médecin sénior dans les différents services d'hospitalisation. Ce projet a été déployé dans les hôpitaux de Cochin et Avicenne à titre pilote, et a ensuite été généralisé à 28 hôpitaux de l'APHP en 2017.

L'annuaire des lignes téléphoniques est disponible sous la forme d'une application mobile « Direct APHP » téléchargeable gratuitement sur l'App Store et sur Google Play (avec une identification et un accès grâce au numéro Répertoire Partagé des Professionnels de Santé [RPPS]). Il est également disponible en fichier numérique sur le site Internet de l'APHP en faisant une demande d'adhésion au programme « Médecin Partenaire » (en renseignant nom, prénom, adresse email, numéro RPPS, spécialité et code postal d'exercice).

Cet annuaire met à disposition des médecins de ville près de 250 lignes séniorisées dans 50 spécialités différentes, accessibles du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures. Il propose également 50 lignes d'urgences pour certaines spécialités (cardiologie, chirurgie cardiovasculaire, chirurgie viscérale, gynécologie obstétrique, hématologie, hépato-gastro-entérologie, hématologie, hépato-gastroentérologie, oncologie, ortho-traumatologie, pédiatrie, pneumologie, réanimation, urgences adultes, urologie, SOS aorte, SOS bronches, SOS embolie pulmonaire, SOS mains, SOS rachis, SOS rein et urgences AVC) disponibles 7 jours/7 et 24 heures/24.

5) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'utilisation de cet annuaire par les médecins généralistes d'Ile de France, ainsi que leur satisfaction vis-à-vis de cet outil. L'objectif secondaire était d'évaluer les habitudes des médecins généralistes concernant les demandes d'avis spécialisés pour leurs patients ainsi que les hospitalisations.

PARTIE 2 : MATERIELS ET METHODES

A. TYPE D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude descriptive, quantitative, observationnelle et analytique, menée sur la période du 2 juillet 2020 au 30 octobre 2020 auprès de médecins généralistes.

B. POPULATION ETUDIEE ET LIEU DE L'ETUDE

La population ciblée était l'ensemble des médecins généralistes exerçant en Ile de France.

1) Critères d'inclusion

Les praticiens éligibles pour notre étude étaient les médecins généralistes ayant une activité ambulatoire en Ile de France, soit dans 8 départements : Paris (75), Seine et Marne (77), Yvelines (78), Essonne (91), Hauts de Seine (92), Seine Saint Denis (93), Val de Marne (94) et Val d'Oise (95). Ces praticiens pouvaient être installés ou remplaçants.

2) Critères de non inclusion

Les internes de médecine générale en stage chez de niveau 1 chez le praticien, ainsi que les internes de médecine générale en stage SASPAS (stage autonome en soins primaire ambulatoire supervisé) n'ont pas été inclus dans notre étude, considérant qu'ils avaient les mêmes habitudes de communication que leurs MSU (Maîtres de Stage Universitaires). Les médecins généralistes exerçant hors Ile de France n'ont pas été inclus.

C. QUESTIONNAIRE

1) Format

Le questionnaire a été réalisé grâce au logiciel Framiform®, permettant un partage ainsi qu'un envoi en ligne du formulaire. Les réponses étaient directement centralisées et organisées par Framiform®. Elles étaient accessibles par un lien sécurisé.

2) Modes de diffusion

Plusieurs modes de diffusion du questionnaire ont été choisis afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible de notre population d'étude, ainsi que de maximiser le nombre de réponses.

a) Appel des secrétariats médicaux

Une randomisation des médecins généralistes a été réalisée via le site internet les Pages Jaunes®, grâce au mot clé « médecin généraliste » pour chaque département d’Ile de France. Pour chaque recherche (par département), nous avons sélectionné les 40 premiers cabinets de médecine générale proposés par le site les Pages Jaunes® (à l’exclusion des premiers mis en avant, car proposant des plages de consultations rapidement disponibles).

Les cabinets médicaux pour les lesquels les coordonnées téléphoniques n’étaient pas disponibles ainsi que les cabinets référencés « SOS médecins » n’ont pas été inclus.

Les appels ont été passés dans les 20 premiers cabinets de chaque département sur la période du 2 juillet au 15 juillet 2020. La randomisation de 40 cabinets par département nous a permis de pallier les coordonnées téléphoniques erronées ainsi que les cabinets non joignables. Lors de l’appel, après une courte explication donnée sur l’objectif du travail, l’envoi du questionnaire par mail était proposé. Une relance par mail a été effectuée 15 jours plus tard.

b) Réseaux sociaux

Le questionnaire a été partagé sur les réseaux sociaux (Twitter®, Facebook®) le 18 juillet. Il a été publié grâce au profil personnel de la directrice de thèse, ainsi que sur plusieurs groupes de médecins et d’internes de médecine générale d’Ile de France.

c) Mailing list des syndicats

Le questionnaire a été relayé par le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) : mailing liste professionnelle, page Internet® du syndicat.

3) Réalisation du questionnaire

Le questionnaire comportait 33 questions, et était composé de trois parties.

La première évaluait les habitudes des médecins généralistes pour les demandes d’avis spécialisés et les hospitalisations de leurs patients. Elle permettait de dresser un état des lieux des pratiques : spécialités médicales les plus souvent contactées, confrère privilégié pour les demandes d’avis spécialisés (libéral ou hospitalier), nombre de correspondants spécialistes libéraux et hospitaliers privilégiés, moyens de communication utilisés pour les contacter, modes d’hospitalisation des patients.

La deuxième partie recueillait leur opinion concernant l'utilisation du répertoire d'avis téléphonique mis à leur disposition par le programme « Médecin Partenaire ». L'objectif était d'évaluer les modes d'utilisation de cet outil (support, durée et fréquence d'utilisation, spécialités les plus souvent contactées) ainsi que de déterminer leur satisfaction sur différents points (temps d'attente passé au téléphone, compatibilité avec une consultation de médecine générale, avis donné adapté à leur pratique, possibilité d'hospitalisation directe, délai d'hospitalisation, relation avec l'hôpital).

La troisième partie résumait le profil de chaque médecin répondeur : sexe, âge, lieu et mode d'exercice, structure d'exercice, présence d'autres professionnels de santé dans la structure, compétences d'exercice spécifiques et diplômes complémentaires, accueil d'étudiants en médecine en formation, enseignement à la faculté dans les 5 dernières années.

Le questionnaire a été proposé en pré test à sept médecins généralistes qui n'ont soulevé aucun point perfectible. Il est disponible en [Annexe 1](#).

D. RECEUIL DE DONNEES

A l'issue du recueil de donnée, l'ensemble des réponses a été extrait de la plateforme Framiform®, et converti dans un tableur du logiciel Microsoft Excel® pour permettre le traitement des réponses.

E. ANALYSE STATISTIQUE

1) Étude descriptive et analytique

Les variables ont été décrites, pour chaque modalité, par l'effectif (N) et le pourcentage correspondant de réponses exprimées. Dans chaque tableau de résultats, l'effectif total est appelé Ntot, et le nombre de réponses exprimées Nobs.

Les comparaisons ont été réalisées à l'aide des tests de Fisher lorsque les variables comparées avaient deux modalités chacune (tableau de contingence 2 x 2) et par le test du χ^2 d'indépendance dans les autres cas. Aucune correction pour tests multiples n'a été réalisée. Les graphiques et les statistiques ont été obtenus grâce au logiciel R® (Comprehensive R Archive Network) version 3.4.3.

2) Données qualitatives

Pour les questions permettant une réponse par texte libre, nous avons appliqué une méthode d'analyse thématique, sans codage formel des données. Une seconde lecture indépendante a été réalisée par la directrice de thèse, avec confrontation des deux analyses.

PARTIE 3 : RESULTATS

A. POPULATION ETUDIEE

1) Accès au questionnaire

Au total, 125 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. La répartition des différents modes d'accès à l'enquête est présentée dans le Tableau 1.

La majorité des médecins, soit 77 (61.6%), ont eu accès au questionnaire grâce à sa diffusion sur les réseaux sociaux (Twitter®, Facebook®) ; 24 médecins (19.2%) répondants ont été sollicités par une mailing list professionnelle (mailing list des enseignants de la Faculté de Médecine Paris Descartes, diffusion par le SNJMG).

Le contact direct par téléphone de 160 cabinets médicaux a permis de récupérer 37 adresses emails permettant l'envoi du questionnaire. Parmi les 37 médecins sollicités, 11 (soit 8% de notre panel) ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 29.7%.

Les autres modes de diffusion concernaient 13 médecins (10.4%) et étaient représentés par : relai par la directrice de thèse (5 médecins), transfert du questionnaire par un confrère médecin lui-même sollicité (6 médecins), et 2 répondants n'ont pas précisé leur mode d'accès au questionnaire.

Tableau 1 – Modes d'accès au questionnaire

| Variable | Modalité | Effectif N (%) <i>N_{tot} = 125 (100%)</i> |
|------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Accès au questionnaire | Réseaux sociaux | 77 (61.6%) |
| | Mailing list professionnelle | 24 (19.2%) |
| | Contact direct au cabinet | 11 (8.8%) |
| | Autre | 13 (10.4%) |

2) Épidémiologie et lieu d'exercice

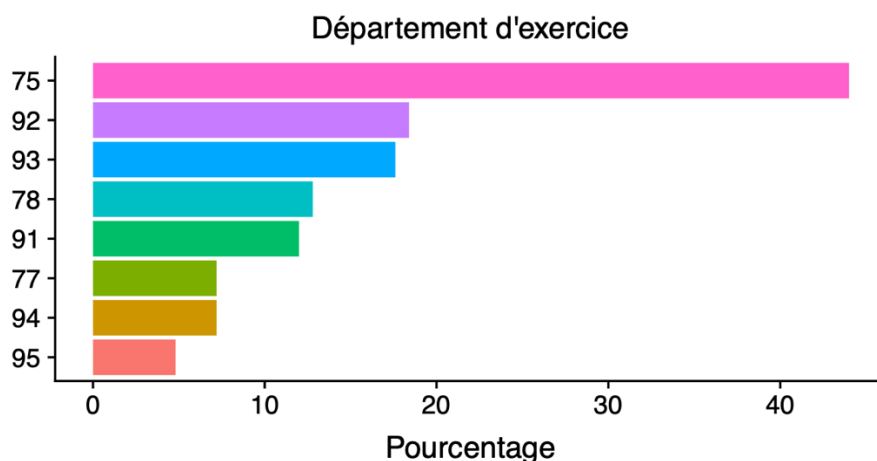
Les caractéristiques des médecins généralistes répondants sont résumées dans le Tableau 2. On comptait 92 femmes (73.6%) pour 33 hommes (26.4%) (sex ratio H/F = 0.3). La majorité de notre population était représentée par les moins de 40 ans (105 médecins soit 84%).

Tableau 2 – Caractéristiques des répondants

| Variable | Modalité | Effectif N (%) <i>Ntot = 125 (100%)</i> |
|------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------|
| Sexe | Femme | 92 (73.6%) |
| | Homme | 33 (26.4%) |
| Âge | < 40 ans | 105 (84%) |
| | Entre 40 et 49 ans | 6 (4.8%) |
| | Entre 50 et 59 ans | 4 (3.2%) |
| | ≥ 60 ans | 10 (8%) |
| Département d'exercice | Paris (75) | 55 (44%) |
| | Hauts-de-Seine (92) | 23 (18.4%) |
| | Seine-Saint-Denis (93) | 22 (17.6%) |
| | Yvelines (78) | 16 (12.8%) |
| | Essonne (91) | 15 (12%) |
| | Seine-et-Marne (77) | 9 (7.2%) |
| | Val-de-Marne (94) | 9 (7.2%) |
| | Val-d'Oise (95) | 6 (4.8%) |
| Durée d'exercice dans le bassin de santé | ≤ 4 ans | 92 (73.6%) |
| | Entre 5 et 9 ans | 12 (9.6%) |
| | Entre 10 et 19ans | 7 (5.6%) |
| | ≥ 20 ans | 14 (11.2%) |

La Figure 1 représente la répartition des médecins généralistes par département. On comptait 99 médecins (79.2%) exerçant dans un seul département, 23 médecins (18.4%) dans 2 départements et 3 médecins (2.4%) exerçant dans 3 départements différents. Près de la moitié de notre effectif, 55 médecins (44%), travaillaient à Paris (75).

Figure 1 – Répartition des médecins généralistes par département



Concernant leur durée d'exercice, la majorité des médecins interrogés, 92 (73.6%) pratiquaient depuis 4 ans ou moins dans leur bassin de santé et 14 praticiens (11.2%) y exerçaient depuis 20 ans ou plus.

3) Modes d'exercice

a) Type d'activité et de structure

Les médecins étaient interrogés sur leur type d'activité ainsi que le type de structure dans laquelle/lesquelles ils exerçaient. Parmi les répondants, 92 généralistes (73.6%) avaient une activité libérale seule et 98 praticiens (78.4%) travaillaient dans une seule structure. Le Tableau 3 résume le type d'activité, le type de structure ainsi que la présence d'autres professionnels de santé au sein du cabinet d'exercice.

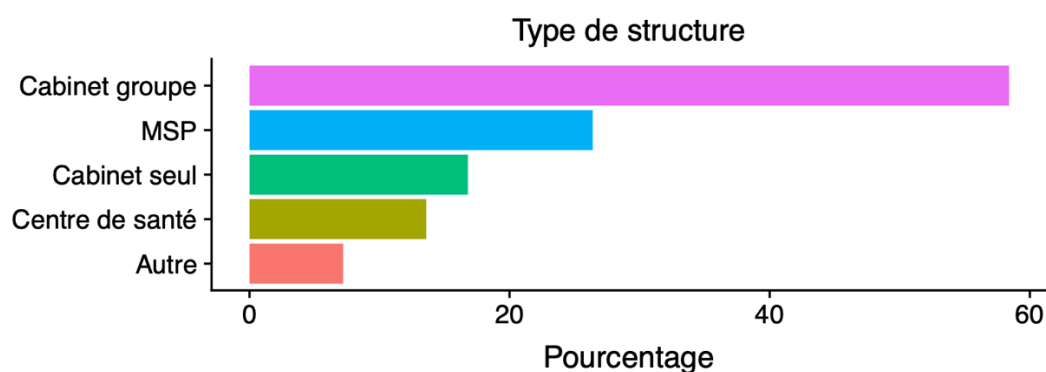
Tableau 3 – Modes d'exercice

| Variable | Modalité | Effectif N (%) <i>Ntot = 125 (100%)</i> |
|---------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|
| Type d'activité | Libérale uniquement | 92 (73.6%) |
| | Salariée uniquement | 10 (8%) |
| | Mixte | 23 (18.4%) |
| Nombre de structure d'exercice | Une seule structure | 98 (78.4%) |
| | Plusieurs structures | 27 (21.6%) |
| Type de structure | Cabinet médical de groupe | 73 (58.4%) |
| | MSP | 33 (26.4%) |
| | Cabinet seul | 21 (16.8%) |
| | Centre de santé | 17 (13.6%) |
| | Autre | 9 (7.2%) |
| Autres professionnels de santé dans la structure | Oui | 101 (80.8%) |
| | Non | 24 (19.2%) |

Plus de la moitié des répondants, 73 médecins (58.4%) travaillaient dans un cabinet médical de groupe ; et 33 praticiens (26.4%) dans une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

Les autres types de structures déclarées par 9 médecins étaient : antenne médicale des armées (1 médecin), exercice hospitalier (3 médecins), centre de protection maternelle et infantile (PMI) (1 médecin), prison (1 médecin), clinique (1 médecin), structure médico-sociale (1 médecin), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) (1 médecin). La Figure 2 illustre la répartition des différents types de structures.

Figure 2 – Répartition des différents types de structures



b) Présence d'autres professionnels de santé dans la structure

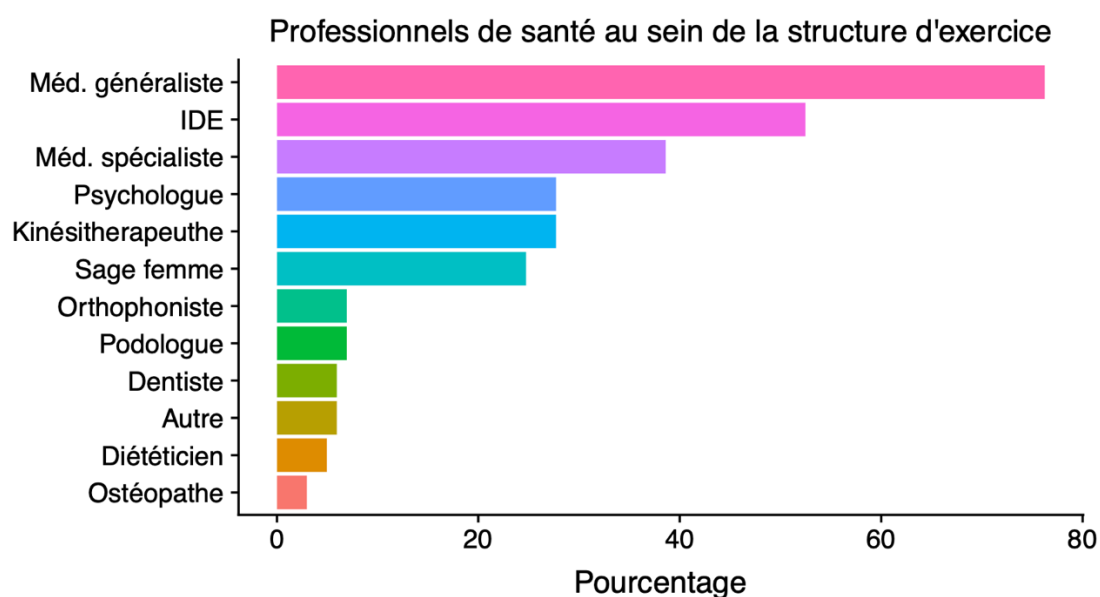
On comptait 101 praticiens (80.8%) déclarant travailler dans une structure avec d'autres professionnels de santé. Parmi eux, 77 (76.2%) exerçaient avec des médecins généralistes, 39 (38.6%) avec d'autres médecins spécialistes, et 53 (52.5%) avaient une/des infirmiers(ières) au sein du cabinet. Le Tableau 4 et la Figure 3 représentent la répartition des différents professionnels de santé déclarés.

Tableau 4 – Autres professionnels de santé au sein de la structure d'exercice

| Variable | Modalité | Effectif N (%) Nobs = 101 (80.8 %) |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| Professionnels de santé au sein de la structure d'exercice | Médecin généraliste | 77 (76.2%) |
| | Infirmier | 53 (52.5%) |
| | Autre médecin spécialiste | 39 (38.6%) |
| | Psychologue | 28 (27.7%) |
| | Kinésithérapeute | 28 (27.7%) |
| | Sage femme | 25 (24.8%) |
| | Orthophoniste | 7 (6.9%) |
| | Podologue | 7 (6.9%) |
| | Dentiste | 6 (5.9%) |
| | Diététicien | 5 (5%) |
| | Ostéopathe | 3 (3%) |
| | Autre | 6 (5.9%) |

Les autres professionnels de santé déclarés par 6 médecins étaient : hypno-thérapeute (2 médecins), ergothérapeute (1 médecin), acupuncteur (1 médecin), médiatrice de santé (1 médecin), psychomotricien (1 médecin).

Figure 3 – Répartition des autres professionnels de santé au sein de la structure d'exercice



Les 39 médecins (31.2% de l'effectif total) travaillant au sein d'une structure avec d'autres médecins spécialistes étaient invités à préciser les spécialités concernées. Elles sont résumées dans le Tableau 5.

Tableau 5 – Autres médecins spécialistes au sein de la structure

| Variable | Modalité | Effectif (%) <i>Nobs = 39 (31.2 %)</i> |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------|
| Médecins spécialistes au sein de la structure d'exercice | Gynécologue | 8 (20.5%) |
| | ORL | 7 (17.9%) |
| | Cardiologue | 7 (17.9%) |
| | Dermatologue | 5 (12.8%) |
| | Psychiatre | 5 (12.8%) |
| | Ophthalmologue | 4 (10.3%) |
| | Rhumatologue | 4 (10.3%) |
| | Chirurgien | 4 (10.3%) |
| | Autre | 4 (10.3%) |
| | Pédiatre | 3 (7.7%) |
| | Radiologue | 3 (7.7%) |
| | Médecine du sport | 2 (5.1%) |
| | Allergologue | 2 (5.1%) |
| | Endocrinologue | 2 (5.1%) |

Les autres médecins spécialistes déclarés par 4 médecins généralistes étaient : urologue (1 médecin), gastro-entérologue (1 médecin), gériatre (1 médecin) et pneumologue (1 médecin).

4) Formations annexes

a) Compétences d'exercice et diplômes complémentaires

Les médecins étaient questionnés sur leurs compétences d'exercice et leurs éventuelles formations et/ou diplômes complémentaires. On comptait 49 médecins généralistes (39.2%) ayant une compétence complémentaire à la médecine générale. Parmi eux 19 médecins (38.8%) avaient une formation en gynécologie (diplôme interuniversitaire (DIU) de gynécologie-obstétrique, interruption volontaire de grossesse (IVG), contraception, régulation des naissances). Le Tableau 6 représente les différentes compétences d'exercice.

Tableau 6 – Compétences d'exercice et diplômes complémentaires

| Variable | Modalité | Effectif N (%) |
|-------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|
| Compétence et/ou diplôme <i>Ntot = 125 (100%)</i> | Oui | 49 (39.2%) |
| | Non | 76 (60.8%) |
| Le(s)quel(s) <i>Nobs = 49 (39.2%)</i> | Gynécologie | 19 (38.8%) |
| | Addictologie | 4 (8.2%) |
| | Pédiatrie | 4 (8.2%) |
| | Médecine du sport | 4 (8.2%) |
| | Diabétologie | 3 (6.1%) |
| | Autre | 19 (38.8%) |

Les autres formations complémentaires concernant 19 médecins sont présentées dans le Tableau 7.

Tableau 7 – Autres compétences d'exercice et diplômes complémentaires

| Autres compétences d'exercice et/ou diplômes complémentaires (N) | |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| DU Education à la santé (1) | Stratégie thérapeutique (1) |
| M2 Santé publique (1) | Réparation juridique du dommage corporel (1) |
| DIU Pédagogie (1) | M2 Ethique (1) |
| DIU VIH, MST et médecine des voyages (1) | DIU Antibiotiques (1) |
| DESC d'urgence (1) | MCU de médecine générale (1) |
| DIU de médecine esthétique (1) | Cicatrisation et plaie (1) |
| Allergologie (1) | Soins palliatifs (1) |
| Ingnénieur en chimie (1) | Hypnose médicale (1) |
| Psychothérapie (1) | Acupuncture (1) |
| Mésothérapie (1) | |

* DU : diplôme universitaire, M2 : master 2, VIH : virus de l'immunodéficience humaine, MST : maladies sexuellement transmissibles, DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires, MCU : maître de conférence des universités)

b) Maître de Stage des Universités et enseignement facultaire

Parmi les médecins généralistes interrogés, plusieurs avaient un rôle d'enseignement en parallèle de leur exercice. On comptait 47 maîtres de stage des universités (MSU) (37.6%) qui accueillait des étudiants en médecine en formation au sein de leur cabinet. La répartition des étudiants en fonction de leur niveau de formation est renseignée dans le Tableau 8. Il y avait aussi 47 médecins (37.6%) qui avaient fait de l'enseignement dans une faculté de Médecine au cours des 5 dernières années.

Tableau 8 – MSU et enseignement facultaire

| Variable | Modalité | Effectif N (%) |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Maître de stage <i>Ntot = 125 (100%)</i> | Oui | 47 (37.6%) |
| | Non | 78 (62.4%) |
| Etudiants concernés <i>Nobs = 47 (37.6%)</i> | Externe | 31 (66%) |
| | Interne niveau 1 | 22 (46.8%) |
| | Interne niveau 2 (SASPAS) | 12 (25.5%) |
| Enseignement à la faculté <i>Ntot = 125 (100%)</i> | Oui | 47 (37.6%) |
| | Non | 78 (62.4%) |

B. EVALUATION DES HABITUDES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LES DEMANDES D'AVIS SPECIALISES ET LES HOSPITALISATIONS

La première partie du questionnaire cherchait à évaluer les habitudes des médecins généralistes concernant les demandes d'avis spécialisés pour leurs patients, ainsi que les hospitalisations.

1) Demandes d'avis spécialisés

a) Spécialités contactées

Une question à choix multiples proposait aux médecins de choisir parmi les 27 spécialités médicales et chirurgicales, les 4 qu'ils contactaient le plus souvent pour les demandes d'avis pour leurs patients. Les spécialités auxquelles ils avaient le plus souvent recours étaient : la cardiologie [104 médecins (83.2%)], la dermatologie [51 médecins (40.8%)], l'hépatogastro-entérologie [43 médecins (34.4%)], et la rhumatologie [28 médecins (22.4%)]. La répartition des différentes spécialités contactées est représentée dans la [Figure 4](#) et le [Tableau 9](#).

Figure 4 – Répartition des spécialités contactées

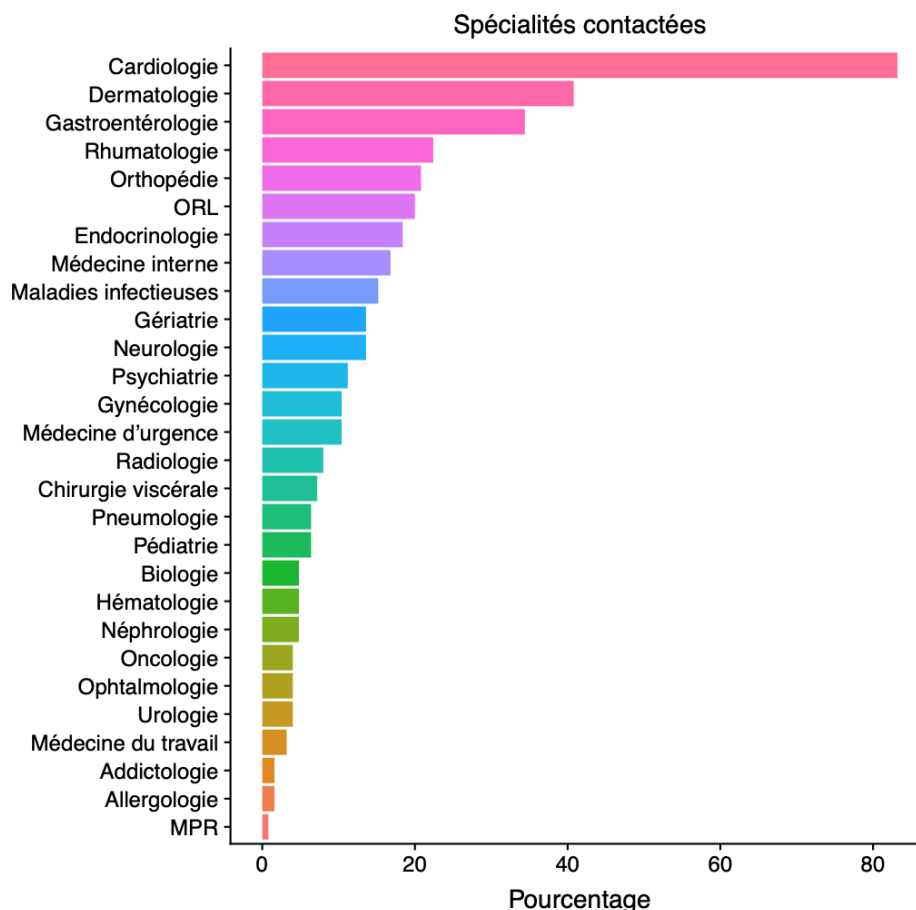


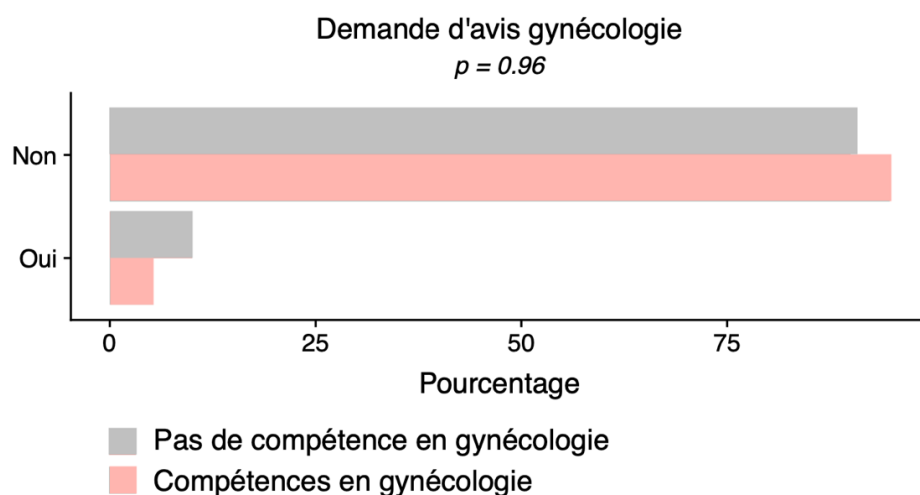
Tableau 9 – Spécialités contactées pour un avis

| Variable | Modalité | Effectif N (%) <i>Ntot = 125 (100%)</i> |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| Spécialités les plus souvent contactées | Cardiologie | 104 (83.2%) |
| | Dermatologie | 51 (40.8%) |
| | Hépto-gastro-entérologie | 43 (34.4%) |
| | Rhumatologie | 28 (22.4%) |
| | Orthopédie-traumatologie | 26 (20.8%) |
| | ORL | 25 (20%) |
| | Endocrino-diabétologie et nutrition | 23 (18.4%) |
| | Médecine interne et immunologie | 21 (16.8%) |
| | Maladies infectieuses et tropicales | 19 (15.2%) |
| | Neurologie | 17 (13.6%) |
| | Gériatrie | 17 (13.6%) |
| | Psychiatrie | 14 (11.2%) |
| | Gynécologie obstétrique | 13 (10.4%) |
| | Médecine d'urgence | 13 (10.4%) |
| | Radiologie et imagerie médicale | 10 (8%) |
| | Chirurgie viscérale et digestive | 9 (7.2%) |
| | Pneumologie | 8 (6.4%) |
| | Pédiatrie | 8 (6.4%) |
| | Hématologie | 6 (4.8%) |
| | Néphrologie | 6 (4.8%) |
| | Biologie médicale | 6 (4.8%) |
| | Oncologie | 5 (4%) |
| | Ophtalmologie | 5 (4%) |
| | Urologie | 5 (4%) |
| | Médecine et santé au travail | 4 (3.2%) |
| | Addictologie | 2 (1.6%) |
| | Allergologie | 2 (1.6%) |
| MPR | 1 (0.8%) | |

Neuf spécialités proposées n'ont pas été choisies par les répondants, il s'agissait de : la chirurgie plastique, la chirurgie thoracique, la génétique, la médecine du sport, la médecine légale, la neurochirurgie, la réanimation, la santé publique et les soins palliatifs.

Considérant qu'une partie de notre effectif avait une formation complémentaire en gynécologie, [19 médecins (15.2%)], une analyse a été réalisée afin de déterminer s'il existait un lien entre cette compétence et le fait de contacter régulièrement ou non un gynécologue. Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre ces 2 modalités ($p = 0.96$) (Figure 5).

Figure 5 – Comparaison compétence en gynécologie et demande d'avis en gynécologie



b) Appel à un confrère spécialiste : libéral ou hospitalier ?

Les médecins devaient choisir vers quel confrère ils s'adressaient le plus souvent lorsqu'ils demandaient un avis spécialisé : 74 praticiens (59.2%) s'adressaient plutôt à un confrère spécialiste libéral, et 51 (40.8%) à un confrère spécialiste hospitalier. Ils étaient invités à en préciser par texte libre les raisons. Elles sont présentées dans le Tableau 10.

Tableau 10 – Demandes d'avis spécialisés

| Variable | Modalité | Effectif N (%) |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------|
| Demande d'avis spécialisé <i>Ntot = 125 (100%)</i> | Spécialiste libéral | 74 (59.2%) |
| | Spécialiste hospitalier | 51 (40.8%) |
| Spécialiste libéral <i>Nobs = 74 (59.2%)</i> | Accessibilité - disponibilité | 24 (32.43%) |
| | Rapidité des rendez vous | 10 (13.51%) |
| | Réseau ambulatoire | 10 (13.51%) |
| | Connaissance du confrère | 5 (6.76%) |
| | Proximité géographique | 3 (4.05%) |
| | Hôpital indisponible | 3 (4.05%) |
| | Coopération | 3 (4.05%) |
| | Autre | 3 (4.05%) |
| | Pas de réponse | 13 (17.57%) |
| Spécialiste hospitalier <i>Nobs = 51 (40.8%)</i> | Accessibilité - disponibilité | 13 (25.49%) |
| | Absence de réseau ambulatoire | 11 (21.57%) |
| | Hospitalisation souhaitée | 6 (11.76%) |
| | Légitimité | 4 (7.84%) |
| | Remboursement patient | 3 (5.88%) |
| | Autre | 4 (7.84%) |
| | Pas de réponse | 10 (19.61%) |

Parmi les 74 praticiens (59.2%) s'adressant principalement à un confrère spécialiste libéral, les raisons avancées étaient :

- L'accessibilité et la disponibilité [24 médecins (32.43%)] : « *les libéraux sont plus facilement joignables* », « *plus facile d'accès* », « *disponibilité du médecin libéral* », « *accessibilité* », « *ils sont disponibles là où je travaille* »
- La rapidité des rendez-vous [10 médecins (13.51%)] : « *les rendez-vous sont plus rapides à obtenir en ville qu'à l'hôpital* », « *plus facile d'avoir un rendez-vous pour le patient* », « *délai de rendez-vous* »
- La présence d'un réseau ambulatoire [10 médecins (13.51%)] : « *réseau de confrères dans le quartier* », « *j'utilise le réseau de praticiens connus de mes remplacés* », « *je travaille le plus possible en ambulatoire* »
- La connaissance du confrère [5 médecins (6.76%)] : « *je le connais et peux le joindre personnellement* », « *je les connais personnellement, accès facile avec leur numéro de portable* », « *je le connais et il a confiance dans mes avis* »
- La proximité géographique [3 médecins (4.05%)] : « *proximité pour les patients* », « *proche du cabinet* »
- La notion d'indisponibilité de l'hôpital [3 médecins (4.05%)] : « *les hospitaliers sont globalement injoignables* », « *pas de contact direct avec les hospitaliers* », « *les hospitaliers ne veulent jamais bosser* ».
- La notion de coopération [3 médecins (4.05%)] : « *relation plus égalitaire* », « *possibilité d'échanger* », « *parce qu'il y a un retour et une coopération* »

Les 3 médecins classés dans autres étaient ceux ayant dû choisir entre « spécialiste libéral » et « spécialiste hospitalier » alors qu'ils n'avaient pas d'habitude particulière pour les demandes d'avis (la question posée ne permettant pas un autre choix) : « *ça dépend de la situation* », « *j'ai coché au hasard puisque'une seule réponse était possible, alors que c'est 50/50* ». Treize médecins n'avaient pas précisé de raison.

Parmi les 51 praticiens (40.8%) s'adressant principalement à un confrère spécialiste hospitalier, les raisons les plus souvent avancées étaient :

- L'accessibilité et la disponibilité [13 médecins (25.49%)] : « *accessibilité du numéro de téléphone et disponibilité des praticiens* », « *disponibilité des médecins qui donnent le*

conseil », « avis plus facile à obtenir à l'hôpital avec spécialistes d'astreinte d'avis très souvent »

- L'absence de réseau ambulatoire [11 médecins (21.57%)]: *« remplaçante, je ne connais pas les spécialistes libéraux », « manque de connaissance des libéraux exerçant à proximité du cabinet », « jeune médecin remplaçante je n'ai pas encore de contact habituel en ville »*
- Une hospitalisation souhaitée au décours [6 médecins (11.67%)]: *« souvent demande d'hospitalisation ou doute sur une nécessité d'hospitalisation », « possibilité de faire hospitaliser le patient si cas grave », « si besoin d'une hospitalisation »*
- La notion de légitimité [4 médecins (7.84%)]: *« numéros disponibles dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) d'Ile de France, je sais que c'est fait pour et que je ne dérangerai pas », « peur de déranger le libéral », « j'ai l'impression que c'est plus légitime comme c'est le service public »*
- Le remboursement du patient [3 médecins (5.88%)]: *« secteur 1 », « plus facile d'accès pour le patient d'un point de vue couverture santé et remboursement »*

Les 4 médecins classés dans autres étaient ceux ayant dû choisir entre « spécialiste libéral » et « spécialiste hospitalier » alors qu'ils n'avaient pas d'habitude particulière pour les demandes d'avis (la question posée ne permettant pas un autre choix): *« en vrai pas de préférence, ça dépend des contacts », « aucune des deux réponses ne me convient »*. Dix médecins n'avaient pas précisé de raison.

Une analyse a été réalisée afin d'obtenir le profil des médecins généralistes s'adressant plutôt à un confrère spécialiste libéral et ceux s'adressant plutôt à un confrère spécialiste hospitalier.

Les médecins généralistes de moins de 40 ans s'adressaient plus souvent à un confrère spécialiste hospitalier, et ceux de plus de 40 ans s'adressaient plus souvent à un confrère spécialiste libéral ($p = 0.021$) (Figure 6). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur la durée d'exercice dans le bassin de santé ($p = 0.1$) (Figure 7).

Figure 6 – Comparaison choix du confrère contacté et âge des médecins généralistes

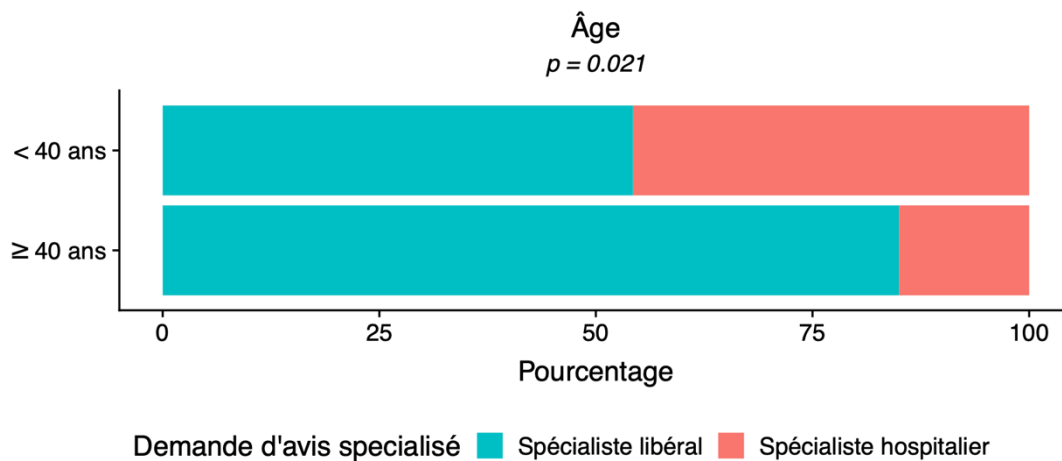
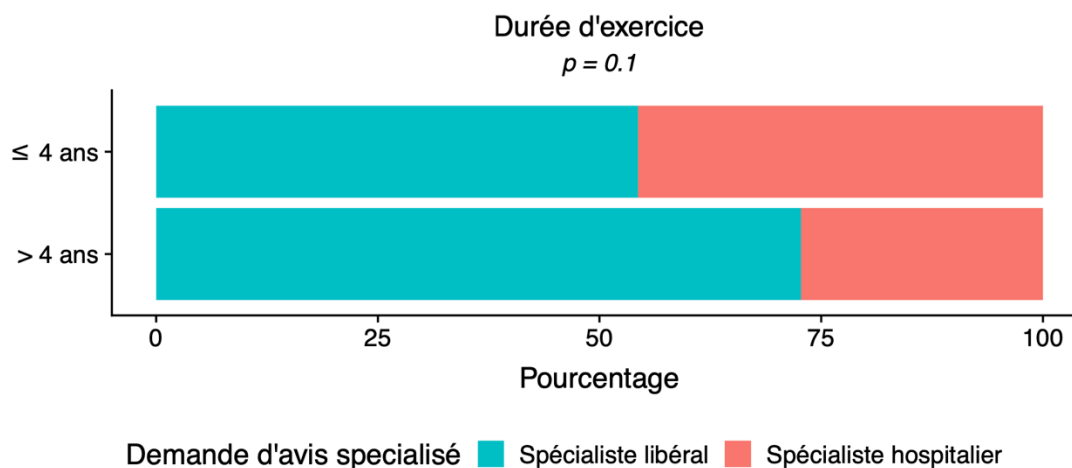


Figure 7 – Comparaison choix du confrère contacté et durée d'exercice des médecins généralistes



c) Correspondants spécialistes privilégiés

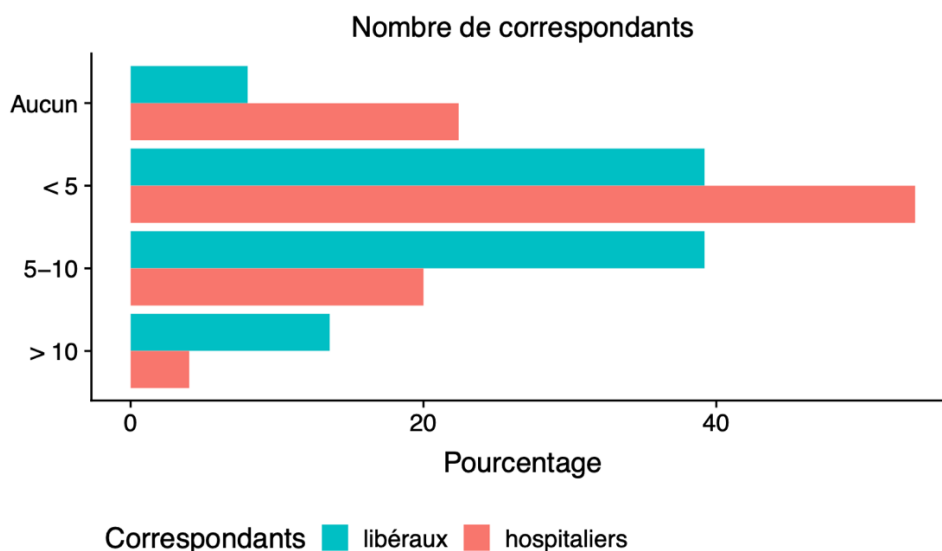
Grâce à 2 questions indépendantes, les médecins interrogés devaient préciser s'ils avaient des correspondants spécialistes privilégiés (libéraux et hospitaliers).

Concernant les correspondants spécialistes libéraux privilégiés, 49 médecins (39.2%) en avaient moins de 5, et 49 médecins (39.2%) en avaient entre 5 et 10. Concernant les correspondants spécialistes hospitaliers, 67 médecins (53.6%) en avait moins de 5 et 28 (22.4%) n'en avaient pas. Ces résultats sont présentés dans le [Tableau 11](#) et la comparaison du nombre de correspondants privilégiés est illustrée en [Figure 8](#).

Tableau 11 – Correspondants spécialistes privilégiés

| Variable | Modalité | Effectif N (%) |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
| Correspondants libéraux privilégiés <i>N_{tot} = 125 (100%)</i> | Aucun | 10 (8%) |
| | < 5 | 49 (39.2%) |
| | Entre 5 et 10 | 49 (39.2%) |
| | > 10 | 17 (13.6%) |
| Correspondants hospitaliers privilégiés <i>N_{tot} = 125 (100%)</i> | Aucun | 28 (22.4%) |
| | < 5 | 67 (53.6%) |
| | Entre 5 et 10 | 25 (20%) |
| | > 10 | 5 (4%) |

Figure 8 – Comparaison du nombre de correspondants spécialistes privilégiés



Une analyse a été réalisée afin de comparer le profil des médecins généralistes en fonction de leur nombre de correspondants libéraux privilégiés.

Les médecins généralistes de moins de 40 ans avaient moins de correspondants libéraux privilégiés que leurs collègues de plus de 40 ans ($p = 0.016$) (Figure 9). Les médecins généralistes exerçant dans leur bassin de santé depuis moins de 4 ans avaient moins de correspondants libéraux privilégiés que leurs collègues exerçant depuis plus de 4 ans ($p = 0.031$) (Figure 10).

Figure 9 – Comparaison du nombre de correspondants libéraux privilégiés en fonction de l'âge des médecins généralistes

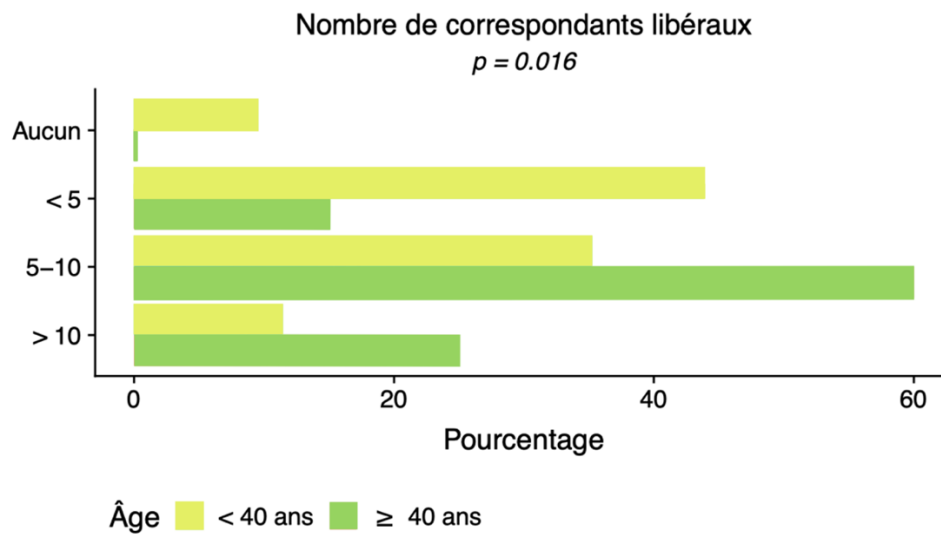
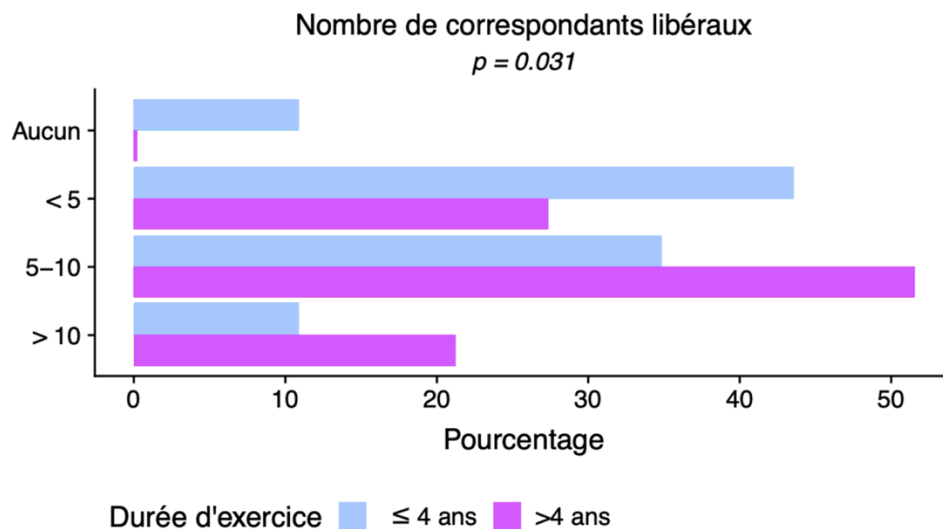


Figure 10 – Comparaison du nombre de correspondants libéraux privilégiés en fonction de la durée d'exercice des médecins généralistes



d) Moyens de communication utilisés

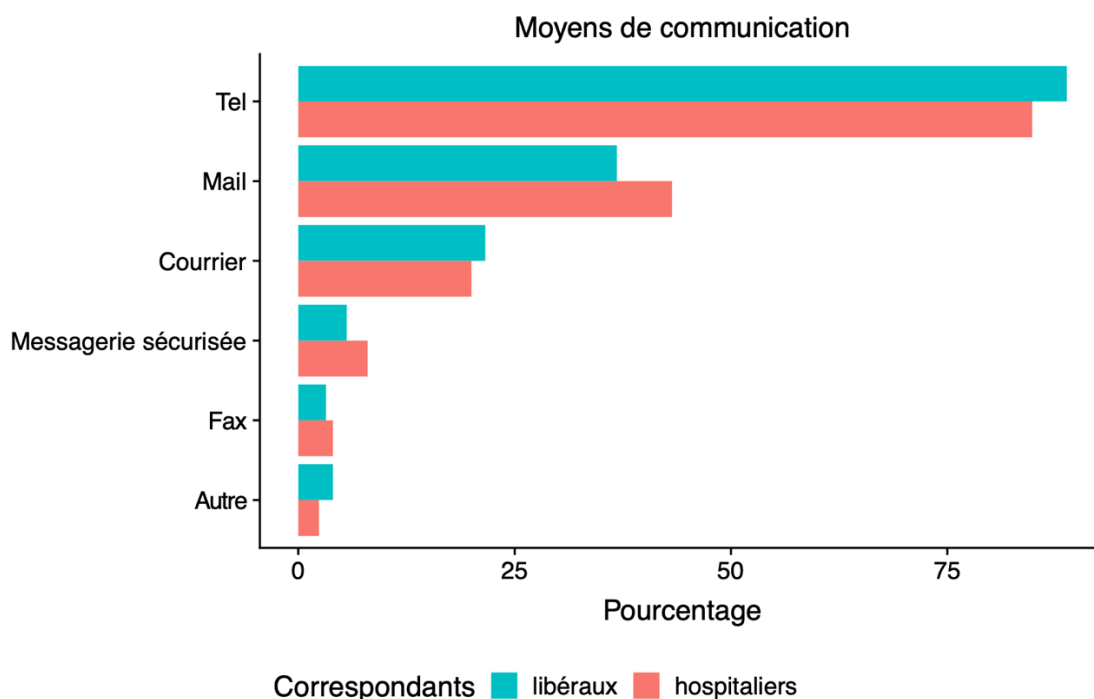
Deux questions indépendantes interrogeaient les praticiens sur les modes de communication utilisés pour échanger avec leurs confrères spécialistes libéraux et hospitaliers (le choix de plusieurs propositions était possible). La majorité des praticiens interrogés utilisaient principalement le téléphone pour joindre leurs confrères spécialistes libéraux et hospitaliers, respectivement 111 (88.8%) et 106 (84.8%). Le deuxième mode de communication le plus

utilisé était l'e-mail, respectivement 46 (36.8%) pour joindre les spécialistes libéraux et 54 (43.2%) pour les spécialistes hospitaliers. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 12 et la comparaison des moyens de communication utilisés est illustrée en Figure 11.

Tableau 12 – Moyens de communication utilisés

| Variable | Modalité | Effectif N (%) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|
| Moyens de communication avec spécialistes libéraux <i>Ntot = 125 (100%)</i> | Téléphone | 111 (88.8%) |
| | Email | 46 (36.8%) |
| | Courrier papier | 27 (21.6%) |
| | Messagerie sécurisée | 7 (5.6%) |
| | Fax | 4 (3.2%) |
| | Autre | 5 (4%) |
| Moyens de communication avec spécialistes hospitaliers <i>Ntot = 125 (100%)</i> | Téléphone | 106 (84.8%) |
| | Email | 54 (43.2%) |
| | Courrier papier | 25 (20%) |
| | Messagerie sécurisée | 10 (8%) |
| | Fax | 5 (4%) |
| | Autre | 3 (2.4%) |

Figure 11 – Comparaison des moyens de communication utilisés



Les autres moyens de communication déclarés (par 5 médecins pour joindre leurs confrères libéraux, et 3 médecins pour joindre leurs confrères hospitaliers) étaient l'utilisation de l'application mobile What's App® et le SMS (Short Message Service).

2) Moyens d'hospitalisation des patients

Les médecins généralistes étaient interrogés sur leur façon de procéder lorsqu'ils avaient besoin de faire hospitaliser un patient. Le choix de plusieurs réponses était possible parmi : « hospitalisé directement dans un service après contact avec un confrère hospitalier (avec ou sans courrier d'adressage) », « adressé aux urgences après un appel à l'accueil des urgences (avec ou sans courrier d'adressage) », « adressé aux urgences sans appel (avec ou sans courrier d'adressage) », et « autre » leur demandant de préciser. Le moyen d'hospitalisation le plus représenté était l'hospitalisation directe dans un service après contact avec un confrère hospitalier, choisi par 93 médecins (74.4%). Les résultats sont présentés dans le Tableau 13.

Tableau 13 – Moyens d'hospitalisation

| Variable | Modalité | Effectif N (%) <i>Ntot = 125 (100%)</i> |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|
| Moyens d'hospitalisation | Directement dans un service | 93 (74.4%) |
| | Adressé aux urgences avec appel | 67 (53.6%) |
| | Adressé aux urgences sans appel | 50 (40%) |
| | Autre | 3 (2.4%) |

Les autres moyens d'hospitalisation déclarés par les répondants étaient : « *hospitalisation après appel d'un confrère libéral spécialiste que je connais* », « *adressé aux urgences après contact auprès du spécialiste hospitalier* ». Un médecin n'avait pas donné de précision.

C. UTILISATION DE L'ANNUAIRE TELEPHONIQUE D'AVIS HOSPITALIER

Parmi les 125 médecins généralistes interrogés, 58 d'entre eux (46.4%) avaient connaissance de l'annuaire téléphonique d'avis hospitalier mis à disposition par le programme « Médecins Partenaires » ; 47 seulement (37.6%) utilisaient cet outil (Tableau 14).

Tableau 14 – Connaissance de l'outil

| Variable | Modalité | Effectif N (%) <i>Ntot = 125 (100%)</i> |
|-------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| Connaissance de l'outil | Oui | 47 (37.6%) |
| | Oui mais je ne l'utilise pas | 11 (8.8%) |
| | Non | 67 (53.6%) |

Les médecins ayant répondu « non » et « oui mais je n'utilise pas » n'ont pas eu accès à cette partie du questionnaire. Les résultats ci-dessous ne concernent que l'effectif des 47 médecins (37.6% de l'effectif total).

1) Profil des médecins utilisant l'annuaire

Une analyse statistique a été réalisée afin d'obtenir le profil des médecins généralistes utilisant l'annuaire téléphonique d'avis hospitalier. Les médecins généralistes exerçant à Paris (75) avaient plus tendance à utiliser l'outil que leurs confrères exerçant dans les autres départements de l'Ile de France ($p = 0.011$) (Figure 12). Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'utilisation de l'outil et l'âge des médecins généralistes ($p = 0.99$) (Figure 13). Il n'y avait pas non plus de lien statistiquement significatif entre l'utilisation de l'outil et la durée d'exercice dans le bassin de santé ($p = 0.38$) (Figure 14).

Figure 12 – Comparaison de l'utilisation de l'annuaire et de l'exercice à Paris (75)

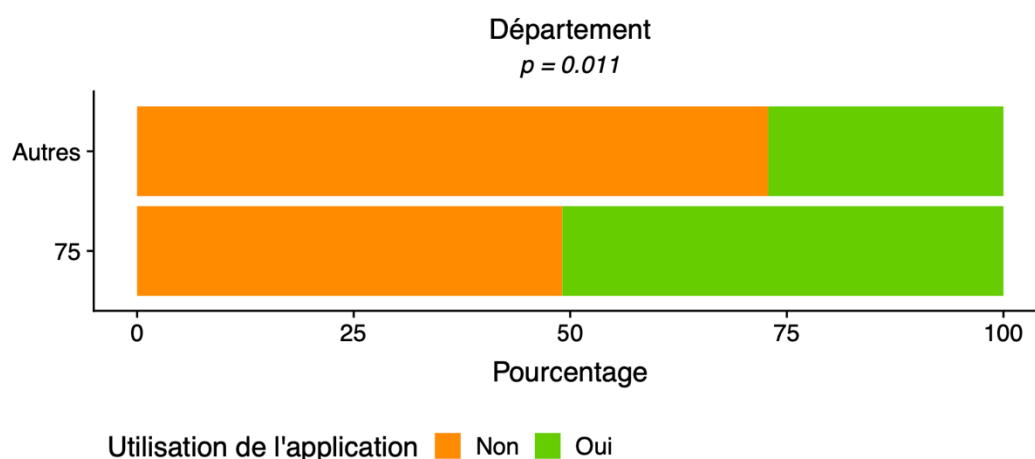


Figure 13 – Comparaison de l’utilisation de l’annuaire et de l’âge des médecins généralistes

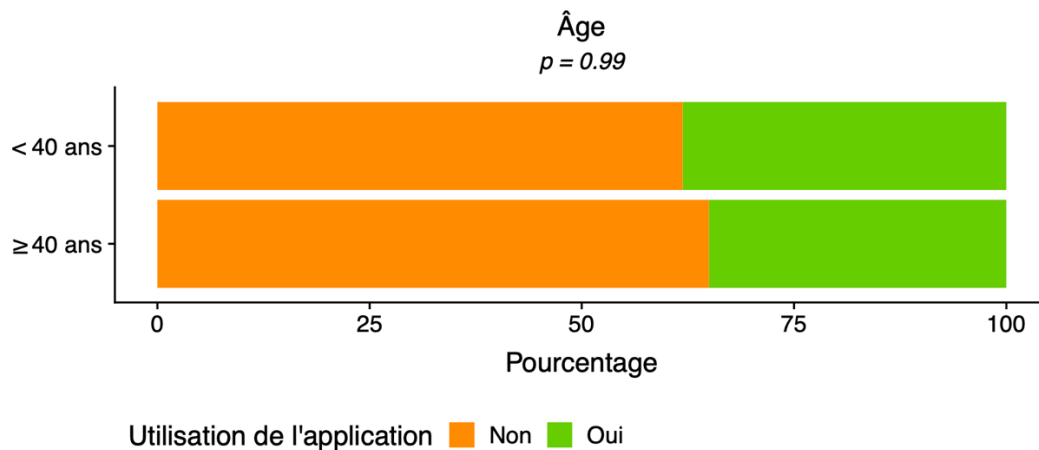
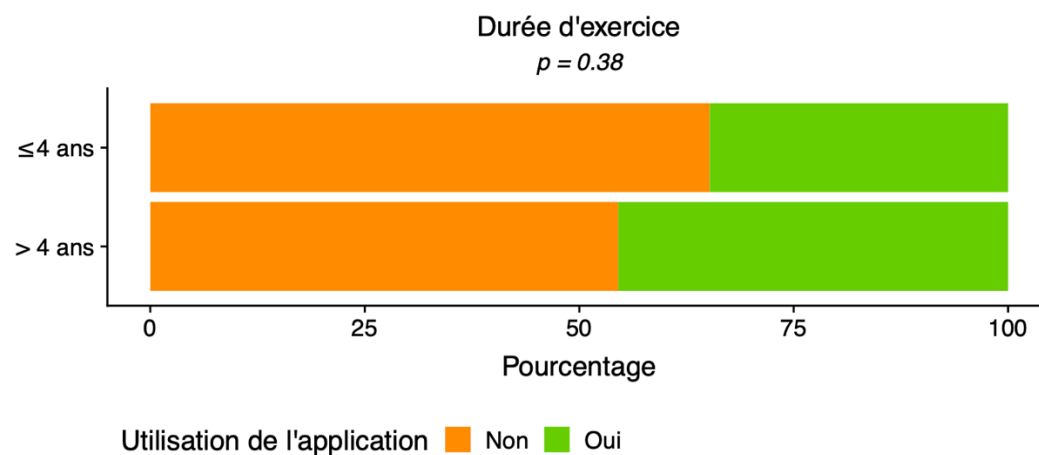


Figure 14 – Comparaison de l’utilisation de l’annuaire et de la durée d’exercice des médecins généralistes



2) Sources

Une question à choix multiples permettait aux médecins de renseigner le(s) biais par le(s)quel(s) ils avaient eu connaissance de l’annuaire. La majorité des praticiens interrogés avaient eu connaissance de cet outil par l’intermédiaire d’un confrère libéral [26 médecins (55.3%)], et par la communication de l’APHP (compte Twitter®, page Facebook®, page internet, courrier) [14 médecins (29.8%)]. Quelques médecins avaient été informés de l’existence de l’annuaire par l’enquête Médecins Partenaire à laquelle ils avaient participé, par un confrère hospitalier, par d’autres soignants sur les réseaux sociaux, ou par les étudiants accueillis au cabinet (Tableau 15).

Tableau 15 – Les sources

| Variable | Modalité | Effectif N (%) <i>Nobs = 47 (37.6%)</i> |
|-----------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| Source (connaissance de l'outil) | Médecin libéral | 26 (55.3%) |
| | Communication APHP | 14 (29.8%) |
| | Médecin hospitalier | 6 (12.8%) |
| | Enquête Médecins Partenaires | 6 (12.8%) |
| | Réseaux sociaux | 3 (6.4%) |
| | Etudiants au cabinet | 2 (4.3%) |
| | Autre | 4 (8.5%) |

Les 4 médecins ayant choisis « autre » n'ont pas donné de précisions supplémentaires.

3) Modes d'utilisation de l'annuaire

L'annuaire téléphonique d'avis hospitaliers était disponible sous différents formats : une version numérique envoyée par mail par le programme Médecins Partenaires ou une application mobile Direct APHP®. Parmi les médecins interrogés, 9 d'entre eux (19.15%) utilisaient 2 supports différents. La moitié des répondants utilisait l'application mobile [26 médecins (55.3%)], 16 médecins (34%) utilisaient le fichier numérique. Parmi les autres supports utilisés, 6 médecins utilisaient une version papier de l'annuaire, et 8 n'ont pas donné de précision supplémentaire.

L'outil, créé en 2016, était majoritairement utilisé par les médecins depuis 1 à 3 ans [26 médecins (55.32%)]. La plupart avaient un usage de l'annuaire une fois par mois ou moins [21 médecins (44.68%)]. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 16.

Tableau 16 – Modes d'utilisation de l'annuaire

| Variable | Modalité | Effectif N (%) <i>Nobs = 47 (37.6%)</i> |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| Support utilisé | Application mobile | 26 (55.3%) |
| | Fichier numérique | 16 (34%) |
| | Autre | 14 (29.8%) |
| Durée d'utilisation | > 3 ans | 10 (21.28%) |
| | Entre 1 et 3 ans | 26 (55.32%) |
| | < 1 an | 11 (23.4%) |
| Fréquence d'utilisation | Plusieurs fois par semaine | 1 (2.13%) |
| | Une fois par semaine | 12 (25.53%) |
| | Plusieurs fois par mois | 13 (27.66%) |
| | Une fois par mois ou moins | 21 (44.68%) |

4) Demandes d'avis spécialisés

a) Spécialités utilisées

Une question à choix multiples proposait aux médecins de choisir parmi les 39 spécialités médicales et chirurgicales proposées par l'annuaire, les 4 qu'ils utilisaient le plus souvent pour les demandes d'avis pour leurs patients. Les spécialités auxquelles ils avaient le plus souvent recours étaient : la maladie infectieuse [19 médecins (40.4%)], la gériatrie [16 médecins (34%)], l'endocrinologie-diabétologie [13 médecins (27.7%)], et l'orthopédie-traumatologie [12 médecins (25.5%)]. La répartition des différentes spécialités utilisées est représentée dans la [Figure 15](#) et le [Tableau 17](#).

Figure 15 – Répartition des spécialités utilisées

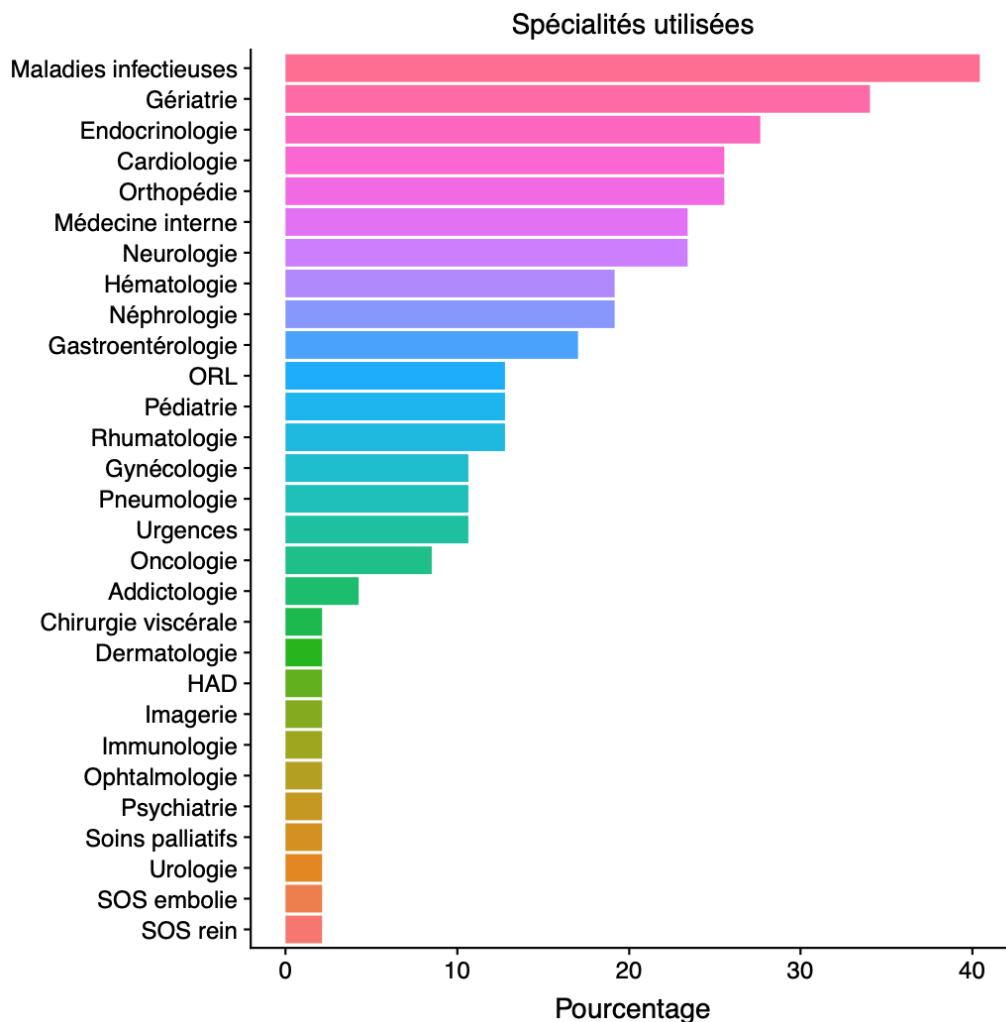


Tableau 17 – Spécialités utilisées

| Variable | Modalité | Effectif N (%) Nobs = 47 (37.6%) |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Spécialités les plus souvent utilisées | Maladies infectieuses | 19 (40.4%) |
| | Gériatrie | 16 (34%) |
| | Endocrinologie-diabétologie | 13 (27.7%) |
| | Cardiologie | 12 (25.5%) |
| | Orthopédie-traumatologie | 12 (25.5%) |
| | Médecine interne | 11 (23.4%) |
| | Neurologie | 11 (23.4%) |
| | Hématologie | 9 (19.1%) |
| | Néphrologie | 9 (19.1%) |
| | Hépto-gastro-entérologie | 8 (17%) |
| | ORL | 6 (12.8%) |
| | Pédiatrie | 6 (12.8%) |
| | Rhumatologie | 6 (12.8%) |
| | Gynécologie-obstétrique | 5 (10.6%) |
| | Pneumologie | 5 (10.6%) |
| | Urgences | 5 (10.6%) |
| | Oncologie | 4 (8.5%) |
| | Addictologie | 2 (4.3%) |
| | Chirurgie viscérale et digestive | 1 (2.1%) |
| | Dermatologie | 1 (2.1%) |
| | HAD | 1 (2.1%) |
| | Imagerie | 1 (2.1%) |
| | Immunologie | 1 (2.1%) |
| | Ophtalmologie | 1 (2.1%) |
| | Psychiatrie | 1 (2.1%) |
| | Soins palliatifs | 1 (2.1%) |
| | Urologie | 1 (2.1%) |
| | SOS Embolie pulmonaire | 1 (2.1%) |
| SOS Rein | 1 (2.1%) | |

Dix spécialités proposées n'ont pas été choisies par les répondants, il s'agissait de : la médecine du sport, la MPR, la réanimation, SOS Aorte, SOS Bronches, SOS Hémorragie digestive, SOS Main SOS Pneumothorax, SOS Rachis et SOS AVC.

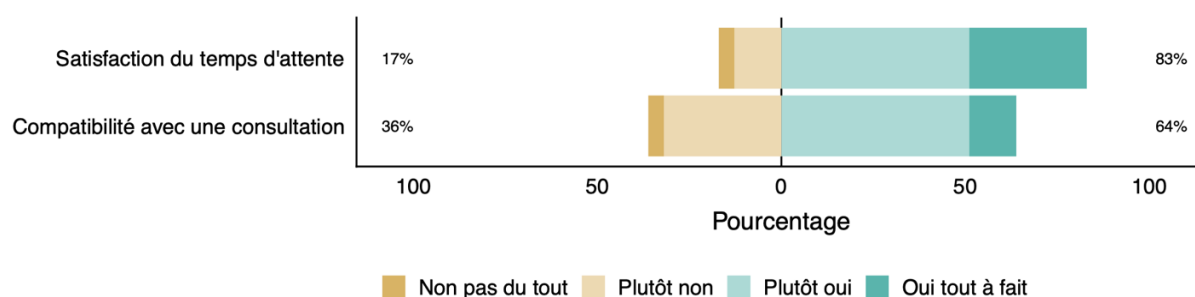
b) Temps de la consultation et demande d'avis

Dans l'ensemble, les médecins étaient satisfaits du temps d'attente passé au téléphone avant d'être en contact avec le praticien spécialiste d'avis [39 médecins (83%)]. Pour 30 médecins (64%) ce temps d'attente était compatible avec une consultation de médecine générale. La satisfaction du temps d'attente téléphonique et de la comptabilité avec une consultation est présentée dans le Tableau 18 et illustrée en Figure 16.

Tableau 18 – Satisfaction du temps d’attente et compatibilité avec une consultation

| Variable | Modalité | Effectif N (%) Nobs = 47 (37.6%) |
|----------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| Satisfaction du temps d'attente téléphonique | Oui tout à fait | 15 (31.91%) |
| | Plutôt oui | 24 (51.06%) |
| | Plutôt non | 6 (12.77%) |
| | Non pas du tout | 2 (4.26%) |
| Compatibilité avec une consultation | Oui tout à fait | 6 (12.77%) |
| | Plutôt oui | 24 (51.06%) |
| | Plutôt non | 15 (31.91%) |
| | Non pas du tout | 2 (4.26%) |

Figure 16 – Satisfaction du temps d’attente téléphonique et compatibilité avec une consultation

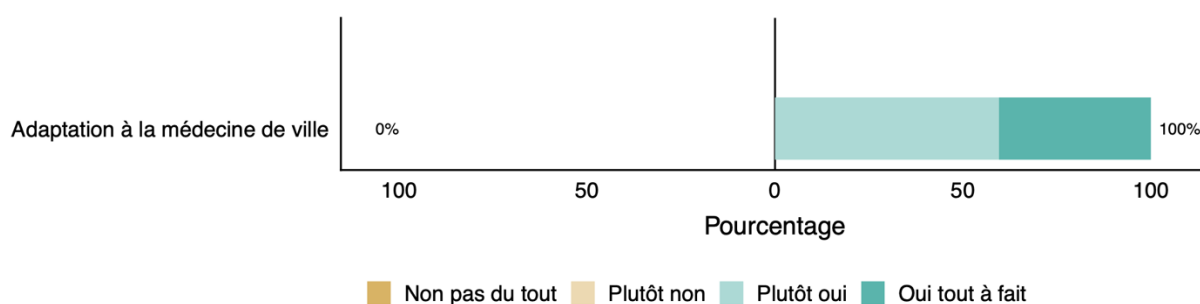


La majorité des médecins [36 (76.6%)], lorsqu’ils utilisaient cet outil pour un avis spécialisé le faisaient pendant la consultation avec le patient. Les autres, 11 médecins (23.4%) le faisaient plutôt après la consultation.

c) *Adaptation des avis donnés à la médecine de ville*

Pour l’ensemble des médecins interrogés, les avis donnés pour leurs patients étaient jugés adaptés à la médecine de ville (19 réponses « oui tout à fait (40.43%) et 28 réponses « plutôt oui » (59.57%). Ces résultats sont illustrés en [Figure 17](#).

Figure 17 – Adaptation à la médecine de ville



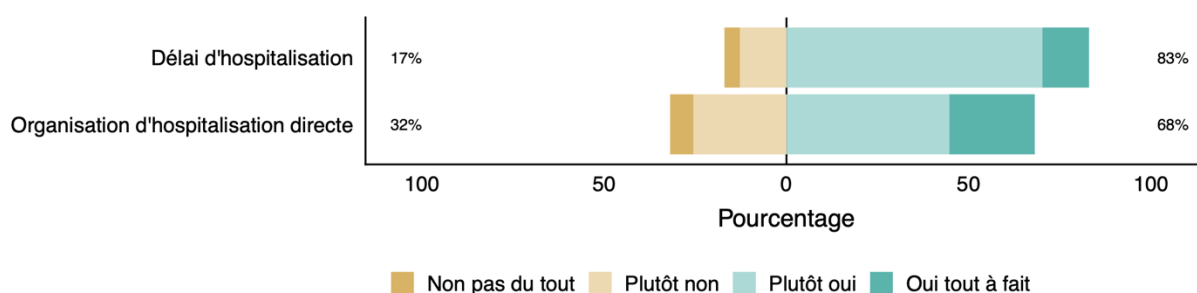
5) Demandes d'hospitalisations

Pour 32 médecins (68%), l'utilisation des numéros d'avis hospitaliers, lorsque cela était nécessaire, permettait parfois d'organiser l'hospitalisation directe des patients. Le délai d'attente proposé pour une hospitalisation était en accord avec la demande du médecin et/ou la situation du patient pour la majorité des répondants [39 médecins (83%)]. Les résultats sont présentés dans le [Tableau 19](#) et illustrés en [Figure 18](#).

Tableau 19 – Organisation d'hospitalisations et délais

| Variable | Modalité | Effectif N (%) <i>Nobs = 47 (37.6%)</i> |
|-------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------|
| Organisation d'hospitalisations directes | Oui tout à fait | 11 (23.4%) |
| | Plutôt oui | 21 (44.68%) |
| | Plutôt non | 12 (25.53%) |
| | Non pas du tout | 3 (6.38%) |
| Satisfaction du délai proposé | Oui tout à fait | 6 (12.77%) |
| | Plutôt oui | 33 (70.21%) |
| | Plutôt non | 6 (12.77%) |
| | Non pas du tout | 2 (4.26%) |

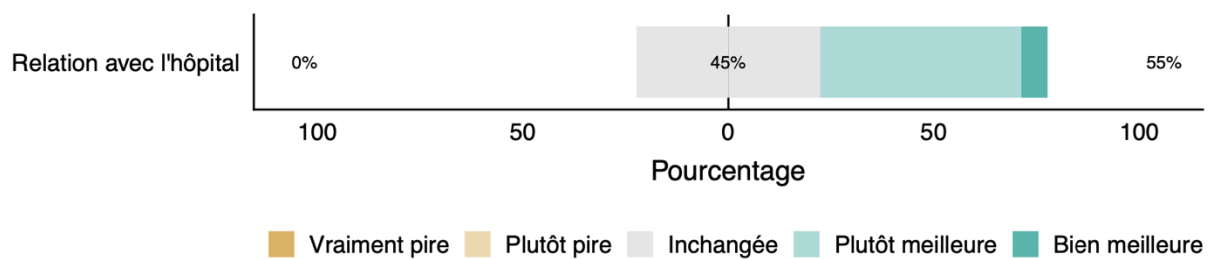
Figure 18 – Organisation d'hospitalisations et délais



6) Relation avec l'hôpital

Les médecins généralistes étaient interrogés sur leurs relations avec l'hôpital depuis la mise en place de cet outil : elle était « plutôt meilleure » pour 23 médecins (48.94%), « bien meilleure » pour 3 médecins (6.38%), et « inchangée » pour les 21 autres praticiens (44.68%). Ces résultats sont illustrés en Figure 19.

Figure 19 – Relation avec l'hôpital



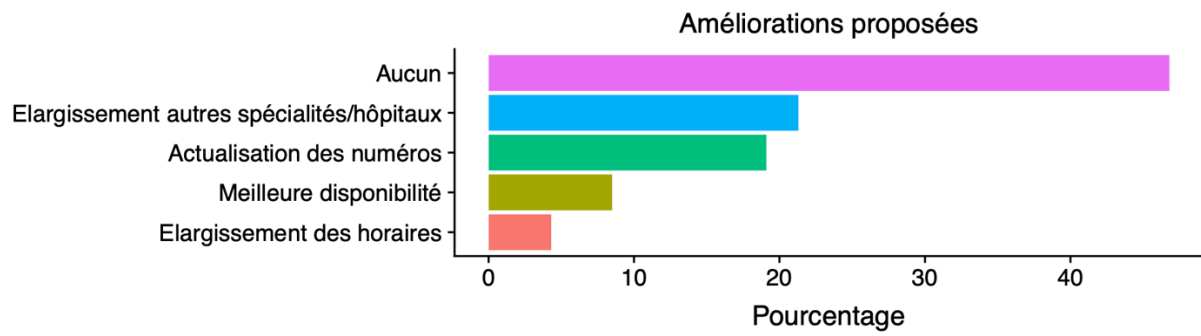
7) Améliorations proposées

Une dernière question avec une réponse par texte libre proposait aux médecins de soumettre les améliorations pouvant être apportées à cet outil pour l'adapter à leur pratique. Elles sont illustrées en Figure 20.

- 10 médecins (21.28%) proposaient un élargissement de l'annuaire à d'autres spécialités et/ou hôpitaux : « *plus de spécialités proposées, quelques « trous » en neurologie, et certains hôpitaux sont moins bien représentés* », « *il manque des services et des hôpitaux* », « *problème avec la psychiatrie, peu de lignes d'avis sur l'application ne permettant pas de contacter la psychiatrie de votre secteur* »
- 9 médecins (19.15%) souhaitaient une actualisation des numéros : « *numéros qui ne répondent pas toujours ou mauvaise ligne, les mettre à jour scrupuleusement* », « *actualiser les numéros et mettre la date de mise à jour* », « *beaucoup de numéros sonnent dans le vide* »
- 4 médecins (8.51%) souhaitaient une meilleure disponibilité de leurs confrères : « *moins avoir l'impression de déranger quand on appelle* », « *plus de disponibilité, un des principaux problème est le temps entre l'appel et la consultation possible* »
- 2 médecins (4.26%) proposaient un élargissement des horaires : « *horaires plus larges* », « *horaires inadaptés à la médecine de ville (fermeture à 17h pour la plupart)* »

Vingt-deux médecins (46.81%) n'ont pas fait de commentaire.

Figure 20 – Améliorations proposées



PARTIE 4 : DISCUSSION

A. SYNTHÈSE DES RESULTATS

1) Habitudes des médecins généralistes concernant les demandes d'avis spécialisés et les hospitalisations

La première partie du questionnaire permettait d'obtenir une vue d'ensemble de la pratique des médecins généralistes interrogés, pour les demandes d'avis spécialisés et les hospitalisations de leurs patients.

- Moyens de communication

Les médecins généralistes disposent de plusieurs outils de communication pour échanger avec leurs confrères spécialistes. Le téléphone était le moyen de communication plébiscité par la majorité d'entre eux, suivi de l'email ; que le correspondant spécialiste concerné travaille en libéral ou à l'hôpital. On constate en revanche, que les messageries sécurisées étaient très peu utilisées.

- Demandes d'avis spécialisés

D'une manière générale, les praticiens avaient plutôt tendance à s'adresser à un confrère spécialiste libéral pour des raisons d'accessibilité et de disponibilité. L'âge des praticiens semblait avoir un impact dans le choix du spécialiste, les plus de 40 ans s'orientant plus souvent vers un confrère libéral. Ceux s'adressant plus souvent à un confrère hospitalier étaient globalement plus jeunes, et l'on note que ce choix se faisait sur les mêmes arguments d'accessibilité et de disponibilité, mais également du fait de l'absence de réseau ambulatoire constitué.

Le nombre de correspondants spécialistes privilégiés permettait de représenter le ressenti d'entourage des praticiens. Globalement, les médecins interrogés avaient plus de correspondants privilégiés en libéral qu'à l'hôpital. L'âge des médecins généralistes, ainsi que leur durée d'exercice dans le bassin de santé semblait jouer un rôle dans la constitution du réseau ambulatoire. Les jeunes praticiens (< de 40 ans) avaient généralement moins de correspondants libéraux que leurs aînés, de même que ceux exerçant depuis moins de 4 ans dans le bassin de santé.

La cardiologie était, de loin, la spécialité la plus souvent contactée pour les demandes d'avis par les médecins généralistes. Les autres spécialités fréquemment contactées étaient la dermatologie, l'hépatogastroentérologie et la rhumatologie.

- Hospitalisations

Les médecins généralistes adressaient majoritairement leurs patients directement dans le service souhaité après avoir contacté le spécialiste concerné. L'adressage du patient aux urgences après un appel téléphonique était également un moyen fréquemment utilisé par les praticiens. La question posée ne permettait pas de différencier l'hospitalisation en urgence d'une hospitalisation programmée.

2) Utilisation de l'annuaire téléphonique d'avis hospitalier

Un peu plus d'un tiers des médecins généralistes interrogés utilisaient l'annuaire téléphonique d'avis hospitalier. La grande majorité d'entre eux exerçaient à Paris ou en petite couronne (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne). Parmi les utilisateurs de cet annuaire, la moitié ont été informés de son existence par un confrère libéral.

- Modes d'utilisation

L'application mobile Direct APHP était le support utilisé par plus de la moitié des praticiens.

Cet outil était globalement utilisé par les généralistes depuis 1 à 3 ans. Les praticiens avaient plutôt une utilisation occasionnelle de l'annuaire (plusieurs fois par mois ou moins).

La maladie infectieuse était la spécialité de l'annuaire la plus souvent contactée par les praticiens. Les autres spécialités les plus fréquemment contactées étaient la gériatrie, l'endocrinologie et la cardiologie.

Pour un peu plus de deux tiers des utilisateurs, l'utilisation de ces numéros d'avis hospitaliers permettait d'organiser des hospitalisations directes et le délai proposé était pour la majorité, en accord avec leur demande et/ou la situation du patient.

- Satisfaction

D'une manière générale, le retour des praticiens concernant l'utilisation de cet outil est positif. Le temps d'attente passé au téléphone était jugé satisfaisant par la plupart des praticiens, et deux tiers d'entre eux considéraient que ce temps était compatible avec une consultation de

médecine générale. D'ailleurs, la majorité des médecins généralistes demandaient leurs avis pendant la consultation avec le patient.

L'ensemble des médecins interrogés estimaient que les avis donnés par leurs confrères étaient en accord et adaptés à leur pratique de ville.

Parmi les améliorations proposées par les praticiens pour adapter au mieux l'outil à leur pratique quotidienne, plusieurs suggéraient un élargissement des numéros à d'autres hôpitaux ainsi qu'à d'autres spécialités parfois peu représentées (comme la psychiatrie par exemple). Ils étaient également nombreux à demander l'actualisation des numéros proposés dans l'annuaire.

Depuis la mise en place de cet outil, les avis des praticiens étaient partagés sur l'amélioration de leurs relations avec l'hôpital. La moitié d'entre eux considéraient avoir de meilleures relations avec le monde hospitalier ; elle était inchangée pour les autres praticiens.

B. INTERPRETATIONS DES RESULTATS ET MISE EN LIEN AVEC LA LITTERATURE

1) Population étudiée

a) Une majorité de jeunes praticiens et de femmes

Notre population d'étude n'était pas tout à fait représentative de la population éligible (ensemble des médecins généralistes exerçant en Ile de France). Elle était essentiellement féminine (74%) et majoritairement représentée par les moins de 40 ans (84%). Le département le plus représenté était Paris, puis les Hauts-de-Seine ainsi que la Seine-Saint-Denis.

Selon l'Atlas de la démographie médicale, au 1^{er} janvier 2020, les femmes représentent 50.4% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière en France. L'âge moyen est estimé à 50.1 ans ; les plus de 40 ans ainsi que les plus de 60 ans représentent respectivement 24% et 26% de l'effectif (51) (Figure 21).

Le dernier Atlas de démographie médicale par région disponible date de 2015 (52). En Ile de France, les femmes représentaient 41% à 54% des médecins généralistes. L'âge moyen oscillait entre 52 et 54 ans, et les moins de 40 ans représentaient seulement 11% à 15% de l'effectif (Figure 22).

Figure 21 - Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2020 en France (51)

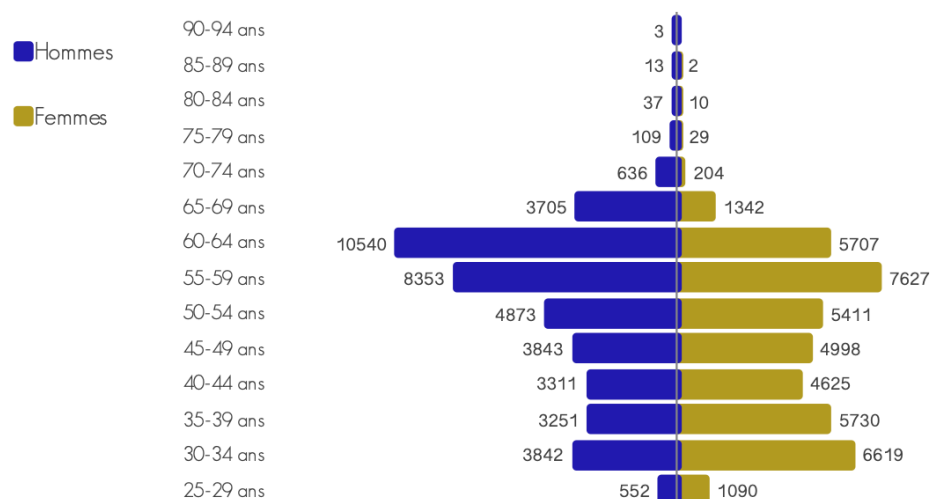


Figure 22 – Répartition des médecins généralistes par genre et par âge à l'échelle départementale (2015) (52)

| Département | Moyenne d'âge | % femmes | % <40 ans | % <=60 ans |
|-------------------|---------------|----------|-----------|------------|
| Essonne | 53 | 49% | 11% | 27% |
| Hauts de Seine | 53 | 54% | 13% | 28% |
| Seine et Marne | 53 | 41% | 11% | 27% |
| Seine Saint Denis | 53 | 45% | 13% | 30% |
| Val de Marne | 52 | 50% | 15% | 26% |
| Val d'Oise | 53 | 45% | 12% | 25% |
| Ville de Paris | 54 | 53% | 13% | 35% |
| Yvelines | 53 | 52% | 12% | 30% |

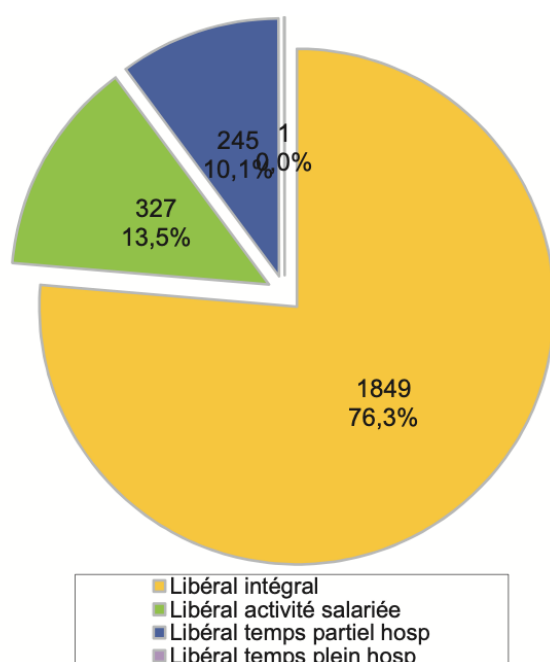
b) Modes d'exercice

- Activité libérale majoritaire

En France, au 1^{er} janvier 2020, la répartition des médecins généralistes selon leurs type d'activité était la suivante : 55.9% exerçaient en libéral, 37.4% avaient une activité salariée exclusive et 6.6% avaient une activité mixte (51).

Dans notre étude, une grande majorité des praticiens avaient un exercice libéral seul (73.6%), et 18.4% une activité mixte. Ces chiffres corroborent les données de l'assurance maladie sur la démographie médicale parisienne au 1^{er} janvier 2017 (53) (Figure 23).

Figure 23 – Répartition des médecins parisiens par type d'activité au 1^{er} janvier 2017 (53)

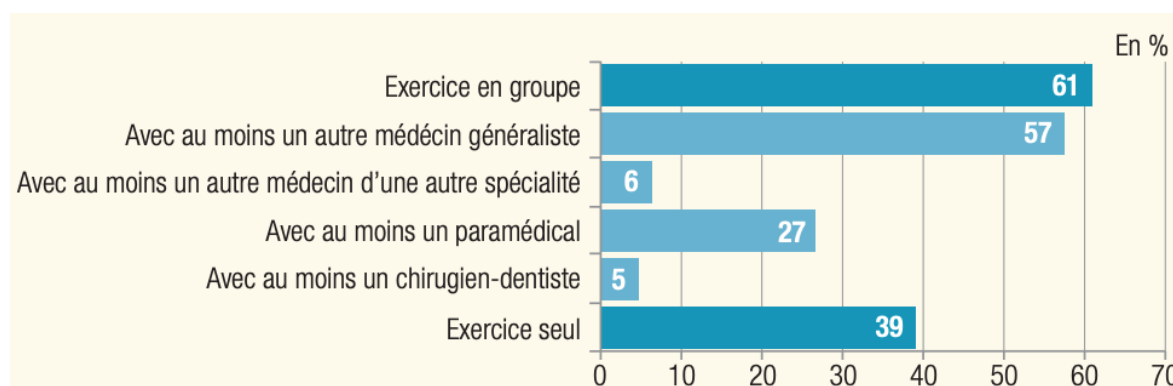


- Une dominance de l'exercice en groupe

Une majorité des praticiens de notre étude travaillaient dans une seule structure, et la plupart d'entre eux étaient installés avec d'autres professionnels de santé (84%), en cabinet médical de groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelles (respectivement 58% et 26%). L'exercice à plusieurs est un phénomène relativement récent. Il permet la mutualisation des dépenses et des investissements, des économies d'organisation. Cette pratique est plus fréquente chez les jeunes médecins (de moins de 45 ans) (54) ; cette tranche de la population était la plus représentée dans notre étude.

D'après une étude de la DREES auprès de 3300 praticiens (55), début 2019, 61% des médecins généralistes libéraux exerçaient en groupe (cabinet médical de groupe ou maison de santé pluriprofessionnelle) avec d'autres médecins ou des paramédicaux. L'exercice avec d'autres médecins généralistes était le plus fréquent ; et les infirmiers étaient la deuxième profession avec laquelle les médecins se regroupaient le plus souvent (Figure 24). C'est également ce que l'on retrouve dans notre travail.

Figure 24 - Répartition des médecins généralistes libéraux selon les professionnels avec lesquels ils exercent (55)



c) Formations annexes

Dans une étude de la DREES de 2007 menée auprès de 2000 médecins généralistes (56), 31 à 50% déclaraient avoir obtenu d'autres diplômes après leur thèse de médecine (capacité, diplôme d'université ou diplôme d'étude spécialisé) ; et 12% à 19% rapportaient la pratique d'un mode d'exercice particulier (MEP) de façon occasionnelle (homéopathie, mésothérapie, acupuncture et ostéopathie étant les plus fréquentes).

Cela étaye les résultats obtenus dans notre étude, où 40% des praticiens indiquaient avoir une compétence d'exercice ou un diplôme complémentaire. Notre questionnaire ne permettait pas de différencier les diplômes complémentaires des MEP.

- Spécialisation en gynécologie

La compétence la plus répandue était la gynécologie (15% de notre effectif, il s'agissait uniquement de femmes), dont 7 médecins (5.6%) ayant un DIU de gynécologie obstétrique ou de contraception. Ce taux est supérieur à celui retrouvé dans la littérature. Dans un travail de thèse mené en 2010 en Ile de France sur la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes (57), parmi les 155 médecins interrogés, seuls 3.2% avaient un DIU en gynécologie, il s'agissait également uniquement de femmes.

Avec l'évolution de l'offre de soins et de la difficultés à trouver des confrères spécialistes, une étude publiée en janvier 2020 (58) montrait que 3 médecins généralistes sur 10 déclaraient se « spécialiser » dans certains domaines de la médecine, principalement en gynécologie (39% d'entre eux).

- MSU sur représentés

Enfin, notre population comptait un grand nombre de MSU (37.6%) par rapport à la proportion sur le département. Ceci est expliqué par le fait que notre questionnaire ait été diffusé par la directrice de thèse auprès de ses confrères et collègues de la faculté. En Ile de France au 1^{er} janvier 2020, il y avait 1652 MSU pour 14 080 médecins généralistes en activité, soit 11.7% (59) (51).

2) Demande d'avis spécialisé

a) Ressenti d'entourage

Dans l'ensemble, les praticiens interrogés avaient plus de correspondants privilégiés libéraux qu'hospitaliers. Notre étude a pu mettre en évidence un impact de l'âge et de la durée d'exercice sur le nombre de correspondants libéraux ; les praticiens plus jeunes et installés depuis peu rencontrant plus de difficultés dans la constitution d'un réseau ambulatoire. Cette difficulté est également retrouvée dans le travail de P. Cohen, où les jeunes médecins installés du 13^{ème} arrondissement rapportaient des difficultés à se constituer un réseau professionnel (5).

Notre population d'étude avait globalement peu de contact privilégié avec les spécialistes hospitaliers. Nos résultats corroborent ceux de la littérature. Dans l'enquête menée en Ile de France en 2006 (14), 88% des médecins généralistes avaient moins de 10 interlocuteurs hospitaliers privilégiés. Ce chiffre est également retrouvé dans le travail de M. Delahaye en 2015 (9). Notre travail ne retrouvait d'impact de l'âge ou de la durée d'exercice sur le nombre de correspondant hospitalier.

b) Contact d'un confrère spécialiste : quels critères de choix ?

- Libéral ou hospitalier ?

Les médecins généralistes interrogés avaient plutôt tendance à s'adresser à un confrère spécialiste libéral (60%), principalement pour des raisons d'accessibilité et de la disponibilité. La préférence pour le libéral est également retrouvée dans la littérature.

L'étude de la DRESS en 2008, menée auprès de 2000 médecins généralistes (60), montrait que dans 80% des cas, la dernière fois que le généraliste avait orienté un patient vers l'un de ses confrères, le spécialiste consulté était de statut libéral. Le constat était le même dans l'étude de Sejourne et al (61), les praticiens s'orientaient majoritairement vers les spécialistes libéraux, évoquant une meilleure disponibilité ainsi qu'une plus grande stabilité du milieu ambulatoire. C'est un choix que l'on retrouve également dans la thèse de T. Van Den Bussche (62).

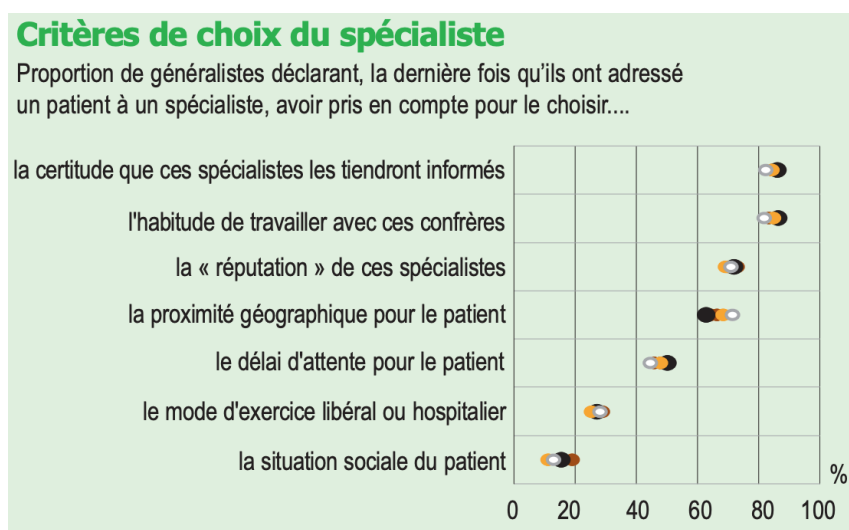
Notre travail a pu mettre en évidence un impact de l'âge des praticiens dans le choix du spécialiste, les praticiens plus jeunes s'adressant plus souvent à un confrère hospitalier, et leurs aînés à un confrère libéral. Cette donnée n'a pas été étudiée dans les articles précédemment cités.

L'orientation préférentielle vers un spécialiste hospitalier se faisait souvent, elle aussi, sur les mêmes arguments d'accessibilité et de disponibilité. Ceci suggère, qu'au-delà du choix ambulatoire ou hospitalier, les médecins généralistes favorisaient les spécialistes leur accordant du temps, et plus facilement joignables.

- Relation de confiance et connaissance des libéraux

L'étude de la DREES (60) montrait que le choix des médecins généraliste se faisait, avant tout, sur des critères relevant de la relation professionnelle entre les praticiens. En effet, 80% des médecins généralistes déclaraient adresser leurs patients à un spécialiste avec lequel ils avaient l'habitude de travailler et la certitude qu'ils les tiendraient informé (Figure 25).

Figure 25 – Critères de choix du spécialiste (60)



La notion de confiance envers son confrère est également retrouvée dans le travail de T. Van Den Bussche, elle faisait partie des critères primordiaux choisis par les médecins interrogés (62).

Dans notre étude, ces notions étaient également évoquées par les praticiens s'adressant principalement à un confrère libéral : « *parce qu'il y a un retour et une coopération* », « *possibilité d'échanger* », « *habitude d'adresser des patients à ce spécialiste* », « *relation de confiance* ».

L'étude qualitative de Sejourne et al. en 2010 cherchait à définir les modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes (61). Pour les médecins interrogés, la connaissance du correspondant (rencontre au cours de la formation universitaire, de la formation médicale continue, ou dont le nom circule de bouche à oreilles) était un critère important.

Ce critère était aussi retrouvé dans notre étude : « *bonne relation, on adresse souvent à un confrère que l'on connaît* », « *je les connais personnellement c'est plus facile* », « *je le connais, il a confiance dans mes avis* ».

- Proximité géographique peu prise en compte

Dans l'étude de la DRESS en 2008 (60), 65% des médecins généralistes tenaient compte de la proximité géographique pour leur patient dans le choix des spécialistes vers lesquels ils les adressaient.

Ce critère ne faisait pas partie des raisons principales évoquées par les praticiens de notre travail. De même, dans l'étude de Sejourne et al. , (61), pour la majorité des médecins interrogés, la notion de proximité géographique n'était pas un critère déterminant pour le choix du spécialiste correspondant (61). C'est également le cas dans le travail de T. Van Den Bussche (62).

- Impact de l'âge des médecins généraliste

Comme cité précédemment, notre étude retrouvait un impact de l'âge des médecins généralistes dans le choix du mode d'exercice du spécialiste contacté ; avec une proportion de jeunes praticiens majoritaires parmi ceux s'adressant à un interlocuteur hospitalier. Le deuxième argument de fréquence était l'absence de réseau ambulatoire. Nombre d'entre eux exerçaient en tant que remplaçants (un critère dépendant de l'âge, puisqu'en règle générale ce mode d'exercice est surtout retrouvé en début de carrière), et n'avaient donc pas de réseau ambulatoire constitué : *« je suis nouvelle remplaçante, mes contacts sont surtout hospitaliers », « j'utilise le réseau par lequel je suis passée en tant qu'interne », « remplaçante, je ne connais pas les spécialistes libéraux je passe par le DECT d'avis ».*

On ne retrouve pas de données similaires dans la littérature, car les études concernent essentiellement l'évaluation des critères utilisés par les médecins généralistes pour choisir leurs confrères indépendamment de leur mode d'exercice (62) Nous notons toutefois, que Sejourne et al. décrivaient dans leur travail (61), l'impact générationnel : les médecins généralistes déclaraient choisir des correspondants du même âge que le leur.

c) *Les spécialités contactées*

- « Top 4 » des médecins généralistes

Les spécialités les plus sollicitées par les médecins généralistes pour les demandes d'avis étaient la cardiologie, la dermatologie, la gastro-entérologie et la rhumatologie. Nos résultats corroborent ceux de l'étude de la DRESS en 2008 (60) où les spécialités les plus souvent contactées étaient la cardiologie (2 à 3 fois / 10), puis la gastro-entérologie et la rhumatologie (1 fois / 10).

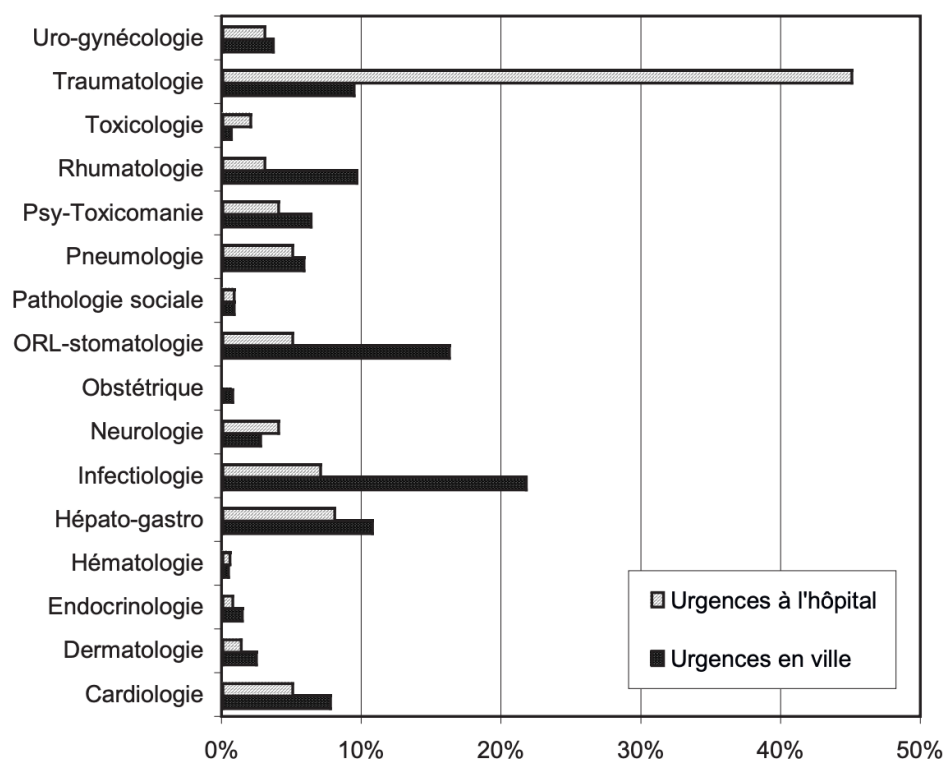
Dans la partie du questionnaire évaluant l'utilisation de l'annuaire téléphonique d'avis hospitalier, les médecins généralistes, lorsqu'ils étaient interrogés sur les spécialités qu'ils utilisaient le plus souvent grâce à cet outil, ne contactaient pas nécessairement les mêmes

spécialités. En effet, les spécialités les plus souvent utilisées grâce à cet outil étaient : les maladies infectieuses, la gériatrie, l'endocrinologie, et la cardiologie. Le questionnaire ne permettait pas aux médecins généralistes de préciser qu'elles en étaient les raisons.

- Modes de recours urgents en médecine générale

Ces spécialités les plus sollicités par les médecins généralistes peuvent être mises en lien avec les modes de recours urgents ou non programmés en médecine générale. En effet, une autre étude de la DREES en 2006, menée auprès de 1304 médecins généralistes exerçant en cabinet et 94 médecins pratiquant au sein d'une association d'urgentistes (SOS Médecins, Urgences Médicales de Paris) (63) étudiait les types de recours urgents ou non programmés en médecine générale. Ils représentaient 12% des consultations en médecine générale. Le diagnostic principal porté par les médecins concernait le plus souvent les maladies infectieuses (22% des cas) et l'ORL (16% des cas) pour les enfants et les jeunes adultes. Concernant la population plus âgée, les diagnostics principaux les plus fréquemment posés concernaient l'hépto-gastro-entérologie (11%), la rhumatologie (10%), la traumatologie (9%) et la cardiologie (8%) (Figure 26).

Figure 26 - Répartition des recours urgents ou non programmés, selon le diagnostic principal, en médecine de ville et à l'hôpital (63)(64)



- Du côté des spécialistes

Une étude de la DREES publiée en 2009 étudiait les mode de recours au spécialistes (65). Il s'avère que les dermatologues, les gastro-entérologues, les ORL et les pédiatres traitaient principalement les affections urgentes ou aiguës, qui représentaient 40% à 70% de leurs consultations. Les cardiologues, les rhumatologues et les psychiatres, eux, rencontraient plus souvent des patients souffrant d'affections chroniques (36% à 66% des consultations). Cette étude ne précisait pas si les patients étaient adressés par leur médecins généralistes ou s'ils consultaient de leur propre chef.

d) Moyens de communications utilisés

Dans le cadre des demandes d'avis pour leur patients, le téléphone était le moyen de communication plébiscité par les médecins généralistes pour communiquer avec leurs confrères spécialistes, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers.

Ces résultats viennent étayer plusieurs travaux de thèse réalisés dans le cadre de la communication entre les médecins généralistes et les spécialistes hospitaliers (7–10).

En ce qui concerne la communication entre les médecins généralistes et les spécialistes libéraux, les travaux réalisés étudiaient précisément les modes d'adressage des patients, et non les demandes d'avis. Le mode de communication privilégié était dans ce cas le courrier (66,67).

Malgré la mise en place de l'Espace de Confiance MSSanté, les messageries sécurisées de santé étaient très peu utilisées par praticiens de notre étude, que ce soit pour communiquer avec les spécialistes libéraux ou hospitaliers (respectivement 6% et 8% des généralistes interrogés).

Dans une étude publiée en janvier 2020 (68), la DREES constatait que pour les échanges avec des confrères à propos de patients, seuls 8% des médecins généralistes interrogés utilisaient une messagerie, qui n'était en réalité pas sécurisée (opérateurs de messagerie non intégrés dans le système MSSanté, ou messageries personnelles courantes).

C. ANNUAIRE TELEPHONIQUE D'AVIS HOSPITALIER : IMPACT SUR LA COMMUNICATION DE LA VILLE VERS L'HOPITAL

Un premier constat concernant l'annuaire d'avis hospitalier : un faible pourcentage de notre effectif en connaissait l'existence (46.4%), et seuls 36.7% en faisaient usage. Les observations et conclusions faites grâce à cette partie du questionnaire doivent donc être interprétées avec recul et prudence.

C'était une volonté de notre part d'envoyer le questionnaire aux médecins généralistes d'Ile de France sans présager de leur connaissance ou de leur utilisation de l'annuaire (application Direct APHP®), une de nos attentes étant de pouvoir évaluer le nombre de médecins généralistes informés de cet outil.

Du fait des résultats assez éloquentes de l'enquête Médecins Partenaires (50), (80% des 770 médecins interrogés attendaient de pouvoir échanger directement pour des avis avec les spécialistes hospitaliers), nous nous attendions à ce que cet outil soit connu et utilisé par plus de praticiens. La question de la communication faite par l'APHP sur l'annuaire, auprès des médecins généralistes, est donc légitime. D'autant plus que, les praticiens interrogés dans notre étude, avaient eu majoritairement connaissance de l'outil par l'intermédiaire d'un confrère libéral. Nous avons contacté le programme Médecins Partenaire pendant l'étude afin d'obtenir des précisions sur la communication qui avait été faite autour de cet outil, mais nous n'avons pas obtenu de réponse.

1) Éléments de réponse aux problématiques soulevées

La mise en place de l'application Direct APHP® a permis de répondre à certaines problématiques de communication de la Ville vers l'Hôpital soulevées par les médecins généralistes d'Ile de France.

a) Accès téléphonique facilité

Nous avons vu précédemment que la difficulté d'accès téléphonique était soulevée dans de nombreuses études (5,6,9).

Lors de l'enquête Médecins Partenaires en 2016 (50), seuls 30% des médecins généralistes déclaraient pouvoir échanger directement avec un médecin sénior par téléphone, leurs commentaires étaient plutôt éloquentes quant à la difficulté que cela représentait : « *joindre un*

médecin hospitalier par téléphone est un parcours du combattant », « nos interlocuteurs spécialisés sont souvent injoignables, avec des attentes interminables, des impasses, des répétitions d'un service à l'autre... ».

L'outil mis en place répond à cette attente, grâce aux lignes de numéros directes permettant d'éviter le passage par un secrétariat. Ils étaient globalement satisfaits du temps d'attente passé au téléphone et deux tiers d'entre eux considéraient que ce temps était compatible avec une consultation. Notons toutefois, que la notion de disponibilité était parfois remise en cause par quelques praticiens dans leurs commentaires lorsqu'ils étaient interrogés sur les améliorations à envisager : *« que les confrères répondent », « moins avoir l'impression de déranger quand on appelle ».*

b) Programmation d'hospitalisations

Les freins à l'hospitalisation directe ont été évoqués dans plusieurs travaux de thèses et enquête (11–13).

De même, dans les résultats de l'enquête Médecin Partenaires de 2016 (50), seulement 18% des praticiens franciliens jugeaient la possibilité de faire admettre un patient dans un service comme possible. A défaut d'une admission directe, ils étaient nombreux à adresser leurs patients vers les urgences : *« la voie des urgences est pratiquement le seul accès rapide à l'hôpital ».*

Parmi les médecins interrogés dans notre étude, deux tiers déclaraient pouvoir organiser des hospitalisations directes pour leurs patients grâce à l'outil mis en place. Les médecins n'étaient pas interrogés sur les services avec lesquels ils avaient le plus l'habitude de travailler et vers lesquels ils adressaient le plus souvent leurs patients.

2) Des améliorations attendues

La mise en place de l'annuaire a donc répondu à certaines attentes des médecins généralistes, mais cet outil reste perfectible. Plusieurs points ont été soulevés par les praticiens concernant des améliorations à envisager.

a) Actualisation des numéros

Dans l'enquête Médecins Partenaires (50) de nombreux généralistes dénonçaient la présence de numéros erronés ou non précisés sur le site internet de l'APHP : *« la première chose à faire serait de remettre à jour les numéros de téléphone du site APHP qui sont parfois faux ».*

Malheureusement, c'est également un reproche qui est fait aujourd'hui à l'application Direct APHP® mise en place depuis cette enquête. Parmi les médecins interrogés dans notre étude, près de 20% en faisaient le retour. L'application mobile, par principe, est un outil modulable, permettant des mises à jour régulières. Nous avons contacté le programme Médecins Partenaires, dans l'objectif de leur faire part de ces remarques, ce qui permettrait d'améliorer l'outil mis en place. Nous n'avons pas encore reçu de réponse lors de la rédaction de ce travail.

b) Identifications des correspondants : sortir de l'anonymat

N. Lemaire, dans sa thèse (6) avait soulevé la problématique de l'anonymat des interlocuteurs hospitaliers comme frein à la communication. Quelques médecins généralistes avaient suggéré dans leurs commentaires de l'enquête Médecin Partenaire (50), la possibilité d'identifier les correspondants hospitaliers par une photo, ou un nom et un prénom, plutôt que par une spécialité seule.

C'est un retour qui a également été fait dans notre étude sur l'outil mis en place : « *avoir la présentation du confrère lorsqu'on appelle plutôt que le nom de la spécialité* ».

Cette fonctionnalité n'est pas disponible sur l'outil mis en place et semble difficile à appliquer. Il existe un numéro dédié par spécialité et par hôpital, et l'on suppose que le médecin hospitalier contacté n'est pas toujours le même au cours de la semaine. En revanche, un travail est peut-être à faire du côté des spécialistes hospitaliers responsables du téléphone d'avis, avec une habitude à prendre de se présenter par leur nom lorsqu'ils sont contactés par les praticiens de ville.

c) Élargissement à d'autres spécialités

Dans certains retours faits par les médecins généralistes, plusieurs évoquaient la possibilité d'étendre l'annuaire à d'autres spécialités qui n'étaient pas toujours très représentées

- Difficultés d'accès aux secteurs psychiatriques

C'était notamment le cas de la psychiatrie : « *problème avec la psychiatrie, peu de lignes d'avis sur l'application ne permettant pas de contacter le psychiatre de votre secteur* ». Or, les troubles mentaux et la maladie mentale constituent un motif fréquent de consultation de recours aux généralistes (69). Dans une étude de la DREES en 2008 (60), l'existence d'une sectorisation en psychiatrie était bien connue des généralistes puisque 90% d'entre eux avaient des patients

suivis dans ce cadre. En revanche seuls 40% des praticiens déclaraient pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin.

Une autre généraliste notifiait également l'absence de certains services de neurologie. Il n'y avait pas de précision supplémentaire à propos des autres spécialités.

3) Des pistes non explorées

Les spécialités les plus utilisées par les praticiens dans l'annuaire ne correspondaient pas à celles citées comme étant les plus contactées de manières générales pour les demandes d'avis. La maladie infectieuse, première spécialité citée correspondait à l'un des modes de recours urgent ou non programmé fréquent en cabinet de ville (ces pathologies infectieuses ne nécessitant pas nécessairement l'avis d'un spécialiste). Ce n'était pas le cas des autres spécialités. Les praticiens n'étaient pas interrogés sur le motif de la demande d'avis associée à la spécialité choisie : demande d'avis urgent, doute sur hospitalisation nécessaire au décours, demande de suivi, nécessité d'une expertise ou d'un geste technique requérant le plateau technique de l'hôpital.

Les généralistes n'étaient pas non plus interrogés sur les hôpitaux avec lesquels ils avaient l'habitude de travailler, notamment pour les demandes d'hospitalisation.

Ces pistes à explorer pourraient faire l'objet d'un autre travail pour évaluer plus en détails l'utilisation de l'application et le tissage de liens ville-hôpital avec certains services particuliers.

D. PERSPECTIVES

L'annuaire téléphonique d'avis hospitalier répond à certaines problématiques de communication de la Ville vers l'Hôpital.

En revanche, il ne permet pas de résoudre les difficultés rencontrées de communication de l'Hôpital vers la Ville ; et il ne répond pas à toutes les problématiques soulevées par l'enquête Médecins Partenaires (50). Les médecins généralistes d'Ile de France y évoquaient le souhait de pouvoir recevoir un compte rendu synthétique dès la sortie du patient en privilégiant un envoi dématérialisé. Ils estimaient également que les délais de premier rendez-vous en consultation avec leurs confrères spécialistes hospitaliers étaient trop importants.

Dans le même temps que le développement de l'application Direct APHP®, d'autres engagements avaient été pris par le programme Médecins Partenaire :

- Assurer la diffusion en moins de 48 heures de la lettre de sortie au médecin traitant par messagerie sécurisée (grâce à la généralisation de la messagerie sécurisée auprès des professionnels de l'APHP)
- Permettre aux médecins généralistes de prendre rendez-vous en ligne, en consultation avec un spécialiste hospitalier, pour le compte de leurs patients, grâce à la plateforme Doctolib® (avec l'objectif à terme, de pouvoir mettre en place des créneaux dédiés dans certains services, permettant des rendez-vous en urgence).

L'évaluation de ces engagements auprès des médecins généralistes, pourra aussi faire l'objet d'un autre travail de thèse.

E. VALIDITE DE L'ETUDE

1) Forces de l'étude

Ce travail de recherche permet l'évaluation à 4 ans de sa mise en place, d'un outil de communication qui n'avait pas été exploré jusqu'alors.

L'utilisation d'un questionnaire comprenant plusieurs questions fermées permettait d'en faire une analyse précise et objective. La présence de questions ouvertes permettait de donner la parole aux médecins généralistes, notamment concernant les améliorations attendues. Ces attentes n'auraient été évoqués de la même manière dans des questions catégorielles.

Une des forces de notre étude résidait dans l'utilisation de plusieurs canaux de diffusion du questionnaire permettant de limiter le biais de sélection lié à sa diffusion sur les réseaux sociaux. Une partie de notre effectif a en effet été recrutée par appel téléphonique après une randomisation des cabinets de médecins généraliste d'Ile de France.

La structure du questionnaire adressé aux praticiens permettait de s'assurer de l'absence de donnée manquante du fait d'un envoi bloqué lorsque celui-ci n'était pas complet.

L'objectif secondaire de notre travail était d'évaluer les habitudes des médecins généralistes pour les demandes d'avis spécialisés et les hospitalisations. Les résultats retrouvés dans notre étude corroboraient ceux de la littérature, contribuant à la validité externe de notre travail.

2) Faiblesses de l'étude

La population étudiée dans ce travail n'était pas représentative de la population éligible, les médecins étaient plus jeunes et représentés par une majorité de femmes en comparaison à la population des médecins généralistes d'Ile de France.

L'une des principales limitations de cette étude concerne l'effectif faible de médecins ayant pu répondre à la partie du questionnaire sur l'utilisation de l'annuaire d'avis hospitalier (N = 47). Ceci entraîne un manque de puissance dans les résultats observés, et l'interprétation et la pertinence des tests statistiques réalisés sur cet effectif sont limités (notamment l'établissement du profil des médecins utilisant l'annuaire).

Ce faible effectif s'explique par des difficultés rencontrées lors du recrutement, notamment au cours des appels passés dans les cabinets médicaux. Les médecins généralistes sont extrêmement sollicités dans leur vie professionnelle, et nombreux sont ceux qui n'ont pas

souhaité répondre au questionnaire, par manque de temps. De plus, la majorité des cabinets médicaux disposant d'un secrétariat, celui-ci était souvent un frein à la diffusion de notre questionnaire auprès des médecins concernés.

Une autre limitation réside dans le choix de diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux. Ce choix constitue un biais de sélection et ne permettait pas l'accès au questionnaire aux médecins généralistes n'ayant pas de compte Facebook® ou Twitter®. D'autant que, plus de la moitié de notre effectif avait eu accès au questionnaire par ce canal de communication. Ceci peut expliquer la sur représentation des jeunes praticiens dans notre population.

Le mode de recueil de données par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire peut être à l'origine d'un biais d'information. En effet il y a un risque non négligeable d'erreur liée au remplissage, ou d'informations manquantes ; que nous avons limité par la présence de questions obligatoires empêchant l'envoi d'un formulaire incomplet. De plus, notre questionnaire était principalement constitué de questions fermées, pouvant contribuer à l'orientation possible des réponses des participants. C'est pourquoi nous avons fait le choix d'ajouter des questions ouvertes permettant des commentaires libres. Il existe également un biais de déclaration dans les questions ouvertes ; l'anonymisation des formulaires permettant de le limiter.

Les données qualitatives dans notre travail sont des commentaires faits par les médecins généralistes en compléments des réponses aux questions fermées. Il n'y a pas eu de codage formel de ces données pour l'interprétation de ces réponses.

Enfin, les tests statistiques réalisés dans notre travail ont été faits sans correction de Bonferroni. L'interprétation des associations présentées doit donc rester prudente et mesurée.

PARTIE 5 : CONCLUSION

Les interactions entre les médecins généralistes et spécialistes hospitaliers déterminent de manière significative la qualité de la coordination entre les soins primaires et les soins spécialisés. La perturbation de cette coordination nuit à l'efficacité du système de santé, à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

D'une manière générale, les médecins généralistes s'adressent plus souvent à un confrère spécialiste libéral qu'hospitalier pour les demandes d'avis ; et les spécialités les plus souvent contactées sont en lien avec les motifs de recours urgents ou non programmés en médecine générale. Notre étude a mis en évidence l'impact de l'âge des praticiens généralistes dans le choix de leur interlocuteur. Cette donnée n'avait pas été décrite dans la littérature.

L'annuaire téléphonique d'avis hospitalier répond à la problématique de la communication de la Ville vers l'Hôpital. Notre travail permet de faire un retour plutôt positif sur cet outil, même s'il concerne un faible effectif de praticiens. De fait, compte tenu du peu de praticiens informés de son existence, la communication faite autour de cet outil semble insuffisante.

Les technologies doivent apporter des solutions à des problèmes clairement explicités, après une analyse rigoureuse des demandes des différents acteurs ainsi qu'une prise en compte exhaustive des contraintes qui pèsent sur les acteurs et leurs activités. Cette thèse a donné la parole aux médecins généralistes concernant l'utilisation d'un annuaire mis en place pour répondre à leurs attentes. Cet outil est perfectible et ce travail aura permis de soulever les points d'améliorations attendus par les praticiens de ville. L'actualisation des numéros des lignes téléphoniques nous semble être une priorité à la pérennisation de ce projet et au maintien d'une communication établie entre la Ville et l'Hôpital. Il serait intéressant de pouvoir également donner la parole aux praticiens hospitaliers spécialistes pour évaluer la communication faite par le programme Médecins Partenaires auprès d'eux, ainsi que l'impact de la mise en place de cet outil dans leur pratique.

De nouvelles dimensions vont certainement modifier encore les technologies disponibles pour améliorer les échanges de données entre professionnels de santé. Mais nous devons garder à l'esprit que ces outils ne modifieront pas les relations humaines, ni les relations professionnelles. Fournir une solution recevable impliquera toujours de modeler les technologies disponibles aux besoins et contraintes de leurs futurs utilisateurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Article L.4130 - Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031928438/2016-01-28>
2. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Code de la sécurité sociale. Art L.162-5-3. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158>
3. Vernay M, Bonaldi C, Grémy I. Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. *Santé Publique (Bucur)* 2015;S1(HS):189-97.
4. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Dossiers législatifs. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038124322>
5. Cohen P. Besoins des médecins généralistes libéraux du 13ème arrondissement de Paris concernant l'offre de soins et la coopération professionnelle. [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Paris Descartes. Université Paris Descartes. 2016.
6. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Paris Descartes. Université Paris Descartes. 2016.
7. Hubert G. La circulation de l'information médicale, évaluation du lien complexe ville-hôpital [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine de Bobigny. Université Paris 13. 2006.
8. Ortega N. Audit de pratique sur la communication entre l'hôpital de Vienne et les médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Lyon Est. Université Claude Bernard Lyon 1. 2017.
9. Delahaye M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation médecine de ville-hôpital. [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie. Université Pierre et Marie Curie, Paris 6. 2015.
10. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III Paul Sabatier. 2014.
11. Gloriot S. Communication ville-hôpital : attentes des médecins généralistes du secteur du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien. [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine de Nancy. Université de Lorraine. 2017.
12. Le Gall A. La programmation des hospitalisations par les médecins généralistes dans les services de médecine : état des lieux, enjeux, limites et propositions, enquête sur la région mâconnaise. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Dijon. Université de Bourgogne. 2006.
13. Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste, évaluation de l'organisation de quatre spécialités par l'utilisation de cas simulés. *Presse Médicale* 2008;34(12):847-50.

14. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale* 2009;38(10):1404-9.
15. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Santé Publique (Bucur)* 2015;Vol. 27(5):701-11.
16. Article 4 - Secret professionnel. Code de Déontologie Médicale. Ordre National des Médecins. Article R.4127-4 du Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-4-secret-professionnel>
17. Article 45 - Dossier professionnel ou fiche d'observation, tenu par le médecin. Code de Déontologie Médicale. Ordre National des Médecins. Article R.4127-45 du Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-45-dossier-professionnel-fiche-dobservation-tenu>
18. Article 64 - Exercice collégial. Code de Déontologie Médicale. Ordre National des Médecins. Article R.4127-64 du Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/rapport-medecins-membres-professions-sante-art-56-68-1/article-64-exercice>
19. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Code de la santé publique, Article L.110-1. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015>
20. Article L.1110-4 - Code de la santé publique. Modifié par la LOI n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036515027/2018-01-19>
21. Article L.1110-12 - Code de la santé publique. Créé par la LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 96(V). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031919050/2016-01-28>
22. Article R.4127-72 - Code de la santé publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912944/2016-10-12
23. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. Cours des Comptes. Rapport public annuel. 2013.
24. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Art. L 4130.1 du Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>
25. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641>

26. Article 63 - Information entre médecins en cas d'hospitalisation du patient. Code de Déontologie Médicale. Ordre National des Médecins. Article R.4127 du Code de la santé publique. Disponible sur :
<https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/rapport-medecins-membres-professions-sante-art-56-68-1/article-63-information>
27. Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la santé publique. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000412528>
28. Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h. Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins en sortie d'hospitalisation. 2014. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h
29. Lettre de liaison entre l'hôpital et le médecin traitant, constats. 2015. Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_27.pdf
30. Assemblée nationale. Projet de loi de modernisation de notre système de santé. 2015. Disponible sur :
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp>
31. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. J.O. du 22 juillet 2016. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922482>
32. Bez N, Caron J, Causse J-R, Crespy O, Enrione-Thorrand J-P. Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes, Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. 2010.
33. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297(8):831-41.
34. CNIL. Données de santé, messagerie électronique et fax. 2015. Disponible sur :
<https://www.cnil.fr/fr/donnees-de-sante-messagerie-electronique-et-fax>
35. Article n°37, Chapitre V : Obligations incombant aux responsables de traitements et droits des personnes. Loi Informatique et Libertés. CNIL. Disponible sur:
<https://www.cnil.fr/fr/la-loi-informatique-et-libertes#article37>
36. Informatiser mon exercice. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur :
<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/informatiser-exercice>
37. Claire C. Prescription et messageries informatisées en médecine libérale : à propos d'une enquête auprès de 2397 médecins français. [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine de Strasbourg. Université de Strasbourg. 2008.
38. Dormard C, Clavero J. La continuité des soins en ville après une hospitalisation, URML Ile de France. 2006.

39. Messageries sécurisées de santé, Agence Française du Numérique en Santé. 2019. Disponible sur : https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/mssante.pdf
40. Cuyot JC. Difficulté de communication et hôpital. Communication et organisation. *Rev Sociol-Santé* 1994;(HS n°1).
41. O’Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Baker DW. Outpatient physicians’ satisfaction with discharge summaries and perceived need for an electronic discharge summary. *J Hosp Med* 2006;1(5):317-20.
42. Coleman EA, Chugh A, Williams MV, Grigsby J, Glasheen JJ, McKenzie M, et al. Understanding and execution of discharge instructions. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual* 2013;28(5):383-91.
43. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique (Bucur)* 2014;Vol. 26(2):189-97.
44. Van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of Discharge Summary Availability During Post-discharge Visits on Hospital Readmission. *J Gen Intern Med* 2002;17(3):186-92.
45. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical Errors Related to Discontinuity of Care from an Inpatient to an Outpatient Setting. *J Gen Intern Med* 2003;18(8):646-51.
46. Amalberti R. La sortie de l’hôpital, phase de transition à très haut risque. *Le Concours Médical* 2012;134(8):651-3.
47. Augy T. Parcours complet d’une hospitalisation d’un patient gériatrique poly-pathologique : enquête épidémiologique et descriptive sur le point de vue des médecins généralistes. [Thèse d’exercice]. Faculté de Médecine Paris Descartes. Université Paris Descartes. 2013.
48. Roy CL, Poon EG, Karson AS, Ladak-Merchant Z, Johnson RE, Maviglia SM, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Ann Intern Med* 2005;143(2):121-8.
49. Arora VM, Prochaska ML, Farnan JM, D’Arcy MJ, Schwanz KJ, Vinci LM, et al. Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors: a mixed methods study. *J Hosp Med* 2010;5(7):385-91.
50. Synthèse des résultats du questionnaire adressé aux médecins de ville : « l’APHP s’engage, devenons partenaires ». Enquête Médecins Partenaires. 2016.
51. Bouet P, Gerard-Varet JF. Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2020. Conseil National de l’Ordre des Médecins (CNOM).
52. Le Breton-Lerouillois G, Rault JF, Francione R, Bissonnier C, Boetsch D. Atlas de la démographie médicale en région Ile de France, situation en 2015. Conseil National de l’Ordre des Médecins (CNOM).2015.

53. Démographie médicale parisienne au 1er janvier 2017. Assurance Maladie (Erasmus). Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/cpam-paris_demographie_2017.pdf
54. Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. Direction de la Recherche des études de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS). *Etudes et Résultats* 2004;(314).
55. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Direction de la Recherche des études de l'Evaluation et des Etudes Statistiques (DREES). *Etudes et Résultats* 2019;(1114).
56. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Direction de la Recherche des études de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS). *Etudes Résultats* 2007;(610).
57. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France. [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine. Université Paris Diderot Paris 7. 2010.
58. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Direction de la Recherche des études de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS). *Etudes et Résultats* 2020;(1140).
59. Listes des praticiens d'Ile de France agréés pour la formation des internes de médecine générale au titre de l'année universitaire 2020-2021. Agence Régionale de Santé (ARS). Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-08>
60. Bournot MC, Goupil MC, Truffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Direction de la Recherche des études de l'Evaluation et des Etudes Statistiques (DREES). *Etudes et Résultats* 2008;(649).
61. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Prat Organ Soins* 2010;Vol. 41(4):331-9.
62. Van Den Bussche T. Les critères qu'utilisent les médecins généraliste pour choisir leurs confrères spécialistes, enquête quantitative. [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Lyon Est. Université Claude Bernard Lyon 1. 2015.
63. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats. Direction de la Recherche des études de l'Evaluation et des Etudes Statistiques (DREES). *Etudes et Résultats* 2006;(471).
64. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Direction de la Recherche des études de l'Evaluation et des Etudes Statistiques (DREES). *Etudes et Résultats* 2003;(215).
65. Gouyon M. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale. Direction de la Recherche des études de l'Evaluation et des Etudes Statistiques (DREES). *Etudes et Résultats* 2009;(704):8.

66. Dumont T. Etude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve la Garenne : analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé lors de l'adressage d'un patient. [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Paris Diderot. Université Paris Diderot Paris 7. 2016.
67. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine de Bobigny. Université Paris Nord. 2012.
68. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L. E-santé, les principaux outils numériques sont utilisés par 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans. Direction de la Recherche des études de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS). *Etudes et Résultats* 2020;(1139).
69. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Direction de la Recherche des études de l'Evaluation et des Etudes Statistiques (DREES). *Etudes et Résultats* 2004;(315):12.

ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire

Habitudes des médecins généralistes d>IDF pour les demandes d'avis et hospitalisations ; évaluation de leur avis sur l'utilisation d'un annuaire téléphonique

Voir Modifier Formulaire Résultats Partager

En remplissant ce questionnaire anonyme, vous acceptez que vos réponses soient utilisées pour un travail de recherche.

Partie 1 - Les demandes d'avis spécialisés et les hospitalisations : évaluation de vos habitudes concernant les demandes d'avis spécialisés et les hospitalisations pour vos patients : 1 / 3

1 - Dans votre pratique quotidienne, quelles sont les 4 spécialités médicales que vous contactez le plus souvent pour un avis ? (4 réponses possibles) *

- Addictologie
- Allergologie
- Biologie médicale
- Cardiologie
- Chirurgie plastique
- Chirurgie viscérale et digestive
- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Dermatologie
- Endocrinologie-Diabétologie et nutrition
- Génétique
- Gériatrie
- Gynécologie-Obstétrique
- Hématologie
- Hépto-Gastro-Entérologie

- Médecine et santé au travail
- Maladies infectieuses et tropicales
- Médecine d'urgence
- Médecine du sport
- Médecine légale et expertise médicales
- Médecine interne et immunologie
- Médecine Physique et Réadaptation (MPR)
- Néphrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Oncologie
- Ophtalmologie
- ORL
- Orthopédie-Traumatologie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Pédiatrie
- Radiologie et imagerie médicale
- Rhumatologie
- Réanimation
- Santé publique
- Soins palliatifs
- Urologie

2 - Lorsque vous avez besoin de l'avis d'un confrère spécialiste, vous faites le plus souvent appel à : (une seule réponse possible) *

- Un confrère spécialiste libéral
- Un confrère spécialiste hospitalier

2 bis - Pour quelle(s) raison(s) ? (précisez)

Champ libre

3 - Avez-vous des correspondants libéraux privilégiés ? (une seule réponse possible) *

- Aucun
- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

4 - Quel(s) moyen(s) de communication utilisez-vous le plus souvent, pour obtenir un avis auprès de vos confrères spécialistes libéraux (en dehors des courriers d'adressage) ? (plusieurs réponses possibles) *

- Téléphone
- Télécopie (fax)
- Messagerie sécurisée (type Apycript)
- Email
- Courrier papier
- Autre

5 - Avez-vous des correspondants hospitaliers privilégiés ? (une seule réponse possible) *

- Aucun
- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

6 - Quel(s) moyen(s) de communication utilisez-vous le plus souvent, pour obtenir un avis auprès de vos confrères spécialistes hospitaliers (en dehors des courriers d'adressage) ? (plusieurs réponses possibles) *

- Téléphone
- Télécopie (fax)
- Messagerie sécurisée (type Apycript)
- Email
- Courrier papier
- Autre

7 - Comment procédez-vous lorsque vous avez besoin de faire hospitaliser un patient ? (plusieurs réponses possibles) *

- Hospitalisé directement dans un service après contact avec un confrère hospitalier (avec ou sans courrier d'adressage)
- Adressé aux urgences après un appel à l'accueil des urgences (avec ou sans courrier d'adressage)
- Adressé aux urgences sans appel (avec ou sans courrier d'adressage)
- Autre

8 - Saviez-vous que des numéros de téléphone dédiés aux avis spécialisés étaient disponibles pour les praticiens de ville afin de communiquer directement avec un confrère hospitalier (programme "Médecins Partenaires") ? (une seule réponse possible) *

- Oui
- Oui, mais je ne les utilise pas
- Non

Si réponse " oui, mais je ne les utilise pas " ou " non " à cette question, vous n'aurez pas accès à la partie 2 du questionnaire et accéderez directement à la partie 3

Partie 2 - Utilisation de l'annuaire téléphonique d'avis hospitalier : elle recueille votre opinion sur l'outil mis à votre disposition par le programme "Médecins Partenaires" concernant les avis spécialisés et les hospitalisations directes : 2 / 3

1 - Comment avez-vous eu connaissance de cet annuaire téléphonique ? (plusieurs réponses possibles) *

- En participant à l'enquête "Médecins Partenaires" en 2016
- Par un confrère médecin libéral
- Par un confrère médecin hospitalier
- Par mon/mes étudiant(s) en médecine en stage dans mon cabinet (externes, internes)
- Par des soignants sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter...)
- Par la communication de l'AP-HP sur cet outil (compte Twitter, compte Facebook, page internet de l'AP-HP)
- Autre

2 - Quel support utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles) *

- L'application mobile "Direct AP-HP"
- Le fichier numérique reçu par mail
- Autre

3 - Depuis combien de temps utilisez-vous cet outil ? (une seule réponse possible) *

- Depuis sa création, ou presque, fin 2016 (depuis 3 ans et plus)
- Entre 1 et 3 ans
- Moins d'un an

4 - A quelle fréquence, en moyenne, avez-vous recours à cet outil ? (une seule réponse possible) *

- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par mois
- Une fois par mois ou moins

5 - Lorsque vous contactez un médecin via la ligne directe, êtes-vous satisfait du temps d'attente passé au téléphone ? (une seule réponse possible) *

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

6 - Est-ce que ce temps d'attente est compatible avec une consultation de médecine générale (= réponse à la question obtenue avant le départ du patient du cabinet) ? (une seule réponse possible) *

- Oui tout fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

7 - Quelles sont les 4 spécialités auxquelles vous faites le plus souvent appel lorsque vous utilisez cet outil ? (4 réponses possibles) *

- Addictologie
- Cardiologie
- Chirurgie viscérale et digestive
- Dermatologie
- Endocrinologie-Diabétologie
- Gériatrie
- Gynécologie-Obstétrique
- Hospitalisation à Domicile (HAD)
- Hématologie
- Hépatogastro-entérologie
- Imagerie

- Immunologie
- Maladies infectieuses
- Médecine du sport
- Médecine interne
- Médecine Physique et Réadaptation (MPR)
- Néphrologie
- Neurologie
- Oncologie
- Ophtalmologie
- ORL
- Orthopédie-Traumatologie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Pédiatrie
- Rhumatologie
- Réanimation
- Soins palliatifs
- Urgences
- Urologie
- SOS Aorte
- SOS Bronche
- SOS Embolie pulmonaire
- SOS Hémorragie digestive
- SOS Main
- SOS Pneumothorax

- SOS Rachis
- SOS Rein
- Urgence AVC

8 - Lorsque vous demandez un avis spécialisé, vous le faites plutôt : (une seule réponse possible) *

- Avec le patient pendant la consultation
- Après la consultation

9 - En règle générale, est ce que les avis donnés pour vos patients sont adaptés à la médecine de ville ? (une seule réponse possible) *

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

10 - Est ce que l'utilisation de ces numéros vous permet, lorsque cela est nécessaire, de pouvoir organiser l'hospitalisation directe de vos patients ? (une seule réponse possible) *

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

11 - Est ce que le délai d'attente proposé pour une hospitalisation est, en général, en accord avec votre demande/la situation du patient ? (une seule réponse possible) *

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

12 - Depuis la mise en place de cet outil, comment trouvez-vous votre relation avec l'hôpital ? (une seule réponse possible) *

- Bien meilleure
- Plutôt meilleure
- Inchangée
- Plutôt pire
- Vraiment pire

13 - Selon vous, quelle(s) amélioration(s) pourrai(en)t être apportée(s) pour adapter cet outil à votre pratique ? (précisez)

Champ libre

Partie 3 - A propos de vous : recueil des informations vous concernant : 3 / 3

1 - A quel genre répondez-vous ? (une seule réponse possible) *

- Féminin
- Masculin
- Autre

2 - Quel âge avez-vous ? (une seule réponse possible) *

- 39 ans et moins
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- 60 ans et plus

3 - Dans quel(s) département(s) exercez-vous ? (plusieurs réponses possibles) *

- Paris (75)
- Seine-et-Marne (77)
- Yvelines (78)
- Essonne (91)
- Hauts-de-Seine (92)
- Seine-Saint-Denis (93)
- Val-de-Marne (94)
- Val-d'Oise (95)

4 - Vous exercez dans un milieu : (plusieurs réponses possibles) *

- Urbain (> 25 000 habitants)
- Semi rural (de 5000 à 25 000 habitants)
- Rural (< 5000 habitants)

5 - Depuis combien de temps exercez-vous dans votre bassin de santé ? (une seule réponse possible) *

- 4 ans et moins
- Entre 5 et 9 ans
- Entre 10 et 19 ans
- 20 ans et plus

6 - Quel est votre type d'activité en médecine générale ? (une seule réponse possible) *

- Activité libérale uniquement
- Activité salariée uniquement
- Activité mixte (libérale et salariée)

7 - Dans quel(s) type(s) de structure(s) exercez-vous ? (plusieurs réponses possibles) *

- Cabinet seul
- Cabinet médical de groupe
- Centre de santé
- Maison de santé pluri-professionnelle (MSP)
- Autre

8 - Exercez-vous dans les mêmes locaux que d'autre(s) professionnel(s) de santé ? (une seule réponse possible) *

- Oui
- Non

9 - Avez-vous une (des) compétence(s) d'exercice spécifique(s), et/ou diplôme(s) complémentaire(s) ? (une seule réponse possible) *

- Oui
- Non

10 - Accueillez-vous des étudiants en médecine en tant que maître de stage ? Si oui, merci de préciser (plusieurs réponses possibles) *

- Non
- Etudiant(s) en médecine en 2ème cycle (externe)
- Interne(s) en stage de niveau 1
- Interne(s) en stage de niveau 2 (SASPAS)

11 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait de l'enseignement dans une Faculté de Médecine ? *

- Oui
- Non

12 - Comment avez-vous eu connaissance/accès à ce questionnaire ? *

- Réseaux sociaux (Twitter, Facebook, ect.)
- Mailing list professionnelle (syndicats, ect.)
- Après contact direct à mon cabinet (téléphone, mail, ect.)
- Autre

Commentaires libres

Ce champ de texte vous permet d'ajouter vos éventuelles remarques ou commentaires

Remerciements

Email

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire. Je vous propose, si vous le souhaitez, de laisser ci-dessus votre adresse email, afin que je vous envoie ma thèse une fois soutenue.

RESUME

HOSPITAL ADVISORY TELEPHONE DIRECTORY: HOW IT IS USED BY GENERAL PRACTITIONERS IN ILE DE FRANCE FOR SPECIALIZED ADVICE AND HOSPITALIZATION REQUESTS ?

INTRODUCTION: General practitioners (GPs) are central in organizing patient care. This role requires a facilitated and efficient communication between various health professionals, GPs and specialists (in hospital or outpatient settings). Following a survey conducted in 2016 among liberal doctors in Ile de France, a hospital advisory telephone directory was made available to them. The aim of this study was to assess its use by GPs in Ile de France, as well as their satisfaction with this tool.

MATERIALS AND METHODS: This is a descriptive, quantitative, observational study questioning GPs, via an online questionnaire, on their habits regarding requests for advice and hospitalizations, their use of the directory and their satisfaction with this tool.

RESULTS: A total of 125 GPs were included, 59 % more often turned to an outpatient specialist for advice. Only 47 GPs (37.6%) used the directory. The advice given by the specialists was deemed appropriate for primary care for all users and the tool helped the organization of hospitalizations for 68% of them. Of the users, 21 % wanted an extension to other specialties and / or hospitals and 19% requested an update of numbers.

CONCLUSION: The hospital advisory telephone directory responds to certain issues in communication between outpatient and hospital care providers. However, few GPs seem to be aware of its existence. This study will have made it possible to raise the points of improvement expected by practitioners.

KEY WORDS: general practitioners, regional medical programs, continuity of patient care, mobile applications

RESUME

ANNUAIRE TÉLÉPHONIQUE D'AVIS HOSPITALIER : QUELLE UTILISATION PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'ILE DE FRANCE POUR LES AVIS SPÉCIALISÉS ET LES DEMANDES D'HOSPITALISATION ?

INTRODUCTION : Le médecin généraliste est impliqué l'organisation des soins du patient. Ce rôle de coordinateur des parcours nécessite une communication efficace et facilitée entre les différents professionnels de santé, médecins généralistes et spécialistes (libéraux et hospitaliers). A l'issue d'une enquête menée en 2016 auprès de médecins libéraux d'Ile de France, un annuaire téléphonique d'avis hospitalier a été mis à leur disposition. L'objectif de ce travail était d'évaluer son utilisation par les médecins généralistes d'Ile de France, ainsi que leur satisfaction vis-à-vis de l'outil.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Étude descriptive quantitative, observationnelle, interrogeant les médecins généralistes via un questionnaire en ligne, sur leurs habitudes concernant les demandes d'avis et les hospitalisations, leur utilisation de l'annuaire et leur satisfaction vis-à-vis de cet outil.

RESULTATS : Au total 125 médecins généralistes ont été inclus, 59% s'adressaient plus souvent à un spécialiste libéral pour les demandes d'avis. Seuls 47 praticiens (37.6%) utilisaient l'annuaire. Les avis donnés étaient jugés adaptés à la médecine générale pour l'ensemble des utilisateurs et l'outil permettait l'organisation d'hospitalisations pour 68% d'entre eux. Parmi les utilisateurs, 21% souhaitaient un élargissement à d'autres spécialités et/ou hôpitaux et 19% demandaient une actualisation des numéros.

CONCLUSION : L'annuaire téléphonique d'avis hospitalier répond à certaines problématiques de la communication Ville Hôpital. Toutefois, peu de médecins généralistes semblent informés de son existence. Ce travail aura permis de soulever les points d'amélioration attendus par les praticiens.

MOTS CLES : médecins généralistes, programmes médicaux régionaux, continuité des soins, applications mobiles

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06**