

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

**Année 2013-2014**

**2014 TOU3 1125**

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Présentée et soutenue publiquement par**  
**Laure FABRE**

**Le 2 décembre 2014**

**COMMUNICATION VILLE-HÔPITAL : QU'ATTENDENT LES MÉDECINS**  
**GÉNÉRALISTES DE MIDI-PYRÉNÉES**

**DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT**

**CODIRECTEUR : Monsieur le Docteur Jean-Pierre ROCHER**

**JURY :**  
**Président : Monsieur le Professeur Philippe ARLET**  
**Assesseur : Monsieur le Professeur Marc VIDAL**  
**Assesseur : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**  
**Assesseur : Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT**  
**Assesseur : Madame le Docteur Julie DUPOUY**

# HONORARIAT



## TABLEAU du PERSONNEL HU des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier au 1<sup>er</sup> septembre 2013

### Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
		Professeur Honoraire	M. RAILHAC

### Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAPH H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépto-Gastro-Entérologie
M. MALAVALD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B.	Chirurgie générale	<b>P.U.</b>	
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Dr. POUTRAIN J.Ch  
Dr. MESTHÉ P.  
Professeur Associé de Médecine du Travail  
Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Génatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Dr VIDAL M.  
Professeur Associé en O.R.L.  
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactéri. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARGHAMBAUD M.	Bactéri. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N.	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKÝ I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A. M.	Médecine Légale	M. DELPLA P. A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

**Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale**

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

**Professeur Philippe Arlet**

**Professeur des Universités**

**Praticien hospitalier (Médecine Interne)**

Je suis très honorée que vous présidiez ce jury de thèse et vous en remercie. Vous m'avez fait l'honneur de vous intéresser à ce projet. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération et l'expression de ma gratitude.

**Professeur Marc Vidal**

**Professeur associé de Médecine Générale**

Je vous remercie de siéger à ce jury. Je vous suis également reconnaissante de m'avoir conseillée tout au long de mon internat et de m'avoir fait bénéficier de votre expérience.

**Professeur Pierre Mesthé**

**Professeur Associé de Médecine Générale**

Vous m'avez fait l'honneur de vous intéresser à ce travail et de le juger. Veuillez accepter l'expression de ma gratitude. Les cours que vous avez dispensés au début de l'internat n'ont fait que confirmer mon orientation. En effet, votre définition et description de notre pratique m'ont conforté dans mon choix.

**Docteur Jordan Birebent**

**Responsable du pôle sur le médicament et la prescription en Médecine Générale**

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon sujet. Vous m'avez fait confiance et avez su me guider avec bienveillance tout au long de la thèse.

**Docteur Julie Dupouy**

**Responsable du pôle sur le médicament et la prescription en Médecine Générale**

Je vous remercie de siéger à ce jury de thèse. Lorsque j'avais fait appel à vous au stade des balbutiements de mon projet, vous avez su m'aiguiller. Vos conseils étaient précieux et m'ont évité des erreurs de méthodologie.

## REMERCIEMENTS

**Au Docteur Jordan Birebent** qui m'a énormément soutenue dans le travail de thèse et même lors de mon stage. Il m'a accueillie un jour par semaine pour que je puisse faire mon stage dans l'Ariège ce qui n'a pas été facile pour son organisation, merci encore ainsi qu'au

**Docteur Jean Pierre Rocher.**

**Au Docteur Régine Garavana** qui a été un pilier dans ma formation, vous avez toujours été très patiente, merci.

**Au Docteur Christophe Canel** qui communique sa joie de vivre tout en initiant à la médecine générale.

**Au Docteur Jean-Marc Castadère** qui m'a fait découvrir aussi bien sa région que la médecine générale en milieu rural.

**Au Docteur Jean-Pierre Calmès** qui a réussi à me faire oublier que j'étais dans l'Aveyron, moi pure Tarnaise, merci pour cette formation sans pareil.

**Aux médecins urgentistes de Ranguel** qui m'ont appris à avoir des réflexes d'urgence tout en me sentant en sécurité dans ma pratique et tout particulièrement au Docteur Aline Liaigre.

**À l'équipe de neurologie de Castres** pour leur accueil si chaleureux.

**À ma maman** qui m'a soutenue tout au long de mes études malgré mes nombreux questionnements depuis mon plus jeune âge.

**À mon papa** qui m'a incité à avoir « la gagne rugbystique », même dans les moments les plus difficiles, je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait, comme maman.

**À ma sœur chérie**, ma Flo qui a toujours été là, qui m'a plus qu'aidée dans la rédaction de ma thèse et dans mes moments de doute.

**À Salomé**, ma nièce adorée, qui arrive toujours à me faire rigoler.

**À Aurélien**, qui me supporte depuis plusieurs années et je l'espère encore pour longtemps.

**À Sophie**, ma coéquipière des années fac et plus encore, son amitié est incomparable.

**À Hélène** qui malgré son exil en Aquitaine sait rester toujours présente.

**À mes consœurs Michèle Couchet, Annie Chincholle et Valérie Rieunier** qui sont toujours à l'écoute.

**À Philippe Leprince** qui m'a fait confiance pour mes débuts de remplaçante et qui a de vraies valeurs.

## **ABRÉVIATIONS**

ARS : Agence régionale de santé

Loi HPST : Loi hôpital, santé, patients, territoires

HAS : Haute Autorité de Santé

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

URPS : Union régionale de professionnels de santé

RCP : réunion pluridisciplinaire

FMC : formation médicale continue

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

APICEM : Association pour la promotion de l'informatisation et de la communication en médecine

URML : Union régionale des médecins libéraux

CHU : centre hospitalier universitaire

## Table des matières

<b>I. Introduction</b> .....	<b>11</b>
<b>II. Contexte général concernant la communication entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers</b> .....	<b>13</b>
1. <i>Les différents supports de leur communication</i> .....	13
a) La lettre d'admission .....	13
b) L'appel téléphonique .....	13
c) La fiche de transmission .....	13
d) Le courrier de sortie ou compte-rendu d'hospitalisation .....	13
e) La télécopie .....	14
f) Les messageries sécurisées .....	14
g) La télémédecine .....	15
2. <i>L'aspect médico-légal de leur communication</i> .....	15
a) Le Code de déontologie .....	15
b) Les lois hospitalières .....	16
c) Le Code de la santé publique .....	16
d) Au niveau législatif .....	17
3. <i>Les lacunes</i> .....	18
a) La discordance entre théorie et pratique de la communication .....	18
b) La différence sur les plans quantitatif et qualitatif de la communication .....	19
c) Les conséquences .....	19
<b>III. Matériel et méthode</b> .....	<b>22</b>
1. <i>Type d'étude et description du questionnaire</i> .....	22
2. <i>Description de la méthode de sélection et pré-test</i> .....	22
3. <i>Envoi et traitement des données recueillies</i> .....	23
<b>IV. Résultats</b> .....	<b>24</b>
1. <i>Population répondeur</i> .....	24
2. <i>Degré de satisfaction déclaré par les médecins généralistes sur la qualité de leur communication avec les praticiens hospitaliers</i> .....	25
3. <i>Avis des médecins généralistes pour améliorer leurs échanges avec les praticiens hospitaliers pour une hospitalisation planifiée</i> .....	25
4. <i>Avis des médecins généralistes pour améliorer leurs échanges avec les praticiens hospitaliers pour une hospitalisation d'urgence</i> .....	28
5. <i>Avis des médecins généralistes pour améliorer leurs échanges avec les praticiens hospitaliers pour un conseil de prise en charge</i> .....	30

6. <i>Avis des médecins généralistes sur les autres moyens de communication pour améliorer les échanges avec les praticiens hospitaliers</i> .....	32
<b>V. Discussion</b> .....	<b>35</b>
<b>VI. Conclusion</b> .....	<b>41</b>
<b>VII. Bibliographie</b> .....	<b>43</b>
<b>VIII. Annexes</b> .....	<b>46</b>
1. <i>Annexe I : Questionnaire</i> .....	46
2. <i>Annexe II : Tableaux des résultats</i> .....	50

## I. Introduction

L'entrée en vigueur le 13 août 2004 du statut de « médecin traitant », accentue le rôle de pivot du médecin généraliste dans le parcours de soins du patient. Chaque patient est tenu de choisir un médecin traitant qui doit être le garant de la cohérence du parcours médical. Le médecin traitant doit coordonner l'ensemble des intervenants médicaux. Selon l'article L 4130.1 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) (1), le médecin traitant doit : « orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social, s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients, veiller à l'application individualisée des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient, s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ». Cette loi doit théoriquement préserver la continuité des soins qui est l'un des éléments clés de la qualité des services et de la maîtrise des coûts de la santé.

Les situations de soins complexes nécessitent l'intervention d'une médecine de proximité et un abord multidisciplinaire. Ainsi, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le diabète type II, le patient doit avoir un suivi avec le médecin traitant, le cardiologue, l'endocrinologue, l'ophtalmologue et même le néphrologue. Souvent ces médecins n'exercent pas sur les mêmes sites. Les intervenants se multiplient et la situation peut devenir confuse.

La fragmentation des services de santé ainsi que le manque de coordination entre professionnels entraînent une communication insatisfaisante. Ce déficit se présente sous différentes formes :

- Absence totale de transfert de données (le médecin généraliste n'est pas informé de l'hospitalisation ou même du décès de son patient) (2, 3,4) ;
- Communications de données incomplètes (5) ;
- Transfert de données trop tardif (courrier transmis au médecin généraliste un mois après la sortie de son patient) (6), hors l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) inscrit la notion de délai dans les critères d'accréditation ;

- Délais de communication longs : le médecin généraliste peut parfois rencontrer des difficultés avant de contacter le bon interlocuteur pour une hospitalisation. (7)

Les résultats peuvent s'avérer délétères pour le patient. Plusieurs études (8, 2,4) démontrent que le déficit de communication entre praticiens hospitaliers et de ville peut provoquer des événements indésirables. La réhospitalisation peut être l'une des conséquences de ces problèmes de communication entre praticiens de ville et praticiens hospitaliers. (8, 9)

Ces répercussions sur la santé du patient imposent une révision des méthodes, des mécanismes et de l'organisation de nos modes de communication. Pourrait-on par des moyens simples améliorer la communication et ainsi réduire les risques pour le patient ?

Des études qualitatives (10, 11, 12, 13) sur les attentes du médecin généraliste ont été réalisées. Elles ne permettent pas de définir de manière précise et opérationnelle comment améliorer la communication avec l'hôpital, mais montrent l'intérêt des médecins généralistes pour cette problématique. Ainsi il nous a semblé pertinent de mettre en place une étude quantitative auprès des médecins généralistes pour établir concrètement leurs besoins.

L'objectif principal de notre travail était de consulter les médecins généralistes pour relever les moyens d'échange qu'ils souhaiteraient mettre en place avec leurs confrères hospitaliers afin d'améliorer la continuité des soins et de se conformer plus efficacement aux objectifs de sécurité. Il en résulterait également une réduction du chevauchement et du travail inutile réduisant ainsi les coûts tout en accroissant l'efficacité.

## **II. Contexte général concernant la communication entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers**

### 1. Les différents supports de leur communication

#### *a) La lettre d'admission*

Le moyen de communication le plus fréquemment utilisé actuellement reste la lettre d'admission. Elle contient les renseignements nécessaires à la prise en charge du patient au cours de l'hospitalisation. L'ordonnancier du médecin est le support principal de la lettre d'admission.

#### *b) L'appel téléphonique*

Lorsque le médecin généraliste demande l'admission de son patient, il appelle l'équipe médicale pour évoquer avec elle les raisons qui motivent l'hospitalisation.

Il peut arriver que l'équipe hospitalière téléphone pour informer le généraliste sur la prise en charge hospitalière de son patient ou la demande d'une information ne figurant pas sur la lettre d'admission.

Si ces échanges d'informations en temps réel sont extrêmement efficaces, ils n'en demeurent pas moins compliqués notamment parce que les deux interlocuteurs doivent être disponibles en même temps mais aussi par les dérangements qu'occasionnent des appels en consultation.

#### *c) La fiche de transmission*

Ce document est émis par l'hôpital à destination du médecin traitant. Y figurent : le motif d'hospitalisation, le diagnostic, la prise en charge et les suivis ultérieurs. Elle est remise en mains propres au patient ou à sa famille afin qu'il la transmette au médecin traitant. Elle tend à éviter une rupture dans la cohérence du parcours de soins.

#### *d) Le courrier de sortie ou compte-rendu d'hospitalisation*

Au même titre que l'ordonnance de sortie, le courrier de sortie permet la continuité des soins post-hospitaliers. Il informe le médecin traitant des soins qui ont été dispensés à son patient. Il identifie le service dans lequel a été pris en charge le patient, le médecin prescripteur et le traitement établi.

En 2003, des recommandations sur les éléments indispensables de ce courrier ont été listées par la Haute Autorité de Santé, par le biais de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Malgré son importance considérable, le délai de transmission de ce document a tendance à rendre obsolètes les informations qu'il contient.

#### *e) La télécopie*

Le principal avantage de ce moyen de transmission est sa rapidité, ce qui est non négligeable dans les situations d'urgence.

Des aléas de manipulation peuvent cependant mettre à mal la confidentialité des documents faxés (mauvais numéro, plusieurs utilisateurs d'un même fax, envoi ou réimpression différés).

#### *f) Les messageries sécurisées*

Le moyen de communication médicale électronique le plus utilisé reste la transmission des messages cryptés. Cet outil simple est disponible partout en France pour chaque médecin informatisé. Il est conforme aux consignes juridiques de sécurité et de confidentialité. Ce cryptage des données médicales a été créé en 1996 par l'Association pour la promotion de l'informatisation et de la communication en médecine (APICEM). Cette association cherchait à favoriser l'utilisation des nouvelles technologies de la communication dans le domaine de la médecine.

L'accord de la CNIL (commission nationale de l'informatique et des libertés), dont bénéficie l'APICEM, est un accord indispensable pour les professionnels de santé qui exercent dans le secteur libéral ou hospitalier.

Le décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales autorise les médecins à utiliser une messagerie cryptée sécurisée pour échanger toute donnée informatique médicale relative à la personne du patient.

Le logiciel Apycript de l'association APICEM permet de coder et de décoder l'information médicale et de la transmettre via le réseau Internet. Les établissements de soin, les laboratoires d'analyse, les cabinets libéraux en sont les principaux utilisateurs.

Mi-juillet 2010, APICEM recense l'adhésion Apycript de 23 053 médecins libéraux, 2 373 laboratoires et 623 établissements de soins.

Dans un travail de thèse dédié à la dématérialisation des données médicales, plusieurs études réalisées entre 2006 et 2008 ont comparé l'efficacité (14) des outils permettant de faire des échanges sécurisés de données grâce à ces messageries spéciales. Il en ressort que deux solutions s'avèrent plus ergonomiques et faciles d'utilisation : Easycrypt et Apicrypt.

Il a les avantages de l'e-mail classique, et permet en outre de se protéger du piratage tout en conservant la confidentialité des données.

En revanche, un inconvénient demeure : le destinataire doit être équipé de la même messagerie sécurisée pour décrypter le mail qui lui est adressé. Une plateforme uniformisée serait le meilleur moyen de simplifier les échanges.

### *g) La télémédecine*

La télémédecine met en rapport, par les nouvelles technologies :

- soit le patient et un ou plusieurs professionnels de santé,
- soit plusieurs professionnels de santé.

Le décret d'application de la loi HPST, publié en octobre 2010, précise le cadre juridique et les conditions d'utilisation de la télémédecine (articles R.6316-1 à R.6316-9 du Code de la santé publique).

## 2. L'aspect médico-légal de leur communication

### *a) Le Code de déontologie*

« Se trouvant en situation de "secret partagé", le médecin traitant, comme le rappelle le Code de déontologie, ne doit échanger avec le spécialiste que les informations médicales nécessaires pour son intervention diagnostique ou thérapeutique. Il ne saurait donc être question, sauf exceptions particulières, de transmettre la totalité d'un dossier médical. Afin que l'obligation d'information du patient soit respectée, le médecin peut, soit formuler de vive voix ou dicter devant le malade les termes de sa lettre, soit la remettre décachetée à son malade afin qu'il puisse en prendre connaissance. Dans le deuxième cas, il ne faut pas manquer de lui indiquer qu'il peut la lire avant de la cacheter lui-même, comme le dictent les usages du savoir-vivre. »

C'est ainsi que la Cour de Cassation, toutes chambres réunies le 16 mai 1963, a estimé que : « Du principe d'ordre public du libre choix du médecin par le malade, il résulte que le client recevant une lettre destinée à lui servir d'introduction auprès d'un autre praticien,

n'est tenu ni de consulter ce dernier, ni, par suite, de lui remettre ladite lettre d'introduction. » Il n'y a donc pas délit de suppression de correspondance au sens de l'article 187, alinéa 2 de l'ancien code ou 226-15 du nouveau code pénal.

L'échange entre confrères se doit de respecter la règle posée à l'article 64 du Code de déontologie : « Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

L'article 63 du Code de déontologie médicale précise 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 auxquelles ce praticien sera associé, dans toute la mesure du possible ».

#### *b) Les lois hospitalières*

La loi « Hôpital, patient, santé, territoire », encore appelée loi « HPST », promulguée le 21 juillet 2009, a pour but de rapprocher l'hôpital, le généraliste et le patient. Elle place le patient au cœur de la prise en charge.

Le manuel de certification V2010 de l'HAS rappelle que « les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de la confidentialité » et que le « courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires ».

#### *c) Le Code de la santé publique*

L'article R1112-2 du Code de la santé publique (15) indique que les informations formalisées établies lors de la sortie du patient comportent :

- le compte-rendu d'hospitalisation et une lettre rédigée en fin de séjour ;
- la prescription de sortie et les doubles des ordonnances de sortie ;
- des informations concernant les modalités de sortie (domicile, autres structures)

*d) Au niveau législatif*

La circulaire du 18 décembre 1970 est l'un des premiers écrits législatifs sur la communication entre hôpital et médecins traitants : « à l'entrée de son malade dans un service hospitalier, le médecin de ville doit être informé, invité à rendre visite à son client et à prendre contact avec le médecin hospitalier. Ces relations entre l'hôpital et le médecin de ville s'imposent également, à plus forte raison, lors de la sortie du malade. Il appartient au service hospitalier de fournir alors au médecin traitant à moins que le malade s'y oppose un compte-rendu complet et précis sur le diagnostic fait dans le service, les soins dispensés et, s'il y a lieu la thérapeutique recommandable pour la suite du traitement ».

Selon le décret n° 74-27 du 14 janvier 1974, le médecin traitant « doit être informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé » et doit recevoir « toutes les indications propres à le mettre en état de poursuivre s'il y a lieu la surveillance du malade ».

Avec le décret n° 74-230 du 7 mars 1974, l'information médicale devient un compte-rendu d'hospitalisation : « sous réserve de l'accord du malade, le chef de service hospitalier concerné adresse au médecin désigné par le malade, par voie postale, dans un délai maximum de huit jours suivant la sortie, une lettre l'informant de cette sortie ».

Ces articles de loi élaborent la notion de communication médicale telle que nous la connaissons actuellement.

Le décret de 92-329 du 30 mars 1992 attribue aux établissements de soins la responsabilité de la transmission des informations : « Les établissements de santé (...) sont tenus d'informer par lettre le praticien désigné par le malade hospitalisé ou sa famille de la date et de l'heure de l'admission du malade et du service concerné. » Le médecin traitant est appelé à « prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier. »

En théorie, le médecin traitant devrait pouvoir échanger des informations et collaborer avec tous les intervenants médicaux impliqués dans le parcours de soins de ses patients pour :

- informer au mieux le patient sur les consultations et examens spécialisés demandés ;
- être informé en retour des résultats de la consultation et de l'examen.

La loi du 4 mars 2002 rappelle que le médecin traitant doit être informé en fin de séjour hospitalier.

### 3. Les lacunes

#### a) *La discordance entre théorie et pratique de la communication*

Les interviews des médecins généralistes (10) menées dans le cadre d'une étude focus groupe mettaient en avant le problème de la communication.

De plus les réponses étaient concordantes sur les points clés d'une collaboration efficace selon une étude sur les obstacles à une bonne communication entre les médecins et étaient les suivants : la pertinence clinique de la saisie, de bonnes compétences en communication, et une définition claire des responsabilités. Il n'en demeure pas moins qu'en pratique, la collaboration rencontre des difficultés et n'est pas toujours satisfaisante. Le manque de clarté sur les raisons de renvoi ou sur les résultats de la consultation et la confusion sur les rôles de chacun font partie des ratés de cette communication. Les avis téléphoniques ainsi que les modes transmission inappropriées des informations génèrent également des difficultés dans la pratique quotidienne. Au fil des réponses, d'autres problèmes plus profondément ancrés étaient révélés. Ils ont été classés en deux grands thèmes : questions de responsabilité professionnelle et la reconnaissance mutuelle des compétences. (16)

Dans une autre étude, 68 % des praticiens du panel estimaient que la réforme concernant le médecin traitant n'avait pas amélioré leur connaissance du parcours de leurs patients. 70 % d'entre eux affirmaient ne pas avoir davantage de retour d'informations de la part de leurs confrères spécialistes. 40 % seulement des praticiens interrogés jugeaient que le partage des tâches entre généralistes et spécialistes avait été amélioré. (17)

Bien qu'il soit indispensable d'améliorer les transitions entre soins hospitaliers et soins ambulatoires, la communication entre les professionnels hospitaliers et les médecins généralistes a été décrite comme faible et inefficace. (2)

De plus, il a été souligné une volonté de contacter un interlocuteur adéquat à l'hôpital pour organiser les hospitalisations programmées. (7)

Bien que les deux protagonistes soient conscients de la nécessité d'améliorer la communication (18), il demeure le problème du délai de réception du compte-rendu d'hospitalisation qui peut atteindre un mois. (3)

### *b) La différence sur les plans quantitatif et qualitatif de la communication*

Sur le plan quantitatif, la communication entre médecin hospitalier et médecin généraliste semble satisfaisante. En revanche, ce n'est pas le cas sur le plan qualitatif. La sortie d'hospitalisation du patient et, dans la plupart des cas, son retour à domicile demandent une reprise en charge des soins par le médecin généraliste en ville. Dans l'étude, *Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ?* de Gaël Hubert, et al, 32 médecins généralistes de l'échantillon n'avaient pas été informés de la sortie de leur patient. (19)

Dans une autre étude, 81,4 % des médecins généralistes estimaient que la lisibilité des lettres de sortie était satisfaisante à excellente. En revanche, pour 35,5 % des médecins généralistes, les délais de réception des courriers n'avaient pas été satisfaisants. Selon eux, le délai idéal devrait être inférieur à 5 jours. (6)

Selon l'étude de l'URML (Union régionale des médecins libéraux) de Bretagne, la disponibilité en lits, la disponibilité des médecins et la facilité d'accès au médecin étaient considérées comme dégradées ou très dégradées. Les comptes-rendus n'étaient reçus trois jours ou moins après la sortie qu'une fois sur 10. La préparation de la sortie des patients était également un sujet d'insatisfaction : 77 % des répondants déclaraient ne pas être sollicités pour préparer la sortie de leur patient, 6 % l'avaient été. De ce fait, 58 % des répondants se déclaraient insatisfaits de la préparation de la sortie et estimaient que l'état ou l'environnement de leur patient nécessitait une réflexion particulière. Lors de l'hospitalisation de leur patient, 43 % des médecins avaient eu un échange avec le service. La qualité de l'échange des informations était indépendante de la durée de l'hospitalisation. Avant la sortie, seuls 19 % des médecins avaient eu un contact avec le service. Cette coordination difficile entre professionnels posait la question des relations ville hôpital. (20)

### *c) Les conséquences*

Selon une autre étude, 30 % des médecins généralistes n'étaient pas informés de l'hospitalisation de leur patient. Lorsque le médecin généraliste n'était pas au courant de l'admission, le patient avait présenté plus de problèmes.

67 % des patients dont le médecin généraliste n'était pas au courant de l'hospitalisation avaient évoqué une difficulté lors de leur sortie. Alors que seulement 32 % des patients dont le médecin traitant était au courant de l'hospitalisation avaient rapporté un événement

indésirable ( $p < 0,05$ ). Un retour à l'urgence ou une réadmission avait été rapporté par 6 patients. (2)

L'étude de Kriplani et Co sur le déficit de la communication entre médecin avait souligné que la communication directe entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes était peu fréquente (3 %-20 %). Lors de la première visite chez le médecin généraliste, après hospitalisation, le courrier de sortie était jugé peu pertinent dans 12 % à 34 % des cas. Une réception à 4 semaines du courrier par le médecin généraliste était considérée comme médiocre dans 51 % à 77 % des cas, affectant la qualité des soins dans environ 25 % des visites de suivi. Dans les résumés de sortie des informations importantes manquaient souvent comme par exemple les résultats des tests de diagnostic (manque de 33-63 %), le traitement (7-22 %), et le suivi ultérieur (2-43 %). Les formats normalisés mettaient en évidence les informations les plus pertinentes et amélioraient ainsi la qualité des documents. (21)

Par une méthode de simulation, l'étude avait permis de voir s'il était aisé pour un médecin généraliste de faire programmer par téléphone une hospitalisation dans des services de spécialité de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Les services avaient été appelés du 17 janvier au 12 février 2002, avec une interruption du 21 au 28 janvier 2002 (grève des médecins généralistes).

Après la présentation du cas, aucun correspondant hospitalier n'avait remis en cause l'utilité d'une hospitalisation. Dans 60 % des cas, l'appel n'avait pas abouti à une hospitalisation. Les motifs d'échec de l'hospitalisation étaient dans la majorité des cas, l'absence d'un interlocuteur compétent disponible, soit parce qu'il ne devait pas être dérangé car en réunion, soit parce qu'on ne parvenait pas à le trouver. Le deuxième motif était l'absence de place même programmable. Les solutions alors proposées étaient de s'adresser aux urgences ou à une autre structure. Le dernier motif d'échec était l'absence du rappel du service pour fixer une date d'hospitalisation. La première cause d'échec de programmation reste l'impossibilité de joindre l'interlocuteur adéquat. Bien entendu, il serait possible de rétorquer que les médecins se doivent de tisser un réseau de relations personnalisées afin d'améliorer les prises en charge. (22)

Une thèse sur la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital en 2009 montrait que les médecins généralistes étaient satisfaits majoritairement de la prise en charge du CHU de Poitiers et de la qualité des soins fournis. Malheureusement la difficulté d'accès aux soins restait un problème préoccupant. La majorité des médecins interrogés

lors de cette étude faisait état de leurs difficultés à obtenir un avis auprès d'un médecin du CHU et de la problématique de l'accès aux soins pour leurs patients. Plus de la moitié des médecins interrogés estimaient que le délai de réception du compte-rendu d'hospitalisation n'était pas satisfaisant, en revanche son contenu était jugé satisfaisant. Ils étaient 55 % à être insatisfaits de leur participation au projet thérapeutique et au suivi de leur patient. Néanmoins, 69 % étaient satisfaits de leurs relations avec les médecins du CHU. (23)

Par conséquent, nous pouvons retenir que la prise en charge hospitalière est reconnue de qualité, mais le manque de communication entraîne des insatisfactions du point de vue du médecin généraliste et des répercussions sur la qualité des soins pour le patient.

### **III. Matériel et méthode**

#### **1. Type d'étude et description du questionnaire**

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale à partir d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées par mail. Le questionnaire comportait 6 thèmes et se décomposait en 23 questions. (*cf.* annexe I)

Dans la première partie (de la question 1 à la question 6), nous nous sommes intéressés à des données sociodémographiques.

La deuxième partie allant des questions 7 à 11 avait pour objectif de mettre en situation le médecin généraliste lorsqu'il devait faire une hospitalisation planifiée.

La troisième partie du questionnaire (des questions 12 à 14) concernait l'hospitalisation d'urgence avec les moyens choisis pour adresser un patient, les moyens pour recevoir le compte-rendu ainsi que son délai.

La quatrième partie (de la question 15 à 17) concernait la demande d'avis spécialisé par le médecin généraliste soit simplement un conseil de prise en charge ou une demande de consultation. Les médecins généralistes devaient choisir entre différents moyens de communication pour transmettre leur information ou pour la recevoir.

La cinquième partie (de la question 18 à 22) proposait d'autres outils pour améliorer leur relation avec les praticiens hospitaliers (*cf.* annexe I).

La dernière partie laissait libre cours aux différentes suggestions des médecins généralistes pour améliorer leur communication.

#### **2. Description de la méthode de sélection et pré-test**

Une sélection des médecins généralistes a été réalisée par randomisation par l'intermédiaire de l'Union régionale de professionnels de santé (URPS). Le questionnaire a ensuite été transmis par informatique.

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste de la région et d'avoir une adresse mail connue par l'URPS. Les critères d'exclusions étaient l'absence d'adresse mail connue ou les non-adhérents de l'URPS.

L'anonymat des répondeurs était préservé grâce à l'envoi aléatoire des questionnaires à des médecins ayant fourni leur adresse mail à l'URPS. Avant de répondre à nos questions, les

médecins pouvaient lire les informations suivantes sur la page de présentation du questionnaire :

- L'identité du responsable du traitement ;
- L'objectif de la collecte d'informations ;
- Les destinataires des informations.

Le pré-test de cette étude s'est déroulé le 15 octobre 2013, lors d'une réunion de maîtres de stage universitaire de l'Ariège. Lors de ce pré-test 5 médecins sur 10 ont répondu. Le questionnaire a été modifié en fonction des différentes remarques et suggestions émises. Le pré-test effectué a été concluant et n'a pas soulevé des problèmes de compréhension ou méthodologique. La question du dossier médical partagé a été évoquée, mais dans la mesure où elle implique une volonté gouvernementale, nous avons décidé de l'exclure du questionnaire.

### 3. Envoi et traitement des données recueillies

Le questionnaire a été créé avec le logiciel GoogleDoc® qui permet aux personnes interrogées de répondre en ligne, au fur et à mesure de la lecture des questions en cliquant sur la réponse choisie.

Le questionnaire a été adressé le 9 janvier 2014. Un message de premier rappel a été envoyé le 24 février 2014 soit 1 mois et 15 jours après le premier envoi. Un second rappel a été effectué le 6 mars 2014. Nous avons collecté les réponses jusqu'au 6 Avril 2014 ce qui correspond à un délai total de deux mois et vingt huit jours.

Les données ont été recueillies depuis GoogleDoc® et enregistrées au format Excel® pour être traitées. 135 questionnaires en ligne ont été complétés dont 121 étaient analysables pour l'étude.

À la réception des données de l'URPS, nous avons traité l'ensemble des statistiques sous forme de tableaux et d'histogrammes (*cf.* annexe II).

## IV. Résultats

### 1. Population répondeur

121 réponses ont été reçues sur 1 650 questionnaires envoyés soit un taux de réponse de 7,3 %.

En 2013, les bassins de vie<sup>1</sup> de la région Midi-Pyrénées recensent 3 236 médecins généralistes libéraux et mixtes ; soit une baisse des effectifs de 6 % ces six dernières années. (1)

30,2 % des médecins généralistes libéraux et mixtes sont âgés de 60 ans et plus et 10,4 % sont âgés de moins de 40 ans dans la région Midi-Pyrénées.

Dans notre étude la population est comparable à la moyenne de Midi-Pyrénées avec 31.4 % des médecins généralistes âgés de plus de 60 ans et 8.26 % âgés de moins de 40 ans. (cf. annexe II, tableau 1)

Les hommes représentent 66 % des 3 236 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Midi-Pyrénées. Dans notre étude, les hommes étaient légèrement surreprésentés avec 72.73 % (n=88) d'hommes versus 23.97 % (n=29) de femmes. (cf. annexe II, tableau 2)

57.85 % (n=70) des répondeurs exerçaient en association contre 39.67 % (n=48) travaillaient seul. (cf. annexe II tableau 3)

59.5 % (n=72) des médecins généralistes étaient installés depuis plus de 21 ans, 23.97 % (n=29) entre 11 et 20 ans, 11.57 % (n=14) entre 6 et 10 ans et 2.48 % (n=3) moins de 5 ans. (cf. annexe II, tableau 4)

46.28 % (n=56) des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire étaient installés en milieu rural contre 25.62 % (n=31) en milieu semi-rural et 27.27 % (n=33) en milieu urbain. (cf. annexe II, tableau 5)

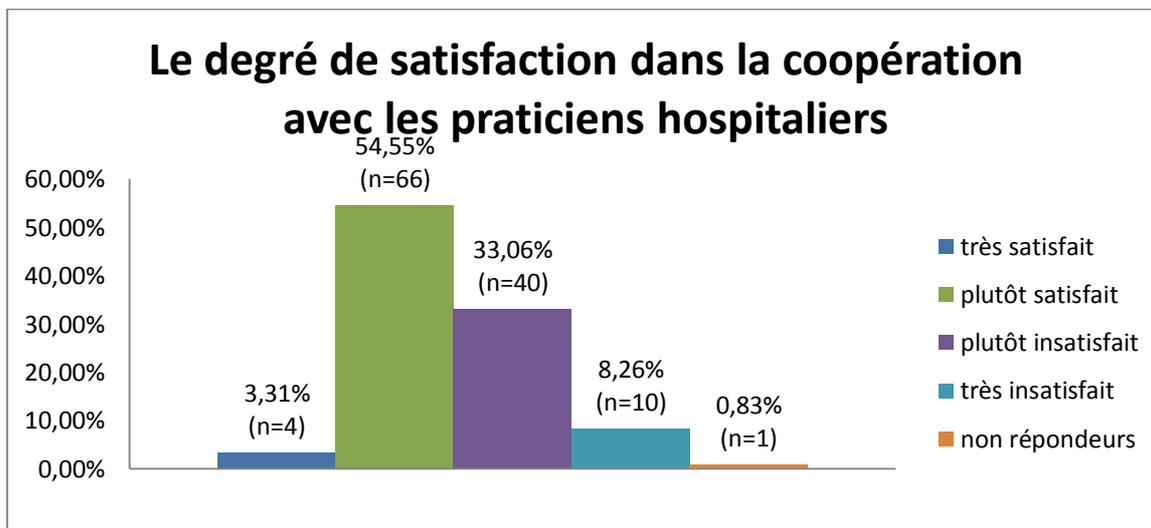
---

<sup>1</sup> Le découpage de la France « en bassins de vie » a été réalisé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine. Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants (Source : INSEE).

## 2. Degré de satisfaction déclaré par les médecins généralistes sur la qualité de leur communication avec les praticiens hospitaliers

Près de 60 % des médecins généralistes se déclaraient plutôt satisfaits de leur relation avec les praticiens hospitaliers. (figure n°1 ou tableau n°6 en annexe II)

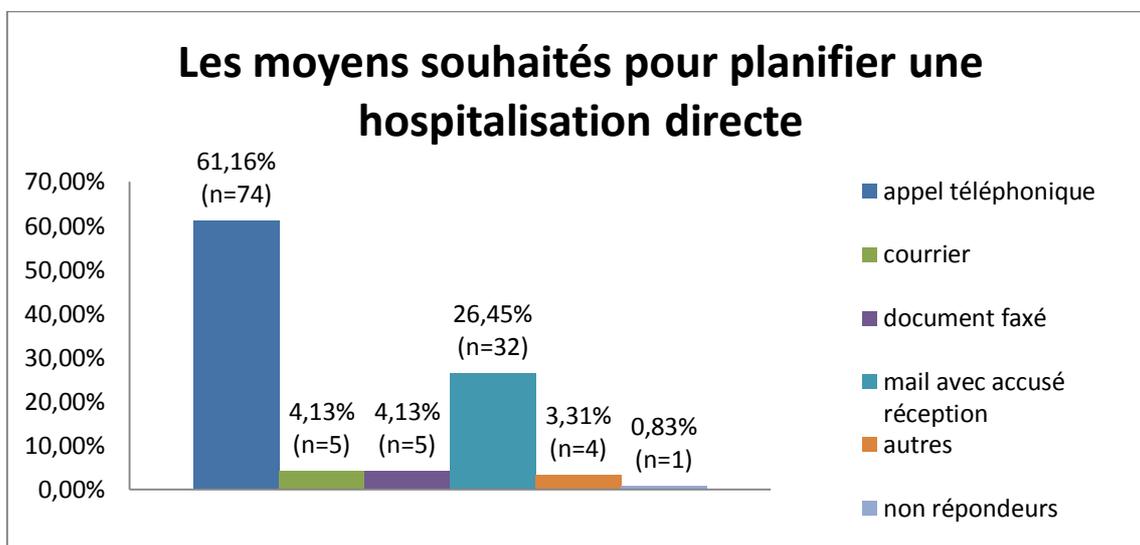
Figure n°1



## 3. Avis des médecins généralistes pour améliorer leurs échanges avec les praticiens hospitaliers pour une hospitalisation planifiée

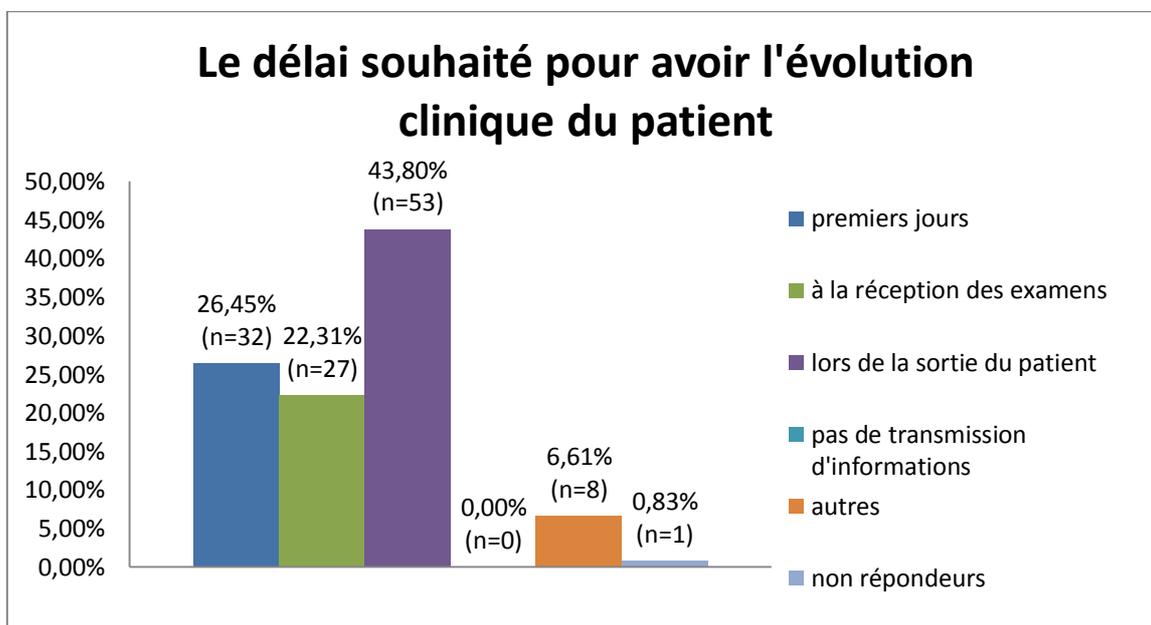
Plus de 60 % des répondants préféraient planifier l'hospitalisation par téléphone pour leur patient et moins de 30 % par mail avec accusé de réception (figure n°2 ou tableau n°7 en annexe II).

Figure n°2



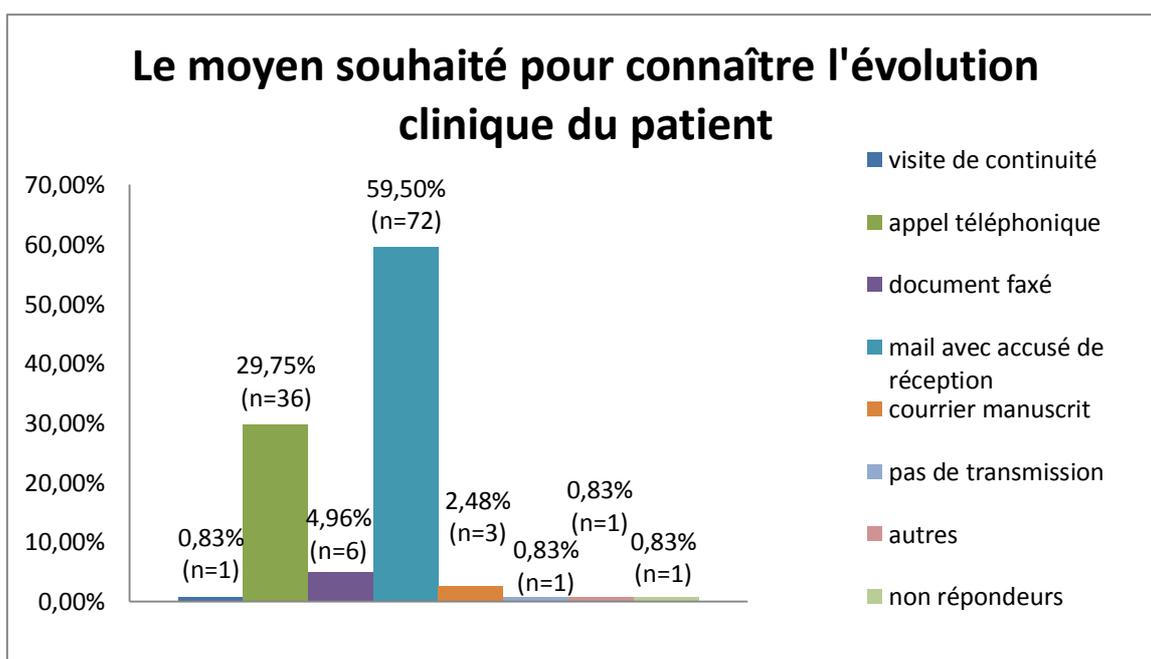
La majorité des médecins généralistes interrogés voudraient être informés de l'évolution clinique de leur patient lors de la sortie du patient. (figure n°3 ou tableau n°8 en annexe II)

**Figure n°3**



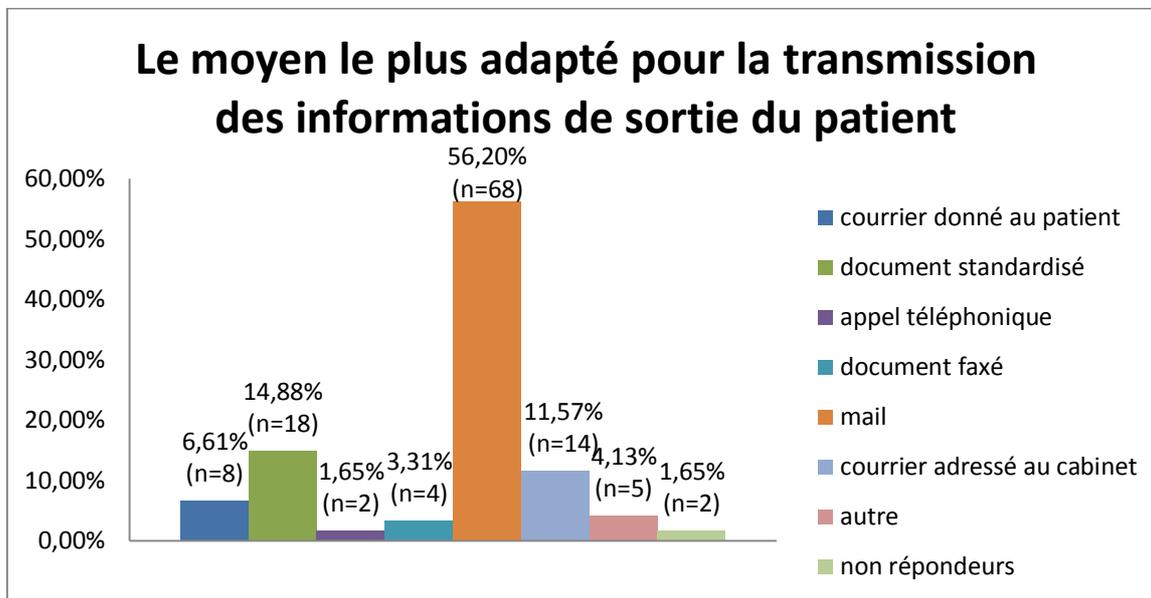
Le meilleur moyen pour être informé de l'évolution clinique de son patient était pour la majorité des médecins généralistes interrogés le mail avec accusé de réception (59.50 %). (cf. figure n°4 ou tableau n°9 annexe II)

**Figure n°4**



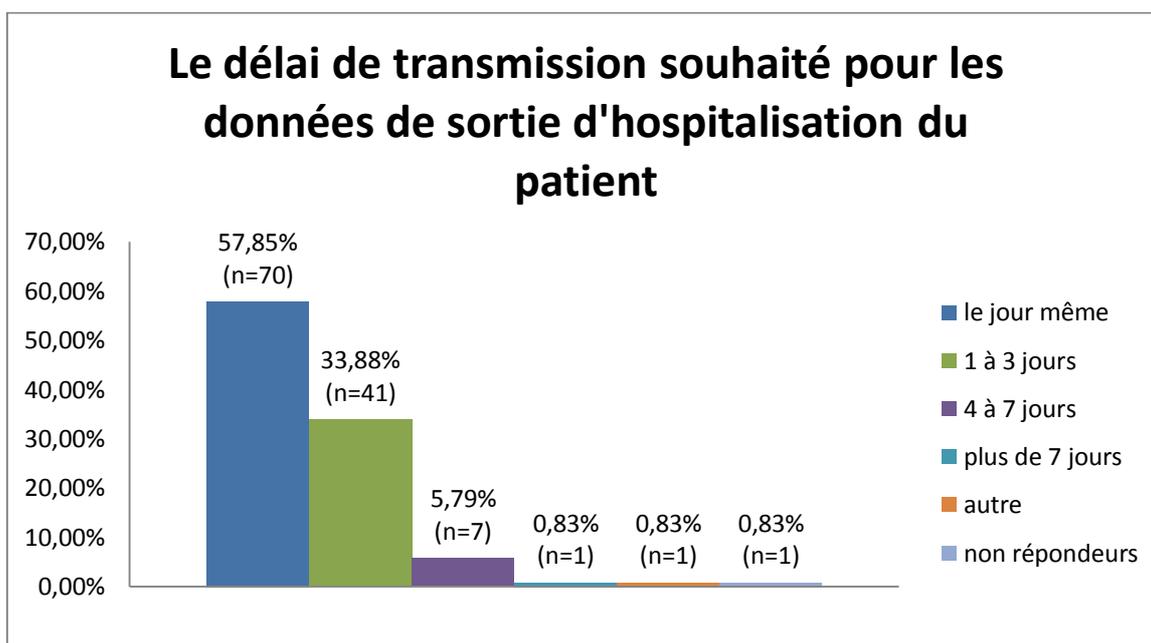
Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés estimaient que le mail avec accusé de réception était le moyen de transmission des informations le plus adapté lors de la sortie du patient. (cf. figure n°5 ou tableau n°10 en annexe II)

**Figure n°5**



Le délai souhaité pour les données de sortie d'hospitalisation du patient serait le jour même pour plus de la moitié des médecins généralistes interrogés. (cf. figure n°6 ou tableau n°11 en annexe II)

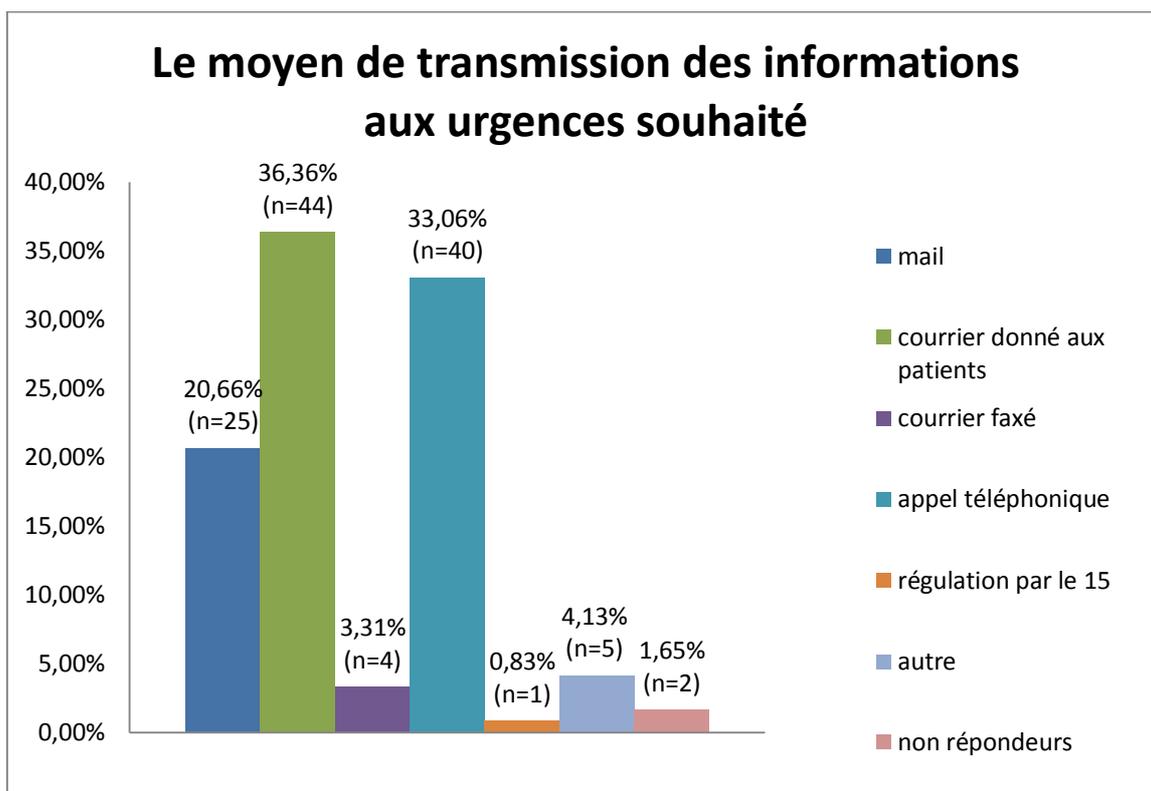
**Figure n°6**



#### 4. Avis des médecins généralistes pour améliorer leurs échanges avec les praticiens hospitaliers pour une hospitalisation d'urgence

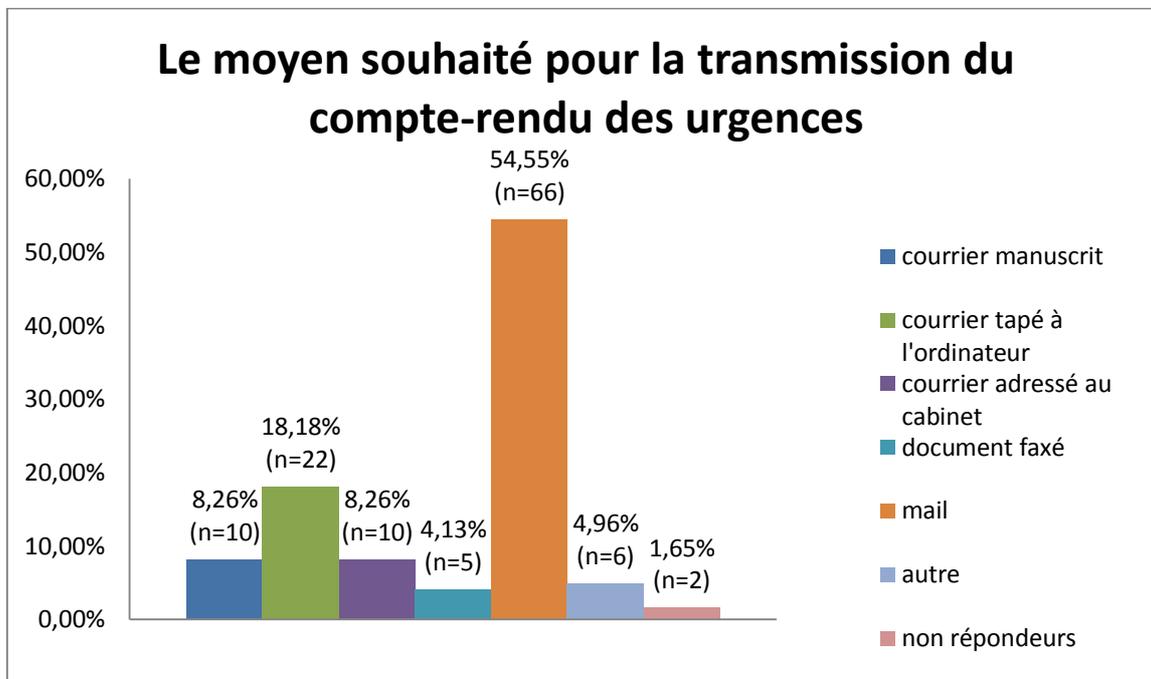
Le courrier donné au patient serait pour plus de 35 % des répondeurs le meilleur moyen pour échanger avec l'urgentiste lors de l'admission du patient (cf. figure n°7 ou tableau n°12 en annexe II).

**Figure n°7**



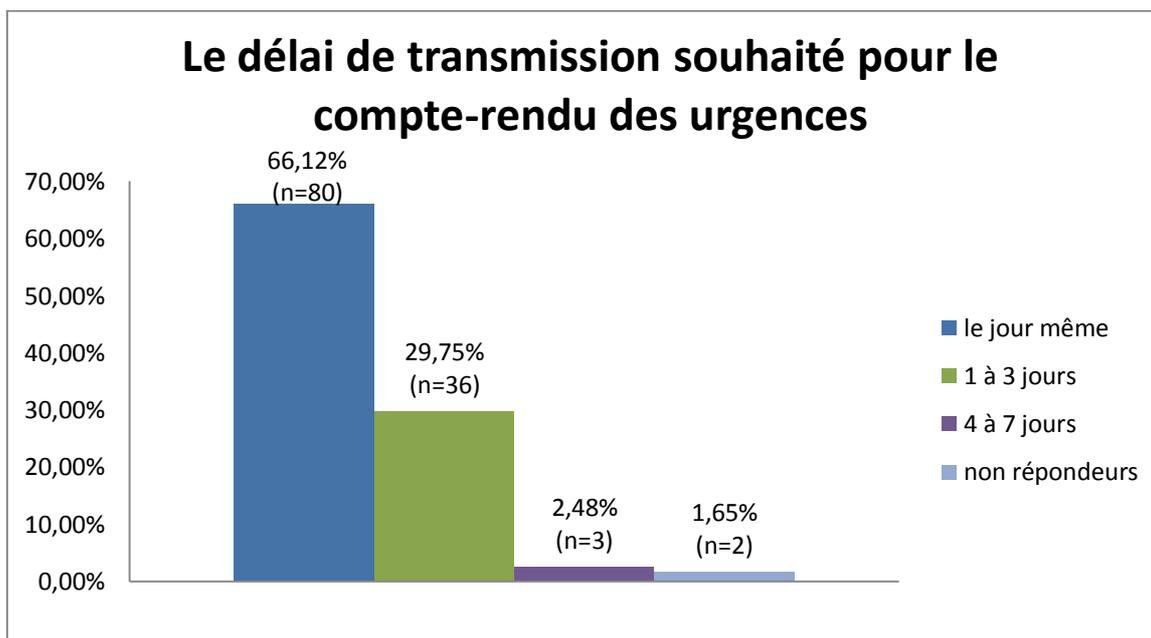
54.55 % (n=66) des répondeurs souhaiteraient que le compte-rendu de sortie des urgences soit communiqué par mail avec accusé de réception. (cf. figure n°8 ou tableau n°13 en annexe II)

**Figure n°8**



Plus de 60 % des médecins généralistes interrogés souhaiteraient que le compte-rendu de sortie des urgences soit communiqué le jour même. (cf. figure n°9 ou tableau n°14 en annexe II)

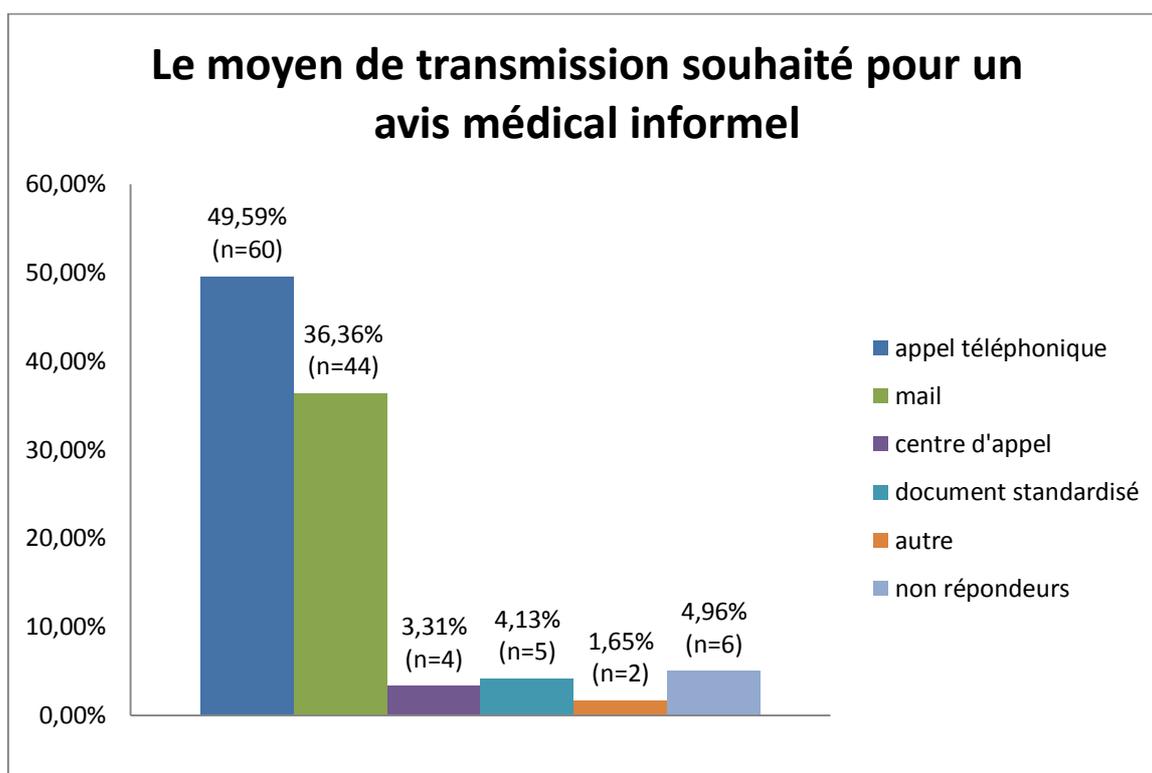
**Figure n°9**



5. Avis des médecins généralistes pour améliorer leurs échanges avec les praticiens hospitaliers pour un conseil de prise en charge

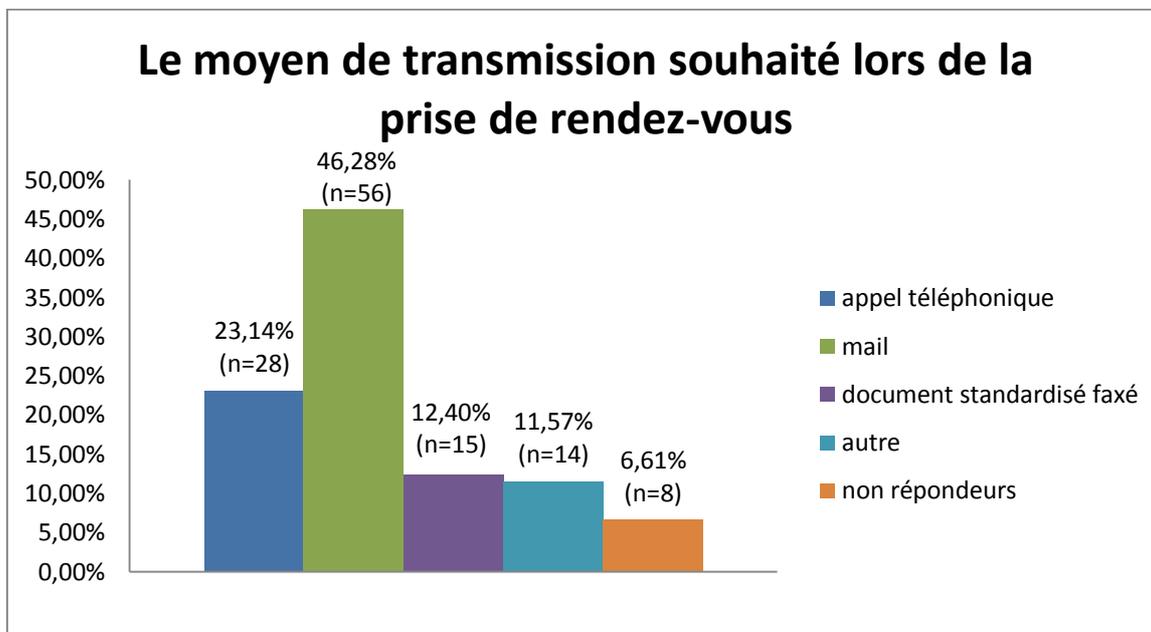
L'appel téléphonique avec répertoire téléphonique des spécialistes remis à jour était estimé à peu près de 50 % comme le meilleur moyen pour avoir un avis médical spécialisé informel. (cf. figure n°10 ou tableau n°15 en annexe II)

**Figure n°10**



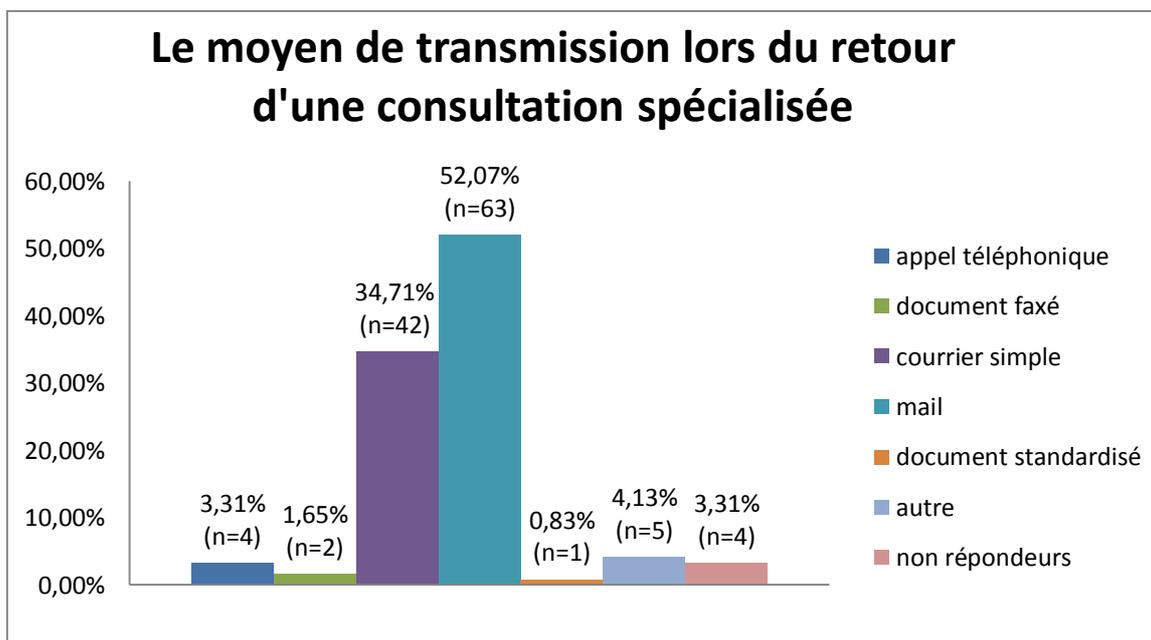
46.28 % des médecins généralistes souhaiteraient fournir les données cliniques pour la prise de rendez-vous spécialisé par mail avec accusé de réception, et moins d'un quart des médecins souhaitait par appel téléphonique avec répertoire téléphonique des spécialistes remis à jour. (cf. figure 11 ou tableau 16 en annexe II)

**Figure n°11**



Après une consultation spécialisée les médecins généralistes préféreraient recevoir les conclusions dans plus de la moitié des cas par mail. (cf. figure 12 ou tableau 17 en annexe II)

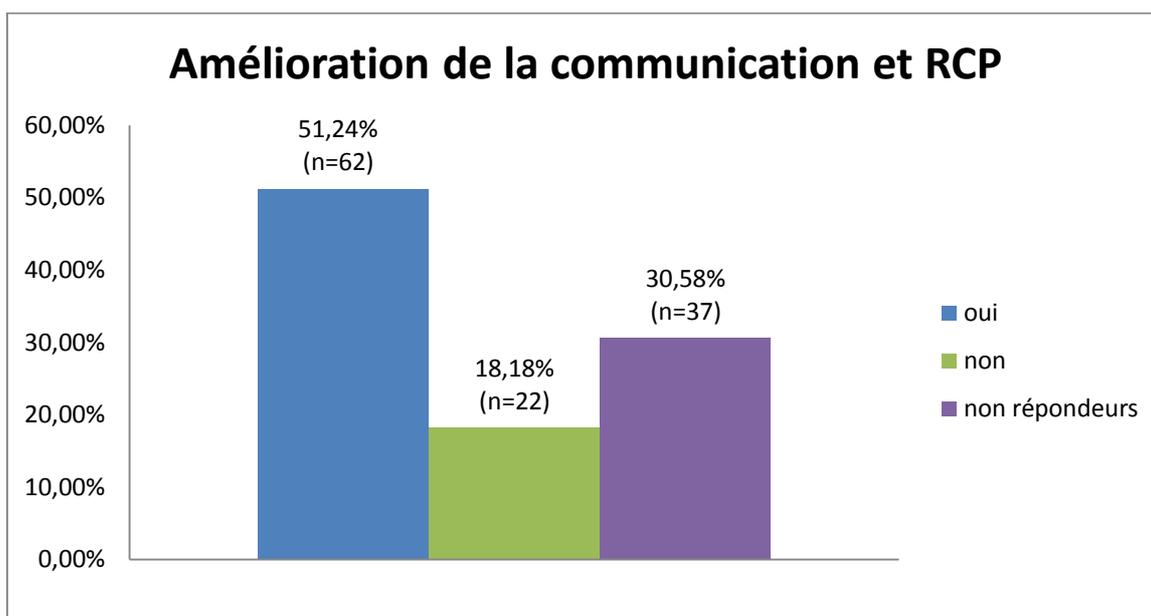
**Figure 12**



## 6. Avis des médecins généralistes sur les autres moyens de communication pour améliorer les échanges avec les praticiens hospitaliers

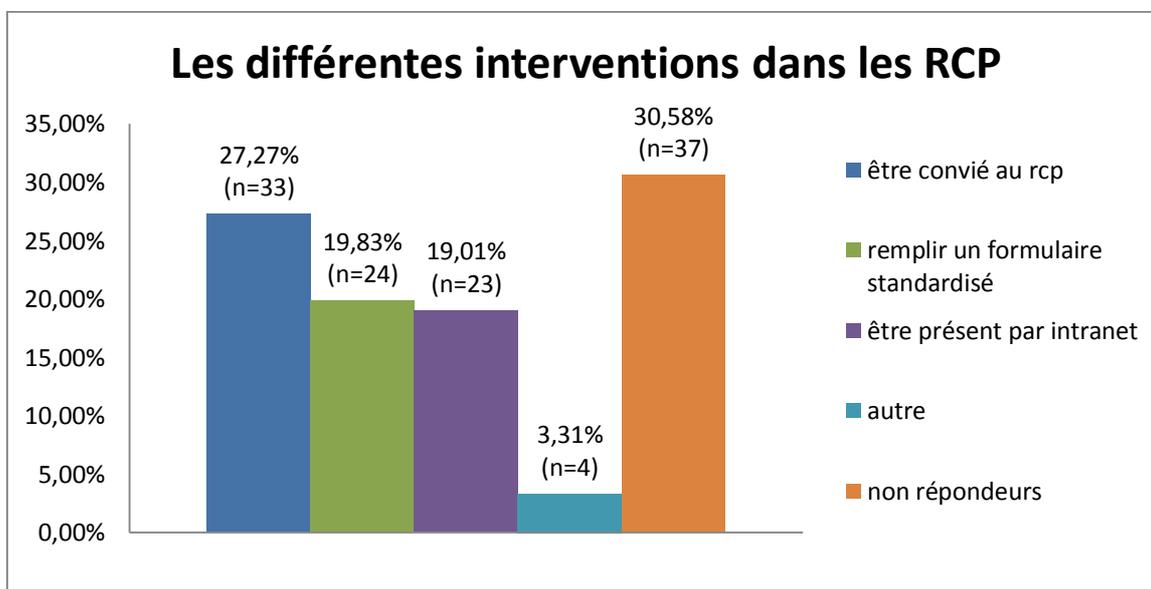
Plus de la moitié des répondeurs pensaient que les réunions pluridisciplinaires seraient un bon moyen pour améliorer les échanges avec les praticiens hospitaliers. (cf. figure n°13 ou tableau n°18 en annexe II)

**Figure n°13**



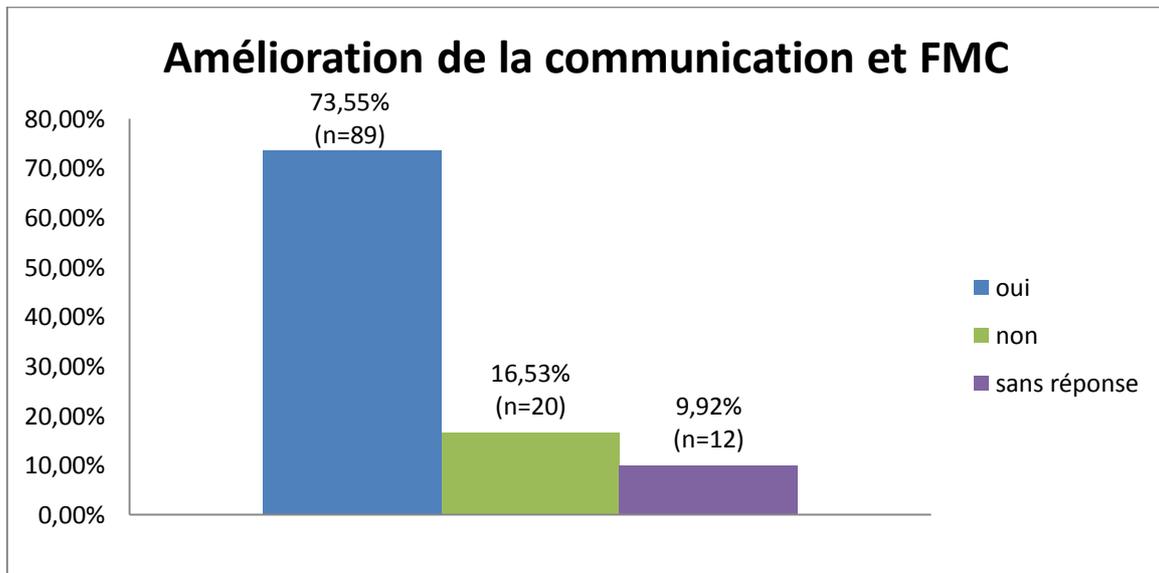
Moins d'un quart des médecins généralistes souhaiteraient être conviés au RCP et moins de 20 % aimeraient remplir un formulaire standardisé pour donner les informations de leur patient. (cf. figure n°14 ou tableau n°19 en annexe II)

**Figure n°14**



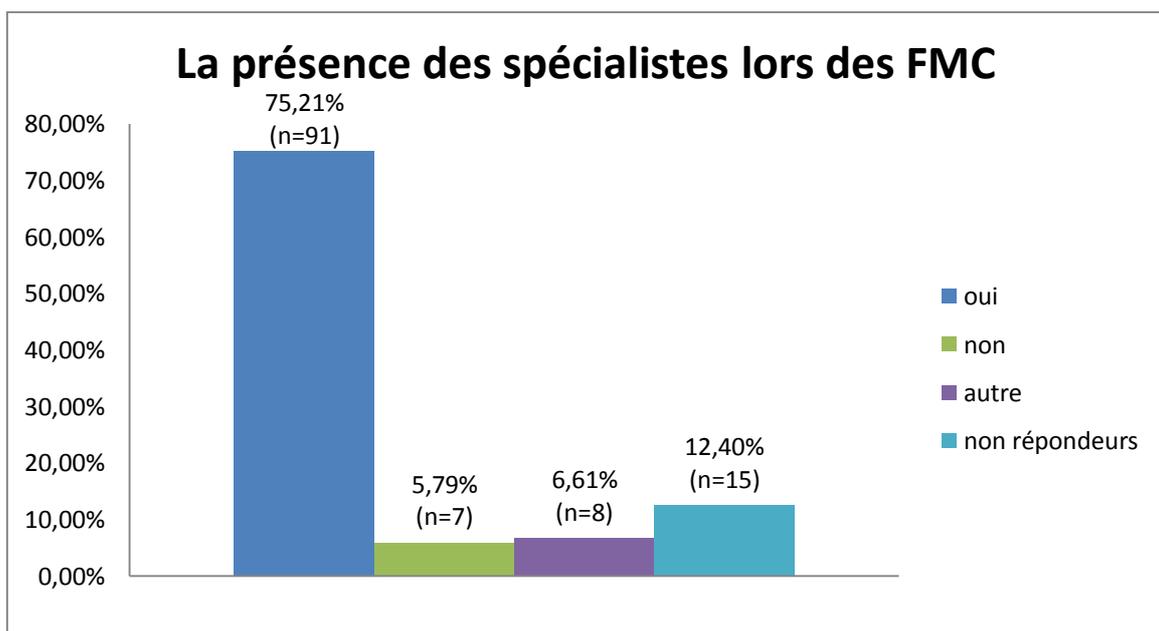
La formation médicale continue était considérée pour la majorité des médecins généralistes interrogés comme un bon moyen pour améliorer les échanges. (cf. figure n°15 ou tableau n°20 en annexe II)

**Figure n°15**



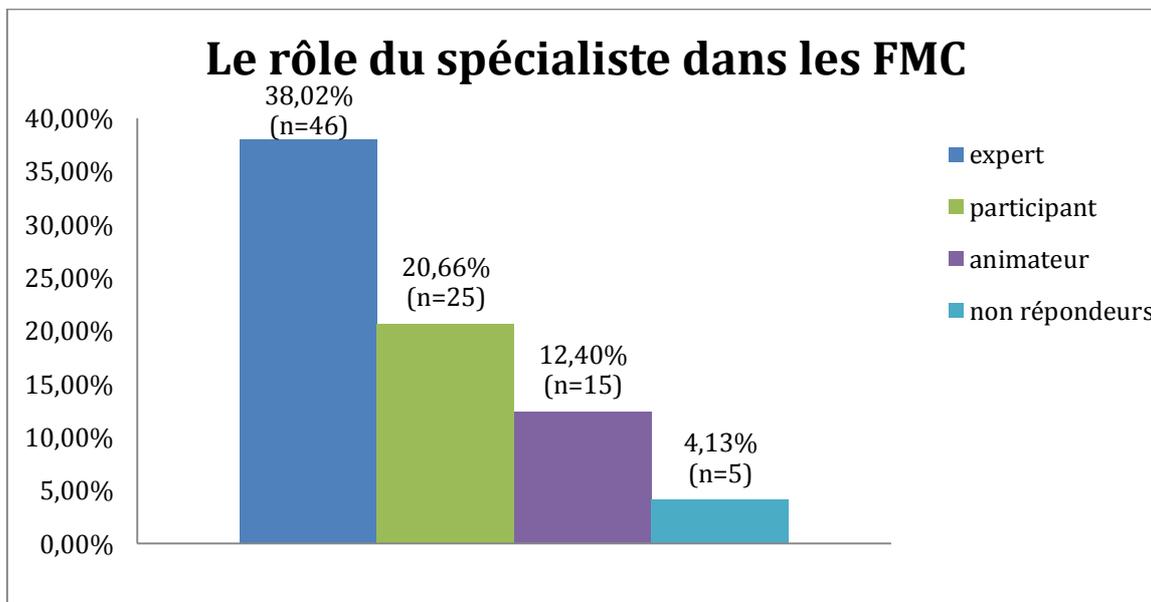
La majorité des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire souhaiteraient que les spécialistes de leur région soient présents aux FMC. (cf. figure n°16 ou tableau n°21 en annexe II)

**Figure n°16**



Pour les médecins qui avaient répondu *oui* à la présence des spécialistes aux FMC, près de 40 % voudraient que le spécialiste soit à la FMC en tant qu'expert. (cf figure n°17 ou tableau n°22 en annexe II)

**Figure n°17**



## V. Discussion

Notre étude montre que les médecins interrogés préfèrent communiquer avec les spécialistes par mail avec accusé de réception et par téléphone.

Les moyens secondaires tels que les réunions pluridisciplinaires et les formations médicales continues sont considérés par les médecins généralistes interrogés comme un bon moyen pour améliorer la communication avec les praticiens hospitaliers.

Les médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire ont une idée sur la manière d'améliorer la communication avec les praticiens hospitaliers, ce qui témoigne d'un certain intérêt pour cette problématique.

Notre taux de réponse a été faible, ce qui peut s'expliquer par la sollicitation des médecins généralistes dans leur vie professionnelle et les charges administratives afférentes. Le mode de transfert du questionnaire *via* Internet n'était peut-être pas adapté, par ailleurs les réponses libres des médecins généralistes dans le questionnaire révèlent qu'ils n'ont pas le sentiment d'être acteurs de la décision médicale du patient. Certains passages étaient éloquentes à ce sujet :

*« Simplement que les hospitaliers n'oublient pas qu'il y a quelque part un médecin traitant qui peut leur fournir toutes sortes de renseignements utiles pour le patient. »*

*« Que l'hôpital comprenne que le patient est pris en charge à domicile par des équipes compétentes (médecin traitant, infirmier, kinésithérapeute, pharmaciens...) et que celles-ci sont au centre de la prise en charge, qu'elles doivent être respectées. L'hôpital n'est qu'un intervenant dans la prise en charge du patient, c'est sa compétence, efficacité et réactivité qui en font un interlocuteur avec lequel on peut ou non travailler. L'hospitalisation privée a bien compris cela et sait se rendre attractive. »*

- Les médecins généralistes comprennent les difficultés rencontrées par les praticiens hospitaliers face à l'organisation de l'hôpital mais ils ont l'air désabusé en raison de la situation actuelle :

*« L'OBLIGATION juridique d'écrire en temps réel pour institutionnaliser le respect professionnel et OBLIGER les établissements publics à fournir des secrétariats compétents (le privé en est capable). »*

*« L'organisation des hôpitaux : un interlocuteur quand on veut hospitaliser. Un autre (qui n'a pas reçu le patient le plus souvent) pour avoir des nouvelles les premiers jours. Et souvent un troisième qui rédige la lettre de sortie qui parfois "oublie" le motif d'hospitalisation ou les questionnements du généraliste. »*

*« Une secrétaire qui n'attend pas un mois pour taper un compte-rendu... Lorsqu'un patient est adressé en hospitalisation, il y va avec un courrier (je prends le temps de le rédiger), j'attends qu'il en sorte avec également un courrier. À ce jour, l'hôpital est incapable d'envoyer un mail ! Je ne suis pas sûr que la communication de l'hôpital intra-muros soit meilleure ! »*

Notre étude n'est pas la seule à témoigner des sentiments de surcharge de travail et de faible considération des médecins généralistes par les praticiens hospitaliers. (24,25)

Les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sont plutôt satisfaits de la communication avec les praticiens hospitaliers comme cela avait été montré par la thèse de Jérémy Jourdain sur la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital. (23) Cette étude, contrairement à la nôtre, ne présentait pas de choix entre les différents modes de communication. Parmi les différentes propositions pour améliorer la coopération, les médecins généralistes de l'étude de 2009 étaient plutôt majoritairement favorables à l'utilisation du message électronique pour demander un avis médical spécialisé. Nous constatons cette préférence dans notre étude, à cette réserve près que l'appel téléphonique restait le mode de communication préféré. En revanche, la volonté de mettre en place un référent dans chaque service n'a pas suscité l'intérêt de nos répondants.

Pour organiser l'hospitalisation directe de leurs patients, les médecins généralistes dans leurs réponses libres proposaient l'appel téléphonique, souhait majoritairement exprimé dans notre étude avec en deuxième proposition le mail avec accusé de réception.

Le compte-rendu par messagerie sécurisée retrouvait un avis favorable auprès des médecins généralistes comme dans nos résultats. Ceci était opposable aux moyens utilisés dans la pratique par exemple dans la thèse sur « La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes » de Céline Feintrenie, la majorité des médecins étaient informés de la sortie d'hospitalisation par courrier, et quelques-uns l'étaient par téléphone. Le courrier électronique ne semblait pas être un moyen de communication utilisé dans cette population. (26) Dans l'étude sur « La coopération ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes » de Marion Giraud (11), les médecins généralistes étaient plus

favorables à la transmission du courrier de sortie d'hospitalisation par la Poste que par messagerie sécurisée, ce qui ne ressort pas dans notre étude. Dans une autre étude, 46 % des médecins généralistes souhaitaient avoir les données des urgences par mail ou par fax (majoritairement), ce qui avait été formulé dans notre étude pour le mail mais pas pour le fax ; les autres médecins interrogés préféraient un courrier tapé à l'ordinateur et donné au patient. (12)

Dans la thèse de Thanh Tâm NHAN (25), le médecin généraliste avait été informé de la sortie de son patient dans la majorité des cas par le patient lui-même ou par son entourage. Le compte-rendu d'hospitalisation et les appels téléphoniques émanant du CHU arrivaient en deuxième position des moyens de communication du retour à domicile. Les médecins généralistes proposaient par ailleurs de recourir plus fréquemment aux messageries cryptées sécurisées et de faxer le compte-rendu. Or, pour les retours d'une hospitalisation, qu'elle soit planifiée ou d'urgence, les médecins généralistes de notre étude préfèrent majoritairement le mail avec accusé de réception.

Pour la transmission des informations au retour du patient à son domicile, la proposition d'un document standardisé a rencontré très peu de succès auprès des médecins généralistes (moins de 15 % y étaient favorables dans notre étude). Or, dans l'étude de Singh and co en février 2011, les participants avaient exprimé le désir d'adopter des transitions standardisées. (27) En revanche, les auteurs de cette étude avaient interrogé des infirmières de l'hôpital ainsi que des praticiens hospitaliers et des médecins généralistes ; notre population répondueuse n'est pas la même. Cette notion de transmission standardisée des informations était plébiscitée par la revue Prescrire en 2012, pour assurer une transmission complète des informations. (4)

La thèse de Thanh Tâm NHAN sur l'étude de la communication « médecins généralistes – praticiens hospitaliers » avait également établi que moins de 10 % des comptes-rendus d'hospitalisation étaient tapés le jour même de la sortie. La majorité de ces comptes-rendus était réalisée dans la semaine de la sortie du patient. Dans notre étude, les médecins généralistes souhaitent recevoir les données de sortie d'hospitalisation de leurs patients le jour même, ce qui ne paraît pas réalisable au vu de ces résultats. (25) De plus dans cette thèse, le retard de réception du compte-rendu d'hospitalisation avait aussi été démontré, la majorité des comptes-rendus étaient réceptionnés dans les trois semaines suivant la sortie du patient et moins d'un quart dans la semaine suivant la sortie. Près de 30 % des médecins généralistes n'étaient pas satisfaits du trop long délai de réception, ce qui correspond aux 33.06 % de médecins généralistes plutôt insatisfaits de leur communication avec les

praticiens hospitaliers selon notre étude. L'étude entre médecins traitants et réanimateurs de G. Gobert et al (31) retrouvait la notion du délai trop tardif de réception du courrier dans la note d'insatisfaction des médecins traitants associée à deux autres facteurs qui étaient l'absence de contact entre médecins durant le séjour et l'absence de courriers provisoires. Dans notre étude, il est aussi souligné la volonté des médecins généralistes d'être informé de l'évolution clinique de leur patient lors de son hospitalisation surtout par mail avec accusé de réception.

Une autre étude avait montré que, pour les médecins généralistes, le délai idéal de réception du compte-rendu des urgences aurait été, dans la majorité des cas, moins de cinq jours, ce que traduit également notre étude. De plus, dans notre étude, les médecins généralistes préfèrent le mail avec accusé de réception pour recevoir le compte-rendu des urgences, ce qui paraît réalisable en pratique de par la rapidité de ce moyen de communication. (6)

Dans l'étude « Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise » d'Aveline Le Gall (7), les généralistes insistent sur le fait de simplifier l'appel téléphonique avec un accès direct aux praticiens hospitaliers comme cela est souligné dans notre étude. Un autre item intéressant les autres moyens de coopération se rejoignait : ils souhaitent mieux se connaître en se rencontrant par exemple à l'occasion de la formation médicale continue ou en étant conviés aux réunions pluridisciplinaires.

Une étude en focus groupe avait également noté que la formation médicale continue jouait autrefois un rôle très positif dans l'interconnaissance entre praticiens libéraux et hospitaliers, et l'articulation entre les deux systèmes selon certains médecins généralistes. Les médecins hospitaliers avaient perdu ce rôle qu'ils jouaient dans la formation continue depuis la réforme de celle-ci. (13) Notre étude fait apparaître aussi cette volonté des médecins de réintégrer les praticiens hospitaliers au sein des formations médicales continues en tant que participant ou expert.

Dans la thèse de Thanh Tâm NHAN (25), les propositions des généralistes pour favoriser la communication entre les praticiens hospitaliers et les médecins généralistes par ordre décroissant de pourcentage étaient : d'améliorer le délai de réception des courriers, le désir de témoigner d'un manque de communication et de téléphoner au médecin traitant pour prévenir de l'hospitalisation de son patient.

Un moyen de rapprocher les communautés médicales hospitalières et libérales est de mener, à l'instar de certains centres hospitaliers, des enquêtes d'opinion « en miroir » : la médecine libérale énonce ainsi sa perception de l'hôpital, et les praticiens hospitaliers de la médecine libérale, c'est ce que nous avons essayé de faire en réalisant deux questionnaires distincts et une analyse statistique des données.

Par ailleurs, la mise en place d'un travail d'équipe est grandement facilitée, si elle est soutenue sur le plan politique et financier. Une responsabilité partagée, une claire répartition des tâches, le partage de l'information, des locaux et un dossier commun, et finalement une bonne gestion des conflits sont autant d'éléments nécessaires à des soins intégrés.

Plus de 5 000 professionnels de santé de la région Midi-Pyrénées ont utilisé en mai 2014 la messagerie sécurisée Médimail, déployée depuis septembre 2013 par le groupement de coopération sanitaire Télésanté Midi-Pyrénées. Ce projet de déploiement a été confié par l'Agence régionale de santé (ARS) Midi-Pyrénées à la fin de l'année 2012.

Il a dressé un premier bilan très positif du déploiement de cette messagerie régionale. En décembre 2013, 2 385 comptes avaient été créés (dont 1 500 de professionnels libéraux) et 45 structures de santé étaient connectées à la messagerie. En mai 2014, le nombre d'utilisateurs avait doublé, avec 3 300 professionnels libéraux connectés et 1 500 professionnels en établissement de santé dont 90 structures.

Le nombre de messages envoyés est passé de 1 800 par mois en moyenne début 2013 (principalement liés à l'expérimentation menée au centre hospitalier de Castres-Mazamet) à 16 000 en mai 2014 et 20 000 en juin 2014. (33)

Le partage d'informations n'a d'intérêt que s'il se fait en temps opportun ce qui a d'ailleurs été souvent demandé par les médecins généralistes. Il serait intéressant de pouvoir s'entretenir rapidement avec des confrères spécialistes pour obtenir des avis médicaux. Dans ce but, le centre hospitalier régional universitaire de Lille avait lancé en novembre 2008 un numéro de téléphone gratuit. Cette ligne réservée aux « médecins de famille » du Nord-Pas-de-Calais assure la mise en relation directe avec des spécialistes de l'hôpital. Le standardiste transfère l'appel directement vers le praticien référent ou s'engage à rappeler le médecin généraliste dans les trente minutes. (28)

Des prototypes d'interopérabilité entre ville et hôpital voient le jour, ils ont pour objectif de communiquer une lettre de sortie d'un hôpital à un médecin traitant identifié de façon automatisée et de permettre l'intégration de la lettre directement dans le fichier patient. (29)

Une meilleure formation bureautique des médecins et des secrétaires aux outils modernes de communication informatique serait utile et permettrait de gagner du temps et de l'efficacité tant dans la génération que dans la transmission des documents aux confrères de ville. En s'appropriant cet outil, il pourra plus facilement être utilisé à bon escient et dans le respect des règles juridiques. (32)

Il serait intéressant d'étudier les degrés de satisfaction de deux groupes de médecins généralistes (un qui reçoit les comptes-rendus par mail et l'autre par courrier), et de voir le taux de réadmission des patients.

L'analyse du contenu des courriers est également pertinente et a déjà été menée dans des études. Elle permettrait de normaliser des courriers mais il faudrait voir les attentes du médecin généraliste pour les données médicales. (30,27)

## **VI. Conclusion**

Élément indispensable à la bonne pratique de la médecine, la communication entre les médecins peut revêtir plusieurs formes. Elle se doit de respecter le cadre médico-légal pour fournir les données en temps opportun et permettre la continuité des soins.

La communication entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers et ses perspectives d'amélioration se dessinent de manière plus précise à la suite de notre étude.

Le questionnaire destiné aux médecins généralistes que nous avons utilisé pour ce travail montre qu'il y a encore de nombreuses améliorations à mettre en place.

Les médecins généralistes souhaiteraient recevoir rapidement les informations médicales de leur patient. Par ailleurs, les technologies actuelles telles que les messageries électroniques sécurisées correspondent plus aux attentes des médecins généralistes pour leurs échanges avec les praticiens hospitaliers surtout dans les situations pratiques par exemple dans le cadre des hospitalisations programmées ou d'urgence où l'on a besoin de réponses rapides. Le téléphone demeure également un outil important pour les médecins généralistes surtout pour adresser leur patient aux praticiens hospitaliers. Le courrier donné aux patients reste aussi un moyen souhaité pour transmettre les informations aux praticiens hospitaliers.

La mise en place de la messagerie sécurisée Médimail depuis septembre 2013 avec l'URPS, le CHU, l'ARS et l'aide du groupement de coopération sanitaire télésanté Midi-Pyrénées atteste de cette volonté.

Au-delà des transferts des données médicales de leurs patients, les médecins généralistes restent demandeurs de moments de formation médicale continue avec les praticiens hospitaliers.

Une meilleure connaissance des attentes de chaque intervenant permet de mieux appréhender et atténuer les difficultés que peuvent rencontrer les médecins ce que nous avons essayé de faire en élaborant deux questionnaires distincts pour les médecins généralistes et pour les praticiens hospitaliers. Une autre thèse préparée par mon confrère étudie les attentes des praticiens hospitaliers pour améliorer la communication avec les médecins généralistes.

Lorsque les messageries médicales sécurisées telles que Médimail auront été installées et utilisées depuis assez longtemps par les médecins libéraux, il sera intéressant d'évaluer les effets de ces adaptations techniques et logistiques.

## VII. Bibliographie

1. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, RAULT J-F. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées, Situation en 2013. Ordre National des Médecins. [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr). 1<sup>er</sup> juin 2013.
2. VINEET M, D'ARCY M, SCHWANZ K J, MEGAN L, VINCI LM, DAVIS AM, et al. Problems After Discharge and Understanding of Communication with their PCPs Among Hospitalized Seniors: A Mixed Methods Study. *J Hosp Med*. Sept 2010;5.
3. HUBERT G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital. Faculté de Bobigny. Thèse déc 2006.
4. S'informer mutuellement sur les traitements médicamenteux pour mieux soigner. *Prescrire*. Août 2012;32(346):592-595.
5. MASLOVE M, GRIESMAN J, ARNOTT C, MOURAD M, LEITER R, CHOW CM, et al. Electronic Versus Dictated Hospital Discharge Summaries: a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med*. Sept 2009;24:995-1001.
6. SUDRIEZ F. La communication entre les médecins généralistes et les médecins du Service des urgences médicales de l'Hôpital Purpan. Faculté de Toulouse. Thèse 2001 ; 2001TOU31055.
7. LE GALL A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? *Médecine*. sept 2010;6(7):326-330.
8. SNOW V, BECK D, BUDNITZ T, MILLER D, POTTER J, WEARS R, et al. Transitions of Care Consensus Policy Statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine. *J Gen Intern Med*. août 2009;24(8):971-976 ; Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19343456>.
9. SPENCER S, FRIEDBERG W, SCHNEIDER E, et al. Health Information Exchange, Health Information Technology Use, and Hospital Readmission Rates. *AMIA Annu Symp Proc*. oct 2011;644-653 ; Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
10. LE FLAO-BERTHO G. Le recours au spécialiste qu'en pense le généraliste. Faculté de Nantes. Thèse 2007; 2007NANT062M.
11. GIRAUD M. Coopération ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Faculté de Grenoble. Thèse 2010 ; 2010GREN5112.
12. TRUFFAUT S. Évaluation d'un réseau de soins Médecine Générale-Urgences: analyse des modes de communication et attentes des praticiens. Faculté René Descartes Paris 5. Thèse 2008.
13. GAYRARD P, HARZO C. Médecine ambulatoire, Médecine hospitalière, quels liens construire ? Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes; 2008.

14. DUFRENNE J. Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins : la Messagerie Sécurisée de Santé utilisée par les médecins généralistes. Faculté des Antilles et de la Guyane. Thèse 2011.
15. Code de la santé publique - Article R1112-2. 2006 ; disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>.
16. BEAULIEU MD, SAMSON L, ROCHER G, RIOUX M, BOUCHER L, DEL GRANDE C. Investigating the barriers to teaching family physicians' and specialists' collaboration in the training environment: a qualitative study. *BMC Medical Education*. Juin 2009.
17. LEMERY B, BONNET C, AUBRY C, COLIN C. Le panel de médecins généralistes en Bourgogne. Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne; 2008.
18. HARLAN G, SRIVASTAVA R, HARRISON L, MALONEY C, MCBRIDE G, et al. Pédiatric hospitalists and primary care providers: a communication needs assessment. *J Hosp Med*. Mars 2009;4(3):187-193.
19. HUBERT G, GALINSKI M, RUSCEV M, LAPOSTOLLE F, ADNET F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Med*. 2007;1404-1409. disponible sur : [www.em-consulte.com/revue/lpm](http://www.em-consulte.com/revue/lpm).
20. LEVASSEUR G, SAMZUN J-L, BATAILLON R. Baromètre des pratiques médicales en médecine libérale. Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne; 2004. disponible sur : [www.bdsp.ehesp.fr](http://www.bdsp.ehesp.fr).
21. KRIPALANI S, LEFEVRE F, CO P, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. Févr 2007;297(8):831-841.
22. ANDRONIKOF M, THALMANN A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste. *Presse Med*. 2005;34:847-850.
23. JOURDAIN J. À propos de la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital: enquête concernant le CHU [centre hospitalier universitaire] de Poitiers. Faculté de Poitiers. Thèse 2009 ; 2009POIT1097.
24. PROUVOST-KELLER B, POVENZANO F, CAISSOTI C, GUIRAUD V, SANFILIPPO E, PRADIER C. Faisabilité du transfert informatisé de comptes-rendus standardisés de consultation entre les médecins d'un réseau ville-hôpital. *Pratiques et Organisation des Soins*. Juill 2007;38(3).
25. NHAM T T. Étude de la communication « médecins généralistes-praticiens hospitaliers ». Université de Picardie. Thèse 2010 ; 2010AMIEN116.
26. FEINTRENIE C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Université Henry Poincaré à Nancy. Thèse 2010.
27. SINGH R, NORRIS T, PORRECA D, ROBERTS A-C, SINGH A, SINGH G, et al. Improving transitions in inpatient and outpatient care using a paper or web-based journal. *JRSM Open*. Févr 2011;2(26).

28. GOLDSTEIN P, DOUTE T, RENDU A. Hop'line CHRU À l'écoute des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. La revue hospitalière de France. Mai 2009;(528):66-67.
29. ALVES B, SCHUMACHER M, GODEL D, MULLER H, KHALED O-A, RICHARD P. Prototype d'interopérabilité entre hôpitaux et médecins traitants. Mars 2010.
30. LISHA LO. Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé. Pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients 2011.
31. GOBERT Q , POUSSARD N, MANCINI J, PRADEL G, DELAPIERRE L. Communications entre médecins traitants et réanimateurs: enquête d'évaluation d'une stratégie d'amélioration. Juin 2014;447-448.
32. BICLET P. Secret et e-santé. Elsevier Masson. 2013;3-4.
33. tic santé.com. messagerie sécurisée: un déploiement régional réussi en Midi-Pyrénées. Août 2014.disponible sur <http://www.ticsante.com/Messagerie-securisee-de-sante-un-deploiement-regional-reussi-en-Midi-Pyrenees>.

## VIII. Annexes

### 1. Annexe I : Questionnaire

#### **Les attentes du médecin généraliste pour améliorer les outils de communication avec les praticiens hospitaliers**

Mes différentes lectures sur le déficit de communication entre le milieu hospitalier et les médecins généralistes ainsi que mes stages m'ont donné l'idée de ce questionnaire. Le but de cette enquête est d'étudier les différents moyens qui permettraient d'améliorer la communication et les échanges entre médecins généralistes et hospitaliers.

Afin d'être au cœur des problématiques que peuvent rencontrer les médecins traitants, j'ai souhaité vous interroger et vous demander de participer à cette réflexion.

Auteur du questionnaire : Laure Fabre, interne en médecine générale. Ce questionnaire vous est adressé dans le cadre de la préparation d'une thèse.

Ce questionnaire est strictement confidentiel et anonyme. Cette enquête ne sera utilisée qu'à des fins scientifiques.

Merci de cocher les cases qui correspondent à votre point de vue.

\* Les questions précédées d'un astérisque ne nécessitent qu'une seule réponse.

Votre avis est extrêmement précieux, merci pour votre obligeante collaboration.

#### **I. VOTRE PROFIL**

##### **Vous êtes :**

- un homme
- une femme

##### **Votre tranche d'âges :**

- moins de 40 ans
- entre 40 et 49 ans
- entre 50 et 59 ans
- Plus de 60 ans

##### **Vous exercez en milieu :**

- rural (inférieur à 5 000 habitants)
- semi-rural (de 5 000 à 25 000 habitants)
- urbain (supérieur à 25 000 habitants)

##### **Vous travaillez :**

- seul(e)
- en association

##### **Vous exercez dans votre bassin de santé depuis :**

- moins de 5 ans
- entre 6 et 10 ans
- entre 11 et 20 ans
- plus de 21 ans

**Votre coopération avec les praticiens hospitaliers vous paraît :**

- très satisfaisante
- plutôt satisfaisante
- plutôt insatisfaisante
- très insatisfaisante

## **II. POUR L'HOSPITALISATION PLANIFIÉE**

**\* Pour améliorer vos échanges avec les praticiens hospitaliers, vous préféreriez planifier l'hospitalisation directe de vos patients par :**

- un appel téléphonique
- courrier
- un document faxé
- un mail avec accusé de réception
- autres, précisez...

**\* Pour améliorer vos échanges avec les praticiens hospitaliers, lorsque votre patient est hospitalisé, à quel moment souhaiteriez-vous être informé(e) de son évolution clinique :**

- dès les premiers jours
- à la réception des examens complémentaires
- lors de la sortie du patient
- vous ne souhaitez pas être informé(e) lors de l'hospitalisation
- autres, précisez...

**\* Selon vous, le meilleur moyen pour être informé(e) de l'évolution clinique de votre patient lorsqu'il est hospitalisé serait :**

- une « visite de continuité » que vous effectuerez
- un appel téléphonique
- un document faxé
- un mail avec accusé de réception
- un courrier manuscrit
- vous ne souhaitez pas être informé(e) lors de l'hospitalisation
- autres, précisez...

**\* Lors du retour du patient à son domicile, le moyen de transmission des informations le plus adapté à votre pratique serait :**

- un document manuscrit donné au patient
- un document standardisé tapé à l'ordinateur donné au patient
- un appel téléphonique
- un document faxé
- un mail avec accusé de réception
- un courrier adressé à votre cabinet
- autres, précisez...

**Les données de sortie d'hospitalisation devraient vous être transmises dans un délai de :**

- Le jour même
- 1 à 3 jours
- 4 à 7 jours
- plus de 7 jours
- autres, précisez...

### **III. POUR L'HOSPITALISATION D'URGENCE**

**\* Pour améliorer vos échanges avec les praticiens hospitaliers, dans le cadre d'une hospitalisation d'urgence, lors de l'admission du patient, souhaitez-vous fournir les informations par :**

- un mail avec accusé de réception
- un courrier donné au patient
- un courrier faxé
- un appel téléphonique avec l'urgentiste
- le centre de régulation 15
- autres, précisez...

**\* Lors de la sortie d'hospitalisation d'urgence, souhaitez-vous que l'on vous communique le compte-rendu par :**

- un courrier manuscrit donné au patient
- un courrier tapé à l'ordinateur et donné au patient
- un courrier envoyé au cabinet du médecin traitant
- un document faxé
- un mail avec accusé de réception
- autres, précisez...

**Ce document de synthèse d'hospitalisation d'urgence devrait vous être transmis dans un délai de :**

- Le jour même
- 1 à 3 jours
- 4 à 7 jours
- plus de 7 jours
- Indifférent

### **IV. POUR UN AVIS SPÉCIALISÉ NON URGENT AVEC UN MÉDECIN HOSPITALIER**

**\* Pour améliorer vos échanges avec les praticiens hospitaliers, si un avis médical spécialisé informel (conseil de prise en charge) est nécessaire, préférez-vous transmettre les données cliniques de votre patient par :**

- un appel téléphonique avec répertoire téléphonique des spécialistes remis à jour
- un mail avec accusé de réception
- un centre d'appel avec un clinicien affecté à cette fonction
- un document standardisé faxé
- autres, précisez...

**\* Pour améliorer vos échanges avec les praticiens hospitaliers, si une prise de rendez-vous en consultation spécialisée est nécessaire, préférez-vous transmettre les données cliniques de votre patient par :**

- un appel téléphonique avec répertoire téléphonique des spécialistes remis à jour
- un mail avec accusé de réception
- un document standardisé faxé
- autres, précisez...

**\* À l'issue d'une consultation spécialisée, préférez-vous que le praticien hospitalier vous donne ses conclusions par :**

- un appel téléphonique
- un document faxé
- un courrier simple
- mail avec accusé de réception
- un document de retour standardisé
- autres, précisez...

## **V. AUTRES MOYENS POUR AMÉLIORER LES ÉCHANGES**

**Est-ce que les réunions pluridisciplinaires vous paraissent un bon moyen pour améliorer**

**les échanges avec les praticiens hospitaliers ?**

- Oui
- Non

**\* Pour les réunions pluridisciplinaires, vous préférez :**

- être convié au RCP
- remplir un formulaire standardisé
- être présent par intranet
- autres, précisez...

**Est-ce que la formation médicale continue vous paraît un bon moyen pour améliorer les échanges avec les praticiens hospitaliers ?**

- Oui
- Non

**Pour les formations médicales continues, souhaitez-vous que le spécialiste de votre région soit présent :**

- oui
- non
- autres, précisez...

**\* Si oui, vous souhaitez que le spécialiste de votre région soit convié en tant que :**

- expert
- participant
- animateur

## **VOS SUGGESTIONS**

**Quels sont selon vous les outils qui amélioreraient la communication entre les praticiens hospitaliers et vous :**

## 2. Annexe II : Tableaux des résultats

### La population répondeur

Tableau n°1 : l'âge du médecin

Réponse	Pourcentage
Moins de 40 ans	8.26 % (n=10)
Entre 40 et 49 ans	20.66 % (n=25)
Entre 50 et 59 ans	38.84 % (n=47)
Plus de 60 ans	31.40 % (n=38)
Non répondeurs	0.83 % (n=1)

Tableau n°2 : le sexe du médecin

Réponse	Pourcentage
Un Homme	72.73 % (n=88)
Une Femme	23.97 % (n=29)
Non répondeurs	3.31 % (n=4)

Tableau n°3 : le mode d'exercice

<b>Réponse</b>	<b>Pourcentage</b>
Seul(e)	39.67 % (n=48)
En association	57.85 % (n=70)
Non répondants	2.48 % (n=3)

Tableau n°4 : la durée d'exercice

<b>Réponse</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins de 5 ans	2.48 % (n=3)
Entre 6 et 10 ans	11.57 % (n=14)
Entre 11 et 20 ans	23.97 % (n=29)
Plus de 21 ans	59.50 % (n=72)
Non répondants	2.48 % (n=3)

Tableau n°5 : le lieu d'exercice

<b>Réponse</b>	<b>Pourcentage</b>
Rural (inférieur à 5 000 habitants)	46.28 % (n=56)
Semi-rural (de 5 000 à 25 000 habitants)	25.62 % (n=31)
Urbain (supérieur à 25 000 habitants)	27.27 % (n=33)
Non répondants	0.83 % (n=1)

## Le degré de satisfaction dans la coopération avec les praticiens hospitaliers

Tableau n°6

Réponse	Pourcentage
Très satisfaisante	3.31 % (n=4)
Plutôt satisfaisante	54.55 % (n=66)
Plutôt insatisfaisante	33.06 % (n=40)
Très insatisfaisante	8.26 % (n=10)
Non répondants	0.83 % (n=1)

## Avis des médecins généralistes pour améliorer leurs échanges avec les praticiens hospitaliers pour une hospitalisation planifiée

Tableau n°7 : le moyen utilisé pour fournir les informations lors d'une hospitalisation planifiée

Réponse	Pourcentage
Un appel téléphonique	61.16 % (n=74)
Courrier	4.13 % (n=5)
Un document faxé	4.13 % (n=5)
Un mail avec accusé de réception	26.45 % (n=32)
Autre	3.31 % (n=4)
Non répondants	0.83 % (n=1)

Tableau n°8 : le délai pour être informé(e) de l'évolution clinique du patient lors de l'hospitalisation planifiée

Réponse	Pourcentage
Dès les premiers jours	26.45 % (n=32)
À la réception des examens complémentaires	22.31 % (n=27)
Lors de la sortie du patient	43.80 % (n=53)
Vous ne souhaitez pas être informé(e) lors de l'hospitalisation	0 % (n=0)
Autre	6.61 % (n=8)
Non répondeurs	0.83 % (n=1)

Tableau n°9 : le meilleur moyen pour être informé(e) de l'évolution clinique du patient lorsqu'il est hospitalisé

Réponse	Pourcentage
Une « visite de continuité » que vous effectuerez	0.83 % (n=1)
Un appel téléphonique	29.75 % (n=36)
Un document faxé	4.96 % (n=6)
Un mail avec accusé de réception	59.50 % (n=72)
Un courrier manuscrit	2.48 % (n=3)
Vous ne souhaitez pas être informé(e) lors de l'hospitalisation	0.83 % (n=1)
Autre	0.83 % (n=1)
Non répondeurs	0.83 % (n=1)

Tableau n°10 : lors du retour du patient à son domicile, le moyen de transmission des informations le plus adapté

Réponse	Pourcentage
Un document manuscrit donné au patient	6.61 % (n=8)
Un document standardisé tapé à l'ordinateur donné au patient	14.88 % (n=18)
Un appel téléphonique	1.65 % (n=2)
Un document faxé	3.31 % (n=4)
Un mail avec accusé de réception	56.20 % (n=68)
Un courrier adressé à votre cabinet	11.57 % (n=14)
Autre	4.13 % (n=5)
Non répondeurs	1.65 % (n=2)

Tableau n°11 : le délai de transmission souhaité pour les données de sortie d'hospitalisation du patient

Réponse	Pourcentage
Le jour même	57.85 % (n=70)
1 à 3 jours	33.88 % (n=41)
4 à 7 jours	5.79 % (n=7)
Plus de 7 jours	0.83 % (n=1)
Autre	0.83 % (n=1)
Non répondeurs	0.83 % (n=1)

## Avis des médecins généralistes pour améliorer leurs échanges avec les praticiens hospitaliers pour une hospitalisation d'urgence

Tableau n°12 : le moyen utilisé pour fournir les informations lors d'une hospitalisation d'urgence

Réponse	Pourcentage
Un mail avec accusé de réception	20.66 % (n=25)
Un courrier donné au patient	36.36 % (n=44)
Un courrier faxé	3.31 % (n=4)
Un appel téléphonique avec l'urgentiste	33.06 % (n=40)
Le centre de régulation 15	0.83 % (n=1)
Autre	4.13 % (n=5)
Non répondants	1.65 % (n=2)

Tableau n°13 : le moyen de communication souhaité pour recevoir le compte-rendu de sortie d'hospitalisation d'urgence

Réponse	Pourcentage
Un courrier manuscrit donné au patient	8.26 % (n=10)
Un courrier tapé à l'ordinateur et donné au patient	18.18 % (n=22)
Un courrier envoyé au cabinet du médecin traitant	8.26 % (n=10)
Un document faxé	4.13 % (n=5)
Un mail avec accusé de réception	54.55 % (n=66)
Autre	4.96 % (n=6)
Non répondants	1.65 % (n=2)

Tableau n°14 : le délai de transmission souhaité pour le document de synthèse d'hospitalisation

<b>Réponse</b>	<b>Pourcentage</b>
Le jour même	66.12 % (n=80)
1 à 3 jours	29.75 % (n=36)
4 à 7 jours	2.48 % (n=3)
Plus de 7 jours	0% (n=0)
Indifférent	0% (n=0)
Non répondeurs	1.65 % (n=2)

## **Avis des médecins généralistes pour améliorer leurs échanges avec les praticiens hospitaliers pour un conseil de prise en charge**

Tableau n°15 : le moyen souhaité pour transmettre les données cliniques du patient pour un conseil de prise en charge

<b>Réponse</b>	<b>Pourcentage</b>
Un appel téléphonique avec répertoire téléphonique des spécialistes remis à jour	49.59 % (n=60)
Un mail avec accusé de réception	36.36 % (n=44)
Un centre d'appel avec un clinicien affecté à cette fonction	3.31 % (n=4)
Un document standardisé faxé	4.13 % (n=5)
Autre	1.65 % (n=2)
Non répondants	4.96 % (n=6)

Tableau n°16 : les moyens souhaités pour transmettre les données cliniques du patient pour une prise de rendez-vous

<b>Réponse</b>	<b>Pourcentage</b>
Un appel téléphonique avec répertoire téléphonique des spécialistes remis à jour	23.14 % (n=28)
Un mail avec accusé de réception	46.28 % (n=56)
Un document standardisé faxé	12.40 % (n=15)
Autre	11.57 % (n=14)
Non répondants	6.61 % (n=8)

Tableau 17 : le moyen souhaité pour avoir les conclusions de la consultation spécialisée

<b>Réponse</b>	<b>Pourcentage</b>
Un appel téléphonique	3.31 % (n=4)
Un document faxé	1.65 % (n=2)
Un courrier simple	34.71 % (n=42)
Mail avec accusé de réception	52.07 % (n=63)
Un document de retour standardisé	0.83 % (n=1)
Autre	4.13 % (n=5)
Non répondeurs	3.31 % (n=4)

## **Avis des médecins généralistes pour améliorer leurs échanges avec les praticiens hospitaliers par le biais d'autres moyens de communication**

Tableau 18 : les réunions pluridisciplinaires paraissent-elles un bon moyen pour améliorer les échanges avec les praticiens hospitaliers

<b>Réponse</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	51.24 % (n=62)
Non	18.18 % (n=22)
Non répondeurs	30.58 % (n=37)

Tableau n°19 : le mode d'intervention souhaité dans les RCP pour les médecins généralistes

<b>Réponse</b>	<b>Pourcentage</b>
Être convié au RCP	27.27 % (n=33)
Remplir un formulaire standardisé	19.83 % (n=24)
Être présent par intranet	19.01 % (n=23)
Autre	3.31 % (n=4)
Non répondeurs	30.58 % (n=37)

Tableau n°20 : les formations médicales continues paraissent-elles un bon moyen pour améliorer les échanges avec les praticiens hospitaliers

Réponse	Pourcentage
Oui	73.55 % (n=89)
Non	16.53 % (n=20)
Non répondeurs	9.92 % (n=12)

Tableau 21 : le souhait des médecins généralistes pour la présence du praticien hospitalier dans les formations médicales continues

Réponse	Pourcentage
Oui	75.21 % (n=91)
Non	5.79 % (n=7)
Autre	6.61 % (n=8)
Non répondeurs	12.40 % (n=15)

Tableau n°22 : l'avis du médecin généraliste sur le rôle du spécialiste dans les formations médicales continues

Réponse	Pourcentage
Expert	38.02 % (n=46)
Participant	20.66 % (n=25)
Animateur	12.40 % (n=15)
Non répondeurs	4.13 % (n=5)

FABRE LAURE

## **TITRE : COMMUNICATION VILLE-HÔPITAL : QU'ATTENDENT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE MIDI-PYRÉNÉES**

Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées

**Ville et date de soutenance : Toulouse le 2 Décembre 2014**

**Introduction :** Notre étude avait pour but de consulter les médecins généralistes pour déterminer les moyens d'échange qu'ils souhaiteraient mettre en place avec leurs confrères hospitaliers afin d'améliorer la continuité des soins.

**Méthode :** Une étude descriptive transversale a été menée de janvier à avril 2014 par le biais d'un questionnaire envoyé aux médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Elle a permis d'évaluer leur satisfaction au sujet de la coopération avec les praticiens hospitaliers, leurs souhaits sur l'utilisation de certains modes de communication et le délai de réception lors de la transmission des informations médicales.

**Résultats :** Sur les 1 650 questionnaires envoyés, nous avons obtenu 121 réponses analysables soit un taux de réponse de 7.3 %. 54.55 % des médecins répondus se déclaraient satisfaits de leur relation avec les praticiens hospitaliers. Pour les hospitalisations planifiées, les médecins généralistes préféraient dans plus de la moitié des cas communiquer avec le praticien hospitalier par téléphone et recevoir les informations sur leur patient par mail le jour même. Pour les hospitalisations d'urgence, 36 % des médecins généralistes souhaitaient fournir un courrier donné au patient lors de l'admission et 54 % des répondus voulaient recevoir le compte rendu de l'hospitalisation par mail le jour même. Pour un avis médical informel, l'appel téléphonique était estimé par près de la moitié des répondus comme le meilleur moyen de communication et le mail était préféré pour fournir et recevoir les données cliniques du patient. Les réunions pluridisciplinaires et les formations médicales continues étaient considérées respectivement par 51 % et 73 % des répondus comme un bon moyen pour améliorer les échanges avec les praticiens hospitaliers.

**Discussion :** Malgré une communication avec les praticiens hospitaliers apparemment satisfaisante, les résultats montraient une discordance entre les préférences du médecin généraliste pour certains outils de communication avec les praticiens hospitaliers et la pratique. Les attentes des médecins généralistes quant à un usage plus important des mails sont suivies au niveau politique avec la mise en place par l'ARS depuis septembre 2013 de Médimail qui commence à se développer.

**Conclusion :** L'amélioration de la coordination ville-hôpital, par la mise en place entre autres d'outils de communication efficaces et d'échanges dans les formations médicales, pourrait contribuer à une meilleure continuité des soins.

**Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Mots-clés : communication interprofessionnelle, relation ville-hôpital, hospitalisation planifiée, soins primaires, médecins généralistes, continuité des soins, outils de communication**

**Intitulé et adresse de l'UFR : Faculté de Médecine Ranguel – 133, route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France**

**Directeur de thèse : Dr Jordan Birebent**