

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 7 mars 2024

Par Agnese BOVIO

Etude de la satisfaction des professionnels de santé sur la communication ville-hôpital pour le suivi post-opératoire des patients de chirurgie pédiatrique, pris en charge en ambulatoire à l'HME de Limoges, à l'aide des outils numériques sécurisés en santé

Thèse dirigée par M. le Professeur Laurent FOURCADE

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Quentin BALLOUHEY

Mme le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA

M. le Docteur François BERTIN

Mme Delphine BOURGEOIS

Présidente du jury

Juge

Juge

Juge

Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 7 mars 2024

Par Agnese BOVIO

Etude de la satisfaction des professionnels de santé sur la communication ville-hôpital pour le suivi post-opératoire des patients de chirurgie pédiatrique, pris en charge en ambulatoire à l'HME de Limoges, à l'aide des outils numériques sécurisés en santé

Thèse dirigée par M. le Professeur Laurent FOURCADE

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Quentin BALLOUHEY

Mme le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA

M. le Docteur François BERTIN

Mme Delphine BOURGEOIS

Présidente du jury

Juge

Juge

Juge

Membre invité



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
HERAULT Kévin
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

A Jérôme,
Mon chéri pour toujours

Remerciements

Madame le Professeur Nathalie Dumoitier,

merci d'avoir accepté de présider le jury pour cette thèse.

Monsieur le Professeur Laurent Fourcade,

merci pour le soutien et l'implication dans ce travail de thèse. Ça a été un voyage. Nous avons navigué à vue, abordé différentes côtes pour puis changer de route, traversé des tempêtes, mais on a su tenir le cap et on arrive enfin à Ithaque.

Monsieur le Professeur Quentin Ballouhey,

merci d'être là pour juger cette thèse, et surtout merci d'avoir été là pendant mon stage en chirurgie pédiatrique. J'ai appris beaucoup à vos côtés, tant au niveau professionnel quant au niveau humain.

Madame le Docteur Coralie Bureau-Yniesta,

merci d'avoir accepté de juger ce travail. Merci surtout d'avoir été là pour moi dans le moment le plus difficile.

Monsieur le Docteur François Bertin,

merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci de l'intérêt que vous avez porté à l'égard de ce sujet de cette thèse.

Madame Delphine Bourgeois,

merci de votre présence pour la soutenance de cette thèse. Vos conseils m'ont été très précieux et ont permis la naissance de ce travail.

Aux **Docteurs Céline Grosos et Pauline Lopez**, merci pour votre participation et implication dans ce travail.

Au **Docteur Emilie Auditeau**, merci pour l'aide significatif pour les statistiques : sans vous j'aurais été perdue au milieu des chiffres.

A **Régilla**, merci pour la disponibilité et l'aide pour faire progresser cette thèse.

A **Stéphanie et Sandrine**, magnifiques secrétaires de chirurgie pédiatrique, merci d'avoir été le moteur de ce travail, merci pour votre disponibilité et votre amitié.

A toutes les personnes croisées sur la route de mon internat, merci pour ces rencontres enrichissantes. Spécialement merci à la « team » de chirurgie pédiatrique (**Marie, Timothée, Edouard**) et de gynécologie du CH de Tulle (**Eden, Zélie, Salwa, Léonor, Loïc, Laura**).

Merci à **Stéphanie et Benoît**, vous avez trouvé la façon de me motiver pour terminer cette thèse : les bons repas partagés ensemble !

Merci à **Manon, avec Jovanny**, tu m'as aidé dès le premier jour des choix de stage et tu n'as plus arrêté. Merci pour tes conseils, ta présence et surtout merci pour être toujours partante pour mes idées farfelues : dès la randonnée de 22km, à l'escalade en voie, en passant par des milliers de chaussettes !

A **Carla et Thomas avec Leonardo**, merci pour tous les moments partagés ensemble. La lotta contro l'amministrazione francese ha saldato la nostra amicizia già quattro anni fa, da allora abbiamo collezionato molti altri momenti : pizze, giochi da tavola, shopping, e in ultimo pure la riparazione di una porta ! "Incroyable" come direbbe Jérôme !

Linn et Marien, merci de m'avoir ouvert la porte de votre maison et de votre cœur, merci d'être FAMILLE pour moi. Vous êtes mon point de référence, vous avez été mon soutien dans les meilleurs moments et dans les pires. Les souvenirs avec vous vont dès la sortie de l'A20 ratée, jusqu'aux chansons de Pat'Patrouille. Je fais trésor de tous ces moments en votre compagnie. Et encore, merci de m'avoir permis d'être Tata pour **Elaïs et Lévi**.

Grazie alla truppa di sostegno dall'Italia (e Sainté) : **Divà, Angie con Sam, Barty, Setina** ; soprattutto grazie per la vostra pazienza coi miei bugs informatici.

A **Giulia e Emanuele**, grazie di essere fonte d'ispirazione per viaggi, cibo, vino, e chi più ne ha più ne metta !

Last but not least, grazie a **mamma e papi**, senza i quali non saprei come fare ! Grazie per esserci sempre per tutto, anche se non sono a Multedo !

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

ARS = Agence Régionale de Santé

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CINERGe-santé = Campus Interprofessionnel Numérique d'Enseignement et de formation aux usages en e-santé

CNOM = Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRH = compte-rendu d'hospitalisation

CRO = compte rendu opératoire

DRESS = Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DUENES = Département Universitaire d'Enseignement Numérique en Santé

GRADes = Groupements d'Appui au Développement de la e-santé

HAS = Haute Autorité de Santé

HDJ = Hospitalisation de jour

HME = Hôpital Mère Enfant

IBODE = infirmier/ère de bloc opératoire diplômé/e d'état

MSS = Messagerie Sécurisée de Santé

MSU = maître de stage universitaire

MT = médecin(s) traitant(s)

RDV = rendez-vous

RSCA = récit de situation complexe authentique

ZAC = zone d'action complémentaire

ZIP = zone d'intervention prioritaire

Table des matières

Préambule.....	20
I.1. L'exposé du problème.....	20
I.1.1. La vision du problème du côté du médecin généraliste	20
I.1.2. La vision du problème du côté du chirurgien.....	21
I.2. L'analyse du problème	22
Travail de thèse.....	24
I. Introduction	25
II. Matériel et méthodes	26
II.1. Objectifs de l'étude	26
II.1.1. Objectif principal.....	26
II.1.2. Objectifs secondaires	26
II.2. Type d'étude	26
II.3. Population de l'étude	26
II.3.1. Critères d'inclusion	26
II.3.2. Critères d'exclusion	27
II.4. Déroulement de l'étude	27
II.5. L'analyse statistique.....	29
II.5.1. Analyse principale	29
II.5.2. Analyse secondaire	29
III. Résultats	30
IV. Discussion	36
Conclusion	41
Références bibliographiques	42
Annexes	44
Serment d'Hippocrate.....	57

Table des illustrations

Figure 1 : frise chronologique de l'étude	27
Figure 2 : diagramme de flux de l'étude.....	30
Figure 3 : Carte géographique zonage Nouvelle Aquitaine.....	54
Figure 4 : Localisation des cabinets des médecins généralistes répondants à l'étude, par rapport à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges.....	56

Table des tableaux

Tableau 1 : objectif principal	31
Tableau 2 : raisons pour ne pas avoir donné un retour au chirurgien lors de la consultation post-opératoire	32
Tableau 3 : fréquence d'utilisation des outils numériques de santé	33
Tableau 4 : deuxième objectif secondaire.....	34
Tableau 5 : troisième objectif secondaire.....	34
Tableau 6 : comparaison de la fréquence d'utilisation des outils numériques avec le sexe et l'âge	35

Préambule

I.1. L'exposé du problème

Ces récits, exposés à la manière des RSCA (récit de situation complexe authentique), sont strictement inventés et ont le but de donner la vision d'un monde dystopique où la communication ville-hôpital est dysfonctionnelle, complètement inefficace, voire inexistante.

« Toute ressemblance avec des faits et des personnages existants ou ayant existé serait purement fortuite et ne pourrait être que le fruit d'une pure coïncidence »

I.1.1. La vision du problème du côté du médecin généraliste

Pendant une journée habituelle de consultations, j'arrive enfin au dernier patient de la matinée, c'est un enfant de 6 ans. Le secrétariat a noté comme motif de consultation : contrôle post-opératoire, mais je n'arrive pas à visualiser ce qu'il a eu comme intervention ? Je me dis que je vais vite le découvrir de toute façon, j'appelle le père et l'enfant dans mon bureau.

« Bonjour Docteur, on vient car Jason a été opéré il y a un mois et ils nous ont dit de venir vous voir pour contrôler que tout va bien ». Je prends le temps d'insérer la carte vitale pour ouvrir le dossier sur le logiciel, dernière consultation il y a deux mois et c'était pour un rhume. Aucune trace d'une consultation chez le chirurgien, aucun compte rendu opératoire ni d'hospitalisation. Je me demande ce que je peux bien contrôler sans avoir aucune information de la part du chirurgien ! Je questionne alors le père et lui demande de m'expliquer ce qu'il sait : « Jason a été opéré d'une boule qu'il avait au niveau inguinal, là à gauche. » A priori l'intervention se serait bien déroulée et il est sorti le jour même avec un pansement à retirer après quelques jours.

Je fais installer Jason sur la table d'examen, je lui demande de baisser un peu l'élastique du pantalon et je vois un pansement sec qui couvre la cicatrice. D'un regard dubitatif je me tourne vers le père : « et ça ? » ; « oui Docteur, on le met juste pour protéger un peu la peau qui est encore trop sensible, c'est le chirurgien qui l'a dit ». Plusieurs questions me viennent à l'esprit. Est-ce que cette cicatrice est censée être encore si sensible à un mois de l'intervention ? Est-ce que ces sont vraiment les indications du chirurgien ou peut-être les parents n'ont pas tout retenu de comment gérer cette cicatrice ? Vu que le chirurgien ne m'a rien transmis je ne peux pas connaître le protocole qu'il avait préconisé et les consignes de soin.

J'essaie de ne pas laisser transparaître mon énervement envers le chirurgien, et j'enlève ce pansement. Deuxième surprise de la consultation : une cicatrice parfaite pour les deux tiers, et puis un bourgeonnement à une des deux extrémités. « Oui, on a vu apparaître ça il y a environ deux semaines ». S'agit-il d'une déhiscence ? Est-ce juste une réaction au fils ? Est-ce un point de la suture intradermique qui essaye de se résorber ? Je pense qu'il serait mieux que le chirurgien puisse voir cette complication de la cicatrice lui-même.

Je me remets face à l'ordinateur, j'appelle le standard du CHU, 4 personnes en attente avant moi puis, finalement, la standardiste me bascule vers le numéro de la secrétaire du chirurgien. Dix minutes d'attente à entendre une jolie musique, qui au fil du temps devient insupportable, et puis la communication se coupe. C'est déjà la pause repas peut-être ? Mais après je ne vais pas avoir le temps de rappeler, j'ai des visites à faire et je dois manger moi aussi ! Deuxième essai, j'arrive enfin à avoir la secrétaire : « ne quittez pas ! ». La consultation qui devait durer 20 minutes est déjà à plus de 30. « Le chirurgien n'est pas de garde et n'est pas joignable en ce moment, vous n'avez qu'à rappeler dans l'après-midi ». Vu le planning chargé

de cet après-midi, à peine j'aurai le temps de voir les résultats des biologies, encore moins de rappeler le chirurgien, le même qui n'a fait aucun effort pour me transmettre les informations concernant mon patient.

« Je suis désolée Monsieur, mais il faut que vous ameniez Jason aux urgences, c'est la seule possibilité d'avoir un avis sur cette cicatrice, je n'arrive pas à avoir le chirurgien au téléphone, vous pourrez le voir directement là-bas. ». Déçue de cette impossibilité de communiquer avec l'hôpital, je me prépare, en retard, pour mes visites.

I.1.2. La vision du problème du côté du chirurgien

Je me dirige au bloc de bonne heure, comme chaque mercredi j'ai trois à quatre interventions de prévues. Si tout se passe bien, je pourrais terminer en début d'après-midi et dédier le temps restant aux sorties d'hospitalisation.

La première opération se déroule sans problèmes, et on peut vite enchaîner avec la deuxième et puis la troisième, une posthémectomie.

Pile au milieu de cette intervention, mon portable de service resonance dans le bloc opératoire. Je me questionne un instant, je ne suis pas de garde donc il doit y avoir un problème dans le service j'imagine. Une gentille IBODE répond à ma place.

« Ce sont les urgences, ils disent qu'il y a un de vos patients, opéré il y a un mois, pour un problème de cicatrice. »

Je sais que c'est à moi de gérer et pas au chirurgien de garde vu que c'est moi qui avais opéré l'enfant, mais là je suis en plein dans une intervention, je dois me concentrer pour bien terminer mon travail sur la table opératoire et en même temps je me demande ce qui pourrait bien être ce problème à un mois post-opératoire.

Enfin je leur fais dire que je passerai à la fin de cette intervention et avant la prochaine, mais dans ma tête je pense qu'il ne faudrait vraiment pas que ce soit un problème qui prend du temps, je ne peux pas faire retarder la quatrième intervention car l'enfant doit pouvoir être gardé assez d'heures en surveillance post-opératoire pour pouvoir le laisser partir avant ce soir, comme prévu pour chaque hospitalisation de jour.

De plus, je pensais grignoter un truc avec le personnel du bloc avant le prochain enfant, il est quand même déjà 13 heures et j'aimerais reprendre un peu d'énergie pour continuer la journée. Était-il vraiment nécessaire ce passage aux urgences ?

Je termine la suture et le pansement, je change ma tenue de bloc pour ma blouse et je me dirige envers les urgences.

Dans un box je découvre le petit Jason, que j'avais opéré d'une cure d'hernie inguinale le mois dernier. « Alors, qu'est-ce qu'il se passe à ce bonhomme ? ». Le père m'explique : « On a vu notre MT pour le contrôle post-opératoire et il nous a dit de venir ici pour vous montrer un problème de sa cicatrice ». Mais le père n'a aucun courrier du MT pour moi, je me questionne alors, est-ce qu'ils sont vraiment allés le consulter ou sont-ils venus directement aux urgences sans prendre d'abord un premier avis médical ?

Enfin je découvre un probable petit granulome au niveau du nœud du fil de suture résorbable. L'aspect est plutôt réassurant, je leur donne les indications pour des soins et je demanderai à la secrétaire de les contacter pour leur fixer un autre rendez-vous de contrôle.

Je repars vers le bloc, je pense au fait que j'ai encore une intervention à effectuer, en retard en plus, puis je devrai faire tous les papiers pour les opérés du jour, et j'ai encore les patients du service à revoir. En tout ça je n'ai pas encore mangé et mon estomac me le rappelle. Est-ce que le MT n'aurait pas pu me contacter directement pour cet avis de cicatrice ? J'aurais pu programmer un rendez-vous pour l'enfant le jour suivant sans besoin de basculer tout mon planning de la journée. Évidemment ça doit être trop lourd de décrocher le téléphone.

I.2. L'analyse du problème

Ces deux récits mettent en évidence les problèmes, tant en ville qu'à l'hôpital, liés au manque de communication entre les professionnels de santé. La plupart des fois la situation est probablement moins catastrophique que celle décrite ici, mais parfois elle y ressemble encore trop. Des CRO ou CRH jamais reçus ou reçus des mois après l'hospitalisation, des médecins injoignables, des courriers d'adressage absents, tout ça est encore la réalité dans certains cas (1).

Le parcours patient, typique, se déroule autour de la figure clé du médecin traitant. On peut le visualiser comme un processus temporel continu, avec des périodes plus ou moins longues de transfert de prise en charge du patient vers un collègue spécialiste en milieu hospitalier. Le séjour hospitalier terminé, le médecin généraliste doit rétablir la continuité des soins et il lui est essentiel savoir s'il y a eu une modification de l'état général du patient, ou de son traitement, et si un protocole de suivi est prévu. La communication entre médecin traitant et praticien hospitalier doit donc assurer la continuité du processus de prise en charge, afin que le médecin généraliste puisse reprendre la main sur le suivi de son patient à la fin de l'hospitalisation (2)(3).

La communication entre professionnels de santé évolue avec son époque, et repose de plus en plus sur les différents outils numériques en santé qui sont apparus dans le monde médical depuis l'an 2000. On parle alors de e-santé ou santé numérique, définie comme l'usage d'internet et de technologies de l'information à des fins cliniques, éducationnelles et administratives, localement et à distance (4).

Dans le quatrième baromètre «L'utilisation des smartphones par les médecins » porté par le CNOM en 2016, il est ressorti que 96% des médecins libéraux interrogés sont informatisés et possèdent un ordinateur au cabinet, 84% du même échantillon échange avec d'autres professionnels de santé par mail mais seulement 44% via une messagerie sécurisée (5).

De plus, l'utilisation d'outils numériques pourrait aider à pallier un gros défi de santé publique de plus en plus prégnant : la désertification médicale. Depuis le début des années 2000 le déficit territorial en médecins augmente, le recours aux médecins spécialistes devient plus difficile, les centres experts sont souvent éloignés, et les médecins généralistes se retrouvent plus isolés.

Le développement des outils numériques en santé et leur utilisation par les médecins ne semblent donc pas aller à la même vitesse. Une étude réalisée auprès de médecins généralistes en 2020 confirme effectivement une insatisfaction globale envers leurs outils numériques (logiciel métier, agenda numérique, téléconsultation) (6).

Les outils qui devraient faciliter la communication et la coordination entre professionnels de santé ne semblent pas répondre aux besoins des médecins utilisateurs.

Dans ce travail de thèse nous souhaitons donc connaître l'état des lieux de la communication ville-hôpital et le ressenti en termes de satisfactions des deux principaux acteurs de soin, pour

comprendre comment orienter le progrès du développement des outils numériques en santé, afin de fluidifier et améliorer cette communication entre professionnels de santé, fondamentale pour assurer la meilleure prise en charge et le suivi des patients.

Travail de thèse

I. Introduction

Dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, c'est le médecin traitant qui est en charge, en lien avec le chirurgien, du suivi post-opératoire du patient (7).

Cette facilitation de la continuité et de la proximité des soins doit être accompagnée par une fluidité de la communication entre le médecin traitant et le chirurgien.

La communication entre ces deux acteurs de santé n'est cependant pas toujours fluide, souvent à cause d'un problème de disponibilité et/ou de formation empêchant une communication efficace. Il peut s'en suivre de graves conséquences pour la santé du patient (défaut de prise en charge), mais aussi un retentissement médico-économique non négligeable (consultations inopinées, recours inopiné aux urgences, examens complémentaires en doublon...) (8).

Depuis maintenant plusieurs années, pour améliorer la prise en charge des patients, différentes tutelles de santé ont favorisé la conversion vers le numérique, en déployant des outils numériques de santé. Parmi ces derniers on citera les messageries de santé sécurisées, et les outils numériques de coordination des professionnels de santé (9).

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la satisfaction des professionnels de santé médicaux sur la communication « ville – hôpital », dans le cadre de la prise en charge en chirurgie ambulatoire de pathologies pédiatriques, en étudiant aussi l'usage des outils numériques déjà déployés.

II. Matériel et méthodes

II.1. Objectifs de l'étude

II.1.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la satisfaction de la communication ville-hôpital, auprès des médecins traitants et des chirurgiens, impliqués dans l'intervention et le suivi post-opératoire d'enfants opérés en chirurgie ambulatoire dans le service de chirurgie infantile de l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges (HME), pour cinq types de pathologie : la posthectomie, la cure d'hernie inguinale, le cure d'hydrocèle, l'ablation de kyste du cordon spermatique, l'abaissement testiculaire.

II.1.2. Objectifs secondaires

Le premier objectif secondaire de l'étude était d'évaluer le fonctionnement de la communication ville-hôpital, donc entre le médecin traitant et le chirurgien, dans le suivi post-opératoire.

Le deuxième objectif secondaire de l'étude était l'évaluation de l'utilisation des outils numériques sécurisés de santé, tant dans la pratique habituelle quotidienne, que dans la communication ville-hôpital étudiée dans le premier objectif secondaire.

Le troisième objectif secondaire de l'étude était l'évaluation de l'association entre la zone géographique du cabinet du médecin traitant et l'utilisation qu'il fait des outils numériques dans sa pratique quotidienne. La zone géographique étant définie par la distance du cabinet par rapport à l'HME de Limoges, et l'appartenance de la ville d'installation à un particulier zonage défini par l'agence régionale de santé (ARS) de la Nouvelle Aquitaine (10)(11).

II.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale de satisfaction, conduite entre janvier 2023 et novembre 2023.

II.3. Population de l'étude

L'étude concernait les médecins traitants et les chirurgiens viscéraux pédiatriques, impliqués dans l'intervention et le suivi post-opératoire d'enfants opérés en chirurgie ambulatoire à l'HME de Limoges, pour cinq types de pathologie : la posthectomie, la cure d'hernie inguinale, le cure d'hydrocèle, l'ablation de kyste du cordon spermatique, l'abaissement testiculaire.

II.3.1. Critères d'inclusion

Tous les chirurgiens viscéraux opérants à l'HME de Limoges durant le période de l'étude, soit trois, ont été inclus.

Les médecins généralistes inclus sont les médecins traitants d'un enfant opéré en chirurgie ambulatoire à l'HME pour une des cinq pathologies retenues, et qui ont donné leur consensus oral à la participation à l'étude lors de l'appel informatif.

Selon le service de l'information médicale du CHU de Limoges, en 2019, donc en époque pré-COVID, environ 300 interventions concernant les cinq pathologies ciblées dans cette étude avaient été effectuées dans le service de chirurgie pédiatrique de l'HME de Limoges.

En l'absence d'hypothèse préalable sur le score de satisfaction des médecins traitants sur la communication ville-hôpital dans la littérature, et considérant la durée de l'étude inférieure à un an, cette étude est à considérer comme une étude pilote, nous incitant à cibler environ 100 médecins traitants (MT) à inclure.

II.3.2. Critères d'exclusion

Dans cette étude ont été exclus les MT d'enfants opérés dans le service de chirurgie infantile ambulatoire pour toute autre indication hors les cinq pathologies considérées. En plus, si dans le même temps opératoire pour un tel patient, il y a eu la réalisation de deux ou plus interventions, même si elles appartenaient au groupe des cinq pathologies ciblées, le MT a été exclu.

Les pédiatres, même s'ils étaient le médecin référent pour l'enfant opéré, n'ont pas été retenus dans cette étude.

Etant donné qu'une partie du questionnaire porte sur les pratiques habituelles de communication, et non sur un épisode spécifique de communication, les médecins traitants qui se sont trouvés à avoir un deuxième patient opéré en chirurgie ambulatoire pour une des cinq pathologies ciblées, ont été exclus à partir du deuxième patient. Leur participation concernant la communication autour du suivi post-opératoire du premier patient est maintenue.

II.4. Déroulement de l'étude

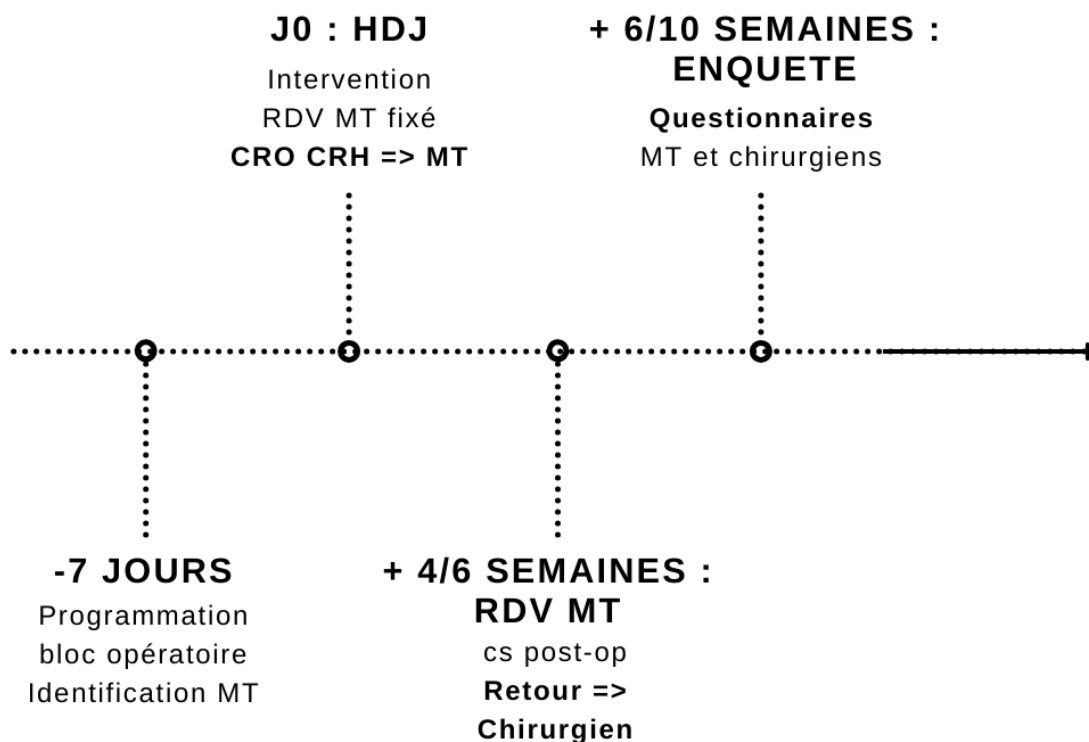


Figure 1 : frise chronologique de l'étude

Lors de la programmation des interventions prévues pour la semaine suivante, les opérations faisant parties des 5 retenues dans cette étude ont été ciblées par les chirurgiens. A la suite de ce repérage, le jour de l'intervention un formulaire a été donné à la famille du patient pour recueillir les coordonnées des principaux intervenants du parcours de soin de l'enfant : médecin traitant, infirmier/ère, pharmacie, kinésithérapeute. Avant la sortie de l'hospitalisation

de jour, les secrétaires de l'hôpital de jour (HDJ) ont fixé ainsi un rendez-vous de contrôle post-opératoire chez le MT de l'enfant, à un mois +/- 2 semaines après la chirurgie. Un papier mémo de ce rendez-vous a été donné à la famille avec les autres consignes post-opératoires.

La lettre de sortie et le compte rendu opératoire ont été adressés le jour même au médecin traitant via un outil numérique, s'il en possédait un (MSS, Paaco Globule...), ou via un envoi postal.

A noter que, dans le service de chirurgie infantile de l'HME de Limoges, il est de routine que pour chaque patient opéré en ambulatoire, l'infirmière de programmation de l'HDJ crée un dossier avec les correspondants du patient sur Paaco Globule, outil numérique de communication et coordination de santé. Une durée de partage du dossier est préétablie pour chaque pathologie, celle-ci dépassée, le dossier est clôturé.

Dans le compte-rendu d'hospitalisation, le chirurgien a demandé au médecin traitant à avoir un retour de la consultation post opératoire effectuée à un mois. Ce retour pouvait être fait soit à travers les outils numériques, soit via un courrier classique.

Entre 6 et 10 semaines après l'intervention, le MT a été contacté téléphoniquement par le médecin investigateur (Agnese Bovio dès janvier à mai 2023 et Régilla Godwin dès mai à novembre 2023) pour proposer l'enquête de satisfaction. En acceptant, ils ont communiqué leur adresse mail, personnelle ou du cabinet, pour leur transmettre le lien aux questionnaires en ligne.

Les questionnaires ont été créés sur la plateforme proposée par l'université de Limoges, KoBoToolbox®.

Pour les questions sur la satisfaction, nous avons repris le modèle du questionnaire e-Satis de l'Haute Autorité de Santé (HAS), mis au point pour la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés (12). Nous en avons modifié l'échelle de satisfaction pour avoir seulement 4 options de réponse, éliminant donc l'option neutre.

Les questionnaires ont été co-construits avec l'aide de Emilie Auditeau, méthodologiste et maître de conférences en santé publique à l'université de Limoges, et de Mme Delphine Bourgeois, membre du GRADes ESEA.

Un pré-test du questionnaire pour les MT a été soumis à deux maîtres de stage universitaire (MSU). Des modifications mineures ont été apportées à la suite de leurs retours.

Les questionnaires portaient sur les caractéristiques démographiques des médecins, sur le déroulement du suivi post-opératoire, sur la satisfaction de la communication ville-hôpital et sur l'utilisation des outils numériques de santé (annexe 1).

Pour la partie sur la satisfaction de la communication ville-hôpital, les chirurgiens ont été interrogés seulement s'ils avaient reçu un retour du MT lors de la consultation post-opératoire.

Dans le but d'informer les MT concernés par cette étude en amont du moment de recueil des données, une courte présentation de ce travail a été insérée dans le compte rendu d'hospitalisation. Il s'agit d'un diaporama commenté, réalisé par l'équipe du Département Universitaire d'Enseignement Numérique en Santé (DUENES) de Limoges.

En lien avec le progrès des outils numériques en santé, nous avons décidé de formuler cette présentation sous forme de vidéo, accessible à partir d'un QR Code qui a été inséré à la fin des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) adressés aux MT (annexe 2).

II.5. L'analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata 11®. Le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques a été fixé à 0,05.

Les variables qualitatives sont décrites en effectifs et pourcentages et les variables quantitatives par les moyennes et écart-types.

II.5.1. Analyse principale

L'analyse principale consiste à calculer les scores de satisfaction (global et par questions), qui sont décrits par la moyenne +/- écart type, sur 40 points (10 questions) pour les médecins traitants et 12 points (3 questions) pour les chirurgiens.

Le critère de jugement principal est le score de satisfaction global et questions par questions.

II.5.2. Analyse secondaire

Le critère de jugement associé à l'objectif secondaire 1 est le pourcentage des retours post-opératoires reçus par le chirurgien de la part du médecin traitant sur le nombre total des MT sollicités.

Le critère de jugement associé à l'objectif secondaire 2 est (i) le pourcentage des retours pour chaque outil numérique et (ii) le pourcentage des outils utilisés dans la pratique quotidienne.

Le critère de jugement associé à l'objectif secondaire 3 est la comparaison de la fréquence d'utilisation des outils numériques par les MT en fonction de la distance à l'HME et de l'appartenance à une zone géographique définie par l'ARS (annexe 3).

La comparaison des moyennes des scores en fonction du sexe est réalisée par un test non paramétrique de Mann-Whitney et un coefficient de corrélation entre l'âge et le score de satisfaction a été calculé.

La comparaison des outils utilisés en fonction du sexe a été réalisée par un test exact de Fisher et la comparaison des moyennes d'âge en fonction des outils utilisés a été faite grâce à un test de Mann-Whitney.

Ce projet d'étude a été approuvé par le comité d'éthique du CHU de Limoges sous le numéro 536-2021-192 (annexe 4).

III. Résultats

Au total, 78 médecins généralistes ont été contactés, 18 médecins généralistes et 3 chirurgiens ont participé à l'étude.

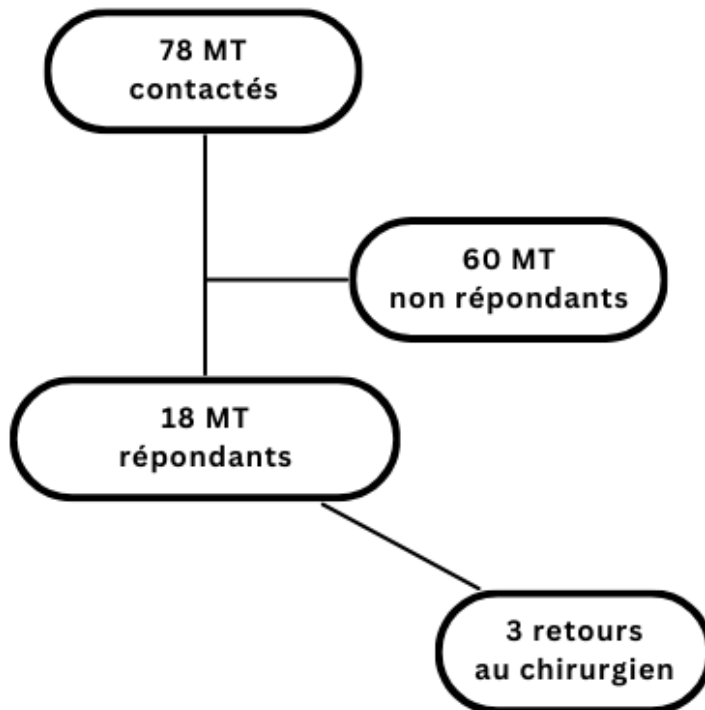


Figure 2 : diagramme de flux de l'étude

La satisfaction sur la communication ville-hôpital

Pour évaluer notre objectif principal, c'est-à-dire la satisfaction des professionnels de santé sur la communication ville-hôpital, nous avons classé les résultats selon quatre classes de satisfaction. Nous avons choisi ce classement en analogie avec les résultats du questionnaire e-Satis de l'HAS, qui porte sur la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés.

Le score minimal est 0, le maximale est 40 pour les MT et 12 pour les chirurgiens :

- Classe A : pour les MT score $\geq 30,9$, pour les chirurgiens score $\geq 9,3$
- Classe B : pour les MT score $\geq 29,6$ et $< 30,9$, pour les chirurgiens score $\geq 8,9$ et $< 9,3$
- Classe C : pour les MT score $\geq 28,3$ et $< 29,6$, pour les chirurgiens score $\geq 8,5$ et $< 8,9$
- Classe D : pour les MT score $< 28,3$, pour les chirurgiens score $< 8,5$

la classe A étant la meilleure et la classe D la pire (13).

Tableau 1 : objectif principal

Variables	Médecins (N = 18) m +/- EC	Chirurgiens avec retour (N = 3) m +/- EC	Chirurgiens (N = 3) m +/- EC
Score de satisfaction médecin (/40)	25,6 +/- 7,4		
Score de satisfaction chirurgien (/12)		11,7 +/- 0,6	
Variables satisfaction (/4)			
Moyen de réception CRO et CRH	3,7 +/- 0,5		
Utilité des informations CRO et CRH	3,7 +/- 0,5	4	
Clarté des informations CRO et CRH	3,7 +/- 0,5	4	
Facilité communication avec outils	2,3 +/- 0,8		1,7 +/- 0,6
Coordination entre soignants avec outils	2,3 +/- 0,9		2
Sécurité des données échangées	2,8 +/- 1,0		2,7 +/- 0,6
Temps passé pour se former aux outils	2,2 +/- 1,1		2,7 +/- 0,6
Optimisation du temps de travail	2,3 +/- 1,0		2
Formation reçue pour l'utilisation des outils	1,8 +/- 0,9		2,3 +/- 0,6
Communication avec chirurgien/médecin	2,7 +/- 0,9	3,7 +/- 0,6	
Difficultés de communication (oui, n(%))	4 (22,2)		

La satisfaction des médecins généraliste quant à la communication avec les chirurgiens semble donc très modérée, avec un résultat moyen au score calculé de 23,6 +/- 7,4 sur 40, soit en moyenne une classification en D, et une note de 2,7 sur 4 à la question directe sur leur satisfaction.

Les CRH et CRO ne semblent pas être mis en cause en termes des 3 items enquêtés, c'est-à-dire le moyen de réception, la clarté et l'utilité des informations contenues. En effet tous les trois points ont obtenu un résultat de 3,7 sur 4.

Le point faible de cette communication apparaît être l'utilisation des outils numériques, qui ne semble pas apporter tout le bénéfice attendu en terme d'expérience utilisateur. La note moyenne des questions concernant la satisfaction relative aux outils numériques revient à 2,28 sur 4, la sécurité des données échangées étant le sujet mieux coté à 2,8 sur 4, et la formation reçue pour l'utilisation des outils la moins cotée à 1,8 sur 4.

Le résultat de la satisfaction des chirurgiens n'est pas vraiment exploitable, en effet nous n'avons pu leur proposer le questionnaire que sur les retours des consultations post-opératoires des MT (3 au final). Il en ressort quand même une satisfaction très positive, avec la moyenne qui se place en classe A.

Le fonctionnement de la communication ville-hôpital

Le premier objectif secondaire de cette étude était d'évaluer le fonctionnement de la communication ville-hôpital, à travers le pourcentage des retours des consultations post-opératoires effectués par les MT envers les chirurgiens. Sur 78 MT inclus, il y a eu que 3 retours, donc 3,9%.

Tentative de description des « non-retours » aux chirurgiens

Tableau 2 : raisons pour ne pas avoir donné un retour au chirurgien lors de la consultation post-opératoire

	Médecins (N = 12) n (%)
Pas l'habitude	9 (75%)
Demande trop de temps	0
Essai avec un outil numérique mais échec	1 (8,3%)
Non utile, le patient va bien	2 (16,7%)
Autre	0

Les retours des consultations post-opératoires ont donc été extrêmement rares (n=3) et, en interrogeant les 12 médecins qui n'ont pas donné de retour mais qui ont répondu à notre questionnaire (sont exclus des 16 MT les 3 médecins dont les patients n'ont pas honoré leur rendez-vous post-opératoire), il semble que principalement c'est parce qu'ils n'en ont pas l'habitude (75%) ou parce qu'ils ne pensaient pas utile faire le retour vu que le patient allait bien (16,7%). Un seul médecin (8,3%) a affirmé avoir essayé de donner le retour via les outils numériques mais, ayant rencontré des difficultés, il a abandonné et a fini par ne pas faire de retour.

L'utilisation des outils numériques

Le deuxième objectif secondaire de l'étude était d'évaluer l'utilisation des outils numériques de santé dans la communication avec le chirurgien et dans la pratique habituelle.

La communication avec le chirurgien correspond donc aux retours effectués lors de la consultation post-opératoire. Il y a eu trois retours, dont deux (66,7%) qui ont été effectués par Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) et un (33,3%) par boîte mail non sécurisée.

Tableau 3 : fréquence d'utilisation des outils numériques de santé

	MT N=18 n (%)	Chirurgiens N=3 n (%)
Fréquence d'utilisation		
Régulière	12 (66,7)	1 (33,3)
Ponctuelle	1 (5,6)	0
Irrégulière	3 (16,7)	0
Rarement	2 (11,1)	2 (66,7)

Concernant la fréquence d'utilisation des outils numériques en santé, la plupart des MT (66,7%) déclare les utiliser de façon régulière (au moins une fois par jour), de façon irrégulière chez 16,7%, seulement rarement chez 11,1% et ponctuellement chez 5,6% (2 à 3 fois par semaine).

Les chirurgiens utilisent moins fréquemment les outils numériques de communication en santé, 66,7% les utiliseraient rarement et seulement 33,3% de façon régulière.

Tableau 4 : deuxième objectif secondaire

Variables	Médecins inclus	Chirurgiens
	(N = 18) n (%)	(N = 3) n (%)
Utilisation quotidienne d'un outil numérique	18 (100,0)	
Type d'outils utilisés		
DMP	15 (83,3)	1 (33,3)
MSS	17 (94,4)	1 (33,3)
Outils de téléconsultation	6 (33,3)	1 (33,3)
Outils de téléexpertise	5 (27,8)	
Outils de coordination des soins	7 (38,9)	2 (66,7)
Outil utilisé en priorité au quotidien		
MSS	11 (61,1)	1 (33,3)
Boîte mail non sécurisée	8 (44,4)	
Outils de téléexpertise	4 (22,2)	
Outils de coordination des soins	2 (11,1)	1 (33,3)
DMP	1 (5,6)	
Autre		1 (33,3) (Téléphone)

Les outils numériques les plus souvent utilisés par les MT sont le DMP (83,3%) et la MSS (94,4%), cette dernière étant utilisée en priorité par 61,1% des médecins interrogés. Cependant, il ressort aussi que 44,4% des MT utilise en priorité une boîte mail non sécurisée, personnelle ou du cabinet.

Le lien avec la géographie

Tableau 5 : troisième objectif secondaire

Fréquence d'utilisation		p value	
Distance HME (km) - utilisation outils			
Rarement/irrégulier	19,1 +/- 17,5 km	0,414	
Ponctuelle/régulier	44,7 +/- 47,4 km		
Zonage - utilisation outils	Zone non sous- dense	ZIP/ZAC	
Rarement/irrégulier	5	0	0,019
Ponctuelle/régulier	5	8	

Afin de pouvoir effectuer les tests statistiques visant à analyser l'usage des outils numériques par rapport à la distance de l'HME et le zonage, donc le troisième objectif secondaire de l'étude, les fréquences d'utilisation des outils numériques ont été regroupées en deux groupes : rarement/irrégulier et ponctuel/régulier.

Au niveau des secteurs géographiques, les résultats sont controversés.

Si nous regardons la fréquence d'utilisation des outils numériques en rapport à la distance entre le cabinet médical et l'HME de Limoges (km calculés à l'aide d'un navigateur en ligne classique), nous ne trouvons pas de différence significative (annexe 5).

En revanche, le lien entre la densité médicale et l'utilisation des outils numériques est statistiquement significatif. En effet, la totalité des médecins qui travaillent en zones sous-denses (ZIP=zone d'intervention prioritaire ou ZAC=zone d'action complémentaire) déclare utiliser les outils numériques de santé de façon ponctuelle/régulière et, au contraire, les médecins qui ont leur cabinet dans des zones non sous-denses sont partagés entre l'utilisation ponctuelle/régulière et rare/irrégulière.

Le lien avec l'âge et le sexe

Tableau 6 : comparaison de la fréquence d'utilisation des outils numériques avec le sexe et l'âge

	Rarement / irrégulier	Ponctuel / régulier	p value
Sexe			
Homme	1 (20,0)	9 (69,2)	0,06
Femme	4 (80,0)	4 (30,8)	
Age	37,4 +/- 3,4	45,8 +/- 10,3	0,043

L'âge moyen par catégorie d'utilisation des outils numériques est significativement plus élevé dans la catégorie ponctuel/régulier, avec une moyenne d'âge de 45,8 +/- 10,3 ans.

Il n'y a pas de différence significative de fréquence d'utilisation entre hommes et femmes, même si une légère tendance se dégage pour les hommes.

IV. Discussion

Cette étude avait pour objectif d'étudier la satisfaction des professionnels de santé concernant la communication ville-hôpital et l'utilisation des outils numériques sécurisés en santé.

Pour cela, notre choix s'est porté sur les binômes composés par le médecin traitant et le chirurgien, d'enfants pris en charge en chirurgie ambulatoire à l'HME.

78 MT ont été ainsi sollicités, avec 3 chirurgiens pédiatres en regard.

Afin de maximiser les chances de réponse, et en lien avec le sujet du numérique en santé, nous avons utilisé un moyen informatique pour présenter l'étude (le QR Code), et les questionnaires ont été réalisés en ligne. Pour incarner l'étude, nous avons décidé de contacter les médecins ciblés par téléphone, pour le leur présenter et se faire reconnaître en tant que consœur. La plupart des médecins, lors de cet appel téléphonique, ont manifesté leur intérêt pour le sujet.

Le taux de réponse aux questionnaires par les médecins généralistes a été de 23%, pourcentage qui reste acceptable pour une thèse d'exercice (14), même si ce taux nous paraît en dessous de nos espérances en rapport avec l'importance du sujet traité.

Lors de la présentation de l'étude au téléphone, deux médecins ont affirmé probablement ne pas avoir le temps d'y répondre, deux autres ont déclaré qu'ils auraient préféré le questionnaire en format papier, d'autres ont indiqué avoir des difficultés à trouver le contact du chirurgien pour lui faire le retour (et demandaient un mail direct pour le contacter), et trois autres ont remarqué qu'ils s'attendaient à accéder à un questionnaire post-opératoire à travers le QR Code contenu dans le CRH.

La communication ville-hôpital

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la satisfaction sur la communication ville-hôpital, donc entre le MT et le chirurgien.

Le bilan de satisfaction ressorti de notre enquête est ambivalent. D'un côté les médecins généralistes sont plutôt tous insatisfaits, de l'autre côté les chirurgiens, qui ont eu le retour de la consultation post-opératoire du MT, sont au contraire très satisfaits. Bien évidemment la satisfaction des chirurgiens, étant évaluée seulement sur trois échanges, est difficile à interpréter. Cependant, nous pouvons imaginer que ce score si élevé peut être lié à l'importance pour le chirurgien d'avoir été tenu au courant sur l'évolution du patient à travers le retour. En effet, dans cette boucle de communication, le MT est souvent l'émetteur et initiateur de la communication ville-hôpital. La plupart des fois c'est le MT qui adresse le patient ou prend contact avec le praticien hospitalier pour un avis. De son côté, le chirurgien est le récepteur et doit adresser une réponse au MT. Pour fermer la boucle de la communication, le MT devrait donc faire un retour au chirurgien (15). Cette restitution d'information confère au chirurgien l'assurance d'être informé de l'évolution du patient commun, dont autrement il n'aurait aucune nouvelle, n'ayant pas le même lien avec le patient que dans le cadre de la médecine de ville (16).

Cette boucle de communication peut présenter des lacunes à différents moments.

Par exemple, nous avons pu constater que, dans le cas du service de chirurgie pédiatrique, la réponse au MT est toujours présente, les CRH, CRO et compte-rendu de consultation sont souvent édités rapidement et adressés au MT sous des courts délais. Ce n'est pas le cas pour tous les services hospitaliers, surtout lorsqu'il s'agit de médecine adulte (17). Le MT reçoit parfois des CRH qui datent de 6 mois auparavant, ou ne reçoit absolument rien (18).

Du côté de l'émetteur, il semble évident que fermer la boucle de la communication en direction de l'hôpital n'est pas encore ancré dans la pratique pour les MT.

Le premier objectif secondaire de cette étude était effectivement d'étudier le fonctionnement de la communication ville-hôpital à travers le pourcentage des retours des consultations post-opératoires du MT envers le chirurgien.

Au total, ces retours ont été au nombre de 3 sur 78, soit 3,9%.

La plupart des MT qui n'ont pas donné de retour ont expliqué qu'ils n'en ont pas l'habitude ou qu'ils ne pensaient pas utile le faire car le patient allait bien. Effectivement, confier les consultations post-opératoires des interventions ambulatoires au MT est une procédure plutôt récente, même si validée par l'HAS (7). On peut voir dans cette démarche de recentrer le parcours patient vers le médecin traitant de la part des chirurgiens pédiatres une confiance envers leurs confrères et consœurs de médecine de ville, partie indispensable de ce parcours patient. Il se peut donc que le MT n'ait pas encore intégré dans sa routine le réflexe de fermer la boucle de communication et sous-estime l'importance pour le chirurgien d'être tenu au courant de l'évolution.

Comme suggéré par trois des MT auditionnés, une piste à explorer pour améliorer le pourcentage de retours aux chirurgiens pourrait être celle d'un questionnaire post-opératoire par pathologie, accessible via un QR Code inséré dans le CRH. Il pourrait s'agir d'un récapitulatif synthétique des points critiques à contrôler après l'intervention, avec un court questionnaire à réadresser au chirurgien. Bien évidemment le MT est en capacité d'évaluer l'évolution post-opératoire sans besoin des indications du chirurgien, mais les consultations post-opératoires pour une même intervention ne représentent qu'un infinitésimal pourcentage des consultations en ville. Alors, l'idée d'être guidés par un récapitulatif bienveillant du chirurgien, pourrait donner une certaine tranquillité d'esprit permettant de bien faire (19). De ce fait, le chirurgien, en renforçant et en améliorant sa communication, faciliterait la réponse et la clôture de la boucle de communication (20), avec la garantie d'une bonne compréhension des objectifs partagés (dans ce cas le contrôle post-opératoire) et en évitant tout malentendu (15).

Dans le but de mieux comprendre les prochains pas à effectuer pour améliorer cette communication ville-hôpital, nous avons intégré dans notre enquête une question ouverte permettant de recueillir des propositions :

- Parmi ces propositions, un chirurgien suggère d'organiser des rencontres en présentiel pour créer un lien avec les MT. Faire connaissance et pouvoir enfin associer un visage à un nom, pourrait améliorer l'implication dans la relation de communication des deux participants.

- En ce qui concerne les médecins généralistes, si certains parlent d'un formulaire via QR Code, en lien avec la numérisation de la santé, d'autres évoquent encore beaucoup la possibilité de joindre les chirurgiens via le téléphone (21)(22)(23). Le CHU de Limoges a communiqué à tous les professionnels libéraux un annuaire des numéros des services, secrétariats et services de garde depuis 2022 ; il aurait été intéressant de confronter la satisfaction de la communication entre les MT et les services du CHU avant et après la mise en place de cet annuaire pour mieux comprendre l'importance et le rôle des échanges téléphoniques dans la communication ville-hôpital.

Les outils numériques

Dans un monde où l'informatique est omniprésente, le concept de santé ne peut plus se passer de l'adjectif « numérique ». Pour rappel, la e-santé est définie comme l'usage d'internet et des technologies de l'information à des fins cliniques, éducationnelles et administratives, localement et à distance (4). Notre deuxième objectif secondaire était donc d'analyser l'utilisation des outils numériques en santé, tant dans les retours effectués aux chirurgiens, que dans la pratique courante des médecins traitants et chirurgiens.

La totalité des MT interrogés ont déclaré utiliser des outils numériques en santé, et pour la plupart de manière régulière.

L'outil le plus souvent utilisé est la messagerie sécurisée de santé (MSS). A propos de cette messagerie, il est légitime de penser qu'elle est utilisée le plus souvent comme outil de réception des examens biologiques et des comptes-rendus, donc en tant que récepteur de la communication, et moins pour adresser des courriers ou demander des avis, donc comme émetteur (24). En effet il est encore pratique courante de remettre au patient le courrier à donner au spécialiste, même s'il connaît déjà le praticien qui le prendra en charge à l'hôpital.

L'usage du dossier médical partagé (DMP) semble aussi très répandu (83,3%), mais finalement il n'est utilisé en priorité que chez 5,6% des médecins (25).

En effet, le deuxième outil utilisé en priorité, presque par un MT sur deux, est la boîte mail non sécurisée. Dans l'enquête de satisfaction pourtant, les MT semblaient très satisfaits de la sécurité des données échangées à travers les outils numériques, avec un score de 2,8 sur 4. Cette confiance dans la sécurité des outils numériques est donc ambiguë. D'un côté elle ne semble pas affaiblie malgré l'augmentation des attaques cyber sur les établissements sanitaires et médico-sociaux, et l'hébergement de données de santé chez des sociétés soumises à un droit extra-européen (26)(27). De l'autre côté, cette sécurité que les outils numériques peuvent donner ne semble pas suffisante pour en inciter leur utilisation. Donc, probablement, la facilité d'usage d'une boîte mail non sécurisée prédomine sur les risques liés à la préservation du secret médical et à la sécurité des données de santé. Cela met encore une fois en évidence un décalage entre les besoins des médecins utilisateurs et les outils proposés.

Le point le plus critique ressorti de notre enquête auprès des MT concerne la formation reçue pour l'utilisation des outils numériques, qui semble insuffisante.

Une amélioration de la formation de base en e-santé pourrait donc rendre les médecins plus à l'aise avec l'utilisation des outils numériques et lever les freins au changement envers le numérique, et cela au bénéfice de la prise en charge des patients.

En effet, désormais les outils numériques en santé font partie des 5 points décrits dans le référentiel de compétences pour les professionnels de santé ; avec les données de santé, la cybersécurité, la communication et la télémédecine (28). Ce référentiel a été créé justement pour uniformiser l'enseignement du numérique en santé en formation initiale, après s'être rendu compte, avec une enquête menée en 2021, que les formations à ce sujet destinées aux étudiants n'étaient pas assez nombreuses ni adaptées aux besoins de la santé. L'enseignement de ces compétences du numérique en santé sera donc obligatoire à partir de la rentrée scolaire 2024 (29)(26).

Pour répondre à ce besoin en formation, l'Université de Limoges a développé un projet de campus en santé numérique, appelé CINERGe-santé (Campus Interprofessionnel Numérique d'Enseignement et de formation aux usages en e-santé), à fin d'intégrer l'usage du numérique dans la formation des futurs professionnels de la santé, futurs cadres, ingénieurs et managers (30).

Concernant les chirurgiens, ils utilisent moins fréquemment les outils numériques de communication car souvent c'est le rôle du secrétariat de recevoir et envoyer les communications. Cependant, il ressort de notre étude que le type d'outil plus répandu est celui qui vise à la coordination de soins, comme PaacoGlobule®. Ce type d'outil permet un échange avec plusieurs intervenants du parcours de santé du patient, mais est aussi limité, car le dossier patient est créé seulement après une hospitalisation.

Parmi les outils utilisés en priorité, le téléphone est encore évoqué. En effet, le chirurgien est encore souvent sollicité par téléphone, qui reste le vecteur de communication plus adapté aux prises en charge urgentes. Cependant, au vu de l'évolution de la santé vers le numérique, le téléphone devrait être de plus en plus réservé exclusivement à ces situations, laissant place aux outils numériques pour tout autre type de communication.

Enfin, l'absence d'un outil commun utilisé et partagé par les différents professionnels de santé dans leur pratique quotidienne, empêche l'interopérabilité entre logiciels et pourrait être aussi une cause des difficultés de communication et de perte d'information (31).

Il serait peut-être envisageable d'impliquer davantage les utilisateurs finaux, donc les médecins, dans la conception des outils, ainsi qu'ils puissent répondre au mieux à leurs attentes (6). Un logiciel unique, reliant hôpital et cabinet libéral, conçu à l'aide de médecins et pour les médecins pourrait favoriser la communication. La correspondance avec les besoins des utilisateurs se traduirait très probablement en un gain de temps et d'efficacité.

Il est aussi possible que, si le projet de l'outil était porté en avant par des médecins, les autres confrères auraient moins de réticence à se former et à l'utiliser.

Le rapport entre les outils numériques et la géographie médicale

Dans la dernière partie de notre étude, nous nous sommes intéressées à l'utilisation des outils numériques par les MT selon différents critères géographiques : la distance du cabinet du MT par rapport à l'HME et l'installation dans une zone sous-dotée (ZIP et ZAC).

Il en est ressorti que l'utilisation des outils numériques n'était pas favorisée par un plus grand éloignement géographique des centres experts. En revanche, un écosystème sous-doté en santé semble être un moteur majeur pour leur utilisation. En effet, les médecins qui travaillent

dans des zones avec une offre de soins insuffisante ou avec difficultés dans l'accès aux soins, ZIP et ZAC, s'appuient significativement davantage sur les techniques informatiques pour se sortir de l'isolement médical. Le 100% des médecins interrogés qui appartiennent à des ZIP ou ZAC utilisent les outils numériques en santé de façon ponctuelle (2/3 fois par semaine) ou régulière (1 fois par semaine).

Enfin, contrairement à ce que nous nous attendions, alors que l'on cite souvent les plus jeunes comme les plus connectés, cette étude a retrouvé de manière significative que ces sont les médecins plus âgés qui utilisent plus régulièrement les outils numériques. Au vu de ces résultats, il est légitime de se poser la question s'il n'existerait pas un biais dans cette analyse avec davantage des médecins âgés installés dans des zones sous-dotées en santé. Malheureusement, le faible nombre de réponses à notre questionnaire ne nous a pas permis d'effectuer une analyse statistique de corrélation à ce propos.

Conclusion

La communication entre professionnels de santé est la base fondamentale de la prise en charge partagée des patients. Les outils numériques en santé devraient apporter une amélioration de la fluidité, de la facilité et de la sécurité des échanges entre praticiens, à condition que comme postulat de départ il y ait une volonté de créer une vraie communication de la part des différents acteurs.

Les professionnels de santé sont globalement insatisfaits de la communication ville-hôpital et l'utilisation des outils numériques reste limitée, laissant encore place à d'autres moyens non numérisés ni sécurisés.

Les médecins qui semblent plus réceptifs au progrès numérique de la santé sont paradoxalement ceux les plus isolés et les plus âgés.

Une meilleure formation à l'utilisation de ces outils numériques pourrait lever les freins à leur usage et aider les médecins à les utiliser à bon escient.

Références bibliographiques

1. Pichet A. Continuité des soins ville-hôpital : point de vue des médecins hospitaliers sur la communication avec leurs confrères généralistes du secteur ambulatoire et perspectives d'amélioration en Indre-et-Loire. 2020.
2. Alao O, Anceaux F, Beuscart R, Beuscart-Zéphir MC, Brunetaud JM, Renard JM. La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins. *Les Cah du numérique*. 2001;2(2):37–55.
3. Le Moan A. Place du médecin généraliste breton dans la chirurgie ambulatoire. 2015.
4. Beigelman M. La santé connectée. *Les dossiers d'alternatives économiques*. 2016;N° 8(4):14–14.
5. Vidal; CNOM. L ' utilisation des smartphones par les médecins. 2016;
6. Abrial Y, Azérad D. Satisfaction des médecins généralistes concernant leurs outils numériques : méritons-nous mieux ? *Médecine [Internet]*. 2021;17(4):168–74. Available from: http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/satisfaction_des_medecins_generalistes_concernant_leurs_outils_numeriques_meritons_nous_mieux__320245/article.phtml?tab=texte
7. HAS; ANAP. Recommandations Organisationnelles “Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire.” 2013;1–16.
8. Chaput, H. Monziols, M., Ventelou, B., Zaytseva, A., Fressard, L., Verger, P.,... Hérault T (2020). E-santé: les principaux outils numériques sont utilisés par 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans. 2020; Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/e-sante-les-principaux-outils-numeriques-sont-utilises-par-80-des>
9. HAS. Rapport d'analyse prospective 2019 Numérique : quelle (R)évolution ? 2019;
10. ARS. 2022. Nouveau zonage médecins en Nouvelle-Aquitaine en 2022. Available from: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/nouveau-zonage-medecins-en-nouvelle-aquitaine-en-2022>
11. Légifrance. Journal officiel électronique authentifié n° 0239 du 13/10/2021. 2021;
12. HAS. e-Satis +48h MCO. 2023;1–9.
13. HAS. Résultats nationaux 2022 e-Satis +48h MCO. 2023;
14. Remplajob. Toutes les clés pour réussir votre thèse de médecine : questionnaire, analyse, rédaction [Internet]. 2019. Available from: <https://remplajob.com/blog/reussir-sa-these-de-medecine>
15. Espace ressource simulation en santé en Pays de la Loire. FOCUS SUR ... LA COMMUNICATION [Internet]. 2020. Available from: <https://www.simulationpdl.com/actu-scientifique/focus-sur-la-communication/>
16. Makeham MAB, Mira M, Kidd MR. Lessons from the TAPS study: Communication failures between hospitals and general practices. *Aust Fam Physician*. 2008;37(9):735–8.
17. URML Ile de France. La continuité des soins en ville après une hospitalisation. 2006;1–48.
18. Pernossi V. Lien ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixoïis. 2018.
19. van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med*.

- 2002;17(3):186–92.
20. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams M V, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA* [Internet]. 2007 Feb 28;297(8):831–41. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>
 21. Gloriot S. Communication ville-hôpital : attentes des médecins généralistes du secteur du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien. 2017.
 22. Nazroo A. Communication ville-hôpital en 2020 dans les Alpes-Maritimes : les préférences des médecins généralistes. 2021.
 23. Ricord A, Monnet-poupon T, Ricord A, Réseau TM poupon. Réseau et communication ville-hôpital au sein du pays Salonais : attentes et besoins des médecins généralistes libéraux ainsi que des médecins hospitaliers . Étude quantitative transversale. 2022;
 24. Ternisien G. État des lieux de l'utilisation d'une messagerie de santé sécurisée par les médecins généralistes libéraux de la Somme. 2019.
 25. Hurtaud A, Dépinoy D. Dossier médical personnel : qu'en pensent les médecins ? Une enquête auprès des médecins de l'agglomération de Reims . *Médecine*. 2007 Jun 1;3(6):278–82.
 26. Ministère de la santé et de la Prévention. Mettre le numérique au service de la santé. 2022;1–19.
 27. Légifrance. Délibération 2023-146 du 21 décembre 2023. 2024;
 28. Ministère de la santé et de la Prévention. Référentiel socle et transversal de compétences du numérique en santé. 2022;
 29. G_nius. Réglementation des formations initiales [Internet]. 2022. Available from: <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/strategie-dacceleration-sante-numerique/actions/reglementation-des-formations-initiales>
 30. Unilim. Lancement du Campus CINERG'E-SANTÉ [Internet]. 2023. Available from: <https://www.pharmacie.unilim.fr/2023/07/04/lancement-du-campus-cinerge-sante/>
 31. Pon D, Coury A. Stratégie de transformation du système de santé (Rapport final) : Accélérer le virage numérique. 2018;33.

Annexes

Annexe 1. Questionnaires.....	45
Annexe 1.1. Questionnaire MT	45
Annexe 1.2. Questionnaires chirurgiens	48
Annexe 2. QR Code.....	53
Annexe 3. Carte géographique zonage Nouvelle Aquitaine	54
Annexe 4. Avis du comité d'éthique	55
Annexe 5. Localisation des cabinets des médecins généralistes répondants à l'étude, par rapport à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges	56

Annexe 1. Questionnaires

Annexe 1.1. Questionnaire MT

QUESTIONNAIRE MEDECIN TRAITANT

Démographie

Insérez votre identifiant

Un identifiant vous a été envoyé par mail avec le lien pour le questionnaire

Quel âge avez-vous ?

Pour votre pratique quotidienne vous utilisez :

- Smartphone
- Tablette
- Ordinateur portable
- Ordinateur fixe
- Autre

Vous avez répondu "autre" à la question "Pour votre pratique quotidienne vous utilisez :-", explicitez votre réponse :

Pour votre pratique quotidienne utilisez-vous des outils numériques en santé ?

- Oui
- Non

Vous disposez de quels outils numériques de communication en santé ?

- MSS
- Outil de coordination de soins, type Paaco Globule
- DMP
- Outil de télémedecine
- Outil de téléexpertise (Omnidoc...)
- Aucun

Parmi les outils numériques, pour échanger avec vos confrères, vous utilisez en priorité :

- MSS
- Outil de coordination de soins, type Paaco Globule
- DMP
- Outil de télémedecine
- Outil de téléexpertise (Omnidoc...)
- Boite mail non sécurisée
- Aucun des moyens indiqués ci-dessus

L'outil numérique que vous utilisez en priorité, vous l'utilisez de façon :

- Régulière (1 fois par jour)
- Ponctuelle (2-3 fois par semaine)
- Irrégulière (2-3 fois par mois)
- Rarement (moins de 3 fois par trimestre)

Quel type de formation avez-vous reçu pour apprendre à utiliser les outils numériques ?

Est-ce que vous pensez que des formations complémentaires vous permettraient une meilleure appropriation de l'utilisation des outils numériques de communication en sante ?

- Oui
- Non

Le suivi post opératoire

Avez-vous bien reçu le CRO et le CRH ?

- Oui
- Non

Si oui, vous-avez reçu le CRO et le CRH par :

- MSS
- Paaco Globule
- Courrier
- DMP
- Autre

Vous avez répondu "autre" à la question "Si oui, vous-avez reçu le CRO et le CRH par :-, explicitez votre réponse :

Entre la sortie de l'hospitalisation et la consultation post-opératoire, avez-vous dû contacter le chirurgien/le service de chirurgie pédiatrique ?

- Oui
 Non

Si vous avez dû contacter le service de chirurgie pédiatrique/le chirurgien, comment avez-vous fait ?

- Par téléphone
 Par MMS
 Par Paaco Globule
 Boite mail non sécurisée
 Autre

Vous avez répondu "autre" à la question –Si vous avez dû contacter le service de chirurgie pédiatrique/le chirurgien, comment avez-vous fait ?–, explicitez votre réponse :

Concernant la consultation post-opératoire qui avait été fixée à votre cabinet, a-t-elle pu avoir lieu ?

- Oui
 Non

Après la consultation post-opératoire avez-vous donné un retour au chirurgien ?

- Oui
 Non

Vous avez donné un retour au chirurgien, cela a été réalisé par :

- MSS
 Paaco Globule
 DMP
 Téléphone
 Courrier
 Autre

Vous avez répondu "autre" à la question –Vous avez donné un retour au chirurgien, cela a été réalisé par :-, explicitez votre réponse :

Annexe 1.2. Questionnaires chirurgiens

QUESTIONNAIRE CHIRURGIEN démographie

Démographie

Insérez votre identifiant de base :

Quel âge avez vous ?

Pour votre pratique quotidienne, vous utilisez :

- Smartphone
- Tablette
- Ordinateur portable
- Ordinateur fixe
- Autre

Vous avez répondu "autre" à la question "Pour votre pratique quotidienne, vous utilisez :-", explicitez ce que vous entendez pour "autre"

Vous disposez de quels outils numériques en santé ?

- MSSanté
- Outil de coordination de soins, type Paaco Globule
- DMP
- Outil de télémedecine
- Aucun

Parmi les outils numériques, pour échanger avec vos confrères, vous utilisez en priorité :

- MSSanté
- Outil de coordination de soins, type Paaco Globule
- DMP
- Outil de télémedecine
- Autre

Vous avez répondu "autre" à la question "Parmi les outils numériques, pour échanger avec vos confrères, vous utilisez en priorité :-", explicitez ce que vous entendez pour "autre"

L'outil numérique que vous utilisez en priorité, vous l'utilisez de façon :

- Régulière (1 fois par jour)
- Ponctuelle (2-3 fois par semaine)
- Irrégulière (2-3 fois par mois)
- Rarement (moins de 3 fois par trimestre)

QUESTIONNAIRE CHIRURGIEN outils numériques

Inserer votre identifiant de base :

La satisfaction par rapport aux outils numériques en santé

Concernant l'utilisation des outils numériques de santé dans le cadre de la communication avec les autres professionnels de santé, quel est votre degré de satisfaction en termes de [facilité de communication entre les soignants] ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Pas du tout satisfait

Concernant l'utilisation des outils numériques de santé dans le cadre de la communication avec les autres professionnels de santé, quel est votre degré de satisfaction en termes de [coordination entre les soignants] ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Pas du tout satisfait

Concernant l'utilisation des outils numériques de santé dans le cadre de la communication avec les autres professionnels de santé, quel est votre degré de satisfaction en termes de [sécurité des données échangées (identitovigilance, vol de données, protection des données)] ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Pas du tout satisfait

Concernant l'utilisation des outils numériques de santé dans le cadre de la communication avec les autres professionnels de santé, quel est votre degré de satisfaction en termes de [temps passé pour se former à utiliser l'outil] ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Pas du tout satisfait

Concernant l'utilisation des outils numériques de santé dans le cadre de la communication avec les autres professionnels de santé, quel est votre degré de satisfaction en termes de [optimisation du temps de travail] ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Pas du tout satisfait

Concernant l'utilisation des outils numériques de santé dans le cadre de la communication avec les autres professionnels de santé, quel est votre degré de satisfaction en termes de [formation reçue pour l'utilisation des outils numériques] ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Pas du tout satisfait

Quelques points selon vous pour améliorer la communication ville-hôpital ?

QUESTIONNAIRE CHIRURGIEN satisfaction

Insérez votre identifiant reçu par mail :

L'identifiant change pour chaque suivi post opératoire

Le suivi post opératoire

Entre la sortie de l'hospitalisation et la consultation post-opératoire, avez-vous été contacté par le médecin traitant ?

- Oui
- Non

Vous avez été contacté par le médecin traitant, vous avez lu la notification de ce retour :

- Immédiatement
- Rapidement (< 2h)
- Dans la journée (< 24h)
- Le lendemain (> 24h mais < 48h)
- Tardivement (> 2 jours)

Vous avez été contacté par le médecin traitant, est-ce que vous avez donné une réponse ?

- Oui
- Non

Vous avez donné une réponse, comment avez-vous fait ?

- Par MMSanté
- Par Paaco Globule
- Par DMP
- Par téléphone
- Par Courrier
- Autre

Vous avez répondu "autre" à la question "Vous avez donné une réponse, comment avez-vous fait?", explicitiez votre réponse :

Est-ce que le médecin traitant vous a fait un retour de la consultation post-opératoire ?

- Oui
- Non

Le médecin traitant vous a fait un retour, vous avez lu la notification du retour :

- Immédiatement
- Rapidement (< 2h)
- Dans la journée (< 24h)
- Le lendemain (> 24h mais < 48h)
- Tardivement (> 2 jours)

Est-ce que vous avez donné un accusé de réception au retour du médecin traitant ?

- Oui
- Non

Vous avez répondu au médecin traitant ou vous avez donné un accusé de réception, le temps passé pour répondre vous a paru :

- Compatible avec vos obligations de la journée
- C'est toujours compliqué de trouver le temps mais faisable
- Excessif, vous n'en avez pas le temps

La satisfaction

Vous avez été contacté par le médecin traitant entre la sortie de l'hospitalisation et la consultation post-opératoire, quel est votre degré de satisfaction en termes de pertinence :

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Pas du tout satisfait

Vous avez été contacté par le médecin traitant entre la sortie de l'hospitalisation et la consultation post-opératoire, quel est votre degré de satisfaction en termes de clarté :

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Pas du tout satisfait

Vous avez reçu le retour du médecin traitant après la consultation post-opératoire, quel est votre degré de satisfaction en termes de utilité :

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Pas du tout satisfait

Vous avez reçu le retour du médecin traitant après la consultation post-opératoire, quel est votre degré de satisfaction en termes de clarté :

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Pas du tout satisfait

Quel est le degré de votre satisfaction par rapport à la communication avec le médecin traitant ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Pas du tout satisfait

Quelques points pour améliorer la communication ville-hôpital ?

Annexe 2. QR Code



Projet de thèse

La satisfaction des médecins généralistes et des chirurgiens pédiatriques sur la communication ville-hôpital

Agnese BOVIO

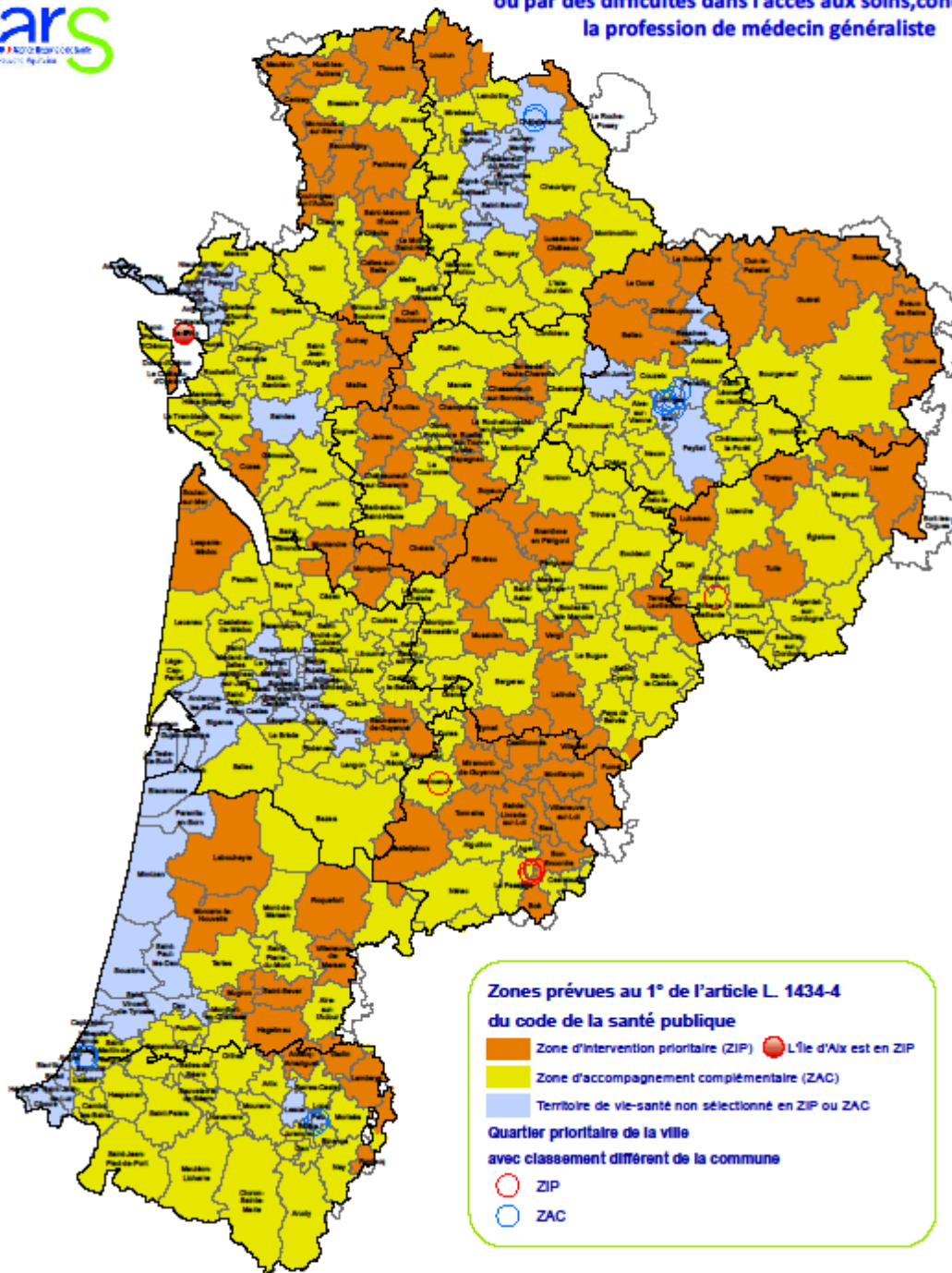


Annexe 3. Carte géographique zonage Nouvelle Aquitaine

ANNEXE 4



Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin généraliste



Partie de territoire de vie-santé située hors région dont la gestion relève d'une autre ARS

Sources : application de l'Arrêté national du 1er octobre 2021 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique
 Découpages : communes au 01/01/2022 - Territoires de vie-santé définis en 2018
 Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine - DDPSP - Pôle études et statistiques - 28/03/2022

Figure 3 : Carte géographique zonage Nouvelle Aquitaine

Annexe 4. Avis du comité d'éthique

CHU LIMOGES

Comité d'Ethique

Président : Docteur Gérard TERRIER

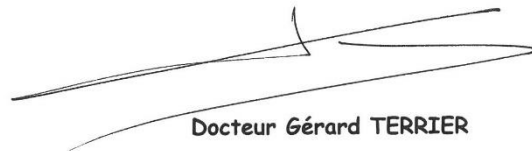
Avis 536-2021-192

Projet de thèse : «COMM VIL-HOP».

Projet de thèse présenté par **Madame BOVIO Agnese** interne de médecine générale sous la direction du **Professeur FOURCADE Laurent**, du service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Mère-Enfant.

Le projet «COMM VIL-HOP» porté par **Madame BOVIO Agnese** ne recueille aucune réserve du point de vue éthique.

Avis enregistré sous le n°536-2021-192.



Docteur Gérard TERRIER

Annexe 5. Localisation des cabinets des médecins généralistes répondants à l'étude, par rapport à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges

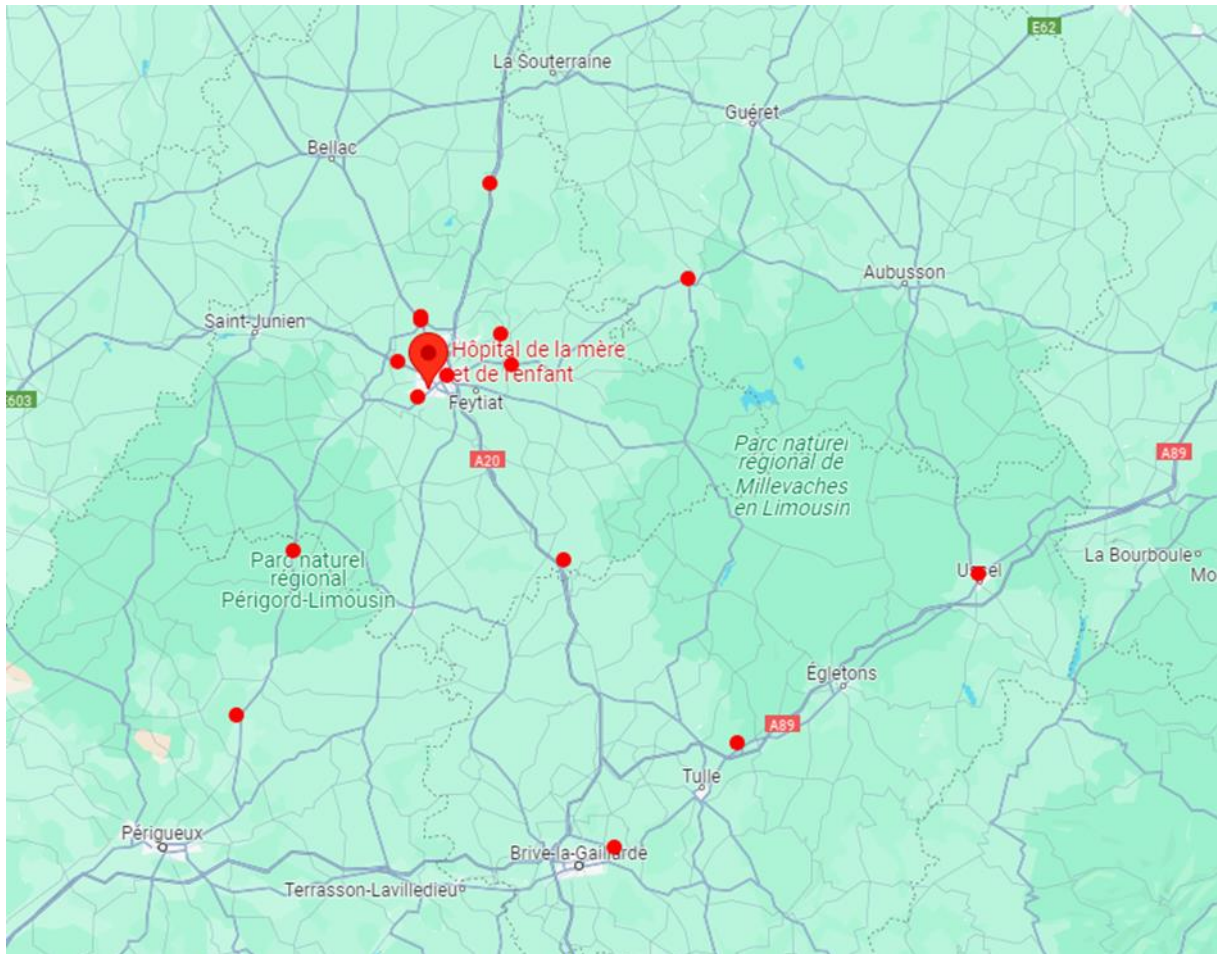


Figure 4 : Localisation des cabinets des médecins généralistes répondants à l'étude, par rapport à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Etude de la satisfaction des professionnels de santé sur la communication ville-hôpital pour le suivi post-opératoire des patients de chirurgie pédiatrique, pris en charge en ambulatoire à l'Hôpital Mère-Enfant (HME) de Limoges, à l'aide des outils numériques sécurisés en santé

Introduction : le médecin traitant (MT) est l'acteur principal du suivi du patient. Pour pouvoir assurer le suivi post-opératoire, le MT a besoin de pouvoir échanger aisément avec le chirurgien de l'hôpital. Les MT et les chirurgiens, sont-ils satisfaits de la communication ville-hôpital ? Les outils numériques en santé sont de plus en plus répandus, mais comment sont-ils utilisés ?

Matériel et méthodes : nous avons effectué une étude descriptive transversale, à travers des questionnaires en ligne, auprès des MT et des chirurgiens impliqués dans le suivi d'enfants opérés en chirurgie ambulatoire à l'HME de Limoges. L'objectif principal était d'évaluer la satisfaction des deux parties sur la communication ville-hôpital. Les objectifs secondaires portaient sur l'utilisation des outils numériques en santé par les MT et les chirurgiens.

Résultats : les MT sont globalement insatisfaits de la communication ville-hôpital. Les outils numériques sont utilisés plus fréquemment par les MT, surtout si installés en zones sous-denses. La formation aux outils numériques semble être insuffisante.

Conclusions : Les outils numériques en santé peuvent être un aide pour améliorer la communication ville-hôpital et lutter contre l'isolement des déserts médicaux. Les formations au numérique en santé pourraient encourager les médecins à s'en servir davantage.

Mots-clés : suivi post-opératoire, communication ville-hôpital, outils numériques en santé, formation au numérique

Study of healthcare professionals' satisfaction regarding the communication between the general practitioner's office and the hospital for postoperative follow-up of pediatric surgery patients, treated on an outpatient basis at the Limoges HME, using secured digital health tool

Introduction : the general practitioner (GP) is the main actor in patient's follow-up. In order to ensure postoperative monitoring, the GP needs to be able to easily exchange information with hospital surgeon. Are GPs and surgeons satisfied with the GP-hospital communication ? Digital health tools are becoming increasingly common, but how are they being used ?

Material and methods : We conducted a cross-sectional descriptive study, using online questionnaires, among GPs and surgeons involved in the follow-up of children undergoing outpatient surgery at Limoges HME. The primary objective was to evaluate the satisfaction of both sides regarding GP-hospital communication. Secondary objectives focused on the use of digital health tools by GPs and surgeons.

Results : GPs are generally dissatisfied with the GP-hospital communication. Digital tools are more frequently used by GPs, especially if installed in underserved areas. Training on digital tools appears to be insufficient.

Conclusion : Digital health tools can help improve GP-hospital communication, and address the isolation of GPs in medical shortage areas. Training in digital health could encourage physicians to make greater use of these tools.

Keywords : postoperative follow-up, GP-hospital communication, digital health tools, digital training

