

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 25 septembre 2024

Par Valentin CONTET – CONTET-STURTZER

État des lieux des relations entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes libéraux : le point de vue des hospitaliers au sein du Groupement Hospitalier de Territoire du Limousin

Thèse dirigée par M. le Docteur Dominique CAILLOCE

Examineurs :

Mme la Professeure Nathalie DUMOITIER, Professeur des Universités de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Limoges

Mme la Professeure Muriel MATHONNET, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Faculté de Médecine de Limoges

M. le Professeur Gaëtan HOUDARD, Professeur Associée des Universités de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Limoges

M. le Professeur Henri-Hani KARAM, Professeur Associé des Universités, Faculté de Médecine de Limoges

M. le Docteur Dominique CAILLOCE, Praticien Hospitalier chargé d'enseignement, Faculté de Médecine de Limoges



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 septembre 2024

Par Valentin CONTET – CONTET-STURTZER

État des lieux des relations entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes libéraux : le point de vue des hospitaliers au sein du Groupement Hospitalier de Territoire du Limousin

Thèse dirigée par M. le Docteur Dominique CAILLOCE

Examineurs :

Mme la Professeure Nathalie DUMOITIER, Professeur des Universités de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Limoges

Mme la Professeure Muriel MATHONNET, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Faculté de Médecine de Limoges

M. le Professeur Gaëtan HOUDARD, Professeur Associée des Universités de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Limoges

M. le Professeur Henri-Hani KARAM, Professeur Associé des Universités, Faculté de Médecine de Limoges

M. le Docteur Dominique CAILLOCE, Praticien Hospitalier chargé d'enseignement, Faculté de Médecine de Limoges





Le 29 mars 2024

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
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
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL



DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
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
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE
VANDROUX David	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
GEYL Sophie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale	SCIENCES INFIRMIERES
-----------------------	----------------------

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)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

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

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

Professeurs Emérites

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2023 au 31-08-2024

LACROIX Philippe du 01-09-2024 au 31-08-2026

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

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2024

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

TREVES Richard du 01-09-2023 au 31-08-2024

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2023 au 31.08.2025

VIROT Patrice du 01-09-2023 au 31-08-2024

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
BOYER Claire	NEUROLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
CUSSINET Lucie	ORL
FERRERO Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
FRAY Camille	PEDIATRIE
GRIFFEUILLE Pauline	IPR
HERAULT Etienne	PARASITOLOGIE
JADEAU Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
KHAYATI Yasmine	HEMATOLOGIE
LAIDET Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PERANI Alexandre	GENETIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ANNERAUD Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
AUBOIROUX Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
BAUDOIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERENGER Adeline	PEDIATRIE

BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOUTALEB Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CAILLARD Pauline	NEPHROLOGIE
CATANASE Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
DELPY Teddy	NEUROLOGIE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GADON Emma	RHUMATOLOGIE
GEROME Raphaël	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GOURGUE Maxime	CHIRURGIE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
LOPEZ Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
MACIA Antoine	CARDIOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
TALLIER Maïa	GERIATRIE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNIER Thibault	NUTRITION

Chefs de Clinique – Médecine Générale

HERAULT Kévin

CITERNE Julien

VANDOOREN Maïté

Praticiens Hospitaliers Universitaires

DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE

A Mamie qui n'aura jamais vu son « petit docteur » le devenir

Remerciements

A Madame la Présidente du Jury, Professeur DUMOITIER, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse après ces trois dernières années de formation sous votre égide

A Madame le Professeur MATHONNET, c'est un grand honneur de vous voir au sein de mon jury en tant que présidente de la CME du CHU de Limoges et présidente du GHT du Limousin, je connais votre engagement pour perfectionner les relations entre la ville et l'hôpital au cours de votre mandat

A Monsieur le Professeur HOUDARD, je suis ravi de vous compter parmi les membres de mon jury, j'ai grandement apprécié participer à vos cours lors de l'internat, particulièrement en cette dernière année

A Monsieur le Professeur KARAM, je suis honoré que vous ayez accepté de participer à mon jury de thèse en tant que vice-président de CME du CHU de Limoges

A Monsieur le Docteur CAILLOCE, vous m'avez accompagné tout au long de ce travail de recherche, je sais votre engagement auprès de la médecine de ville sous l'égide du Professeur MATHONNET, je vous en suis très reconnaissant

Aux médecins ayant accepté de prendre de leur temps, que je sais précieux, afin de répondre à notre questionnaire, sans vous ma thèse serait creuse

A Madame le Docteur RUDELLE et madame AUDITEAU pour m'avoir éclairé sur le maniement des statistiques

A Madame GAUTIER qui a gentiment accepté de relire la traduction de mon résumé malgré son statut de jeune retraitée de son poste d'enseignante d'anglais à la Faculté de Limoges

A mes maîtres de stage :

Cyril, tu auras toujours l'affection de ton tamagotchi (si tu penses à le nourrir bien sûr), j'ai hâte de travailler à tes côtés en espérant pouvoir t'apporter un peu de répit au milieu de ton rythme de vie effréné

Timothée, vous m'avez accompagné et soutenu au cours de ces trois dernières années en tant que tuteur, j'ai toujours apprécié les moments avec vous rempli d'humour et de désinvolture autour d'une assiette de pâtes

Philippe, votre extravagance me fera toujours sourire et je crains que votre décoration un peu décalée ne déteigne sur la mienne

Joël, tu as su me montrer ce qu'est une force tranquille avec ton visage toujours lumineux mais sachant composer avec une juste fermeté, ce sera toujours un plaisir de tomber sur toi pour avis pédiatrique (point non négligeable : tu étais présent lors de la naissance prématurée de ma première née et je t'en serai reconnaissant)

Ioan, tu m'auras permis de m'émanciper au sein de ton service et de découvrir l'infectiologie, je garde ton numéro précieusement que j'apprécierai composer pour entendre ton avis

Aude, j'adorerai toujours échanger avec toi, tu seras à l'origine de ma recherche d'un cabinet médical vert et ce serait avec plaisir que de partager de nouveau un bon steak-patates

Catherine, ton expérience et ton humilité envers elle resteront gravées pour toujours et je tâcherais de m'en souvenir si je devais m'égarer, sache que tu n'auras pas contaminé uniquement Cyril avec ton organisation rigoureuse voire un tantinet maniaque ; bonne retraite

Aurore, je n'oublierai pas ses délicieux repas offerts tout au long de mon stage nous permettant de prendre le temps d'échanger au milieu de journées bien remplies (il faudra juste qu'on nous explique comment le sujet avait toujours tendance à dévier vers le même point...)

Yves, vous aurez démystifié une bonne partie de la gynécologie et je vous en remercie, vous trouverez toujours une oreille attentive pour vos récits sur l'Histoire japonaise

Pauline, ces six mois de stage m'auront permis de découvrir un autre modèle d'exercice et de me faire sortir de mon territoire de Haute-Corrèze

Aux secrétaires médicales Laetitia, Sandra, France et Émilie et à l'Assistante médicale avec un grand A, Cindy, votre engagement auprès des patients et de vos médecins pour leur faciliter la vie est incommensurable, j'aurais plus qu'apprécié vous côtoyer durant ces stages et je regrette de (presque) toutes ne pas vous retrouver au cours de mon exercice

Aux équipes médicales et paramédicales des services :

Les urgences d'Ussel resteront toujours dans mon cœur, ces six mois auront été exceptionnels, gardez ces énergies pour perpétuer cet accueil des internes

La pédiatrie de Tulle qui aura accueilli mon aînée dans ses premiers jours de vie, je crois qu'il n'existe pas de meilleur attachement à vous que cet évènement

La médecine polyvalente de Tulle qui aura grandement participé à mon émancipation et ma capacité de prise de décision

A ma Famille, jamais absente pour me soutenir, je serai toujours présent pour vous aimer :

Maman, sans toi je ne serai pas là, comment aurais-je pu réussir sans ton soutien, tes petits plats emmenés dans mon appartement étudiant et tes récitations de poésie ?

Papa, je sais à quel point tu es fier de mon parcours mais sache à quel point je suis fier d'être ton fils, merci d'avoir toujours été là quand il le fallait

Matthieu, tu m'auras soutenu de près tout au long de la première moitié de mes études, je n'aurai pas réussi sans nos soirées pour lesquelles nous allions faire les courses dans ta petite Ford Fiesta, Lyre le temps à fond de volume, en vue d'une pizza au saumon à regarder Quotidien suivi d'une session à tuer des gens pour le plaisir

Guillaume, tu auras été mon acolyte pour bon nombre de bêtises tout au long de notre enfance, mon départ de la maison et notre séparation auront été l'une des plus grandes blessures de ma vie dont la cicatrisation peine à aboutir devant les kilomètres qui nous séparent toujours

Cécilia, Yoan, Mélina, Arnaud, Aurore et Gaëlle, vous m'avez fait part de votre soutien lors de toutes nos rencontres et votre amour ne fait qu'amplifier mon désir de vous revoir à chaque séparation ; mention spéciale à Aurore, tu auras été ma co-PACES en or, je croyais t'avoir perdu mais nous nous sommes retrouvés comme si l'on ne s'était jamais quitté, nos moments passés à deux pour se soutenir au cours de cette dure période (CMB) resteront à jamais gravés dans mon cœur

Julie, ma chérie, mon amoureuse, ma femme et meilleure amie, tu auras pris le relais de ton beau-frère préféré pour la deuxième moitié de mes études et je ne sais comment te remercier, ton amour me remplit chaque jour, tu m'as fait sortir de mes sentiers battus à de nombreuses reprises sans aucun regret

Herminie, ma grande fille d'amour, mon petit bébé, c'est un bonheur de te voir grandir chaque jour, la fatigue n'est rien devant la joie que tu m'apportes, je ferai tout pour être aussi près de toi qu'il le faudra pour le reste de ta vie

Aux patients qui ont croisé mon chemin,

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

ALD : Affection Longue Durée

CCA : Chef de Clinique Assistant ou Assistant hospitalo-universitaire

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIH : Collectif Inter-Hôpitaux

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRH : Compte-Rendu d'Hospitalisation

DMP : Dossier Médical Partagé

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

ETP : Équivalent Temps Plein

GHT : Groupement(s) Hospitalier(s) de Territoire

HAS : Haute Autorité de santé

HP : Hôpital de Proximité

IDE : Infirmier Diplômé d'État

LL : Lettre de Liaison

MCU-PH : Maître des Conférences Universitaires - Praticien Hospitalier

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

MGe : Médecine Générale

MH : Médecin(s) Hospitalier(s)

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

MT : Médecin(s) Traitant(s)

MU : Médecin(s) Urgentiste(s)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Praticien Attaché

PH : Praticien Hospitalier

PHU : Praticien Hospitalier Universitaire

PU-PH : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

QCM : Question à Choix Multiples

QRU : Question à Réponse Unique

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SMS : Short Messaging System

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Table des matières

Introduction	26
1. Définitions et cadre réglementaire.....	26
1.1 Continuité des soins	26
1.2 Médecin traitant	27
1.3 Lettre de liaison	28
1.4 Dossier Médical Partagé.....	28
1.5 Groupement Hospitalier de Territoire	28
2. État de la situation médicale en France en 2023.....	30
2.1 Démographie médicale nationale et locale.....	30
2.2 Grèves.....	32
2.3 Services en tension	32
2.4 Épuisement professionnel des soignants.....	33
3. Revue de la littérature française.....	33
3.1 Thermomètre des relations entre la ville et l'hôpital	33
3.2 Quels moyens pour améliorer la continuité des soins ville-hôpital ?.....	35
3.3 Retours sur des dispositifs existants	36
4. Justification de la thèse.....	38
I. Méthode	39
I.1. Revue de la littérature	39
I.2. Type d'étude et population cible/source	39
I.3. Objectif principal, hypothèse et critère de jugement principal.....	39
I.4. Objectifs secondaires.....	39
I.5. Critères d'inclusion et d'exclusion	39
I.6. Questionnaire : sa construction et le recueil des réponses.....	40
I.7. Traitement des données recueillies.....	40
I.8. Éthique	41
II. Résultats	42
II.1. Participation	42
II.2. Caractéristiques démographiques des médecins réponders	43
II.3. Résultat des médecins exerçant en service hospitalier	45
II.3.1. Caractéristiques démographiques	45
II.3.2. Caractéristiques des services hospitaliers	47
II.3.3. Niveaux de satisfaction à cinq propositions sur une échelle de Likert	47
II.3.3.1. « De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les médecins traitants »	47
II.3.3.2. « Mes appels téléphoniques avec les médecins traitants sont souvent inutiles »	48
II.3.3.3. « Les courriers d'adressage mériteraient d'être améliorés ».....	49
II.3.3.4. « Je suis satisfait du délai de transmission de la lettre de liaison à la sortie »	50
II.3.3.5. « La lettre de liaison à la sortie est toujours remise au patient à son départ »	51
II.3.4. Moyens de communication préférés	52
II.3.4.1. Pour recevoir les informations-patient en cas d'admission directe urgente....	52

II.3.4.2. Pour recevoir les informations-patient en cas d'admission directe programmée	53
II.3.4.3. Pour transmettre la lettre de liaison de sortie	54
II.3.5. Éléments nécessaires composant un courrier d'adressage	54
II.3.6. Création d'un annuaire partagé	56
II.3.7. Implication du médecin traitant en cours d'hospitalisation.....	57
II.3.8. Impliquer davantage le médecin traitant au cours de l'hospitalisation	59
II.3.9. Création d'un temps médical dédié à la transmission d'informations en cours d'hospitalisation.....	60
II.3.10. Implication du médecin traitant à la sortie d'hospitalisation	63
II.3.11. Utilisation du Dossier Médical Partagé	65
II.3.12. Utilisation de moyen de communications non sécurisés	66
II.3.13. Réalisation de gardes aux urgences.....	67
II.4. Résultat des médecins exerçant en service d'urgences	67
II.4.1. Caractéristiques démographiques de l'échantillon	67
II.4.2. Nombre de passages annuels	69
II.4.3. Niveaux de satisfaction à cinq propositions sur une échelle de Likert	69
II.4.3.1. « De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les médecins traitants »	69
II.4.3.2. « Mes appels téléphoniques avec les médecins traitants sont souvent inutiles »	70
II.4.3.3. « Les courriers d'adressage mériteraient d'être améliorés ».....	71
II.4.3.4. « J'arrive à joindre facilement les médecins traitants pendant les jours et heures ouvrables »	72
II.4.3.5. « En cas de sortie, la lettre d'information au médecin traitant est remise au patient ».....	73
II.4.4. Éléments nécessaires composant un courrier d'adressage	74
II.4.5. Délai d'envoi de la lettre de liaison	75
II.4.6. Moyen de communication préféré pour transmettre la lettre de liaison	76
II.4.7. Utilisation de moyen de communications non sécurisés	77
III. Discussion.....	78
III.1. Hypothèse et objectif principal	78
III.2. Résultats secondaires.....	79
III.2.1. Question commune	79
III.2.2. Communication entre les médecins en service et les médecins généralistes	79
III.2.3. Implication du médecin traitant en cours d'hospitalisation.....	81
III.2.4. Communication entre les médecins aux urgences et les médecins généralistes	82
III.3. Forces de l'études.....	82
III.4. Faiblesses de l'étude	83
III.5. Perspectives locales	83
Conclusion	85
Références bibliographiques	86
Annexes	97
Serment d'Hippocrate.....	116

Table des illustrations

Figure 1 : Carte des Groupements Hospitaliers de Territoire de Nouvelle-Aquitaine – Zoom sur le GHT Limousin.....	29
Figure 2 : Rapport synthétique de la liste de critères d'un courrier d'adressage de médecin libéral selon la méthode Delphi.....	36
Figure 3 : Taux de réponse	42
Figure 4 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « hospitaliers ») à l'affirmation « De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les médecins traitants ».....	47
Figure 5: Résultats de l'échelle de Likert (partie « hospitaliers ») à l'affirmation « Mes appels téléphoniques avec les médecins traitants sont souvent inutiles »	48
Figure 6 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « hospitaliers ») à l'affirmation « Les courriers d'adressage mériteraient d'être améliorés ».....	49
Figure 7 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « hospitaliers ») à l'affirmation « Je suis satisfait du délai de transmission de la lettre de liaison à la sortie »	50
Figure 8 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « hospitaliers ») à l'affirmation « La lettre de liaison à la sortie est toujours remise au patient à son départ ».....	51
Figure 9 : Moyens de communication préférés pour recevoir les informations-patient en cas d'admission directe urgente (Question à Choix Multiples – QCM)	52
Figure 10 : Moyens de communication préférés pour recevoir les informations-patient en cas d'admission directe programmée (QCM)	53
Figure 11 : Moyens de communication préférés pour transmettre la lettre de liaison à la sortie (QCM)	54
Figure 12 : Importance donnée aux éléments composant un courrier d'adressage pour une hospitalisation (QCM)	55
Figure 13 : Avis sur la création d'un annuaire partagé (Question à Réponse Unique – QRU)	56
Figure 14 : Avis sur l'implication des médecins traitants au cours de l'hospitalisation par les médecins hospitaliers (QRU).....	57
Figure 15 : Type de décisions pour lesquelles les médecins hospitaliers impliquent le médecin traitant (QCM)	58
Figure 16 : Freins à l'implication des médecins traitants en cours d'hospitalisation (QCM) ...	58
Figure 17 : Souhait d'impliquer davantage les médecins traitants au cours de l'hospitalisation (QRU).....	59
Figure 18 : Avis sur à la création d'un temps médical dédié pour transmettre des informations au médecin traitant en cours d'hospitalisation (QRU)	60
Figure 19 : Moyen de communication pour la transmission d'information en cours d'hospitalisation (QRU).....	61
Figure 20 : Motivations pour s'impliquer dans un temps médical de transmission d'informations (QCM)	62

Figure 21 : Freins pour s'impliquer dans un temps médical de transmission d'informations (QCM)	63
Figure 22 : Implication du médecin traitant en fin d'hospitalisation (QRU)	63
Figure 23 : Part des médecins répondeurs utilisant le DMP (QRU)	65
Figure 24 : Utilisation de moyens de communications non sécurisés avec les confrères libéraux (QRU)	66
Figure 25 : Réalisation de gardes au sein d'un service d'urgences (QRU).....	67
Figure 26 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « urgences ») à l'affirmation « De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les médecins traitants »	69
Figure 27 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « urgences ») à l'affirmation « Mes appels téléphoniques avec les médecins traitants sont souvent inutiles »	70
Figure 28 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « urgences ») à l'affirmation « Les courriers d'adressage mériteraient d'être améliorés »	71
Figure 29 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « urgences ») à l'affirmation « J'arrive à joindre facilement les médecins traitants pendant les jours et heures ouvrables »	72
Figure 30 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « urgences ») à l'affirmation « En cas de sortie, la lettre d'information au médecin traitant est remise au patient »	73
Figure 31 : Importance donnée par l'ensemble des médecins intervenant en service d'urgences aux éléments composant un courrier d'adressage (QCM).....	74
Figure 32 : Délai d'envoi de la lettre de liaison depuis les urgences au médecin traitant (QRU).....	75
Figure 33 : Moyen de communication préféré pour transmettre la lettre de liaison des urgences (QRU)	76
Figure 34 : Utilisation de moyens de communications non sécurisés avec les confrères libéraux (QRU)	77
Figure 35 : Pyramide des âges des effectifs médicaux nationaux en 2013	98
Figure 36 : Pyramides des âges des effectifs médicaux nationaux en 2023	98
Figure 37 : Pyramides des âges des effectifs médicaux locaux en 2013	99
Figure 38 : Pyramide des âges des effectifs médicaux locaux en 2023	99
Figure 39 : Chiffres clés Omnidoc® au sein du GHT Limousin	100
Figure 40 : Flyer de communication externe sur la téléexpertise au CHU Limoges	101
Figure 41 : Déclaration de conformité CNIL.....	115

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de l'ensemble de l'échantillon.....	44
Tableau 2 : Tableau de contingence du genre, de l'âge et du type d'établissement d'exercice entre les médecins de l'échantillon et les médecins hospitaliers du Limousin.....	45
Tableau 3 : Caractéristiques démographiques des médecins exerçant en service hospitalier	46
Tableau 4 : Caractéristiques des services hospitaliers	47
Tableau 5 : Caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers trouvant inutiles leurs appels téléphoniques avec les médecins traitants	48
Tableau 6 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur les courriers d'adressage et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers	49
Tableau 7 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur le délai de transmission de la lettre de liaison et le type d'établissement/service d'exercice du médecin hospitalier.....	50
Tableau 8 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur la remise en mains propres au patient de la lettre de liaison à la sortie et le type d'établissement/service d'exercice du médecin hospitalier.....	51
Tableau 9 : Tableau de contingence entre l'utilisation d'au moins une voie numérique pour la réception des informations-patient lors d'une hospitalisation urgente et les classes d'âges des médecins hospitaliers	52
Tableau 10 : Tableau de contingence entre l'utilisation d'au moins une voie numérique pour la réception des informations-patient lors d'une hospitalisation programmée et les classes d'âges des médecins hospitaliers	53
Tableau 11 : Tableau de contingence entre la remise en mains propres de la lettre de liaison au patient et le type d'établissement d'exercice du médecin hospitalier.....	54
Tableau 12 : Tableau de contingence entre l'acceptabilité d'un annuaire partagé et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers	56
Tableau 13 : Tableau de contingence entre l'implication du médecin traitant en cours d'hospitalisation et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers	57
Tableau 14 : Tableau de contingence entre le souhait d'impliquer davantage le médecin traitant en cours d'hospitalisation et les caractéristiques démographiques ainsi que l'implication actuelle.....	59
Tableau 15 : Tableau de contingence entre la création d'un temps médical dédié à la transmission d'informations au médecin traitant en cours d'hospitalisation et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers	61
Tableau 16 : Tableau de contingence entre le format désiré pour transmettre l'information au médecin traitant en cours d'hospitalisation et les classes d'âge des médecins hospitaliers ..	62
Tableau 17 : Délais de transmission des informations au médecin traitant en cours d'hospitalisation.....	62

Tableau 18 : Tableau de contingence entre l'implication du médecin traitant à la sortie d'hospitalisation et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers	64
Tableau 19 : Caractéristiques des médecins hospitaliers ayant recours au DMP	65
Tableau 20 : Tableau de contingence entre l'utilisation de moyens de communication non sécurisés pour échanger avec les médecins traitants et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers	66
Tableau 21 : Tableau de contingence entre la participation à des gardes en service d'urgences et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers	67
Tableau 22 : Caractéristiques démographiques des médecins exerçant au sein de services d'urgences.....	68
Tableau 23 : Passages annuels au sein des services d'urgences	69
Tableau 24 : Caractéristiques démographiques des trois médecins urgentistes trouvant leurs appels avec les médecins traitants inutiles	70
Tableau 25 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur les courriers d'adressage et les caractéristiques démographiques des médecins urgentistes	71
Tableau 26 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur la facilité à joindre les médecins traitants et les caractéristiques démographiques des médecins urgentistes.....	72
Tableau 27 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur la remise de la lettre de liaison au patient et le type d'établissement d'exercice des médecins urgentistes	73
Tableau 28 : Tableau de contingence entre le délai de transmission de la lettre de liaison à la sortie des urgences et le type d'établissement d'exercice des médecins urgentistes.....	75
Tableau 29 : Tableau de contingence entre la remise en mains propres de la lettre de liaison au patient et le type d'établissement d'exercice des médecins urgentistes	76
Tableau 30 : Tableau de contingence entre l'utilisation de moyens de communication non sécurisés et les caractéristiques démographiques des médecins urgentistes.....	77

Introduction

1. Définitions et cadre réglementaire

1.1 Continuité des soins

La définition de la continuité dans le dictionnaire désigne ce « *qui est continu* » (1) donc « *qui n'est pas interrompu dans le temps* » (2) dont l'un des synonymes est « *liaison* » (1).

Dès les années 1980 (3) de nombreux avantages sont mis en lumière concernant la continuité des soins. Parmi eux, nous retrouvons l'amélioration des relations médecins-patients, de l'observance des traitements, de la satisfaction des patients ainsi que la diminution du taux de d'hospitalisation, de la prescription d'examen complémentaires tout comme la réduction des conséquences des maladies chroniques mais aussi des coûts de santé. Ainsi, il était nécessaire de définir clairement une définition de la continuité des soins pour la mesurer en conditions de vie réelle. Rogers et Curtis ont alors amené le concept de continuité des soins basé sur le modèle de Hennen. La continuité des soins y est définie comme le lien entre les « consommateurs » i.e. les patients et leur entourage voire des institutions (e.g. écoles) et les « producteurs » i.e. les médecins, paramédicaux, assistants sociaux. Cette continuité s'effectue autour de sept dimensions dont : chronologique (suivi des patients et de leur famille tout au long de leur vie), géographique (faire le lien entre les différents lieux de soin abordant le patient), interdisciplinaire (vision globale de l'intrication des différents appareils anatomiques), relationnelle (communication entre les différents professionnels gravitant autour du patient) ou encore informationnelle (donner la bonne information au patient et son entourage ainsi que donner les sources auxquelles se référer en cas de besoin).

Hagerty et al. (4) précisent la continuité des soins en soins primaires en la définissant comme un contrat de loyauté entre le patient et un praticien. Ils définissent cette continuité des soins en médecine de famille comme étant bien plus qu'une simple coordination des soins.

Une revue de littérature systématique très récente (5) a permis de pousser la réflexion sur le concept de continuité des soins encore plus loin. En effet, en analysant un total de 56 articles retenus, de toutes origines (e.g. Pakistan, Suède, Etats-Unis, Australie), les auteurs ont mis en lumière de nombreux pans constituant la continuité des soins. Selon eux, elle se construit autour de l'individu que constitue le patient : campagnes de prévention individualisées, collecte des informations auprès des différents intervenants et coordination avec eux, assurer le suivi post-hospitalisation etc. ; autour de la communauté en passant notamment par la réalisation de campagnes de dépistages organisées ; autour du système de santé avec entre autres l'échange systématique d'informations entre les professionnels de santé impliqués dans les prises en charge.

Les avantages d'une continuité des soins de qualité sont multiples. Au Québec (6), il a été démontré qu'elle était corrélée à la diminution du nombre d'hospitalisations évitables (primaires ou réhospitalisations) et de consultation en services d'urgences chez les personnes atteintes de troubles cognitifs (pourtant confrontées à deux fois plus d'hospitalisations par an que les personnes valides).

Enfin, une revue de la littérature (7) récente a mis en exergue un impact positif sur plusieurs niveaux entre une bonne continuité des soins et le coût et la consommation de soins aux Etats-Unis : diminution globale des coûts notamment liés aux hospitalisations et même aux soins primaires, diminution de la consommation d'antibiotiques malgré une augmentation de la consommation générale de médicaments, diminution du nombre de consultations aux urgences.

1.2 Médecin traitant

Le dispositif « médecin traitant » fut introduit lors de l'entrée en vigueur de la réforme santé de 2004 (8). Celui-ci fut créé dans le but de favoriser la coordination des soins (9) en demandant à tout assuré de 16 ans et plus de désigner un médecin traitant (MT), après accord des deux parties. La loi permet à chaque patient le choix d'un médecin libéral ou salarié, spécialiste en médecine générale ou spécialiste d'organe, voire la possibilité de déclarer un cabinet de groupe ou un centre de santé (9).

Durant la durée d'effectivité de cette déclaration, qui peut-être illimitée, le MT se doit de délivrer un suivi médical personnalisé grâce à cette relation privilégiée (10). Ainsi, les patients se voient proposer entre autres des actes de prévention selon leurs caractéristiques démographiques et leur état de santé. Le MT est tenu d'être rigoureux dans la tenue du dossier médical qu'il remplit tout au long de la vie du patient (10). Il alimente le Dossier Médical Partagé (DMP) auquel il a accès grâce à son statut (9,10). Il adresse ses patients vers ses confrères selon les besoins en rédigeant un courrier à destination du médecin correspondant (10) permettant le remboursement de la consultation à hauteur de 70 % par l'Assurance maladie contre 60 % en cas de consultation spontanée du patient (8).

Le bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 2002 (11) la spécialité médecine générale et le médecin de famille, revus en 2023 (12). Ainsi, le MT, ou de famille, est vu comme le soignant de première ligne pour prodiguer des soins complets et continus à tout individu en faisant la demande, indépendamment de son âge, de son sexe ou des pathologies qu'il présente. Les facteurs intervenant dans cette pratique sont cités plus loin (12) : « *physical, psychological, social, cultural, existential and planetary health-related factors* ». Le MT posséderait alors un rôle de prise en charge globale à l'échelle de l'individu (dans ses dimensions physique, psycho-socio-culturelle, existentielle) et de la planète (plutôt en lien avec la santé environnementale). Tout ceci dans le but de prodiguer des soins, curatifs ou palliatifs, promouvoir la santé et la prévention des maladies, et favoriser les bons comportements afin d'améliorer tant la santé individuelle que la santé environnementale.

A noter, une revue de la littérature menée par Sans-Corrales et al. (13) à montrer de nombreux avantages au médecin de famille via des indicateurs de santé publique notamment. Parmi eux, la continuité des soins via un suivi par le même médecin engendre, entre autres, une diminution de la fréquence des lombalgies, des infarctus, des hépatopathies ou encore des ulcères gastriques ; d'autant plus si celle-ci se déroule sur le long terme permettant une meilleure gestion des pathologies aiguës ou chroniques et un meilleur suivi du sevrage tabagique ou de la consommation d'alcool, du contrôle de la tension artérielle ou du taux de cholestérol, et de la couverture vaccinale. Ce suivi personnalisé permet également un meilleur contrôle des coûts de santé via la prévention à tous ses niveaux (primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire).

1.3 Lettre de liaison

Communément associée au courrier rédigé à la sortie d'une hospitalisation, la Lettre de Liaison (LL) définit également le courrier d'adressage du médecin requérant l'hospitalisation (14,15). Sa rédaction est quant à elle obligatoire pour le médecin prenant en charge les patients au sein des établissements de santé depuis 2017 (16). Sa transmission doit se faire le jour de la sortie de l'hospitalisation (15), remise en mains propres au patient ou à sa personne de confiance après accord, avec possibilité d'une transmission combinée par voie électronique via messagerie sécurisée.

Cette LL de sortie d'hospitalisation fait partie intégrante des critères de qualité examinés lors de la certification des établissements (16). En 2019, moins d'un quart des établissements remplissaient les critères de qualité « satisfaisant ». Trois critères étaient alors jugés insuffisants (16) : la remise à la sortie, la planification des soins de sortie et la mention des traitements de sortie. La dernière version en vigueur des critères de qualité (17), datant de 2023, affiche surtout l'importance d'une rédaction datée au jour de la sortie associée à la présence de 10 critères de qualité tant médico-administratifs (tels que la remise au patient ou l'envoi au MT) que médicaux (tels que la synthèse médicale et les traitements médicamenteux de sortie). Les derniers résultats de 2023 (18) sur les données de l'année 2022 des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins donnent un score national de 59 sur 100 concernant la qualité de la LL à la sortie, 57 en Nouvelle-Aquitaine.

1.4 Dossier Médical Partagé

Dispositif créé en 2016 (19), il a pour vocation d'être un véritable carnet de santé numérique (20) pour chaque assuré. Il est accessible via l'espace numérique Mon Espace Santé lancé en 2022 (21,22) créé automatiquement pour tout assuré sauf opposition de sa part ou de son représentant légal (23).

L'accès au DMP par les professionnels de santé et les établissements se fait après réception du consentement du patient (23) sauf cas particuliers dont l'urgence (15) ou le MT (24) qui a l'accès de facto.

1.5 Groupement Hospitalier de Territoire

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) sont un dispositif conventionnel obligatoire pour tous les établissements publics (25) mis en place en 2016 (26) afin de permettre une coopération entre les établissements d'un même territoire (25). La convention prévoit que chaque GHT se réunisse autour d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pour la coordination des missions de formation initiale du personnel médical ou la recherche (27) ainsi que ses modalités dont (28) le projet médical partagé, les délégations d'activités concernant les soins et matériels lourds, l'organisation et la répartition des personnels selon ces délégations. Pour permettre la bonne application de cette convention, une commission médicale de groupement et une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques chapeautent l'organisation (28) et la mise en application des modalités de la convention.

Le GHT du Limousin regroupe 18 établissements répartis sur l'ensemble des trois départements qui composaient l'ancienne région (30) :

- Haute-Vienne :
 - CHU Limoges
 - CH Esquirol
 - CH Saint-Junien
 - CH du Haut Limousin
 - CH Saint-Yrieix
 - CH Monts et Barrages
- Corrèze :
 - CH Brive-la-Gaillarde
 - CH Cœur de Corrèze
 - CH Ussel
 - CH Cornil
 - CH Bort-les-Orgues
 - CH Uzerche
- Creuse :
 - CH Guéret
 - CH Aubusson
 - CH Saint-Vaury
 - CH Evaux
 - CH La Souterraine
 - CH Bourgneuf

2. État de la situation médicale en France en 2023

2.1 Démographie médicale nationale et locale

L'effectif médical national toute spécialité confondue au 1^{er} janvier 2023 était de 230 143 pour une densité médicale de 339,23 pour 100 000 habitants (31) représentant ainsi une augmentation de 13 000 praticiens en 10 ans. Pour autant, la spécialité médecine générale (MGle) n'est pas logée à la même enseigne : les praticiens généralistes, tout type d'exercice confondu, étaient 99 457 en 2023 contre 101 385 en 2013 (31). On remarque ainsi que l'augmentation du nombre de praticiens totaux se fait aux dépens de l'augmentation du nombre de spécialistes hors M Gle. Pour preuve, la dynamique du nombre de postes ouverts aux Épreuves Classantes Nationales est totalement disparate entre les spécialités hors M Gle et la M Gle (32) : quasi-triplement du nombre de postes de spécialités hors M Gle tandis que ceux de M Gle ont ondulé autour des 3 500 par an.

Au cours de cette même décennie, on remarque une féminisation (31) de l'ensemble de la profession avec un sexe ratio hommes/femmes à 0,51 en 2023, plus importante dans la population des Médecins Généralistes (MG) au point que les femmes deviennent majoritaires avec un ratio H/F de 0,49. En étudiant les pyramides des âges au niveau national¹, on remarque que les deux tranches les plus âgées progressent tout autant que les deux plus jeunes avec des pourcentages (31) passant de 24,7 % à 30,7 % entre 2013 et 2023 et de 8,7 % à 15,5 % respectivement.

Sur le territoire du GHT du Limousin, entre 2013 et 2023, il existe une chute des effectifs totaux (33,34), passant de 2 515 à 2 399, compensée par une augmentation de l'effectif total de spécialistes hors M Gle à exercice plutôt hospitalier. Les praticiens généralistes accusent ainsi une perte de 159 confrères (12,3 %) soit 10 fois plus qu'au niveau national. Cette perte se fait aux dépens de l'exercice libéral puisque la part de salariés hospitaliers purs augmente de près de 18 % en 2013 à 22 % (33,34) en 2023 sur le territoire du GHT Limousin tandis qu'elle est restée plus stable à l'échelle nationale. Pour autant, en comparant les pyramides des âges entre 2013 et 2023¹ ainsi que les pourcentages des extrêmes (33,34), on constate que les chiffres ne diffèrent pas de l'échelle nationale.

¹ Disponibles en Annexe 1 : Pyramides des âges des effectifs médicaux nationaux et locaux

Bien que les effectifs des praticiens libéraux chutent, tant au niveau local que national, leurs patientèles « médecin traitant » et « file active » augmentent respectivement de 8,5 % et 5 % entre 2016 et 2022 (35). A l'échelle locale (36,37), ces chiffres sont beaucoup plus élevés s'échelonnant de +23,5 % en Haute-Vienne à +32 % en Corrèze pour la patientèle MT et de +2,4 % en Haute-Vienne à +10 % en Corrèze pour la patientèle file active. A contrario, la patientèle porteuse d'une Affection de Longue Durée (ALD) ne bénéficie pas systématiquement d'un MT. En effet, au 1^{er} janvier 2023 (38,39) plus de 700 000 patients porteurs d'ALD ne déclaraient de MT contre plus de 500 000 en 2018. Ainsi le gouvernement de l'époque dont M. Braun, ministre de la santé, a mis en place un ensemble d'actions (38) afin de diminuer ce nombre : prise de contact auprès des patients concernés, des MG avec patients en ALD dans leur file active non déclaré MT etc. Finalement, le nombre de patients en ALD sans MT a chuté (38,39) à 240 000 fin décembre 2023 soit une baisse de 25 %.

A l'hôpital, la population médicale a progressé en 10 ans, enregistrant ainsi une augmentation de 17 % à l'échelle nationale (31) et de près de 10 % à l'échelle locale (33,34). Au sein du GHT Limousin, cela représente en 2019 un total de 1 971 personnel médical en Équivalent Temps Plein (ETP) (30). Les établissements du GHT se répartissent les ETP de la façon suivante (30) : 63 % au CHU, 9 % au CH de Brive-la-Gaillarde, 6 % chacun aux CH Esquirol et Cœur de Corrèze, 5 % au CH de Guéret, 3 % chacun aux CH de Saint-Junien et d'Ussel, 2 % au CH de Saint-Yrieix-la-Perche et moins de 1 % chacun pour les établissements restants.

Une des explications au déséquilibre médical actuel vient du numerus clausus déterminant le nombre d'étudiants pouvant accéder aux études médicales en fin de première année. Historiquement, l'externat des hôpitaux date du début des années 1800 (40–42). Il fut supprimé en 1969 afin de donner un plus large accès aux stages hospitaliers aux étudiants en médecine à la suite des manifestations de mai 68. Rapidement, par peur des professeurs en médecine d'une perte de prestige de la profession, de la Fédération Hospitalière d'une baisse de qualité de la formation et du ministère du budget d'une augmentation trop forte des coûts de la rémunération des étudiants, un numerus clausus d'accès aux études de santé fut créé en 1971 (40–42) à raison de 8 600 étudiants par an. Pour autant, les effectifs d'accueil étaient confiés aux universités selon leurs capacités d'accueil. Ainsi, le nombre d'inscrits en première année a triplé en 5 ans (40–42) conduisant à une admission de 10 000 étudiants par an malgré la limite citée plus haut. Afin d'améliorer les conditions de formation, un nouvel arrêté confia le numerus clausus au gouvernement avec une diminution d'un tiers des effectifs admis. La dégringolade de ce nombre se poursuivit jusqu'à atteindre son nadir en 1993 (40–42) de 3 500 tout en restant sous les 4 000 jusqu'en 2000. Le numerus clausus fut ensuite rapidement augmenté jusqu'à retrouver son effectif initial des années 70. Plus récemment (43), le gouvernement d'Edouard Philippe en place sous la présidence d'Emmanuel Macron a aboli le numerus clausus en donnant de nouveau les clefs aux universités. Celles-ci sont désormais maîtres de leurs effectifs selon leurs capacités de formation depuis 2021. En revanche, cette suppression ne semble être qu'un effet d'annonce puisque le numerus clausus, avant sa disparition, était déjà corrélé au maximum des capacités des facultés (44,45). Enfin, du fait du nombre d'années d'études, les effets de cette réforme ne se feraient sentir qu'à partir de 2030 (41), année où l'on retrouverait les effectifs médicaux de 2023.

2.2 Grèves

Depuis de longues dates, les soignants ont régulièrement lutté pour leurs conditions de travail. Historiquement, la composition des manifestants concernait surtout les paramédicaux (infirmiers, aides-soignants). Depuis 2018, l'un des articles les plus anciens concernant le mouvement le plus récent, l'ensemble du personnel soignant se mobilise régulièrement pour dénoncer les mauvaises conditions de travail. Tout au long de l'année 2019 et du premier trimestre 2020, le mouvement s'est peu à peu répandu dans toute la France. Toutes les tailles d'établissement étaient concernées dans l'Hexagone : du CHU (46–49) au Centre Hospitalier (CH) périphérique (50–52). Le mouvement fut suivi jusque dans les territoires ultra-marins (53,54). A l'échelle locale, les hôpitaux périphériques se sont fortement mobilisés (55,56) à l'instar du CHU (57,58). Au dernier trimestre 2019, on comptait pas moins de 217 services d'urgences concernés par les grèves (59). Les manifestations étaient souvent à l'initiative du Collectif Inter-Hôpitaux (CIH), apolitique et asyndical (60), dont le CHU de Limoges fut le théâtre de mobilisations (61,62). Début février 2020, un appel à la démission des chefs de services fut lancé par le CIH, suivi au CHU de Limoges (63).

Suite à la crise sanitaire due à l'infection par le SARS-CoV2 (COVID), le gouvernement organisa une réflexion sur les conditions de travail au sein de l'hôpital public via le « Ségur de la Santé » (64,65). Pour autant, la mobilisation n'a pas désempli dans les suites de cette annonce (66,67) et s'est poursuivie jusqu'à récemment (68–72).

Ces grèves ont également concerné les internes en médecine générale, déplorant leurs conditions de travail (73,74), et les MG libéraux qui se sont activement mobilisés fin 2022-début 2023 (75,76) et de nouveau fin 2023 (77–79).

2.3 Services en tension

La COVID est arrivée en France depuis la Chine fin janvier 2020 (80). La France vivait son premier jour de confinement le 17 mars 2020 (81).

La prise en charge des patients lors du premier confinement s'étant déroulée dans des hôpitaux « vidés » de leurs patients, celle-ci fut plus compliquée à partir de la deuxième vague et du confinement qui l'accompagne fin 2020. Dès lors (82), les services des hôpitaux français étaient en tension suite à l'afflux de patients. Cette situation s'est étendue tout au long de l'année 2021 avec un épuisement de plus en plus prégnant (83,84).

Les années 2022 et 2023 fut mouvementées pour l'activité hospitalière. Début 2022 laissa entrevoir un répit grâce à la diminution des tensions hospitalières dues à la COVID (85,86) mais l'été 2022 se déroula sous tension à cause des canicules (87–89), au point de déclencher de nouveaux mouvements de grève (90). L'hiver 2022-2023 fut difficile pour les services de pédiatrie français faisant face à une épidémie importante de bronchiolite (91–93). Malheureusement, les difficultés estivales 2022 ont déteint sur l'été 2023 avec des services en tension (94), voire fermés (95), notamment à cause du manque de moyens (96). Enfin, l'hiver 2023-2024 n'a pas épargné les services hospitaliers avec de nouveau des services submergés (97,98), dont au CHU de Limoges (99), obligeant parfois les services à installer les patients dans des pièces insolites (100).

2.4 Épuisement professionnel des soignants

L'épuisement professionnel (101), appelé communément « burn-out », est défini selon la Haute Autorité de Santé (HAS) en France comme « *un état d'épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* ».

Une méta-analyse de 2019 (102) a mis en lumière, sur l'étude de 37 articles datés de 2003 à 2016, une prévalence de près de 50 % de burn-out chez les médecins français, les urgentistes en tête du classement, et 5 % de burn-out sévère. Ce pourcentage est significativement plus élevé chez les soignants qu'en population générale avec un odds-ratio de 3,50 en 2020 (103).

La population spécifique des internes en médecine est loin d'être épargnée. Lors d'une enquête réalisée en 2021 (104), les étudiants en médecine déclaraient souffrir de troubles anxieux et de burn-out à hauteurs respectives de 75 % et 67 %. En comparaison à 2017, 62 % souffraient de troubles anxieux. Certains définissaient des symptômes compatibles avec l'Épisode Dépressif Caractérisé (EDC) facilités par des situations d'humiliation, de harcèlement ou de difficultés financières. Le temps de travail ressort comme un facteur aggravant d'EDC évalué en moyenne à plus de 50 heures chez les internes (104). Cette problématique du temps de travail des internes est confirmée en 2023 lors d'une enquête conjointe des syndicats représentant les internes français, en médecine et odontologie (105) : 59 heures de travail hebdomadaire de moyenne toute spécialité confondue. Ce chiffre grimpe à 80 heures de travail chez 10 % d'entre eux. Les internes de spécialités chirurgicales étant les plus touchés avec 75 heures hebdomadaires, les internes en médecine générale accusant 50 heures. Une nouvelle enquête conjointe des trois principaux syndicats des étudiants et internes en médecine est en cours, à date de rédaction (106).

Outre la population médicale, les paramédicaux et soignants non médicaux sont durement touchés. Les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) du bassin de Mulhouse exerçant en libéral ou au sein de l'hôpital local ont rapporté via une enquête au printemps 2019 (107) un taux de 61 % de burn-out avec 6 % au stade sévère. Les IDE, les Aides-Soignants et les Agents des Services Hospitaliers du CHU de Lille des pôles médical et médico-chirurgical ont également été invités à répondre à une enquête, fin 2019 (108). Au sein de cette population, près de 66 % d'entre eux reconnaissaient que le travail empiétait sur leur vie personnelle, un tiers souffrait de troubles du sommeil et plus de 80 % ressentaient un déséquilibre du ratio efforts/récompenses. Le burn-out modéré touchait 16,5 % d'entre eux et 4 % étaient en état sévère. La catégorie professionnelle la plus touchée était les IDE.

3. Revue de la littérature française

3.1 Thermomètre des relations entre la ville et l'hôpital

Le sentiment général sur la qualité des relations avec l'hôpital s'est nettement amélioré au sein de la communauté des MG au cours des vingt dernières années. En effet, celles-ci étaient décrites franchement dégradées avant les années 2010 (109–111) peinant à remonter (112–115) puisqu'il faudra attendre 2019 (116) pour enfin apercevoir une nette amélioration. Ainsi, cette tendance s'affirme franchement sur les cinq dernières années avec des MG de plus en plus satisfaits (117,118). Un point noir spécifique reste encore mal vécu par les MG, même en 2024 (119) : les relations avec les services de chirurgie.

Malheureusement nous n'avons que très peu de recul sur le point de vue des Médecins Hospitaliers (MH) concernant les MG. Il semble que les MH aient un meilleur ressenti dans leurs relations avec les MT (118) qu'ils décrivent comme la pièce maîtresse de la prise en charge des patients (120), vu comme un médecin multi-casquettes et référent du suivi dans le temps.

Bien que le ressenti des MG sur leurs relations avec les MH s'est franchement amélioré, plusieurs difficultés qu'ils rencontrent perdurent dans le temps. Ainsi, depuis 2006 les MG rapportent rencontrer des difficultés pour joindre leurs confrères et consœurs hospitaliers (109) puisque cette notion remonte systématiquement (110–112,121,122) jusque dans les études les plus récentes (116,118,123) parfois confrontés aux barrages des secrétariats. De plus, les MG remontent depuis de longues dates (109) regretter ne pas être impliqués dans la prise en charge hospitalière de leurs patients (110,111,115,116,124–126) ou juste informés de leur entrée ou sortie (112) d'hospitalisation. En outre, la réception tardive des Comptes-Rendus d'Hospitalisation (CRH) ou des LL apparaît depuis longtemps (109,110) en précisant parfois le délai pouvant aller de sept à trente jours (112,122) en passant par deux semaines, même récemment (116). Malheureusement cela entraîne des consultations ou des visites à domicile avec des informations manquantes (126). Les MG regrettent également que les MH les appellent spontanément surtout pour récupérer des informations sur les patients (112,116) parfois pour organiser le retour au domicile mais rarement pour discuter de la prise en charge en cours. D'ailleurs, les MG ont parfois le sentiment d'être sous-estimés (109) voire exclus (110) et délaissés (118) ou bien considérés comme les « secrétaires » (113) des hospitaliers qui appellent pour faire faire la demande d'ALD (110) sans les informations concernant la pathologie chronique impliquée et diagnostiquée par le spécialiste hospitalier. Ils dénoncent également les difficultés grandissantes d'organiser des hospitalisations directes (116,127) et regrettent le passage de plus en plus systématique par les services d'urgences. Enfin, les MG regrettent de ne pas être invités plus fréquemment et impliqués dans les Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) (115,124) ni aux séances hospitalières de Développement Professionnel Continu (DPC) (115).

Les MH, de leur côté, se plaignent aussi des difficultés à joindre les MG par téléphone, pourtant encore considéré comme central pour la communication en cours d'hospitalisation ou en post-hospitalisation (120). Ainsi, il leur arrive d'être de plus en plus confrontés aux télésecrétariats (120), ressenti comme une déshumanisation des relations ville-hôpital (118). A l'instar de leurs confrères, les MH regrettent également que le rôle du MT soit limité en cours d'hospitalisation et que celui-ci soit parfois délaissé notamment lorsque le suivi hospitalier est intense (120). Les MH déplorent les manquements dans le suivi post-hospitalisation avec des rendez-vous de consultations non honorés mais suspectent une surcharge de travail de la part des MT (120). De ce fait, ils rapportent parfois des difficultés pour discerner les limites du passage de témoin en post-hospitalisation (120) : qui assure la continuité des résultats de biologie réalisés en ville sur demande du MH en post-hospitalisation ? Enfin, les MH regrettent tout simplement de manquer de temps afin de mieux communiquer avec les MG (120).

Les MG remontent quelques points positifs dans leurs relations avec l'hôpital. En premier lieu, on peut citer leur grande satisfaction de la qualité des CRH (113,127). Certains MG affirment tout de même communiquer régulièrement avec l'hôpital bien que ce soit principalement pour l'échange d'informations ou de documents (118) mais d'autres affirment être informés au préalable de la sortie d'hospitalisation de leurs patients (126). De plus, les MG qui réussissent à participer à des séances hospitalières de DPC s'en disent très satisfaits

(115). Finalement, les MG avouent déceler une amélioration de ces relations au cours du temps (118).

Quant aux MH, ils assurent communiquer régulièrement avec les MG (118) et sont conscients de la charge de travail assumée par les MG (120).

3.2 Quels moyens pour améliorer la continuité des soins ville-hôpital ?

Parmi les premiers contacts entre le monde hospitalier et les MG on retrouve l'appel téléphonique. En effet, bien que décrit ci-dessus comme difficile à pratiquer pour chacun, il reste très plébiscité de nos jours (112,116,118,123) surtout dans un contexte urgent (120,121). Ainsi pour faciliter ces contacts, MG (109–114,116,118,123) et MH (118,120) sont ouverts à la création d'annuaires partagés contenant les lignes directes des MH (voire leur mail (111)) ainsi que celles des MG. Les MG considèrent que ces accès directs pourraient faciliter les hospitalisations directes, en urgence ou programmées, plutôt qu'engendrer des passages trop systématiques par les services d'urgences (110), en évitant le « parcours du combattant » parfois ressenti lors de transferts itératifs de secrétariats en secrétariats.

Ensuite, l'implication du MT au cours de l'hospitalisation est une piste explorée et à développer. En effet, les MT (112,116) comme les MH (120) souhaitent une implication plus importante en cours d'hospitalisation : pour organiser la sortie (114,117), discuter de la prise en charge en cours (116) notamment quand elle touche aux soins palliatifs/limitations et arrêts des thérapeutiques actives (124,125), ou tout simplement pour avoir des explications concernant la pathologie (116). Cette implication peut également passer par la participation aux RCP (112,114,115,118), souhaitée par les MG. Enfin, les outils numériques sont plébiscités pour des échanges d'informations en cours d'hospitalisation (110,120,122,123) via les messageries sécurisées, des plateformes numériques sécurisées ou l'envoi d'une notification simple d'entrée/sortie des patients.

En outre, les échanges par courriers sont également au cœur des relations ville-hôpital. Comme vu plus haut, les institutions tendent à nettement améliorer le contenu et la rapidité d'envoi de la LL en passant notamment par la remise systématique de celle-ci au patient à sa sortie. Pour autant, les MG se disent globalement satisfaits (112,119,127–129) du contenu de ces courriers, sont en demande de plus de précision concernant les examens complémentaires déjà réalisés en cours d'hospitalisation pour éviter des prescriptions doublons en post-hospitalisation (113) et sont surtout en demande de développer davantage la transmission par voie numérique (111–114,116,119,121,127,129) (plutôt sécurisée) pour diminuer les délais de réception. Par ailleurs, les MH sont enclins à rédiger des courriers plus synthétiques et à développer les outils numériques pour la rédaction et l'envoi afin de diminuer les délais de transmission (120).

A noter, le courriel ou la messagerie sécurisée sont plébiscités pour les échanges non urgents de demande d'avis ou d'hospitalisation programmée.

Le CRH et la LL envoyés depuis l'hôpital possèdent des critères de plus en plus précis et d'évaluation de qualité au sein des établissements mais il n'en est rien pour les LL transmis par les MG parfois appelées « courriers d'adressage ». Ainsi, une équipe en 2018 a réalisé, via la méthode Delphi après trois tours de groupes d'experts composés de MG, MU et Infirmier d'Accueil et d'Orientation, une liste de 30 critères dont 22 ont été retenus comme nécessaires au sein d'un courrier d'adressage (130). Ci-dessous le résultat de cette liste de critères.

ANNEXE 6. Rapport synthétique

<p>MISE EN FORME</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Courrier dactylographié✓ Identité du médecin adressant (avec numéro de téléphone)✓ Identité du patient (nom, prénom, date de naissance)✓ Date de la consultation <p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Motif d'adressage✓ Antécédents en lien avec le motif d'adressage (et les plus significatifs)✓ Liste des traitements habituels (avec posologie et modifications récentes)✓ Anamnèse✓ Mode de vie (autonomie antérieure, aides à domicile, directives anticipées, aidant principal) <p>CLINIQUE</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Examen clinique (centré sur le motif d'adressage et signes cliniques anormaux)✓ Constantes (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en O2, poids, température) <p>PARACLINIQUE</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Examens complémentaires réalisés✓ Électrocardiogramme (récent ou ancien)✓ Bilan biologique (en totalité)✓ Radiographies (format papier) <p>INFORMATIONS UTILES</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Le courrier rédigé par le MG à l'attention du service des urgences est utile à la prise en charge du patient.✓ Il est préférable d'évoquer un diagnostic, mais il faut faire preuve de prudence et tenir compte du risque d'effet tunnelisant.✓ La gravité du patient perçue et évaluée par le MG doit être précisée dans le courrier, même si elle sera systématiquement réévaluée dès l'arrivée aux urgences.✓ Le MG peut faire figurer son ressenti (« mauvais pressentiment, modification de l'état habituel du patient...») sur le courrier.✓ En cas de douleur aiguë, les informations concernant l'évaluation et la prise de charge de la douleur doivent être mentionnées (ex : EVA, EN, traitement déjà administré...).✓ L'appel téléphonique du MG prévenant de l'envoi de son patient aux urgences doit être réalisé uniquement dans certaines situations :<ul style="list-style-type: none">- doute sur l'orientation- situation rendant délicate la formulation écrite (suspicion de maltraitance, instabilité psychiatrique)- urgence vitale ou nécessité de prise en charge rapide (cas particulier de transport non médicalisé).✓ L'utilisation d'un modèle ou d'une trame de courrier d'adressage permet de ne pas oublier d'éléments-clés. Le contenu doit ensuite être adapté à chaque patient et à chaque pathologie, en gardant les éléments essentiels à sa prise en charge.
--

- **Vert** : consensus obtenu à la 1^{ère} ronde, sans reformulation.
- **Bleu** : consensus obtenu à la 2^{ème} ronde, après reformulation.
- **Rouge** : consensus obtenu à la 3^{ème} ronde, après 2 reformulations.

Figure 2 : Rapport synthétique de la liste de critères d'un courrier d'adressage de médecin libéral selon la méthode Delphi²

Enfin, les MG et les MH souhaiteraient se rencontrer notamment lors de séances de DPC communes qui sembleraient intéressantes à développer (109,113–115,118,120) et pensent que le DMP et la téléexpertise sont les nouvelles technologies à développer (118,120).

3.3 Retours sur des dispositifs existants

De nombreux dispositifs se sont développés dans toute la France au cours des dernières années. La majorité d'entre eux optimisent l'utilisation de l'appel téléphonique souvent vécu comme laborieux par les MG pour tenter de discuter avec un confrère hospitalier. Ainsi, nous pouvons citer deux types de dispositifs locaux.

Premièrement, des annuaires contenant les lignes directes des MH (131) voire partagés avec les lignes directes des MG (132) de la région sont apparus. Ces deux exemples exposent : une nette amélioration pour joindre les MH (131) et un gain de temps (132), les MG se sentent bien mieux inclus dans la prise en charge hospitalière lorsque les MH appellent

² Source : Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste : obtention d'un consensus par méthode Delphi® 2018

spontanément (132) et plébiscitent le non passage par les services d'urgences pour hospitaliser un patient. Les MG préfèrent les lignes directes pour dévier les filtrages parfois longs des secrétariats (131) tandis que les MH votent en faveur de l'appel direct surtout pour les urgences et préféreraient renvoyer vers les secrétariats ou le courrier numérique pour les demande semi- ou non-urgentes (avis ou demande d'hospitalisation programmée) (131).

Deuxièmement, plusieurs lignes directes se sont développées isolément au sein de service spécifique (133–137). Ces lignes directes ont pu diminuer le taux de réhospitalisations depuis les urgences (133), permettre des hospitalisations directes rapides parfois le jour de l'appel (134,135,137) ou donner des avis pertinents dans des délais jugés acceptables (135–137).

D'ailleurs, de nombreux services de gériatrie organisant des hospitalisations par téléphone avec les MG utilisent une fiche téléphonique pour récupérer les informations-patient. Ainsi, une étude récente a évalué la concordance entre les informations récupérées par le MH lors de l'appel sur la fiche téléphonique et les informations retrouvées dans les courriers d'adressage correspondants (138). Finalement, selon une liste de critères définie dans la littérature, il n'existait pas de différence significative dans le contenu des informations entre les fiches téléphoniques et les courriers d'adressage concluant en leur concordance.

Enfin, parmi les outils numériques existants, il est logique de citer PAACO-Globule développé par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine et diffusé par ESEA (139) ainsi que la plateforme de téléexpertise de plus en plus répandue qu'est Omnidoc®. De fait, les études menées auprès des MG montrent qu'ils sont plutôt satisfaits et friands d'utiliser tant PAACO (140–144) que Omnidoc® (145,146). Ces deux outils ont également l'avantage de nécessiter une connexion via la carte (e-)CPS, garante de sécurité.

Les MG utilisent PAACO majoritairement pour échanger avec les équipes paramédicales libérales et sociales (141–144) mais ils regrettent souvent la non-appropriation par l'hôpital de cet outil (140,141), suspectant le manque de temps, ou la limitation d'utilisation aux dossiers déjà créés. Pour autant, les MG espèrent que le déploiement en ville puisse favoriser le déploiement à l'hôpital notamment pour l'aide à la prise en charge des dossiers complexes (140,144). Enfin, à l'instar de PAACO, l'Occitanie a développé un outil semblable nommé SPICO (147) dont l'évaluation de la partie discussions auprès des MG permettant d'être informés plus rapidement de la sortie de leur patient était satisfaisante.

En Bretagne (145) comme en Charente (146), les MG apprécient la plateforme Omnidoc® pour sa facilité d'utilisation et sa rapidité de réponse après demande d'avis. Ils mettent également en avant la clarté du site. En revanche, ils (146) veulent garder la voie téléphonique pour les avis urgents malgré la contrainte de temps d'attente. La réalisation d'une téléexpertise permet la cotation (148) « RQD » valorisé à hauteur de 10 euros par acte pour le médecin requérant et « TE2 » valorisé à hauteur de 20 euros par acte pour le médecin requis. Cette différence de valorisation n'est pas totalement comprise par les MG (146) mais certains d'entre eux plébiscitant la plateforme continueraient de l'utiliser même en l'absence de valorisation financière.

Créée en 2019 (149), la plateforme Omnidoc® est déployée au sein du CHU de Limoges depuis 2023 (150,151) suite à une expérimentation auprès de neuf services avec trois plateformes différentes testées.

Initialement cinq services se sont lancés dans l'aventure : hématologie, neurochirurgie, endocrinologie-diabétologie, maladies infectieuses et chirurgie pédiatrique – scoliose. A ce jour, 20 spécialités³ (150,151) autorisent la téléexpertise, associées à trois réseaux dits « fermés » car réservés à une certaine catégorie de professionnels (nutrition et oncologie pour les prestataires à domicile et les urgences de chirurgie pédiatrique réservées à certains CH du GHT) :

- Chirurgie maxillo-faciale
- Chirurgie pédiatrique
- Dermatologie
- Endocrinologie / Diabétologie
- Génétique médicale
- Gériatrie
- Hématologie clinique
- Médecine Physique et de Réadaptation
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Oncologie médicale
- Pédiatrie (découpée en sept)
- Rhumatologie

Depuis son lancement, on compte plus de 850 praticiens⁴ différents ayant requis au moins une fois un avis par téléexpertise représentant un total de 5 434 téléexpertises rendues. Le délai moyen de réponse⁴ est à ce jour de 42 heures et le délai médian de 15 heures avec seulement 5,2 % de demandes restées sans réponse à sept jours. Par ailleurs, cette téléexpertise représente une source de revenus qui devient non négligeable⁴ pour les services puisque le total généré depuis le début est de plus de 75 000 €. Enfin, le déploiement de la plateforme s'inscrivant au sein d'une politique menée par le centre de télémédecine et e-santé du GHT Limousin (152) communiqué grâce au flyer dédié⁵, il a permis son ouverture au sein d'établissements (151) du GHT en tant que requis répartissant ainsi la tâche.

Notons, qu'au sein de la grande région Nouvelle-Aquitaine le CHU de Bordeaux a également déployé sa plateforme de téléexpertise via le site Alliance Gironde⁶ donnant accès à 11 catégories d'avis de téléexpertise.

4. Justification de la thèse

Le sujet de cette thèse s'est construit sur le vécu lors de mes différents stages hospitaliers. Une revue de la littérature nous a permis d'apprendre qu'il existait très peu d'études prenant le point de vue des hospitaliers sur leurs relations avec les MT. Ainsi, lors du lancement de cette thèse et la construction du questionnaire, seule une thèse de 2020 (120) était publiée. De fait, la thèse réalisée en Champagne-Ardenne (118) combinant les points de vue des MG et des MH puis la thèse locale de Limoges (119) ont été publiées après le choix du sujet et son approbation par le comité des thèses du Département Universitaire de Médecine Générale local.

³ Accessibles à cette adresse : <https://tinyurl.com/omnidocchulimoges>

⁴ Cf. Annexe 2 : Chiffres clés Omnidoc® au sein du GHT Limousin

⁵ Disponible en Annexe 3 : Flyer de communication sur la téléexpertise déployée au CHU Limoges

⁶ Accessible à cette adresse : <https://tinyurl.com/alliancegironde>

I. Méthode

I.1. Revue de la littérature

Une revue de la littérature française a été effectuée principalement de mars 2023 à mars 2024 majoritairement via la plateforme SUDOC selon les termes « relation ville-hôpital » et « communication ville-hôpital ». La plateforme PubMed fut également interrogée selon les termes MerSH correspondants en concentrant la recherche sur les études françaises.

I.2. Type d'étude et population cible/source

Nous avons réalisé une étude descriptive, observationnelle, transversale, multicentrique.

La population cible concerne l'ensemble de l'effectif médical exerçant au sein des établissements du GHT Limousin.

La population source correspond à l'ensemble de l'effectif médical exerçant au sein des établissements du GHT Limousin, inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins ou en possession d'un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) validé.

I.3. Objectif principal, hypothèse et critère de jugement principal

La question à l'origine de la thèse était : quel est le point de vue des médecins hospitaliers exerçant au sein du GHT Limousin sur leur relation avec les médecins généralistes libéraux ?

L'objectif principal de cette thèse était de faire l'état des lieux des relations entre ces MH et leurs confrères et -sœurs généralistes libéraux.

L'hypothèse principale était simplement que les relations entre eux peuvent être complexes.

Le critère de jugement principal se base sur une échelle de Likert concernant plusieurs items.

I.4. Objectifs secondaires

Trois objectifs secondaires viennent compléter l'objectif principal dans le but d'enrichir le recueil d'informations :

- Evaluer l'intérêt des MH du développement d'outils pour communiquer avec les MT
- Evaluer l'intérêt des MH d'impliquer davantage les MT au cours de la prise en charge hospitalière
- Evaluer les voies pour améliorer les relations avec les MT

I.5. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient simples : être inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins ou en possession d'un DES validé et exercer au sein d'au moins un établissement du GHT Limousin.

Les critères d'exclusion étaient la non-inscription au tableau de l'Ordre des Médecins ou l'absence de DES validé.

I.6. Questionnaire : sa construction et le recueil des réponses

La construction des questions composant le questionnaire se fit via la revue de la littérature française des articles et thèses publiés jusqu'au cours de l'automne 2023 évaluant les relations MG-MH ou MH-MG. Le logiciel en ligne utilisé pour le construire fut Google Forms.

Le questionnaire⁷ est divisé en quatre sections. La première comportait une seule question fermée permettant l'inclusion ou non dans l'étude selon les critères ci-dessus. La deuxième consistait en un recueil des données démographiques dont le genre, l'âge, la durée totale de l'exercice de la médecine, la durée d'exercice au sein du GHT Limousin, le type d'établissement au sein duquel les médecins exerçaient et la spécialité exercée. Une nuance était apportée dans la redirection pour la suite du questionnaire en fonction de ce dernier critère : les MG exerçant en service d'urgences et les Médecins Urgentistes (MU) étaient systématiquement redirigés vers le questionnaire réservé au recueil des données sur les services d'urgences. Toutes les autres spécialités avaient accès au questionnaire réservé aux médecins exerçant en service hospitalier dont la dernière question, demandant la participation ou non à des gardes en service d'urgences, redirigeait vers le questionnaire urgentiste le cas échéant. Le questionnaire hospitalier déroulait des questions fermées ou à réponses courtes concernant les caractéristiques des services (type de service, temps moyen de séjour), l'état général des relations avec les MT, leurs moyens de communication avec eux selon les situations, leur souhait en termes de composition des LL d'adressage, leur avis sur la création d'un annuaire partagé ville-hôpital contenant les numéros directs des MH et libéraux, le niveau d'implication des MT au quotidien et leur avis sur une meilleure inclusion en cours d'hospitalisation. Le questionnaire urgentiste, plus sommaire, recueillait leur avis général sur leurs relations avec les MT, la composition du courrier d'adressage, leur performance sur la transmission du courrier de sortie.

Sa diffusion s'est étendue du 1^{er} décembre 2023 au 31 mars 2024 inclus par courriel via les affaires médicales de l'ensemble des établissements du GHT Limousin. Le courriel fut préféré pour bénéficier de l'accès aux listes de diffusion des services des affaires médicales des établissements. Face au nombre de médecins éligibles, la voie postale n'était pas adaptée.

I.7. Traitement des données recueillies

Les données brutes ont été extraites sous le format d'un tableur Excel[®]. Les réponses aberrantes ont été éliminées ou adaptées à la réponse attendue (exemple : nombre de jours attendu, réponse donnée en semaines, conversion faite en jours ; moyenne calculée en cas d'intervalle donné, exemple : 3-4 semaines = 24,5 jours) afin de permettre une uniformisation des réponses et leur traitement. Le logiciel Excel[®] fut également utilisé pour calculer les effectifs et leur pourcentage, les moyennes et leur écart-type.

Le site BiostaTGV⁸, via le logiciel de statistique R, fut utilisé pour comparer les pourcentages via les tests du Khi-2 ou exact de Fischer (lorsqu'au moins un effectif théorique était strictement inférieur à 5).

Seuls le directeur de thèse et le thésard ont eu accès et traité ces données.

⁷ Disponible en Annexe 2 : Questionnaire diffusé aux médecins hospitaliers du GHT Limousin

⁸ Accessible à cette adresse : <https://biostatgv.sentiweb.fr>

I.8. Éthique

Afin d'établir les démarches réglementaires dans le cadre de cette recherche en santé, le questionnaire⁹ rédigé en partenariat par les Départements de Médecine Général de Rennes et Strasbourg fut rempli. Cette étude ne nécessitait pas l'approbation par un comité d'éthique mais une déclaration de conformité¹⁰ auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) fut nécessaire et effectuée.

⁹ Accessible à cette adresse : <https://tinyurl.com/enqueteunivrennes>

¹⁰ Disponible en Annexe 5 : Déclaration de conformité CNIL

II. Résultats

II.1. Participation

La population cible¹¹ dénombre un total de 1 836 praticiens avec une population source excluant les stagiaires associés et les internes (les Docteurs juniors étant inscrits au tableau) de 1 294 praticiens.

Un total de 145 réponses au questionnaire a été récolté. Six médecins ont été exclus dès la première question et renvoyés vers la fin du questionnaire.

Finalement, 139 réponses ont été analysées soit un taux de réponse de 10,7 %.

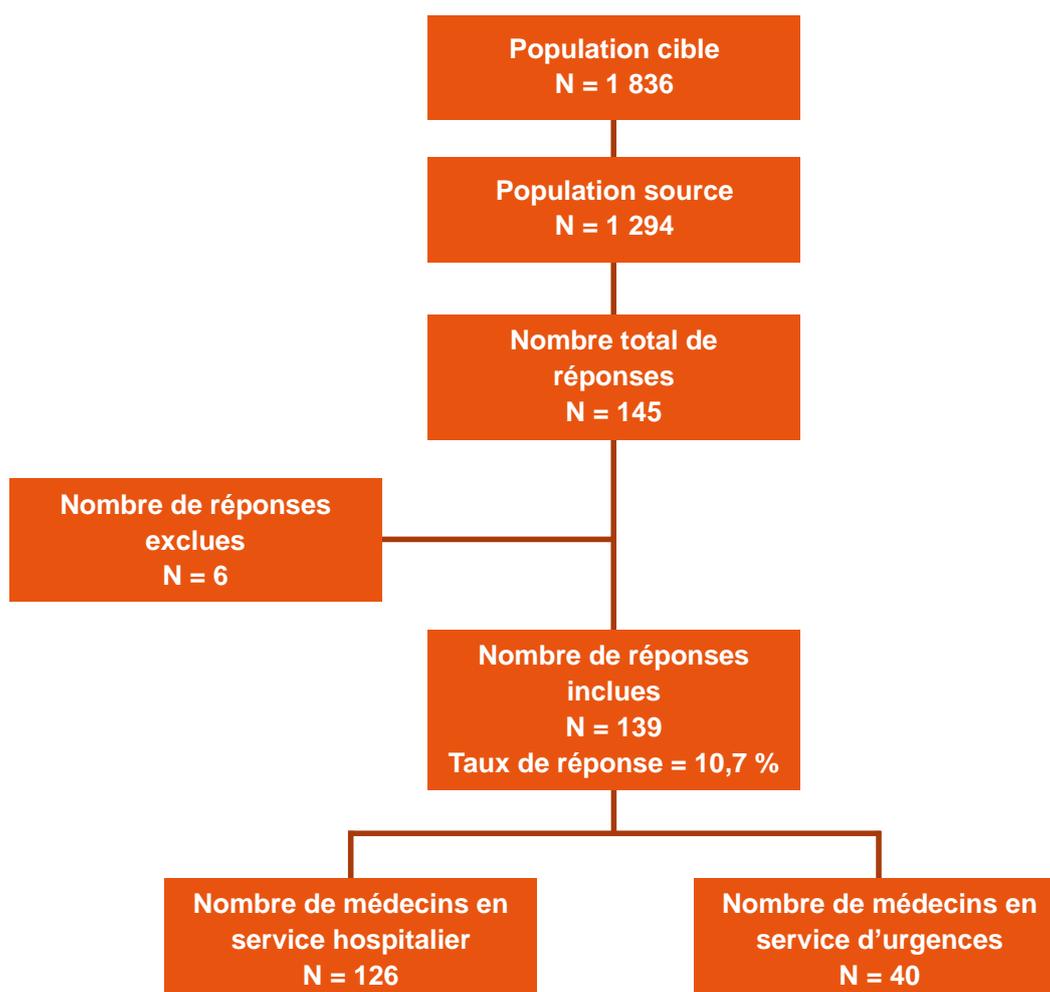


Figure 3 : Taux de réponse

¹¹ Dans l'impossibilité de récupérer le détail des effectifs médicaux au sein de chaque établissement, soit par non-réponse soit par impossibilité de l'établissement de fournir l'information, les populations ont été estimées via plusieurs sources dont les données disponibles sur le site de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (<https://drees.shinyapps.io/demographie-pps/>) au 1^{er} Janvier 2023 sur les médecins aux statuts « Salarier hospitalier » ou « Mixte » sans pouvoir distinguer ceux exerçant au service public de ceux exerçant dans le privé (mais ces derniers étant majoritairement en libéral) et recueillies auprès de l'ARS Nouvelle-Aquitaine concernant les Docteurs Juniors et les internes.

II.2. Caractéristiques démographiques des médecins répondeurs

Sur un total de 139 médecins ayant répondu au questionnaire, 71 étaient des femmes soit 51,1 % et 68 des hommes soit 48,9 %.

Seuls les plus de 65 ans étaient minoritaires à 6,5 % (n = 9), les autres tranches d'âges étant plutôt équilibrées entre 20 et 30 % dont les 35-45 ans sont les plus représentés à 28,1 % (n = 39).

La durée totale d'exercice était inférieure à 10 ans puisqu'elle représentait près de 40 % des médecins. Seuls six médecins avaient exercé plus de 40 ans tandis que les autres intervalles décennaux s'équilibraient autour des 20 % chacun.

La plupart des médecins exerçaient au sein d'au moins un établissement du GHT Limousin depuis cinq à quinze ans à hauteur de 39,6 % soit 55 d'entre eux. Autant de médecins avaient exercé moins de cinq ans et entre 15 et 25 ans au sein du GHT comptabilisant 30 médecins chacun soit 21,6 % chacun. 17,3 % des médecins avaient tout de même exercé plus de 25 ans (n = 24).

Une très forte majorité des médecins répondeurs avait le statut de Praticien Hospitalier (PH) puisqu'ils représentaient plus de 75 % de l'échantillon (n = 106), 12 médecins étaient Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (PU-PH) soit 8,6 %. Six Chefs de Clinique Assistants (CCA) et cinq Praticiens Attachés (PA), soit 4,3 % et 3,6 %, ont répondu au questionnaire. Les sept médecins ayant répondu « Autres » (soit 7,2 %) avaient le statut de retraité collaborateur, docteur junior, interne ou remplaçant.

Près des deux tiers des médecins venaient du CHU (n = 83), un peu plus d'un tiers d'un CH (n = 51) et 3,6 % d'un hôpital de proximité (HP) (n = 5).

Les trois spécialités, selon la nomenclature des DES, les plus représentées étaient la psychiatrie à plus de 20 % (n = 28) suivie de la médecine générale au sein d'un service hospitalier à 11,5 % (n = 16) puis de la gériatrie à 7,2 % (n = 10). Le détail de l'ensemble des spécialités représentées au sein des médecins répondeurs se situe dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de l'ensemble de l'échantillon

Caractéristiques démographiques	Échantillon (n = 139)	Pourcentage (%)
Sexe		
Masculin	68	48,9
Féminin	71	51,1
Age		
Moins de 35 ans	32	23,0
Entre 35 et 45 ans	39	28,1
Entre 45 et 55 ans	26	18,7
Entre 55 et 65 ans	33	23,7
Plus de 65 ans	9	6,5
Durée totale d'exercice		
Moins de 10 ans	54	38,8
Entre 10 et 20 ans	29	20,9
Entre 20 et 30 ans	25	18,0
Entre 30 et 40 ans	25	18,0
Plus de 40 ans	6	4,3
Durée d'exercice au sein du GHT		
Moins de 5 ans	30	21,6
Entre 5 et 15 ans	55	39,6
Entre 15 et 25 ans	30	21,6
Plus de 25 ans	24	17,3
Statut hospitalier		
PU-PH	12	8,6
MCU-PH	1	0,7
PHU	2	1,4
PH	106	76,3
PA	5	3,6
CCA	6	4,3
Autres	7	5,0
Type d'établissement d'exercice		
CHU	83	59,7
CH	51	36,7
HP	5	3,6
Spécialité exercée selon nomenclature des DES		
Anesthésie Réanimation	4	2,9
Chirurgie maxillo-faciale	1	0,7
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1	0,7
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	2	1,4
Dermatologie et vénéréologie	2	1,4
Endocrino-diabétologie nutrition	3	2,2
Gériatrie	10	7,2
Gynécologie obstétrique	1	0,7
Hématologie	1	0,7
Hépatogastro-entérologie	2	1,4
Maladies infectieuses et tropicales	4	2,9
Médecine cardio-vasculaire	5	3,6
Médecine d'urgence	8	5,8
Médecine générale au sein d'un service d'urgences	5	3,6
Médecine générale au sein d'un service hospitalier	16	11,5
Médecine intensive et réanimation	5	3,6
Médecine interne et immunologie clinique	5	3,6
Médecine Physique et de Réadaptation	4	2,9
Néphrologie	2	1,4
Neurochirurgie	1	0,7
Neurologie	7	5,0
Oncologie	4	2,9
Ophtalmologie	2	1,4
Pédiatrie	8	5,8
Pneumologie	3	2,2
Psychiatrie	28	20,1
Rhumatologie	5	3,6

En comparaison avec les données disponibles (34) au 1^{er} janvier 2023 concernant l'ensemble des médecins ayant le statut « Salarié hospitalier » ou « Mixte » du Limousin (en secteur public ou privé), la proportion de femmes au sein des médecins répondeurs est plus élevée tout comme celles des tranches d'âges les plus jeunes tandis que les médecins âgés sont moins nombreux dans l'échantillon répondeur, et les médecins exerçant en CH sont légèrement surreprésentés. Malgré ces différences, ces deux populations sont statistiquement identiques ($p_{\text{value}} > 0,05$) (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : Tableau de contingence du genre, de l'âge et du type d'établissement d'exercice entre les médecins de l'échantillon et les médecins hospitaliers du Limousin

Caractéristiques démographiques	Échantillon (n = 139)	Pourcentage (%)	Limousin (n = 1196)	Pourcentage (%)	p _{value}
Sexe					
Masculin	68	48,9	653	54,6	0,20
Féminin	71	51,1	543	45,4	
Age					
Moins de 35 ans	32	23,0	218	18,2	0,08
Entre 35 et 45 ans	39	28,1	264	22,1	
Entre 45 et 55 ans	26	18,7	235	19,6	
Entre 55 et 65 ans	33	23,7	326	27,3	
Plus de 65 ans	9	6,5	153	12,8	
Établissement				12	
CHU	83	59,7	753	63,0	0,46
CH	51	36,7	383	32,0	
HP	5	3,6	60	5,0	

II.3. Résultat des médecins exerçant en service hospitalier

II.3.1. Caractéristiques démographiques

Cent vingt-six médecins soit 90,6 % de l'échantillon exercent en service hospitalier. Leurs caractéristiques démographiques diffèrent peu par rapport à l'ensemble des médecins répondeurs. Le détail de celles-ci se trouvant dans le Tableau 3 ci-dessous.

Le sex-ratio est superposable à l'ensemble des médecins répondeurs.

La pyramide des âges diffère légèrement bien que les plus de 65 ans restent minoritaires à 6,3 %. Les autres catégories d'âges se situent entre 20 et 25 % environ chacune avec ici les moins de 35 ans majoritaires à 25,4 %.

La durée totale d'exercice diffère peu, majoritairement inférieure à 10 ans pour près de 40 % des médecins et la durée d'exercice au sein du GHT Limousin est quasiment identique par rapport à l'ensemble des médecins.

Les proportions des différents statuts hospitaliers et des spécialités exercées sont quasiment superposables à l'ensemble des médecins répondeurs tandis que la répartition des lieux d'exercice est identique.

¹² Selon répartition des ETP au sein du GHT en 2019, source : ARS Nouvelle-Aquitaine

Tableau 3 : Caractéristiques démographiques des médecins exerçant en service hospitalier

Caractéristiques démographiques	Total (n = 126)	Pourcentage (%)
Sexe		
Masculin	59	46,8
Féminin	67	53,2
Age		
Moins de 35 ans	32	25,4
Entre 35 et 45 ans	31	24,6
Entre 45 et 55 ans	24	19,0
Entre 55 et 65 ans	31	24,6
Plus de 65 ans	8	6,3
Durée totale d'exercice		
Moins de 10 ans	49	38,9
Entre 10 et 20 ans	26	20,6
Entre 20 et 30 ans	22	17,5
Entre 30 et 40 ans	25	19,8
Plus de 40 ans	4	3,2
Durée d'exercice au sein du GHT		
Moins de 5 ans	30	23,8
Entre 5 et 15 ans	47	37,3
Entre 15 et 25 ans	26	20,6
Plus de 25 ans	23	18,3
Statut hospitalier		
PU-PH	12	9,5
MCU-PH	1	0,8
PHU	1	0,8
PH	97	77,0
PA	3	2,4
CCA	6	4,8
Autres	6	4,8
Type d'établissement d'exercice		
CHU	76	60,3
CH	46	36,5
HP	4	3,2
Spécialité exercée selon nomenclature des DES		
Anesthésie Réanimation	4	3,2
Chirurgie maxillo-faciale	1	0,8
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1	0,8
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	2	1,6
Dermatologie et vénéréologie	2	1,6
Endocrino-diabétologie nutrition	3	2,4
Gériatrie	10	7,9
Gynécologie obstétrique	1	0,8
Hématologie	1	0,8
Hépatogastro-entérologie	2	1,6
Maladies infectieuses et tropicales	4	3,2
Médecine cardio-vasculaire	5	4,0
Médecine générale au sein d'un service hospitalier	16	12,7
Médecine intensive et réanimation	5	4,0
Médecine interne et immunologie clinique	5	4,0
Médecine Physique et de Réadaptation	4	3,2
Néphrologie	2	1,6
Neurochirurgie	1	0,8
Neurologie	7	5,6
Oncologie	4	3,2
Ophtalmologie	2	1,6
Pédiatrie	8	6,3
Pneumologie	3	2,4
Psychiatrie	28	22,2
Rhumatologie	5	4,0

II.3.2. Caractéristiques des services hospitaliers

La majorité des médecins exercent en service de médecine à plus de 75,0 % (n = 98) suivis des médecins exerçant en service de rééducation ou mixte médecine/chirurgie. Enfin, cinq médecins exercent en chirurgie.

La durée moyenne totale des séjours, déclarée, est de $15,8 \pm 19,4$ jours, la médiane est de 9,25 jours avec un intervalle à [1;135]. Cette moyenne diffère selon le type de service d'exercice, la plus élevée étant en service de rééducation à $35,9 \pm 15,2$ jours et la plus basse en service de chirurgie à $5,8 \pm 1,0$ jours. Le détail se trouve dans le Tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Caractéristiques des services hospitaliers

Service	Effectifs	Pourcent. (%)	Durées de séjour				
			Moy.	E.-type	Méd.	Min.	Max.
Effectif total	126	100,0	16,3	19,5	9,3	1,0	135,0
Médecine	98	77,8	15,2	19,9	8,0	1,0	135,0
Rééducation	12	9,5	35,9	15,2	32,5	18,0	60,0
Mixte	11	8,7	6,3	5,7	5,0	1,0	21,0
Chirurgie	5	4,0	5,8	1,0	5,5	5,0	7,0

II.3.3. Niveaux de satisfaction à cinq propositions sur une échelle de Likert

II.3.3.1. « De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les médecins traitants »

La quasi-totalité des médecins se sent satisfaite des relations avec les MT puisque 98,4 % ont répondu « Plutôt d'accord » ou plus. Plus d'un tiers a même répondu « Tout à fait d'accord » avec aucun médecin ayant répondu « Pas d'accord » ou « Pas du tout d'accord ». La proportion de femmes ayant répondu « Tout à fait d'accord » ou « D'accord » est identique à l'ensemble de l'échantillon soit 51,0 %.

Les deux médecins « Plutôt pas d'accord » sont un homme de 35-45 ans exerçant la médecine depuis 10-20 ans et depuis 5-15 ans au sein du GHT en tant que MG dans un service de médecine, PH, au sein d'un CH ; et une femme de moins de 35 ans exerçant la médecine depuis moins de 10 ans et depuis moins de cinq ans au sein du GHT en tant que psychiatre dans un service de médecine, PH, au sein du CHU.

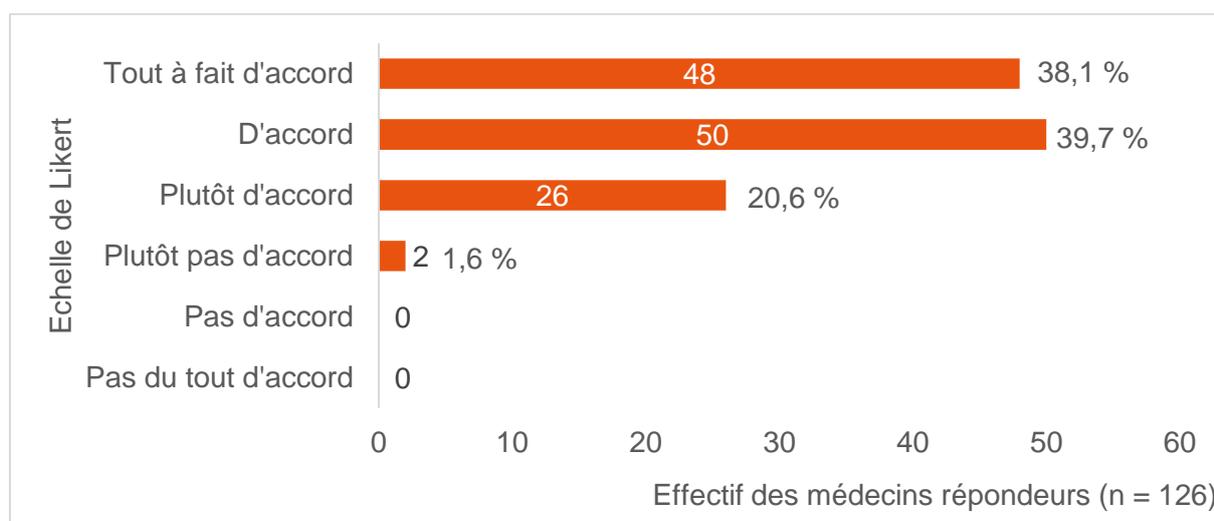


Figure 4 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « hospitaliers ») à l'affirmation « De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les médecins traitants »

II.3.3.2. « Mes appels téléphoniques avec les médecins traitants sont souvent inutiles »

La quasi-totalité des médecins ne trouve pas que les appels téléphoniques avec les MT sont inutiles puisque 96,9 % ont répondu « Plutôt pas d'accord » ou moins. 27,8 % des médecins a répondu « Pas du tout d'accord » avec aucun médecin ayant répondu « Tout à fait d'accord ». La proportion de femmes ayant répondu « Pas d'accord » ou « Pas du tout d'accord » est semblable à l'ensemble de l'échantillon soit 52,9 %.

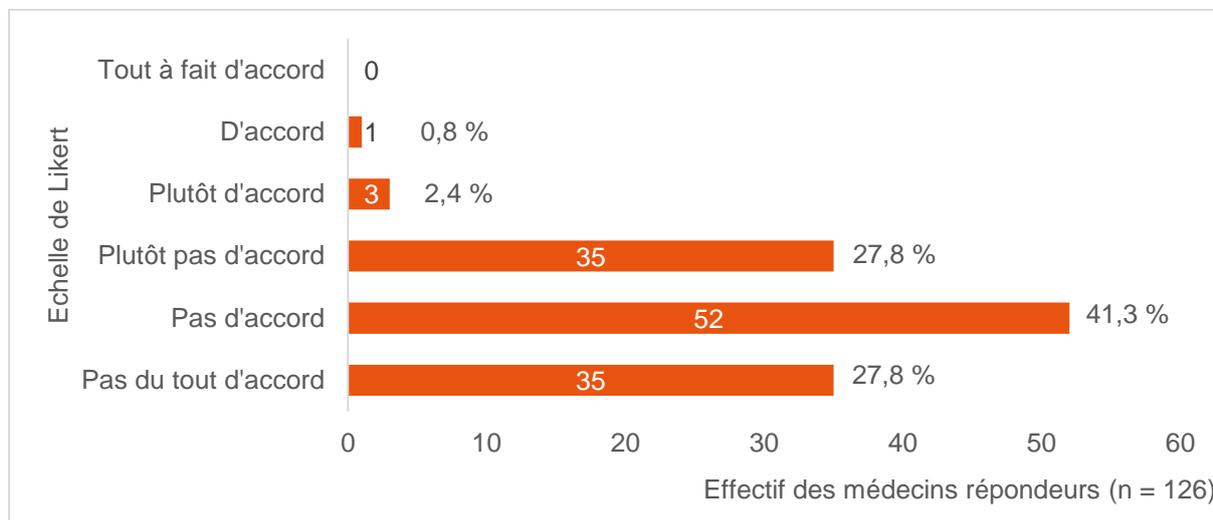


Figure 5: Résultats de l'échelle de Likert (partie « hospitaliers ») à l'affirmation « Mes appels téléphoniques avec les médecins traitants sont souvent inutiles »

Les quatre médecins « Plutôt d'accord » ou « D'accord », sont uniquement des hommes et ont majoritairement plus de 65 ans. Le détail de leurs caractéristiques sont réunies dans le Tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers trouvant inutiles leurs appels téléphoniques avec les médecins traitants

Caractéristiques démographiques	Médecin n°1	Médecin n°2	Médecin n°3	Médecin n°4
Genre	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin
Age	35-45 ans	Plus de 65 ans	Plus de 65 ans	Plus de 65 ans
Durée totale d'exercice	10-20 ans	30-40 ans	Plus de 40 ans	30-40 ans
Durée au sein du GHT	5-15 ans	5-15 ans	Plus de 25 ans	5-15 ans
Statut hospitalier	PH	PH	PH	PH
Établissement	CH	HP	CH	HP

II.3.3.3. « Les courriers d'adressage mériteraient d'être améliorés »

Près d'un tiers (31,7 %) des médecins, majoritaires, estimait que les courriers d'adressage méritaient d'être améliorés en répondant « Plutôt d'accord ». Ce nombre grimpe à 76,2 % (n = 96) en comptant les médecins ayant répondu « Plutôt d'accord » ou plus.

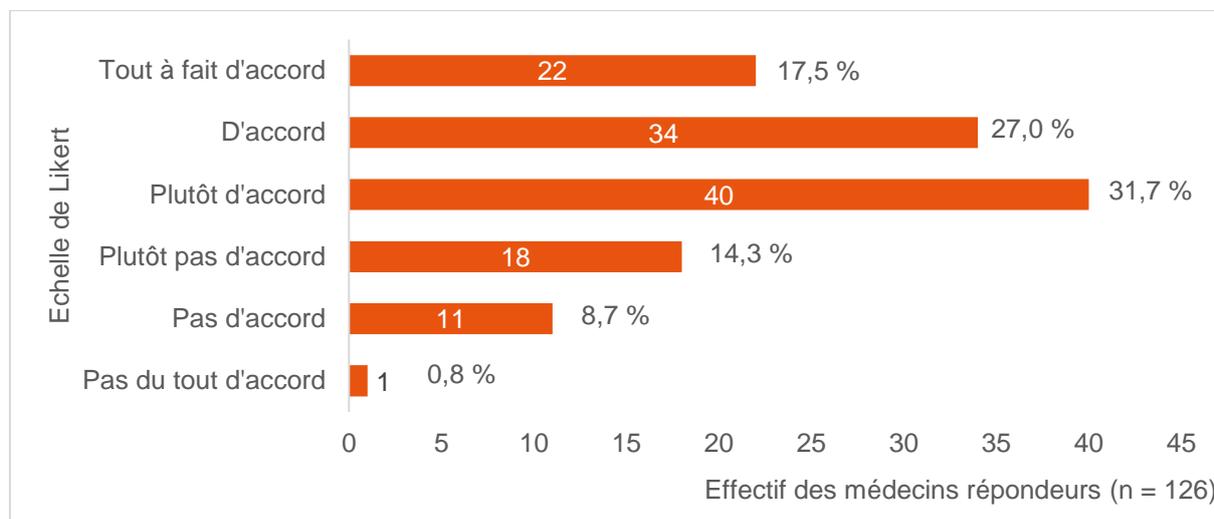


Figure 6 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « hospitaliers ») à l'affirmation « Les courriers d'adressage mériteraient d'être améliorés »

Les hommes (83,1 % ont répondu « Plutôt d'accord » ou plus) estiment plus que les femmes (70,1 %) que ces courriers méritent d'être améliorés. Seuls les 45-55 ans sont moins critiques envers ces courriers. Enfin, les médecins exerçant en CH sont plus critiques que leurs confrères au CHU ou en HP. Aucun de ces résultats n'est statistiquement significatifs. Le détail se trouve dans le Tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur les courriers d'adressage et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers

Caractéristiques démographiques	Réponses		Eff.	Pourcent. (%)	p _{value}
	≥ Plutôt d'accord	≤ Plutôt pas d'accord			
Genre					
M	49	10	59	83,1	0,09
F	47	20	67	70,1	
Âge					
< 35 ans	25	7	32	78,1	0,24
35-45 ans	25	6	31	80,6	
45-55 ans	14	10	24	58,3	
55-65 ans	25	6	31	80,6	
> 65 ans	7	1	8	87,5	
Établissement					
CHU	56	20	76	73,7	0,68
CH	37	9	46	80,4	
HP	3	1	4	75,0	

II.3.3.4. « Je suis satisfait du délai de transmission de la lettre de liaison à la sortie »

La majorité des médecins était satisfaite du délai de transmission de leurs LL puisqu'ils représentent 70,6 % à avoir répondu « Plutôt d'accord » ou plus.

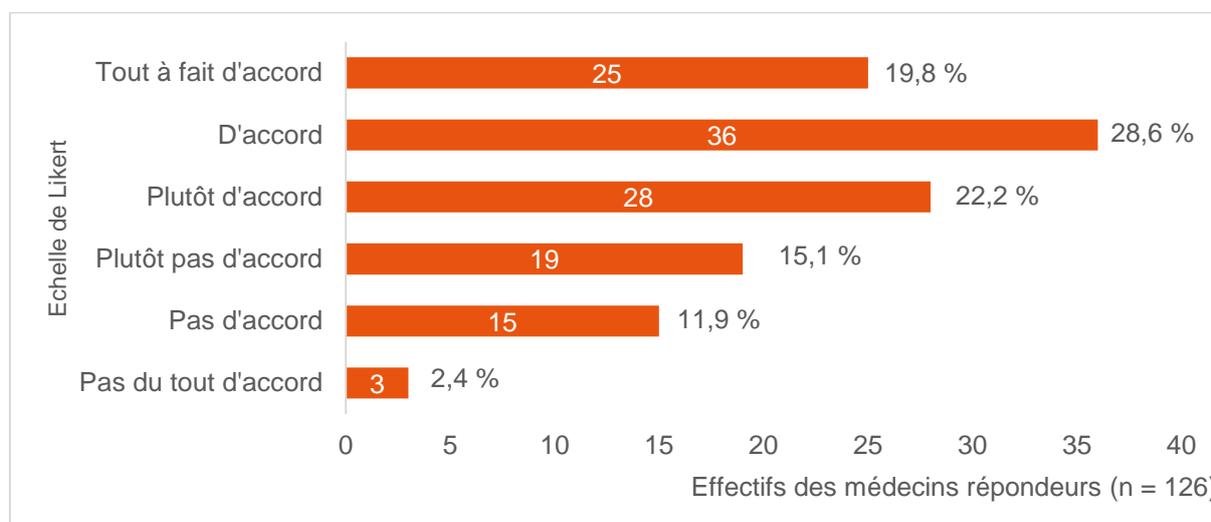


Figure 7 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « hospitaliers ») à l'affirmation « Je suis satisfait du délai de transmission de la lettre de liaison à la sortie »

En analyse univariée, on remarque que les médecins exerçant au CHU sont statistiquement moins satisfaits de ce délai de transmission qu'en CH ou HP ($p_{\text{value}} < 0,01$). En revanche, le niveau de satisfaction concernant le délai d'envoi de la LL ne diffère pas statistiquement selon le service d'exercice des médecins (cf. Tableau 7).

Tableau 7 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur le délai de transmission de la lettre de liaison et le type d'établissement/service d'exercice du médecin hospitalier

Caractéristiques démographiques	Réponses		Eff.	Pourcent. (%)	p _{value}
	≥ Plutôt d'accord	≤ Plutôt pas d'accord			
Établissement					
CHU	46	30	76	60,5	0,005
CH	40	6	46	87,0	
HP	3	1	4	75,0	
Service					
Médecine	69	29	98	70,4	0,20
Chirurgie	3	2	5	60,0	
Mixte	6	5	11	54,5	
Rééducation	11	1	12	91,7	

II.3.3.5. « La lettre de liaison à la sortie est toujours remise au patient à son départ »

Une répartition à environ deux tiers/un tiers se partagent les réponses de « Plutôt d'accord » et plus et « Plutôt pas d'accord » et moins, respectivement.

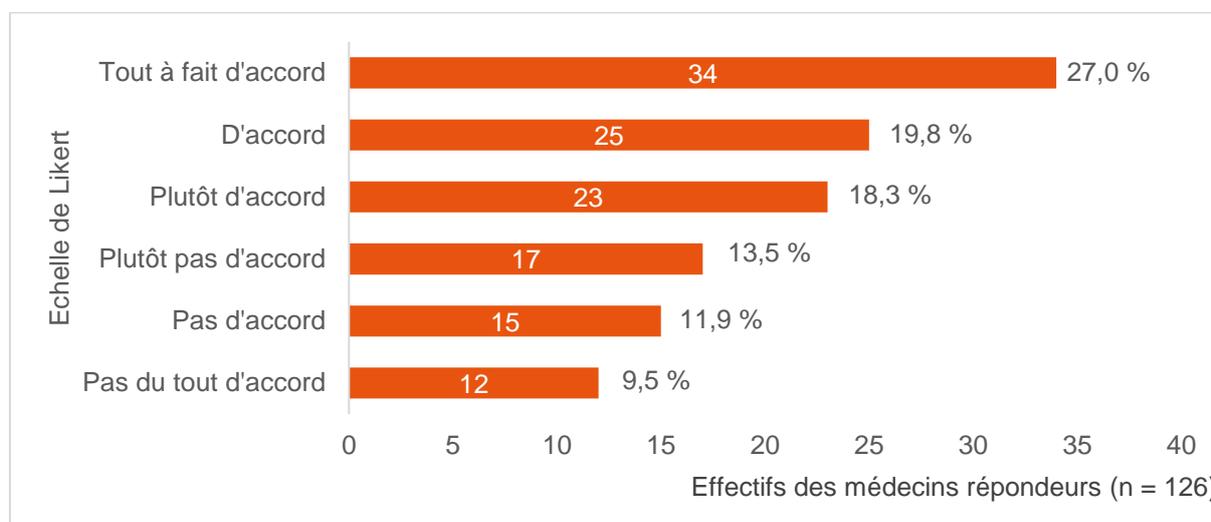


Figure 8 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « hospitaliers ») à l'affirmation « La lettre de liaison à la sortie est toujours remise au patient à son départ »

Sur le plan statistique, la LL est moins remise systématiquement au patient lors de sa sortie au CHU par rapport aux autres établissements ainsi qu'au sein des services de chirurgie ($p_{\text{value}} < 0,05$) (cf. Tableau 8).

Tableau 8 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur la remise en mains propres au patient de la lettre de liaison à la sortie et le type d'établissement/service d'exercice du médecin hospitalier

Caractéristiques démographiques	Réponses		Eff.	Pourcent. (%)	p_{value}
	\geq Plutôt d'accord	\leq Plutôt pas d'accord			
Établissement					
CHU	42	34	76	55,3	0,008
CH	36	10	46	78,3	
HP	4	0	4	100,0	
Service					
Médecine	63	35	98	64,3	0,04
Chirurgie	1	4	5	20,0	
Mixte	7	4	11	63,6	
Rééducation	11	1	12	91,7	

II.3.4. Moyens de communication préférés

II.3.4.1. Pour recevoir les informations-patient en cas d'admission directe urgente

La majorité préfère le courrier remis en mains propres par le patient à 57,1 % mais une part non négligeable plébiscite la voie numérique via le courriel (45,2 %) ou la messagerie sécurisée (46,0 %). Le fax (15,9 %), les plateformes de télécommunication (13,5 %) et le courrier postal (12,7 %) poursuivent ce classement.

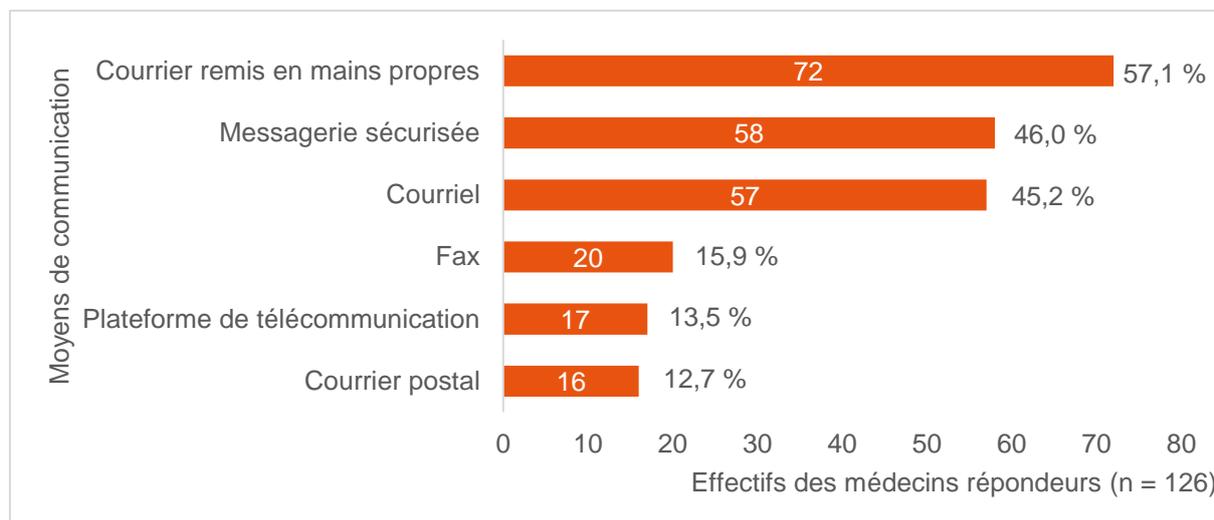


Figure 9 : Moyens de communication préférés pour recevoir les informations-patient en cas d'admission directe urgente (Question à Choix Multiples – QCM)

Par ailleurs, plus d'un tiers (36,5 %) des médecins a choisi, à cette QCM, une combinaison avec courrier remis en mains propres par le patient et réception directe du courrier et 31,0 % préfèrent une réception directe numérique uniquement.

Enfin, il n'existe pas de différence significative ($p_{\text{value}} = 0,33$) dans l'utilisation d'au moins une voie électronique dans la réception de ce courrier selon les classes d'âge (cf. Tableau 9).

Tableau 9 : Tableau de contingence entre l'utilisation d'au moins une voie numérique pour la réception des informations-patient lors d'une hospitalisation urgente et les classes d'âges des médecins hospitaliers

Caractéristiques démographiques	Réponses		Effectifs	Pourcent. (%)	p _{value}
	≥ 1 voie numérique	Aucune voie numérique			
Âge					
< 35 ans	25	7	32	78,1	0,33
35-45 ans	26	5	31	83,9	
45-55 ans	17	7	24	70,8	
55-65 ans	22	9	31	71,0	
> 65 ans	4	4	8	50,0	

II.3.4.2. Pour recevoir les informations-patient en cas d'admission directe programmée

Ici, la majorité préfère les recevoir par courriel (48,4 %) suivie de près par l'utilisation de la messagerie sécurisée (44,4 %) et le courrier remis en mains propres par le patient (42,9 %). Le courrier postal possède une part plus importante qu'en cas d'urgence à 21,4 % également suivi de près par le fax à 20,6 %. Les plateformes de télécommunication étant presque autant plébiscitées par 12,7 % des médecins.

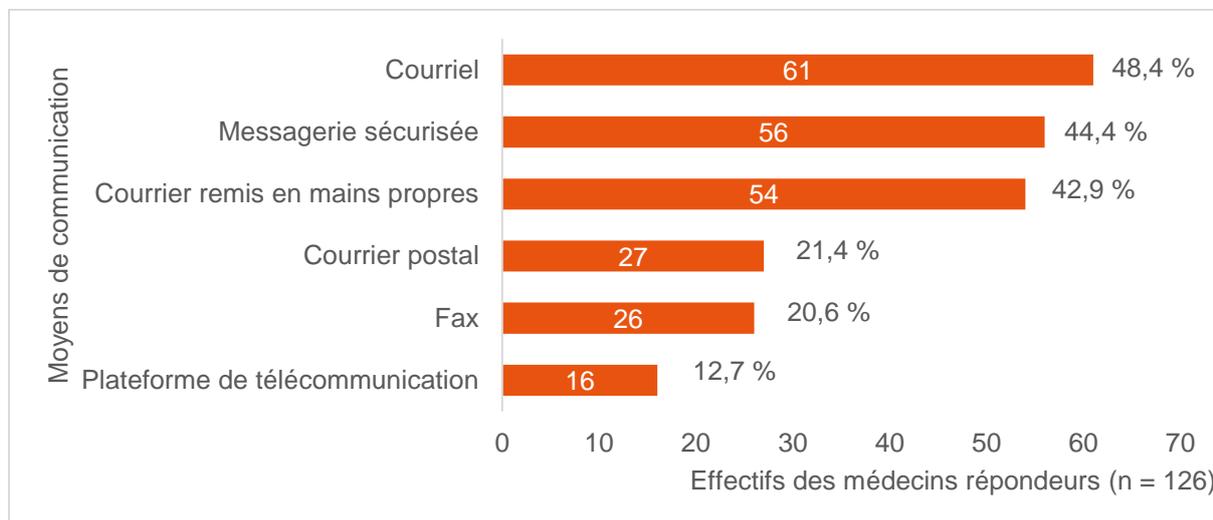


Figure 10 : Moyens de communication préférés pour recevoir les informations-patient en cas d'admission directe programmée (QCM)

29,4 % des médecins plébiscitent l'utilisation combinée de la remise en mains propres et de la réception directe et 31,7 % préfèrent une réception directe numérique uniquement

Enfin, il n'existe pas de différence significative ($p_{\text{value}} = 0,19$) dans le moyen utilisé pour la réception de ce courrier selon les classes d'âge (cf. Tableau 10).

Tableau 10 : Tableau de contingence entre l'utilisation d'au moins une voie numérique pour la réception des informations-patient lors d'une hospitalisation programmée et les classes d'âges des médecins hospitaliers

Caractéristiques démographiques	Réponses		Effectifs	Pourcent. (%)	p _{value}
	≥ 1 voie numérique	Aucune voie numérique			
Âge					
< 35 ans	28	4	32	87,5	0,19
35-45 ans	25	6	31	80,6	
45-55 ans	17	7	24	70,8	
55-65 ans	24	7	31	77,0	
> 65 ans	4	4	8	50,0	

II.3.4.3. Pour transmettre la lettre de liaison de sortie

La majorité des médecins continue d'utiliser le courrier postal pour moins des deux tiers (61,9 %) talonné par la remise en mains propres au patient pour 52,4 % et l'utilisation de la messagerie sécurisée pour 44,4 %. Le courriel n'est utilisé que par 16,7 % et le fax reste marginal à 0,8 %. Aucun médecin n'utilise les plateformes de télécommunication.

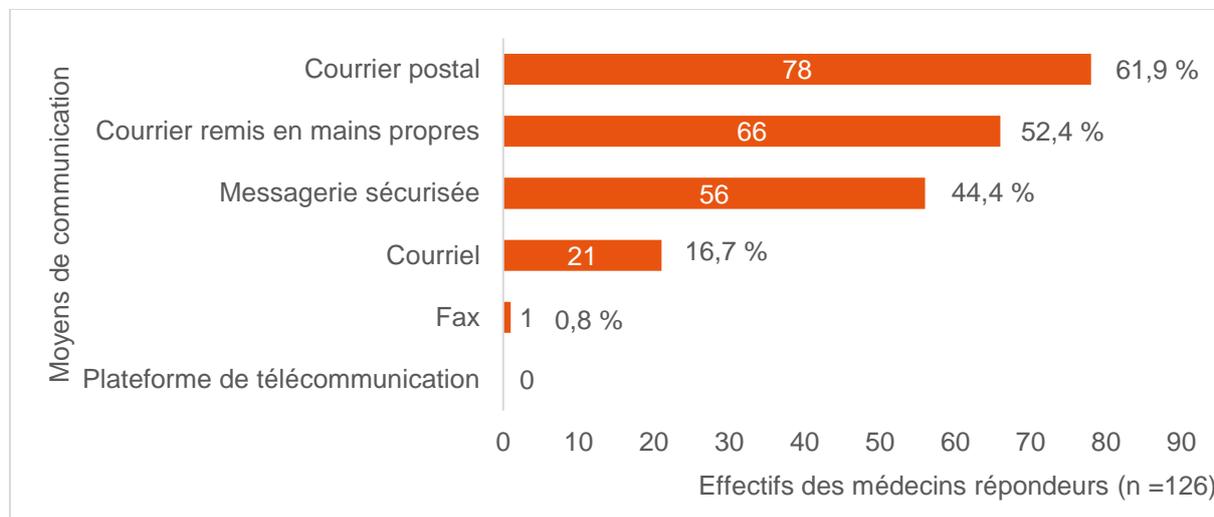


Figure 11 : Moyens de communication préférés pour transmettre la lettre de liaison à la sortie (QCM)

Près de 40 % (38,9 %) combinent la remise en mains propres au patient et la transmission directe au MT. En outre, 16,7 % des médecins n'utilisent que l'envoi par courrier postal au MT, sans remise en mains propres ni utilisation du numérique tandis que 14,3 % des médecins ne jurent que par la transmission numérique.

La remise en mains propres de la LL est obligatoire selon la loi, tous les médecins ne le font pas systématiquement. En revanche, il n'existe pas de différence significative selon leur lieu d'exercice ($p_{\text{value}} = 0,60$) (cf. Tableau 11).

Tableau 11 : Tableau de contingence entre la remise en mains propres de la lettre de liaison au patient et le type d'établissement d'exercice du médecin hospitalier

Caractéristiques démographiques	Courrier remis en mains propres		Effectifs	Pourcent. (%)	p_{value}
	Oui	Non			
Établissement					
CHU	41	35	76	53,9	0,60
CH	22	24	46	47,8	
HP	3	1	4	75,0	

II.3.5. Éléments nécessaires composant un courrier d'adressage

Trois éléments font quasiment consensus puisqu'ils regroupent plus de 90 % d'avis favorables à savoir le motif d'adressage pour 96,8 % des médecins, le traitement au long cours pour 95,2 % et les antécédents pour 93,7 %.

Viennent ensuite l'histoire de la maladie pour 84,9 %, puis, ex-aequo, le traitement donné par le médecin adresseur pour tenter d'enrayer la raison d'hospitalisation et les examens complémentaires déjà réalisés pour 77,8 %.

Les trois éléments les moins plébiscités et réunissant moins de 50 % des faveurs sont les paramètres vitaux initiaux pour 39,7 % des médecins, le mode de vie pour 40,5 % et l'autonomie pour 45,2 %.

Le détail de l'ensemble des éléments se situe dans le graphique ci-dessous.

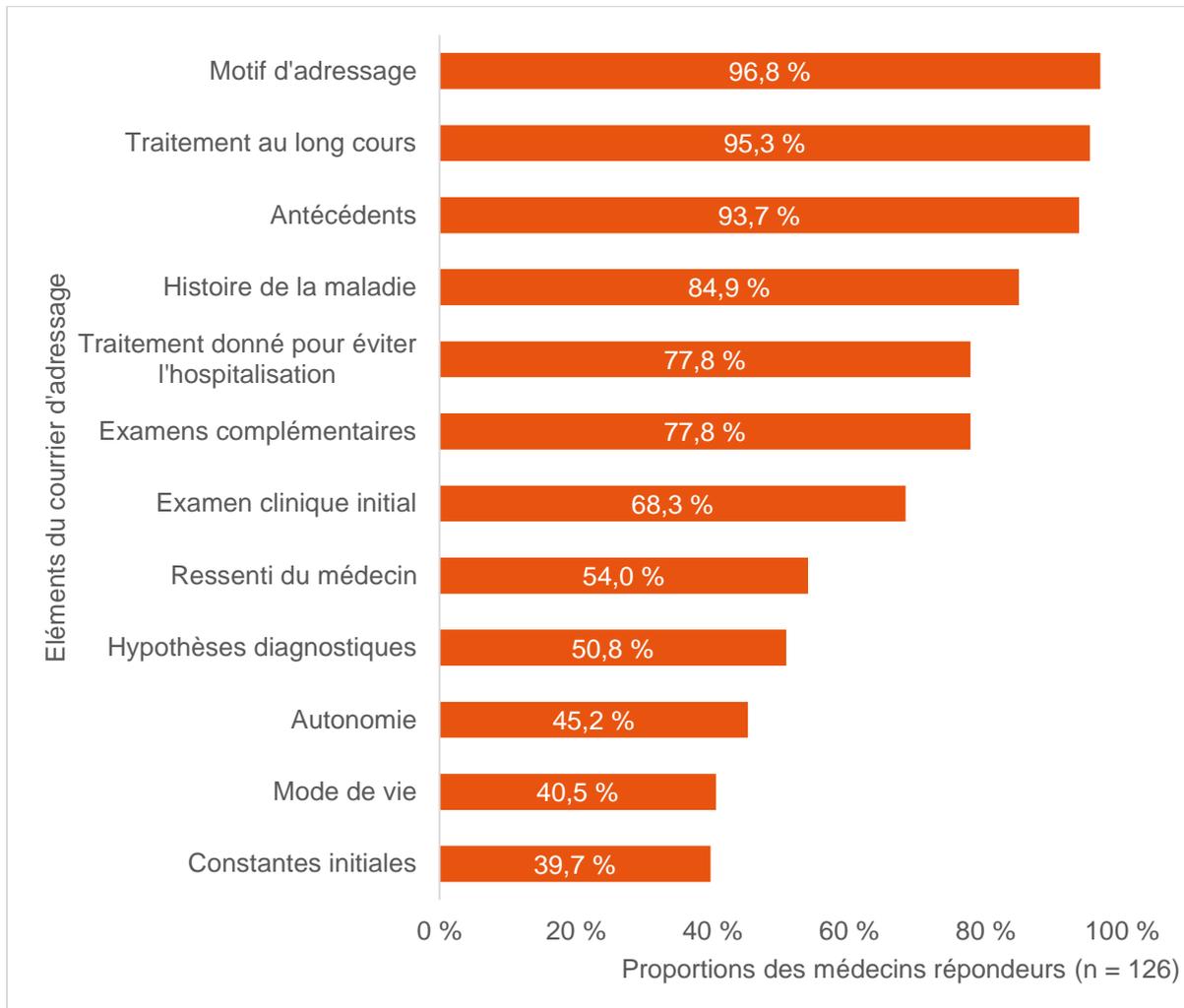


Figure 12 : Importance donnée aux éléments composant un courrier d'adressage pour une hospitalisation (QCM)

II.3.6. Création d'un annuaire partagé

Une large majorité de 83,3 % des médecins est favorable à la création d'un annuaire partagé contenant des numéros directs vers les MH et vers les MG de la région.

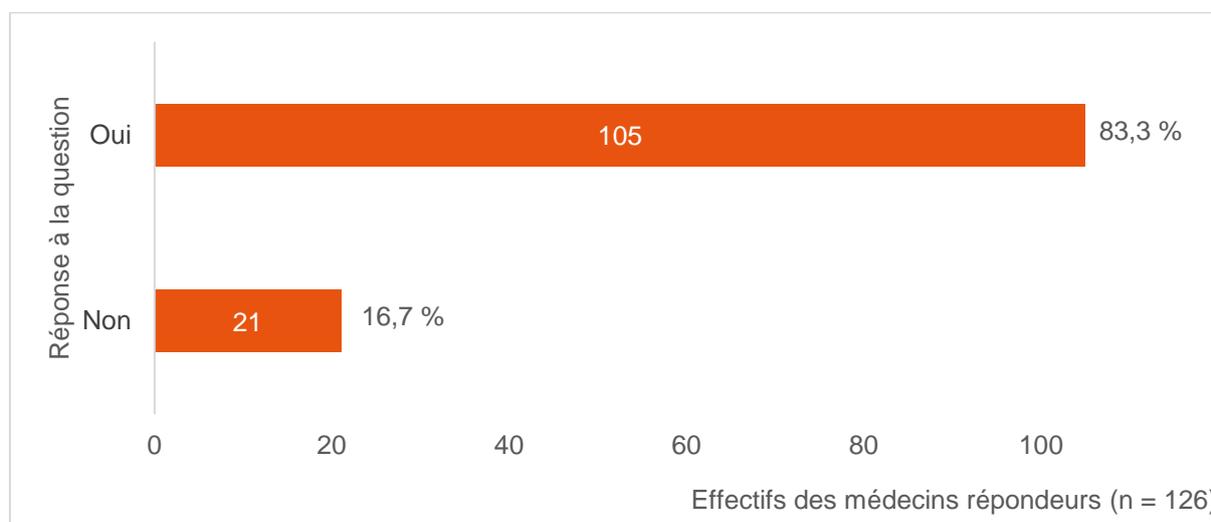


Figure 13 : Avis sur la création d'un annuaire partagé (Question à Réponse Unique – QRU)

Le genre, l'âge ou le type d'établissement d'exercice n'interfère pas de façon significative ($p_{\text{value}} > 0,05$) dans l'acceptation d'un annuaire partagé contrairement au type de service d'exercice ($p_{\text{value}} < 0,05$) (cf. Tableau 12).

Tableau 12 : Tableau de contingence entre l'acceptabilité d'un annuaire partagé et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers

Caractéristiques démographiques	Réponses		Effectifs	Pourcent. (%)	p_{value}
	Oui	Non			
Genre					
M	47	12	59	79,7	0,30
F	58	9	67	86,6	
Âge					
< 35 ans	23	9	32	71,9	0,10
35-45 ans	29	2	31	93,5	
45-55 ans	18	6	24	75,0	
55-65 ans	28	3	31	90,3	
> 65 ans	7	1	8	87,5	
Établissement					
CHU	65	11	76	85,5	0,47
CH	37	9	46	80,4	
HP	3	1	4	75,0	
Service					
Médecine	85	13	98	86,7	0,03
Chirurgie	2	3	5	40,0	
Mixte	8	3	11	72,7	
Rééducation	10	2	12	83,3	

II.3.7. Implication du médecin traitant en cours d'hospitalisation

Près de trois quarts des médecins (72,2 %) affirment impliquer le MT au cours de la prise en charge hospitalière de leur patient en dehors de la simple recherche d'informations qui peut se faire classiquement à l'entrée dans le service.

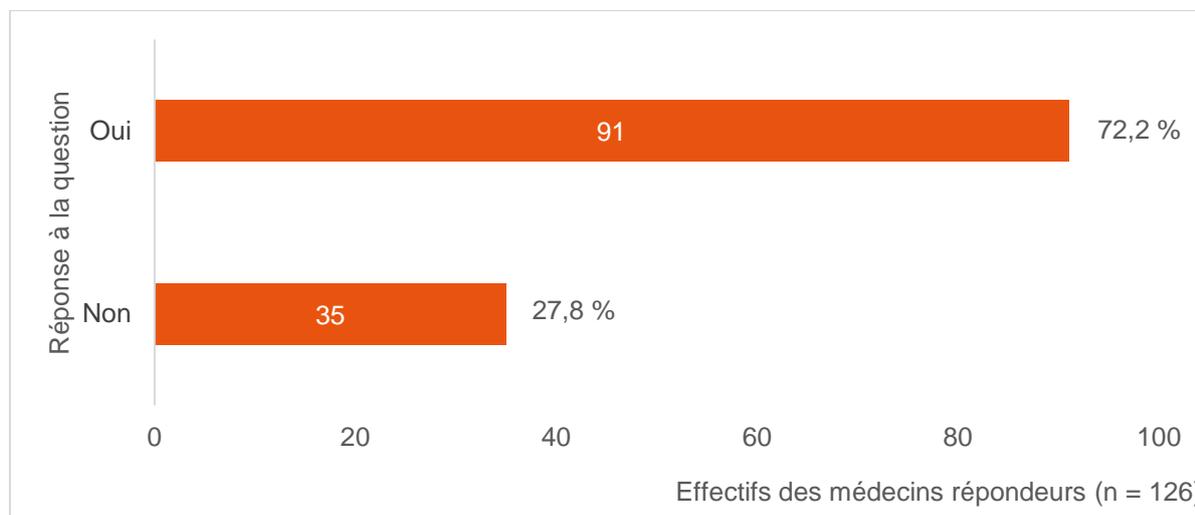


Figure 14 : Avis sur l'implication des médecins traitants au cours de l'hospitalisation par les médecins hospitaliers (QRU)

Les femmes ont tendance à impliquer davantage le MT par rapport aux hommes, les médecins plus âgés par rapport aux jeunes. 100 % des médecins répondeurs et exerçant en HP avouent impliquer le MT en cours d'hospitalisation quant au CHU et en CH environ 70 % l'avouent. Pour autant, ces différences ne sont pas statistiquement significatives (cf. Tableau 13).

Tableau 13 : Tableau de contingence entre l'implication du médecin traitant en cours d'hospitalisation et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers

Caractéristiques démographiques	Réponses		Effectifs	Pourcent. (%)	p _{value}
	Oui	Non			
Genre					
M	40	19	59	67,8	0,30
F	51	16	67	76,1	
Âge					
< 35 ans	18	14	32	56,3	0,19
35-45 ans	24	7	31	77,4	
45-55 ans	17	7	24	70,8	
55-65 ans	25	6	31	80,6	
> 65 ans	7	1	8	87,5	
Établissement					
CHU	55	21	76	72,4	0,69
CH	32	14	46	69,6	
HP	4	0	4	100,0	
Service					
Médecine	73	25	98	74,5	0,66
Chirurgie	3	2	5	60,0	
Mixte	7	4	11	63,6	
Rééducation	8	4	12	66,7	

Cette implication concerne en premier lieu la question du devenir pour plus de 90 % des MH, suivie de la question sociale pour 70 % et de la décision thérapeutique pour plus de 50 %. L'aide diagnostique est la raison d'implication ayant recueilli moins de 20 %.

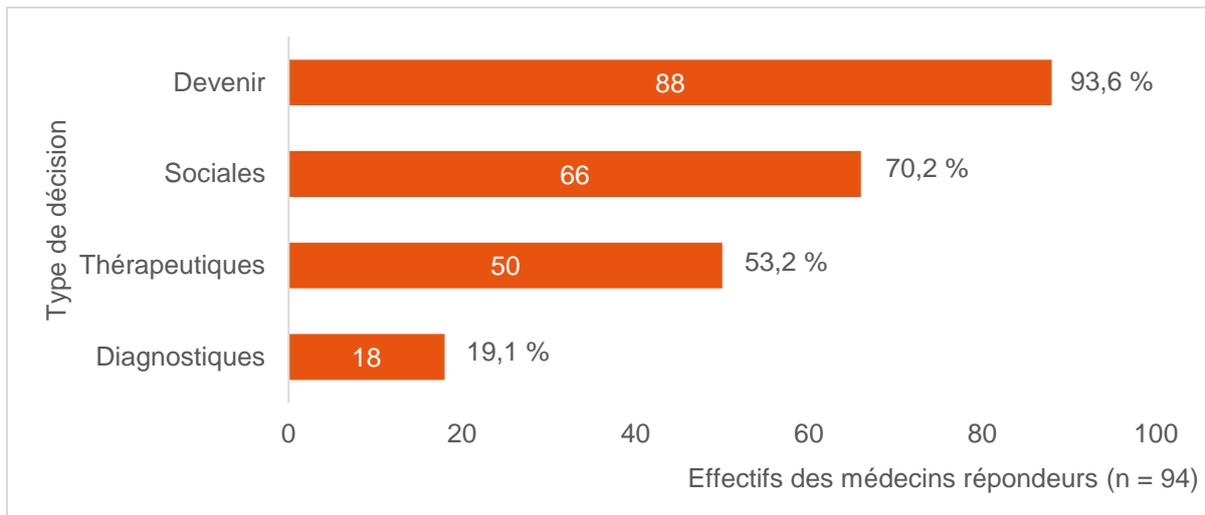


Figure 15 : Type de décisions pour lesquelles les médecins hospitaliers impliquent le médecin traitant (QCM)

Les freins à cette implication sont surtout marqués par le manque de temps pour une majorité de 57,1 %. Environ un tiers (35,7 %) n'impliquent pas le MT car le service dans lequel ils exercent ne s'y prêtent pas. Enfin, presque à la marge, un peu plus de 10% (10,7 %) craint d'être mal reçu par le MT et 5,4 % n'y voit pas d'intérêt.

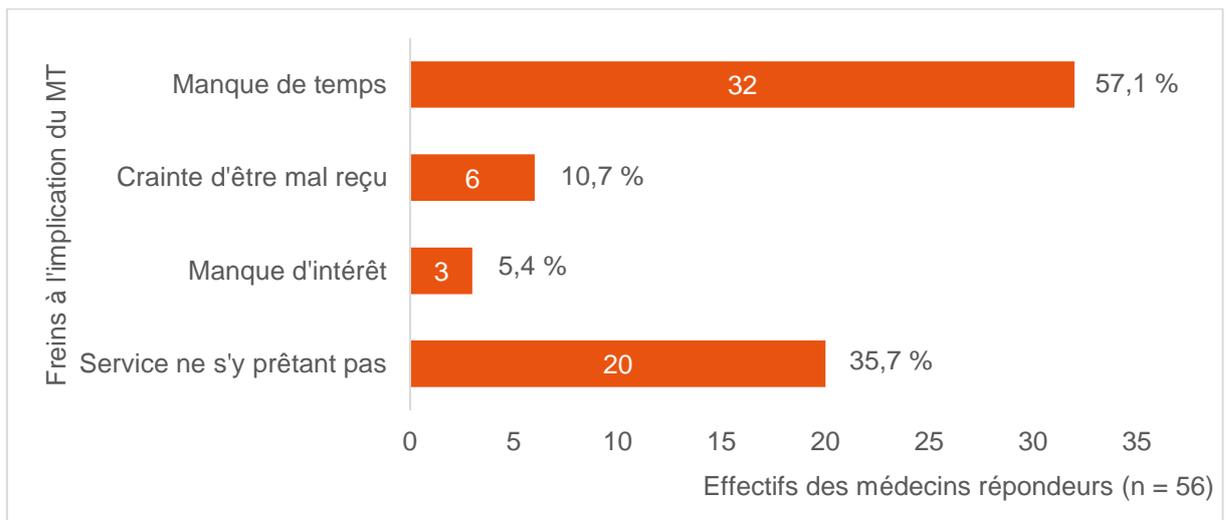


Figure 16 : Freins à l'implication des médecins traitants en cours d'hospitalisation (QCM)

II.3.8. Impliquer davantage le médecin traitant au cours de l'hospitalisation

Sur les 126 MH, 98 souhaiteraient impliquer davantage les MT au cours de l'hospitalisation de leurs patients, soit 77,8 %.

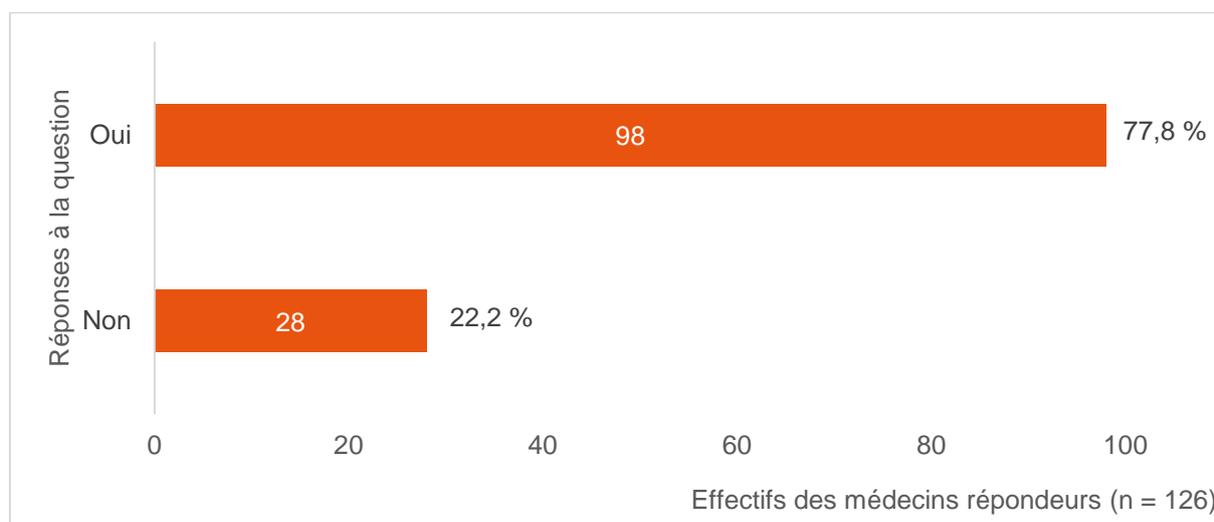


Figure 17 : Souhait d'impliquer davantage les médecins traitants au cours de l'hospitalisation (QRU)

Les caractéristiques démographiques n'interfèrent pas dans le souhait d'implication du MT en cours d'hospitalisation. En revanche, les médecins avouant déjà impliquer le MT en cours d'hospitalisation sont significativement plus nombreux à souhaiter l'impliquer davantage ($p_{\text{value}} < 0,01$) (cf. Tableau 14).

Tableau 14 : Tableau de contingence entre le souhait d'impliquer davantage le médecin traitant en cours d'hospitalisation et les caractéristiques démographiques ainsi que l'implication actuelle

Caractéristiques démographiques	Réponses		Effectifs	Pourcent. (%)	p _{value}
	Oui	Non			
Genre					
M	43	16	59	72,9	0,21
F	55	12	67	82,1	
Âge					
< 35 ans	22	10	32	68,8	0,50
35-45 ans	27	4	31	87,1	
45-55 ans	19	5	24	79,2	
55-65 ans	25	6	31	80,6	
> 65 ans	7	1	8	87,5	
Établissement					
CHU	60	16	76	78,9	0,61
CH	34	12	46	73,9	
HP	4	0	4	100,0	
Service					
Médecine	77	21	98	78,6	0,71
Chirurgie	3	2	5	60,0	
Mixte	9	2	11	81,8	
Rééducation	9	3	12	75,0	
Implique déjà le MT					
Oui	82	9	91	90,1	< 0,01 (0,8.10 ⁻⁸)
Non	16	19	35	45,7	

Les avantages pour une meilleure implication des médecins traitants en cours d'hospitalisation ont été regroupés via une Question à Réponse Courte (QRC).

Tout d'abord, en cours d'hospitalisation, les MH y voient comme bénéfique une meilleure connaissance du patient notamment sur les questions sociales ou les directives anticipées mais également pour impliquer le MT dans les prises de décision ou tout simplement lui faire des synthèses en cours de séjour.

Ensuite, ils insistent surtout sur l'intérêt à une implication autour de la sortie d'hospitalisation du patient :

- Organisation du retour au domicile notamment grâce à la meilleure connaissance des MT sur les ressources locales (paramédicales ou réseaux d'aides à domicile),
- Prodiguer un discours unique sur la pathologie diagnostiquée accompagné de consignes et conseils pour la prise en charge afin de faciliter le travail du MT et en espérant la diminution du risque de (ré)hospitalisations itératives
- Faire démarrer des procédures médico-administratives plus rapidement
- Effectuer un suivi des décisions hospitalières à distance, en post-hospitalisation, parfois agrémenté d'adaptations de la prise en charge si besoin

Enfin, certains résumant le tout sous l'expression synthétique « continuité des soins avec prise en charge globale et coordonnée ».

Les MH ont pu émettre leurs réserves via les freins à impliquer davantage les MT. Nombreux sont ceux à souligner le manque de temps des deux parties impliquées. Ils évoquent également le souhait de ne pas rajouter du travail au MT, soulignant un effet pouvant être parfois contre-productif du fait de l'absence de connaissances/compétences du MT dans certaines disciplines pointues le mettant ainsi en difficulté. Finalement, quelques-uns soulignent des aspects plus pratiques avec des difficultés à joindre les MT, des difficultés dans leurs relations avec eux ou tout simplement le manque/l'absence de MT.

II.3.9. Création d'un temps médical dédié à la transmission d'informations en cours d'hospitalisation

Presque 70 % (69,8 %) des 126 médecins répondants sont favorables à la création de ce temps médical (soit 88 d'entre eux).

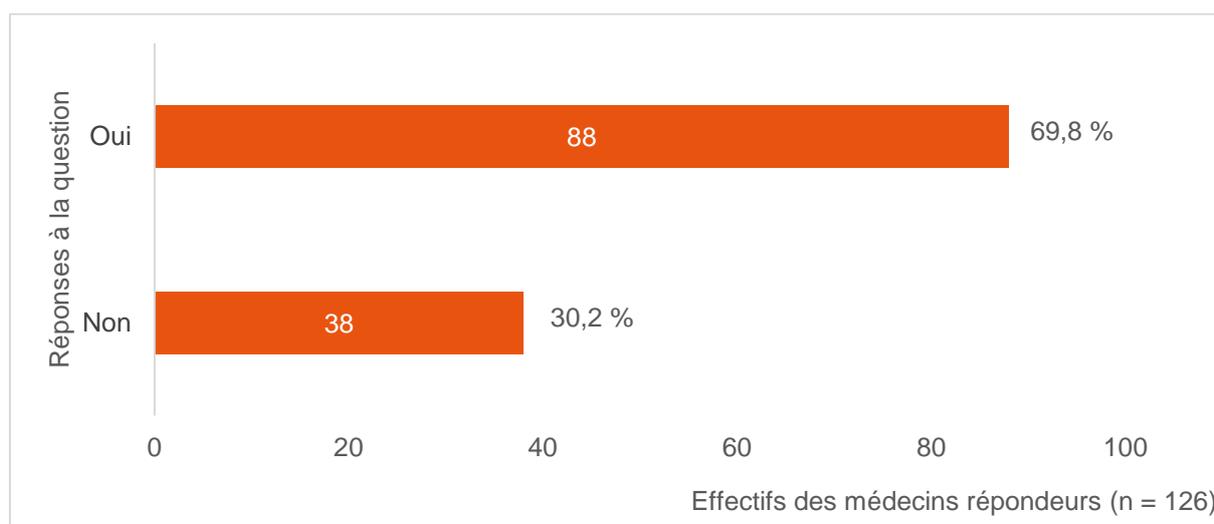


Figure 18 : Avis sur la création d'un temps médical dédié pour transmettre des informations au médecin traitant en cours d'hospitalisation (QRU)

Les médecins de plus de 45 ans, et notamment de plus de 65 ans, les femmes ainsi que les médecins exerçant en service de médecine semblent plus enclins à la création de ce temps médical tandis que les médecins exerçant en HP sont plus mitigés. Pour autant, seul le type de service interfère de manière significative ($p_{\text{value}} < 0,05$) (cf. Tableau 15).

Tableau 15 : Tableau de contingence entre la création d'un temps médical dédié à la transmission d'informations au médecin traitant en cours d'hospitalisation et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers

Caractéristiques démographiques	Réponses		Effectifs	Pourcent. (%)	p _{value}
	Oui	Non			
Genre					
M	37	22	59	62,7	0,10
F	51	16	67	76,1	
Âge					
< 35 ans	21	11	32	65,6	0,61
35-45 ans	20	11	31	64,5	
45-55 ans	18	6	24	75,0	
55-65 ans	24	7	31	77,4	
> 65 ans	7	1	8	87,5	
Établissement					
CHU	53	23	76	69,7	0,67
CH	33	13	46	71,7	
HP	2	2	4	50,0	
Service					
Médecine	75	23	98	76,5	0,008
Chirurgie	1	4	5	20,0	
Mixte	6	5	11	54,5	
Rééducation	6	6	12	50,0	

Trois choix s'offraient aux médecins concernant le format pour transmettre ces informations : un formulaire prérempli par des informations récupérées via l'observation médicale informatique puis envoyé par courrier postal, ce même formulaire transmis par voie numérique ou un appel téléphonique au MT. Ces deux dernières propositions sont arrivées quasiment ex-aequo regroupant respectivement 43,3 % et 44,1 % des avis. La première proposition ne recevant que 4,7 % d'avis favorables. Enfin, 10 médecins n'ont pas souhaité répondre ou ne souhaitaient pas la création du temps médical. L'effectif total est égal à 127 car un des médecins a choisi deux des propositions via le choix « Autre » en rédaction libre.

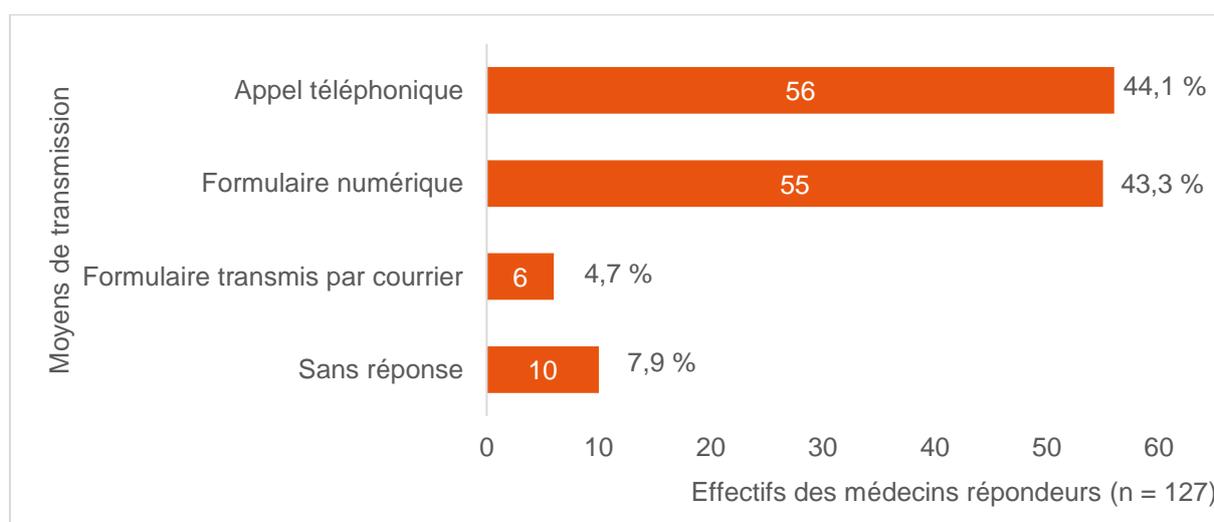


Figure 19 : Moyen de communication pour la transmission d'information en cours d'hospitalisation (QRU)

La comparaison des proportions de réponses appel téléphonique versus formulaire avec envoi numérique en fonction des classes d'âge n'a pas retrouvé de différence significative (cf. Tableau 16).

Tableau 16 : Tableau de contingence entre le format désiré pour transmettre l'information au médecin traitant en cours d'hospitalisation et les classes d'âge des médecins hospitaliers

Caractéristiques démographiques	Réponses		Eff.	Pourcent. (%)	p _{value}
	Appel téléphonique	Formulaire par voie numérique			
Âge					
< 35 ans	10	17	32	37,0	0,26
35-45 ans	16	10	31	31,5	
45-55 ans	7	11	24	38,9	
55-65 ans	18	12	31	60,0	
> 65 ans	4	4	8	50,0	

Ensuite, les médecins avaient la possibilité d'estimer le nombre total de jours déclenchant cette transmission d'informations. La moyenne des réponses pour l'effectif total fut de $11,7 \pm 6,5$ jours avec une médiane à 10,0 jours et un intervalle à $[1,0 ; 30,0]$. Cette moyenne est plus élevée pour les médecins exerçant en service de rééducation à $17,9 \pm 8,3$ jours et plus basse en service mixte à $8,9 \pm 4,2$ jours (cf. Tableau 17). Par ailleurs quelques-uns ont précisé ne pas vouloir donner de chiffre mais personnaliser ce délai selon chaque patient.

Tableau 17 : Délais de transmission des informations au médecin traitant en cours d'hospitalisation

Service	Effectifs	Pourcent. (%)	Durées de séjour				
			Moy.	E.-type	Méd.	Min.	Max.
Effectif total	103	100,0	11,7	6,5	10,0	1,0	30,0
Médecine	81	78,6	11,4	6,3	10,0	1,0	30,0
Rééducation	9	8,7	17,9	8,3	17,5	5,0	30,0
Mixte	8	7,8	8,9	4,2	7,5	4,0	15,0
Chirurgie	5	4,9	11,4	3,5	10,0	7,0	15,0

L'amélioration de leurs relations avec les MT, permettre une prise en charge personnalisée et diminuer le risque de réhospitalisation du patient sont les trois motivations principales des MH pour s'impliquer dans un tel temps médical, pour 66,7 %, 65,1 % et 64,3 % respectivement. Moins d'un tiers (29,4 %) y verraient un bénéfice pour diminuer la durée de l'hospitalisation. Enfin, grâce au choix de réponse personnalisée, certains ont rajouté la notion d'obtenir possiblement une meilleure observance des traitements.

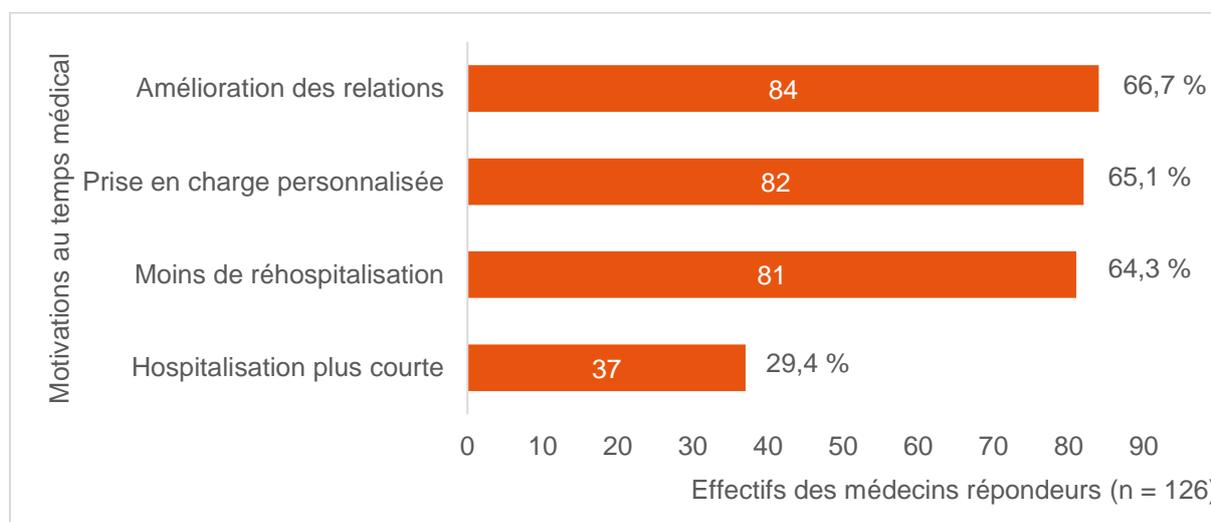


Figure 20 : Motivations pour s'impliquer dans un temps médical de transmission d'informations (QCM)

Parmi les freins à ce temps médical, on retrouve en tête, pour 89,7 % des MH, le manque de temps. Vient ensuite la crainte de déranger les médecins traitants pour 40,5 % d'entre eux. Environ 20 % regretteraient l'absence de valorisation financière via codage T2A (23,8 %) ou craindraient l'inutilité d'une telle démarche (19,0 %). Enfin, via la réponse personnalisée, certains soulignent la crainte du manque d'intérêt de la part du MT pour cette démarche.

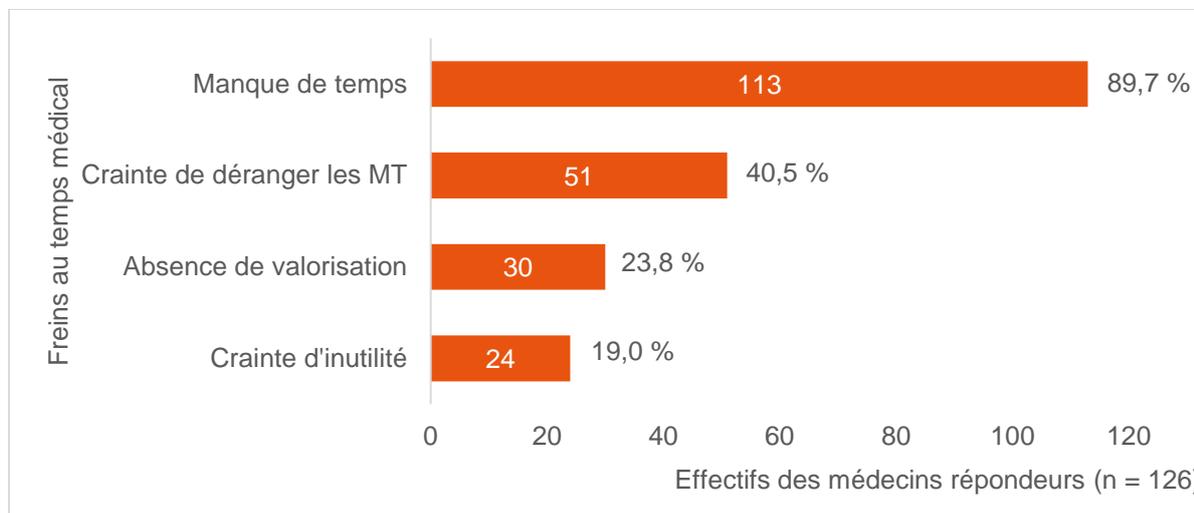


Figure 21 : Freins pour s'impliquer dans un temps médical de transmission d'informations (QCM)

II.3.10. Implication du médecin traitant à la sortie d'hospitalisation

Les trois quarts impliquent le MT lors de la sortie d'hospitalisation.

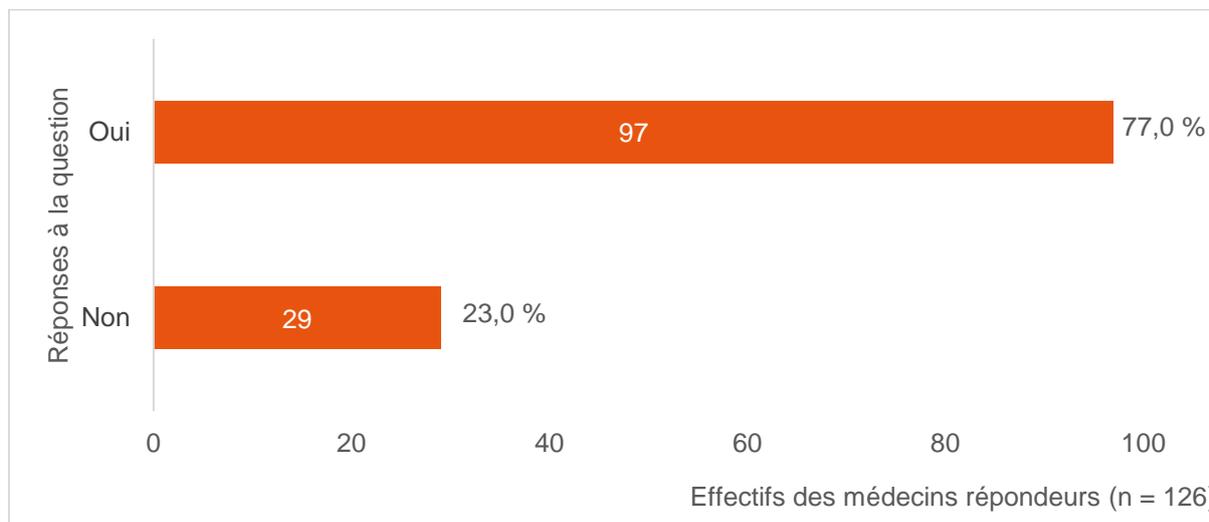


Figure 22 : Implication du médecin traitant en fin d'hospitalisation (QRU)

Les femmes sont légèrement majoritaires (54,6 %) au sein du sous-groupes des médecins impliquant le MT à la sortie d'hospitalisation tout comme les médecins exerçant en service de médecine. Pour autant, ces différences ne sont pas statistiquement significatives ($p_{\text{value}} > 0,05$). En revanche, les médecins de plus de 65 ans les impliquent significativement moins que les autres alors que les médecins exerçant au CHU les impliquent davantage que les médecins au sein des autres établissements ($p_{\text{value}} < 0,05$) (cf. Tableau 18).

Tableau 18 : Tableau de contingence entre l'implication du médecin traitant à la sortie d'hospitalisation et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers

Caractéristiques démographiques	Réponses		Effectifs	Pourcent. (%)	p _{value}
	Oui	Non			
Genre					
M	44	15	59	74,6	0,55
F	53	14	67	79,1	
Âge					
< 35 ans	22	10	32	68,8	< 0,01 (0,0006)
35-45 ans	27	4	31	87,1	
45-55 ans	17	7	24	70,8	
55-65 ans	29	2	31	93,5	
> 65 ans	2	6	8	25,0	
Établissement					
CHU	64	12	76	84,2	0,03
CH	31	15	46	67,4	
HP	2	2	4	50,0	
Service					
Médecine	80	18	98	81,6	0,09
Chirurgie	3	2	5	60,0	
Mixte	7	4	11	63,6	
Rééducation	7	5	12	58,3	

Parmi les buts (n = 82) de cette implication, nous retrouvons l'organisation de la sortie afin de la sécuriser, discuter du meilleur lieu pour l'effectuer en prenant connaissance des conditions de vie et les dispositions qui l'entourent dont la mise en place de certains traitements. Un des autres buts est de permettre une bonne continuité des soins par un lien ville-hôpital notamment pour informer de cette sortie, communiquer des informations spécifiques du spécialiste au MT (telles que le suivi) mais également faire le lien avec la famille.

Les freins (n = 49) pour une bonne implication sont, de nouveau, le manque de temps pour le faire, la difficulté à joindre les MT voire leur manque d'intérêt, le manque d'intérêt de l'instaurer en systématique mais au cas par cas. Finalement, cette partie de la prise en charge est souvent déléguée aux personnels paramédicaux et/ou sociaux qui se mettent en relation avec les équipes paramédicales et/ou sociales extrahospitalières.

II.3.11. Utilisation du Dossier Médical Partagé

Seuls sept médecins de l'échantillon utilisent le DMP soit 5,6 %.

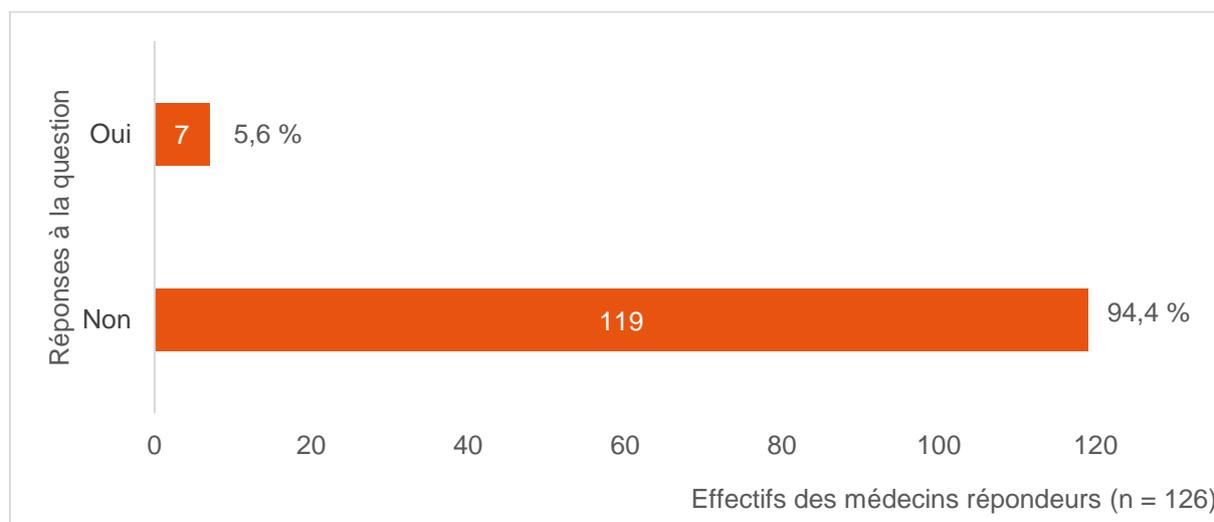


Figure 23 : Part des médecins répondants utilisant le DMP (QRU)

Ces médecins sont majoritairement des hommes à 51,1 %. L'un d'eux est PU-PH, les autres sont PH ; l'un d'eux exerce en hôpital de proximité tandis que les six autres exercent à parts égales au CHU ou en CH, majoritairement en service de médecine. Leurs caractéristiques détaillées se trouvent dans le Tableau 19 ci-dessous.

Tableau 19 : Caractéristiques des médecins hospitaliers ayant recours au DMP

Caractéristiques	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Genre	Masculin	Masculin	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin	Masculin
Age	35-45 ans	55-65 ans	45-55 ans	35-45 ans	55-65 ans	45-55 ans	45-55 ans
Durée totale d'exercice	< 10 ans	20-30 ans	10-20 ans	< 10 ans	30-40 ans	30-30 ans	20-30 ans
Durée d'exercice au sein du GHT	5-15 ans	15-25 ans	15-25 ans	5-15 ans	> 25 ans	> 25 ans	< 5 ans
Statut hospitalier	PH	PU-PH	PH	PH	PH	PH	PH
Établissement	HP	CHU	CH	CHU	CH	CH	CHU

II.3.12. Utilisation de moyen de communications non sécurisés

Plus de la moitié des médecins répondants (54,8 %) avouent utiliser des moyens de communications non sécurisés à l'instar du Short Messaging System (SMS) ou d'une application type WhatsApp® lors de leurs échanges avec leurs confrères libéraux.

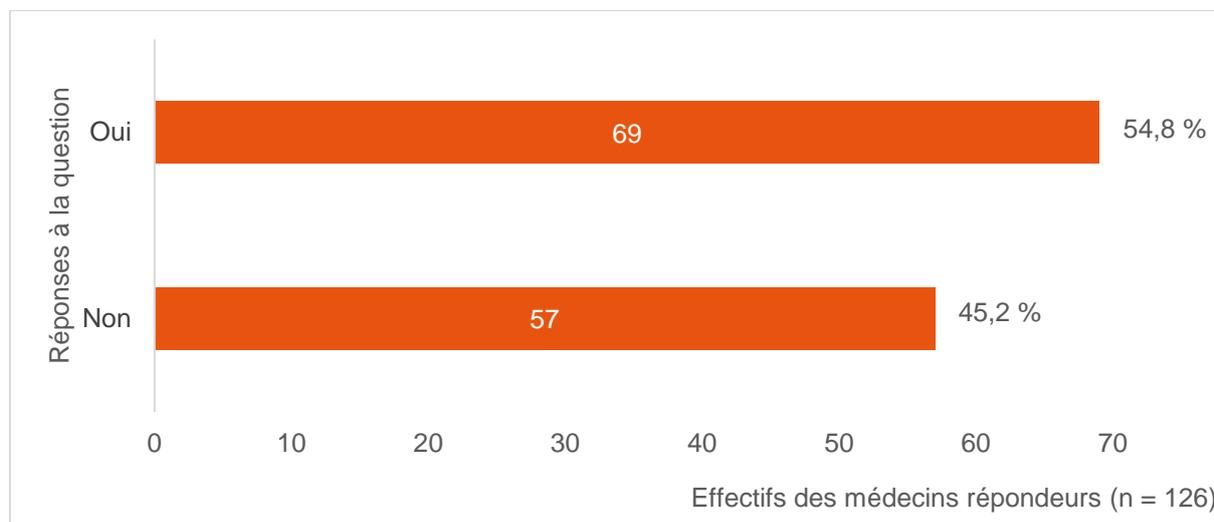


Figure 24 : Utilisation de moyens de communications non sécurisés avec les confrères libéraux (QRU)

Les femmes restent majoritaires (53,6 %) au sein de ce sous-groupe de médecins utilisant des moyens de communication non sécurisés. Bien qu'on distingue une différence de proportions entre les plus jeunes médecins et les plus âgés, il n'existe aucune différence statistiquement significative ($p_{\text{value}} > 0,05$) dans l'utilisation des moyens de communication non sécurisés selon les caractéristiques démographiques même l'âge (cf. Tableau 20).

Tableau 20 : Tableau de contingence entre l'utilisation de moyens de communication non sécurisés pour échanger avec les médecins traitants et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers

Caractéristiques démographiques	Réponses		Effectifs	Pourcent. (%)	p _{value}
	Oui	Non			
Genre					
M	32	27	59	54,2	0,91
F	37	30	67	55,2	
Âge					
< 35 ans	20	12	32	62,5	0,39
35-45 ans	20	11	31	64,5	
45-55 ans	11	13	24	45,8	
55-65 ans	15	16	31	48,4	
> 65 ans	3	5	8	37,5	
Établissement					
CHU	43	33	76	56,6	0,14
CH	22	24	46	47,8	
HP	4	0	4	100,0	

II.3.13. Réalisation de gardes aux urgences

Seuls 27 médecins réalisent des gardes, même ponctuellement, au sein d'un service d'urgences soit 21,4 % des médecins en service hospitalier.

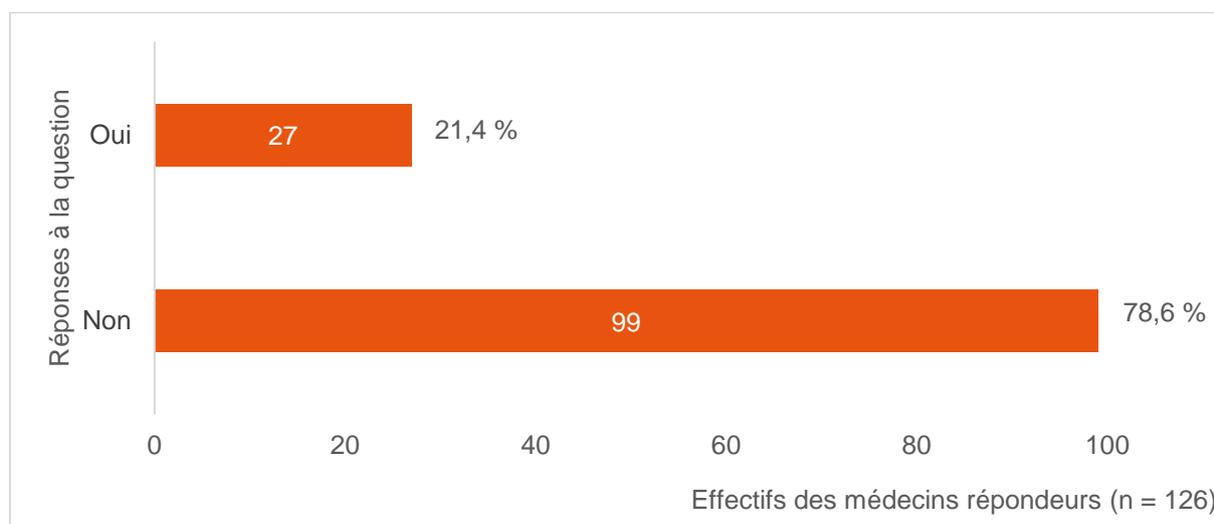


Figure 25 : Réalisation de gardes au sein d'un service d'urgences (QRU)

La proportion de femmes au sein de ce sous-groupe de MH effectuant des gardes aux urgences est identique à l'échantillon (51,1 %). Pour autant, il n'existe pas de différence significative ($p_{\text{value}} > 0,05$) dans le type d'établissement d'exercice. En revanche, les médecins les plus jeunes effectuent significativement plus de gardes (cf. Tableau 21).

Tableau 21 : Tableau de contingence entre la participation à des gardes en service d'urgences et les caractéristiques démographiques des médecins hospitaliers

Caractéristiques démographiques	Réponses		Effectifs	Pourcent. (%)	p _{value}
	Oui	Non			
Genre					
M	12	47	59	20,3	0,78
F	15	52	67	22,4	
Âge					0,046
< 35 ans	8	24	32	25,0	
35-45 ans	12	19	31	38,7	
45-55 ans	3	21	24	12,5	
55-65 ans	4	27	31	12,9	
> 65 ans	0	8	8	0,0	
Établissement					0,34
CHU	14	62	76	18,4	
CH	13	33	46	28,3	
HP	0	4	4	0,0	

II.4. Résultat des médecins exerçant en service d'urgences

II.4.1. Caractéristiques démographiques de l'échantillon

Quarante médecins ont répondu à la partie du questionnaire dédiée aux médecins exerçant en service d'urgences ou effectuant, même ponctuellement, des gardes au sein d'un service d'urgences. Parmi eux, 27 exercent principalement dans un service hospitalier, soit 67,5 % des médecins répondeurs.

Ces médecins sont majoritairement des hommes à 52,5 %. Ils ont majoritairement moins de 45 ans pour 70,0 % d'entre eux. Un des médecins a plus de 65 ans.

Ils exercent en majorité depuis moins de 20 ans (75,0 %) mais surtout depuis moins de 10 ans (47,5 %). Une majorité franche (50,0 %) exerce au sein du GHT Limousin depuis cinq à quinze ans. 22,5 % y exercent de 15 à 25 ans et 15,0 % depuis moins de cinq ans.

Une majorité écrasante est PH (80,0 %), aucun n'est PU-PH ou MCU-PH.

Ils exercent au CHU pour 52,5 %, en CH pour 45,0 % ou en HP pour 2,5 %.

Dans le Tableau 22 ci-dessous se trouvent les p_{value} en lien avec la comparaison des caractéristiques démographiques entre les médecins exerçant en service hospitalier et les médecins en services d'urgences : aucune différence statistiquement significative.

Tableau 22 : Caractéristiques démographiques des médecins exerçant au sein de services d'urgences

Caractéristiques démographiques	Total (n = 40)	Pourcent. (%)	p_{value}
Sexe			
Masculin	21	52,5	0,53
Féminin	19	47,5	
Age			
Moins de 35 ans	8	20,0	0,07
Entre 35 et 45 ans	20	50,0	
Entre 45 et 55 ans	5	12,5	
Entre 55 et 65 ans	6	15,0	
Plus de 65 ans	1	2,5	
Durée totale d'exercice			
Moins de 10 ans	19	47,5	0,28
Entre 10 et 20 ans	11	27,5	
Entre 20 et 30 ans	5	12,5	
Entre 30 et 40 ans	3	7,5	
Plus de 40 ans	2	5,0	
Durée d'exercice au sein du GHT			
Moins de 5 ans	6	15,0	0,40
Entre 5 et 15 ans	20	50,0	
Entre 15 et 25 ans	9	22,5	
Plus de 25 ans	5	12,5	
Statut hospitalier			
PU-PH	0	0,0	0,23
MCU-PH	0	0,0	
PHU	1	2,5	
PH	32	80,0	
PA	2	5,0	
CCA	2	5,0	
Autres	3	7,5	
Type d'établissement d'exercice			
CHU	21	52,5	0,74
CH	18	45,0	
Hôpital de proximité	1	2,5	
Spécialité exercée selon nomenclature des DES			
Gynécologie obstétrique	1	2,5	NA
Médecine cardio-vasculaire	2	5,0	
Médecin d'urgence	8	20,0	
Médecine générale au sein d'un service d'urgences	5	12,5	
Médecine générale au sein d'un service hospitalier	1	2,5	
Médecine intensive et réanimation	2	5,0	
Médecine Physique et de Réadaptation	1	2,5	
Pédiatrie	2	5,0	
Psychiatrie	18	45,0	

Les trois médecins ayant répondu « Autres » en statut hospitalier déclarent être Docteur junior, interne et retraité cumulant plusieurs emplois sur différents établissements.

II.4.2. Nombre de passages annuels

Le nombre moyen, déclaré, de passages annuels dans les services d'urgences au sein desquels exercent l'ensemble des médecins répondants est de 35 959 ± 14 054 passages annuels avec une médiane à 43 900 [13 000 ; 51 100]. Ces chiffres diffèrent entre le CHU et les CH (cf. Tableau 23).

Tableau 23 : Passages annuels au sein des services d'urgences

Établissement	Nombre de passages annuels				
	Moy.	Ecart-type	Méd.	Min.	Max.
Effectif total	35 959	14 054	43 900	13 000	51 100
CHU	42 583	6 183	45 000	27 000	47 450
CH	27 443	17 100	16 000	13 000	51 100

II.4.3. Niveaux de satisfaction à cinq propositions sur une échelle de Likert

II.4.3.1. « De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les médecins traitants »

Les médecins exerçant en services d'urgences sont très majoritairement satisfaits de leurs relations avec les MT puisque 95,0 % d'entre eux ont répondu « Plutôt d'accord » ou plus.

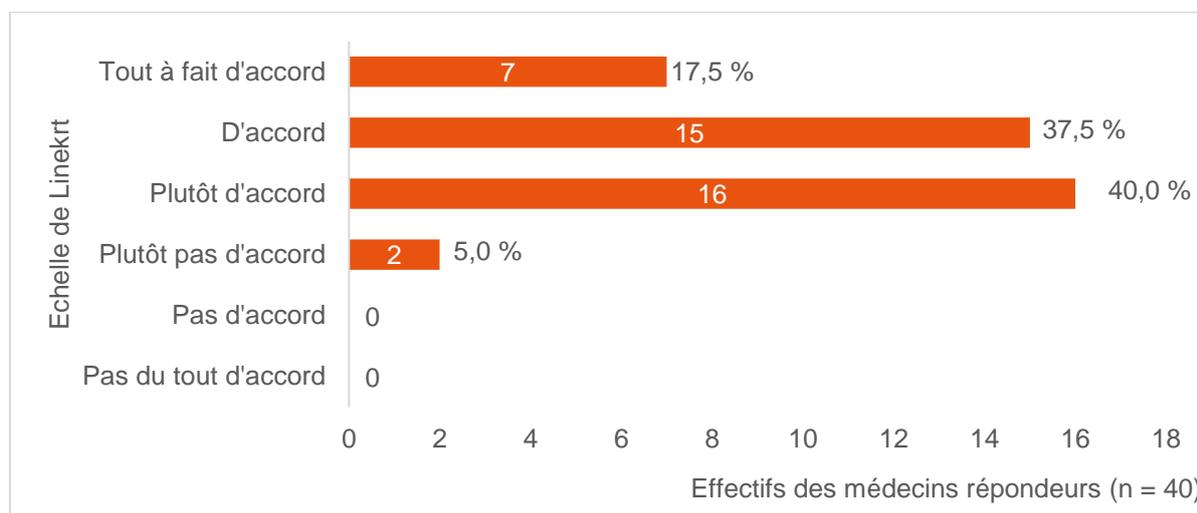


Figure 26 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « urgences ») à l'affirmation « De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les médecins traitants »

Les deux médecins ayant répondu « Plutôt pas d'accord » sont deux femmes psychiatres PH au CHU, âgées entre 35 et 65 ans, ayant exercé moins de 10 ans pour l'une avec une expérience de cinq à quinze ans au sein du GHT Limousin et entre 20 et 30 ans pour l'autre avec une expérience de plus de 25 ans au sein du GHT. Par ailleurs, elles trouvent que leurs appels avec les MT sont inutiles, elles rencontrent des difficultés à les joindre aux heures ouvrables et estiment que leurs courriers d'adressage mériteraient d'être améliorés.

II.4.3.2. « Mes appels téléphoniques avec les médecins traitants sont souvent inutiles »

La majorité des médecins répondants estiment que leurs appels avec les MT sont utiles pour 72,5 % d'entre eux ayant répondu « Plutôt pas d'accord » ou moins.

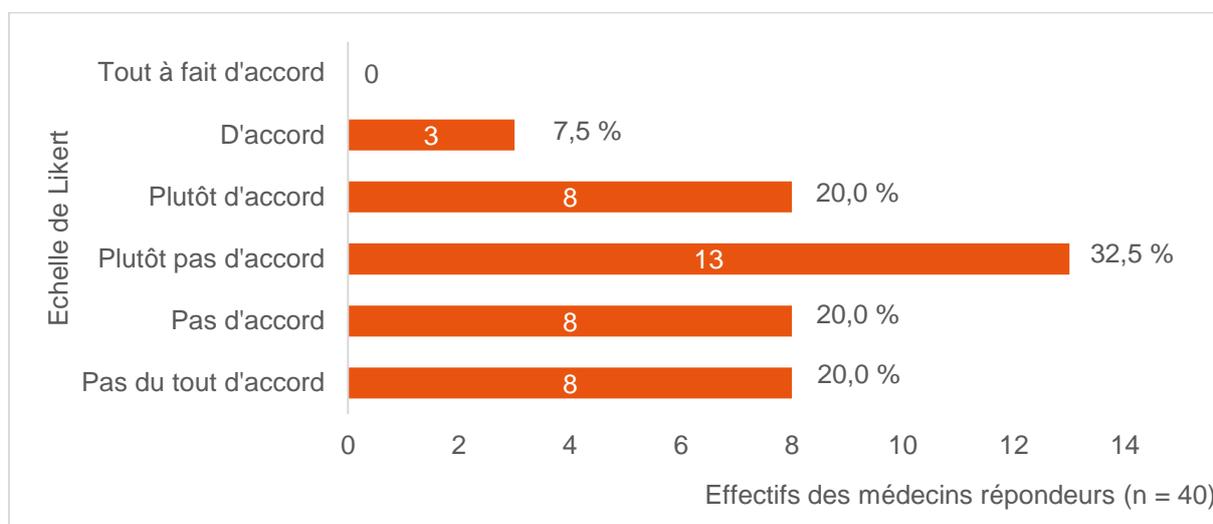


Figure 27 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « urgences ») à l'affirmation « Mes appels téléphoniques avec les médecins traitants sont souvent inutiles »

Les trois médecins ayant répondu « D'accord » sont majoritairement des femmes et ont majoritairement entre 35 et 45 ans. Ils exercent au CHU en tant que PH. Le détail de leurs caractéristiques démographiques sont regroupées dans le Tableau 24 ci-dessous.

Tableau 24 : Caractéristiques démographiques des trois médecins urgentistes trouvant leurs appels avec les médecins traitants inutiles

Caractéristiques	M1	M2	M3
Genre	Masculin	Féminin	Féminin
Age	35-45 ans	35-45 ans	55-65 ans
Durée totale d'exercice	< 10 ans	< 10 ans	20-30 ans
Durée au sein du GHT	5-15 ans	5-15 ans	> 25 ans
Statut hospitalier	PH	PH	PH
Établissement	CHU	CHU	CHU
Spécialité	Médecine d'urgence	Psychiatrie	Psychiatrie

II.4.3.3. « Les courriers d'adressage mériteraient d'être améliorés »

Une large majorité (82,5 %) estime que les courriers d'adressage rédigés par les médecins adressant leurs patients vers les urgences mériteraient d'être améliorés.

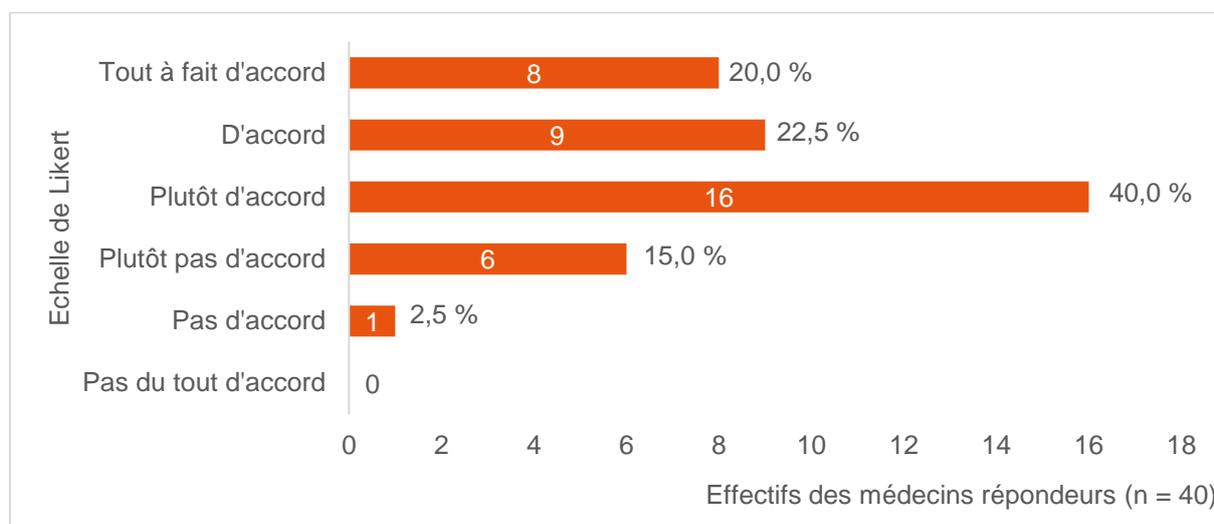


Figure 28 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « urgences ») à l'affirmation « Les courriers d'adressage mériteraient d'être améliorés »

Les plus jeunes médecins semblent estimer davantage que les plus âgés que les courriers d'adressage méritent d'être améliorés ($p_{\text{value}} < 0,05$). Il n'existe pas de différence similaire concernant le genre ou le type d'établissement d'exercice (cf. Tableau 25).

Tableau 25 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur les courriers d'adressage et les caractéristiques démographiques des médecins urgentistes

Caractéristiques démographiques	Réponses		Eff.	Pourcent. (%)	p _{value}
	≥ Plutôt d'accord	≤ Plutôt pas d'accord			
Genre					
M	17	4	21	81,0	1,00
F	16	3	19	84,2	
Âge					
< 35 ans	8	0	8	100,0	0,03
35-45 ans	18	2	20	90,0	
45-55 ans	3	2	5	60,0	
55-65 ans	4	2	6	66,7	
> 65 ans	0	1	1	0,0	
Établissement					
CHU	19	2	21	90,5	0,34
CH	14	4	18	77,8	
HP	0	1	1	0,0	

II.4.3.4. « J'arrive à joindre facilement les médecins traitants pendant les jours et heures ouvrables »

Deux groupes s'affrontent quasiment ex-aequo : 52,5 % rencontrent des difficultés pour joindre les médecins traitants les jours et heures ouvrables quand 47,5 % en rencontrent moins voire aucune.

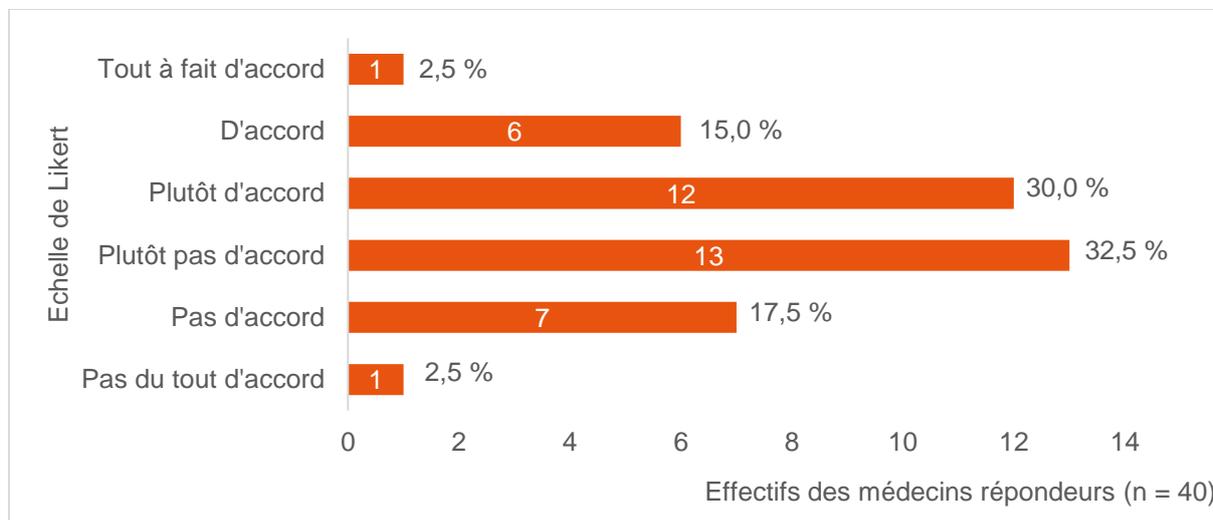


Figure 29 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « urgences ») à l'affirmation « J'arrive à joindre facilement les médecins traitants pendant les jours et heures ouvrables »

Il n'existe aucune différence statistiquement significative entre la difficulté à joindre les MT par téléphone aux jours et heures ouvrables et les caractéristiques démographiques des médecins répondants (cf. Tableau 26).

Tableau 26 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur la facilité à joindre les médecins traitants et les caractéristiques démographiques des médecins urgentistes

Caractéristiques démographiques	Réponses		Eff.	Pourcent. (%)	p _{value}
	≥ Plutôt d'accord	≤ Plutôt pas d'accord			
Genre					
M	10	11	21	47,6	0,99
F	9	10	19	47,4	
Âge					
< 35 ans	3	5	8	37,5	0,79
35-45 ans	10	10	20	50,0	
45-55 ans	3	2	5	60,0	
55-65 ans	2	4	6	33,3	
> 65 ans	1	0	1	100,0	
Établissement					
CHU	10	11	21	47,6	0,87
CH	8	10	18	44,4	
HP	1	0	1	10,0	

II.4.3.5. « En cas de sortie, la lettre d'information au médecin traitant est remise au patient »

Une courte majorité de 55,0 % des médecins répondants admettent ne pas remettre la lettre de liaison destinée au MT au moment de la sortie du patient du service des urgences. Aucune différence significative avec le sous-groupe des psychiatres ($p = 0,98$).

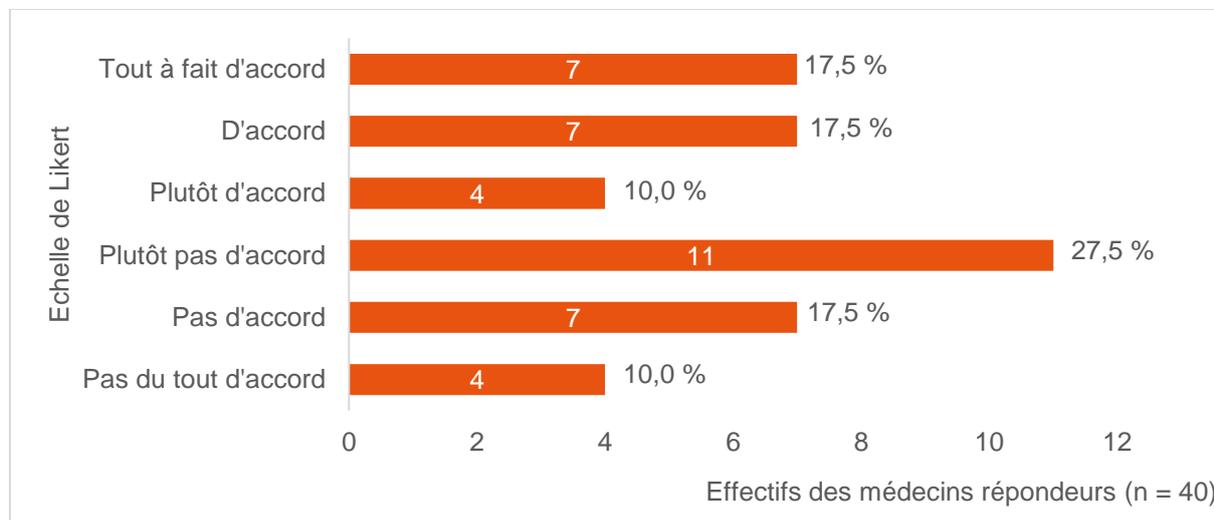


Figure 30 : Résultats de l'échelle de Likert (partie « urgences ») à l'affirmation « En cas de sortie, la lettre d'information au médecin traitant est remise au patient »

Les médecins exerçant au CHU remettent bien plus souvent le courrier en mains propres au patient à sa sortie par rapport aux médecins exerçant en périphérie mais sans significativité statistique en incluant ($p_{\text{value}} = 0,08$) ou en excluant ($p_{\text{value}} = 0,07$) le médecin exerçant au sein d'un HP (cf. Tableau 27).

Tableau 27 : Tableau de contingence entre la réponse à l'échelle de Likert sur la remise de la lettre de liaison au patient et le type d'établissement d'exercice des médecins urgentistes

Caractéristiques démographiques	Réponses		Eff.	Pourcent. (%)	p_{value}
	\geq Plutôt d'accord	\leq Plutôt pas d'accord			
Établissement					
CHU	12	9	21	57,1	0,08
CH	5	13	18	27,8	
HP	1	0	1	100,0	

II.4.4. Éléments nécessaires composant un courrier d'adressage

Les médecins de l'ensemble de l'échantillon classent sur le podium le motif d'adressage, le traitement au long cours et les antécédents en tant qu'éléments à retrouver dans le courrier d'adressage du médecin vers les urgences. Ils jugent l'autonomie et les constantes initiales ex-aequo, le ressenti du MT et les hypothèses diagnostiques moins utiles.

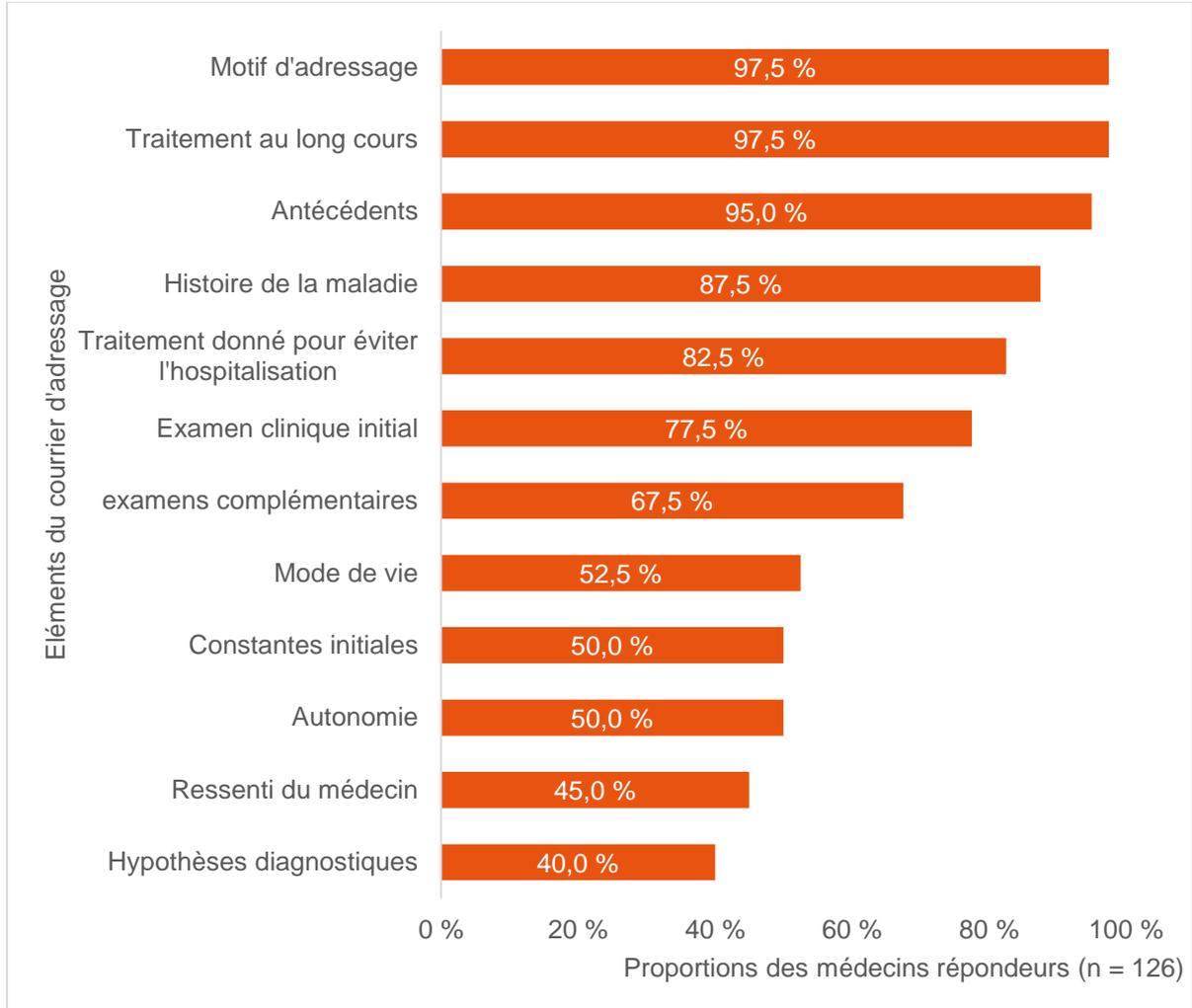


Figure 31 : Importance donnée par l'ensemble des médecins intervenant en service d'urgences aux éléments composant un courrier d'adressage (QCM)

II.4.5. Délai d'envoi de la lettre de liaison

La majorité (80,0 %) des médecins réponders transmettent la LL en moins d'une semaine et 40,0 % sous moins de 24 heures.

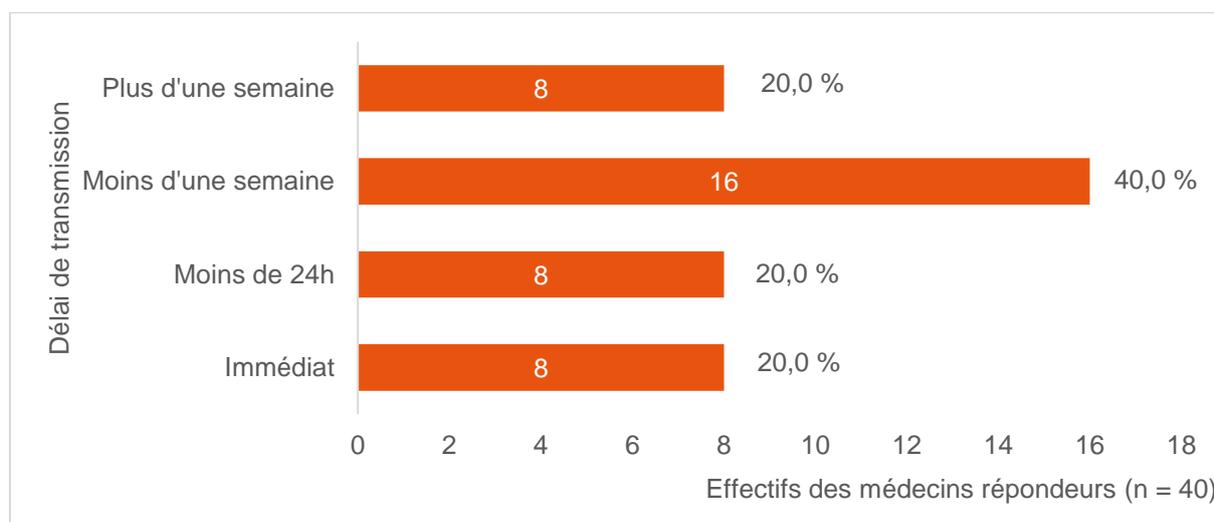


Figure 32 : Délai d'envoi de la lettre de liaison depuis les urgences au médecin traitant (QRU)

Il n'existe pas de différence au sein des trois types d'établissement d'exercice dans les proportions d'envoi sous 24 heures ou moins et moins d'une semaine ou plus ($p_{\text{value}} > 0,05$) (cf. Tableau 28).

Tableau 28 : Tableau de contingence entre le délai de transmission de la lettre de liaison à la sortie des urgences et le type d'établissement d'exercice des médecins urgentistes

Caractéristiques démographiques	Réponses		Eff.	Pourcent. (%)	p_{value}
	\geq Moins d'une semaine	\leq Moins de 24 heures			
Établissement					
CHU	13	8	21	61,9	1,00
CH	11	7	18	61,1	
HP	1	0	1	100,0	

II.4.6. Moyen de communication préféré pour transmettre la lettre de liaison

Le courrier postal est utilisé majoritairement pour transmettre la LL au médecin par 52,5 % des médecins répondants, plus d'un tiers la remet en mains propres au patient avant sa sortie. Seuls un peu plus de 10 % a recours à la voie électronique.

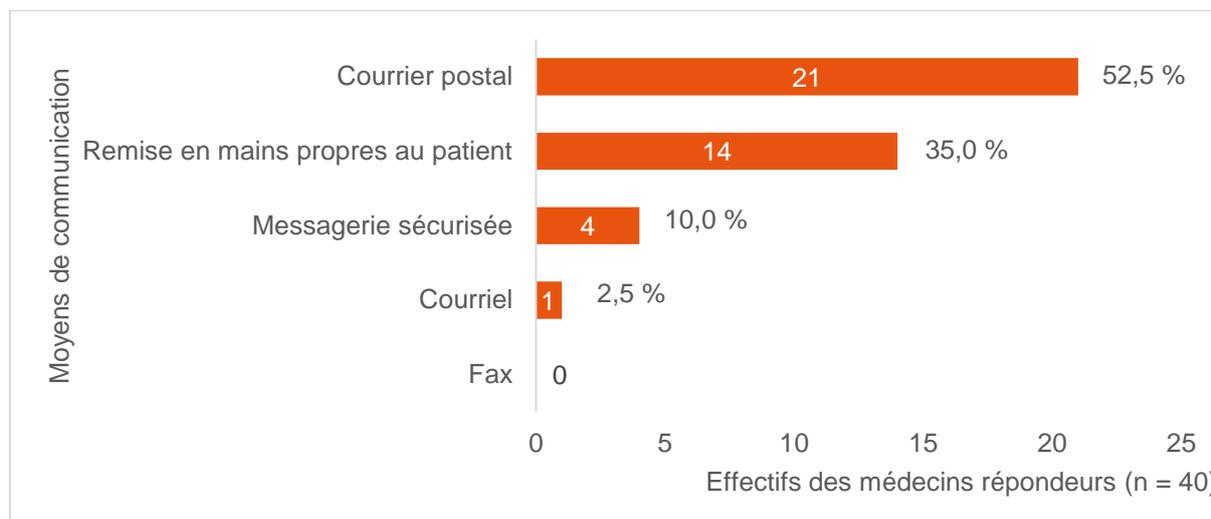


Figure 33 : Moyen de communication préféré pour transmettre la lettre de liaison des urgences (QRU)

Les proportions au sein du sous-groupe des psychiatres sont similaires ($p = 0,96$).

Au CHU, si la LL n'est pas remise au patient au moment de sa sortie (47,6 %), elle sera transmise au MT par courrier (52,4 %), aucune n'est transmise par voie électronique. Au sein des CH, la LL est majoritairement transmise par voie postale (55,6 %) mais la voie électronique, messagerie sécurisée et courriel cumulés, surpasse la remise en mains propres (27,8 % contre 16,7 %). On ne retrouve aucune différence significative dans la remise en mains propres entre le CHU, les CH et le HP mais celle-ci devient significative en excluant le médecin exerçant en HP ($p_{\text{value}} = 0,04$) (cf. Tableau 29).

Tableau 29 : Tableau de contingence entre la remise en mains propres de la lettre de liaison au patient et le type d'établissement d'exercice des médecins urgentistes

Caractéristiques démographiques	Remise en mains propres		Eff.	Pourcent. (%)	p _{value}
	Oui	Non			
Établissement					
CHU	10	11	21	47,6	0,05 (0,04 hors HP)
CH	3	15	18	16,7	
HP	1	0	1	100,0	

II.4.7. Utilisation de moyen de communications non sécurisés

Moins de la moitié (45,0 %) des médecins en service d'urgences avouent utiliser des moyens de communication non sécurisés à l'instar du SMS ou de WhatsApp® pour échanger avec les médecins traitants.

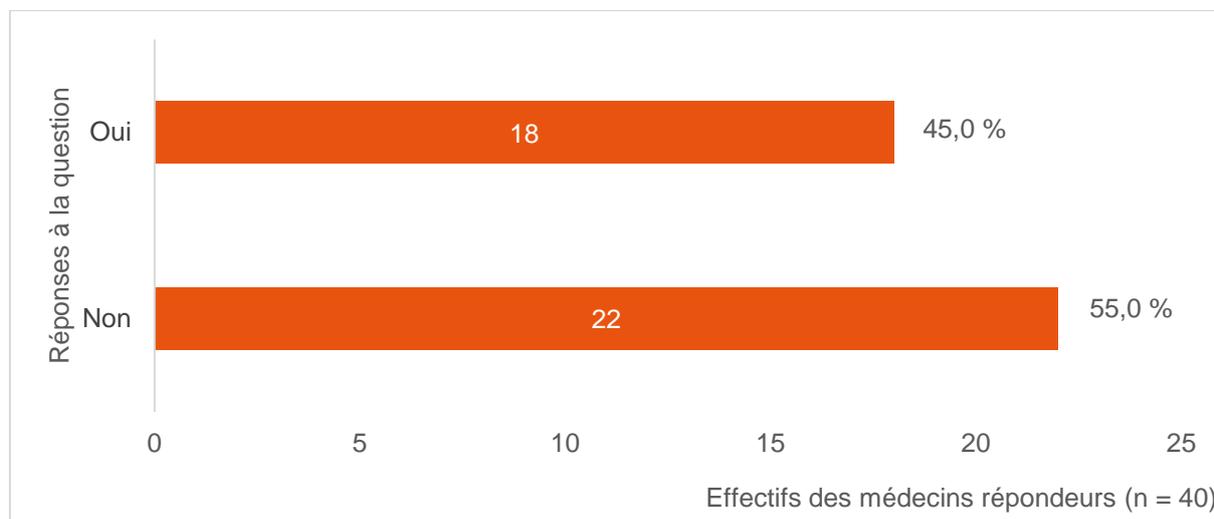


Figure 34 : Utilisation de moyens de communications non sécurisés avec les confrères libéraux (QRU)

La proportion d'utilisation des moyens de communication non sécurisés au sein des hommes est plus importante qu'au sein des femmes. En excluant le médecin exerçant en HP, la proportion d'utilisateurs au sein du CHU est plus importante ainsi que chez les médecins plus âgés (cf. Tableau 30).

Tableau 30 : Tableau de contingence entre l'utilisation de moyens de communication non sécurisés et les caractéristiques démographiques des médecins urgentistes

Caractéristiques démographiques	Réponses		Effectifs	Pourcent. (%)	p _{value}
	Oui	Non			
Genre					
M	11	10	21	52,4	0,32
F	7	12	19	36,8	
Âge					
< 35 ans	3	5	8	37,5	0,94
35-45 ans	9	11	20	45,0	
45-55 ans	2	3	5	40,0	
55-65 ans	3	3	6	50,0	
> 65 ans	1	0	1	100,0	
Établissement					
CHU	10	11	21	47,6	0,34
CH	7	11	18	38,9	
HP	1	0	1	100,0	

III. Discussion

III.1. Hypothèse et objectif principal

Il semble que notre hypothèse principale qui considérait que les relations qu'entretiennent les MH avec les MG sont complexes se retrouve confirmée par les résultats de notre étude.

En effet, les résultats de la première échelle de Likert, pour les médecins en service hospitalier ou en service d'urgences, révèlent des relations plutôt bonnes. Toutefois, on peut noter une légère différence dans la répartition des réponses sur l'échelle : les médecins en service semblent entretenir de meilleures relations avec les MT que les médecins en service d'urgence. Nous pouvons supposer que le contexte des urgences, tant sur la surcharge des services d'urgences que le critère aigu des pathologies, puisse dégrader légèrement les relations à cause des tensions de l'environnement. Ces résultats vont dans le même sens que ceux ressortis lors de l'étude réalisée par Docteur Coppée en 2023 au sein de la région Champagne-Ardenne.

Concernant la deuxième proposition, les MH semblent plus conciliants à propos de leurs confrères MG lors de leurs appels téléphoniques contrairement aux MU. De nouveau, le contexte d'urgence peut nuire à la bonne appréciation de ces appels : un MT ne répondant pas rapidement au téléphone à propos de l'un de ses patients contribuera à la dégradation de l'appréciation. Pour autant, il est difficile de savoir si ces appels jugés inutiles, par plus d'un quart des MU, le sont par la qualité des informations récoltées ou par l'aboutissement de l'appel.

Les courriers d'adressage des MG méritent une attention particulière dans les échanges entre hospitaliers et MT. En effet, ceux-ci sont mal jugés par les MH estimant qu'ils doivent être améliorés. Bien qu'il existe des recommandations et des critères de qualité quant à la rédaction de la LL de sortie d'hospitalisation, il n'en est rien concernant la LL à l'attention de l'hôpital. Ceci peut en partie expliquer cette demande d'amélioration par le fait que la qualité et le contenu des courriers seraient trop disparates suivant le rédacteur. Ces résultats sont d'ailleurs en accord avec les entretiens menés par Docteur Pichet en 2020.

Une part importante des MH regrettent le délai de transmission de leurs LL. Parmi les facteurs expliquant ces délais on retrouve le manque de secrétariat puisque nombre d'entre elles sont retranscrites ou relues par les secrétaires avant envoi. Malheureusement, ce manque de personnel rend la charge de travail, donc les délais de transmission, difficiles à assumer. On retrouve ainsi des résultats discordants concernant la remise systématique de la LL à la sortie du patient telle que les textes le demandent. Les MU sont sur le même pied d'égalité rencontrant des difficultés pour cette remise. La charge de travail, parfois très intense, au sein des services d'urgences peut expliquer en partie l'absence de remise systématique de la lettre d'information au MT lors de la sortie du patient.

Enfin, les MU sont partagés sur leur ressenti concernant la joignabilité des MT aux heures ouvrables, entendre ici 9h-18h du lundi au vendredi. Si les MT étaient plus facilement joignables par leurs confrères hospitaliers, les relations n'en seraient sûrement que meilleures.

III.2. Résultats secondaires

III.2.1. Question commune

Nous avons décidé d'intégrer dans notre questionnaire la composition du courrier d'adressage vers l'hôpital rédigé par les MG. Nous nous sommes basés sur une thèse de 2018 qui a produit une liste de critères obtenus par consensus selon la méthode Delphi® avec la participation de MG du secteur, de MU et Infirmier d'Accueil et d'Orientation exerçant au sein de l'hôpital local.

Partant de cette base, nous avons créé la question demandant de choisir parmi des éléments ceux qui semblent nécessaires. Nous remarquons alors que l'ensemble de l'échantillon classe sur le podium les mêmes éléments à faire apparaître dans ce courrier. Le reste du classement se répartit différemment entre les MU et les médecins en service. Par exemple, le mode de vie et les paramètres vitaux initiaux importent moins aux médecins en service par rapport aux hypothèses diagnostiques tandis que les MU donnent plus d'importance au mode de vie et aux paramètres vitaux initiaux qu'aux hypothèses soulevées par le médecin adresseur. Il est facile de comprendre que selon le contexte d'exercice certaines informations sont plus utiles à l'instant T : le MU a besoin de connaître les paramètres vitaux initiaux en cas d'évolution au sein de son service ou le mode de vie pour discuter d'un retour au domicile depuis le service des urgences tandis que le médecin en service pourra se dégager du temps pour se renseigner sur le mode de vie a posteriori de l'entrée en hospitalisation.

Le Docteur Pichet avait permis de faire ressortir des attentes identiques en 2020 mettant également en avant le motif d'admission, les traitements au long cours et les antécédents comme les trois éléments indispensables du courrier d'adressage.

III.2.2. Communication entre les médecins en service et les médecins généralistes

L'idée d'un annuaire dit « partagé », i.e. contenant à la fois des numéros directs pour accéder aux MH et aux MG, semble séduire une franche majorité des médecins répondants. On comprend facilement l'intérêt d'un tel dispositif : accès facilités pour se joindre donc communication entre la ville et l'hôpital plus fluide ; c'est d'ailleurs ce qui remonte dans l'enquête réalisée par Docteur Melin en 2021. Cette réponse franchement positive reste à nuancer lorsque l'on étudie les sous-groupes puisque les chirurgiens ayant participé à l'étude ne semblent pas aussi convaincus que les autres médecins. Il est possible que leur exercice avec un temps long au bloc opératoire ne leur permettrait pas de répondre aisément aux MG demandeurs.

Afin de recevoir les informations sur les patients admis, que ce soit en urgence ou en programmé, les MH plébiscitent à des proportions similaires tant la voie numérique via la messagerie sécurisée ou le courriel que le courrier remis en mains propres par le patient au MH à l'entrée en hospitalisation. Certains choisissent soit une combinaison de la voie numérique avec la remise par le patient soit la voie numérique seule. Finalement, pour ce temps de communication, les MH mettent de côté deux technologies devenues désuètes à savoir le courrier envoyé par voie postale ou le fax. Enfin, les plateformes de télécommunication telles que PAACO – Globule, largement répandue au sein de la grande région Nouvelle-Aquitaine, ne semblent pas encore développées pour cette transmission d'informations.

Nous pouvons comprendre facilement ce classement de préférence : la voie numérique assure une réception certaine des informations en cas d'oubli par le patient du courrier papier, sécurisée si utilisation d'une messagerie sécurisée agréée, et instantanée ce qui n'est pas négligeable notamment en cas d'hospitalisation directe en urgence le jour-même.

En revanche, pour transmettre la LL à la sortie de l'hospitalisation, le courrier par voie postale reste en tête malgré le développement des outils numériques. Ceci vient en contradiction avec les propos ci-dessus mais la messagerie sécurisée semble faire sa place car utilisée par plus de 40 % des médecins répondants.

Il est logique de s'intéresser aux moyens de communication pour la transmission des informations-patients à l'entrée et à la sortie car celles-ci sont primordiales pour la continuité des soins. La volonté de développer la voie numérique est largement représentée dans la littérature française notamment du côté des MG. Quant aux MH, ils constatent (impuissants ?) un fossé dans le déploiement de l'outil de messagerie sécurisée entre la ville et l'hôpital.

En outre, sur la base d'études françaises ambulatoires et hospitalière, nous avons demandé l'avis des médecins répondants sur la création d'un temps médical dédié à la transmission d'informations au cours de l'hospitalisation. Le contenu de cette information dans ces études allait de la simple notification d'entrée/sortie d'hospitalisation, avec des informations succinctes sur le lieu et le motif d'admission, à l'envoi d'une synthèse plus complète sur le déroulé de l'hospitalisation notamment lorsque celle-ci est longue. Les MH interrogés sont franchement favorables à la création de ce temps médical ; résultat à nuancer de nouveau face à ce qui semble être une franche différence de volonté entre les médecins exerçant en service de médecine et les chirurgiens. Ici, on peut supposer qu'avec un temps d'hospitalisation souvent court au sein de leurs services, les chirurgiens ne voient pas l'intérêt d'y participer. Pour autant, l'idée derrière notre proposition concernait plutôt de donner un avis sur la transmission d'informations au MT pour donner des nouvelles de son patient en se réfléchissant à partir de la durée totale d'hospitalisation.

Le mode de communication de ces informations en cours d'hospitalisation était partagé entre un formulaire prérempli grâce à l'observation médicale en cours (tel que les modèles utilisés pour la rédaction des comptes-rendus d'hospitalisation ou les lettres de liaison) ou l'appel téléphonique direct. Nous nous retrouvons donc avec un mode de communication rapide, synthétique mais impersonnel face à un mode de communication personnalisé mais chronophage.

Puisque que cette transmission d'informations en cours d'hospitalisation semble plutôt dédiée aux hospitalisations longues, nous avons trouvé l'intérêt de demander aux MH sous quel délai minimum il juge utile de la réaliser. Cette moyenne d'environ 12 jours avec une médiane de 10 jours adhère avec notre hypothèse lors de la création de cette question. L'intervalle est tout de même large et nous pouvons nous demander si le(s) médecin(s) ayant répondu « 1 jour » ne serai(en)t pas en faveur de la simple notification d'entrée citée ci-dessus. Les médecins rééducateurs donnent une moyenne légèrement plus élevée autour des 17 jours. Pour autant, une transmission d'informations à 10-15 jours du début de l'hospitalisation semble être le délai le plus pertinent cliniquement : dans notre imaginaire ce délai peut correspondre à l'entrée ou quelques jours après l'entrée en service de rééducation dans les suites de pathologies telles que l'accident vasculaire cérébral et l'infarctus du myocarde ou une chirurgie orthopédique sur fracture ou pose de prothèse articulaire.

Trois motivations notables à la création de ce temps médical sont remontées notamment celle d'y voir la possibilité d'améliorer les relations avec les MG mais également de permettre une prise en charge personnalisée du patient et espérer la diminution du risque de réhospitalisation. En revanche, les MH craignent de manquer de temps mais également de déranger les MT. Un formulaire prérempli transmis par voie numérique pourrait être le bon compromis permettant un lien avec les MT sans être trop chronophage pour les MH.

Le DMP semble loin d'être démocratisé dans la pratique des MH. Celui-ci est pourtant de plus en plus intégré ou lié aux logiciels médicaux des MG. Peut-être ne l'est-il pas assez au sein des logiciels médicaux hospitaliers expliquant ce manque d'utilisation. Pourtant, avec l'ambition de devenir un véritable « *carnet de santé numérique* », il pourrait être l'outil ultime à développer et utiliser, regroupant toute la vie médicale des patients s'il était utilisé de manière optimale. Nous pourrions l'imaginer à terme comme l'unique moyen de communication numérique entre les professionnels de santé.

Enfin, une courte majorité des médecins répondants avouent utiliser des moyens de communication non sécurisés pour échanger avec les confrères ambulatoires. Cette utilisation semble plus développer chez les plus jeunes bien qu'aucune significativité statistique ne soit ressortie dans notre étude. La jeune génération ayant tendance à être plus facilement connectée nous pouvons comprendre que celle-ci cherche des moyens de communication instantanée dans le but de gagner du temps, parfois au détriment de la sécurité informatique des données de santé. Finalement, peut-être faudrait-il développer une messagerie sécurisée instantanée en sus des messageries sécurisées ayant plutôt un attrait de boîte à courriels.

III.2.3. Implication du médecin traitant en cours d'hospitalisation

Qu'une très large majorité de médecins avoue impliquer le MT au cours de l'hospitalisation est un résultat très encourageant. En outre, le point positif concerne la volonté d'impliquer davantage le MT au cours de l'hospitalisation notamment parmi les MH (45 %) qui ne l'impliquent pas encore. Ceci corrobore ce qu'évoquent déjà les MH dans les études hospitalière du Docteur Pichet en 2020 et ambulatoires des Docteurs Delahaye et Gerbaud en 2015 et 2019.

Malheureusement le MT n'est majoritairement impliqué que lors de la sortie du patient. Et ceci confirme ce que dénoncent fréquemment les MG dans la littérature française.

Par ailleurs, parmi les avantages cités dans notre étude nous retrouvons l'envie d'implication dans la prise de décision au cours de l'hospitalisation mais aussi le souhait de délivrer un discours unique sur l'éventuelle pathologie chronique diagnostiquée au cours de l'hospitalisation afin que les deux parties (patient et/ou proches et le MT) aient le même niveau de connaissance ou encore l'envie d'effectuer un suivi post-hospitalisation à distance en collaboration avec le MT, une nouvelle fois en accord avec la littérature citée ci-dessus.

Enfin, le frein majeur à la réalisation d'une telle implication de façon plus régulière concerne le manque de temps, du côté des MH comme des MT. Peut-être que l'une des motivations, comme citée dans l'étude du Docteur Gerbaud (2019), pourrait être la création d'une double valorisation financière à ce temps médical à l'instar de celle créée pour la téléexpertise.

III.2.4. Communication entre les médecins aux urgences et les médecins généralistes

Le délai d'envoi de la lettre de sortie des urgences semble subir les mêmes contraintes que la LL à la sortie d'autres services puisque 80 % des médecins interrogés ne la remettent pas lors de la sortie. Pour autant, 40 % la transmettent au MT en moins de 24 heures et à 80 % en moins d'une semaine. Connaissant l'afflux de patients grandissant au sein des services d'urgences impliquant un nombre grandissant de courriers à rédiger voire à corriger par les secrétariats, ce délai reste respectable. Parmi les solutions pour une remise immédiate ou au minimum sous 24 heures au MT, nous pourrions citer la généralisation des modèles informatiques préremplis par les observations médicales et l'utilisation de la voie numérique qui permet un envoi immédiat au MT puisque plus de la moitié des médecins interrogés affirment la transmettre par voie postale.

Étonnamment, les MU sont moins friands à utiliser les canaux de communication non sécurisés pour échanger avec les confrères libéraux puisqu'ils sont minoritaires contrairement à leurs confrères en service. Peut-être plus étonnant encore, il semblerait qu'une part plus importante de ces médecins utilisateurs exercent au sein des urgences du CHU. En effet, les établissements de grande taille tel que le CHU pâtissent souvent d'une réputation de non-proximité avec la ville. L'utilisation de tels canaux embellit cette réputation en faveur d'une bonne communication ville-hôpital bien que celle-ci soit officieuse et non sécurisée mais non moins personnelle.

III.3. Forces de l'études

La première des forces de cette étude concerne son caractère presque inédit. En effet, lors de sa validation à la fin de l'été 2023, la littérature française ne comptait qu'une thèse adoptant le point de vue des hospitaliers sur leurs relations avec les MT. Entre temps, deux autres travaux sont venus étoffer la littérature fin 2023 et au printemps 2024, à l'instar de notre travail.

L'une des autres forces de notre étude était la recherche d'exhaustivité des réponses au sein de la population source via la transmission du questionnaire à l'ensemble des individus de cette population. Une période de recueil allongée et l'envoi de deux relances ont participé à cette recherche d'exhaustivité.

De plus, les caractéristiques démographiques de notre échantillon concernant le genre et l'âge semblent similaires à la population source. Il n'était pas possible d'effectuer de tests à propos des durées d'exercice devant l'absence de données disponibles mais celles-ci bénéficient d'une répartition harmonieuse au sein de l'échantillon. En outre, la représentativité des établissements est respectée puisque l'effectif médical annoncé par l'instance du GHT se rapproche de notre répartition : deux tiers au CHU, un tiers réparti entre les CH et les HP. Enfin, le panel des spécialités est plutôt large, garant de diverses opinions dans divers contextes.

III.4. Faiblesses de l'étude

Notre étude comporte de nombreux biais.

L'un d'entre eux concerne la méthodologie de construction du questionnaire : construit pour récolter un grand nombre d'informations, il pâtit de sa longueur. Ainsi, peut-être subissons-nous d'un manque d'informations sur abandon au cours du questionnaire. De plus, lors de l'interprétation des résultats nous avons remarqué une pseudo-redondance dans nos questions au sein du questionnaire sur les médecins en service hospitalier, accentuée pour ceux ayant répondu à son ensemble. Nous avons également constaté que la construction des questions recueillant les données démographiques sur l'âge et les durées d'exercices auraient dû être présentées sous la forme d'une réponse ouverte courte ou d'une liste déroulante « année par année ». Ceci aurait permis le calcul de moyennes et la construction a posteriori des tranches d'âges plutôt qu'a priori, en plus d'être mal construites (chevauchement des tranches d'âges).

Ensuite, nous subissons probablement un biais de sélection : les médecins ayant répondu sont à la fois des médecins ayant sûrement pour habitude de répondre facilement aux questionnaires de thèse qui leur sont envoyés mais aussi pour habitude d'échanger facilement avec les médecins de ville. Trois quarts des médecins interrogés affirment impliquer le MT au cours de l'hospitalisation : mais qu'en est-il au quotidien ? Ces médecins friands d'impliquer le MT ont possiblement été plus sensibles au sujet de notre étude, laissant de côté les médecins se sentant moins concernés.

De plus, nous savons qu'un nombre important de patients n'ont aucun MT déclaré. Ceci peut avoir un impact sur les réponses apportées au questionnaire : s'il n'y a pas de MT, il n'y a pas de relation et donc pas de lettre de liaison à envoyer.

En outre, nous pâtissons certainement d'un manque de puissance dans la réalisation des analyses en sous-groupes puisque nombre d'entre eux sont inférieurs à 30 voire à 5.

Par ailleurs, l'absence d'évaluation de l'attrait de la plateforme Omnidoc[®] déployée au sein du CHU constitue un manque d'informations. En effet, le déploiement de cette solution de téléexpertise au sein des services de l'établissement depuis 2022 aurait mérité qu'on y prête attention. Nous aurions pu demander l'avis des médecins concernant leur intérêt à l'utilisation de cette plateforme. Pour autant, celle-ci ne concernant que les médecins exerçant au sein du CHU en tant que médecin requis, nous nous serions retrouvés face à un biais : les médecins du CHU ayant déjà une expérience auprès d'Omnidoc[®] a contrario des autres médecins du GHT.

Enfin, sur un plan plus réglementaire, l'utilisation du logiciel en ligne Google Form[®] n'était pas la meilleure option concernant les règles RGPD alors que l'utilisation de Lime Survey[®] dorénavant accessible via notre université aurait été judicieuse.

III.5. Perspectives locales

N'ayant pas abordé la plateforme de téléexpertise Omnidoc[®] dans notre questionnaire, elle n'en reste pas moins intéressante à étudier. En effet, son déploiement en 2023 ouvre à l'étude objective et généralisée du ressenti des MH à son utilisation : facilité, temps d'utilisation, appréciation des relations avec les médecins requérants etc.

Face à l'engouement suscité par la création de l'annuaire partagé et d'un temps médical de partage d'informations au cours de l'hospitalisation, nous pourrions imaginer les contours de leur instauration. Ceux-ci pourraient éventuellement servir en cas d'ouverture de discussions ville-hôpital quant à leur mise en place.

Ainsi l'annuaire partagé pourrait regrouper les conditions de mise en place ci-dessous :

- Regroupe les numéros directs de l'ensemble des services des établissements du GHT et de l'ensemble des médecins libéraux du secteur
- Le terme de « numéro direct » sous-tendrait l'accès direct au sénior spécialiste via un numéro dédié et au médecin libéral via son numéro de portable
- Pour limiter l'utilisation par les patients ou les non professionnels de santé, accès à une plateforme en ligne via la carte (e-)CPS (ou à défaut, des identifiants personnels)
- Pour éviter une intronisation au sein des foyers :
 - Ouverture informatique de l'annuaire du lundi au vendredi et de 8h30 à 18h30, correspondant à la majorité des astreintes de journée et des horaires d'ouverture de cabinets
 - Dispositif de signalement d'un statut « non disponible » des médecins libéraux rendant inaccessible leur numéro (jours d'absence réguliers la semaine, vacances...); les médecins hospitaliers bénéficiant d'un roulement au sein des services

Ensuite, l'option à privilégier pour améliorer la transmission d'informations au cours de l'hospitalisation semble être la combinaison :

- De la transmission d'une notification automatique au MT de l'entrée en hospitalisation de l'un de ses patients contenant une synthèse brève (localisation et motif d'admission)
- Complétée par un formulaire prérempli via l'observation médicale dûment remplie sur le logiciel médical puis transmis par voie électronique (une alerte visuelle sur le logiciel hospitalier sous un délai de 10 à 15 jours d'hospitalisation totale permettrait un rappel quant à la création de ce fichier avant envoi par le secrétariat)

Enfin, bien que ceci n'ait pas été étudié dans notre étude, il semble que les MG soient en demande de rencontres physiques avec leurs confrères afin de faire connaissance. Pourquoi ne pas imaginer la création de rencontres ville-hôpital moins formelles autour des établissements locaux référents (CHU et CH), en dehors des invitations en formation continue, dans le but de créer du lien hors contexte professionnel ? Ces rencontres en face à face permettraient des séances d'échanges afin que la ville apprenne le fonctionnement de l'hôpital et inversement. Utopiquement, est-ce qu'un « congrès » local du GHT pourrait être la solution ? A l'instar des congrès de spécialités présentant les dernières recommandations ou recherches innovantes, celui-ci permettrait des groupes d'échanges sur les relations ville-hôpital et des présentations de spécialités/techniques nouvellement arrivées au sein d'un ou des établissements du GHT (e.g. ouverture d'un centre anti-douleur, nouvel équipement d'endoscopie digestive en dehors du CHU etc.). La présence de stands pour chaque établissement, département, communauté de commune voire commune leur permettrait de se présenter aux médecins en exercice et futurs médecins. Le but serait de mieux se connaître pour mieux travailler ensemble.

Conclusion

Notre étude aura permis de révéler que les médecins exerçant au sein des établissements du GHT Limousin entretiennent de bonnes relations avec leurs confrères généralistes libéraux. Ils font remonter quelques points d'amélioration notamment sur le contenu du courrier rédigé à leur attention lors des admissions.

L'une des forces de notre étude est la représentativité de l'échantillon par rapport à la population source mais elles comportent plusieurs biais dont le probable biais de sélection des médecins intéressés par le sujet de notre étude.

Les médecins interrogés semblent demandeurs du développement d'outils afin de perfectionner les relations qu'ils entretiennent avec les médecins généralistes libéraux. Parmi ceux-ci, nous retrouvons en pole position le besoin de poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée. Ils semblent aussi favorables à la création d'un annuaire partagé et d'un temps médical dédié à l'échange d'informations au cours de l'hospitalisation, dans le but d'impliquer davantage les médecins traitants au cours celle-ci.

Nous avons tenté de définir les contours de mise en place des deux dispositifs que les médecins semblaient prêts à utiliser : l'annuaire partagé contenant les numéros hospitaliers et ambulatoires et le temps médical de partage d'informations en cours d'hospitalisation. Des échanges entre les instances, les médecins et les techniciens seraient nécessaires avant d'envisager leur mise en œuvre.

Références bibliographiques

1. Continuité. In: Le Petit Robert [Internet]. 2023 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/continuite>
2. Continu. In: Le Petit Robert [Internet]. 2023 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/continu>
3. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health*. 1980;(2):122.
4. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 22 nov 2003;327(7425):1219-21.
5. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 13 juill 2023;23:750.
6. Godard-Sebillotte C, Strumpf E, Sourial N, Rochette L, Pelletier E, Vedel I. Primary care continuity and potentially avoidable hospitalization in persons with dementia. *J Am Geriatr Soc*. mai 2021;69(5):1208-20.
7. Bazemore A, Merenstein Z, Handler L, Saultz JW. The Impact of Interpersonal Continuity of Primary Care on Health Care Costs and Use: A Critical Review. *Ann Fam Med*. 2023;21(3):274-9.
8. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. *Rev Fr Aff Soc*. 2007;(1):109-26.
9. Macron E, Borne E, Firmin Le Bodo A. LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels - art.10, JORF n°0300 du 28 décembre 2023 [Internet]. Code de la Sécurité Sociale. Sect. Partie législative - Livre I : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base - Titre VI : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales - Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins et à la prévention - Section 1 : Médecins - Sous-section 1 : Dispositions relatives aux relations conventionnelles - Art. L162-5-3, SPRX2312651L déc 28, 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000048681610/2023-12-29/>
10. L'Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 28 mars 2024]. Dispositif du médecin traitant. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/correze/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
11. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale/médecine de famille - WONCA Europe 2002 [Internet]. Barcelone, Espagne: WHO Europe Office; 2002 [cité 4 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/file/f82a02aa-4f12-447e-ae8f-31f6c9f66c7b/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
12. Windak A, Rochfort A, Jacquet JP. The European Definition of General Practice/Family Medicine - WONCA Europe 2023 Edition [Internet]. Barcelone, Espagne: WHO Europe Office; 2023 [cité 3 mai 2024] p. 7. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
13. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 1 juin 2006;23(3):308-16.
14. Valls M, Touraine M. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison - JORF n°0169 du 22 juillet 2016. Code de la Santé Publique, AFSH1612283D juill 22, 2016.
15. Macron E, Castex J, Véran O. LOI n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique - art. 98, JORF n°0296 du 8 décembre 2020 [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Partie législative - Première partie : Protection générale de la santé - Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé - Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé - Chapitre II : Personnes accueillies dans les établissements de santé - Art. L1112-1, ECOX1935404L déc 8, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000042624678/2020-12-09/>

16. L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 27 mars 2024]. Lettre de liaison de sortie : personnaliser et coordonner les soins après l'hospitalisation. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/correze/etablissement/exercice-professionnel/lettre-liaison-sortie-soins-apres-hospitalisation>
17. HAS. Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO - Version 2023 - [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2023 avr [cité 27 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/iqss_2023_dpa_mco_fiche_descriptive_qls_2023.pdf
18. Corinne C. IQSS - Coordination à la sortie et prise en charge de la douleur en MCO. Haute Autorité de Santé; 2023 déc.
19. Hollande F, Valls M, Touraine M. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - art. 96, JORF n°0022 du 27 janvier 2016 [Internet]. AFSX1418355L janv 27, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913456
20. L'Assurance Maladie. L'Assurance Maladie. 2024 [cité 24 mai 2024]. Le Dossier Médical Partagé (DMP) en pratique. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/correze/medecin/sante-prevention/dmp-et-mon-espace-sante/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
21. Castex Jean, Véran O. Décret n° 2021-1048 du 4 août 2021 relatif à la mise en œuvre de l'espace numérique de santé - JORF n°0182 du 7 août 2021 [Internet]. SSAD2112391D août 7, 2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043914270>
22. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. 2024 [cité 24 mai 2024]. Mon Espace Santé - Le carnet de santé numérique de tous les citoyens. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/mon-espace-sante/article/mon-espace-sante-le-carnet-de-sante-numerique-de-tous-les-citoyens>
23. Macron E, Castex J, Véran O. Ordonnance n° 2021-581 du 12 mai 2021 relative à l'identification électronique des utilisateurs de services numériques en santé et des bénéficiaires de l'assurance maladie - art. 1, JORF n°0111 du 13 mai 2021 [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Partie législative - Première partie : Protection générale de la santé - Livre 1er : Protection des personnes en matière de santé - Titre 1er : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé - Chapitre 1er : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté - Section 3 : Dossier médical partagé et dossier pharmaceutique - Articles L1111-14 et L1111-15, SSAD2107644R mai 13, 2021. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020889011/2021-05-14/#LEGISCTA000031929174
24. Macron E, Philippe E, Véran O. Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique - art. 8, JORF n°0061 du 12 mars 2020 [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Partie législative - Première partie : Protection générale de la santé - Livre 1er : Protection des personnes en matière de santé - Titre 1er : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé - Chapitre 1er : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté - Section 3 : Dossier médical partagé et dossier pharmaceutique - Articles L1111-14 et L1111-15, JUSC2003918R mars 12, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000041713821/2020-03-13/>
25. Macron E, Borne E, Firmin Le Bodo A. LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels - art.25, JORF n°0300 du 28 décembre 2023 [Internet]. Code de la Santé Publique. Sect. Partie législative - Sixième partie : Etablissements et services de santé - Livre 1er : Etablissements de santé - Titre III : Coopération - Chapitre II : Groupements hospitaliers de territoire - Article L6132-1, SPRX2312651L déc 28, 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000048681640/2023-12-29/>
26. Agence Régionale de Santé [Internet]. 2018 [cité 9 avr 2024]. Les groupements

hospitaliers de territoires. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>

27. Macron E, Castex J, Véran O. Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital - art. 1, JORF n°0066 du 18 mars 2021 [Internet]. Code de la santé publique. Sect. Partie législative - Sixième partie : Etablissements et services de santé - Livre Ier : Etablissements de santé - Titre III : Coopération - Chapitre II : Groupements hospitaliers de territoire - Article L6132-3, SSAH2106233R mars 18, 2021. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171458

28. Macron E, Borne E, Firmin Le Bodo A. LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels - art.26, JORF n°0300 du 28 décembre 2023 [Internet]. Code de la santé Publique. Sect. Partie législative - Sixième partie : Etablissements et services de santé - Livre Ier : Etablissements de santé - Titre III : Coopération - Chapitre II : Groupements hospitaliers de territoire - Article L6132-2, SPRX2312651L déc 28, 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000048681640/2023-12-29/>

29. Agence Régionale de Santé [Internet]. 2022 [cité 9 avr 2024]. Groupements Hospitaliers de Territoire en Nouvelle-Aquitaine (GHT). Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-en-nouvelle-aquitaine-ght>

30. ARS NA. Groupement Hospitalier de Territoire - Fiche d'identité - Limousin - édition 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-03/GHT_Limousin_2019.pdf

31. DREES, CONTET-STURTZER V. Démographie nationale 2013-2023 [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

32. L'Assurance Maladie. Dynamique de démographie des médecins généralistes libéraux - Nouvelles installations et cessations d'activité [Internet]. Négociations conventionnelles; 2022 nov 30 [cité 11 mars 2024]; France. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/20231119_Démographie%20MG.pdf

33. DREES, CONTET-STURTZER V. Démographie locale 2013 [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

34. DREES, CONTET-STURTZER V. Démographie locale 2023 [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

35. L'Assurance Maladie. Activité des médecins généralistes 2016-2022 [Internet]. Négociations conventionnelles; 2023 nov 17 [cité 11 mars 2024]; France. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/20231119_Activité%20MG_2022.pdf

36. Professionnels de santé libéraux : patientèle par territoire (département, région) [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: [https://data.ameli.fr/explore/dataset/patientele/?&disjunctive.profession_sante=true&refine.libelle_region=FRANCE&refine.profession_sante=M%C3%A9decins+g%C3%A9n%C3%A9ralistes+\(hors+m%C3%A9decins+%C3%A0+expertise+particulier+MEP\)&sort=-annee](https://data.ameli.fr/explore/dataset/patientele/?&disjunctive.profession_sante=true&refine.libelle_region=FRANCE&refine.profession_sante=M%C3%A9decins+g%C3%A9n%C3%A9ralistes+(hors+m%C3%A9decins+%C3%A0+expertise+particulier+MEP)&sort=-annee)

37. L'Assurance Maladie, CONTET-STURTZER V. Patientèles locales 2016-2022 [Internet]. 2024. Disponible sur: [https://data.ameli.fr/explore/dataset/patientele/?&disjunctive.profession_sante=true&refine.libelle_region=FRANCE&refine.profession_sante=M%C3%A9decins+g%C3%A9n%C3%A9ralistes+\(hors+m%C3%A9decins+%C3%A0+expertise+particulier+MEP\)&sort=-annee](https://data.ameli.fr/explore/dataset/patientele/?&disjunctive.profession_sante=true&refine.libelle_region=FRANCE&refine.profession_sante=M%C3%A9decins+g%C3%A9n%C3%A9ralistes+(hors+m%C3%A9decins+%C3%A0+expertise+particulier+MEP)&sort=-annee)

38. A M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2023 [cité 6 sept 2024]. Personnes en affection longue durée sans médecin traitant : le plan d'action du ministère de la santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/personnes-en-affection-longue-duree-sans-medecin-traitant-le-plan-d-action-du>

39. L'Assurance Maladie. L'Assurance Maladie. 2024 [cité 6 sept 2024]. Patients en ALD sans médecin traitant : la tendance s'inverse depuis le lancement du plan d'actions. Disponible

- sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/patients-en-ald-sans-medecin-traitant-la-tendance-s-inverse-depuis-le-lancement-du-plan-d-actions>
40. Collet L. Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques. Trib Santé. 2019;59(1):47-61.
 41. Mollier-Sabet L. D'où vient le fameux numerus clausus qui limite le nombre de médecins depuis 50 ans ? [Internet]. Public Sénat. 2023 [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/d-ou-vient-le-fameux-numerus-clausus-qui-limite-le-nombre-de-medecins-pendant-50-ans>
 42. AFP. Etudes de santé : 50 ans de « numerus clausus ». Sciences et Avenir [Internet]. 15 sept 2018 [cité 27 nov 2023]; Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/etudes-de-sante-50-ans-de-numerus-clausus_127561
 43. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche [Internet]. 2020 [cité 27 mars 2024]. Ma santé 2022 : suppression du numerus clausus et rénovation de l'accès aux études de santé. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/ma-sante-2022-suppression-du-numerus-clausus-et-renovation-de-l-acces-aux-etudes-de-sante-49091>
 44. Nezc M. Médecine : la fin du numerus clausus, un trompe-l'œil ? L'Etudiant [Internet]. 29 mai 2020 [cité 11 déc 2023]; Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/educpros/actualite/medecine-la-fin-du-numerus-clausus-un-trompe-l-oeil.html>
 45. Bluteau P. Études de santé : suppression du numerus clausus dès 2021. L'Etudiant [Internet]. 26 mars 2021 [cité 11 déc 2023]; Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/etudes-de-sante-suppression-du-numerus-clausus-des-2021.html>
 46. Martin R. À Lyon, les grévistes des urgences mettent en scène leur détresse - Lyon Capitale. Lyon Capitale [Internet]. 4 mars 2018 [cité 13 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.lyoncapitale.fr/actualite/a-lyon-les-grevistes-des-urgences-mettent-en-scene-leur-detresse>
 47. Bouvard F. Face aux conditions de travail déplorables, la grève se poursuit aux urgences du CHANGE. Le Dauphiné. 24 mai 2019 [cité 13 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.ledauphine.com/haute-savoie/2019/05/24/face-aux-conditions-de-travail-deplorables-la-greve-se-poursuit-aux-urgences-du-change>
 48. Landre P. Les services d'urgences du CHRU de Tours sont en grève. lanouvellerepublique.fr [Internet]. La Nouvelle République. 12 juin 2019 [cité 14 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.lanouvellerepublique.fr/tours/les-services-d-urgences-du-chru-de-tours-sont-en-greve>
 49. Soulié E. Paris : les services d'urgences en grève depuis dimanche soir. Le Parisien. 15 avr 2019 [cité 13 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/paris-75/paris-les-services-d-urgences-en-greve-des-ce-dimanche-soir-14-04-2019-8053062.php>
 50. Angoulême: les personnels des urgences toujours en grève ce jeudi, pour dire leur ras-le-bol. CharenteLibre.fr [Internet]. Charente Libre. 11 juin 2019 [cité 14 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.charentelibre.fr/charente/angouleme-les-personnels-des-urgences-toujours-en-greve-ce-jeudi-pour-dire-leur-ras-le-bol-6051084.php>
 51. Le SMUR et les urgences sont en grève à l'hôpital d'Épinal. Vosges Matin. 11 juin 2019 [cité 14 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.vosgesmatin.fr/edition-d-epinal/2019/06/11/photos-le-smur-et-les-urgences-sont-en-greve-a-l-hopital-d-epinal>
 52. Azoug Y. Une grève illimitée lancée au centre hospitalier de Vierzon. Le Berry Républicain. 17 juin 2019 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: https://www.leberry.fr/vierzon-18100/actualites/une-greve-illimitee-lancee-au-centre-hospitalier-de-vierzon_13585522/
 53. Floch F. Grève au CHU de Saint-Pierre : à 14 heures les urgentistes suspendent les soins 5 minutes [Internet]. Réunion la 1ère. 2019 [cité 13 mars 2024]. Disponible sur: <https://la1ere.francetvinfo.fr/reunion/greve-au-chu-saint-pierre-14-heures-urgentistes-suspendent-soins-5-minutes-715323.html>
 54. Bihrus R. Les urgences du CHU en grève. France Antilles. 5 juill 2019 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.guadeloupe.franceantilles.fr/actualite/sante/les-urgences->

du-chu-en-greve-411972.php

55. Rapegno J. Grève aux urgences de Guéret : « Les patients peuvent attendre de 6 à 8 heures avant d'être pris en charge ». La Montagne. 18 juin 2019 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: https://www.lamontagne.fr/gueret-23000/actualites/greve-aux-urgences-de-gueret-les-patients-peuvent-attendre-de-6-a-8-heures-avant-d-etre-pris-en-charge-_13586360/
56. Auffret E. Le service des urgences du centre hospitalier de Brive se met en grève illimitée. La Montagne. 19 juin 2019 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: https://www.lamontagne.fr/brive-la-gaillarde-19100/actualites/le-service-des-urgences-du-centre-hospitalier-de-brive-se-met-en-greve-illimitee_13587368/
57. Pommier H. Grève aux urgences du CHU de Limoges : « On ne supporte plus d'accueillir les malades dans ces conditions-là ». www.lepopulaire.fr [Internet]. Le Populaire du Centre. 27 mai 2019 [cité 13 mars 2024]; Disponible sur: https://www.lepopulaire.fr/limoges-87000/actualites/greve-aux-urgences-du-chu-de-limoges-on-ne-supporte-plus-d-accueillir-les-malades-dans-ces-conditions-la_13570783/
58. France 2. Limoges : le CHU en grève demande des postes supplémentaires [Internet]. France TV. 2019 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/limoges-le-chu-en-greve-demande-des-postes-supplementaires_3464521.html
59. France 3 Picardie. CARTE. 217 services d'urgences en grève en France [Internet]. France TV. 2019 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/carte-217-services-urgences-greve-france-1709310.html>
60. CIH. Collectif Inter Hôpitaux. [cité 18 mars 2024]. Historique et charte de fonctionnement du CIH. Disponible sur: <https://www.collectif-inter-hopitaux.org/qui-sommes-nous>
61. Il faut sauver l'hôpital [Internet]. Limoges; 2019. Disponible sur: <https://fb.watch/qNnpBoZg8v/>
62. Le blues du CHU [Internet]. Limoges; 2020. Disponible sur: <https://fb.watch/qNn7C3bRfr/>
63. Beriou G. Démission des chefs de service du CHU : quelles conséquences pour les patients ? [Internet]. France TV. 2020 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/haute-vienne/limoges/demission-chefs-service-du-chu-quelles-consequences-patients-1782977.html?fbclid=IwAR211TIY6Vtli3nS-HvGwP2bnAEmGNex4ynrNOFdEAdJuu2ixP-rJDk48Sg>
64. Libération. Olivier Véran annonce le « Ségur de la santé » pour le 25 mai. Libération [Internet]. 17 mai 2020 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2020/05/17/olivier-veran-annonce-le-segur-de-la-sante-pour-le-25-mai_1788624/
65. Barra M. Un « Ségur de la santé » pour repenser l'hôpital français post-Covid [Internet]. France 24. 2020 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.france24.com/fr/20200524-un-s%C3%A9gur-de-la-sant%C3%A9-pour-repenser-l-h%C3%B4pital-fran%C3%A7ais-post-covid>
66. Sud Ouest. Préavis de grève à l'hôpital de Pau ce mercredi 20 mai 2020. Sud Ouest [Internet]. 20 mai 2020 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.sudouest.fr/pyrenees-atlantiques/pau/preavis-de-greve-a-l-hopital-de-pau-ce-mercredi-20-mai-2020-1969367.php>
67. Pommier H. Au CHU de Limoges, les personnels ne veulent pas « du retour à l'anormal », alerte le représentant du Collectif inter-hôpitaux. Le Populaire du Centre. 29 mai 2020 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: https://www.lepopulaire.fr/limoges-87000/actualites/au-chu-de-limoges-les-personnels-ne-veulent-pas-du-retour-a-l-anormal-alerte-le-representant-du-collectif-inter-hopitaux_13792966/
68. Cenard C. Une grève générale commence au CHU de Grenoble mardi 6 décembre - France Bleu [Internet]. ici, par France Bleu et France 3. 2022 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/une-greve-generale-commence-au-chu-de-grenoble-le-mardi-6-decembre-2794422>

69. Delepierre A. Les urgences de l'hôpital de Calais en grève à partir de ce jeudi après-midi. La Voix du Nord [Internet]. 7 déc 2022 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.lavoixdunord.fr/1263791/article/2022-12-07/les-urgences-de-l-hopital-de-calais-en-greve-partir-de-ce-jeudi-apres-midi>
70. Aguilé C. Crise de la santé. « Il n'y a plus rien d'humain », les soignants d'un EHPAD de Loire-Atlantique sont en grève [Internet]. France 3 Pays de la Loire. 2023 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/pays-de-la-loire/loire-atlantique/saint-nazaire/crise-de-la-sante-il-n-y-a-plus-rien-d-humain-les-soignants-d-un-ehpad-de-loire-atalntique-sont-en-greve-2691066.html>
71. Ouest-France. Grève à l'hôpital : plus de la moitié des médecins mobilisés, selon les syndicats. Ouest-France.fr [Internet]. Ouest France. 3 juill 2023 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/hopital/greve-a-l-hopital-plus-de-la-moitie-des-medecins-mobilises-selon-les-syndicats-2728dfe6-19c2-11ee-b34a-b36553860272>
72. Pinel E. Une grève illimitée à l'hôpital Saint-Martin de Caen - France Bleu [Internet]. ici, par France Bleu et France 3. 2024 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/economie-social/une-greve-illimitee-a-l-hopital-saint-martin-de-caen-3301673>
73. Da Silva N. Internes en grève. Valentine nous raconte son quotidien : « je travaille 50 à 60 heures par semaine » [Internet]. France 3 Bourgogne-Franche-Comté. 2022 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/bourgogne-franche-comte/cote-d-or/dijon/internes-en-greve-valentine-nous-raconte-son-quotidien-je-travaille-50-a-60-heures-par-semaine-2646008.html>
74. Le Monde, AFP. Les internes en médecine se mettent en grève pour réclamer de meilleures conditions de travail. Le Monde.fr [Internet]. Le Monde. 18 juin 2021 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/06/18/les-internes-en-medecine-se-mettent-en-greve-pour-reclamer-de-meilleures-conditions-de-travail_6084656_3224.html
75. Bechu V. Cinq questions pour comprendre la grève historique des médecins généralistes. Ouest-France.fr [Internet]. Ouest France. 30 nov 2022 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/hopital/cinq-questions-pour-comprendre-la-greve-historique-des-medecins-generalistes-8297d73a-70ba-11ed-b509-5fa4f7ebc15c>
76. Septier H. La grève des médecins libéraux reconduite pour une deuxième semaine [Internet]. BFMTV. 2023 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.bfmtv.com/sante/la-greve-des-medecins-generalistes-reconduite-pour-une-deuxieme-semaine_AD-202301020026.html
77. France Info. Santé : des milliers de généralistes manifestent pour défendre une médecine libérale « en danger » [Internet]. Franceinfo. 2023 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/sante-des-milliers-de-generalistes-manifestent-pour-defendre-une-medecine-liberale-en-danger_5583108.html
78. Bucero Lanzi C. Grève du 13 octobre : cette mobilisation « c'est le cri du médecin de famille », alerte une généraliste près de Montpellier [Internet]. France 3 Occitanie. 2023 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/herault/montpellier/greve-du-13-octobre-cette-mobilisation-c-est-le-cri-du-medecin-de-famille-alerte-une-generaliste-pres-de-montpellier-2853824.html>
79. Breton S. Grève des soignants. Les médecins traitants ne veulent pas devenir des médecins maltraités [Internet]. France 3 Bretagne. 2023 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/ille-et-vilaine/greve-des-soignants-les-medecins-traitants-ne-veulent-pas-devenir-des-medecins-maltraites-2855009.html>
80. Les Echos. Coronavirus : trois cas détectés en France, les premiers en Europe. Les Echos [Internet]. 24 janv 2020 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/politique-societe/societe/coronavirus-deux-cas-detectes-en-france-les-premiers-en-europe-1166126>
81. Juszczak O. Coronavirus : Premier jour de confinement général en France. www20minutes.fr [Internet]. 20 Minutes. 17 mars 2020 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/france/diaporama-14589-coronavirus-premier-jour-confinement->

general-france

82. Houdayer N. Alençon. Tous les services de l'hôpital à flux tendu. Ouest-France.fr [Internet]. 10 déc 2020 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/normandie/alencon-61000/alencon-tous-les-services-de-l-hopital-a-flux-tendu-7081130>

83. Dahan N, Perrin PJ, Didier A. Covid-19 : les services de réanimation de l'hôpital d'Avignon sont sous tension [Internet]. Franceinfo. 2021 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-les-services-de-reanimation-de-l-hopital-d-avignon-sont-sous-tension_4886943.html

84. Compan S, Denoun O. Covid-19 : au CHU de Toulouse, un service de réanimation sous haute tension et des soignants épuisés [Internet]. Franceinfo. 2021 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-au-chu-de-toulouse-un-service-de-reanimation-sous-haute-tension-et-des-soignants-epuises_4889451.html

85. Blanc A. Lits Covid remplis, patients transférés : l'hôpital de Charleville-Mézières sous tension - France Bleu [Internet]. ici, par France Bleu et France 3. 2022 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/lits-covid-remplis-patients-transferes-l-hopital-de-charleville-mezieres-sous-tension-1641418452>

86. Bidart N, Barrois M, Korwin S. Covid-19 : la tension continue de monter au service de réanimation de l'hôpital de Dreux [Internet]. Franceinfo. 2022 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/variant-omicron/covid-19-la-tension-continue-de-monter-au-service-de-reanimation-de-lhopital-de-dreux_4922897.html

87. Ouest France, AFP. Alerte rouge aux urgences : au moins 120 services en « difficulté » avant l'été. Ouest-France.fr [Internet]. 20 mai 2022 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/hopital/alerte-rouge-aux-urgences-au-moins-120-services-en-difficulte-avant-l-ete-38d497ac-d81f-11ec-b74d-895ee302236d>

88. Thomas B. Le service des urgences de Lunel sous tension avant le début de l'été - France Bleu [Internet]. ici, par France Bleu et France 3. 2022 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/le-service-des-urgences-de-lunel-sous-tension-avant-le-debut-de-l-ete-1655304295>

89. El Mosselli S. Canicule : des services d'urgences déjà débordés doivent accueillir les victimes de la chaleur. Le Monde.fr [Internet]. 19 juill 2022 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/article/2022/07/19/canicule-deja-sous-tension-les-services-d-urgence-doivent-accueillir-les-victimes-de-la-chaleur_6135422_3244.html

90. Dosda G. Préavis de grève illimitée, démissions collectives... Les services d'urgences sont sous haute tension. lejdd.fr [Internet]. Le Journal Du Dimanche. 8 juill 2022 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.lejdd.fr/Societe/les-urgences-sous-haute-tension-4122257>

91. Europe 1, AFP. Hôpital : « fortes tensions » en pédiatrie en Île-de-France, aggravées par la bronchiolite [Internet]. Europe 1. 2022 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.europe1.fr/sante/hopital-fortes-tensions-en-pediatrie-en-ile-de-france-aggravees-par-la-bronchiolite-4142090>

92. Dumay C, Laplaud L. Bronchiolite : les hôpitaux saturés, les parents se déplacent vers d'autres régions [Internet]. Europe 1. 2022 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.europe1.fr/sante/bronchiolite-les-hopitaux-satures-les-parents-se-deplacent-vers-dautres-regions-4144591>

93. Boileau G, Luff M, Cerna D. Hôpital : les services sous tension face à l'épidémie de bronchiolite [Internet]. Franceinfo. 2022 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/hopital-les-services-sous-tension-face-a-l-epidemie-de-bronchiolite_5465248.html

94. T K, AFP. Hôpitaux en tension: Samu-Urgences de France évoque « une situation plus grave que l'été dernier » [Internet]. BFMTV. 2023 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.bfmtv.com/sante/hopitaux-en-tension-samu-urgences-de-france-evoque-une-situation-plus-grave-que-l-ete-dernier_AD-202308150292.html

95. Groyer F. Services fermés, Smur à l'arrêt, canicule : les urgences suffoquent au cœur de l'été [Internet]. ici, par France Bleu et France 3. 2023 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur:

<https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/services-fermes-smur-a-l-arret-canicule-les-urgences-suffoquent-au-coeur-de-l-ete-6171232>

96. Le Ridée C. « Le problème, c'est le manque de moyens humains » : en Normandie, les urgences sous tension cet été. Ouest-France.fr [Internet]. 24 juill 2023 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/le-probleme-cest-le-manque-de-moyens-humains-en-normandie-les-urgences-sous-tension-cet-ete-befd2b90-26fd-11ee-a917-916791448d86>

97. Le Parisien, AFP. Urgences à l'hôpital : des services « saturés » comme « tous les hivers », selon un syndicat. leparisien.fr [Internet]. 27 déc 2023 [cité 18 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/societe/sante/urgences-a-l-hopital-des-services-satures-comme-tous-les-hivers-selon-un-syndicat-27-12-2023-OXC5WHC7NZEB7AECL3Y5KZ3YAU.php>

98. Mollard C. Hôpitaux de Vendée : services submergés, le « Plan hôpital en tension » est activé [Internet]. ici, par France Bleu et France 3. 2024 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/societe/hopitaux-de-vendee-services-submerges-le-plan-hopital-en-tension-est-active-6190127>

99. Col N. Nouveau pic de tension aux urgences du CHU de Limoges [Internet]. ici, par France Bleu et France 3. 2023 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/nouveau-pic-de-tension-aux-urgences-du-chu-de-limoges-1828398>

100. Aquilina M. Tension à l'hôpital de Pau : faute de lits, des patients installés dans un bureau ou une salle de bain [Internet]. ici, par France Bleu et France 3. 2024 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/societe/tension-a-l-hopital-de-pau-faute-de-lits-des-patients-installes-dans-un-bureau-ou-une-salle-de-bain-8729727>

101. Fontaine A. Burnout – Repérage et prise en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2019 juin [cité 25 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974265/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge

102. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 1 mars 2019;246:132-47.

103. Rivaud A. Revue systématique et méta-analyse sur la prévalence du burn-out dans la population générale et chez les soignants : Analyse intermédiaire [Internet] [Thèse d'exercice]. [1896-..., France]: Université de Poitiers; 2020 [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/0a3dd4d7-6f41-4a77-846d-50214ac32f28>

104. ISNAR-IMG, ISNI, ANEMF. Enquête - 2021 - Santé mentale jeunes médecins [Internet]. ISNAR-IMG; 2021. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>

105. ISNAR-IMG, ISNI, FNSIP-BM, SNIO. Enquête Temps de Travail 2023 - Dossier de presse [Internet]. ISNAR-IMG; 2024 mars [cité 25 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/cdp-enquete-temps-de-travail/>

106. ISNI, ANEMF, ISNAR-IMG. ANEMF - "[Enquête Santé Mentale] [Internet]. Instagram. 2024 [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.instagram.com/p/C8KTNhSloeG/>

107. Hajji A. Le syndrome d'épuisement professionnel du personnel infirmier de l'Hôpital Emile Muller de Mulhouse et des infirmiers libéraux de la région Mulhouse Alsace et Agglomération: étude de la prévalence, des facteurs de risques et effet sur l'automédication [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-..., France]: Université de Strasbourg; 2022 [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_HAJJI_Adil.pdf

108. Henon T. Épuisement professionnel : étude sur le personnel soignant de deux pôles du CHU de Lille [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2020 [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM518.pdf

109. Potron A, Sebag D. Le point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'hôpital [Thèse d'exercice]. [Grenoble ; 1971-2015, France]: Université Joseph Fourier; 2006.

110. Nguyen MC. Les généralistes et l'hôpital : Une enquête préparatoire aux auditions de la mission Larcher [Thèse d'exercice]. [Strasbourg]: Faculté de Médecine Strasbourg; 2009.

111. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique*. 2014;26(2):189-97.
112. Delahaye M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation médecine de ville-hôpital [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
113. Senent L. Communication médecine de ville et médecine d'urgence hospitalière au travers du ressenti des médecins généralistes des Bouche du Rhône [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2014.
114. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/683/>
115. Signol B. La communication ville-hôpital en 2016 : constat et pistes d'amélioration [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2016.
116. Gerbaud LH. Etude de la relation entre les médecins généralistes et l'hôpital de Rochefort, quels moyens de communication pour optimiser la prise en charge ? Poitiers; 2019.
117. Bonnet A. Opinion des médecins généralistes concernant un dispositif expérimental de concertation avant retour à domicile des patients atteints de cancer métastatique [Thèse d'exercice]. [Toulouse]. Faculté des sciences médicales Ranguel (...-2017, France): Université Paul Sabatier; 2020.
118. Coppée J. Communication ville-hôpital dans la région Champagne-Ardenne [Thèse d'exercice]. [1967-...., France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2023.
119. Bovio A. 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 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Limoges; 2024 [cité 13 juin 2024]. Disponible sur: <https://aurora.unilim.fr/theses/nxfile/default/0c898638-e648-4cf9-a8c3-2b19a7513e05/blobholder:0/M20243105.pdf>
120. 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 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2020 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2020_Medecine_PichetAnthony.pdf
121. Beligné D. Évaluation des pratiques et attentes des médecins généralistes en matière de communication ville-hôpital via un système de messagerie sécurisée [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2018.
122. Douchin N. Amélioration du lien « ville-hôpital » en chirurgie ambulatoire, grâce aux outils de E-Santé : enquête auprès de 64 médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2019.
123. Nazroo A. Communication ville-hôpital en 2020 dans les Alpes-Maritimes : les préférences des médecins généralistes [Internet]. 2020 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03113644>
124. Nicourt A. Évaluation de l'implication du médecin généraliste dans la prise de décision d'entrée en soins palliatifs lors d'une hospitalisation [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble ; 1971-2015, France]: Université Joseph Fourier; 2014 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01075483/document>
125. Forin M. Point de vue des médecins généralistes sur leur implication dans les limitations et arrêts de traitement chez leurs patients hospitalisés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
126. Hurtaud A. Continuité des soins en médecine générale : transitions hôpital-ville [Internet] [phdthesis]. Université Paris-Est; 2020 [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03561993>
127. Carneiro B, Paré F, Roy PM, Fanello S. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes. *Santé Publique*. 2014;26(2):165-72.
128. Bureau ML. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les

attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2012.

129. Kherbeche Y. Communication hôpital-ville : évaluation de la qualité des comptes-rendus d'hospitalisation et satisfaction des médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2021 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM592.pdf

130. Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste : obtention d'un consensus par méthode Delphi® [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2018 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01899613/document>

131. Lamotte L, Fassier M. Évaluation de l'annuaire des avis semi-urgents du Centre Hospitalier Métropole Savoie, auprès des médecins concernés de Savoie, à quelques mois de sa diffusion [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-....., France]: Université Grenoble Alpes; 2024 [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04547144/document>

132. Melin A. Évaluation d'un annuaire partagé ville-hôpital par les médecins généralistes de la région Dracénoise : une étude qualitative [Internet]. 2021 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03429451>

133. Berrezaie R. Optimisation du lien Ville-Hôpital sur le territoire ploërmelais : étude avant-après du taux de réhospitalisations des patients de plus de 75 ans suite à l'introduction de moyens de communication entre médecine de ville et médecine hospitalière [Internet] [Thèse d'exercice]. [2023-....., France]: Université de Rennes; 2023 [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/2f633bf8-3927-429f-9507-d017e7000b17>

134. Cardinal J. Optimisation du lien ville-hôpital sur le territoire ploërmelais : étude avant/après du nombre d'admissions directes dans le service de médecine polyvalente suite à l'introduction de moyens de communication entre médecine de ville et médecine hospitalière [Internet] [Thèse d'exercice]. [2023-....., France]: Université de Rennes; 2023 [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/c181409c-2957-4c2e-8411-4f2d9387679c>

135. Lenti C. Évaluation de la nouvelle « hotline gériatrique » du CHU de Grenoble auprès des médecins généralistes et médecins coordinateurs en EHPAD : connaissance, utilisation, satisfaction perçue [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-....., France]: Université Grenoble Alpes; 2021 [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03349789/document>

136. Alimi J. Une ligne téléphonique ville-hôpital pour la prise en charge des personnes âgées : quelle utilisation pour les médecins généralistes du territoire ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2014.

137. Simon A. Communication ville-hôpital en cancérologie : évaluation de la plateforme téléphonique régionale Oncotel par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2020.

138. Kabla DA. Évaluation de la qualité de la communication ville-hôpital lors de l'admission directe des patients en service de gériatrie aiguë via les fiches de liaison téléphonique et courriers d'admission [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Cité. Faculté de santé; 2020.

139. RECEVEUR C. Agence du Numérique en Santé. [cité 22 juin 2024]. PAACO-Globule - Catégorie Système d'Information de Coordination. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/virage-numerique/talents-esante/paacoglobule>

140. Agnelli J, Lavigne K. Perception des professionnels de santé et du social concernant l'utilisation de la plateforme PAACO pour la communication entre ville et hôpital: Étude qualitative sur le territoire Haut Béarn et Soule [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2021 [cité 22 juin 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03222563>

141. Mathieu-Poublan M. Le vécu des médecins généralistes dans la prise en charge des patients âgés à domicile via l'utilisation de l'outil numérique de coordination Paaco-Globule [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2021 [cité 22 juin 2024].

Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03462437>

142. Glanes M. Coordination des soins en médecine générale: état des lieux et modification des pratiques des médecins généralistes de la côte Basque depuis leur utilisation de l'outil numérique Paaco Globule [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2022 [cité 22 juin 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03839450>

143. Matha T. Étude de l'intérêt de l'application Paaco-Globule dans la prise en charge des patients diabétiques en ambulatoire par les médecins généralistes de Charente Maritime [Internet] [Thèse d'exercice]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2022 [cité 22 juin 2024]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/d871da43-5bc9-46e6-970a-a4bb98c56ea4>

144. Rocher M. L'évolution des pratiques des professionnels de santé en ville avec le logiciel PAACO-Globule [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2022 [cité 22 juin 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03707296>

145. Yennek K. La télé-expertise en dermatologie améliore-t-elle la coordination des soins entre médecine générale et spécialisée ? : Étude prospective de la plateforme de télé-expertise Omnidoc en dermatologie en Bretagne [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rennes]: Université de Rennes 1; 2022 [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/6508e7c3-36b4-465a-a4b0-490831242338>

146. Gonzalez M. Opinion de médecins généralistes charentais sur la téléexpertise via Omnidoc : étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2023 [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/fb97e89c-5337-4cfc-9dbb-6053d160575e>

147. Beyrne M. Évaluation de SPICO Discussions comme outil de communication dans le cadre de la sortie d'hospitalisation dans les Pyrénées Orientales : enquête auprès des médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2022 [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03795453>

148. L'Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 8 janv 2024]. Tarifs en métropole. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>

149. Omnidoc [Internet]. 2024 [cité 8 sept 2024]. Omnidoc - Solution de téléexpertise et de e-RCP. Disponible sur: <https://omnidoc.fr/>

150. Bidaux A. Déploiement de la télé-expertise en limousin. DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉ-EXPERTISE EN LIMOUSIN Description et formation à la plateforme Omnidoc; 2023 juin 22; Limoges.

151. CONTET-STURTZER V, Bidaux A. Historique de la plateforme Omnidoc au sein du GHT Limousin. 2024.

152. CHU Limoges [Internet]. [cité 5 sept 2024]. Centre de télé-médecine et e-santé du GHT du Limousin. Disponible sur: <https://www.chu-limoges.fr/centre-de-telemedecine-et-e-sante-du-ght-du-limousin>

Annexes

Annexe 1. Pyramides des âges des effectifs médicaux nationaux et locaux	98
Annexe 2. Chiffres clés Omnidoc® au sein du GHT Limousin.....	100
Annexe 3. Flyer de communication sur la téléexpertise déployée au CHU Limoges	101
Annexe 4. Questionnaire diffusé aux médecins hospitaliers du GHT Limousin	102
Annexe 5. Déclaration de conformité CNIL	115

Annexe 1. Pyramides des âges des effectifs médicaux nationaux et locaux

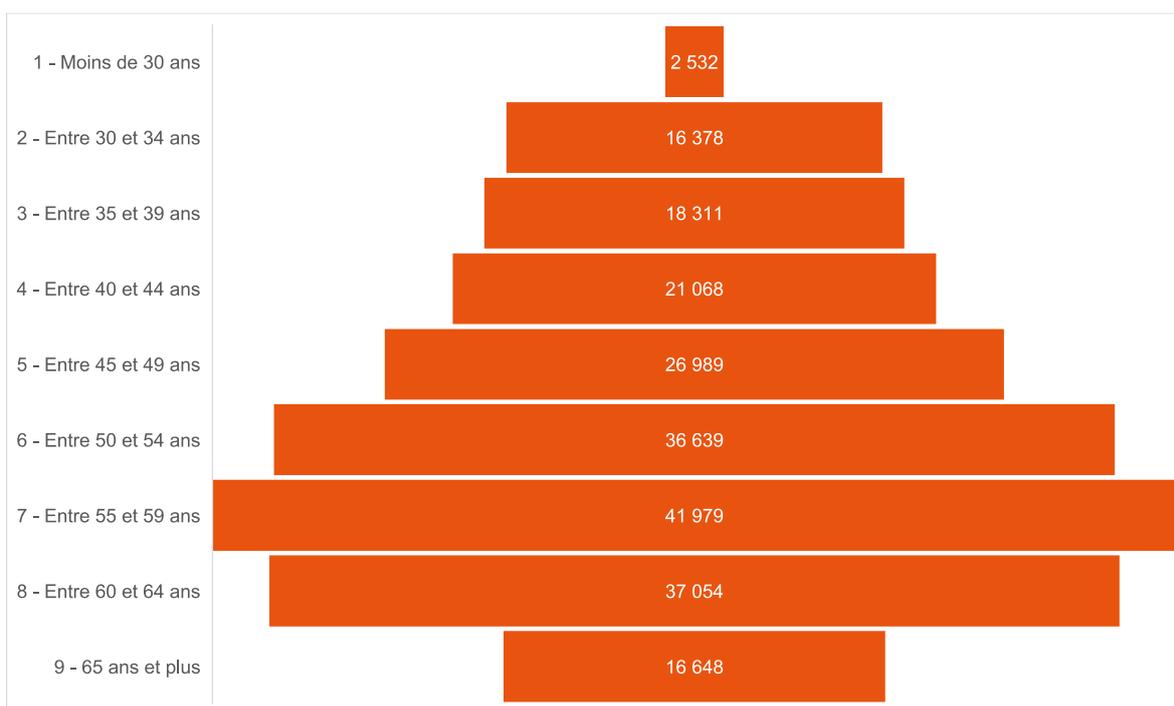


Figure 35 : Pyramide des âges des effectifs médicaux nationaux en 2013

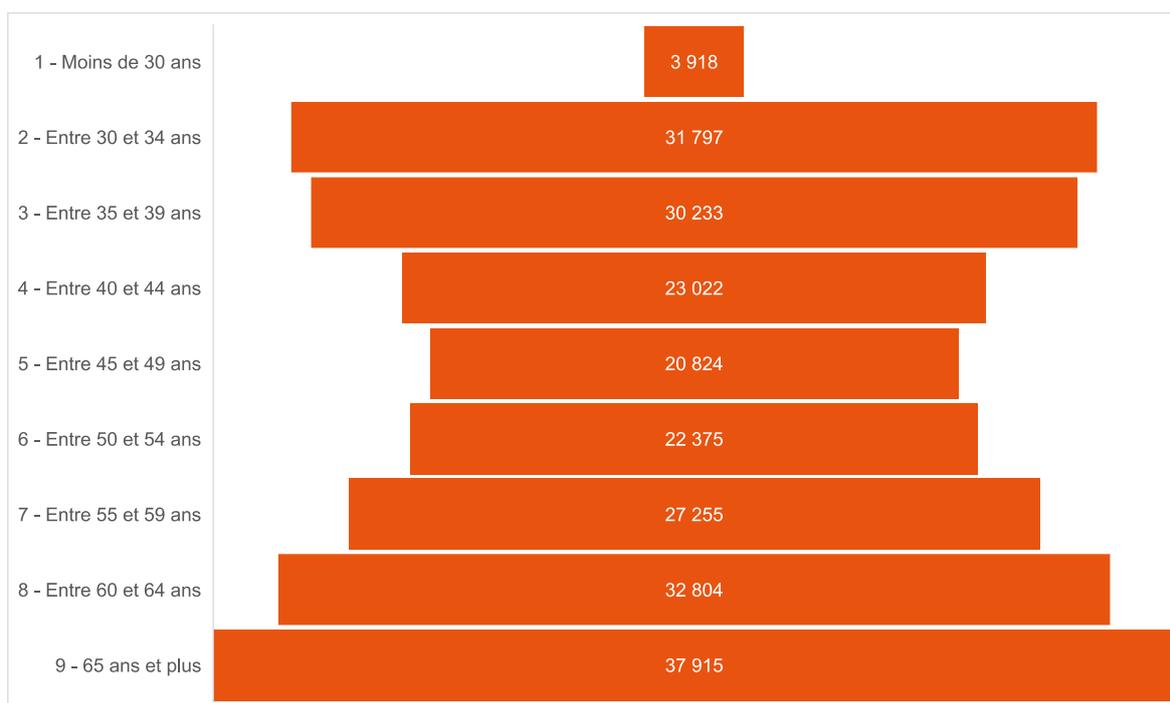


Figure 36 : Pyramides des âges des effectifs médicaux nationaux en 2023

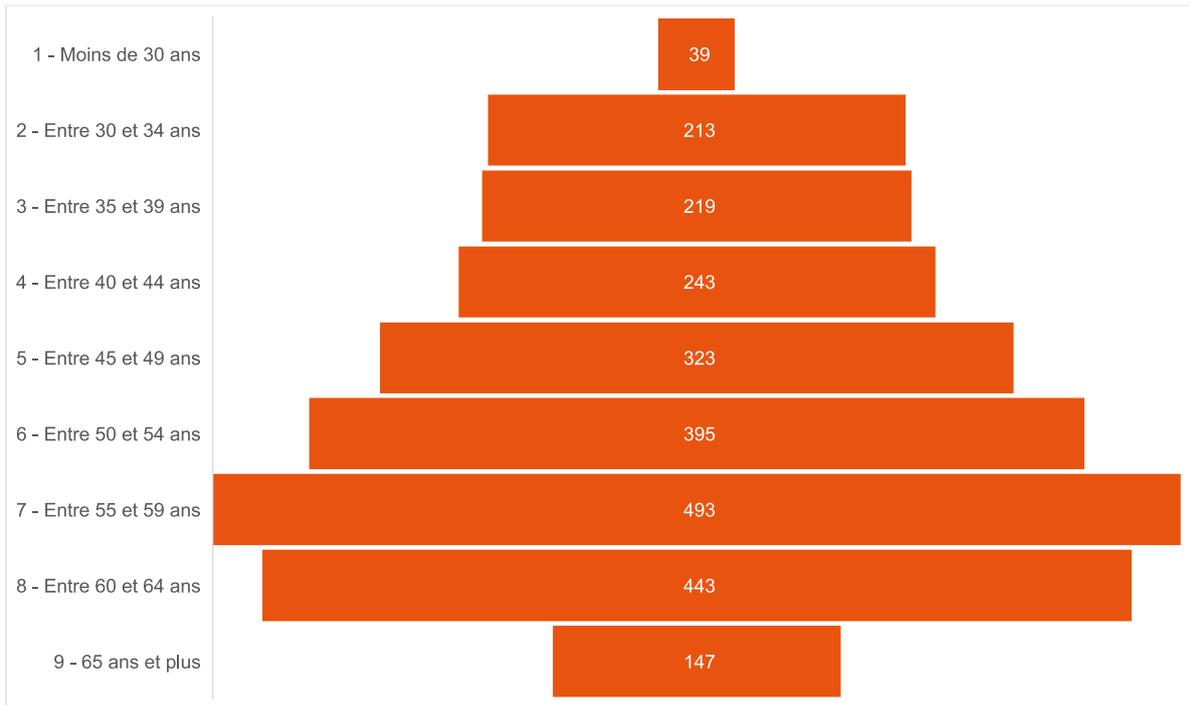


Figure 37 : Pyramides des âges des effectifs médicaux locaux en 2013

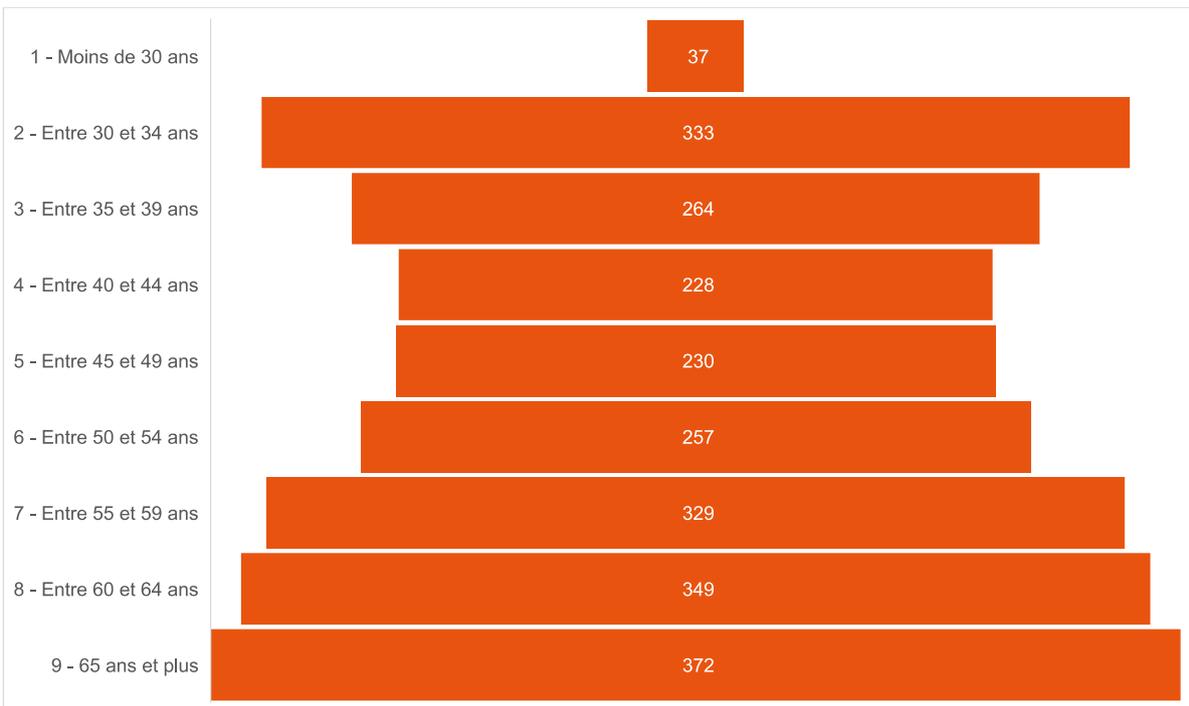


Figure 38 : Pyramide des âges des effectifs médicaux locaux en 2023

Chiffres clés

Nombre de téléexpertises	5 434
Nombre de requérants distincts	862
% de demandes nominatives	0.7%

Total des revenus générés	75 764 €
Revenus générés le mois dernier	6 140 €
% de téléexpertises facturées	99,1 %

Délai de réponse moyen (en heures)*	42
Délai de réponse médian (en heures)*	15
% de demandes sans réponse au 7e jour	5,2 %

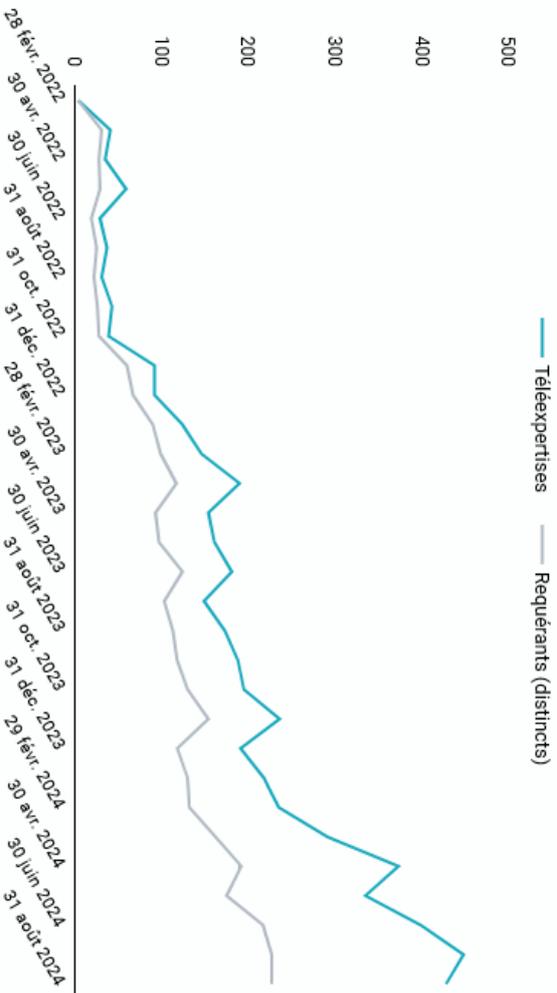
Volume de téléexpertises

Mois en cours :

117 téléexpertises

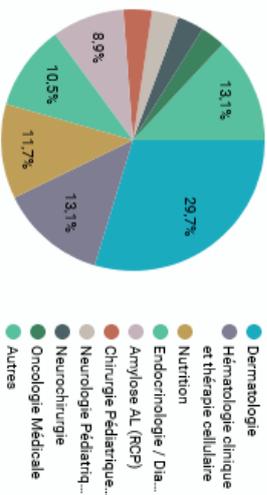
81 requérants (distincts)

Afficher les données par: Mois



Sélectionner la période

Répartition des téléexpertises du mois dernier par catégorie



Répartition des téléexpertises par spécialité du requérant

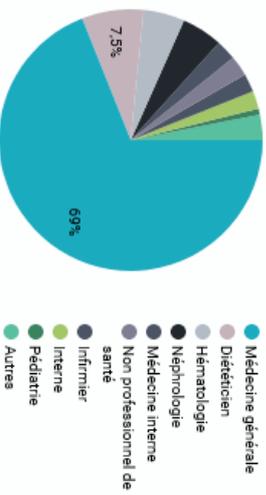


Figure 39 : Chiffres clés Omnidoc® au sein du GHT Limousin

TÉLÉ-EXPERTISE

Vous souhaitez demander un avis à un spécialiste du CHU de Limoges ?



Vous souhaitez un avis spécialisé sur la prise en charge non urgente d'un patient

Transmettez votre demande via la plateforme Omnidoc

Le médecin requis rend son avis en moins de 72h

Ayez le réflexe omnidoc

la plateforme gratuite de télé-expertise du CHU de Limoges

Cette plateforme permet :

-  La sécurisation des données de santé
-  D'archiver le compte rendu dans le dossier patient
-  La valorisation financière : 10 €/expertise

Comment faire ?

 créez votre compte sur www.omnidoc.fr/chu-limoges avec votre nom ou votre n° RPPS et sollicitez l'un des services.

 *Le service que vous souhaitez solliciter n'est pas encore sur notre réseau ? De nouvelles spécialités nous rejoignent régulièrement, restez connectés !*

Lien vers la plateforme



Pour toutes questions sur le fonctionnement de la plateforme, contactez le Centre de télé-médecine et e-santé du CHU de Limoges : centre.e-sante@chu-limoges.fr



Figure 40 : Flyer de communication externe sur la téléexpertise au CHU Limoges

Annexe 4. Questionnaire diffusé aux médecins hospitaliers du GHT Limousin

Titre : Etat des lieux des relations entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes libéraux : le point de vue des hospitaliers au sein du Groupement Hospitalier Territorial Limousin

Introduction :

La continuité des soins est une notion primordiale depuis de nombreuses années. En 1980, *Roger et Curtis* ont repris sa définition de façon à préciser ses dimensions à l'instar de *Hennen* en 1975. Parmi les sept dimensions décrites, deux se détachent dans notre contexte : la dimension relationnelle du médecin traitant avec son patient et sa famille mais aussi ses collègues et la dimension informationnelle correspondant à la fois au dossier médical tenu par le médecin traitant et ses correspondances avec l'hôpital (1). Ce concept de continuité des soins sera repris à de nombreuses reprises dans la littérature, notamment en 2006 par *Boschetti et al.* où ils la définissent comme une "exigence de coordination" (2).

En 2006 de nouveau, *Sans-Corrales et al.* ont même démontré dans une revue systématique qu'une bonne continuité des soins avait un impact sur les indicateurs de santé publique et les coûts de santé (3).

Cette notion de continuité prend une telle place qu'en 2014 la Haute Autorité de Santé créera un critère de qualité pour la certification des établissements de soins axé sur la continuité des soins, notamment autour du document de sortie d'hospitalisation. Il évaluait le contenu du document et son délai de remise au médecin traitant sous un délai inférieur à 8 jours. Il a ensuite été mis à jour en 2019 pour réduire ce délai à 0 jour (4).

Au début des années 2000, *Kearley et al.* ont montré l'importance que portent les patients envers leur médecin traitant pour le suivi d'un problème de santé chronique (5).

De nombreuses études ont été menées pour évaluer la qualité des relations entre les médecins libéraux, spécialistes en médecine générale ou d'organe, et les médecins hospitaliers. L'une d'elles remontant à 1999 évalue l'intérêt d'une bonne communication entre l'hôpital et les médecins traitants dans la prise en charge de l'asthme pédiatrique : les médecins généralistes étaient majoritairement satisfaits d'être contactés à la sortie de leurs patients (6). Il existe des dizaines d'études, tantôt généralistes et évaluant l'état des lieux ou le ressenti des médecins libéraux sur leurs relations avec l'hôpital, tantôt spécifiques et évaluant les effets suite à la mise en place d'un dispositif local.

En 2016, une thèse d'exercice de grande ampleur, soutenue par le Syndicat des Médecins Libéraux, avait permis un bilan sur le plan national des relations entre les médecins libéraux et l'hôpital. Il avait été mis en évidence notamment que près de deux tiers d'entre eux étaient insatisfaits de leur relation avec l'hôpital, avec une part plus importante des médecins généralistes. On apprenait également que les médecins généralistes étaient beaucoup moins informés de l'état de leur patient au cours de l'hospitalisation par rapport aux confrères spécialistes d'organe et leur avis était beaucoup moins pris (7).

Cela dit, les études mettent souvent en lumière le regret des médecins généralistes de ces relations ville-hôpital, parfois conflictuelles en particulier avec les médecins urgentistes (8), mais aussi leur souhait de contacts plus réguliers avec leurs collègues hospitaliers. En effet, nombreuses sont les études qui montrent l'intérêt de la mise en place d'un annuaire à destination des médecins généralistes permettant des contacts facilités et donc plus fréquents (8).

Justification de notre enquête :

Malheureusement, toutes ces enquêtes concernent le point de vue des médecins libéraux, notamment généralistes.

Une thèse de 2018 a évalué la faisabilité de l'appel du médecin traitant par le médecin hospitalier à la sortie dans le service post-urgences du CHU de Grenoble. Celle-ci démontrait une grande faisabilité mais mettait en lumière la difficulté de joindre les médecins traitants (9).

Au moment de la rédaction de ce questionnaire, il n'existe qu'une seule thèse de 2020 ayant recherché le point de vue global des médecins hospitaliers sur leurs relations avec la ville. Cette étude portait sur des entretiens semi-dirigés au sein d'un hôpital local ayant pour avantage d'impliquer des médecins hospitaliers. Ils mettent en lumière le rôle de coordonnateur du médecin généraliste, référent dans le suivi dans le temps des patients, mais reconnaissent, tel un tort, le manque d'implication au cours des hospitalisations hors recherche d'informations. Pour améliorer la communication avec leurs collègues en ville et donc la continuité des soins, ils évoquent leur quotidien de communication, par voie orale ou écrite, et donnent leur avis sur ces différents moyens de communication ainsi que leur qualité.

Elle a pour inconvénients d'être à petite échelle et réalisée par des entretiens semi-dirigés (10).

L'objectif principal de l'enquête qui vous est soumise est de faire l'état des lieux des relations entre les médecins hospitaliers du Groupement Hospitalier Territorial et les médecins généralistes libéraux.

Les objectifs secondaires concernent l'évaluation de votre intérêt pour la mise en place de dispositifs pour consolider ces relations, permettre de meilleurs échanges voire de mieux impliquer les médecins traitants tout au long de la prise en charge des patients.

1. Rogers J, Curtis P. *The concept and measurement of continuity in primary care. Am J Public Health.* 1980;(2):122

2. Boschetti Y, Leclercq C, Arnoux S, Brobecker C, Delacroix MC, Friehe C. *Vous avez dit continuité des soins ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.* 1 avr 2006;5(2):78-81

3. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badía J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. *Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract.* 1 juin 2006;23(3):308-16

4. HAS. *Sortie d'hospitalisation : continuité des soins et sécurité du patient [Internet]. Haute Autorité de Santé.* 2019 [cité 20 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974627/fr/sortie-d-hospitalisation-continuite-des-soins-et-securite-du-patient

5. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. *An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* sept 2001;51(470):712-8.

6. Marks MK, Hynson JL, Karabatsos G. *Asthma: communication between hospital and general practitioners. J Paediatr Child Health.* juin 1999;35(3):251-4.

7. Signol B. *La communication ville-hôpital en 2016: constat et pistes d'amélioration [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2016.*

8. Melin A. *Évaluation d'un annuaire partagé ville-hôpital par les médecins généralistes de la région Dracénoise: une étude qualitative [Internet]. 2021 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03429451>*

9. Enzinger L. *Coopération ville-hôpital: évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile*

[Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2018 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925265/document>

10. 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* [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2020 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2020_Medecine_PichetAnthony.pdf

Caractéristiques du questionnaire

Ce questionnaire est anonyme. Le temps de réponse sera différent selon vos réponses. Si vous êtes médecin hospitalier réalisant des gardes aux urgences, le questionnaire peut vous prendre 5 à 10 minutes. A contrario, si vous êtes médecin urgentiste "pur" celui-ci ne vous prendra que 2 minutes environ.

Les données récoltées ne seront utilisées que dans un but de recherche dans le cadre de ma thèse d'exercice du DES de Médecine Générale. Seuls mon directeur de thèse et moi-même pourront avoir accès aux données correspondant à chaque questionnaire. Ces données seront détruites une fois la soutenance de thèse passée.

Section 1

Question à réponse unique (QRU) : Êtes-vous inscrit(e) à l'Ordre National des Médecins ? (un DES français validé, même sans soutenance de thèse, vaut pour inscription)

Oui → Accès à la section 2

Non → Accès à la section 5

Section 2

Caractéristiques démographiques

QRU : Quel est votre genre ?

Masculin

Féminin

Autre :

QRU : Quel est votre tranche d'âge ?

< 35 ans

35-45 ans

45-55 ans

55-65 ans

> 65 ans

QRU : Quelle est la durée totale de votre exercice ?

- < 10 ans
- 10-20 ans
- 20-30 ans
- 30-40 ans
- > 40 ans

QRU : Quelle est la durée de votre exercice au sein d'un (des) établissement(s) du GHT Limousin ?

- < 5 ans
- 5-15 ans
- 15-25 ans
- > 25 ans

QRU : Quel est votre statut hospitalier ?

- Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH)
- Maître des Conférences Universitaires - Praticien Hospitalier (MCU-PH)
- Praticien hospitalier universitaire (PHU)
- Praticien Hospitalier (PH)
- Praticien Attaché (PA)
- Chef de Clinique Assistant ou Assistant hospitalo-universitaire (CCA)
- Autre :

QRU : Dans quel type d'établissement exercez-vous le plus souvent ?

- CHU
- CH (exemples : Saint-Junien, Brive, Tulle, Guéret, Ussel)
- Hôpital de proximité (exemples : Aubusson, Bort-les-Orgues, HIHL)

QRU : Quelle est la spécialité que vous exercez ? Nommée selon la dernière nomenclature des DES

- Allergologie → Accès à la section 3
- Anesthésie Réanimation → Accès à la section 3
- Chirurgie maxillo-faciale → Accès à la section 3
- Chirurgie orthopédique et traumatologique → Accès à la section 3
- Chirurgie pédiatrique → Accès à la section 3
- Chirurgie plastique, reconstructrice et réparatrice → Accès à la section 3
- Chirurgie thoracique et cardiovasculaire → Accès à la section 3
- Dermatologie et vénéréologie → Accès à la section 3
- Endocrinologie-diabétologie-nutrition → Accès à la section 3
- Gériatrie → Accès à la section 3
- Gynécologie médicale → Accès à la section 3
- Gynécologie-obstétrique → Accès à la section 3
- Hématologie → Accès à la section 3
- Hépato-gastro-entérologie → Accès à la section 3
- Maladies infectieuses et tropicales → Accès à la section 3
- Médecine cardio-vasculaire → Accès à la section 3
- Médecine d'urgence → Accès à la section 4
- Médecine générale au sein d'un service hospitalier → Accès à la section 3
- Médecine générale au sein d'un service d'urgences → Accès à la section 4
- Médecine intensive et réanimation → Accès à la section 3
- Médecine interne et immunologie clinique → Accès à la section 3
- Médecine physique et de réadaptation → Accès à la section 3
- Médecine vasculaire → Accès à la section 3
- Néphrologie → Accès à la section 3
- Neurochirurgie → Accès à la section 3
- Neurologie → Accès à la section 3
- Oncologie → Accès à la section 3
- Ophtalmologie → Accès à la section 3
- Oto-rhino-laryngologie chirurgie cervico-faciale → Accès à la section 3
- Pédiatrie → Accès à la section 3
- Pneumologie → Accès à la section 3
- Psychiatrie → Accès à la section 3
- Rhumatologie → Accès à la section 3
- Urologie → Accès à la section 3

Section 3

Questionnaire concernant les médecins hospitaliers en service.

Cette section du formulaire va permettre de récolter les caractéristiques de votre service et des patients y étant hospitalisés puis votre avis sur les relations que vous entretenez avec les médecins traitants de ces patients ainsi que les points à améliorer (ou pas). En dernière partie, vous aurez l'opportunité d'exprimer votre avis sur l'implication des médecins traitants dans la prise en charge de leurs patients hospitalisés dans vos services, l'intérêt de mettre en place un outil de communication en cours d'hospitalisation et le moyen à utiliser s'il était mis en place au sein de votre quotidien.

A propos de votre service et des patients qui y sont hospitalisés

QRU : Quel est votre type de service ?

- Médecine
- Chirurgie
- Mixte médecine/chirurgie
- Rééducation (MPR/SSR)

Question à Réponse Courte (QRC) : Quelle est la durée moyenne de séjour réelle de vos patients au sein du service dans lequel vous exercez le plus souvent (en nombre de jours) ?

A propos de vos relations et de vos échanges avec les médecins traitants généralistes

La thèse de 2020 via entretiens semi-dirigés évoque la répartition des moyens de communication selon les besoins des médecins hospitaliers interrogés : l'appel direct pour hospitalisation ou avis urgents, le mail pour une hospitalisation programmée ou un avis non urgent, pour exemples. Ensuite, ils discutent sur les écrits de sortie, le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre de liaison, qui se chevaucheraient trop et seraient donc inutiles en couple. Ils remontent le problème du délai de rédaction, d'envoi ou de remise au patient à cause de la dictée et du manque de personnel de secrétariat. Ici, la voie électronique écrite est mise en avant : pour beaucoup ce système est la solution pour transmettre le courrier si celui-ci est rédigé le jour de la sortie voire la transmission d'un document de "pré-sortie" regroupant les informations nouvelles et essentielles. Enfin, ils abordent les courriers des médecins généralistes lors de l'arrivée du patient à l'hôpital : ils souhaitent des courriers précis, reprenant l'intégralité des antécédents, le traitement habituel ou encore le contexte social, informations non essentielles au moment de l'appel d'urgence. Ils déplorent en revanche la mauvaise qualité de ces courriers.

QRU : Donnez votre niveau de satisfaction à propos des affirmations suivantes :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les médecins traitants	<input type="radio"/>					
Mes appels téléphoniques avec les médecins traitants sont souvent inutiles	<input type="radio"/>					
Les courriers d'adressage mériteraient d'être améliorés	<input type="radio"/>					
Je suis satisfait du délai de transmission de la lettre de liaison à la sortie	<input type="radio"/>					
La lettre de liaison à la sortie est toujours remise au patient à son départ	<input type="radio"/>					

Question à Choix Multiples (QCM) : Quel(s) moyen(s) préférez-vous utiliser pour récupérer les informations d'un patient lors de l'organisation d'une hospitalisation directe urgente ?

- Courrier postal
- Courrier remis en mains propres au patient
- Courriel
- Messagerie sécurisée
- Fax
- Plateforme de télécommunication (type Omnidoc®, PAACO Globule® etc.)

QCM : Quel(s) moyen(s) préférez-vous utiliser pour récupérer les informations d'un patient lors de l'organisation d'une hospitalisation directe programmée ?

- Courrier postal
- Courrier remis en mains propres au patient
- Courriel
- Messagerie sécurisée
- Fax
- Plateforme de télécommunication (type Omnidoc®, PAACO Globule® etc.)

QCM : Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour transmettre la lettre de sortie ?

- Courrier postal
- Courrier remis en mains propres au patient
- Courriel
- Messagerie sécurisée
- Fax
- Plateforme de télécommunication (type Omnidoc®, PAACO Globule® etc.)

QCM : Quels sont, pour vous, les éléments essentiels à retrouver dans le courrier d'adressage du médecin traitant (ou adresseur) lors d'une hospitalisation (directe ou via les urgences et expliquant son arrivée dans le service d'urgences) ?

Critères sélectionnés sur la base d'un travail de thèse en Haute-Savoie.

Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste : obtention d'un consensus par méthode Delphi® : Université Grenoble Alpes; 2018

- Motif d'adressage
- Histoire de la maladie
- Antécédents
- Traitement au long cours
- Traitement donné pour tenter de traiter la raison d'hospitalisation, le cas échéant
- Mode de vie
- Autonomie
- Constantes initiales
- Examen clinique initial
- Examens complémentaires réalisés (en pièces jointes)
- Hypothèse(s) diagnostique(s)
- Ressenti du médecin traitant sur la situation

QRU : Seriez-vous favorable à la création d'un annuaire partagé contenant des numéros internes directs et les numéros directs (portable) des médecins traitants afin de faciliter les échanges ?

Des médecins libéraux du Var avait eu l'occasion de s'exprimer sur un annuaire similaire lors d'une étude de 2021 faisant remonter un gain de temps et l'impression d'être plus inclus dans la prise en charge

Melin A. Évaluation d'un annuaire partagé ville-hôpital par les médecins généralistes de la région Dracénoise: une étude qualitative [Internet]. 2021 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03429451>

- Oui
- Non

Implication des médecins traitants au cours de la prise en charge de leurs patients hospitalisés dans votre service

QRU : En dehors de la recherche d'informations sur le patient, notamment à son arrivée, vous arrive-t-il d'impliquer le médecin traitant dans vos décisions de prise en charge hospitalière ?

- Oui
- Non

QCM : Si oui, pour quel(s) type(s) de décisions ?

- Diagnostiques
- Thérapeutiques
- Sociales
- Devenir
- Autre :

QCM : Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- Manque de temps
- Manque d'intérêt de votre part
- Peur d'être mal reçu(e) par le médecin traitant
- Service ne s'y prêtant pas

QRU : Souhaiteriez-vous impliquer davantage les médecins traitants ?

- Oui
- Non

QRC : Quel(s) serai(en)t le(s) avantage(s) d'impliquer davantage les médecins traitants dans la prise en charge hospitalière ?

QRC : Quel(s) en serai(en)t le(s) frein(s) ?

QRU : Seriez-vous favorable à la création d'un temps médical vous permettant de transmettre des informations en cours d'hospitalisation aux médecins traitants des patients hospitalisés ?

Plusieurs études montrent la volonté de certains médecins traitants de recevoir des nouvelles de l'état de santé de leurs patients en cours d'hospitalisation

1. GERBAUD LH. *Etude de la relation entre les médecins généralistes et l'hôpital de Rochefort, quels moyens de communication pour optimiser la prise en charge ? Poitiers; 2019.*

2. Fabre L. *Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/683/>*

3. Nguyen AD, Baysari MT, Duong M, Zheng WY, Ng B, Lo S, et al. *Communicating deprescribing decisions made in hospital with general practitioners in the community. Intern Med J. 2021;51(9):1473-8.*

- Oui
- Non

QRU : Sous quel format souhaiteriez-vous transmettre ces informations ?

Formulaire pré-rempli grâce aux informations de l'observation médicale transmis par courrier postal

Formulaire pré-rempli grâce aux informations de l'observation médicale transmis par voie électronique

Appel téléphonique du médecin traitant

QRC : Sous quel délai jugeriez-vous utile qu'un tel outil soit utilisé ? (en nombre de jours total d'hospitalisation)

Exemple : je considère qu'au bout de 15 jours total d'hospitalisation (3 jours en chirurgie orthopédique suivis de 12 jours en SSR) le médecin traitant doit recevoir des informations sur la prise en charge effectuée jusque-là => j'écris "15"

QCM : Quel(s) serai(en)t pour vous la (ou les) motivation(s) pour vous impliquer dans ce temps médical si celui-ci venait à se démocratiser ?

Prise en charge personnalisée du patient

Amélioration des relations avec les médecins traitants

Diminution de la durée d'hospitalisation

Réduction du risque de réhospitalisation

Autre :

QCM : Quel(s) serai(en)t pour vous le (ou les) frein(s) pour vous impliquer dans ce temps médical si celui-ci venait à se démocratiser ?

Manque de temps

Absence de valorisation financière pour le service (codage T2A)

Peur d'inutilité d'une telle démarche auprès des médecins traitants

Peur de déranger les médecins traitants (notamment si utilisation de l'appel téléphonique)

Autre :

QRU : Vous arrive-t-il de contacter le médecin traitant pour organiser la sortie ? (discuter les possibilités du retour au domicile, échanger sur la prise en charge en post-hospitalisation immédiat etc.)

Oui

Non

QRC : Si oui, dans quel(s) but(s) les contactez-vous et quel(s) bénéfice(s) en retirez-vous ?

QRC : Si non, quel(s) est (sont) le(s) frein(s) pour le faire ?

QRU : Vous arrive-t-il d'avoir recours au Dossier Médical Partagé (DMP) accessible sur la carte vitale ?

- Oui
- Non

QRU : Lors de vos échanges avec vos confrères libéraux, vous arrive-t-il d'utiliser des moyens de communications non sécurisés (à l'instar des SMS, de WhatsApp® ou toute autre messagerie instantanée) ?

- Oui
- Non

Gardes aux urgences

QRU : Pratiquez-vous des gardes, même ponctuelles, au sein d'un service d'urgences ?

- Oui → Accès à la section 4
- Non → Accès à la section 5

Section 4

Questionnaire concernant les médecins urgentistes ou les médecins hospitaliers exerçant des gardes ponctuelles au sein d'un service d'urgences

QRC : Quel est le nombre moyen de passages par an au sein du service d'urgences dans lequel vous exercer le plus souvent ?

QRU : Donnez votre niveau de satisfaction à propos des affirmations suivantes :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les médecins traitants	<input type="radio"/>					
Mes appels téléphoniques avec les médecins traitants sont souvent inutiles	<input type="radio"/>					
Les courriers d'adressage mériteraient d'être améliorés	<input type="radio"/>					
J'arrive à joindre facilement les médecins traitants pendant les jours et heures ouvrables	<input type="radio"/>					
En cas de sortie, la lettre d'information au médecin traitant est remise au patient	<input type="radio"/>					

QCM : Quels sont les éléments essentiels à retrouver pour vous dans le courrier d'adressage vers les urgences du médecin traitant (ou adresseur) ?

Critères sélectionnés sur la base d'un travail de thèse en Haute-Savoie.

Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste: obtention d'un consensus par méthode Delphi® [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2018 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01899613/document>

- Motif d'adressage
- Histoire de la maladie
- Antécédents
- Traitement au long cours
- Traitement donné pour tenter de traiter la raison d'hospitalisation, le cas échéant
- Mode de vie
- Autonomie
- Constantes initiales
- Examen clinique initial
- Examens complémentaires réalisés (en pièces jointes)
- Hypothèse(s) diagnostique(s)
- Ressenti du médecin traitant sur la situation

QRU : Sous quel délai est envoyé le compte-rendu de passage aux urgences au médecin traitant ?

- Immédiat
- Moins de 24h
- Moins d'une semaine
- Plus d'une semaine

QRU : Quel moyen est utilisé le plus fréquemment pour la transmission de ce compte-rendu ?

- Courrier postal
- Courriel
- Messagerie sécurisée
- Fax
- Remise en mains propres au patient

QRU : Lors de vos échanges avec vos confrères libéraux, vous arrive-t-il d'utiliser des moyens de communications non sécurisés (à l'instar des SMS, de WhatsApp(r) ou toute autre messagerie instantanée) ?

- Oui

Non

Section 5

Inéligibilité au questionnaire

Malheureusement, n'étant pas inscrit(e) à l'Ordre des Médecins, votre avis ne sera pas pris en compte.

Cependant, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à l'égard du sujet de ma thèse.

Annexe 5. Déclaration de conformité CNIL



Référence CNIL :

2233365 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 28 février 2024

Monsieur Valentin CONTET-STURTZER

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Monsieur CONTET-STURTZER Valentin	N° SIREN/SIRET :	
Service :		Code NAF ou APE :	
Adresse :		Tél. :	
CP :		Fax. :	
Ville :			

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 28 février 2024

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Figure 41 : Déclaration de conformité CNIL

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.

État des lieux des relations entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes libéraux : le point de vue des hospitaliers au sein du Groupement Hospitalier de Territoire du Limousin

Contexte

Les relations entre la ville et l'hôpital sont primordiales afin d'assurer la continuité des soins. La chute démographique médicale en cours et à venir et l'épuisement des équipes soignantes exacerbé par des crises sanitaires renforcent le besoin d'une bonne coopération.

Méthode

Nous avons mené une étude descriptive, observationnelle, prospective et multicentrique. La population cible était l'ensemble de l'effectif médical du GHT Limousin et la population source les médecins thésés ou avec un DES validé exerçant au sein d'au moins un établissement du GHT. Un questionnaire anonyme a été envoyé par mail via les services d'affaires médicales.

Résultats

Les médecins hospitaliers (98,4 %) et les médecins urgentistes (95,0 %) se déclarent plutôt satisfaits de leurs relations avec les médecins généralistes. Néanmoins, ils pointent la nécessité d'améliorer le contenu des courriers d'adressage. Ils restent ouverts à la création de dispositifs pour impliquer davantage les médecins traitants au cours de l'hospitalisation.

Conclusion

Au sein du GHT Limousin, les médecins hospitaliers semblent entretenir de bonnes relations avec leurs confrères libéraux du territoire. Cependant, l'ouverture de discussions permettrait de créer des outils pour les perfectionner.

Mots-clés : communication ville-hôpital, relations ville-hôpital, continuité des soins

Overview of hospital and private practitioners' relations: hospital practitioners' point of view within the Limousin territorial hospital group (GHT)

Context

Relations between private and hospital practitioners are capital to ensure continuity of care. The current and future medical population decline, and the fatigue of healthcare workers made worse by the sanitary crisis strengthen the need for cooperation.

Method

A descriptive, observational, prospective and multicentred study was conducted. The target included population was the whole medical staff of the Limousin GHT and the population reservoir was the MDs or attending physicians working in at least one of the GHT hospital structures. An anonymous questionnaire was emailed by the medical affairs department.

Results

Hospital practitioners (98,4%) and emergency doctors (95,0%) report being satisfied with their relations with general practitioners. However, they would like the content of referral letters to be improved. Besides, they stay open to creating means to promote general practitioner's involvement during hospitalization.

Conclusion

Within the Limousin GHT, hospital practitioners maintain good relations with their colleagues in the community. Nevertheless, further discussion would allow the creation of improved communication tools.

Keywords : community hospital communication, community hospital relations, continuity of care

