

**U.F.R. DES SCIENCES DE SANTE
CIRCONSCRIPTION MEDECINE**

ANNEE 2016

N°

**LA COMMUNICATION VILLE-HOPITAL EN 2016 :
CONSTAT ET PISTES D'AMELIORATION**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 27 septembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Bertrand SIGNOL

Né le 06 juin 1986

A LE CREUSOT (71)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

**U.F.R. DES SCIENCES DE SANTE
CIRCONSCRIPTION MEDECINE**

ANNEE 2016

N°

**LA COMMUNICATION VILLE-HOPITAL EN 2016 :
CONSTAT ET PISTES D'AMELIORATION**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 27 septembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Bertrand SIGNOL

Né le 06 juin 1986

A LE CREUSOT (71)

Année Universitaire 2016-2017
au 1^{er} Septembre 2016

Doyen :	M. Frédéric HUET
1 ^{er} Assesseur :	M. Yves ARTUR
Assesseurs :	Mme Laurence DUVILLARD
	M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
	M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

		Discipline
M. Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M. Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M. Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M. Yannick	BEJOT	Neurologie
M. Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M. Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M. Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M. Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M. Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M. Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M. Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M. Alain	BRON	Ophtalmologie
M. Laurent	BRONDEL	Physiologie
M. François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. Patrick	CALLIER	Génétique
M. Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M. Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M. Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M. Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M. Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M. Luc	CORMIER	Urologie
M. Yves	COTTIN	Cardiologie
M. Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M. Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M. Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M. Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M. Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M. François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M. Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M. Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M. Frédéric	HUET	Pédiatrie
M. Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M. Bruno **MANGOLA** Urgences (du 01/05/2016 au 14/11/2016)

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M. Roger **BRENOT** (surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M. Philippe **CAMUS** (surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme Monique **DUMAS-MARION** (surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M. Maurice **GIROUD** (surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M. Frédéric **MICHEL** (surnombre du 20/10/2015 au 31/08/2016)
M. Pierre **TROUILLOUD** (surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale (Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne (Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES

PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

PRESIDENT :

Monsieur le Professeur Patrick MANCKOUNDIA (service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique, pôle Personnes Agées – C.H.U. de DIJON)

MEMBRES :

Monsieur le Professeur Bernard BONNOTTE (service de Médecine Interne 1 – C.H.U. de DIJON)

Monsieur le Professeur François GHIRINGHELLI (service d'Oncologie Médicale – Centre Georges François Leclerc de DIJON)

Madame le Docteur Marie-Hélène RAPILLIARD (Médecine Générale – Dijon), directrice de thèse

Monsieur le Docteur Olivier MAIZIERES (Médecine Générale – Dijon)

REMERCIEMENTS

Au Président du jury,

A Monsieur le Professeur Patrick MANCKOUNDIA,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et vos conseils avisés.

Soyez assuré de ma profonde estime et de ma haute considération.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Bernard BONNOTTE,

Vous m'avez fait l'honneur de siéger à ce jury. Merci pour votre implication dans l'enseignement postuniversitaire et notamment la formation des médecins généralistes.

Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François GHIRINGHELLI,

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail. Merci pour la pédagogie dont vous faites preuve auprès des étudiants de médecine.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma très respectueuse gratitude.

A Madame le Docteur Marie-Hélène RAPILLIARD,

Merci Marie-Hélène de m'avoir soumis ce sujet de thèse et de m'avoir aidé dans ce projet. Merci pour la confiance que tu m'as témoigné tout au long de mon travail. Enfin, merci pour tout ce que tu m'as appris sur la pratique de la médecine générale.

Que ce travail soit le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Olivier MAIZIERES,

Merci Olivier de m'avoir fait découvrir la médecine générale. Merci pour la confiance que tu as su m'accorder durant ces premières années de remplacement.

Je te prie de croire en l'assurance de mon amitié.

A tous ceux qui ont participé à cette étude,

A Monsieur le Docteur Eric HENRY, Président du Syndicat des Médecins Libéraux,
Merci pour votre aide inestimable et votre disponibilité. Merci pour votre soutien indéfectible tout au long de cette étude.

Veillez trouver ici la marque de ma profonde gratitude.

Aux URPS ayant accepté de diffuser cette étude : Bourgogne-Franche Comté, Corse, Océan Indien,

Merci pour votre soutien.

Aux médecins ayant répondu à ce questionnaire,

Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps, que je sais précieux. Grâce à vous cette étude a pu voir le jour.

A mes maîtres de stage,

Aux Docteurs Christophe BOISSELIER, Philippe BONNOT, Philippe CABOURDIN et Stéphane PEPE,

Merci pour votre enseignement et vos conseils avisés. Merci de m'avoir transmis votre passion pour la médecine générale.

A mes proches,

A Floriane,

Merci pour ces trois merveilleuses années passées ensemble. Tu m'as déjà tellement apporté que mille mercis ne suffiraient pas. Alors, tout simplement, merci d'être à mes côtés. Je suis tellement heureux de pouvoir poursuivre ma vie avec toi.

A ma famille,

Merci de m'avoir toujours soutenu, même dans les moments de doutes. Merci de m'avoir encouragé, quels que soient mes choix. Merci pour l'éducation et les valeurs que vous avez su m'inculquer et sans lesquelles je ne serais pas ici aujourd'hui.

A Jean-Baptiste,

Merci pour ton indéfectible amitié qui a su résister au temps et à l'éloignement.

A Amrane et Mathieu, mes partenaires de révisions,

Grâce auxquels, les après-midis passés à la BU étaient « un peu » moins fastidieux.

A Olivier,

Merci pour ce mémorable premier semestre d'internat, en pédiatrie. Merci pour tous ces petits moments délicieusement vulgaires passés autour d'un verre.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	13
LISTE DES ABREVIATIONS	15
1- INTRODUCTION	16
2- MATERIELS ET METHODES	18
2.1- TYPE D'ETUDE	18
2.2- POPULATION ETUDIEE	18
2.3- CRITERES D'INCLUSION	18
2.4- CRITERES DE NON INCLUSION	18
2.5- OBJECTIFS	18
2.6- CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE	19
2.7- AUTORISATION DE LA COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES	20
2.8- ANALYSES STATISTIQUES	20
3- RESULTATS.....	22
3.1- PROFIL DE L'ECHANTILLON	22
3.2- CORRESPONDANCE VILLE-HOPITAL.....	23
3.3- REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE	24
3.4- SEANCES HOSPITALIERES DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU.....	25
3.5- EXERCICE HOSPITALIER A TEMPS PARTIEL.....	26
4- DISCUSSION	30
4.1- RESULTAT PRINCIPAL	30
4.2- COMMUNICATION VILLE-HOPITAL	30
4.3- REUNIONS DE CONCERTATIONS PLURIDISCIPLINAIRE	31
4.4- DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU	32
4.5- EXERCICE HOSPITALIER	33
4.6- LIMITES	35
4.7- PROSPECTIVES	36
5- CONCLUSION.....	38
6- BIBLIOGRAPHIE	39
7- ANNEXES.....	44
7.1- ANNEXE 1 : Le questionnaire.....	44
7.2- ANNEXE 2 : Le courriel de présentation adressé aux médecins	51

LISTE DES ABREVIATIONS

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRH : Compte-rendu d'Hospitalisation

DES : Diplôme d'Etude Supérieur

DROM-COM : Départements et Régions d'Outre-mer - Collectivités d'Outre-mer

DPC : Développement Professionnel Continu

FMC : Formation Médicale Continue

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

JORF : Journal Officiel de la République Française

MG : Médecin généraliste

MS : Médecin spécialiste d'organe

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCP : Réunion de concertation Pluridisciplinaire

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

URL : Uniform Resource Locator

URPS-ML : Union Régional des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux

1- INTRODUCTION

La coopération entre les praticiens hospitaliers et les praticiens libéraux est un problème sans cesse dénoncé dans les pays développés (1–4). Les nombreuses difficultés de communication sont très largement pointées du doigt par les médecins libéraux : des informations incomplètes (1,5) et/ou transmises tardivement par les hôpitaux (6–8), des échanges souvent unilatéraux (7–10) avec des interlocuteurs multiples et peu disponibles (1,5,10). A tel point que la plupart d'entre eux se sentent exclus de la prise en charge de leurs propres patients hospitalisés (4).

La sectorisation de la médecine et la pauvreté des relations entre les praticiens ont des conséquences néfastes pour les patients (11). Un rapport publié en 2008 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique que 70% des erreurs thérapeutiques seraient causées par un défaut de communication entre les professionnels de la santé (12). A celles-ci, nous pouvons ajouter les examens complémentaires redondants (13) ou à l'inverse, des explorations non poursuivies à la sortie de l'hôpital, faute de transmissions (14). Au total, les autorités américaines estiment que cette communication insuffisante coûterait aux hôpitaux douze milliards de dollars par an (15).

Enfin, les patients eux-mêmes sont sensibles aux rapports qu'entretiennent les médecins hospitaliers avec leur médecin traitant. A leurs yeux, cette coopération est aussi importante que leur propre relation avec les praticiens (16,17).

Alors que le compte-rendu d'hospitalisation (CRH) constitue le principal mode de partage d'informations entre la ville et l'hôpital, 61% des médecins pensent qu'une discussion directe (téléphonique, par exemple) permettrait d'assurer une meilleure continuité des soins pour les patients quittant l'hôpital (18). Ils regrettent le peu d'opportunités de rencontrer en personne leurs confrères (4). Selon eux, ces face-à-face faciliteraient les échanges ultérieurs et briseraient les barrières de l'anonymat, notamment lors des communications téléphoniques ou par messagerie électronique. Certains experts américains affirment que les rencontres physiques entre praticiens sont un point clé de l'amélioration de la communication (19).

Après une revue de la littérature, nous retenons trois moyens pouvant faciliter ces rencontres et qui semblent s'accorder avec la politique actuelle de santé en France.

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) sont citées comme un exemple de moyen efficace pour renforcer les liens et la communication entre professionnels de différentes spécialités (20,21). Mais elles demeurent, en général, l'apanage des médecins hospitaliers. Les autorités internationales reconnaissent que l'absence des médecins de soins primaires lors des RCP constitue un problème auquel il faut remédier (22).

En 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST) a introduit le « Développement Professionnel Continu » (DPC) (23). Effectif depuis janvier 2013 (24), il remplace

la Formation Médicale Continue (FMC) imposée par l'article 11 du code de déontologie médicale (25).

Les séances présentiellees intégrées dans le DPC apparaissent pour les médecins généralistes (MG) comme la première source de contacts professionnels (26–28) ainsi qu'un bon moyen pour échanger avec leurs confrères hospitaliers (7, 29-31).

Enfin, pour renforcer le lien ville-hôpital et combler la pénurie de praticiens hospitaliers (32,33) les autorités gouvernementales tentent, par la réforme de la loi HPST, de décroisonner les hôpitaux. Pour cela, il est proposé aux médecins libéraux des conditions d'exercice élargies et plus avantageuses au sein des établissements de soins(34). Ces mesures suivent la position du Conseil National de l'Ordre des Médecins (35).

Aucune donnée actuelle ne permet d'apprécier l'évolution de la qualité de la communication entre médecins hospitaliers et libéraux à l'échelle nationale. En effet, seules quelques enquêtes locales ou départementales ont été menées sur ce sujet depuis l'application de la loi HPST.

Pour combler cette lacune, nous avons décidé, tout d'abord, de dresser un état des lieux actualisé des problèmes de communication. La première partie de notre étude consiste à recueillir l'avis des praticiens libéraux français sur les points de discorde récurrents énoncés dans la littérature, quelle que soit leur spécialité.

Dans un second temps nous avons cherché à apporter des solutions à ce vaste problème en nous basant sur l'importance des contacts physiques malheureusement dépréciés à l'ère du numérique. Nous nous proposons d'interroger les médecins libéraux sur leur participation aux RCP, leur présence aux formations hospitalières du DPC ou la pratique d'un exercice hospitalier complémentaire.

L'objectif principal de notre étude est donc d'observer l'évolution de la qualité de la communication ville-hôpital et de proposer des leviers pour l'améliorer. Nous nous sommes aussi fixés deux objectifs secondaires. Le premier est de révéler des divergences entre les attentes des MG et celles des médecins spécialistes d'organe (MS). Le second est de rechercher une éventuelle corrélation entre l'opportunité des praticiens libéraux à côtoyer leurs confrères hospitaliers et la qualité de la communication avec ceux-ci.

2- MATERIELS ET METHODES

2.1- TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive observationnelle transversale réalisée à l'échelle nationale sur la période de janvier 2016 à février 2016 auprès des praticiens libéraux.

2.2- POPULATION ETUDIEE

La population ciblée était l'ensemble des praticiens libéraux exerçant en France (Métropole et Départements et Régions d'Outre-mer – Collectivité d'Outre-mer (DROM-COM) compris).

2.3- CRITERES D'INCLUSION

Ont été considérés tous les praticiens libéraux en cours d'activité exerçant une spécialité médicale en France et ayant fourni leur adresse e-mail au Syndicat des Médecins Libéraux (SML) et/ou à l'une des 26 Unions Régionales des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux (URPS-ML).

2.4- CRITERES DE NON INCLUSION

Les deux critères de non inclusion étaient le refus de recevoir des courriels de la part du SML ou de l'URPS-ML et la pratique d'une activité hospitalière exclusive.

2.5- OBJECTIFS

Critère de jugement principal

Notre objectif principal était de décrire la qualité de la communication entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux en 2016 et d'étudier l'intérêt de trois propositions, afin de renforcer le lien ville-hôpital que sont la participation aux RCP et/ou aux séances hospitalières du DPC ainsi que l'exercice hospitalier à temps partiel.

Critères de jugement secondaires

Le premier objectif secondaire était de comparer les points de vue et les pratiques des MG et des MS afin de révéler certaines divergences.

Le deuxième objectif secondaire était de déterminer une corrélation entre l'opportunité des praticiens libéraux à côtoyer leurs confrères hospitaliers et leur satisfaction de la communication avec ceux-ci.

2.6- CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

Choix du sujet

Le sujet a été évoqué pour la première fois avec le Dr M.-H. RAPILLIARD au mois d'octobre 2015. Le projet d'une thèse faisait écho à une requête du SML qui s'intéressait aux moyens d'amélioration des rapports entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers. Il a donc été convenu avec le Dr M.-H. RAPILLIARD au mois de novembre 2015 de réaliser une enquête sur ce thème auprès des professionnels médicaux libéraux à l'échelle nationale. Cependant, ce sondage ne devait pas se contenter de recueillir leur opinion sur la relation avec leurs confrères hospitaliers mais explorer aussi d'éventuelles solutions. Plusieurs voies afin d'améliorer la communication ville-hôpital ont été envisagées. Tout d'abord les solutions technologiques, c'est-à-dire les moyens indirects, parmi lesquelles figuraient la messagerie électronique sécurisée, les portails web d'accès aux dossiers hospitaliers, le dossier médical personnel, etc. D'autre part, nous avons considéré les moyens directs afin de promouvoir les contacts et les échanges confraternels. Ils regroupaient les RCP, les séances présentiels hospitalières du DPC et l'exercice hospitalier.

Afin de ne pas surcharger le questionnaire et de préciser l'objectif de l'enquête, nous avons choisi de nous limiter aux solutions relationnelles immédiates actuellement délaissées au profit des nouvelles technologies.

Le questionnaire a été proposé en pré-test à cinq médecins qui n'ont soulevé aucun point perfectible.

Une version définitive du questionnaire a été soumise pour une relecture au Dr E. HENRY, président du SML et fut acceptée le 13 janvier 2016.

Rédaction

J'ai rédigé le questionnaire avec l'aide du Docteur M.-H. RAPILLIARD. Il a été divisé en quatre parties.

La première résumait le profil de chaque médecin répondeur grâce à cinq questions à choix unique : la spécialité, le sexe, le mode d'exercice, le temps d'installation et le mode d'exercice.

La deuxième partie s'intéressait aux échanges entre médecins hospitaliers et médecins libéraux. Elle avait pour objectif de dresser un bref état des lieux de la situation en 2016 à travers neuf questions à choix unique ou à choix multiples.

La troisième partie intégrait le thème central de l'étude. Dans celle-ci, nous soumettions aux médecins interrogés des pistes d'amélioration du lien ville-hôpital. Il comprenait vingt-et-une questions réparties en trois thèmes : les RCP, le DPC à l'hôpital et l'exercice hospitalier. Pour chacune de ces trois propositions, nous voulions établir un bilan des pratiques actuelles puis recueillir l'opinion des médecins libéraux par le biais de questions à choix unique. Un commentaire libre à la fin de chaque paragraphe était autorisé afin de justifier les réponses.

A l'issu de cette troisième partie, les médecins sondés étaient invités à exprimer d'autres solutions pour faciliter la relation entre les professionnels libéraux et hospitaliers.

Enfin, le dernier item du questionnaire permettait d'apprécier la satisfaction globale de chaque participant dans sa relation avec les praticiens hospitaliers selon une échelle qualitative ordinale.

Afin de s'assurer de l'exhaustivité des questionnaires remplis, seules les questions rédactionnelles étaient facultatives. Le formulaire ne pouvait pas être renvoyé si des réponses étaient manquantes.

Modalités d'envoi

Le questionnaire a été envoyé le 13 janvier 2016 par le SML par courriel à tous les praticiens libéraux adhérents. Il fut à nouveau diffusé via la newsletter du SML du 29 janvier 2016. Un courriel de relance a été ultérieurement envoyé le 11 février 2016.

Le questionnaire fut également soumis aux différentes URPS-ML le 18 janvier 2016. Sur les 26 jointes, seules 3 ont pu le diffuser dans les délais impartis : les URPS-ML de Corse, de Bourgogne-Franche Compté et de l'Océan Indien. Le recueil des questionnaires fut clos le 02 mars 2016.

N'ayant pas un accès direct aux répertoires électroniques du SML et des URPS-ML, il est possible que certains médecins adhérents aux deux organismes aient été doublement sollicités. Le nombre de destinataires ayant reçu le questionnaire ne nous a pas été communiqué.

Chaque courriel adressé aux médecins libéraux concernés incluait le questionnaire dans son intégralité ainsi qu'un lien URL donnant accès à la page internet de celui-ci en cas de difficulté à le remplir directement.

2.7- AUTORISATION DE LA COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES

Il s'agissait d'un questionnaire rempli anonymement sur une page internet, ouverte à tous les médecins ayant été invités à participer à l'étude. Aucun moyen n'était disponible pour relier les questionnaires à leur auteur. Les données recueillies n'étaient accessibles qu'aux deux investigateurs de l'étude. En accord avec l'article 2 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et modifié par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004 - art. 1 JORF 7 août 2004, aucune déclaration à la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL) n'était nécessaire.

2.8- ANALYSES STATISTIQUES

Le formulaire a été généré en ligne par Google Forms (https://www.google.com/intl/fr_fr/forms/about/). Les réponses étaient directement centralisées et organisées par Google Forms. Elles étaient accessibles par un lien sécurisé.

A l'issu du recueil, l'ensemble des réponses a été converti en fichier .xlsx (Microsoft Excel®) afin de permettre le traitement des réponses.

Etude descriptive

Le calcul des effectifs (n) et des pourcentages (%) a été réalisé à l'aide du logiciel Excel®.

Etude analytique

Afin de répondre à notre premier objectif secondaire, nous avons émis l'hypothèse H0 que les pratiques et les attentes des MG étaient comparables à celles des MS.

Ainsi, les profils des deux groupes de médecins, leurs pratiques et leur opinion étaient systématiquement comparés en analyse bi-variée.

L'hypothèse à rejeter H0 de notre second objectif secondaire était que la pratique et le profil des médecins libéraux n'influençaient pas la qualité de la relation avec leurs confrères hospitaliers. Le critère de jugement était la satisfaction exprimée par les médecins libéraux.

Tout d'abord, en utilisant une analyse bi-variée, nous avons comparé le niveau de satisfaction des médecins participant aux RCP ou aux formations hospitalières ou exerçant à l'hôpital à celle des médecins qui ne le faisaient pas. Les autres variables explicatives explorées étaient les caractéristiques du profil du médecin : la durée d'installation, le sexe, le mode d'exercice et le nombre de contacts privilégiés à l'hôpital. Puis, dans un deuxième temps nous avons réalisé une analyse multi-variée par régression logistique. Nous avons conservé la satisfaction de la relation avec les praticiens hospitaliers comme variable à expliquer. Les variables explicatives étaient les mêmes que celles retenues en analyse bi-variée.

La comparaison des variables qualitatives pour la recherche d'une liaison statistique a été effectuée par le test du Khi2 d'indépendance si les effectifs le permettaient. Pour les effectifs inférieurs à 5, le test de Fischer était appliqué. Un risque de première espèce α égal à 0,05 était maintenu pour l'ensemble des analyses bi-variées et multi-variées.

Les analyses bi-variées ont été réalisées grâce à l'outil BiostaTGV qui utilise le logiciel R d'EpilInfo. Il est disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>.

Les analyses multi-variées (régression logistique) ont été effectuées à l'aide du logiciel Xlstat pour Excel®.

3- RESULTATS

3.1- PROFIL DE L'ECHANTILLON

Au total, 247 médecins libéraux ont répondu au questionnaire. Trois médecins anesthésistes-réanimateurs ont été exclus de l'analyse car ils avaient une pratique exclusivement hospitalière. La population étudiée était composée de 174 MG (71,3%) et 70 MS (28,7%). Les quatre-vingt douze femmes répondeuses (37,7%) étaient également représentées dans les deux groupes (40,2% des MG vs 31,4% des MS ; $p = 0.199$). Les MS libéraux se distinguaient des MS par un mode d'exercice essentiellement urbain (82,9% vs 43,1% ; $p < 0,0001$) et une durée d'installation plus élevée (70% installés depuis au moins 20 ans vs 50% pour les MG ; $p = 0,0044$). Le tableau 1 rapporte l'ensemble de ces caractéristiques, tandis que le tableau 2 montre la répartition des MS par spécialités.

Tableau 1- Caractéristiques des médecins répondants.

Paramètres		Médecins			p
		Total n (%)	MG n (%)	MS n (%)	
<u>Sexe</u>	Femme	92 (37,7)	70 (40,2)	22 (31,4)	0,199
	Homme	152 (62,3)	104 (59,8)	48 (68,6)	
<u>Mode d'exercice</u>	Rural	46 (18,9)	42 (24,1)	4 (5,7)	0,0005*
	Semi-rural	65 (26,6)	57 (32,8)	8 (11,4)	0,0007*
	Urbain	133 (54,5)	75 (43,1)	58 (82,9)	< 0,0001*
<u>Durée d'installation (ans)</u>	≤ 5	19 (7,8)	17 (9,8)	2 (2,9)	0,110
	5 - 9	22 (9)	18 (10,3)	4 (5,7)	0,327
	10 - 19	65 (26,6)	50 (28,7)	15 (21,4)	0,243
	≥ 20	136 (55,3)	87 (50)	49 (70)	0,0044*
	Médecin remplaçant	2 (0,8)	2 (1,2)	0 (0)	1

n : effectifs ; MG : médecins généralistes ; MS : médecins spécialistes ; p : niveau de significativité ; (*) : Différence significative entre les résultats ($p < 0,05$).

Tableau 2- Représentation des médecins spécialistes répondants (hors omnipraticiens).

	Effectif n	Proportion (%)
Angiologie	7	(9,7)
Dermatologie	7	(9,7)
Gynécologie médicale	7	(9,7)
Radiologie	6	(8,2)
Ophtalmologie	5	(6,8)
Psychiatrie	5	(6,8)
Cardiologie	4	(5,5)
Neurologie	4	(5,5)
ORL	4	(5,5)
Endocrinologie-diabétologie	3	(4,1)
Hépatogastro-entérologie	3	(4,1)
Pédiatrie	3	(4,1)
Rhumatologie	3	(4,1)
Gynécologie obstétrique	2	(2,7)
Allergologie	1	(1,4)
Biologie médicale	1	(1,4)
Médecine physique et réadaptation	1	(1,4)
Oncologie – radiothérapie	1	(1,4)
Pneumologie	1	(1,4)

3.2- CORRESPONDANCE VILLE-HOPITAL

Les MS libéraux étaient significativement plus fréquemment tenus informés que leurs confrères MG (50% vs 21,8% ; $p < 0,0001$) pendant l'hospitalisation de leurs patients. Leur avis était aussi plus souvent requis que celui des MG (6,3% vs 15,7% ; $p = 0,0205$). A l'inverse, ils (MS libéraux) recevaient plus rarement (31,4% vs 17,8% ; $p = 0,0197$) et plus tardivement (33,3% vs 24,5% après un mois ; $p = 0,0467$) le CRH après la sortie d'hospitalisation des patients. Le tableau 3 rapporte les caractéristiques de la correspondance entre médecins libéraux et l'hôpital.

Tableau 3- Caractéristiques de la correspondance des médecins libéraux avec l'hôpital.

		Médecins			p
		Total n (%)	MG n (%)	MS n (%)	
<u>Information des médecins libéraux durant l'hospitalisation des patients</u>	Jamais	65 (26,6)	55 (31,6)	10 (14,3)	0,0056*
	Rarement	85 (34,8)	67 (38,5)	18 (25,7)	0,058
	Souvent	73 (29,9)	38 (21,8)	35 (50)	< 0,0001*
	Toujours	21 (8,6)	14 (8)	7 (10)	0,623
<u>Sollicitation pour un avis concernant un patient hospitalisé</u>	Jamais	76 (31,1)	55 (31,6)	21 (30)	0,806
	Rarement	145 (59,4)	108 (62,1)	37 (52,9)	0,185
	Souvent	22 (9)	11 (6,3)	11 (15,7)	0,0205*
	Toujours	1 (0,4)	0 (0)	1 (1,4)	0,287
<u>Réception du CRH à la sortie d'hospitalisation</u>	Jamais	15 (6,1)	10 (5,7)	5 (7,1)	0,681
	Rarement	53 (21,7)	31 (17,8)	22 (31,4)	0,0197*
	Souvent	121 (49,6)	87 (50)	34 (48,6)	0,840
	Toujours	55 (22,5)	46 (26,4)	9 (12,9)	0,0217*
<u>Délais de réception du CRH (jours)</u>	< 8	10 (4,4)	5 (3,1)	5 (7,6)	0,131
	8 à 15	62 (27,1)	50 (30,7)	12 (18,2)	0,0540
	15 à 30	101 (41,4)	74 (45,4)	27 (40,9)	0,535
	>30	56 (24,5)	34 (20,9)	22 (33,3)	0,0467*
<u>Facilité à recueillir un avis auprès des praticiens hospitaliers</u>	Très difficile	37 (15,2)	29 (16,7)	8 (11,4)	0,302
	Difficile	95 (38,9)	70 (40,2)	25 (35,7)	0,513
	Facile	93 (38,1)	71 (40,8)	32 (45,7)	0,482
	Très facile	9 (3,7)	4 (2,3)	5 (7,2)	0,124
<u>Nombre de contacts hospitaliers privilégiés</u>	Aucun	32 (13,1)	22 (12,6)	10 (14,3)	0,118
	< 5	120 (49,2)	86 (49,4)	34 (48,6)	0,904
	5 à 9	60 (24,6)	40 (23)	20 (28,6)	0,360
	≥ 10	32 (13,1)	26 (13)	6 (8,5)	0,182

n : effectifs ; MG : Médecins généralistes ; MS : Médecins spécialistes ; p : niveau de significativité ; CRH : compte-rendu d'hospitalisation ; (*) : différence significative entre les résultats ($p < 0,05$)

Pour communiquer des informations sur les patients hospitalisés, l'hôpital semblait privilégier le courrier postal (n = 145 soit 81%), devant le courriel (n = 52 soit 29,1%), la messagerie sécurisée (n = 33 soit 18,4%), le fax (n = 8 soit 4,5%) et le téléphone (n = 6 soit 3,4%). Plusieurs réponses à ces questions étaient autorisées. Le CRH était essentiellement délivré par courrier postal (n = 215 soit 93,9%), puis par messagerie sécurisée (n = 40 soit 17,5%), le patient lui-même (n=13 soit 5,7%), la télécopie (n = 8 soit 3,5%), par courriel (n = 7 soit 3,1%) et enfin le téléphone (n = 5 soit 2,2%). Afin d'obtenir l'avis d'un praticien hospitalier, les médecins libéraux répondants utilisaient plus souvent le téléphone (n = 219 soit 89,8%), puis le courriel (n = 55 soit 22,5%), le courrier postal (n = 30 soit 12,3%), la télécopie (n = 10 soit 4,1%) et la messagerie sécurisée (n=9 soit 3,7%).

3.3- REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Le taux de participation aux RCP des MS était significativement supérieur à celui des MG (24,3% vs 5,2% ; $p < 0,0001$). Treize médecins assistant aux RCP (50%) rapportaient n'y participer que rarement. Aucune différence significative n'a été relevée entre les MG et les MS concernant leur volonté de participer aux RCP (73,9% vs 75,9% ; $p = 0,769$). Les MG reprochaient surtout de ne pas y être invités (84,4% vs 52,8% ; $p = 0,0022$) tandis qu'une plus grande proportion de MS n'était pas intéressée (17% vs 5% ; $p = 0,0001$). Une majorité des médecins affirmait accepter de participer s'ils étaient rémunérés (54,2%) et si les horaires étaient plus adaptés à leur pratique (30%). Le tableau 4 rapporte l'opinion des médecins libéraux quant à leur participation aux RCP. Les questions argumentaires autorisaient plusieurs réponses.

Tableau 4- Opinion des médecins libéraux sur les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire hospitalières.

		Médecins			p
		Total n (%)	MG n (%)	MS n (%)	
<u>1- Participation aux RCP</u>	Oui	26 (10,7)	9 (5,2)	17 (24,3)	< 0,0001*
	Non	218 (89,3)	165 (94,8)	53 (75,7)	
<u>Si oui, à quelle fréquence ?</u>	Rarement	13 (50)	5 (55,6)	8 (47,1)	1
	Souvent	11 (42,3)	3 (33,3)	8 (47,1)	0,682
	Toujours	2 (7,7)	1 (11,1)	1 (5,8)	1
<u>Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles ; 217 commentaires)</u>	Manque de temps	70 (32,1)	52 (31,5)	18 (34)	0,448
	Non invité	168 (77,1)	140 (84,8)	28 (52,8)	0,0022*
	Non intéressé	14 (6,4)	5 (3)	9 (17)	0,0001*
	Eloignement	6 (2,8)	3 (1,8)	3 (5,7)	0,129
<u>2- Volonté de participer aux RCP</u>	Oui	159 (72,9)	119 (72,1)	40 (75,5)	0,633
	Non	55 (25,2)	42 (25,5)	13 (24,5)	
	NSP	4 (1,8)	4 (2,4)	0 (0)	
<u>Sous quelles conditions accepteriez-vous de participer ? (Plusieurs réponses possibles ; 120 commentaires)</u>	Aucune	16 (13,3)	9 (9,9)	7 (24,1)	0,0494*
	Rémunération/dédommagement financier	65 (54,2)	49 (53,8)	16 (55,2)	0,901
	Horaires adaptés à la pratique libérale	36 (30)	26 (28,6)	10 (34,5)	0,545
	Planification précoce	12 (10)	8 (8,8)	4 (13,8)	0,481
	Avis mieux considéré	13 (10,8)	10 (11)	3 (10,3)	1
	Vidéoconférence	10 (8,3)	8 (8,8)	2 (6,9)	1
	Formation spécifique	3 (2,5)	1 (1,1)	2 (6,9)	0,145
	Encadrement juridique	3 (2,5)	2 (2,2)	1 (3,4)	0,567
	Uniquement pour les cas complexes	4 (3,3)	4 (4,4)	0 (0)	0,571
<u>3-Les RCP comme lien entre la ville et l'hôpital</u>	Oui	181 (74,2)	121 (69,5)	60 (85,7)	0,0090*
	Non	61 (25)	51 (29,3)	10 (14,3)	
	NSP	2 (0,8)	2 (1,2)		
<u>Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles ; 114 commentaires)</u>	Contact relationnel direct	41 (36)	32 (38,1)	9 (30)	0,428
	Partage d'informations et d'expérience	26 (22,8)	18 (21,4)	8 (26,7)	0,557
	Coordination des soins améliorée	13 (11,4)	5 (6)	8 (26,7)	0,0022*
	Rôle des médecins libéraux mis en avant	13 (11,4)	11 (13,1)	2 (6,7)	0,509
	Convivialité	2 (1,8)	1 (1,2)	1 (3,3)	0,459
	Différences inconciliables entre hospitaliers et libéraux	11 (9,6)	9 (10,7)	2 (6,7)	0,725
	Echanges formels	6 (5,3)	5(6,0)	1 (3,3)	1
	Participation ponctuelle	1 (0,9)	1 (1,2)	0 (0)	1
	Perte de temps	2 (1,8)	2 (2,4)	0 (0)	1

n : effectifs ; MG : Médecins généralistes ; MS : Médecins spécialistes ; p : niveau de significativité ; RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire ; NSP : Ne se prononce pas ; (*) : différence significative entre les résultats ($p < 0,05$)

3.4- SEANCES HOSPITALIERES DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Le taux de participation parmi les MG était comparable à celui des MS (51,1% vs 58,6% ; p = 0,293). Les MG et les MS partageaient la même satisfaction vis-à-vis des DPC proposées par les hôpitaux (68,2% MG satisfaits vs 51,2% MS ; p = 0,0635). Le principal motif de non participation était l'absence de séances organisées par l'hôpital (45,6%). Le motif de satisfaction le plus souvent mis en avant était la qualité de formation de ces séances (36,2%). Le premier reproche était leur enseignement peu adapté à la médecine libérale (24,6%). Le tableau 5 rapporte l'opinion des médecins libéraux concernant les séances hospitalières du DPC. Les questions argumentaires autorisaient plusieurs réponses.

Tableau 5- Opinion des médecins libéraux sur les séances hospitalières du Développement Professionnel Continu.

		Médecins			p
		Total n (%)	MG n (%)	MS n (%)	
<u>1-Participez-vous à des séances de DPC organisées par un hôpital ?</u>	Oui	130 (53,3)	89 (51,1)	41 (58,6)	0,293
	Non	114 (46,7)	85 (48,9)	29 (41,4)	
<u>Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles ; 116 commentaires)</u>	Manque de temps / horaires incompatibles	21 (18,4)	17 (20)	4 (13,8)	0,584
	Pas de DPC organisées par l'hôpital	52 (45,6)	37 (43,5)	15 (51,7)	0,598
	Non intéressé	20 (17,5)	18 (21,2)	2 (6,9)	0,0956
	Non invité	26 (22,8)	17 (20)	9 (31)	0,221
	Non adaptées à la médecine libérale	4 (3,5)	3 (3,5)	1 (3,4)	1
	Eloignement	2 (1,8)	2 (2,4)	0 (0)	1
<u>Si oui, en êtes-vous satisfait ? (129 réponses)</u>	Très insatisfait	11 (8,5)	5 (5,7)	6 (14,6)	0,0900
	Peu satisfait	25 (19,4)	16 (18,2)	9 (22)	0,614
	Satisfait	81 (62,8)	60 (68,2)	21 (51,2)	0,0635
	Très satisfait	12 (9,3)	7 (8)	5 (12,2)	0,440
<u>Pourquoi en êtes-vous satisfait / insatisfait ? (Plusieurs réponses possibles ; 69 commentaires)</u>	Intéressantes / formatrices	25 (36,2)	17 (37,8)	8 (33,3)	0,715
	Echanges et les rencontres favorisés	17 (24,6)	12 (26,6)	5 (20,8)	0,592
	Découverte des services hospitaliers et leurs pratiques	2 (2,9)	2 (4,4)	0 (0)	0,540
	Horaires inadaptés	4 (5,8)	2 (4,4)	2 (8,3)	0,606
	Enseignements inadaptés à la médecine libérale	17 (24,6)	12 (26,7)	5 (20,8)	0,592
	Enseignements de mauvaise qualité	7 (10,1)	3 (6,7)	4 (16,7)	0,227
<u>2-Les DPC comme lien entre la ville et l'hôpital ?</u>	Oui	194 (79,5)	136 (78,2)	58 (82,9)	0,411
	Non	48 (19,7)	36 (20,7)	12 (17,1)	
	NSP	2 (0,8)	2 (1,1)	0 (0)	
<u>Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles ; 109 commentaires)</u>	Echanges entre médecins facilités	18 (16,5)	13 (16,5)	3 (16,7)	0,979
	Contact relationnel direct	47 (43,1)	37 (46,8)	10 (33,3)	0,549
	Meilleure connaissance des pratiques de référence	2 (1,8)	2 (2,5)	0 (0)	1
	Découverte des pratiques de chacun (libéral et hospitalier)	12 (11)	6 (7,6)	6 (20)	0,0252*
	Orientation des patients améliorée	3 (2,8)	2 (2,5)	1 (3,3)	1
	Pratiques libérales et hospitalières inconciliables	10 (9,2)	7 (8,9)	3 (10)	1
	Enseignement inadapté à la pratique libérale	11 (10,1)	8 (10,1)	3 (10)	1
	Manque d'interaction entre praticiens	6 (5,5)	4 (5,1)	2 (6,7)	0,666

n : effectifs ; MG : Médecins généralistes ; MS : Médecins spécialistes ; p : niveau de significativité ; DPC : Développement Professionnel Continu ; NSP : Ne se prononce pas ; (*) différence significative entre les résultats.

3.5- EXERCICE HOSPITALIER A TEMPS PARTIEL

Le taux de MS libéraux exerçant à temps partiel à l'hôpital était significativement supérieur à celui des MG (41,4% vs 16,1% ; $p < 0,0001$). Ils réalisaient principalement des vacations en tant que praticiens attachés (75% des MS vs 22,7% des MG ; $p = 0,0007$). Les MG privilégiaient les gardes aux urgences, en régulation ou dans les maisons médicales (36,4%). Les MS étaient significativement plus enclins que les MG à penser que l'exercice hospitalier renforcerait le lien ville-hôpital (80% vs 64,4% ; $p = 0,0118$). Les deux arguments privilégiés étaient l'amélioration des contacts relationnels directs (30,1%) et la facilitation des échanges professionnels (30,1%). Les MS libéraux étaient enfin plus favorables au développement de l'exercice hospitalier que leurs confrères MG (70% vs 52,3% ; $p = 0,0025$). 26,9% des médecins interrogés pensaient qu'ils pouvaient en tirer un bénéfice professionnel par mutualisation des pratiques. Les médecins répondeurs qui s'opposaient à cette proposition alléguaient principalement un manque de temps (20,7%) et des pratiques libérales et hospitalières inconciliables (14,6%). Le tableau 6 rapporte l'opinion des médecins libéraux concernant l'exercice hospitalier. Les questions argumentaires autorisaient plusieurs réponses.

Tableau 6- Opinion des médecins libéraux sur l'exercice hospitalier à temps partiel.

		Médecins			
		Total n (%)	MG n (%)	MS n (%)	p
<u>1-Exercice d'une activité hospitalière</u>	Oui	57 (23,4)	28 (16,1)	29 (41,4)	< 0,0001
	Non	187 (76,6)	146 (83,9)	41 (58,6)	
<u>Si oui, laquelle ? (42 réponses)</u>	Consultations	7 (16,7)	5 (22,7)	2 (10)	0,414
	Vacations / praticien attaché	20 (47,6)	5 (22,7)	15 (75)	0,0007*
	Gardes : urgences, régulation, maison médicale	9 (21,4)	8 (36,4)	1 (5)	0,0221*
	Administration	3 (7,1)	2 (9,1)	1 (5)	1
	Expertise	1 (2,4)	1 (4,5)	0 (0)	1
	Prévention	2 (4,8)	1 (4,5)	1 (5)	1
	Mi-temps	5 (11,1)	5 (26,3)	0 (0)	0,0095*
<u>A quelle fréquence ? (45 réponses)</u>	≥ 2 fois par semaine	15 (33,3)	7 (36,8)	8 (30,8)	0,670
	1 fois par semaine	17 (37,8)	3 (15,8)	14 (53,8)	0,0132*
	≥ 2 fois par mois	2 (4,4)	2 (10,5)	0 (0)	0,173
	1 fois par mois	4 (8,9)	1 (5,3)	3 (11,5)	0,627
	< 1 fois par mois	2 (4,4)	1 (5,3)	1 (3,8)	1
<u>2-L'exercice hospitalier des libéraux comme lien entre la ville et l'hôpital</u>	Oui	170 (69,7)	112 (64,4)	56 (80)	0,0118*
	Non	70 (28,7)	58 (33,3)	12 (20)	
	NSP	4 (1,6)	4 (2,3)	0 (0)	
<u>Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles ; 83 commentaires)</u>	Contact relationnel direct	25 (30,1)	14 (25)	11 (40,7)	0,143
	Echanges professionnels facilités	25 (30,1)	11 (19,7)	14 (51,9)	0,0027*
	Meilleure connaissance de l'hôpital et des services	8 (9,6)	5 (8,9)	3 (11,1)	0,711
	Ouverture de l'hôpital aux pratiques libérales	7 (8,4)	4 (7,1)	3 (11,1)	0,677
	Renforcement des compétences des médecins libéraux	5 (6)	2 (3,6)	3 (11,1)	0,323
	Rupture de l'isolement des libéraux	2 (2,4)	2 (3,6)	0 (0)	1
	Continuité des soins optimisée	5 (6)	2 (3,6)	3 (11,1)	0,323
	Absence de communication dans les hôpitaux	9 (10,8)	7 (12,5)	2 (7,4)	0,711
	Pratiques inconciliables	10 (12)	7 (12,5)	3 (11,1)	1
	<u>3-Développement de la pratique hospitalière pour</u>	Oui	140 (57,4)	91 (52,3)	49 (70)
Non		81 (33,2)	68 (39,1)	13 (18,6)	

les libéraux	NSP	23 (9,4)	15 (8,62)	8 (11,4)	
<u>Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles ; 82 commentaires)</u>	Bénéfice professionnel par mutualisation des pratiques	22 (26,9)	16 (26,7)	6 (27,3)	0,956
	Amélioration de la continuité des soins	6 (7,3)	4 (6,7)	2 (9,1)	0,657
	Diversification de l'activité et formation	10 (12,2)	8 (13,3)	2 (9,1)	0,722
	Bénéfices relationnels et confraternels	10 (12,2)	6 (10)	4 (18,2)	0,446
	Rupture de l'isolement des médecins libéraux	1 (1,2)	0 (0)	1 (4,5)	0,268
	Sécurité financière des médecins libéraux	1 (1,2)	1 (1,7)	0 (0)	1
	Négligence envers les patients de ville	6 (7,3)	6 (10)	0 (0)	0,185
	Pratiques libérales et hospitalières inconciliables	12 (14,6)	10 (16,7)	2 (9,1)	0,499
	Manque de temps	17 (20,7)	14 (23,3)	3 (13,6)	0,539
	Perte d'autonomie pour les médecins libéraux	2 (2,4)	2 (3,3)	0 (0)	1
	Conditions actuelles de rémunération défavorables	6 (7,3)	3 (5)	3 (13,6)	0,335
<u>Sous quelles conditions accepteriez-vous d'exercer à l'hôpital ? (Plusieurs réponses possibles ; 56 commentaires)</u>	<u>Rythme</u>				
	Mi-temps	2 (3,6)	1 (3,1)	1 (4,2)	1
	≥ 2 demi-journées par semaine	5 (8,9)	3 (9,4)	2 (8,3)	1
	1 demi-journée par semaine	11 (19,6)	6 (18,8)	5 (20,8)	0,846
	≥ 2 journées par semaine	4 (7,1)	2 (6,3)	2 (8,3)	1
	1 journée par semaine	14 (25)	4 (12,5)	10 (41,7)	0,0268*
	≥ 2 fois par mois	3 (5,4)	2 (6,3)	1 (4,2)	1
	1 fois par mois	7 (12,5)	4 (12,5)	3 (12,5)	1
	< 1 fois par mois	10 (17,9)	7 (21,9)	3 (12,5)	0,489
	<u>Conditions financières</u>				
	Vacations	8 (14,3)	5 (15,6)	3 (12,5)	0,429
	Consultations libérales	2 (3,6)	2 (6,3)	0 (0)	0,501
	Paiement à l'acte	3 (5,4)	1 (3,1)	2 (8,3)	0,571
	Dédommagement pour perte d'honoraires	1 (1,8)	0 (0)	1 (4,2)	0,429
	<u>Autres conditions</u>				
	Organisation du remplacement au cabinet	4 (7,1)	4 (12,5)	0 (0)	0,127

n : effectifs ; MG : Médecins généralistes ; MS : Médecins spécialistes ; p : niveau de significativité ; NSP : Ne se prononce pas ; (*) : différence significative entre les résultats (p < 0,05)

3.6- SATISFACTION DE LA COMMUNICATION DES MEDECINS LIBERAUX AVEC L'HOPITAL

Satisfaction globale

Au total, 61,5% des médecins libéraux étaient peu satisfaits voire très insatisfaits de la communication avec l'hôpital. Les MG étaient significativement plus mécontents que les MS (50% peu satisfaits vs 31,4% ; p = 0,0083). Le tableau 7 rapporte le niveau de satisfaction des médecins libéraux de la communication avec l'hôpital.

Tableau 7- Niveau de satisfaction des médecins libéraux de la communication avec l'hôpital.

		Médecins			
		Total n (%)	MG n (%)	MS n (%)	p
<u>Satisfaction globale de la communication avec l'hôpital</u>	Très insatisfait	41 (16,8)	29 (16,7)	12 (17,1)	0,928
	Peu satisfait	109 (44,7)	87 (50)	22 (31,4)	0,0083*
	Satisfait	85 (34,8)	55 (31,6)	30 (42,9)	0,0953
	Très satisfait	9 (3,7)	3 (1,7)	6 (8,6)	0,0183*

n : effectifs ; MG : Médecins généralistes ; MS : Médecins spécialistes ; p : niveau de significativité ; (*) : différence significative entre les résultats (p < 0,05)

Satisfaction globale des médecins libéraux : analyse bi-variée

Les médecins libéraux installés depuis 5 à 19 ans ou qui avaient moins de 5 contacts privilégiés à l'hôpital étaient les moins satisfaits (respectivement $p = 0,0245$ et $p = 0,0015$).

Concernant les trois propositions étudiées, à savoir les RCP, les séances hospitalières du DPC et l'exercice hospitalier, seule la pratique de cette dernière semblait être associée à une satisfaction plus importante des médecins libéraux ($p = 0,0124$). Le tableau 8 présente les caractéristiques des médecins libéraux pouvant influencer le niveau de satisfaction après analyse bi-variée.

Tableau 8- Analyse bi-variée de la satisfaction des médecins libéraux selon leur profil et leur pratique

		Médecins non satisfaits n (%)	Médecins satisfaits n (%)	p
<u>Spécialité</u>	Médecine générale	116 (66,7)	58 (33,3)	0,0086*
	Spécialité d'organe	34 (48,6)	36 (51,4)	
<u>Sexe</u>	Femme	60 (65,2)	32 (34,8)	0,350
	Homme	90 (59,2)	62 (40,8)	
<u>Durée d'installation (ans)</u>	≥ 20	75 (55,1)	61 (44,9)	0,0245*
	0 à 19	47 (72,3)	18 (27,7)	
	5 à 9	17 (77,3)	5 (22,7)	
	< 5	9 (47,3)	10 (52,7)	
	Médecin remplaçant	1 (50)	1 (50)	
<u>Mode d'exercice</u>	Rural	26 (56,5)	20 (43,5)	0,578
	Semi-rural	43 (66,2)	22 (33,8)	
	Urbain	81 (60,9)	52 (39,1)	
<u>Nombre de contacts hospitaliers privilégiés</u>	0	25 (78,1)	7 (21,9)	0,0015*
	< 5	82 (68,3)	38 (31,7)	
	5 à 9	30 (50)	30 (50)	
	≥ 10	13 (59,1)	19 (40,9)	
<u>Participation aux RCP</u>	Oui	12 (46,2)	14 (53,8)	0,0894
	Non	138 (63,3)	80 (36,7)	
<u>Participation aux séances hospitalières du DPC</u>	Oui	74 (56,9)	56 (43,1)	0,119
	Non	76 (66,7)	38 (33,3)	
<u>Exercice d'une activité hospitalière à temps partiel ?</u>	Oui	27 (47,4)	30 (52,6)	0,0124*
	Non	123 (65,8)	64 (34,2)	

n : effectifs ; p : niveau de significativité ; RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire ; DPC : Développement Professionnel Continu ; (*) : différence significative entre les résultats ($p < 0,05$)

Satisfaction globale des médecins libéraux : analyse multi-variée

Nous n'avons pas constaté de lien statistique significatif entre la satisfaction des médecins libéraux et les trois pratiques proposées.

L'appréciation des relations avec les praticiens hospitaliers variait significativement avec la durée d'installation des médecins libéraux et leur spécialité. Les MG (66,7% vs 48,6% ; $p = 0,028$) et les médecins installés depuis 10 à 19 ans ($p = 0,021$) étaient les plus mécontents. La satisfaction semblait aussi dépendre du nombre de contacts hospitaliers privilégiés des médecins. Ainsi, les médecins libéraux qui entretenaient plus de 5 contacts étaient significativement plus satisfaits ($p = 0,013$). Le tableau 9 présente les caractéristiques des médecins libéraux pouvant influencer le niveau de satisfaction après analyse multi-variée.

Tableau 9- Analyse multi-variée de la satisfaction des médecins libéraux selon leur profil et leur pratique.

		p (Khi ²)	Odds Ratios	Intervalle de confiance à 95%	
				Inférieur	Supérieur
<u>Spécialité</u>	Médecine générale	0			
	Spécialité d'organe	0,028*	2,233	1,092	4,564
<u>Sexe</u>	Femme	0			
	Homme	0,822	1,073	0,583	1,974
<u>Durée d'installation (ans)</u>	≥ 20	0			
	10 à 19	0,021*	0,435	0,215	0,882
	5 à 9	0,091	0,345	0,100	1,183
	< 5	0,460	1,510	0,505	4,513
	Médecin remplaçant	0,694	1,787	0,099	32,294
<u>Mode d'exercice</u>	Rural	0			
	Semi-rural	0,330	0,655	0,279	1,536
	Urbain	0,100	0,509	0,228	1,138
<u>Nombre de contacts hospitaliers privilégiés</u>	0	0			
	< 5	0,281	1,711	0,645	4,541
	5 à 9	0,013*	3,702	1,324	10,357
	≥ 10	0,005*	5,368	1,667	17,279
<u>Participation aux RCP</u>	Oui	0			
	Non	0,599	1,284	0,506	3,260
<u>Participation aux séances hospitalières du DPC</u>	Oui	0			
	Non	0,231	1,425	0,799	2,542
<u>Activité hospitalière à temps partiel</u>	Oui	0			
	Non	0,128	1,695	0,859	3,344

n : effectifs ; p : niveau de significativité ; RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire ; DPC : Développement Professionnel Continu ; (*) : différence significative entre les résultats (p < 0,05)

4- DISCUSSION

4.1- RESULTAT PRINCIPAL

Notre étude a permis de montrer qu'il persistait en 2016 des lacunes dans la communication entre la ville et l'hôpital. Quelle que soit leur spécialité, les médecins libéraux reprochaient toujours un manque d'échange de la part de leurs confrères hospitaliers. Ainsi, 61,5% affirmaient être peu satisfaits voire très insatisfaits de cette relation. Les MG se sont révélés significativement moins satisfaits que les MS.

Afin de remédier à ce problème, certaines situations pourraient renforcer le lien entre les praticiens hospitaliers et libéraux en favorisant les contacts directs. Notre enquête a établi qu'une très large majorité des médecins libéraux étaient favorables aux trois propositions suggérées : leur participation aux RCP, le déploiement des séances hospitalières du DPC et le développement de l'exercice hospitalier à temps partiel. Même si les MS semblaient davantage soutenir l'accès aux RCP et la généralisation de l'exercice hospitalier, la plupart des participants s'accordaient à dire qu'ils pouvaient renforcer le lien entre la ville et l'hôpital.

4.2- COMMUNICATION VILLE-HOPITAL

Notre enquête a révélé un taux important de médecins libéraux insatisfaits de leur relation avec les praticiens hospitaliers (61,5%). Elle confirme ainsi la tendance observée lors d'une étude menée entre 2013 et 2014 à l'échelle nationale. Il en ressortait que moins d'un tiers des médecins étaient satisfaits de la communication ville-hôpital, quelle que soit leur spécialité (37). Une seconde étude publiée en 2014 et réalisée en 2010 auprès de 327 MG du bassin grenoblois avait montré non seulement un taux d'insatisfaction similaire mais aussi une dégradation sensible de la relation des MG avec les praticiens hospitaliers au cours des dix dernières années (9).

Nous avons confirmé la persistance des lacunes sur les deux points les plus critiqués dans la littérature : la continuité des soins des patients hospitalisés et la disponibilité des praticiens hospitaliers. En 2006, 2/3 des MG interrogés dans le cadre d'une enquête conduite en Ile-de-France n'étaient pas prévenus de l'hospitalisation de leurs patients et 70% n'étaient jamais contactés au cours de celle-ci (38). Or, ce devoir d'information constitue une obligation légale à laquelle est soumis chaque établissement de soins(39). Dans ce même échantillon, seulement 6% considéraient que l'hôpital faisait appel à eux pour les prises de décision. En 2010, seulement 25,3% des MG étaient satisfaits du délai de réception du CRH (9). Selon une étude de 2014, 79,7% des MG recevaient le CRH plus d'une semaine après la sortie du patient et 26,8% plus d'un mois après (8) alors que le délai légal est de 8 jours maximum (40).

Ensuite, la difficulté à joindre les praticiens hospitaliers, tant pour avoir un avis informel que pour programmer une hospitalisation, a été régulièrement dénoncée (38). D'après notre sondage,

un peu plus de la moitié des médecins libéraux participant estimaient qu'il était toujours difficile voire très difficile de solliciter un confrère hospitalier, sans distinction entre les MG et les MS.

La similarité de nos résultats avec ceux des études antérieures a donc révélé l'absence de progrès réalisés dans la communication autour des patients hospitalisés au cours des dix dernières années.

Mais cette inertie toucherait également les moyens de communication. D'après nos résultats, le courrier postal était toujours le moyen de premier recours utilisé par l'hôpital pour transmettre des informations aux médecins de ville. Il devançait encore très largement les courriels et les messageries médicales sécurisées pourtant plébiscitées par les médecins libéraux depuis plusieurs années (31). Malgré leur large développement au sein des cabinets de ville, ces technologies demeurent délaissées par les établissements de santé.

Tous ces éléments révèlent que finalement, les médecins libéraux n'entretiennent que peu de contacts directs avec les hospitaliers. Ce constat avait déjà été mis en évidence en 2006, dans l'enquête menée en Île-de-France selon laquelle 88% des MG avaient moins de 10 interlocuteurs hospitaliers privilégiés (38). D'après notre étude, qui retrouvait un chiffre identique, cet isolement ne se limitait pas aux MG mais il s'étendait à l'ensemble des médecins libéraux, quelle que soit leur spécialité.

4.3- REUNIONS DE CONCERTATIONS PLURIDISCIPLINAIRE

Les RCP sont au centre de la coordination des soins interprofessionnels pour les patients atteints de cancer. Une circulaire de 2005 relative à l'organisation des soins en oncologie (41) et basée sur l'article 31 du premier plan cancer (42) contraint à « faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier ». En 2015, l'incidence des cancers en France, quelle que soit leur nature, est estimée à 385 000 cas soit, théoriquement, autant de RCP (43). Ces dernières s'avèreraient donc être un bon moyen de rencontre et d'échange entre praticiens. Elles furent déjà citées comme un exemple de moyen efficace pour renforcer les liens et la communication entre professionnels de différentes spécialité (20,21).

La participation du MG traitant à ces réunions fut abordée dès la mesure 33 du 1^{er} plan cancer publié en 2007 (42). Le professeur J.P Vernant a reconnu que les mesures suggérées lors du 2^e plan cancer pour renforcer l'implication du MG traitant dans la prise en charge, notamment la création de réseaux de soins furent « peu productives » (44). Il suggérait la participation du MG traitant à la consultation de fin de traitement et aux RCP. En 2015, des auteurs français estimaient que la participation des MG aux RCP demeurait un problème auquel il était urgent de remédier (22). Cette réflexion ne se limite pas au système de soins français. Une étude menée en 2011 au Royaume-Uni révélait que les aspects psycho-sociaux et les comorbidités des patients sont souvent négligés lors des prises de décisions (45) alors que ce sont des informations facilement accessibles au MG traitant.

Dans notre sondage, 5,2% des MG répondants et 24,3% des MS ont rapportés une participation aux RCP. Ces taux faibles s'expliquaient principalement par l'absence d'invitation adressée aux médecins libéraux. Le manque de temps et le désintérêt pour cette pratique se sont révélés largement minoritaires. Aucun point de comparaison n'est possible, faute d'enquête antérieure. Seule une étude menée en 2014 révélait que 13,3% des MG et 100% des MS libéraux avaient déjà participé à une RCP (37). Mais ces chiffres, nettement supérieurs aux nôtres ne distinguaient pas la participation actuelle d'une participation antérieure révolue ou lors du cursus universitaire. Par contre, la volonté des médecins généralistes à participer aux RCP était aussi importante que celle relevée lors de notre étude (76% vs 72,9%). Nous avons également noté que 75,5% des MS partageaient cet intérêt pour les RCP. Concernant l'utilisation des RCP comme moyen de renforcer le lien entre la ville et l'hôpital, les données recueillies dans les deux études concordaient (74,2% vs 71,2%). Les intérêts déclarés par les médecins libéraux étaient les mêmes : rencontrer leurs confrères hospitaliers, partager plus efficacement les informations et améliorer la coordination des soins. Ils ne différaient pas selon leur spécialité. Certains d'entre eux rappelaient cependant que le formalisme de ces réunions et le caractère occasionnel de leur participation gênerait le renforcement des relations.

Dans notre étude, les principales exigences avancées par les médecins libéraux pour participer aux RCP étaient, dans l'ordre, leur rémunération (forfaitaire, à l'acte ou un dédommagement pour perte d'activité), une adaptation des horaires à la pratique libérale et une planification précoce. Il est à souligner que plus de 13% d'entre eux n'exigeaient aucune contrepartie. Seulement 10% des médecins interrogés considéraient la vidéoconférence comme une alternative intéressante à leur présence aux RCP.

4.4- DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

En 2009, la loi « HPST » introduit le DPC(23). Effectif depuis janvier 2013 (24), il remplace la FMC définie par l'article 11 du code de déontologie médicale (25).

Depuis 2001, la participation aux formations médicales des médecins libéraux est en essor constant (46) et l'introduction du DPC ne semble pas modifier cette dynamique (47).

La moitié des médecins répondants (53,3%) ont rapporté participer à des séances présentielles du DPC organisées par un centre hospitalier ou en collaboration avec des praticiens hospitaliers et 72,3% d'entre eux en étaient satisfaits voire très satisfaits. Ces taux ne peuvent pas être confrontés à la littérature car aucune étude antérieure ne s'est intéressée à ce point précis du DPC ou de la FMC.

Selon une enquête de 2010, 40 à 70% des MG jugeaient important le bénéfice des séances présentielles quelles que soient les circonstances (Congrès, séminaires, soirées hospitalières,...) (48). Leur participation spécifique aux séances hospitalières ainsi que celle des MS libéraux n'étaient pas connues.

La principale raison pour laquelle les médecins libéraux ne participaient pas aux séances hospitalières était leur inexistence dans les centres hospitaliers (45,6%). Elle se détachait nettement des autres motifs que sont l'absence d'invitation des médecins libéraux (22,8%), le manque de temps ou des horaires inadaptés (18,4%) et le désintérêt pour cette pratique (17,5%). Le manque de temps ou le défaut d'organisation ne semblaient pas être des motifs spécifiquement liés à ce mode de formation. En effet, ils apparaissaient déjà en 2013 lors d'une étude centrée sur le DPC comme les deux obstacles principaux rencontrés par les médecins ne participant à aucune DPC (47). Les médecins libéraux satisfaits de ces formations mettaient en avant la qualité de la formation et la pertinence des thèmes abordés (36,2%) puis la possibilité de rencontres ou d'échanges avec leurs confrères (24,6%). Au contraire, les participants les moins satisfaits reprochaient l'inadéquation de l'enseignement avec la pratique de la médecine libérale (24,6%). Cet aspect parfois trop théorique et hospitalo-centré des formations est régulièrement critiqué dans la littérature et demeure la préoccupation majeure des médecins libéraux (29,48).

Les formations présentielles sont considérées par les MG comme le moyen d'apprentissage le plus important et le plus utile après l'autoformation (presse, internet, recommandations,...) et les groupes de pairs (48). L'implication des praticiens hospitaliers dans la formation continue des MG est importante et souvent plébiscitée (48).

D'après 79,5% des médecins libéraux répondants, la capacité des séances hospitalières du DPC à renforcer le lien entre la ville et l'hôpital ne fait aucun doute. L'argument principal était le contact relationnel direct (43,1%). Par ailleurs, 16,5% d'entre eux pensaient aussi qu'elles pouvaient faciliter les échanges professionnels entre confrères et 11% y voyaient un bon moyen de découvrir les pratiques hospitalières ou de faire connaître leur propre pratique libérale. Seulement 5,5% des médecins libéraux regrettaient le manque d'interactivité entre confrères. Ces arguments étaient les mêmes que ceux avancés dans certaines enquêtes antérieures. Les séances présentielles intégrées dans le DPC apparaissaient déjà en 2010 pour les MG comme la première source de contacts professionnels (26,27) ainsi qu'un bon moyen pour améliorer les échanges avec leurs confrères hospitaliers (29,31).

Malgré l'évolution des moyens de communication, les médecins semblent toujours attachés aux rencontres directes. C'est d'ailleurs ce que confirmait un sondage réalisé en 2015 auprès de 1900 médecins libéraux et pharmaciens par le Centre d'Etudes Sur les Supports de l'Information Médicale. D'après les résultats, les professionnels de la santé, et plus particulièrement les médecins, préféraient les formations présentielles, privilégiant les relations humaines (49). En 2014, une étude publiée en Australie révélait que les MG étaient encore très sensibles aux méthodes d'enseignement directes (50).

4.5- EXERCICE HOSPITALIER

Un peu moins d'un quart de l'échantillon exerçait une activité hospitalière. Ce taux est proche de celui de 20% fourni par l'Atlas de la démographie médicale de 2015(36). Les MS libéraux

étaient proportionnellement plus nombreux que les MG. Les modes d'activité différaient également. Tandis que les MG semblaient avoir des activités très variées (gardes, vacations dans les services hospitaliers, consultations, prévention, expertise,...) les MS avaient très majoritairement un statut de praticien attaché vacataire. La plupart des médecins libéraux travaillaient une à deux demi-journées par semaine à l'hôpital.

D'après les résultats de cette étude, 69,7% des médecins répondants étaient d'accord pour dire qu'un exercice hospitalier pourrait améliorer le lien entre la ville et l'hôpital. Cependant, les MS libéraux étaient plus enclins à le penser que leurs confrères MG. Les deux arguments prépondérants étaient la facilitation des relations personnelles directes et l'amélioration des échanges professionnels (60,2%). D'autres, moins nombreux, considéraient cette solution comme l'opportunité de mieux connaître les pratiques des services hospitaliers ou à l'inverse, de promouvoir le fonctionnement libéral au sein de l'hôpital. Enfin, deux MG estimaient que cette suggestion serait un bon moyen de rompre l'isolement des médecins libéraux. Les détracteurs, quant à eux soulignaient la sectorisation des centres hospitaliers et l'absence de communication entre praticiens. Enfin, 12% des médecins libéraux participant jugeaient l'exercice impossible car les pratiques libérales et hospitalières demeurent inconciliables.

Par ailleurs, 57,4% des médecins se disaient favorables au développement de cet exercice. Les MS étaient significativement plus enthousiastes que les MG. Ils alléguaient avant tout un bénéfice professionnel par la mutualisation des pratiques. Les autres attentes étaient une diversification de leur activité, une amélioration des relations entre médecins de ville et praticiens hospitaliers, une optimisation de la continuité des soins, une sécurité financière pour les libéraux et enfin une rupture de l'isolement. Les médecins qui s'opposaient à cette proposition redoutaient principalement une négligence de la patientèle de ville en aggravant le déficit des médecins libéraux et la perte de leur autonomie. Selon eux, le manque de temps et les conditions de rémunérations actuelles défavorables étaient deux obstacles supplémentaires à l'exercice hospitalier. Ces mêmes difficultés étaient déjà énoncées en 2013 (34).

Plusieurs médecins libéraux ont précisé que le décloisonnement de l'hôpital devait se faire dans les deux sens, en ouvrant des consultations en ville aux praticiens hospitaliers. Pour cela, les Maisons Médicales Pluridisciplinaires ont été citées en exemple. L'intérêt serait d'une part de sensibiliser les praticiens à la pratique libérale extrahospitalière et d'autre part de permettre l'exercice hospitalier des médecins libéraux sans pénaliser l'offre de soins en ambulatoire.

Une enquête menée en 2008 par URPS-ML de Rhône-Alpes avait révélé que les praticiens hospitaliers étaient très favorables à l'ouverture de l'hôpital public aux médecins libéraux, notamment aux MG (7). Plusieurs idées originales avaient même été énoncées comme la création d'un secteur de médecine générale dans le service d'accueil des urgences ou favoriser l'accès de ces derniers aux services hospitaliers de médecine polyvalente ou encore ouvrir un poste de médecine générale au sein de l'hôpital afin d'améliorer la continuité des soins en préparant la sortie et en favorisant les échanges avec les professionnels libéraux.

Lorsque nous avons interrogés les médecins sur les conditions d'exercice d'une éventuelle activité hospitalière, les MG optaient préférentiellement pour une demi-journée hebdomadaire contre une journée entière pour les MS. Les deux groupes semblaient privilégier les vacances. Par ailleurs, 4 MG souhaitaient que leur remplacement au cabinet soit organisé en contre partie.

Pour renforcer le lien ville-hôpital et combler la pénurie de praticiens hospitaliers (30,31) les autorités ont, par la loi HPST, proposé des conditions d'exercice hospitalier contractuel plus larges et plus avantageuses aux médecins libéraux (34). Dorénavant, ces derniers peuvent être « admis à participer à l'exercice des missions de service public » (51) ou bénéficier d'un contrat salarial de clinicien hospitalier « sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus » (52). Ces mesures vont dans le même sens que le rapport de 2010 du Dr LEGMANN, alors président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (35). Ce dernier préconisait une ouverture du milieu hospitalier aux médecins libéraux pour deux raisons. La première était l'amélioration de la coopération ville et hôpital. Il a été montré que les problèmes de communication entre médecins libéraux et médecins hospitaliers pouvaient être liés à une méconnaissance de l'environnement et du rôle de chacun(53). A cela, il ajoutait les avantages du salariat qui permettrait aux libéraux de bénéficier d'un complément de salaire et d'une meilleure protection sociale.

Enfin, les internes en médecine générale seraient de plus en plus intéressés par l'activité mixte voire salariale. En 2011, 56% d'entre eux l'envisageaient (54) et 60% en 2012 (55). Selon un rapport gouvernemental de 2012, cette volonté s'inscrit dans une « dynamique sécurisante d'échange sur ses pratiques avec d'autres professionnels de santé » (56). Elle se confirme en 2015 puisque 61,6% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins ont fait le choix d'exercer en tant que salariés (36).

4.6- LIMITES

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

Le questionnaire a été transmis exclusivement par courrier électronique. Ce choix de diffusion constitue le principal biais de sélection puisqu'il n'a été adressé qu'aux médecins libéraux ayant une adresse électronique et acceptant de recevoir des informations de la part des URPS-ML participantes ou du SML. De plus, on pouvait considérer que la majorité des médecins répondeurs étaient des médecins concernés par les difficultés de communication avec l'hôpital. Ce biais de sélection était la première cause du manque de précision de l'échantillon. En effet, le nombre insuffisant de réponses est regrettable. Afin d'obtenir des résultats avec une marge d'erreur de 5%, un échantillon d'au moins 384 médecins eût été nécessaire.

Le questionnaire n'a pu être envoyé aux médecins que par le truchement d'organismes officiels tels que le SML et les URPS-ML pour assurer l'anonymat des médecins adhérant à leur liste de diffusion. Par conséquent, nous n'avons eu aucun contrôle sur la manière dont le

questionnaire a été présenté et diffusé. Par ailleurs, une seule relance par le SML a été permise. Le faible nombre de réponses peut aussi s'expliquer par le manque d'adhésion des URPS-ML. Seules 3 parmi les 26 contactées avaient accepté de diffuser le questionnaire dans les délais autorisés.

Au final, le biais de sélection était toutefois limité car la population d'étude était représentative des médecins libéraux français. La répartition des médecins de notre échantillon selon leur genre, leur durée d'exercice et le rapport entre les MG et les MS étaient conformes aux données disponibles dans l'Atlas de la démographie médicale 2015 (36).

Des biais d'informations étaient également à envisager. Comme dans toute étude déclarative par auto-questionnaire, il existait un risque non négligeable d'informations fausses ou manquantes ou d'erreurs lors du remplissage. Pour minimiser ce risque, nous avons opté pour un questionnaire anonyme composé de questions obligatoires, empêchant le renvoi d'un formulaire incomplet. Le choix de privilégier les questions fermées afin de faciliter le traitement des données était aussi une source potentielle de biais d'informations en orientant les réponses des participants. Pour limiter ce biais, nous avons choisi des réponses ordinales, et nous avons permis des commentaires libres.

Nous avons également décidé d'ouvrir l'étude aux MS au risque d'introduire un autre biais d'information. Il nous est apparu important de recueillir l'opinion de tous les médecins libéraux, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, afin de savoir s'il existait des attentes divergentes selon les pratiques. Cependant, étant donné que les deux investigateurs de l'étude étaient des MG, il est possible que certaines questions n'aient pas été adaptées aux spécialistes. Cela ne nous a pas empêché de recevoir un certain succès auprès de ces derniers, rarement sollicités par ce genre d'étude.

Enfin, pour explorer plus profondément l'intérêt des trois solutions proposées nous avons complété l'étude descriptive uni-variée par une analyse statistique en appliquant un test d'indépendance. Nous avons voulu montrer une corrélation entre l'appréciation de la qualité de la relation des médecins libéraux avec les praticiens hospitaliers et leurs pratiques. Afin de nous affranchir autant que possible du biais de confusion engendré par cette analyse, nous avons eu recours à une analyse multi-variée. Cependant, étant donné le nombre insuffisant de réponses recueillies, nous avons été obligé de convertir certaines variables ordinales en variables binaires, diminuant un peu plus la puissance statistique.

4.7- PROSPECTIVES

Une large majorité des médecins libéraux semblent être d'accord avec les mesures proposées lors de cette enquête. Le décroisement de l'hôpital et le travail hospitalier des médecins libéraux est apparu comme le meilleur moyen d'améliorer la collaboration entre les deux pratiques. En effet, même si les MG semblaient un peu moins enthousiastes quant à son développement, seul l'exercice mixte était associé à une amélioration nette de la relation ville-hôpital. Dans cette

optique, de nombreux médecins suggéraient d'autres solutions telles que les visites rémunérées des patients hospitalisés ou leur participation aux réunions de dossier.

Alors que la politique gouvernementale actuelle tend à faciliter la mixité de l'exercice médical, les différences des statuts entre médecins libéraux et hospitaliers demeurent un obstacle majeur. La solution idéale, aussi coûteuse et utopique soit elle dans notre contexte socio-économique actuel, serait la création d'un statut unique afin de casser les clivages entre les pratiques médicales publiques et privées. Ce statut unique associerait un rapprochement du mode de rémunération (57,58), ainsi qu'une harmonisation de l'encadrement juridique de la responsabilité personnelle des praticiens (34,59), sans tenir compte du lieu d'exercice.

Cependant, les médecins ayant participé à notre étude espéraient dans un premier temps l'aide des nouvelles technologies. Ils voyaient en elles un moyen de facilitation et d'accélération des échanges avec l'hôpital. Parmi celles-ci, la messagerie sécurisée était la plus souvent citée, tant par les MG que par les MS. Dans une moindre mesure, certains ont évoqué les portails web ville-hôpital, mis en place sporadiquement dans certains établissements (60–62). Un seul médecin aborda le sujet de la télémédecine comme alternative aux rencontres physiques. Celle-ci souffre de forts a priori péjoratifs qui freinent son développement et reste donc peu évaluée (45). A défaut, plusieurs participants proposaient que soit tenu à leur disposition un annuaire de lignes téléphoniques directes afin de joindre plus rapidement leurs confrères ou l'ouverture de plateformes dédiées pour les avis spécialisés.

Enfin, pour promouvoir l'exercice libéral et préparer au mieux les futures générations, certains médecins de notre étude soulignaient l'importance d'étendre les stages ambulatoires à toutes les spécialités. Cette suggestion est en accord avec la volonté des internes de certaines spécialités médicales (64). Cependant, l'expérience du DES de médecine générale a récemment montré qu'un stage unique au cours de l'internat était trop tardif et n'incitait pas les jeunes médecins à exercer d'emblée dans un cabinet libéral (65).

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR M. BERTRAND SIGNAL

CONCLUSION

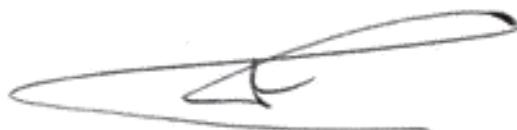
En 2016, 61.5% des médecins libéraux se disent encore insatisfaits de leur relation avec l'hôpital. Au cours des dix dernières années, les moyens de communication se sont considérablement perfectionnés. Cependant, les échanges entre les médecins et le partage des informations demeurent problématiques. Or, ces obstacles ont des répercussions néfastes directes dans la prise en charge des patients, notamment à leur sortie d'hospitalisation.

Cette étude a montré que les médecins de ville avaient peu l'occasion de rencontrer leurs collègues hospitaliers. A l'ère technologique, ils sont pourtant nombreux à accorder une grande importance aux rencontres confraternelles et voient toujours en elles un bon moyen pour renforcer les liens avec l'hôpital.

L'exercice hospitalier des médecins libéraux, même s'il ne fait pas l'unanimité, apparaît comme la meilleure solution pour renforcer leur collaboration avec les médecins hospitaliers. Il permettrait de pallier la pénurie de praticiens hospitaliers et de rompre l'isolement inhérent à la médecine de ville. Une large majorité des médecins libéraux sont d'accord pour participer à des activités hospitalières. Mais ils demeurent rebutés par des conditions de rémunérations salariales peu attractives et un emploi du temps contraignant qui ne favorisent pas la diversification de leur exercice.

Le Président du jury,

Pr Patrick MANCKOUNDIA



Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 22 Août 2016

Le Doyen



Pr. F. HUGOT

6- BIBLIOGRAPHIE

1. Kripalani S, LeFevre F. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297:831-41.
2. François P, Boussat B. Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *SantePublique*. 2014;26:189-97.
3. Hesselink G, Schoonhoven L. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *Int J Qual Health Care J IntSocQual Health Care ISQua*. 2013;25:66-74.
4. Jones CD, Vu MB, et al. A failure to communicate: a qualitative exploration of care coordination between hospitalists and primary care providers around patient hospitalizations. *J GenIntern Med*. 2015;30:417-24.
5. Hubert G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-Hôpital. Paris 13; 2006. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/machaons_2007_these_hubert.pdf
6. Gobert Q, Poussard N. Communication entre médecins traitants et réanimateurs : enquête d'évaluation d'une stratégie d'amélioration. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2014;33:447-8.
7. Gayrard P, Harzo C. Médecine ambulatoire, médecine hospitalière, quels liens construire? URML Rhône-ALpe; 2008. p. 11. Disponible sur: http://www.observatoire-social.org/ressources/OSL_URML_Medecine_ambulatoire_Medecine_hospitaliere_2008.pdf
8. Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. Bordeaux 2; 2014. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01080525/document>
9. Giraud M. Coopération ville-hôpital (le point de vue des médecins généralistes). Grenoble ; 2010.
10. Bell CM, Schnipper JL et al. Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes. *J Gen Intern Med*. 2009;24:381-6.
11. Arora VM, Prochaska ML et al. Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors: a mixed methods study. *J Hosp Med*. 2010;5:385-91.
12. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: WHO; 2008 p. 66. Disponiblesur: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf
13. Smith PC, Araya-Guerra R et al. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA*. 2005;293:565-71.
14. Moore C, Wisnivesky J. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient Setting. *J Gen Intern Med*. 2003;18:646-51.
15. Agarwal R, Sands DZ. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. *J HealthcManag Am CollHealthc Exec*. 2010;55:265-281-282.

16. Hruby M, Pantilat SZ. How do patients view the role of the primary care physician in inpatient care? *Dis Mon.* 2002;48:230-8.
17. McAlearney AS. Hospitalists and family physicians: understanding opportunities and risks. *J FamPract.* 2004;53:473-81.
18. Sheu L, Fung K. We need to talk: Primary care provider communication at discharge in the era of a shared electronic medical record. *J Hosp Med.* 2015;10:307-10.
19. Shannon D. Effective physician-to-physician communication. An essential ingredient for care coordination. *PhysicianExec J.* 2012; Disponible sur: <https://www.perfectserve.com/resources/docs/ACPE-PhysicianCommunication.pdf>
20. Ruhstaller T, Roe H. The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *Eur J Cancer.* 2006;42:2459-62.
21. Devitt B, Philip J. Team dynamics, decision making, and attitudes toward multidisciplinary cancer meetings: health professionals' perspectives. *J OncolPract.* 2010;6:e17-20.
22. Munro AJ. Multidisciplinary team meetings in cancer care: an idea whose time has gone? *Clin Oncol.* 2015;27:728-31.
23. Article 59. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7A25256363C18EF591C4133548A387C1.tpdila07v_1?idArticle=JORFARTI000020879577&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id
24. Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013. *JORF n°0052 du 2 mars 2013 page 3899.* Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2013/2/26/AFSH1305484A/jo>
25. Article 11 (décret n° 95-1000 de septembre 1995). Code de déontologie médicale. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=9A2A531D9F5FBD79616FC4E0A7EBB5C6.tpdila12v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006103061&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807
26. Sejourne E, Pare F. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Prat Organ Soins.* 2010;41:331-9.
27. Gall AL. Programmer les hospitalisations en médecine générale? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. *MED.* 2010;6:326-30.
28. Little P, Hayes S. Continuing professional development (CPD): GPs' perceptions of post-graduate education-approved (PGEA) meetings and personal professional development plans (PDPs). *FamPract.* 2003;20:192-8.
29. Kjaer NK, Halling A. General practitioners' preferences for future continuous professional development: evidence from a Danish discrete choice experiment. *Educ Prim Care Off PublAssoc Course Organ NatlAssoc GP Tutors World Organ Fam Dr.* 2015;26:4-10.
30. Vollmar HC, Rieger MA. General Practitioners' preferences and use of educational media: a German perspective. *BMC HealthServRes.* 2009;9:31.
31. Fabre L. Communication ville-hôpital: qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014. p. 33. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/683/>

32. Cours des Comptes. Rapport sur la Sécurité Sociale en 2014. Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire. 2014. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/content/download/73469/1911769/version/1/file/rapport_securite_sociale_2014_depenses_personnel_medical_non_medical_hopitaux.pdf
33. Véran O. Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérive du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public. 2013 p. 8-10. Disponible sur: <http://documentation.fhp.fr/documents/19791R.pdf>
34. Salameh J. Le statut des médecins libéraux dans les hôpitaux publics. [Marseille]: Ecole doctorale des sciences juridiques et politiques; 2013. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2013AIXM1045.pdf>
35. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2010 p. 19. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/conclusions-de-la-mission-legmann-definition-d-un-nouveau-modele-de-la-medecine-liberale-970>
36. Le Breton-Lerouillois G, Rault JF. Atlas national de la démographie médicale 2015. Situation au 1er janvier 2015. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
37. Guichard A, Bachevillier C. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie : Place du médecin généraliste traitant. Lyon Est; 2014. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m6xs5sqv>
38. Hubert G, Galinski M. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Med. 2009; 38:1404-1409. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/science/article/pii/S0755498209001961>
39. Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique. 2003-462 mai 21, 2003.
40. Article R1112-1. Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006908159&dateTexte=&categorieLien=cid>
41. Circulaire DHOS/SDO relative à l'organisation des soins en cancérologie. Bulletin Officiel 2005 n°3, 2005-101. 2005. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
42. République française. Le Plan cancer 2003-2007. Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
43. Institut National du Cancer. Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France. e-cancer. 2016. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
44. Vernant J.-P. Recommandations pour le 3e plan cancer. Rapport à la ministre des affaires sociales et de la santé et à la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2013. p. 108; 111. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations-pour-le-3e-plan-cancer.pdf>
45. Lamb BW, Sevdalis N. Development and evaluation of a checklist to support decision making in cancer multidisciplinary team meetings: MDT-QuIC. Ann SurgOncol. 2012;19:1759-65.

46. Inspection Générale des Affaires Sociales. Formation Médicale Continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. 2008. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000751.pdf>
47. Charieras A. Bilan de l'année 2013, 1re année de Développement Professionnel Continu en médecine générale: enquête observationnelle, par questionnaire, auprès de 614 médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne. Bordeaux; 2015. p. 53-4. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01178436/document>
48. Cordonnier P. La Formation Continue des médecins généralistes, à l'aube du Développement Professionnel Continu. Strasbourg; 2011. p. 85. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/these_pauline_cordonnier_FMC.pdf
49. Fédération Nationale de l'Information Médicale. Baromètre digital du Centre d'Etudes Sur les Supports de l'Information Médicale: les résultats 2015. lafnim.com. 2016. Disponible sur: <http://www.lafnim.com/fnim-rendez-vous.asp?id=56>
50. Yee M, Simpson-Young V. How do GPs want to learn in the digital era? Aust FamPhysician. 2014;43:399-402.
51. Article L6146-2. Code de la santé publique. Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 13. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691051&dateTexte=&categorieLien=cid>
52. Article L6152-1. Code de la santé publique. Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 19. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691118&dateTexte=&categorieLien=cid>
53. Solan Lauren G., Sherman Susan N. Communication Challenges: a qualitative look at the relationship between pediatric hospitalists and primary care providers. AcadPediatr. 2016 ;Disponiblesur: http://ac.els-cdn.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/S1876285916300456/1-s2.0-S1876285916300456-main.pdf?_tid=6769fe54-008a-11e6-bbe2-0000aacb35e&acdnat=1460450692_587c1932001dca85043d5593d8d88ccd
54. Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG). Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Lyon; 2011 p. 29-30. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422_isnar-img_enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_img_resultats_complets.pdf
55. Coudreuse Chicoux M. Influence du stage ambulatoire de niveau un sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble. Grenoble; 2012. p. 64. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00686929/document>
56. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. 2010. p. 183. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622.pdf>
57. Aubart F, Delmotte D. Exercice médical à l'hôpital. Un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus. CHG, DGOS; 2011. Disponible sur: http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_Final.pdf
58. Vallancien G, Aubart F. Quels modes de rémunération pour les chirurgiens? Situation actuelle et perspectives. Ministère de la Santé et des solidarités; 2008. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000179.pdf>
59. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

60. Centre Hospitalier d'Arras : Projet ville-hôpital. Mon hôpital numérique. Disponible sur: <http://www.monhopitalnumerique.fr/publication/197-partager-les-experiences-reussies-de-conduite-de-projets/7-ch-arras-projet-ville-hopital>
61. Le portail Ville/Hôpital. Les Hospices de Beaune. 2013. Disponible sur: <http://www.hospices-de-beaune.com/index.php/hospicesdebeaune/Le-Centre-Hospitalier/Nous-connaître/Le-portail-Ville-Hopital>
62. Destination Santé. Apicéa : la plateforme trait d'union entre l'hôpital et la médecine de ville. ladepeche.fr. 2016. Disponible sur: <http://www.ladepeche.fr/article/2016/01/04/2249345-apicea-plateforme-trait-union-entre-hopital-medecine-ville.html>
63. Cypriani F. Télémedecine en 2014 : enquête auprès des médecins libéraux français. Université de Strasbourg; 2014. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/These_Cypriani_telemedecine_2014_reduit.pdf
64. Piollet A, Cret L. État des lieux des stages DES de pédiatrie ambulatoire au 1er janvier 2015. Arch Pédiatrie. 2015;22:176.
65. Munck S, Massin S. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Sante Publique. 2015;27:49-58.

7- ANNEXES

7.1- ANNEXE 1 : Le questionnaire

1- Votre profil

a. Quelle est votre spécialité ? *

Médecine générale

Spécialité d'organe

Merci de préciser votre spécialité le cas échéant :

b. Quel est votre sexe ?

Féminin

Masculin

c. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

Moins de 5 ans

Entre 5 et 9 ans

Entre 10 et 19 ans

20 ans ou plus

Médecin remplaçant

d. Quel est votre mode d'exercice ?

Rural

Semi-rural

Urbain

2- La communication ville-hôpital

a. Recevez-vous des informations de la part de l'hôpital quant à l'évolution de vos patients hospitalisés ?*

Jamais

Rarement

Souvent

Toujours

(*) : Questions dont la réponse est obligatoire.

b. Par quels moyens, en général ?

- Courrier postal
- Fax
- E-mail
- Messagerie sécurisée (APICRYPT/EASYCRIPT)
- Téléphone

Autre :

c. Vous arrive-t-il d'être sollicité par un praticien hospitalier pour la prise en charge d'un patient hospitalisé ? *

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

d. Recevez-vous les comptes-rendus d'hospitalisation (CRH) à la sortie de vos patients ? *

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

e. Par quels moyens, en général ?

- Courrier postal
- Fax
- E-mail
- Téléphone
- Messagerie sécurisée (APICRYPT/EASYCRIPT)

Autre :

f. Dans quels délais recevez-vous le compte-rendu d'hospitalisation, en moyenne ? *

- Moins de 8 jours
- Moins de 15 jours
- Moins d'un mois
- Plus d'un mois

(*) : Questions dont la réponse est obligatoire.

g. Avez-vous des correspondants hospitaliers privilégiés ? *

- Aucun
- Moins de 5
- Entre 5 et 9
- Plus de 10

h. Vous est-il facile de recueillir un avis auprès d'un praticien hospitalier ? *

- Très difficile
- Difficile
- Facile
- Très facile

i. Quels moyens utilisez-vous préférentiellement pour obtenir un avis ?

- Téléphone
- E-mail
- Messagerie sécurisée
- Fax
- Courrier postal

Autre :

3. Renforcement du lien ville-hôpital

a. Participez-vous à des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) hospitalières ? *

- Oui
- Non

i. Si OUI, à quelle fréquence ?

- Rarement
- Souvent
- Toujours

ii. Si NON, pourquoi ?

- Je ne suis pas convié(e)
- Je ne suis pas intéressé(e)
- Je n'en ai pas le temps

Autre :

(*) : Questions dont la réponse est obligatoire.

**b. Accepteriez-vous de participer à une RCP si cela vous était proposé ?
(Ne répondent à cette question que les personnes ne participant pas aux RCP)**

Oui

Non

c. Sous quelles conditions ou avec quelles contreparties accepteriez-vous de participer aux RCP ?

d. Pensez-vous que les RCP sont ou seraient un bon moyen pour renforcer le lien avec les praticiens hospitaliers ? *

Oui

Non

Pourquoi ?

e. Participez-vous à des Formations médicales continues (FMC) organisées par des médecins hospitaliers ? *

Oui

Non

i. Si NON, pourquoi ?

Il n'y a pas de FMC organisées par l'hôpital

Je ne suis pas invité(e)

Je ne suis pas intéressé(e)

Autre :

(*) : Questions dont la réponse est obligatoire.

ii. Si OUI, en êtes-vous satisfait(e) ?

Très insatisfait(e)

Peu satisfait(e)

Satisfait(e)

Très satisfait(e)

Pourquoi ?

f. Pensez-vous qu'elles sont ou seraient un bon moyen pour renforcer le lien avec les praticiens hospitaliers ? *

Oui

Non

Pourquoi ?

g. Avez-vous une activité professionnelle régulière au sein d'un centre hospitalier (praticien attaché, gardes, consultations,...) ? *

Oui

Non

i. Si OUI, pouvez-vous préciser laquelle et à quelle fréquence l'exercez-vous ?

(*) : Questions dont la réponse est obligatoire.

h. Pensez-vous que c'est un bon moyen pour renforcer le lien avec les praticiens hospitaliers? *

Oui

Non

Pourquoi ?

i. Pensez-vous qu'il faille développer cette pratique ?

Oui

Non

Pourquoi ?

i. Si OUI, sous quelles conditions et à quelle fréquence ?

(*) : Questions dont la réponse est obligatoire.

- j. **Selon vous, est-ce que d'autres moyens seraient envisageables pour améliorer la coopération ville-hôpital ? (Par exemple : rémunération des visites individuelles des patients hospitalisés ou mise en place de réunions hebdomadaires avec les praticiens hospitaliers sur l'ensemble des patients hospitalisés, etc.)**

4. Satisfaction globale

Globalement, êtes-vous satisfait(e) de la communication avec votre centre hospitalier de référence ? *

- Très insatisfait(e)
- Peu satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Très satisfait(e)

(*) : Questions dont la réponse est obligatoire.

7.2- ANNEXE 2 : Le courriel de présentation adressé aux médecins

Je vous ai invité à remplir un formulaire :

[La communication ville-hôpital](#)

Madame, Monsieur,

Les problèmes de communication entre médecins libéraux et médecins hospitaliers est un problème récurrent rapporté par beaucoup d'entre vous. Les enquêtes antérieures ont toujours pointé du doigt cet obstacle à la continuité des soins sans pour autant offrir de solutions.

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je me propose de recueillir votre avis quant à trois moyens précis qui pourraient renforcer le lien et les échanges entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. L'objectif est de déterminer si certaines pratiques encore confidentielles et locales doivent être promues ou au contraire modifiées voire écartées.

Pour m'aider dans ma tâche, et faire entendre votre voix, je vous saurai gré de bien vouloir remplir ce questionnaire. Concis et anonyme, il se compose majoritairement de cases à cocher. Ainsi, il peut être rempli en deux à trois minutes. Cependant, il vous est permis d'argumenter et de justifier vos réponses si vous le souhaitez.

Je vous remercie pour toute l'attention que vous accorderez à ce travail.

Cordialement,

Bertrand SIGNOL

LA COMMUNICATION VILLE-HOPITAL EN 2016 : CONSTAT ET PISTES D'AMELIORATION

Auteur : Bertrand SIGNOL

RESUME

Introduction : Les difficultés de collaboration avec l'hôpital sont régulièrement dénoncées par les médecins libéraux. Une mauvaise communication a souvent des répercussions négatives sur la prise en charge des patients.

Matériels et méthodes : Une étude descriptive observationnelle transversale a été réalisée en France du 13/01 au 02/03/2016. Son objectif était de décrire la qualité de la communication entre médecins hospitaliers et médecins libéraux puis d'évaluer l'intérêt de trois propositions pour renforcer le lien ville-hôpital. Les trois propositions avancées étaient leur participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire et aux séances présentiels du développement personnel continu en collaboration avec les praticiens hospitaliers, ainsi que l'exercice hospitalier à temps partiel.

Résultats : 244 médecins libéraux ont répondu au questionnaire. 61,5% d'entre eux étaient insatisfaits de la communication avec l'hôpital. Ils s'indignaient d'être tenus à l'écart de la prise en charge hospitalière de leurs patients et soulignaient l'absence de progrès dans les délais d'envoi du compte-rendu de sortie. Environ 3/4 des médecins libéraux estimaient que les solutions proposées amélioreraient le lien entre la ville et l'hôpital. Seuls les médecins libéraux exerçant une activité mixte étaient sensiblement plus satisfaits de leur relation avec leurs confrères hospitaliers.

Conclusion : De nombreux clivages persistent dans la communication entre la ville et l'hôpital, malgré l'essor des nouvelles technologies. L'exercice mixte des médecins libéraux est apparu comme la meilleure solution pour renforcer leur collaboration avec les praticiens hospitaliers.

Mots-clés : communication ville-hôpital, médecins libéraux, réunions de concertation pluridisciplinaire, développement professionnel continu, exercice hospitalier.