

UNIVERSITE PARIS 13

FACULTE DE MEDECINE DE BOBIGNY
« Léonard de Vinci »

ANNEE 2006

N°

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE
(diplôme d'Etat)

par

Melle Gaël HUBERT

Née le 10 août 1973 à Thonon-les-bains (Haute-Savoie)

Présentée et soutenue publiquement le 22 décembre 2006

**LA CIRCULATION DE L'INFORMATION MÉDICALE :
EVALUATION DU LIEN COMPLEXE VILLE-HÔPITAL**

Président de Thèse :	Professeur Olivier FAIN
Directeur de Thèse :	Docteur Michel GALINSKI
Rapporteur de Thèse :	Docteur Cécile PEYREBRUNE
Membre du jury :	Professeur Philippe CASSASUS
	Docteur Clarisse BOISSEAU

Je remercie,

le Docteur Michel Galinski, pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse, et qui m'a témoigné sans relâche de sa disponibilité et de sa confiance ;

le Professeur Olivier Fain, qui a accepté de présider cette thèse et qui fut l'un de mes premiers enseignants hospitaliers dans le service de Médecine Interne de l'hôpital Jean Verdier, où je connus mes meilleurs souvenirs d'externe ;

le Professeur Philippe Cassasus, pour son attention toute particulière à la pédagogie et son enthousiasme à transmettre et enseigner, et qui fut le seul de nos enseignants à nous proposer un cours de communication médicale ;

le Docteur Clarisse Boisseau, pour le quartier d'Aligre et son célèbre cabinet, et en souvenir de mes premières expériences de médecin généraliste à ses côtés ;

le Docteur Cécile Peyrebrune, pour ses conseils et sa lecture attentive.

À Jean-Philippe, victime de l'hormone de croissance et mort de la maladie de Creutzfeld-Jacob, qui m'a donné la force de comprendre que je voulais être médecin.

À Catherine Dolto, qui grâce à la confiance qu'elle m'a donné, m'a permis de faire le choix de devenir médecin, et m'a soutenue et accompagnée tout au long de ce chemin.

À Mémé, ma première « consoeur » et fidèle amie, qui aurait tant aimé être là aujourd'hui.

À Mirko, pour sa force de vie, sa confiance en nous, et cette riche aventure que nous partageons.

À mes amis et compagnons de route, Jessica, Julie, Louisia, Gaëlle, Aurélie, Marie, Sue, Marion, Julien, Gaspard, Pierre, Sivan, qui me rendent la vie si chaleureuse.

À mon père, pour son aide et son soutien dans ce choix d'études tardives...

À ma mère et Philippe, qui ont aussi cru à ce chemin et m'ont aidée, et mes petits frères Antoine et Adrien, pour leur soutien à leur future « médecine » de sœur.

À mon frère Nicolas, pour sa patience à m'initier aux bases de la biologie, son soutien logistique constant et héroïque, et en souvenir des « Mille bornes » bien sûr...

À ma famille de Haute Savoie, pour l'enthousiasme et le plaisir d'être ensemble.

À Fanny, qui me manque.

À ma famille de Saint Malo.

À mes amis de la chorale des « Faitouch' ».

Au docteur Pierre Foucaud et toute l'équipe de pédiatrie de Versailles, grâce à qui j'ai découvert la richesse de cette spécialité, le plaisir de travailler en équipe, et qui m'ont si chaleureusement accueillie.

À Gilbert Denoyan, Emilie et l'équipe de France Inter.

TABLE DES MATIERES

• Abréviations	p. 1
• Préambule historique	p. 2
• Introduction	P. 6
• Matériel et méthodes	P. 8
• Questionnaire	P. 9
• Résultats	P. 16
• Discussion	P. 28
• Conclusion	P. 37
• Références	P. 38
• Serment d'Hippocrate	P. 43

ABBREVIATIONS

<i>AP-HP :</i>	<i>Assistance Publique - Hôpitaux de Paris</i>
<i>CNOM :</i>	<i>Conseil National de l'Ordre des Médecins</i>
<i>CRH :</i>	<i>compte-rendu d'hospitalisation</i>
<i>DMP :</i>	<i>dossier médical personnel</i>
<i>ECG :</i>	<i>électrocardiogramme</i>
<i>MG :</i>	<i>médecin généraliste</i>
<i>SAMU :</i>	<i>Service d'Aide Médicale Urgente</i>
<i>URML :</i>	<i>Union Régionale des Médecins Libéraux</i>

PREAMBULE HISTORIQUE

La prise en charge de la santé en France s'effectue au sein de différentes structures. L'hôpital, comme structure d'hospitalisation, qu'elle soit publique ou privée, et le cabinet de médecine générale, en sont deux piliers essentiels.

Or, les médecins de ville et l'hôpital ont longtemps vécu en bonne harmonie. Jusqu'au début du XIXe siècle, l'hôpital était avant tout un « Hôtel-Dieu », tenu d'assurer une mission d'accueil et d'hébergement des indigents. Les médecins ne consacraient aux services hospitaliers qu'une activité réduite et non rémunérée, la médecine s'exerçant alors essentiellement à domicile, au chevet du patient.¹

Tout au long du XIXe siècle, l'hôpital est progressivement devenu le site essentiel d'exercice de la médecine, le lieu privilégié du progrès médical et de l'enseignement du savoir médical. Cette évolution fut principalement liée à l'invention de la clinique médicale et chirurgicale par Corvisart et Desault, qui instaurèrent dès 1780 une méthode d'examen du malade hospitalisé ainsi qu'un mode d'enseignement de la médecine à l'hôpital.² Ainsi, à la fonction séculaire de simple structure d'accueil s'est ajoutée celle de lieu de soins, au sens médical du terme. Le trait commun de ses visiteurs n'était plus la pauvreté, mais la maladie. La loi de réforme hospitalière de décembre 1941³ ouvre les portes des hôpitaux publics à l'ensemble des citoyens, et la mise en place ultérieure de la Sécurité Sociale en 1945 offre des ressources importantes à l'hôpital qui connaît alors une augmentation considérable de son volume d'activité.⁴

Par la suite, c'est le statut des médecins hospitaliers qui s'est vu profondément remanié par l'instauration du temps plein hospitalier, en application des lois Debré, en 1958.⁵ Ces dispositions législatives opèrent également la fusion de l'hôpital et de la Faculté au sein des « centres hospitalo-universitaires », ce qui renforce encore le rôle prépondérant de l'hôpital où s'exerce la science de guérir. Dans la logique de cette évolution amorcée dès le XIXe siècle, l'hôpital devient le lieu privilégié de la technique et du savoir médical.

Parallèlement, depuis une trentaine d'années, les « outils » de communication se sont aussi modifiés. L'essor de l'informatique est venu supplanter les moyens de

communication plus traditionnels, essentiellement fondés sur les réseaux d'amitié ou d'une communauté confraternelle.

La rapidité et l'ampleur de ces mutations a entraîné pour les médecins hospitaliers comme pour les médecins de ville, des difficultés d'adaptation, et a probablement participé à creuser un peu plus le fossé entre l'hôpital et la ville. Les médecins hospitaliers, qui pour la plupart n'ont jamais connu la pratique libérale, n'ont aucune idée des efforts relationnels de l'exercice de la médecine de ville. De plus, l'hôpital, habitué aux échanges scientifiques et institutionnels au sein de sa propre structure est peu organisé pour la communication externe. Enfin, l'ensemble des médecins, généralistes en ville ou hospitaliers, ne reçoivent quasiment pas de formation à la communication au cours de leurs études médicales.

L'ouverture de l'hôpital sur la ville et la coopération de celle-ci au fonctionnement hospitalier sont aujourd'hui des enjeux majeurs pour l'hôpital public. La loi de réforme hospitalière de décembre 1970⁶ en avait donné les premières impulsions en prévoyant la collaboration du médecin de ville avec l'hôpital public.⁷ D'une part en posant le principe que les praticiens de ville pouvaient recourir à l'aide technique de l'hôpital, et d'autre part en assignant à l'hôpital une mission d'enseignement destinée aux praticiens de ville.⁸ En outre, la présence même du médecin de ville au sein de l'hôpital était prévue par une disposition juridique, plaçant réellement ce dernier au rang de collaborateur.⁹

Pourtant, si la collaboration entre la médecine de ville et la médecine hospitalière s'est rapidement développée pour les médecins spécialistes (un grand nombre d'entre eux étant attachés des hôpitaux et entretenant des rapports étroits avec leurs anciens collègues d'internat devenus médecins hospitaliers), il semble que les médecins généralistes se soient progressivement éloignés de l'hôpital.¹⁰ Nous y faisons tous nos stages d'externe et d'interne, à l'exception d'un seul effectué chez un praticien, puis l'exercice en ville devient notre territoire exclusif, et combien isolé..

En mars 1990, le rapport AP-HP sur l'amélioration des relations entre la médecine de ville et la médecine hospitalière a cherché des solutions pour associer la médecine de ville à part entière au fonctionnement hospitalier, autour de réseaux et de

filières de soins. Ce rapport prévoit que les hôpitaux deviennent des sites de collaboration étroite avec les praticiens de ville, en incitant les différents membres de la communauté hospitalière à accentuer leurs efforts de communication. Le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme l'hospitalisation à domicile (HAD) par exemple, autre grand axe du plan stratégique de l'AP-HP, exige une coopération fluide et transparente de l'hôpital et de la ville.¹¹

Aujourd'hui, selon certains spécialistes de la communication médicale, « l'hôpital est devenu une entreprise à part entière », et à ce titre, « une politique de communication hospitalière se conçoit dans le cadre d'un véritable projet d'établissement, pour mieux faire face à la concurrence ».¹² La qualité de la communication est garante de la continuité des soins, et donc de la qualité du service médical fourni. Il ne s'agit donc plus d'une seule préoccupation politique du législateur, mais bien d'une exigence économique : « Le travail coopératif est devenu un outil stratégique aux yeux des décideurs en santé publique dans tous les pays. Il répond à des raisons pragmatiques d'amélioration de la productivité et de réduction des coûts ».¹³

Enfin, la révolution culturelle qu'a constituée la loi du 4 mars 2002¹⁴ au sein de la communauté médicale, offrant un droit d'accès direct des patients à leur dossier médical (Art. L. 1111-7), a dès lors forcé, théoriquement au moins, le pouvoir médical hospitalier à plus de transparence.

Dans ce contexte, la loi du 13 août 2004¹⁵ relative à l'assurance maladie, afin d'améliorer la coordination et la qualité des soins, a institué le statut de médecin traitant, qui est le plus souvent un médecin généraliste de ville, comme coordinateur du parcours de soins et détenteur du « dossier médical personnel » dont il assure la gestion. Il y a désormais une obligation légale à ce que le nom du médecin traitant soit indiqué sur le dossier hospitalier, afin de faciliter la transmission des informations relatives à la prise en charge du patient. C'est la loi du « dossier médical partagé ». A ce titre encore, il est indispensable que la communication de l'information médicale s'opère efficacement quand on sait la valeur attribuée à ce document, auquel l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a d'ailleurs consacré une de ses

publications.¹⁶ « Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients... Outil de partage des informations, il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.».

La dernière enquête « santé décennale » conduite par l'INSEE en 2003¹⁷ montre que plus de 77% des personnes interrogées ont consulté un médecin généraliste durant l'année précédant l'enquête, et en revanche, 12% d'entre elles seulement ont été hospitalisées. On voit combien la part de recours aux soins est disparate entre la ville et l'hôpital.

INTRODUCTION

La loi du 4 mars 2002 qui offre un droit d'accès direct des patients à leur dossier médical a profondément bouleversé les relations entre les médecins et les patients, et notamment la question de l'information. On sait d'ailleurs que les demandes de communication des dossiers médicaux sont en augmentation progressive et constante depuis ^{18,19}, et que celles-ci sont le plus souvent en rapport avec un besoin d'information non obtenue.^{20, 21}

Deux études récentes, menées conjointement par le SAMU 93 d'une part, et par les Urgences Médicales de Paris d'autre part, ont montré que l'information médicale n'était effectivement pas détenue par les patients.^{22,23} Ces deux enquêtes consistaient à colliger les documents médicaux disponibles au domicile des patients lors d'interventions en urgence, et toutes deux ont montré que la majorité des patients ayant des antécédents d'hospitalisation ne possédaient pas de documents médicaux pertinents, et que leur absence était préjudiciable. On retrouve d'ailleurs le même type d'observation outre-Atlantique.^{24, 25}

Or, si le patient n'est pas dépositaire de cette information le concernant, on peut penser que c'est le médecin généraliste, consacré « coordinateur » du parcours de soins, qui concentre l'information médicale, et cela suppose une analyse des relations et des modes de circulation de l'information entre l'hôpital et la ville. Or, dans le contexte actuel de promotion d'une indispensable collaboration entre ces deux entités, on est pour le moins surpris de constater le maigre nombre d'études menées sur la nature des liens existants entre l'hôpital, le plus souvent pourvoyeur d'informations puisque c'est le lieu des explorations et des prises en charges aiguës et sévères, et les médecins traitants. Intuitivement, on peut penser que la détermination du législateur vient pallier un lien inexistant, ou pour le moins cahotique. La promotion du carnet de santé dans les années 90 était probablement un premier objet de substitution à cette communication que l'on sait difficile, mais qu'on a peu analysée.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'explorer leurs relations et la réalité de leur dialogue à travers le ressenti des médecins généralistes et à l'appui de leurs

pratiques: comment l'information médicale circule-t-elle entre eux et l'hôpital ? Que se disent-ils et quelle est la qualité de leur communication ?

Compte-tenu des multiples facettes de cette vaste question, l'objectif principal de ce travail a été de quantifier l'information reçue de l'hôpital par les médecins généralistes, choisie comme indicateur de l'état de leur communication.

Nous avons ensuite cherché à déterminer les modalités de celle-ci, ainsi que son contenu et sa qualité.

MATERIEL ET METHODES

1. Type de l'étude

Ce travail s'est appuyé sur une enquête, réalisée à l'aide d'un questionnaire soumis à des médecins généralistes. L'enquête a été menée sur une période de trois mois, entre janvier et mars 2006.

Le questionnaire était proposé sous forme d'entretien face à face réalisé au cabinet du médecin généraliste, après accord téléphonique.

2. Echantillon

50 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. Cet échantillon a été choisi de façon aléatoire à partir du fichier électronique des Pages Jaunes, au sein de deux populations médicales urbaines : Paris et la Seine-Saint-Denis.

80 contacts téléphoniques ont été nécessaires pour constituer l'échantillon de 50 médecins, soit 62% de réponses positives et 33% de refus. 5% des médecins appelés ne répondaient pas aux critères d'inclusion (retraités ou inactifs). Le motif des refus a été unanime et rapporté au manque de temps.

3. Le questionnaire : voir p. 9

4. Thématiques du questionnaire

- Le profil du médecin interrogé
- La nature quantitative des relations avec l'hôpital
- Les modalités de la communication
- Le contenu de la communication
- La nature qualitative des relations avec l'hôpital

5. Statistiques

Le traitement des données a été réalisé sur tableur Excell, et l'analyse des résultats a été essentiellement descriptive.

QUESTIONNAIRE AUX MG

Ce questionnaire constitue un travail préparatoire à une thèse de médecine sur la localisation et la circulation de l'information médicale entre l'hôpital et les médecins généralistes. Deux enquêtes ont déjà été réalisées sur les documents médicaux disponibles au domicile des patients, lors de consultations en urgence par des médecins généralistes, et lors d'interventions par le SAMU, qui ont montré que ces documents étaient le plus souvent manquants.

Il s'agit d'explorer ici les modalités de la communication entre l'hôpital et le cabinet de médecine générale : la quantité d'informations circulantes, le contenu, les circuits, les dysfonctionnements ; et d'autre part, la finalité et l'exploitation de cette information par le médecin généraliste.

Nom

Prénom

Age

Adresse professionnelle

Tel

Courriel

Installation depuis (année) :

Activité cabinet :

Plein temps

Temps partiel

1. ☐☐ Conditions de votre exercice :

- Zone d'implantation de votre cabinet : *Ville*
Campagne
Suburbain
- Mode d'exercice : *libéral exclusif* *mixte (si oui, préciser)*
- Type du cabinet : *Individuel*
Association (si oui, préciser le type de l'association)
- « Champ d'exercice » préférentiel : *Généraliste tout venant*
Pédiatrie
Toxicomanie
Infectieux
Autre :

2. Au cours des 3 derniers mois, combien avez-vous adressé de patients à l'hôpital, tous motifs confondus (urgences, consultation, hospitalisation,...) ?

<5 >5 >10 >30 >50

3. Pouvez-vous donner une estimation des motifs pour lesquels vous adressez vos patients à l'hôpital.

Pour les 10 derniers patients par exemple, c'est :

- *Urgences:*
- *Hospitalisation directe (bilan, exploration d'une anomalie):*
- *Avis/consultation:*
- *Ex. complémentaires nécessitant un plateau technique : (imagerie, scinti, EFR ...)*

4. Rédigez-vous systématiquement un courrier lorsque vous adressez un patient à l'hôpital, quelque soit le motif ?
- Oui Non Autre moyen :*
5. Avez-vous des correspondants hospitaliers privilégiés ?
- Non Oui. Combien ? 0-5 5-10 >10*
6. Quel est votre mode de communication avec vos collègues hospitaliers ?
- a. Téléphone*
b. Courrier postal
c. E-mail
d. Déplacement sur place
7. L'hôpital fait-il appel à vous ?
- Souvent Parfois Rarement Jamais*
8. Quand c'est le cas, c'est pour quelle raison :
- a. Demande d'infos sur un patient (ATCD, trtt)*
b. Transmission d'informations sur la prise en charge d'un patient
c. Organisation de la sortie, du retour à domicile
d. Autre :
9. Avez-vous le sentiment d'être associé au projet thérapeutique de vos patients lorsqu'ils sont hospitalisés ?
10. Sur les 10 derniers patients que **vous** avez adressés à l'hôpital tous motifs confondus, pour combien d'entre eux avez-vous reçu des informations, quelles qu'elles soient ?

11. Les informations que vous récupérez sur la prise en charge hospitalière vous sont-elles :
- a. *envoyées par l'hôpital*
 - b. *transmises par le patient*
12. Pour 10 hospitalisations médicales, combien recevez-vous de CRH ?
13. Cette proportion est-elle identique lors d'une hospitalisation chirurgicale ?
- Oui moins importante plus importante*
14. Quelle est la proportion de CRH que vous recevez lorsqu'un de vos patients est hospitalisé par un tiers (SAMU, médecin urgentiste, ..) ?
15. Recevez-vous un CRH après un séjour en maternité d'une de vos patientes ?
- Non Oui. Préciser dans quelle proportion:*
16. Dans quelle proportion des cas les CRH que vous recevez contiennent des résultats biologiques ?
17. Recevez-vous systématiquement une copie de l'ECG pour vos patients cardiaques ?
18. Pour combien d'entre eux pensez-vous avoir un ECG dans le dossier ?
- Aucun <25% 25-50% 50-75% >75% Tous*

19. Lorsque vous adressez un patient en consultation spécialisée à l'hôpital, dans quelle proportion des cas recevez-vous un courrier ?

20. Parmi vos patients suivis à l'hôpital pour une pathologie lourde et/ou chronique, pour combien d'entre eux recevez-vous des informations sur leur prise en charge hospitalière ?

Aucun <25% 25-50% 50-75% >75% Tous

21. Lorsqu'un de vos patients décède à l'hôpital, par qui êtes-vous prévenu ?

L'hôpital La famille Autre (préciser) Non prévenu

22. Généralement, par qui sont conservés les examens d'imagerie réalisés à l'hôpital :

- a. par l'hôpital*
- b. par vous, le médecin traitant*
- c. par le patient*
- d. ils ne sont pas conservés*

23. Transmettez-vous des documents médicaux à vos patients, et lesquels ?

- a. CRH*
- b. Biologie*
- c. ECG*
- d. Courriers*

24. L'information médicale venant de l'hôpital vous semble-t-elle :

- précise ? oui/non*
- exhaustive ? oui/non*
- claire ? oui/non*
- utile ? oui/non*

25. Parmi les points suivants, quels sont ceux qui sont explicites dans les CRH que vous recevez:

- *diagnostic posé* *oui/non*
- *résultats des examens complémentaires* *oui/non*
- *traitements entrepris* *oui/non*
- *aspect psychologique de la prise en charge* *oui/non*
- *modalités du suivi ultérieur* *oui/non*
- *informations données au patient* *oui/non*
- *projet social* *oui/non*

26. Sur vos 10 derniers patients sortis d'hospitalisation, pour combien d'entre eux avez-vous été prévenu de la sortie par l'équipe hospitalière?

27. Dans quel délai, après une prise en charge hospitalière, recevez-vous des informations :

< 1 semaine *<1 mois* *>1 mois*

28. Ce délai vous semble-t-il :

Rapide *Normal* *Long* *Trop long*

29. En quoi ces informations venant de l'hôpital vous sont-elles utiles ?

- a. *archives*
- b. *informations pour le patient*
- c. *consignes de suivi, de traitement*
- d. *organisation du réseau de soins*
- e. *autre :*

30. Est-ce que ces informations modifient votre prise en charge du patient, et si oui comment ?

31. Ces informations vous permettent-elles d'étendre vos connaissances sur les pathologies de vos patients ?
32. Comment qualifieriez-vous vos relations, vos liens avec l'hôpital ?
33. Avez-vous le sentiment de faire le même métier que vos collègues hospitaliers ?
34. Avez-vous d'autres commentaires à faire sur la question ?

RESULTATS

1. LE PROFIL DES MEDECINS (cf question 1)

• Les individus

66% (n=33) des médecins interrogés sont des hommes, et l'âge moyen est de 51 ± 8 ans (moyenne \pm DS).

• L'activité

42 médecins (84%) travaillent à plein temps au cabinet ; les autres sont à temps partiel. Ils sont installés depuis 19 ± 9 ans (moyenne \pm DS).

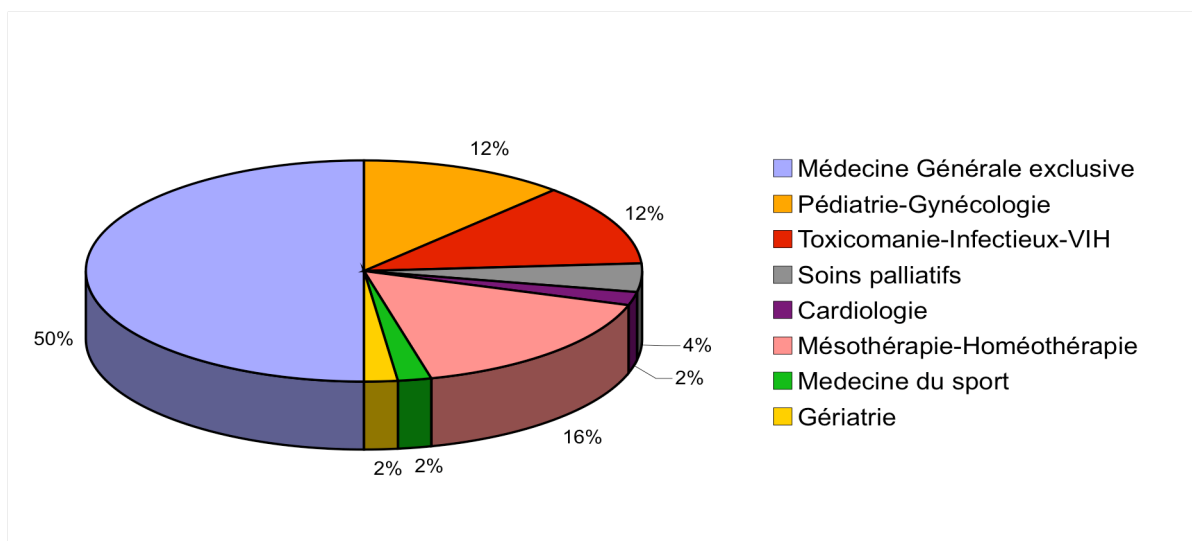
• Le mode d'exercice

40 médecins (80%) exercent exclusivement en libéral et 10 (20%) ont un exercice mixte : cinq cumulent une activité hospitalière et cinq sont salariés d'une structure de soins primaires parallèlement au cabinet.

Quatre médecins sur 50 déclarent appartenir à un réseau de soins structuré comme tel. La moitié des médecins (n=25) travaille en cabinet individuel, et l'autre moitié (n=25) au sein d'un cabinet de groupe.

25 médecins (50%) déclarent avoir une spécificité d'exercice. [Figure 1]

Figure 1 : Les champs d'exercice spécifique



2. LA NATURE QUANTITATIVE DES RELATIONS AVEC L'HÔPITAL

- **Le retour d'informations** (cf questions 12, 13, 14, 15, 19, 20)

Pour 77% des patients adressés à l'hôpital, il y a un retour « brut » d'informations, quelles qu'elles soient (appel téléphonique, courrier, ordonnance, CRH,...).

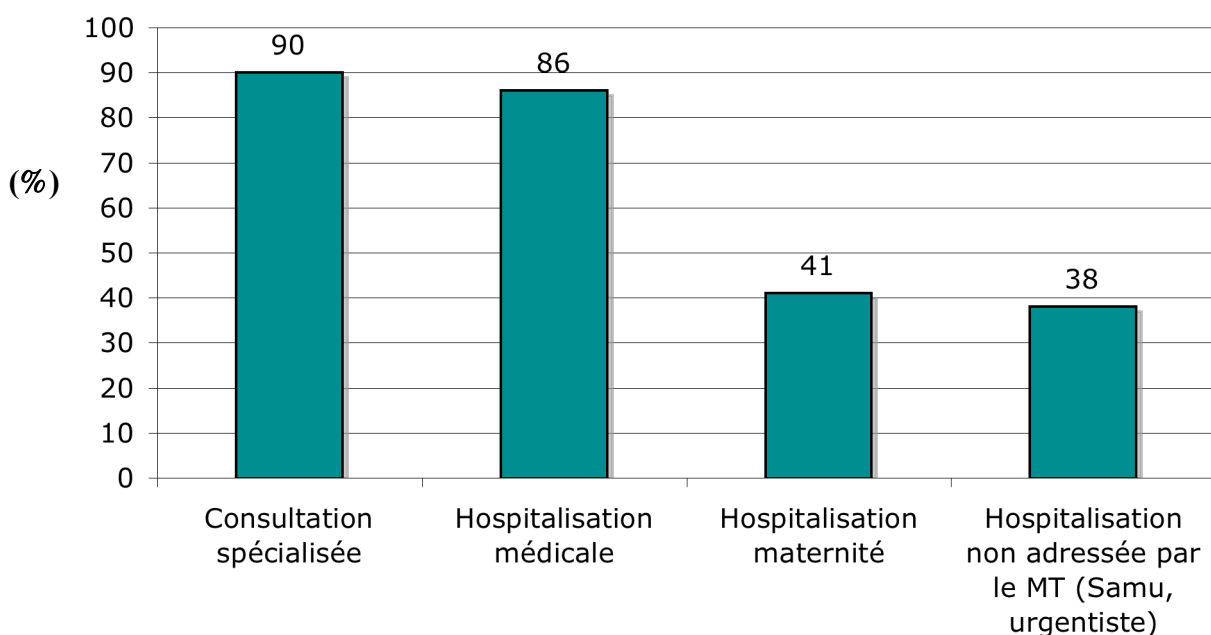
Lors d'une hospitalisation médicale, le taux de retour de CRH s'élève à 86%. En revanche, si cette hospitalisation s'est faite « à l'insu » du médecin traitant, via les urgences ou le SAMU, la proportion de CRH reçus chute à 38%.

Pour 32 médecins (64%), le retour de CRH après une hospitalisation chirurgicale est « identique » à celui évalué pour une hospitalisation médicale classique, contre 15 (30%) qui déclarent que dans ce cas, le retour est « plus important ».

Pour les médecins qui prennent en charge des suivis de grossesse (n=34 soit 68% de l'échantillon), le retour d'informations concernant les hospitalisations en maternité est de 41% de CRH reçus.

Lors de consultations spécialisées à l'hôpital, les courriers de retour sont reçus dans 90% des cas.

Figure 2 : Le taux de retour d'informations en fonction du type de recours à l'hôpital

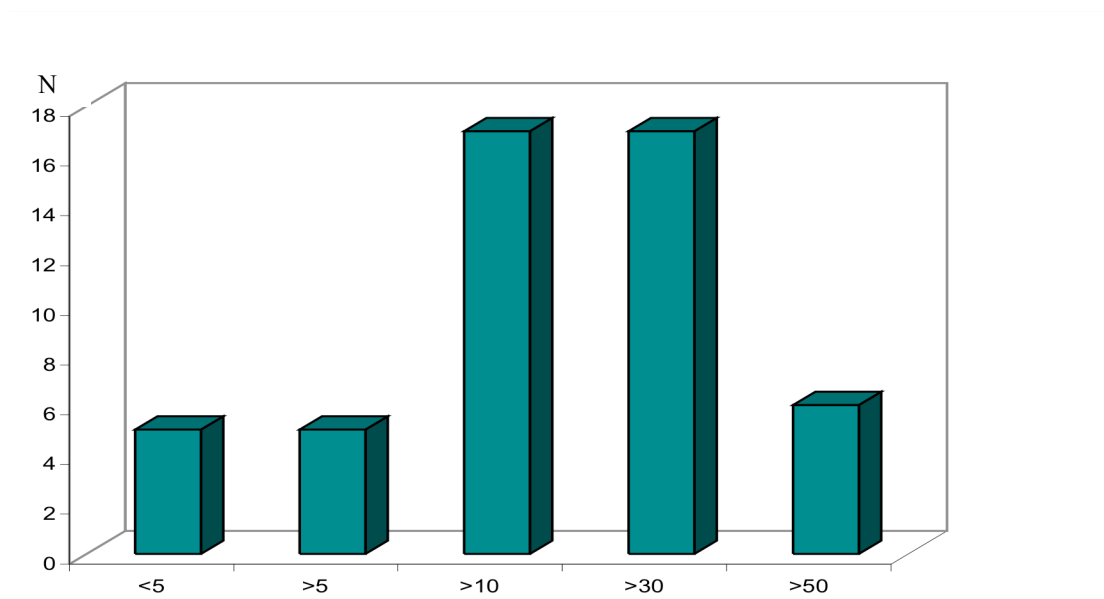


Quand il s'agit d'un suivi pour une pathologie chronique, 41 médecins (82%) reçoivent des informations sur la prise en charge hospitalière dans plus d'un cas sur deux.

- **Nombre de patients adressés à l'hôpital (cf question 2)**

34 médecins (68%) adressent entre 11 et 50 patients à l'hôpital par trimestre.

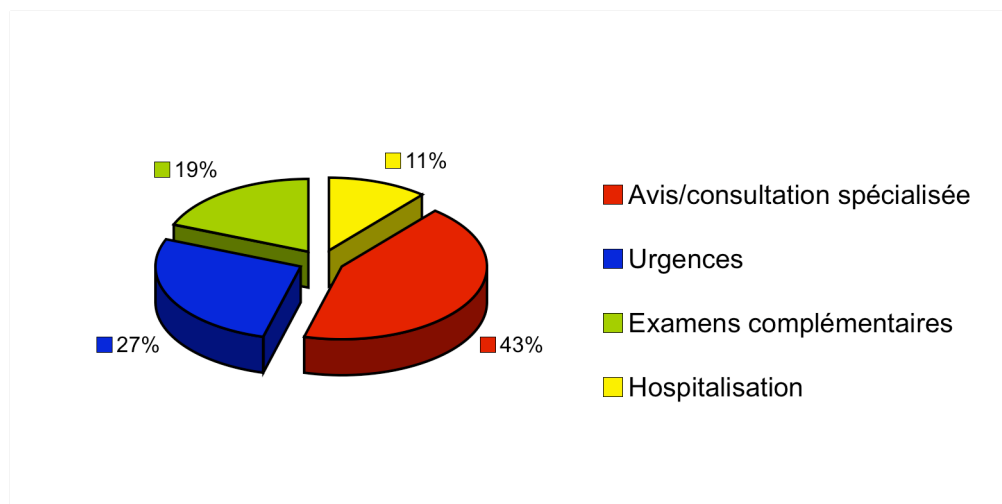
Figure 3 : Nombre de patients adressés à l'hôpital par les MG par trimestre (N=50)



- **Les motifs d'orientation à l'hôpital (cf question 3)**

Le recours à l'hôpital le plus fréquent se fait pour « avis ou consultation spécialisée » (43% des cas).

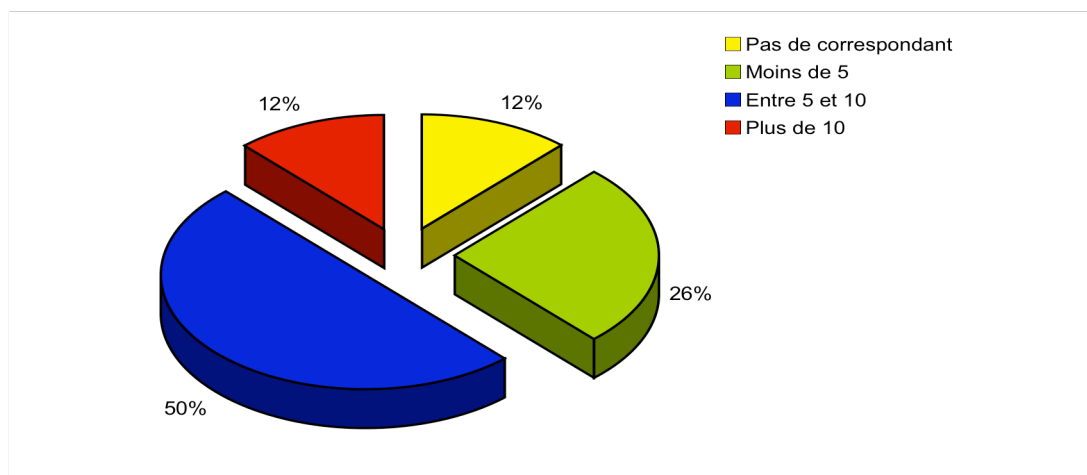
Figure 4 : Les motifs d'orientation à l'hôpital



- **Les correspondants (cf question 5)**

88% (n=44) des médecins interrogés déclarent avoir des correspondants hospitaliers privilégiés.

Figure 5 : Le réseau de correspondants hospitaliers des MG



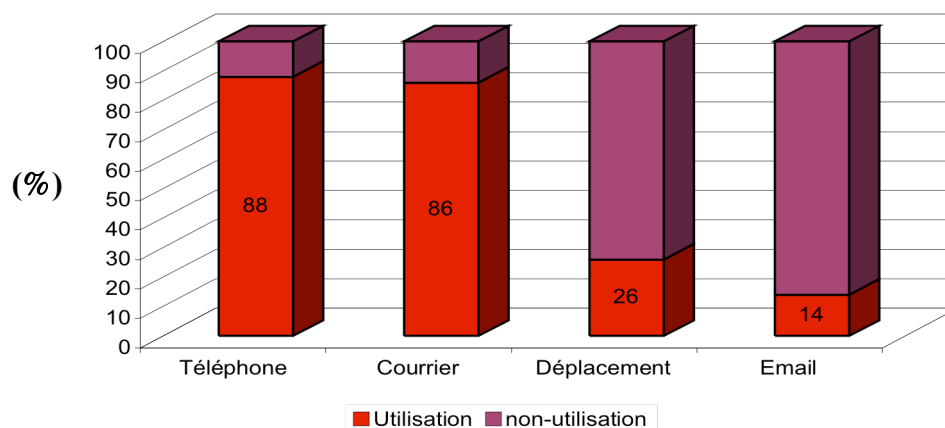
3. LES MODALITES DE LA COMMUNICATION AVEC L'HÔPITAL

- **Les outils de la communication (cf question 6)**

Les moyens « traditionnels » de communication (téléphone et courrier postal) restent les plus utilisés en pratique.

Sept médecins généralistes (14%) utilisent le courriel, alors que 47 cabinets (94%) sont informatisés.

Figure 6 : Les outils de communication du médecin généraliste



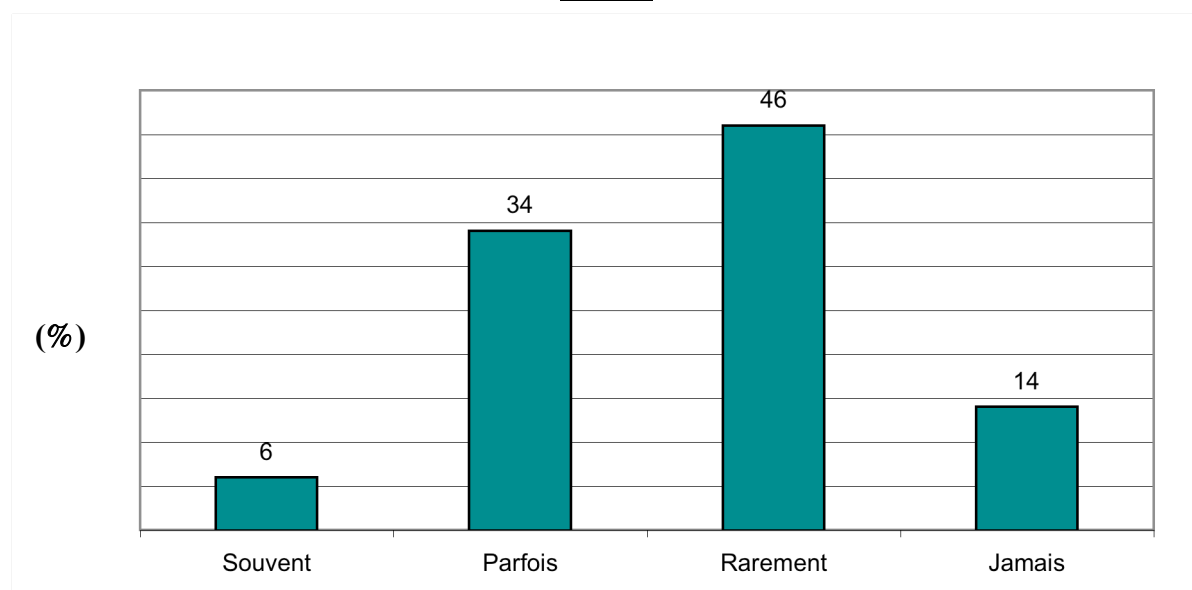
- **Le sens de la communication** (cf questions 4, 7, 34)

Tous les médecins interrogés (N=50) affirment rédiger systématiquement un courrier lorsqu'ils adressent un patient à l'hôpital, quel que soit le motif.

Parmi les 21 médecins (42%) qui ont formulé des commentaires libres sur le thème de l'étude, sept d'entre eux (33%) ont le sentiment d'une communication unidirectionnelle, dont ils sont toujours les initiateurs, et les demandeurs (« il faut toujours aller chercher l'information »).

Selon 23 médecins de l'échantillon (46%), l'hôpital prend « rarement » l'initiative de la communication avec le médecin généraliste. Seuls trois médecins sur 50 (6%) considèrent que l'hôpital fait « souvent » appel à eux.

Figure 7 : La fréquence de l'initiative hospitalière dans la communication ressentie par les MG



- **Les écueils de la communication** (cf question 34)

Six des médecins qui ont ajouté des commentaires libres (n=6/21 soit 12%) recensent trois écueils à la communication avec l'hôpital : l'indisponibilité des médecins hospitaliers et surtout la difficulté à pouvoir les joindre, l'instabilité des correspondants, et la méconnaissance de la pratique de ville par les médecins hospitaliers.

- **La transmission des informations hospitalières** (cf question 11)

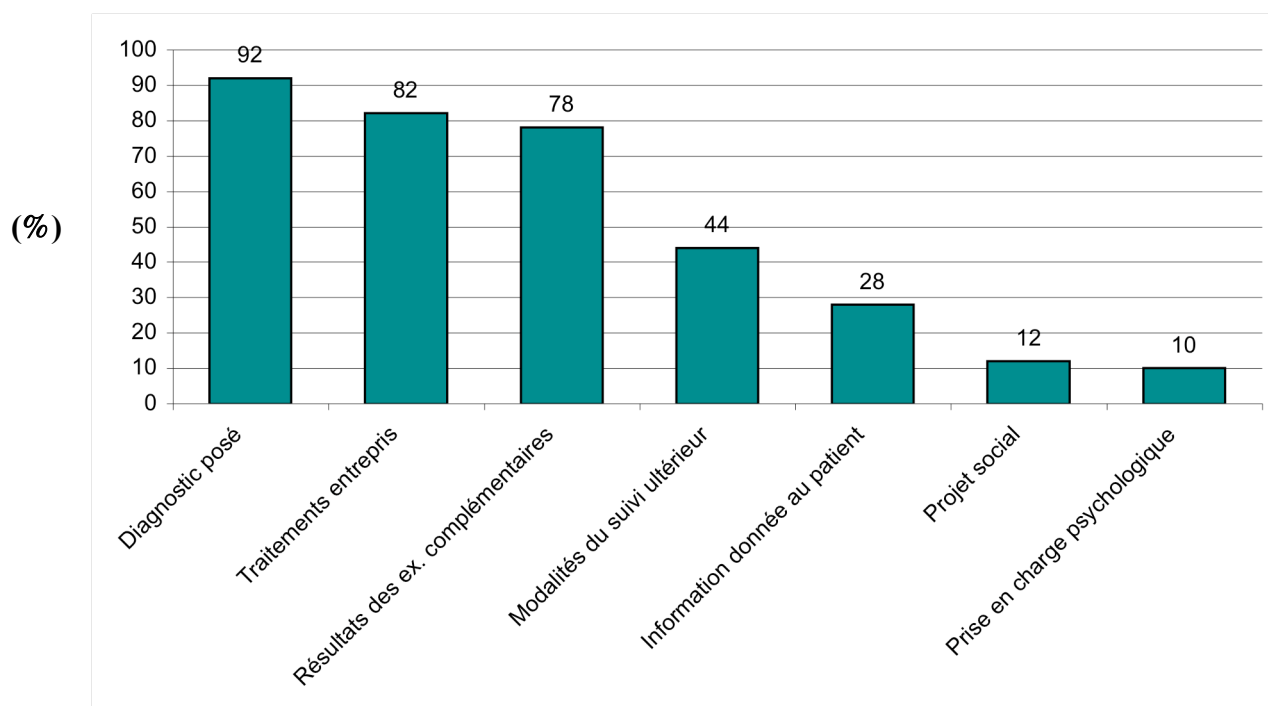
Dans 70% des cas, les informations sont transmises directement de l'hôpital au médecin généraliste. Elles sont remises au patient dans 30% des cas.

4. LE CONTENU DE LA COMMUNICATION

- **Les CRH** (cf question 25)

Les trois éléments jugés explicites pour plus de la moitié de l'échantillon dans les CRH sont : le diagnostic posé, les traitements entrepris, et les résultats des examens complémentaires.

Figure 8 : Appréciation des aspects explicites des CRH par les MG



- **Les examens complémentaires** (cf questions 16, 17, 18, 22)

79% des CRH reçus contiennent des résultats biologiques.

Un seul individu de notre échantillon (n=1) a reçu une copie du tracé de l'électrocardiogramme (ECG) pour des patients à risque « cardio-vasculaire ».

Quant à l'imagerie, pour 80% des médecins interrogés (n=40), elle est conservée par l'hôpital.

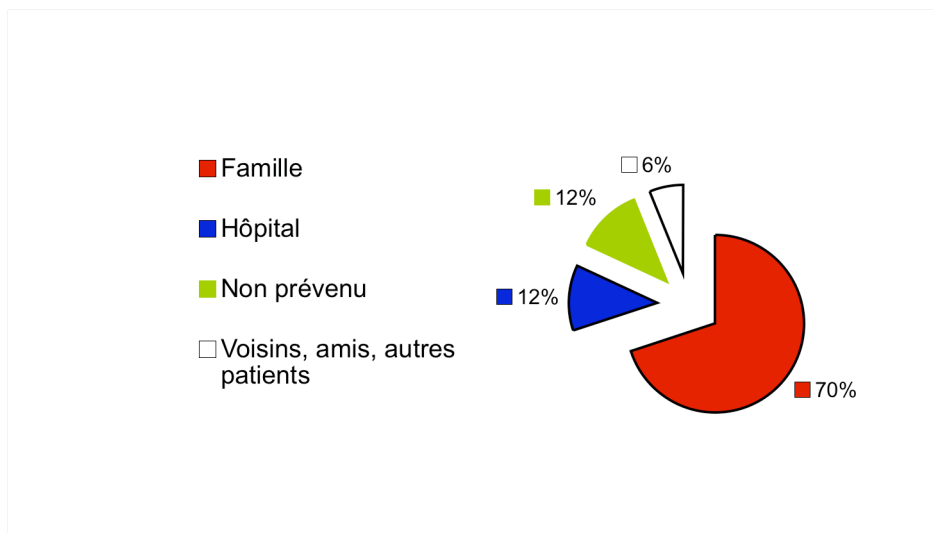
- **La sortie** (cf question 26)

32 praticiens (64%) n'ont pas été prévenus de la sortie de leurs patients. Au mieux, un médecin de l'échantillon (n=1) a été prévenu dans la moitié des cas.

- **Les décès** (cf question 21)

L'hôpital prévient le médecin généraliste du décès de ses patients dans 12% des cas (n=6). C'est pour 70% des décès (n=35) la famille qui annonce la nouvelle au médecin traitant.

Figure 9 : L'origine de l'annonce du décès des patients au MG

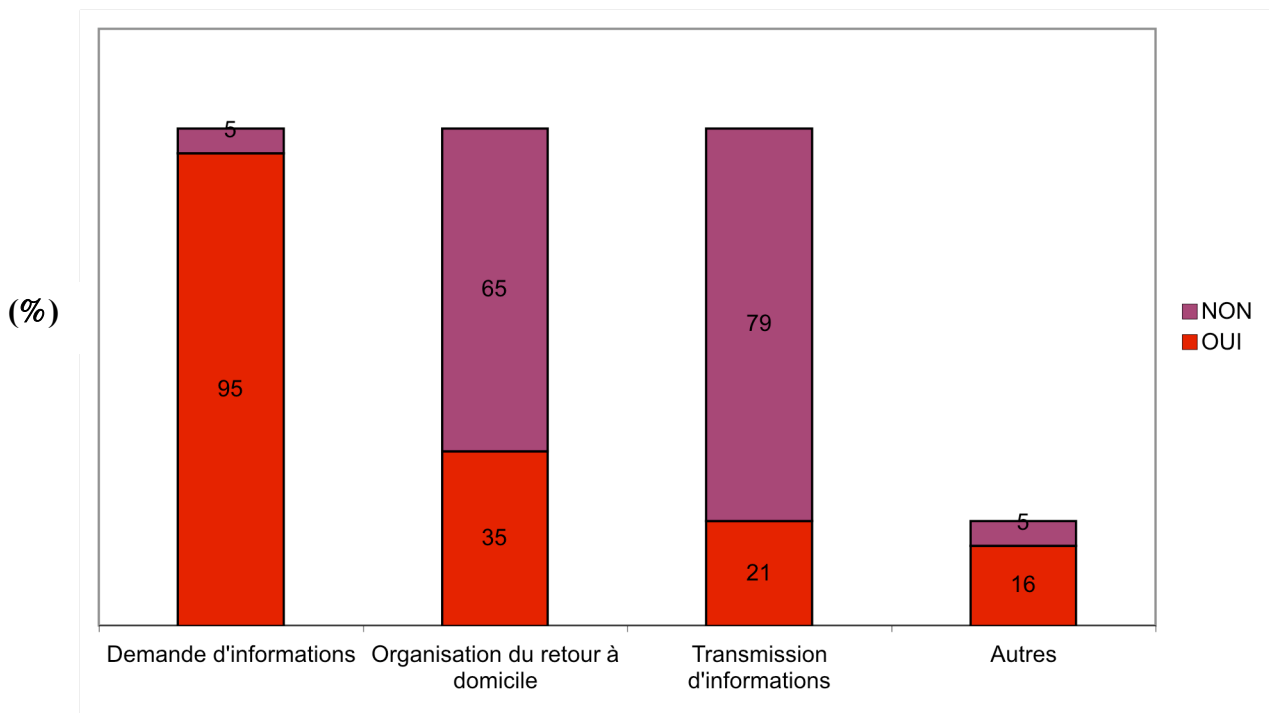


- **Les informations demandées par l'hôpital (cf question 8)**

Lorsque l'hôpital fait appel au médecin généraliste (ce qui concerne 43 médecins sur 50), c'est dans 95% des cas (n=41/43) pour obtenir des informations sur un patient.

Pour 9 de ces médecins (n=9/43 soit 21%), c'était aussi dans le but de leur transmettre des informations sur la prise en charge hospitalière du patient, et pour 35% d'entre eux (n=15/43) afin d'organiser le retour à domicile.

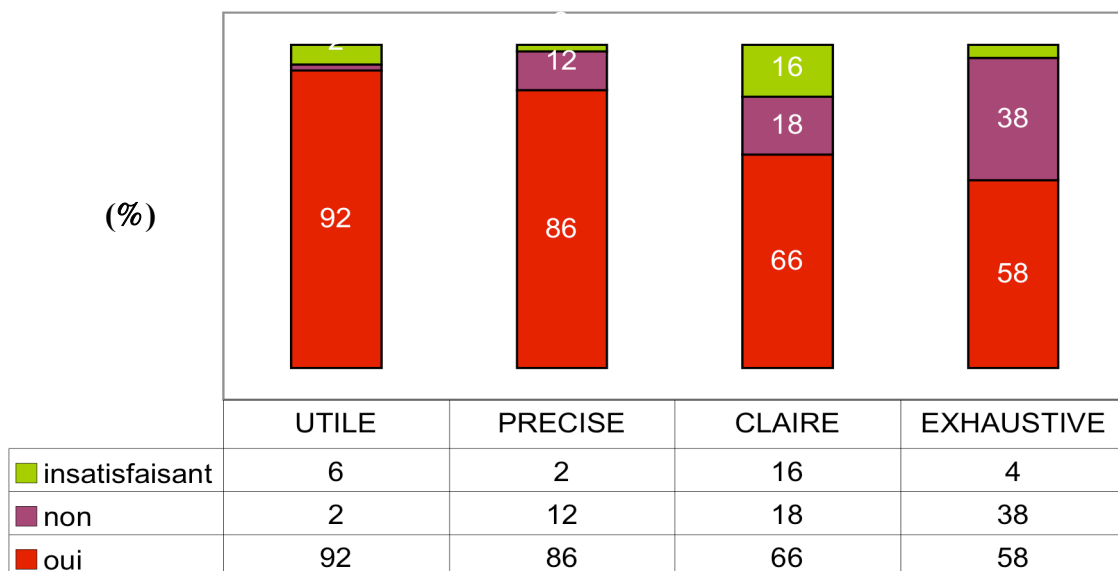
Figure 10 : Les motifs d'appels de l'hôpital aux MG



5. LA NATURE QUALITATIVE DES RELATIONS AVEC L'HÔPITAL

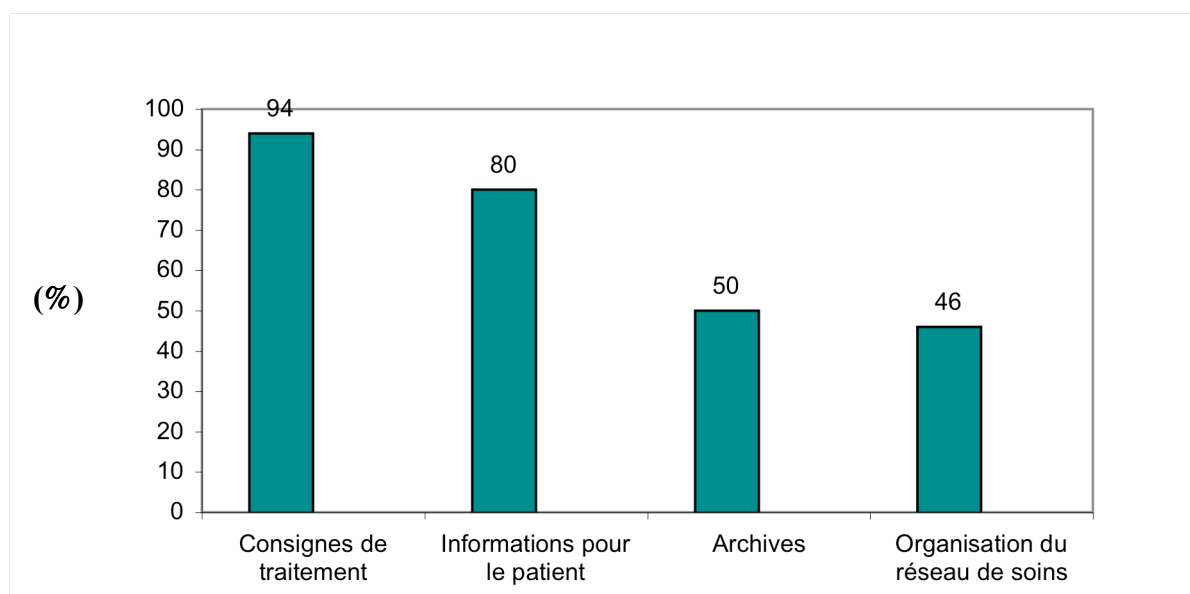
- **La pertinence de l'information hospitalière** (cf question 24)

Figure 11 : Qualifications de l'information hospitalière par les MG



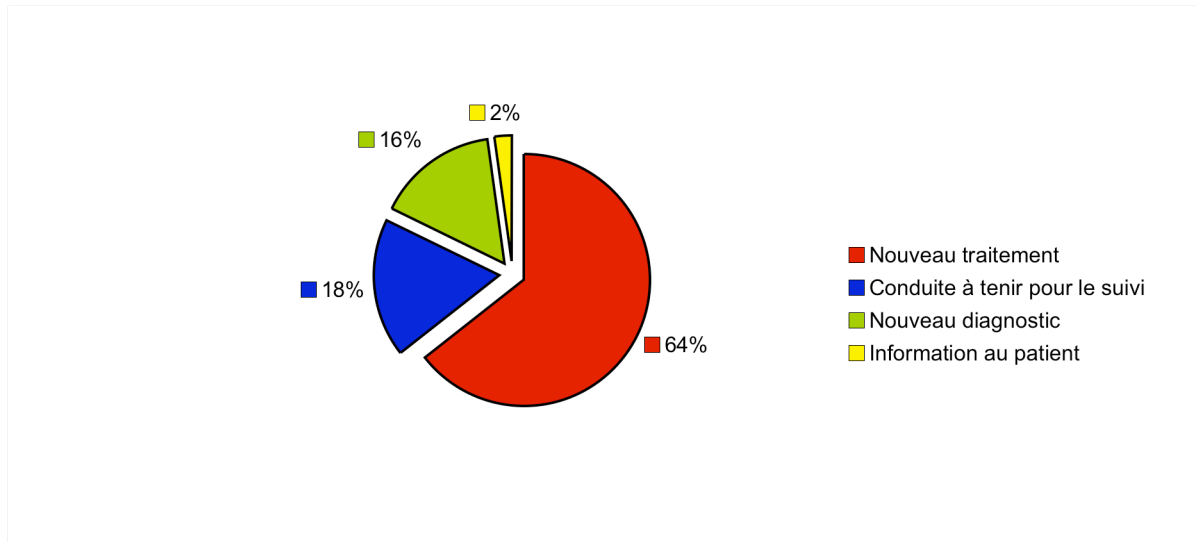
- **La finalité de l'information** (cf questions 22, 23, 29, 30, 31)

Figure 12 : Utilités de l'information hospitalière pour les MG



L'information reçue de l'hôpital modifie la prise en charge du médecin généraliste pour 45 d'entre eux (90%).

Figure 13 : Les modifications de prise en charge consécutives à l'information reçue par les MG



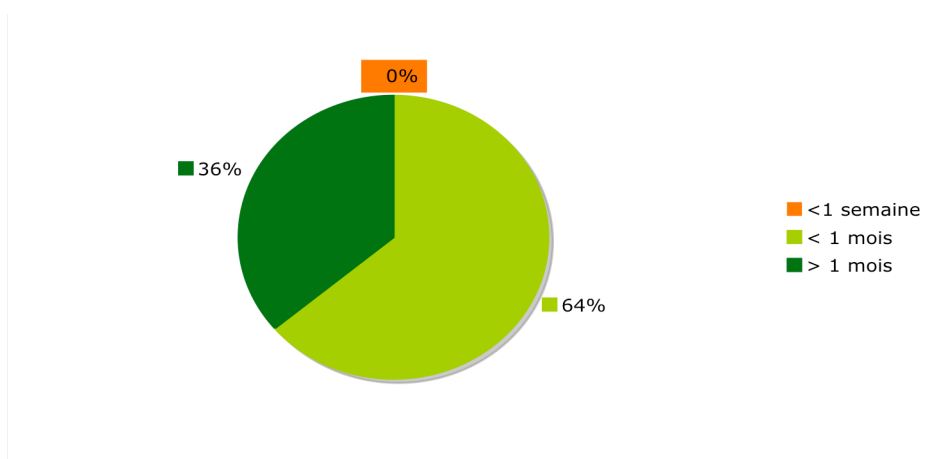
Cette information présente un intérêt didactique et « pédagogique » pour 34 médecins (68%), à qui elle permet d'étendre leurs connaissances sur les pathologies de leurs patients.

33 médecins (66%) déclarent transmettre tous les documents médicaux (CRH, courriers, biologie et ECG) à leurs patients. Sept d'entre eux (14%) transmettent tout sauf les courriers.

- **Le délai de réception des informations provenant de l'hôpital**
(cf questions 27, 28)

32 médecins (64%) reçoivent des informations entre huit jours et un mois après une prise en charge hospitalière. Aucun (n=0) ne reçoit d'informations avant une semaine.

Figure 14 : Délai de réception des informations hospitalières



Ce délai est considéré comme long ou trop long pour 94% de l'échantillon (n=47).

- **Le sentiment de collaboration** (cf questions 9, 32, 33)

Les trois figures suivantes illustrent le sentiment de collaboration des médecins généralistes

Figure 15 : Le sentiment d'association des MG au projet thérapeutique hospitalier de leurs patients

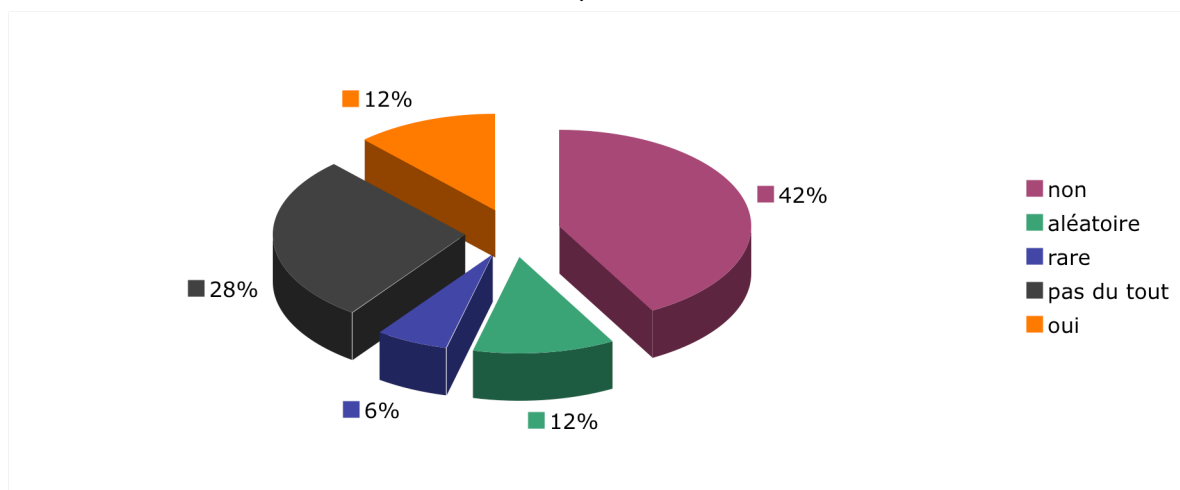


Figure 16 : La qualification par les MG de leurs relations avec l'hôpital

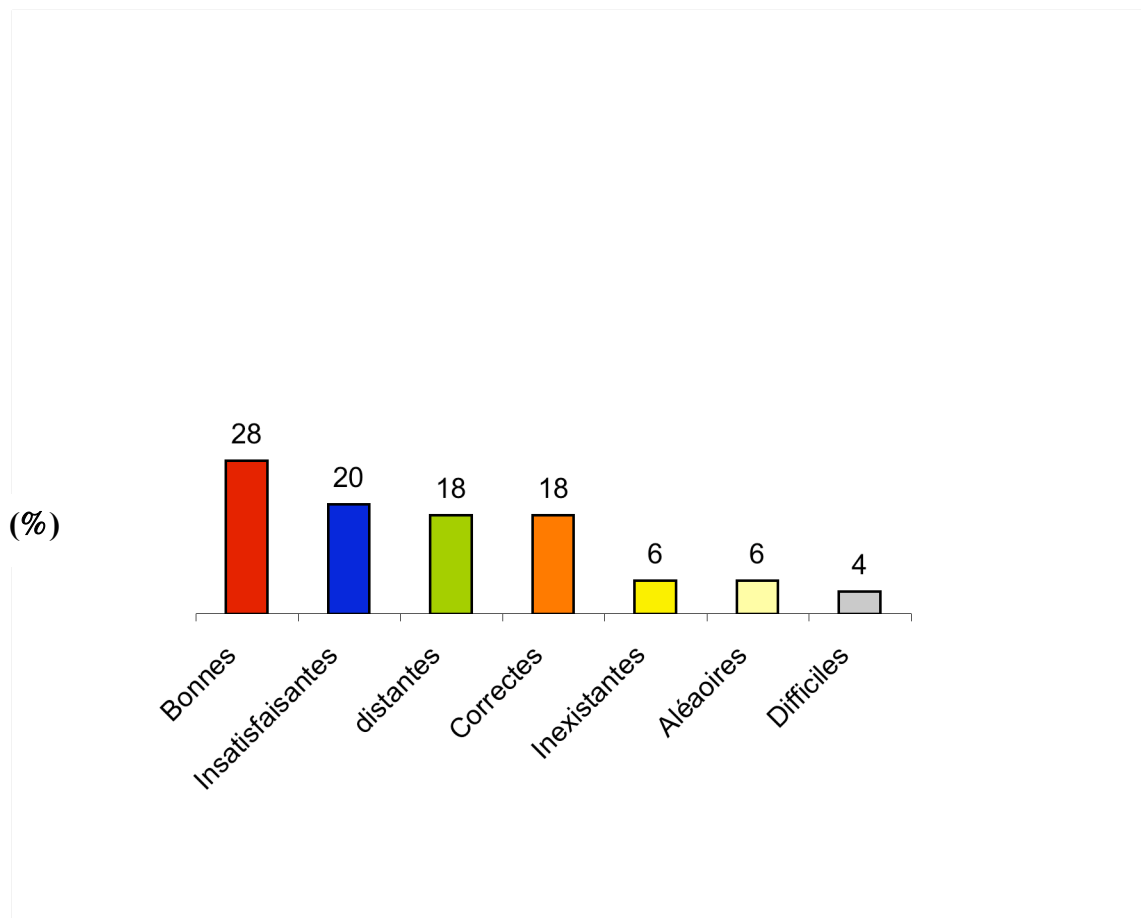
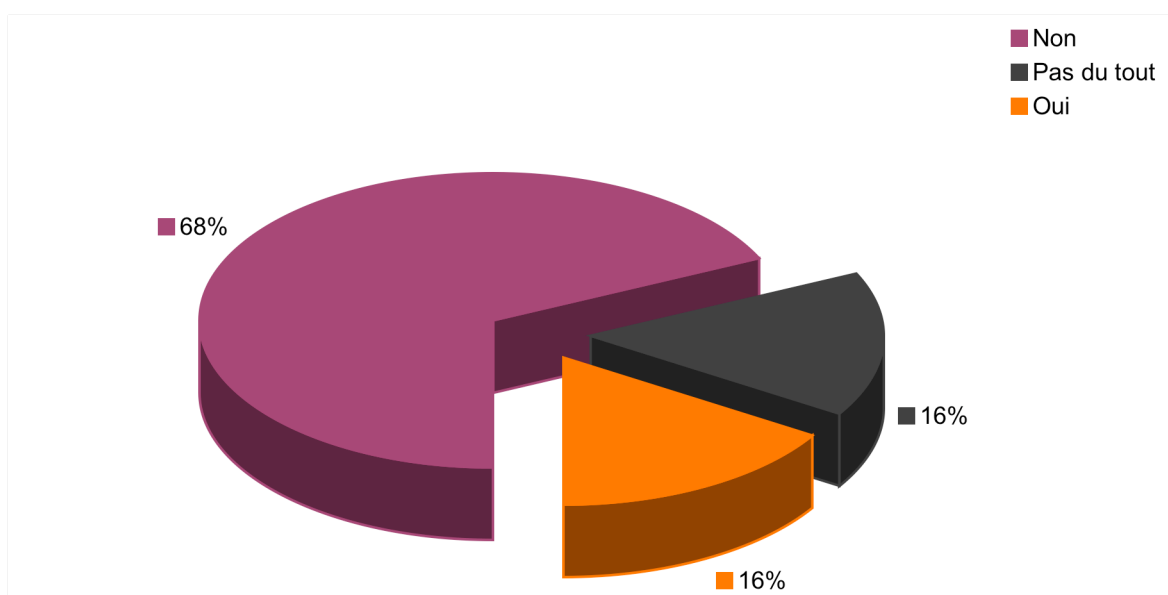


Figure 17 : Le sentiment d'exercer le même métier que leurs collègues hospitaliers



DISCUSSION

Le déroulement de l'étude, réalisée sous forme d'entretien au cabinet des médecins généralistes a permis d'obtenir 100% de réponses au questionnaire au sein de l'échantillon constitué. Le choix du déplacement sur place apparaît comme un gage d'exhaustivité en terme de données. Un travail de thèse similaire portant sur les relations entre médecine de ville et médecine hospitalière réalisé en 1997 à l'appui de questionnaires envoyés par courrier postal à des médecins généralistes mentionne un retour de 27% des questionnaires, malgré l'accord téléphonique préalable des médecins.¹⁰

L'échantillon interrogé est relativement homogène dans son profil et dans ses réponses car on observe peu de dispersion.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la quantité d'informations reçues par les médecins généralistes venant de l'hôpital. Les résultats de l'enquête sont à cet égard plutôt satisfaisants. On a vu que, toutes natures confondues, les MG évaluent à 77% le retour d'informations lorsqu'ils adressent un patient à l'hôpital. Ce chiffre est d'ailleurs supérieur à l'ensemble des articles consultés sur le même sujet. Une enquête postale réalisée en 1973 auprès de 529 MG dans l'est de la France affiche un retour d'informations de 65%.²⁶ L'étude menée à Paris en 1997 rapporte un retour de 55%.¹⁰ Plus récemment, une enquête conduite par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Ile de France montre que seulement 52% des MG ont reçu un CRH après une hospitalisation.²⁷ Ces observations sont encore plus inquiétantes à l'étranger. Une étude rétrospective sur 569 dossiers d'un hôpital public général au sud de l'Australie et auprès de 20 correspondants généralistes de cet hôpital, décrit un système inefficace avec 27% de CRH reçus par ces derniers.²⁸ Au Canada, une étude du même type réalisée sur 135 dossiers de deux services de médecine interne à Ottawa et auprès des médecins traitants référencés a montré un retour de 40% de CRH.²⁹

Si nos résultats sont plutôt satisfaisants en terme quantitatif, on constate cependant que le taux de retour d'informations diffère selon le motif de recours à l'hôpital. La figure 2 (p. 17) illustre bien ces différences. C'est lors d'une consultation spécialisée que le retour est le plus important (90%), probablement parce qu'il s'agit alors d'un dialogue entre deux praticiens identifiés, le médecin généraliste et le spécialiste hospitalier. D'une part, un interlocuteur exclusif assure une communication moins anonyme que face à un service entier. Et d'autre part, l'identification de l'interlocuteur est fondamentale à la qualité de la communication. C'est ce que montre le maigre retour d'informations (38%) lorsque le médecin généraliste n'est pas à l'initiative de l'adresse à l'hôpital, et donc non identifié, comme c'est le cas lors d'une hospitalisation via le SAMU ou un médecin urgentiste. La récurrence de la communication semble également un gage d'exhaustivité de l'information transmise : 82% des médecins déclarent recevoir des éléments sur la prise en charge hospitalière dans plus d'un cas sur deux lors d'un suivi chronique. En fait, il apparaît en pratique que chaque service a sa propre politique de communication, et que la qualité de la transmission de l'information aux médecins généralistes est fondamentalement liée à la personnalité et à l'impulsion du chef de service.³⁰

Notre étude met également en évidence un retour d'informations qui n'est pas homogène dans son contenu. La nature de l'information transmise est essentiellement formelle et proprement informative.

Le support de la communication est le CRH, envoyé par courrier postal. Ce CRH fournit des informations explicites sur 3 points : les examens complémentaires, le diagnostic, et les traitements. Cette information est qualifiée d'« utile » par la majorité des médecins ; elle leur permet d'informer les patients (ce qui semble être un aspect manquant à la prise en charge hospitalière), et de suivre les consignes de suivi et de traitement. Le médecin généraliste est donc à la fois interprète et exécutant de l'information venant de l'hôpital. Or, 42% de notre échantillon considèrent celle-ci comme pas ou pas assez « exhaustive » (cf fig. 11). En effet, l'imagerie et les ECG demeurent propriété hospitalière. Et par ailleurs, des champs

entiers de la prise en charge d'un patient n'apparaissent pas de façon explicite dans les CRH : l'information donnée au patient, la prise en charge psychologique, le projet social, et les modalités du suivi ultérieur. Ces critiques sur le manque d'exhaustivité des CRH ont déjà été formulées dans d'autres études.^{10,31}

Ces éléments restent, culturellement, du domaine de la ville.

La sortie d'hospitalisation, qui se traduit le plus souvent par un retour à domicile du patient, implique un relais des soins par le médecin généraliste en ville. Or, on a vu que 64% des médecins de notre échantillon ne sont pas prévenus de la sortie de leur patient. Et ces données sont malheureusement largement partagées. L'enquête de 1997 à Paris rapporte l'existence d'une lettre de sortie dans 31% des cas.¹⁰ Plus récemment, l'étude réalisée par l'URML auprès de 109 médecins d'Ile de France montre qu'ils ont été prévenus de la sortie de leur patient dans seulement 23% des cas.²⁷ Une autre enquête de ce même organisme auprès de 1537 MG conclut dans ses recommandations à la nécessité d'organiser la sortie dès l'admission, « pour une meilleure collaboration » entre l'hôpital et les médecins généralistes.³² Pourtant, la réglementation est précise sur l'organisation de cette sortie d'hospitalisation.

Le code de déontologie précise les conditions de la nécessaire continuité des soins :

« Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. »³³, et

« Le consultant (...) doit donner [au médecin traitant] toutes les informations nécessaires pour le suivi du patient. »³⁴

Le Code de la Santé Publique légifère l'organisation de la sortie et le contenu du dossier médical :

« A la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné »³⁵

« Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé (...) et contient au moins les éléments suivants : (...)

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (...) »³⁶

L'ANAES a publié elle aussi des recommandations en précisant les conditions de la continuité des soins:

« Chaque contact avec l'établissement doit conduire à un compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation. (...) La structuration peut être la suivante : (...)

- mode de sortie, y compris la date et l'heure de sortie (...)
- traitement de sortie
- suite à donner (...)

Ce compte-rendu est indispensable au médecin correspondant et au médecin hospitalier pour la prise en charge ultérieure du patient.(...) »¹⁶

Le décès, autre événement majeur de l'hospitalisation, est lui aussi peu relayé. Au sein de notre échantillon, l'hôpital n'a prévenu le médecin généraliste du décès de ses patients que dans 12% des cas. Il n'existe pas de texte législatif précis à ce propos. Seul le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) recommande dans ses commentaires au Code de Déontologie, de prévenir téléphoniquement le médecin traitant du décès d'un de ses patients.³⁷ Selon une enquête téléphonique réalisée en Irlande en 2000 auprès de MG à propos de l'information reçue lors du décès de leurs patients à l'hôpital, 75% d'entre eux n'étaient pas satisfaits, parce qu'ils n'avaient pas été prévenus, ou par la façon dont ils l'avaient été.³⁸

Notre étude a également exploré l'aspect qualitatif de la communication entre l'hôpital et les médecins généralistes. C'est vraiment à ce niveau que se concentrent les difficultés.

D'abord, les MG décrivent une communication dont le sens et l'initiative sont unidirectionnels, et qui ne peut être satisfaisante. Ils affirment rédiger systématiquement un courrier lorsqu'ils adressent un patient à l'hôpital. Les

informations qu'ils reçoivent de l'hôpital sont perçues comme un retour, une réponse, mais comme nous l'avons vu, l'hôpital prend rarement l'initiative de la communication. L'enquête de 1973 auprès de 529 médecins généralistes dans l'est de la France mettaient en évidence les dysfonctionnements ressentis de la communication avec l'hôpital.²⁶ Deux tiers des praticiens ne recevaient jamais d'informations les avertissant de l'hospitalisation de leur patient, 70% d'entre eux n'étaient jamais contactés par l'hôpital en cours d'hospitalisation, alors que 84% de l'échantillon déclaraient souhaiter être associés aux décisions graves. Les auteurs concluent leur étude en affirmant « qu'il n'existe pas en réalité de profond malaise entre médecine praticienne et médecine hospitalière », mais mettent en évidence un « défaut relationnel, une frustration de la communication ». Une étude réalisée en 1993 auprès de généralistes girondins rapporte la plainte d'une « absence de réciprocité de la part de l'hospitalier ».³⁹

Or, la législation est très claire sur le sens de la communication. En cas d'hospitalisation, « les établissements (...) sont tenus d'informer par lettre le médecin (...) de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. ». Ensuite, en cours d'hospitalisation, c'est bien au médecin généraliste de « manifester le désir d'être informé sur l'évolution de l'état » de son patient, et de « faire une demande écrite auprès du chef de service afin que celui-ci lui communique toutes les informations relatives à l'état du malade ».⁴⁰

En fait, les MG ont peu de contacts directs avec leurs collègues hospitaliers, et surtout ils sont une grande majorité (70%) à ne pas se sentir associés au projet thérapeutique de leurs patients lorsque ceux-ci sont hospitalisés. On rejoint la définition que donne un sociologue spécialiste de la profession médicale : « une juxtaposition de petits cercles de médecins intérieurement homogènes et déconnectés les uns des autres. ».⁴¹ Or, le Code de Déontologie stipule clairement cette nécessaire collaboration et le devoir pour les médecins hospitaliers d'associer le médecin traitant aux « décisions essentielles ».⁴²

Mais l'absence de sentiment de collaboration est aussi lié à l'absence de pouvoir décisionnel du MG à l'hôpital : il n'a pas droit de cité lorsqu'un de ses patients est

hospitalisé, mais surtout il n'a pas la possibilité d'hospitaliser directement ses patients. C'est probablement pour cette raison que le recours à l'hôpital pour le motif « hospitalisation » apparaissait le moins fréquent pour notre échantillon. La désignation d'un référent hospitalier chargé de la communication avec les MG serait peut-être une solution à une collaboration plus fructueuse.³²

L'appréciation des MG apparaît en fait assez partagée et cela s'illustre notamment par la façon dont ils qualifient leurs relations avec l'hôpital : « bonnes » pour 28% d'entre eux, suivi de « insatisfaisantes » pour 20% et « distantes » pour 18%. En fait, le sentiment qui domine, c'est celui de ne pas exercer le même métier que leurs collègues hospitaliers pour 84% des MG interrogés. Un élément qui participe très probablement à maintenir un fossé entre ces deux populations médicales, et à brouiller leur communication.

Enfin, le délai de réception des CRH apparaît comme un ultime dysfonctionnement. Notre enquête révèle un délai ressenti comme long ou trop long par 94% de l'échantillon. Dès 1973, c'est l'élément qui est mis en cause dans les difficiles relations avec l'hôpital pour 92% des médecins interrogés.²⁶ La loi a d'ailleurs fixé un délai légal de huit jours maximum pour que le CRH parvienne au médecin traitant.³⁵ L'ANAES inscrit également cette notion de délai dans ses critères d'accréditation.¹⁶ Or, l'enquête 2006 de l'URML-Ile de France a montré que seuls 33% des CRH étaient parvenus à temps.²⁷ Pourtant, la rapidité de transmission de l'information est sans aucun doute un critère déterminant de la qualité de la communication.⁴³

À l'issue de notre étude, on peut recenser une liste d'écueils à la communication avec l'hôpital selon les MG interrogés :

- méconnaissance de la pratique de ville par les médecins hospitaliers ;
- sensation d'une communication unidirectionnelle ;
- indisponibilité des correspondants hospitaliers ;
- instabilité des correspondants hospitaliers ;
- absence de coordination pour la sortie des patients ;
- lenteur de la transmission de l'information ;
- incomplétude de l'information hospitalière.

Actuellement, deux solutions législatives viennent pallier les difficultés du lien entre l'hôpital et la ville.

D'une part, le « dispositif » du médecin traitant, instauré par la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, qui précise l'ensemble de ses missions, et notamment celle de « favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel ». ^{44,45} Le médecin traitant, qui est le plus souvent un médecin généraliste, devient ainsi le coordinateur du parcours de soins, et le référent qui concentre les informations médicales. L'interlocuteur est donc clairement identifié. L'ANAES inclut d'ailleurs la mention des coordonnées du médecin traitant dans ses recommandations quant à la tenue du dossier médical. ¹⁶

Le DMP est l'autre élément majeur de la dernière réforme de l'Assurance Maladie, désormais inscrit dans le Code de la Sécurité Sociale. ⁴⁶ L'objectif principal de cette réforme est de favoriser la coordination des soins grâce au développement du partage des informations médicales, tout en donnant au patient la maîtrise de l'accès aux données le concernant. Il désigne les professionnels pouvant ou non consulter son dossier. Il peut aussi limiter l'accès à certains documents. Ce DMP résultera de la signature d'un contrat entre le patient et le médecin traitant. Les données du DMP seront hébergées sur des sites spécialisés, et la communication se fera par voie électronique, via la carte vitale du patient et la carte professionnelle de santé du praticien. Au-delà des CRH, les établissements dont les systèmes

d'information le permettent pourront adresser des comptes-rendus de consultation, de passage aux urgences, d'examens, ou tous autres types de documents utiles à la coordination des soins, y compris des images.⁴⁷

Or, contrairement à la plupart des projets étrangers, l'objectif n'est pas de mettre en place un dossier exclusivement partagé entre les professionnels de santé, mais davantage un dossier géré par le patient lui-même.⁴⁸ Car si on constate un problème relationnel entre l'hôpital et les MG, il ne faut pas oublier que l'intérêt essentiel d'une circulation correcte de l'information médicale est d'assurer une meilleure prise en charge du patient. Cela exige une disponibilité de cette information, notamment dans les situations les plus aiguës. On peut rappeler ici les travaux cités en introduction, lors d'interventions en urgence au domicile des patients. Dans la première étude, 23% des patients ayant des antécédents d'hospitalisation possédaient un CRH en rapport.²² Dans la seconde, seuls 4% d'entre eux en possédaient un.²³ Dans les deux cas, l'absence d'information est jugée préjudiciable. La circulation fluide et efficace de l'information médicale est donc essentielle à ce qui fait l'objectif commun des médecins, généralistes ou hospitaliers : soigner les patients. Puisque ceux-ci ont désormais le droit d'avoir accès librement à leur dossier médical, il semble logique qu'ils soient les premiers destinataires de l'information les concernant, afin d'en assurer une disponibilité immédiate. Le DMP promet de répondre à ces conditions, puisque le patient « portera » avec lui son dossier médical, dans sa carte vitale.

Enfin, « la mise à disposition dès la sortie du patient de documents consultables par le médecin correspondant de ville va modifier la relation entre le médecin hospitalier et leurs correspondants et devrait favoriser le développement de réseaux de soins, souvent plus virtuels que réels aujourd'hui. »⁴⁸ Le DMP apporte donc une assurance d'exhaustivité de l'information et de rapidité de la transmission, qui devrait améliorer la qualité de la communication et la satisfaction de ses protagonistes. C'est en tous cas ce qu'a montré une étude par questionnaire électronique réalisée aux Pays-Bas auprès de médecins généralistes.⁴⁹ En fait, la plupart des pays développés mettent en place ce type de système d'échange de l'information médicale. Au Danemark, l'instauration du DMP s'est faite dès 1996 et on compte actuellement

près de 2,5 millions de courriers électroniques mensuels entre professionnels de santé.⁵⁰ En Angleterre, un programme d'informatisation du secteur médical a débuté dès 1998, avec notamment la transmission électronique des prescriptions médicales vers les officines pharmaceutiques, et devrait aboutir en 2010 à un dossier médical informatisé unifié.⁵¹ Aux Etats-Unis enfin, différents programmes de DMP sont déjà actifs, et devraient concerner la moitié des américains en 2013.⁵²

Compte-tenu du nombre limité de médecins interrogés, cette étude ne prétend pas être représentative à l'échelon national.

D'après les données du Ministère de la santé⁵³, l'âge moyen des MG d'Ile de France est de 49 ans, et ce sont majoritairement des hommes (56%). Et selon les résultats du recensement effectué par le CNOM en janvier 2005, notre échantillon équivaut à 0,05% de la population des médecins généralistes de Paris, et 1,5% de celle de la Seine Saint-Denis.⁵⁴ La taille de l'échantillon constitue donc une limite incontestable à cette étude, et ne nous permet pas de comparer ou d'établir une possible représentativité de cet échantillon vis-à-vis de la population entière. Toutefois, on observe une cohérence certaine des résultats au sein de cet échantillon.

Par ailleurs, l'objectif de cette enquête était d'évaluer le ressenti d'une catégorie de la population médicale et à ce titre elle ne permet qu'une estimation de la réalité et manque probablement de précision et de données chiffrées. Le choix d'une étude de type prospectif à l'appui de dossiers identifiés précisément apporterait probablement des résultats plus rigoureux.

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une étude préliminaire et nous fournit néanmoins l'occasion d'une réflexion, tout au moins locale, sur l'état des relations entre l'hôpital et la ville à travers la circulation de l'information médicale : une esquisse du lien complexe qu'entretiennent ces deux institutions médicales.

CONCLUSION

La communication entre l'hôpital et la ville apparaît empreinte de difficultés. A l'issue de ce travail et d'une revue de la littérature sur le sujet, les difficultés semblent doubles.

D'une part d'ordre logistique sur le contenu de l'information reçue par les généralistes, et sur le délai de leur réception. De ce point de vue, l'institution en cours du DMP coordonné par le médecin traitant semble une solution adaptée.

D'autre part, les difficultés apparaissent d'ordre culturel. La quantité d'informations ne peut suffire à l'élaboration d'une communication de qualité entre ces deux pôles : « trouver une solution technologique à la communication des données ne suffit pas. La qualité de l'information transmise doit faire l'objet d'une attention particulière ».¹³ Il faut travailler sur le sentiment de collaboration entre médecins de ville et médecins hospitaliers, afin de mettre en place une prise en charge réellement globale des patients. Les MG doivent être intégrés davantage à la communauté hospitalière pour structurer de véritables réseaux, centrés sur les patients.

REFERENCES

- 1 Imbert J. Les hôpitaux en France. PUF. Paris. 1994, 6^e édition.
- 2 Candille M., Les soins à l'hôpital en France au XIXe siècle. Bulletin de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux. 1974 ; 28.
- 3 Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. Journal Officiel du 27 avril 1943.
- 4 Raynaud P., Veuret L., et al. 1945-1995, un demi-siècle de vie hospitalière. Techniques hospitalières. 1995 ; 600 : 22-59.
- 5 Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.
- 6 Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal Officiel du 3 janvier 1971.
- 7 Villey F. La réforme hospitalière : loi 70-1318 du 31.12.1970. Notes et études documentaires. La Documentation Française. 1980 ; 31 : 4370-1.
- 8 Article 2. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal Officiel du 3 janvier 1971.
- 9 Article 27. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal Officiel du 3 janvier 1971.
- 10 Penot C. Relations entre médecine de ville et médecine hospitalière, enquête à proximité de l'hôpital Saint Louis. Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de médecine Necker-Enfants malades. 1997 ; 105
- 11 Bodo O., Fourcade A. Amélioration des relations médecine de ville / AP-HP. Rapport AP-HP. 1990.
- 12 Ogrizek M., Guillery JM., Mirabaud C. La communication médicale. PUF, Que sais-je. Paris. 1996 : 102-9.
- 13 Fieschi M., Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 2003.
- 14 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel du 5 mars 2002 ; 54 : 4118

- 15 Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal
Officiel du 17 août 2004 ; 190 : 14598.
- 16 Dossier du patient: amélioration de la qualité de la tenue et du contenu.
Règlementations et recommandations. ANAES. 2003.
- 17 L'état de santé en France en 2003, Direction de la Recherche, des Etudes, de
l'Evaluation et des Statistiques (DREES), Etudes et résultats, Ministère de la
Santé et des Solidarités. 2005 ; 436.
- 18 Devevey J., Lelu D., François I., Blettery B. Communication du dossier médical
aux patients. Analyse de 52 demandes. Presse Med. 2006 ; 35 : 39-43.
- 19 Lapostolle F., Chafai M., Leclercq G., Carré M., Fauconnier V., Fleury M.,
Lapandry C., Cupa M., Adnet F. Impact de la loi du 4 mars 2002 relative aux
droits des malades sur les demandes d'informations médicales reçues au Samu
93. Ann Fr Anesth Réanim. 2004 ; 23 : 465-7.
- 20 Daucourt V., Pourin C., Tricaud-Vialle S., Prevost J., Tesniere C. Accès au
dossier médical, caractéristiques et motifs des demandeurs. Presse Med.
2005 ; 34 : 1220-8.
- 21 Stephen E. R., Chen-Tan L. The effects of promoting patient access to
medical records : a review. J Am Med Inform Assoc. 2003 ; 10 : 129-38.
- 22 Dhissi G., Desmaizières M., Crocheton N., Thomas P., Lenoir G., Lapostolle F.,
Adnet F., Galinski M. Dossier médical : ce qui est accessible au domicile des
patients ayant des antécédents d'hospitalisation ? JEUR 2005 ;18 :1585-190.
[résumé]
- 23 Crocheton N., Desmaizières M., Thomas P., Lapostolle F., Adnet F., Galinski M.
Visite médicale en urgence : l'hôpital « thésaurise » les informations
médicales de ses patients. JEUR 2005 ; 18 : 1585-191. [résumé]
- 24 Elder N. C., Hickner J. Missing clinical information. JAMA. 2005 ; 293 : 617-
9.
- 25 Smith P. C., Araya-Guerra R., Bublitz C., Parnes B., Dickinson L. M., Van Vorst
R., Westfall J. M., Pace W. D. Missing clinical information during primary care
visits. JAMA. 2005 ; 293 : 565-71.

- 26 Laxenaire M., Schmitt D., Mur JM. Relations de l'omnipraticien avec l'hôpital. *Gestions Hospitalières*. 1973 ; 131 : 1407-18.
- 27 Dormard C., Clavero J. La continuité des soins en ville après une hospitalisation, URML Ile de France. 2006.
- 28 Wilson S., Ruscoe W., Chapman M., Miller R. General practitioner-hospital communications : a review of discharge summaries. *J. Qual Clin Practice*. 2001 ; 21 : 104-8.
- 29 van Walraven C., Weinberg A. L. Quality assessment of a discharge summary system. *Can Med Assoc J*. 1995 ; 152 : 1437-42.
- 30 Matillon Y., Spira C., Sepetjan M., Pasquier J. Relations entre médecins de ville et médecins hospitaliers. *Concours Méd*. 1986 ; 108-6 : 389-91.
- 31 Bado W., Williams C.J. Usefulness of letters from hospitals to general practitioners. *Br Med J Clin Res Ed* 1994 ; 1984 :1813-4.
- 32 Ortolan B., Alby M-L. Enquête auprès des médecins généralistes, SROS III - volet médecine, URML Ile de France. 2006.
- 33 Article 45 (article R.4127-45 du Code de la Santé Publique). Code de déontologie médicale. 1995.
- 34 Article 62 (article R. 4127-62 du Code de la Santé Publique). Code de déontologie médicale. 1995.
- 35 Article R. 1112-1. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II, et III du Code de la Santé Publique. . Code de la Santé Publique
- 36 Article R. 1112-2. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II, et III du Code de la Santé Publique. Code de la Santé Publique.

- 37 Conseil National de l'Ordre des médecins, disponible sur :
www.conseil-national.medecin.fr/?url=deonto/article.php&offset=7
(page consultée le 27/01/2006)
- 38 Quinn R., Joyce K. How do general practitioners learn of their patient's
deaths ? *Ir Med J.* 2000 ; 9.
- 39 Guyot J.C., Traverso D. Les médecins généralistes et l'hôpital, *Sociologie
Santé.* 1993 ; 8 : 77-93.
- 40 Article R. 1112-6. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux
dispositions réglementaires des parties I, II, et III du Code de la Santé
Publique. Code de la Santé Publique.
- 41 Friedson E. La profession médicale, Payot, 1984 :118-45.
- 42 Article 63 (article R. 4127-63 du Code de la Santé Publique). Code de
déontologie médicale. 1995.
- 43 van Walraven C., Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge
summaries ? *Am J Med Qual.* 1999 ; 14 : 160-9.
- 44 Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des
médecins généralistes et des médecins spécialistes. *Journal Officiel du*
11.02.05 ; 35 :2275.
- 45 Article L162-5-3. Code de la Sécurité Sociale, Partie Législative. 2005.
- 46 Articles L161-36-1 à L161-36-4 du Code de la Sécurité Sociale, insérés par la
loi n°2004-810 du 13 août 2004, article 3I. *Journal Officiel du* 17 août 2004.
- 47 Circulaire DHOS/E3 n° 2006-281 du 28 juin 2006 relative à la mise en œuvre
du DMP par les établissements de santé. *Bulletin officiel Santé - Protection
sociale - Solidarités.* Ministère de la santé et des solidarités. 2006 ; 7 : 19.
- 48 Letoumelin P., Lepage E. Le dossier médical personnel : point de vue des
hospitaliers. *Flash, AP-HP.* 2006 ; 240 : 2-3.
- 49 Branger P.J., van der Wouden J.C., Schudel B.R., Verboog E., Duisterhout J.S.,
van der Lei J., van Bommel J.H. Electronic communication between providers
of primary and secondary care. *Br Med J.* 1992 ; 305 : 1068-70.

- 50 Lehalle D. Les danois, champions d'Europe de l'échange électronique. Le quotidien du médecin. 24.09.2004.
- 51 Jegou J.J. Rapport d'information fait au nom de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation sur l'informatisation dans le secteur de la santé. Sénat. Rapport n°62, annexe au procès verbal de la séance du 03.11.2005.
Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.pdf>
- 52 De Kervasdoué J. Les projets français à l'aune américaine. Le quotidien du médecin. 11.02.2005
- 53 Sicart D. Les médecins, Estimations au 1^{er} janvier 2005, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), Ministère de la Santé et des Solidarités. 2005 ; 88 : 30-43.
- 54 Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale française, Les spécialités en crise, situation au 1^{er} janvier 2005. Etude 38-2 : 110-2.

Note : L'ensemble des textes législatifs et réglementaires sont disponibles sur le site du Ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/documentation/index.htm>