

Médecine ambulatoire, Médecine hospitalière, Quels liens construire ?

Une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux

Rhône-Alpes

En partenariat avec l'Agence Régionale pour l'Hospitalisation

Rhône-Alpes

et avec le soutien de Sanofi-Aventis

Réalisation de l'enquête : Pascale Gayraud, médecin de santé publique, consultante
et Christian Harzo, sociologue, directeur de l'Observatoire Social de Lyon



en santé publique

3 le Panorama, chemin du Cantonniau
69530 BRIGNAIS
Tel. 04 78 05 74 58
SIRET : 44073545400017 - Code NAF : 741G
N°TVA intracommunautaire : FR53440735454



19, rue d'Enghien
69002 LYON
Tél. 04 78 38 52 00
SIRET : 414 981 829 00016 - Code NAF : 732 Z
N°TVA intracommunautaire : FR66414981829

Médecine ambulatoire – médecine hospitalière, quels liens construire ?

Approche concertée sur 3 territoires rhônalpins

Rapport d'étude
pour

l'Union Régionale des Médecins Libéraux
Rhône-Alpes

Août 2008

Cette étude a été réalisée par :
Pascale Gayraud, médecin de santé publique, consultante
et Christian Harzo, sociologue, directeur de l'Observatoire Social de Lyon

Pascale Gayraud et Christian Harzo remercient tous les médecins ainsi que la coordinatrice du réseau Onco 38 ayant contribué à cette étude pour leur accueil en entretien téléphonique et leur participation active lors des débats.
Leurs apports constituent la base de ce travail.

Que soient remerciées également ici toutes les personnes nous ayant apporté leur concours pour cette étude et notamment les membres du groupe de travail réunis par l'URML autour des Docteurs Jean Derrien, Alain Roeland et Emile Olaya ainsi que Dominique Mochon, assistante à l'URML et Hélène Cordier, documentaliste à l'URML.

Sommaire

1. Problématique	1
2. Objectif	3
3. Méthode	4
1) Travail préparatoire	4
2) Approche sur chaque territoire	4
4. Résultats sur le territoire d'Aubenas	6
1) Description de la zone de soins de proximité d'Aubenas	6
2) Médecins participants à l'étude	7
3) Synthèse des entretiens et du groupe de paroles	7
5. Résultats sur le territoire de Bourg-en-Bresse	14
1) Description de la zone de soins de proximité de Bourg-en-Bresse	14
2) Médecins participants à l'étude	15
3) Synthèse des entretiens et du groupe de paroles	15
6. Résultats sur le territoire de Grenoble	20
1) Description de la zone de soins de proximité de Grenoble	20
2) Médecins participants à l'étude	21
3) Synthèse des entretiens et du groupe de paroles	22
7. Synthèse et conclusion	28
1) Eléments d'analyse communs	28
2) Spécificités par territoire	29
3) Propositions d'amélioration	30
4) Intérêts de la méthode, prolongements possibles	31

1. Problématique

Qu'ils exercent en ville ou dans un établissement hospitalier, les médecins partagent le souci d'une continuité des soins pour leurs patients et le souhait de développer de bonnes relations confraternelles. Dans la pratique, ils ont souvent du mal à faire vivre ce souhait et un fossé persiste entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière. Ce fossé semble même se creuser.

Plusieurs raisons à cela :

- Les médecins hospitaliers ou exerçant en clinique et les médecins de ville travaillent dans des contextes différents, avec de chaque côté des contraintes de plus en plus fortes et souvent une méconnaissance de la réalité de l' « autre » côté. Les hospitaliers doivent respecter les règles et les processus internes de leur établissement, les libéraux ont apparemment plus de liberté mais le cadre de leur exercice a aussi ses contraintes.
- Le contexte d'exercice des médecins est de façon générale plus complexe aujourd'hui : des acteurs plus nombreux interviennent dans la prise en charge des patients, un contrôle plus strict est exercé par les pouvoirs publics, les demandes des patients vont croissant.
- Si leurs études communes rapprochent les médecins hospitaliers et les médecins de ville au début de leur exercice, leur parcours les éloigne ensuite, comme le piédestal sur lequel la société met la médecine hospitalière.
- Si les médecins de ville connaissent le monde hospitalier grâce à leurs études ou à une pratique connexe en hôpital, les médecins hospitaliers ont rarement une connaissance approfondie des conditions de la pratique de ville.
- Il existe aussi une asymétrie de poids entre ces acteurs : le libéral est la plupart du temps isolé tandis que l'hospitalier appartient à un établissement ayant une image valorisée de compétence et de technicité et travaille au quotidien avec une équipe soignante et d'autres médecins de sa structure, partageant ainsi les responsabilités.

Ces questions ne sont pas nouvelles mais elles prennent une acuité plus grande du fait de l'évolution de la démographie médicale et des discussions à l'occasion des Etats généraux de l'organisation des soins. Une mauvaise continuité des soins a des conséquences sur la qualité de la prise en charge et sur son coût comme l'a souligné en début d'année 2008 la Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital animée par Gérard Larcher. Il apparaît donc essentiel de travailler à une meilleure articulation ville-hôpital.

Au quotidien, les relations entre médecins de ville et hospitaliers ont lieu essentiellement à l'initiative du médecin libéral lors de l'hospitalisation d'un patient (et en particulier au moment de son entrée et de sa sortie). Le médecin de ville peut aussi être demandeur d'un avis spécialisé pour un de ses patients. De l'autre côté, le médecin hospitalier est moins directement demandeur. Pourtant l'établissement hospitalier a également intérêt à renforcer ses liens avec le secteur libéral pour différentes raisons : recrutement de patients, adressage adéquat dans les services, désengorgement du service d'urgences.

Le Baromètre des pratiques en médecine libérale de l'URML Bretagne¹ (2004) montre que le souhait principal des médecins libéraux est l'amélioration de la communication avec les médecins hospitaliers autour du séjour des patients.

Les professionnels de ville n'ont pas tous les mêmes relations avec la médecine hospitalière, certains ont développé des liens privilégiés avec un hôpital en réalisant des vacations dans un service par exemple ou en participant à un réseau ville hôpital.

Dans le domaine des urgences différentes modalités d'exercice peuvent rapprocher les médecins libéraux des hospitaliers : vacations au service des urgences, participation à la régulation du Samu, participation à une Maison médicale de garde adossée à l'hôpital ou aux consultations de médecine générale non programmées au sein de l'hôpital.

Un travail réalisé par la FHF² propose encore d'autres pistes pour rapprocher libéraux et hospitaliers :

- Utilisation partagée de locaux ou d'équipement (radiologie, biologie, bloc opératoire...) par le biais de Groupements de coopération sanitaire, de GIE ou de clinique ouverte
- Outils modernes de communication : téléphone, messagerie sécurisée
- Standard téléphonique à l'hôpital réservé aux professionnels libéraux et accueil spécialisé pour permettre une hospitalisation rapide et adéquate
- Annuaire des praticiens hospitaliers
- Organisation de rencontres territoriales
- Participation de médecins libéraux aux projets médicaux de territoire
- Et bien sûr, formation continue et évaluation des pratiques professionnelles

La problématique posée ici a déjà été largement décrite. En Rhône-Alpes, une étude réalisée par le Careps et commanditée par l'URML et l'ARH³ montrait déjà il y a 10 ans ces difficultés. Réalisée selon une approche quantitative, elle concluait sur la nécessité d'approfondir la question sur des territoires aux contextes différents.

¹ Baromètre des pratiques en médecine libérale. Synthèse des résultats « le schéma régional d'organisation sanitaire ». URML Bretagne. G. Levasseur, R. Bataillon, JL Samzun. Septembre 2004

² Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière. Fédération hospitalière de France. Pôle organisation sanitaire et médico-sociale. JC Ducreux, D. Causse. Mars 2007.

³ Etude des relations entre médecine libérale et médecine hospitalière. Approche descriptive. Careps. JP Ferley, E. Da Sylva. URML-ARH. Juillet 1998.

2. Objectif

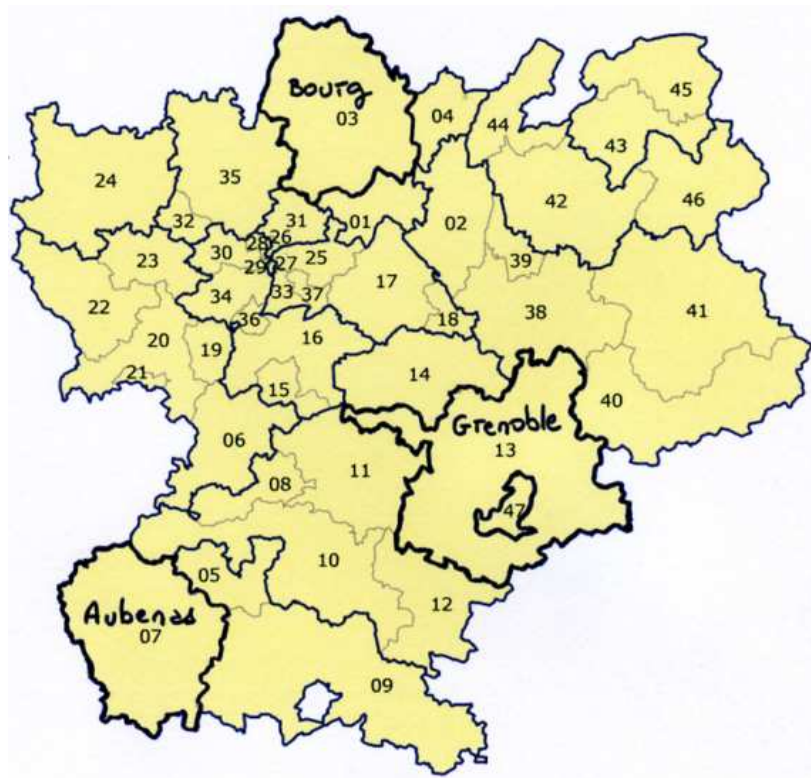
Ce travail fait un focus sur trois territoires rhônalpins aux caractéristiques différentes en terme d'offre de soins, dans l'objectif de comprendre la situation avec les acteurs concernés et d'imaginer avec eux des solutions concrètes.

En faisant se rencontrer sur chaque territoire un petit échantillon de médecins hospitaliers et de médecins ambulatoires dans le cadre de focus groupes et en explorant concrètement avec eux leurs satisfactions et insatisfactions concernant les collaborations ville-hôpital et les solutions pour les améliorer, l'objectif était également de permettre des échanges et d'amorcer une dynamique de progrès sur ces territoires.

En cohérence avec le Schéma régional d'organisation sanitaire, il a été décidé de travailler à l'échelle de zones de soins de proximité. Trois zones de trois départements distincts et aux caractéristiques différentes ont été déterminées :

- La zone de soins de proximité d'Aubenas en Ardèche
- La zone de soins de proximité de Bourg-en-Bresse dans l'Ain
- Et la zone de soins de proximité de Grenoble en Isère

Elles apparaissent sur la carte de Rhône-Alpes ci-dessous.



Carte 1 : les trois zones de soins de proximité de l'étude

3. Méthode

1) Travail préparatoire

Au préalable, en complément du travail réalisé en amont de l'étude, une approche documentaire réalisée avec le soutien du service documentation de l'URML a permis de préparer les entretiens avec les médecins ainsi que les groupes de paroles.

Le groupe de travail réuni par l'URML a été sollicité pour préciser :

- les médecins à solliciter
- la démarche de sollicitation des médecins
- les modalités d'information des établissements hospitaliers concernant l'étude,
- et pour valider les guides d'entretien réalisés

Il a été décidé de recruter sur chaque territoire :

- . 3 médecins généralistes
- . 3 médecins spécialistes à exercice essentiellement ambulatoire
- . 3 médecins hospitaliers exerçant dans un établissement public
- . 3 médecins hospitaliers exerçant dans un établissement privé

Un tirage au sort a été réalisé dans chaque territoire par l'URML. Les médecins ont été sollicités grâce à un courrier explicatif du Responsable de la Commission organisation des soins de l'URML auquel était joint un coupon réponse. Ce courrier était précédé d'un premier contact par téléphone assuré par une assistante de l'URML. La participation des médecins était conditionnée à leur accord pour un entretien téléphonique d'une vingtaine de minutes et à leur participation à la réunion de groupe dont la date avait été prédéfinie (10 juin à Aubenas, 12 juin à Bourg-en-Bresse, 17 juin à Grenoble).

Pour les médecins hospitaliers, un courrier préalable du Responsable de la Commission organisation des soins de l'URML a été adressé aux Directeur et Président de CME de leur établissement.

2) Approche sur chaque territoire

Le travail sur chaque site d'étude s'est déroulé en quatre temps :

1. Description du territoire, notamment en termes d'offre de soins.

La description des territoires a été réalisée à partir d'éléments issus du SROS 2006-2010, des cartes Parthage 2007 des secteurs sanitaires, de données présentes sur le site de l'URCAM et de l'étude réalisée par l'ORS Rhône-Alpes : *Identification des territoires cibles en santé en Rhône-Alpes*, datée d'avril 2007.

2. Entretiens individuels téléphoniques auprès de 12 médecins de différents exercices

Les médecins participant avaient indiqué sur le coupon réponse leurs heures préférentielles de disponibilité. Les entretiens d'une durée de 20 minutes en moyenne ont été réalisés pendant ces horaires ou en cas d'indisponibilité après prise de rendez-vous. Ils se sont déroulés sur une période d'un mois et demi, du 24 avril au 12 juin 2008.

3. Analyse et synthèse des entretiens individuels

Le matériel récolté lors des entretiens individuels a été analysé et synthétisé de façon à décrire les difficultés et réussites des collaborations locales entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers interrogés ainsi que les idées exprimées pour améliorer les relations existantes. La synthèse réalisée a servi d'introduction au groupe de paroles.

4. Réunion de groupe au sein du territoire.

La réunion de l'ensemble des médecins interviewés s'est déroulée en deux temps : présentation de la synthèse des entretiens puis échanges autour de ces résultats. Les discussions ont porté en particulier sur les relations locales entre médecins de ville et médecins hospitaliers, les freins et les facteurs favorisant une bonne collaboration et les solutions concrètes pour développer un travail collaboratif.

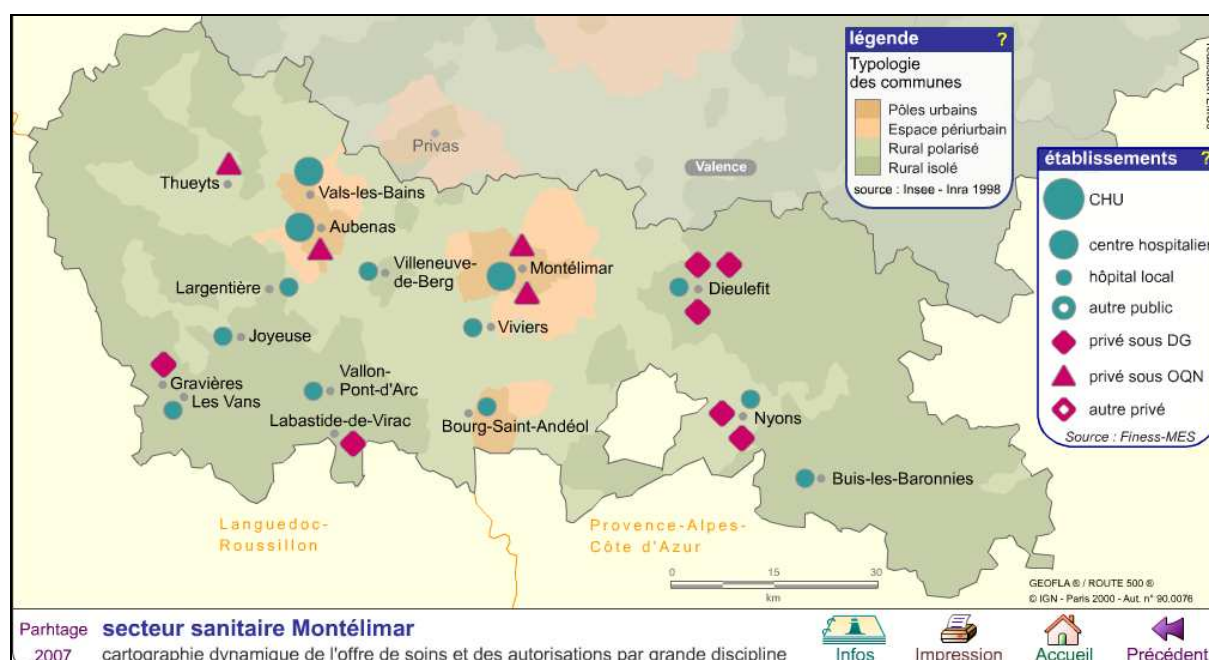
Matériellement, chaque réunion a été organisée autour d'un buffet de 20 heures à 22 heures dans un local neutre, prêté ou loué par la Mairie concernée. A l'issue de la rencontre, certains participants ont parfois prolongé la discussion entre eux.

Les discussions ayant eu lieu au cours de ces réunions sont présentées ci-après en même temps que la synthèse des entretiens pour éviter les redondances. Il est à noter que les résultats exposés représentent l'avis et les ressentis des médecins ayant participé à l'étude. Ils ne doivent pas être lus comme représentatifs de ceux de l'ensemble des médecins du territoire. En revanche, ils sont intéressants à considérer car basés sur une expérience pratique des territoires de médecins se situant à des positions différentes de soins et produits dans un état d'esprit d'ouverture et de recherche d'amélioration de la situation.

4. Résultats sur le territoire d'Aubenas

1) Description de la zone de soins de proximité d'Aubenas

La zone de soins de proximité d'Aubenas se situe dans l'Ardèche, elle occupe la partie ouest du bassin hospitalier de Montélimar). 86 300 habitants (projections INSEE 2005) y résident, dont 11 200 (13%) personnes de 75 ans et plus. Ce territoire se trouve au sud à la limite de la région Languedoc-Roussillon et au nord-ouest il est limitrophe de l'Auvergne. La majeure partie de cette zone de soins de proximité est constituée de zones rurales dont certaines à l'ouest sont montagneuses, impliquant des difficultés d'accès à l'offre de soins.



Carte 2 : établissements hospitaliers du secteur de Montélimar

La zone de soins de proximité d'Aubenas représente approximativement le tiers ouest du secteur

La zone de soins de proximité d'Aubenas est caractérisée par des données de mortalité (indices de mortalité générale, prématurée, par tumeurs et par diabète 1996-2002 par sexe) faibles ou moyennes par rapport à la région à l'exception de la mortalité prématurée chez les hommes, des données de précarité (part des bénéficiaires du RMI, de la CMU pour 1 000 habitants, taux de chômage de longue durée, 31 décembre 2005) défavorables et une part de plus de 75 ans dans la population totale en janvier 2005 élevée. Dans l'étude de l'ORS, cette zone présente l'indice socio-démographique, témoin de la situation sociale, le plus fort de la région, c'est-à-dire le plus défavorable.

En termes d'offre de soins libérale, les données disponibles à l'échelle des zones de soins de proximité sont la part des médecins libéraux en secteur 1 au 30/11/2006, celle-ci est élevée (84%), la densité de médecins spécialistes de proximité par habitant (dermatologie, gynécologie médicale et obstétrique, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale au 30/11/2006), elle est de 23/100 000, comparable à la moyenne régionale et la densité d'infirmiers libéraux pour 10 000 habitants de plus de 75 ans au 31/12/04, elle est égale à 145 et plus forte que la moyenne régionale. D'après la carte de densité des omnipraticiens par canton au 30 juin 2005,

disponible sur le site de l'URCAM⁴, 4 cantons de la zone ont une densité d'omnipraticiens inférieure à 78 pour 100 000, un entre 78 et 90 pour 100 000, 5 cantons entre 90 et 106 pour 100 000 et cinq supérieure à 106 pour 100 000 habitants. La moyenne régionale était de 98 au 31 décembre 2004.

Le Centre hospitalier d'Ardèche méridionale qui regroupe le CH d'Aubenas et le CH de Vals-les-Bains les bains (ronds bleus sur la carte) est le seul établissement public MCO de la zone, il a également une activité de soins de suite et de réadaptation. 438 lits et places y sont autorisés. A Aubenas se trouve également la Clinique chirurgicale du Vivarais (triangle rouge) avec 65 lits et places de chirurgie. Ces établissements participent au pôle de référence du bassin hospitalier. Une particularité de cette zone de soins de proximité est également la présence de 5 hôpitaux locaux.

Les établissements de recours du bassin sont ceux des CHU de Lyon et de Grenoble.

2) Médecins participants à l'étude

33 médecins du territoire ont été sollicités pour participer à l'étude. Sur les 21 refus enregistrés, le manque de temps est le motif le plus souvent invoqué (8 réponses, dont 7 praticiens de la clinique du Vivarais) ; 5 médecins se sont déclarés non concernés du fait de leur spécialité (exemple : homéopathe, acuponcteur) ; les autres refus sont motivés par l'impossibilité de participer au groupe de parole ou simplement le manque d'intérêt pour cette étude (ou pour les études en général). C'est à la clinique que le recrutement a été le plus difficile, ce qui explique la sous-représentation des praticiens hospitaliers privés dans le panel.

Les 12 médecins participants sur ce territoire sont des hommes. Ils se répartissent comme suit :

- 4 médecins généralistes, installés de longue date (de 15 à 28 ans), l'un à Aubenas, les autres entre 25 et 47 kilomètres d'Aubenas. Deux d'entre eux sont installés seuls, les deux autres en association avec respectivement 2 et 3 confrères, en cabinet ou maison médicale.
- 3 spécialistes exerçant principalement en libéral : un endocrinologue exerçant également à temps partiel à l'hôpital de Vals les Bains, un rhumatologue et un gastro-entérologue ; ce dernier effectue des actes techniques à la clinique du Vivarais. Ces spécialistes libéraux sont installés respectivement depuis 39, 22 et 7 ans.
- 4 médecins exerçant au centre hospitalier d'Aubenas : le responsable du service des urgences (qui a été médecin généraliste à Aubenas pendant 10 ans), un chirurgien orthopédiste qui exerce au CH d'Aubenas depuis 6 ans, le responsable du service d'information médicale, également président de CME et un cardiologue exerçant au CH d'Aubenas depuis 5 ans, après avoir exercé pendant 16 ans comme cardiologue hospitalier en Ile de France.
- Un chirurgien exerçant à la clinique du Vivarais (chirurgie viscérale) depuis 13 ans.

Ces 12 praticiens ont été interviewés par téléphone. Deux d'entre eux n'ont pu participer au groupe de parole : un médecin généraliste et le chirurgien orthopédiste.

3) Synthèse des entretiens et du groupe de paroles

Les médecins généralistes estiment avoir une bonne **connaissance de l'offre hospitalière du territoire**, bien que, selon l'un d'entre eux, « *l'hôpital ne communique pas forcément vers l'extérieur* ». L'idée générale est que, sans avoir une connaissance exhaustive, ils disposent des informations dont ils ont besoin pour leur pratique quotidienne.

⁴ www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr

L'opinion des spécialistes installés en ville n'est pas très différente, à ceci près que certains interviennent également en milieu hospitalier (clinique du Vivarais, hôpital de Vals les Bains). L'un des spécialistes interrogés résume ainsi son opinion, proche de celle de ses confrères : « *on finit par avoir une bonne connaissance de ce dont on a besoin dans sa spécialité* ».

Les médecins généralistes ont régulièrement des **contacts avec des médecins hospitaliers** du territoire : de une à plusieurs fois par semaine. L'un d'entre eux précise qu'il est le plus souvent en contact avec des médecins de la clinique du Vivarais, un autre avec le service des urgences du centre hospitalier d'Aubenas.

Les relations des spécialistes de ville avec leurs confrères hospitaliers dépendent étroitement de leur spécialité. Ainsi le rhumatologue n'a pas de relations avec les médecins hospitaliers du territoire car il n'y a pas de service de rhumatologie à Aubenas ; il travaille donc avec des correspondants hospitaliers de Montpellier, Valence ou Lyon. Le gastro-entérologue a surtout des contacts avec des oncologues, de différents centres hospitaliers ou CHU.

Le débat a confirmé que les contacts sont facilités par l'échelle du territoire : « *on se connaît tous* ». Et de fait, les 10 participants au groupe de parole ont constaté qu'ils se connaissaient tous. Ce constat a cependant été nuancé au cours du débat : au-delà de l'effet « taille du territoire », le fait que tous les médecins présents se connaissent relève aussi du fait que « *ce sont toujours les mêmes confrères – hospitaliers comme libéraux – que l'on retrouve* » dans les réunions, les formations, etc. Et une distinction est donc opérée entre les médecins qui s'impliquent dans des démarches collectives et les autres.

Les médecins généralistes ont par ailleurs été amenés, lors des entretiens individuels comme au cours de la rencontre, à nuancer la qualité des contacts qu'ils ont avec leurs confrères hospitaliers : ceux-ci sont « *confraternels, à condition que l'on puisse les joindre...* ». Cette difficulté à joindre directement, par téléphone, un médecin hospitalier concerne les médecins de l'hôpital plus que ceux de la clinique. Elle a fait l'objet d'un débat lors du groupe de parole ; après avoir contesté cette difficulté à être joints par leurs confrères (chaque médecin de l'hôpital ayant un numéro de téléphone personnel direct), les uns et les autres conviennent que ces numéros ne sont pas connus ou ne sont plus à jour. Certains médecins hospitaliers présents au débat reconnaissent par ailleurs qu'ils sont parfois obligés de couper leur téléphone, pour pouvoir simplement « faire leur travail ».

Lorsqu'ils ont besoin d'un **avis complémentaire**, les médecins de ville s'adressent (ou adressent leur patient) le plus souvent à un médecin libéral, sauf si une hospitalisation est nécessaire ou si la spécialité n'existe pas en libéral. L'argument principal qui motive cette préférence est la plus grande réactivité des libéraux, leur disponibilité, la facilité à obtenir des rendez-vous dans des délais raisonnables.

Dans ce domaine, les médecins de ville, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, ont leurs habitudes, fondées sur l'interconnaissance et sur les compétences qu'ils reconnaissent aux confrères auxquels ils s'adressent ou adressent leurs patients. Le choix du patient peut également intervenir dans la décision d'orientation vers un spécialiste en ville ou à l'hôpital. L'argument de la solidarité entre libéraux n'a été évoqué qu'une fois, par un spécialiste pour qui « *faire bouillir la marmite des libéraux* » est une question de principe.

L'hospitalisation d'un patient au centre hospitalier d'Aubenas constitue, pour les médecins généralistes participant à l'étude, un problème crucial. Ce problème concerne les patients dont l'état nécessite – selon le médecin généraliste – une hospitalisation relativement urgente (de l'ordre de 48

heures). Faute de pouvoir joindre directement un médecin hospitalier, les secrétariats proposent des rendez-vous à 10 jours dans le meilleur des cas. L'entrée **par les urgences** devient alors le passage obligé, alors même que les patients ne relèvent pas véritablement d'une situation d'urgence. Les secrétariats des services préconisent eux-mêmes cette solution, mais dans le même temps les généralistes ont le sentiment que le service des urgences leur reproche cette pratique. Les généralistes interviewés regrettent dans leur ensemble qu'il n'y ait pratiquement plus d'admission programmée au centre hospitalier, sauf en pédiatrie et en maternité.

Un autre besoin exprimé par les médecins généralistes est de pouvoir obtenir rapidement (sous 48 heures) un rendez-vous en médecine interne, pour un avis sur des cas complexes. Selon les médecins hospitaliers présents, il devrait être possible de mettre en œuvre une solution permettant de répondre à ce besoin.

A noter que cette question de l'hospitalisation, considérée par les médecins généralistes comme la principale difficulté dans le rapport médecine de ville / médecine hospitalière n'est pas évoquée dans les mêmes termes par les spécialistes libéraux. Ceux-ci en effet ont plus de facilité à entrer en relation directe avec des confrères hospitaliers (et donc à programmer l'hospitalisation de leurs patients) et travaillent avec un plus grand nombre d'hôpitaux (outre le centre hospitalier d'Aubenas et la clinique du Vivarais, les médecins interrogés ont cité les hôpitaux de Valence, Montpellier, Montélimar, Nîmes, Lyon...).

Pendant l'hospitalisation, les médecins libéraux (généralistes) téléphonent parfois aux médecins hospitaliers pour prendre des nouvelles, ou dans des cas particuliers ou complexes. Ces contacts sont souvent établis pour rassurer les familles, lorsque celles-ci ont du mal à avoir des informations sur l'état de santé de leur proche hospitalisé. Les médecins hospitaliers confirment avoir parfois des contacts avec les médecins de ville pendant l'hospitalisation d'un patient, à l'initiative des uns ou des autres. Ces contacts ne font l'objet d'aucune difficulté particulière.

La sortie d'hospitalisation, selon les médecins généralistes, ne pose aucun problème si le patient est dirigé vers un hôpital local ; la coordination se fait dans ce cas entre les surveillantes des services respectifs. Le médecin traitant n'est sollicité qu'en cas de problème particulier. S'il s'agit d'un retour à domicile, les avis divergent selon les médecins généralistes : pour les uns la concertation fonctionne très bien ; d'autres regrettent de ne pas toujours être prévenus du retour d'un patient à domicile. A noter que les spécialistes libéraux ne se considèrent pas concernés par cette question, qui relève selon eux de la compétence du médecin traitant.

Les médecins hospitaliers interrogés sur ce point ont exprimé des avis nuancés. Certains affirment accorder une grande attention aux conditions sociales du retour à domicile (entourage du patient) et à la continuité des soins (observance des traitements) et se concertent pour cela avec le médecin traitant. D'autres ne prennent contact avec le médecin traitant qu'en cas de pathologie lourde, nécessitant une prise en charge complexe. Pour l'un des médecins hospitaliers enfin, la question de retour à domicile concerne la famille, le patient et le cas échéant l'assistante sociale de l'hôpital, mais en aucun cas les médecins.

Les médecins libéraux estiment qu'ils reçoivent de leurs confrères hospitaliers des **informations** satisfaisantes et complètes, **suite à l'hospitalisation** d'un patient. Le délai de réception de ces informations est variable selon les services, mais reste toujours raisonnable. Le support de transmission de ces informations est le plus souvent le courrier traditionnel, parfois le courrier électronique. Seule difficulté soulevée à ce niveau : certains médecins généralistes regrettent de ne recevoir aucune information lorsqu'un de leur patient, adressé aux urgences, n'est pas hospitalisé.

Les médecins hospitaliers confirment la diversité de leurs pratiques en matière de transmission d'information aux médecins traitants. L'un d'entre eux remet systématiquement un courrier en main propre au patient, à l'intention de son médecin ; il veut ainsi éviter « *que le patient s' imagine que les médecins se disent des choses derrière son dos, lui cachent des choses* ». Les autres envoient un courrier au médecin traitant, dans un délai qui varie d'un jour à une semaine. Lorsque le patient est envoyé vers un hôpital local ou autre établissement de soins de suite, le courrier est faxé à l'établissement.

« L'échelle humaine » du territoire facilite **les relations** entre médecins de ville et médecins hospitaliers. Ce constat général n'empêche pas que les opinions sur la qualité des relations soient nuancées. Comme on l'a vu précédemment, ces relations sont entachées par les difficultés que rencontrent les médecins généralistes pour joindre les médecins de l'hôpital. Pour certains médecins libéraux, les relations sont bonnes mais en réalité peu fréquentes. Un médecin hospitalier confirme ce dernier constat, tout en le regrettant : « *on n'a pas le temps de se parler, pas le temps de se connaître... Certes le territoire est petit, mais il y a beaucoup de médecins qu'on ne connaît pas* ». Un de ses confrères va dans le même sens, regrettant que les relations hôpital / ville se limitent à des échanges techniques et « anonymes ». Sur un autre plan, un médecin hospitalier pense que certains libéraux du territoire manquent de confiance, pour certaines pathologies, à l'égard des spécialistes hospitalier d'Aubenas, préférant envoyer leurs patients loin de chez eux dans des hôpitaux plus prestigieux, alors qu'ils pourraient tout à fait être pris en charge à Aubenas.

En ce qui concerne la question centrale de **l'articulation** entre médecine de ville et médecine hospitalière, médecins généralistes, spécialistes libéraux et médecins hospitaliers ont émis des opinions relativement différenciées.

Pour les généralistes, la faille essentielle dans l'articulation entre les deux systèmes réside dans la difficulté à avoir un interlocuteur médical à l'hôpital quand on appelle un service et qu'on se heurte au « *barrage de l'administration* ». Ils déplorent que ce système conduise (cf. plus haut, à propos de l'hospitalisation) à envoyer les patients aux urgences alors que cette orientation n'est ni nécessaire ni pertinente. Les généralistes pointent également un déficit de coordination entre les urgences et les autres services, l'impression étant qu'ils ont tendance à « *se renvoyer la balle* ». Dans un autre domaine, un généraliste souhaiterait que les médecins hospitaliers aient une meilleure connaissance du contexte des patients à leur retour à domicile.

La question des urgences a focalisé une partie des débats lors du groupe de parole. Le responsable du service des urgences confirme qu'il « *passé ses journées à voir des patients pour le motif d'altération de l'état général ou qui viennent pour un bilan et non pour des soins urgents* » ; mais le président de CME reconnaît qu'il y a là « *une problématique pas complètement résolue* », alors qu'un autre spécialiste hospitalier (cardiologue) déclare qu'il préfère que ses patients soient reçus aux urgences, mieux équipées que son service pour une première prise en charge.

Dans le cadre de ce débat, les médecins du centre hospitalier d'Aubenas ont évoqué l'existence d'un service d'hospitalisation programmée à durée déterminée (HPDD), qui pourrait répondre à une grande partie des besoins des médecins libéraux puisque sa vocation est d'hospitaliser les patients pendant 2 ou 3 jours, de façon programmée, pour un bilan. De leur point de vue, ce service est sous-utilisé. Or il apparaît *qu'aucun des médecins de ville présent ne connaît l'existence de ce service*. L'une des difficultés est que ce service HPDD n'a pas de médecin référent. Ce constat renvoie à un problème **d'organisation hospitalière et d'information**.

Toujours sur ce thème de l'articulation, les spécialistes libéraux ont exprimé, lors des entretiens individuels, des opinions diverses, voire divergentes. Pour l'un d'entre eux, la création des médecins hospitaliers à temps plein a produit un divorce définitif entre système hospitalier et médecine de ville. « *Les deux systèmes sont maintenant divergents au lieu d'être convergents... L'hôpital a fabriqué des fonctionnaires enfermés dans leur système...* ». A l'opposé de cet avis très négatif, un autre spécialiste estime que l'offre hospitalière, avec le centre hospitalier et la clinique du Vivarais, est parfaitement adaptée au territoire et que son articulation avec la médecine de ville se fait très bien. Un autre spécialiste enfin pense qu'il faudrait développer davantage de synergies entre le public et le privé (hôpital et clinique).

Sollicités sur cette question de l'articulation ville / hôpital, les médecins hospitaliers ont exprimé différents points de vue. L'un d'entre eux plus particulièrement est interpellé par la question cruciale de l'entrée à l'hôpital par les urgences et se demande si ce système ne mérite pas une remise en question. Pour un autre hospitalier, ce n'est pas tant un problème d'organisation que de représentation : « *Quand on leur dit d'envoyer leur patient aux urgences, ils n'ont pas confiance. Ils pensent que les patients seront vus seulement pas un urgentiste ou un interne et qu'ils ne verront pas de chirurgien, ce qui n'est pas le cas* ».

Certains médecins hospitaliers regrettent que les médecins de ville se déplacent peu à l'hôpital ; ils apprécient ceux qui le font.

Il a également été noté que la formation médicale continue jouait autrefois un rôle très positif dans l'interconnaissance entre praticiens libéraux et hospitaliers et l'articulation entre les deux systèmes. Les médecins hospitaliers ont perdu ce rôle qu'ils avaient dans la formation continue depuis la réforme de la FMC.

Le questionnement sur l'articulation des systèmes a enfin donné l'occasion à certains médecins hospitaliers d'exprimer leur inquiétude par rapport à deux thèmes débordant un peu le cadre de l'étude, mais néanmoins importants :

- Inquiétude quant à l'avenir de la permanence des soins sur le territoire, du fait d'une part de l'évolution de la démographie médicale qui se traduit par un déficit croissant de médecins libéraux, d'autre part de la réorganisation du système de santé, qui a conduit à délimiter des secteurs de garde beaucoup trop vastes compte-tenu notamment de la morphologie du territoire.
- Inquiétude quant à l'avenir de l'activité chirurgicale : vieillissement des chirurgiens en place et difficultés de recrutement devraient conduire au développement de synergies entre hôpital en clinique ; « *on sera obligés à l'avenir de travailler plus ensemble* ».

Comment **améliorer les relations** entre médecins hospitaliers et médecins de ville ? Pour ces derniers, il faut retrouver des temps et des lieux de rencontre, apprendre à se connaître, car c'est en construisant de bonnes relations humaines que l'on peut améliorer les relations de travail. Les médecins hospitaliers pensent que c'est en ouvrant davantage l'hôpital aux libéraux que ces relations pourront s'établir, mais à condition que les libéraux répondent, en venant effectivement à l'hôpital ; ainsi certains médecins de hospitaliers regrettent-ils que très peu de médecins généralistes fassent actuellement des gardes aux urgences. Tout en reconnaissant l'intérêt du travail aux urgences, non seulement sur le plan relationnel mais également en termes de formation, les généralistes, lors du débat, ont indiqué que leur charge de travail ne leur permettait plus de dégager du temps pour ces vacances.

De nombreuses **propositions d'amélioration de la coordination** entre médecine de ville et médecine hospitalière ont été émises lors des entretiens individuels et discutées pendant le groupe de parole.

Les propositions des libéraux concernent principalement la question de l'hospitalisation et celle de la transmission des données.

Pour faciliter l'hospitalisation des patients, les médecins généralistes souhaiteraient avoir un correspondant (médecin) dans chaque service. L'un des généralistes interrogé propose qu'il y ait un médecin régulateur au standard de l'hôpital (et pas seulement aux urgences) afin d'améliorer la pertinence de l'orientation. Ces propositions n'ont pas été retenues en tant que telles lors du débat. La préconisation des médecins hospitaliers, pour répondre à la préoccupation des médecins généralistes, est simplement de diffuser à tous les médecins de ville du territoire les numéros directs et actualisés des médecins du centre hospitalier.

Une autre idée force est que les nouvelles technologies d'information et de communication devraient permettre – plus que cela n'est le cas actuellement – d'améliorer *l'organisation, la transmission et le partage des données* entre les médecins. Certains médecins présents lors du débat se sont beaucoup investis dans la création du RIPAM (Réseau Information Patient de l'Ardèche Méridionale), système de partage de données qui a été abandonné pour des raisons techniques. Pour la plupart des médecins présents – libéraux et hospitaliers - ce type de système représente l'avenir. L'hôpital est en train d'acquiescer un système de dossier médical partagé, à usage interne au centre hospitalier, mais qui devrait pouvoir s'ouvrir sur l'extérieur.

Toujours dans domaine de la communication par Internet, les avis sont partagés quant à l'utilisation du courrier électronique. Pour certains, cela prend trop de temps de répondre aux mails ; d'autres ne partagent pas du tout cet avis et trouvent très pratique cet outil, qui peut en outre faciliter l'archivage des données (possibilité de copier / coller le dossier d'un patient), la transmission instantanée d'images, etc. Mais l'utilisation du courrier électronique pose actuellement un problème juridique : il est interdit de citer le nom d'un patient dans un courriel. Il est donc nécessaire de se doter d'une messagerie sécurisée : ce type de produit existe sur le marché.

Certains médecins hospitaliers ont proposé, lors des entretiens, quelques idées originales pour améliorer la collaboration ville/ hôpital. Deux de ces propositions concernent les urgences :

- Ouvrir un secteur de médecine générale aux urgences (fonctionnant avec des médecins de ville) : le responsable des urgences y est très favorable, car « *la médecine générale représente 95% de l'activité des urgences* ».
- Ouvrir des salles d'urgence dans les hôpitaux locaux, sous la responsabilité des généralistes. Un tel dispositif permettrait soit de traiter les « fausses urgences », soit de stabiliser les urgences véritables en attendant l'arrivée du SMUR (ce délai pouvant parfois être trop long du fait des distances et de la morphologie du territoire).

Les médecins généralistes présents au débat se sont montrés réservés par rapport à ces deux propositions, pour des raisons de disponibilité (comme on l'a vu plus haut par rapport aux gardes aux urgences) : certes il est très intéressant et formateur de travailler à l'hôpital, « *mais si on est à l'hôpital on n'est pas au cabinet ...* ».

Enfin, un médecin de l'hôpital avait proposé que des spécialistes hospitaliers puissent faire des consultations dans les hôpitaux locaux. Comme leurs confrères libéraux, les médecins hospitaliers

répondent : « *on ne peut pas être partout* ». Cependant, ils ne sont pas totalement opposés à l'idée : « *pourquoi pas une fois par mois ?* »

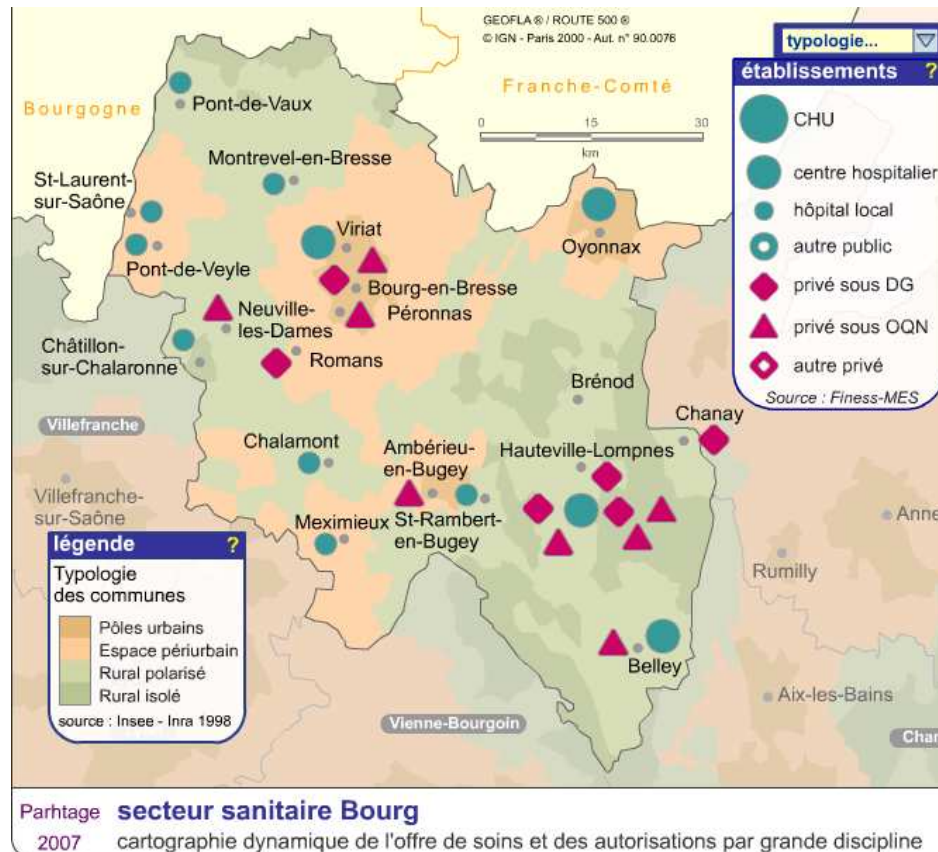
Le groupe de parole organisé à Aubenas a cependant débouché sur quelques propositions consensuelles et très concrètes :

- diffuser largement aux médecins libéraux les numéros de téléphone (actualisés) des médecins hospitaliers
- actualiser l'information de tous les médecins du sud-Ardèche sur l'offre hospitalière du territoire (spécialités, équipements, horaires de consultations...)
- communiquer en direction des médecins libéraux sur le service l'hospitalisation programmée à durée déterminée (HPDD)
- mettre en place à l'hôpital une consultation de médecine interne avec possibilité de rendez-vous sous 48 heures.

5. Résultats sur le territoire de Bourg-en-Bresse

1) Description de la zone de soins de proximité de Bourg-en-Bresse

La zone de soins de proximité de Bourg-en-Bresse se situe dans l'Ain, elle occupe une grande partie du bassin hospitalier de Bourg-en-Bresse (centre et ouest). 193 000 habitants (projections INSEE 2005) y résident, dont 16 500 (8,6%) personnes de 75 ans et plus. Ce territoire, bordé par la Saône à l'ouest, a des relations importantes avec la Saône et Loire et l'agglomération mâconnaise.



Carte 2 : établissements hospitaliers du secteur de Bourg-en-Bresse

La zone de soins de proximité de Bourg représente approximativement la moitié nord ouest du secteur

La zone de soins de proximité de Bourg en Bresse est caractérisée par des données de mortalité (indices de mortalité générale, prématurée, par tumeurs et par diabète 1996-2002 par sexe) relativement faibles par rapport à la région, des données de précarité (part des bénéficiaires du RMI, de la CMU pour 1 000 habitants, taux de chômage de longue durée, 31 décembre 2005) favorables et une part de plus de 75 ans dans la population totale en janvier 2005 moyenne.

En termes d'offre de soins libérale, la part des médecins libéraux en secteur 1 au 30/11/2006 est comparable à la moyenne régionale (79%), la densité de médecins spécialistes de proximité par habitant (dermatologie, gynécologie médicale et obstétrique, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale au 30/11/2006) est de 18/100 000, inférieure à la moyenne régionale et la densité d'infirmiers libéraux pour 10 000 habitants de plus de 75 ans au 31/12/04 est égale à 125 et conforme à la moyenne régionale. D'après la carte de densité des

omnipraticiens par canton au 30 juin 2005, disponible sur le site de l'URCAM, la plupart (12) des cantons de la zone ont une densité d'omnipraticiens inférieure à 90 pour 100 000 habitants, à l'exception de ceux de Bourg, de Saint-Trivier de Courtes et de Villars les Dombes. La moyenne régionale était de 98 au 31 décembre 2004.

Le Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse (rond bleu sur la carte) est le seul établissement public MCO de la zone, il a également une activité de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée. 784 lits et places y sont autorisés. A Bourg se trouve également la Clinique Convert (triangle rouge) avec 196 lits et places en médecine et chirurgie ainsi que le Centre psychothérapique de l'Ain (losange rouge) avec 588 lits de psychiatrie. Ces 3 établissements constituent le pôle de référence du bassin hospitalier. La zone de soins de proximité de Bourg comporte 6 hôpitaux locaux.

Les établissements de recours du bassin sont ceux du CHU de Lyon.

2) Médecins participants à l'étude

27 médecins du territoire ont été sollicités pour participer à l'étude. Les 15 refus enregistrés sont répartis entre les différentes catégories de médecins. Les motifs quand ils sont donnés sont essentiellement le non intérêt pour l'étude, le fait que le médecin n'est ou ne se sent pas concerné (à la retraite ou travaille aussi à l'hôpital pour 2 spécialistes) et le manque de temps.

Les 12 médecins participants sont :

- 3) 3 médecins généralistes (deux hommes, une femme), installés depuis plus de 15 ans, l'un à Bourg, les deux autres à 15 et 40 minutes de Bourg, deux installés seuls, le troisième en association avec un autre médecin généraliste. Le médecin le plus loin de Bourg est également en relation avec les CH de Macon et de Villefranche-sur-Saône.
- 4) 4 médecins spécialistes, exerçant de façon majoritaire en libéral : un gastroentérologue, un pneumologue, une gynécologue, une psychiatre, un exerçant en cabinet de groupe. Le pneumologue et le gastroentérologue réalisent des actes techniques en établissement hospitalier. Tous sont installés depuis plus de 15 ans.
- 5) 3 médecins exerçant au CH de Bourg-en-Bresse, l'hôpital Fleyriat : le responsable du service des urgences, un chirurgien orthopédique, un spécialiste en maladies infectieuses. Ces médecins n'ont jamais exercé en ville. Deux exercent à l'hôpital depuis plus de 15 ans, le troisième depuis 7 ans.
- 6) 2 médecins exerçant à la Clinique Convert : un chirurgien orthopédique depuis 12 ans et un urologue depuis 17 ans. L'un des deux a fait des remplacements en médecine générale.

Chacun de ces médecins a été interviewé par téléphone. Deux n'ont pas pu participer au groupe de paroles, le pneumologue de ville et l'urologue exerçant à la Clinique Convert.

3) Synthèse des entretiens et du groupe de paroles

De façon générale, les médecins installés en ville participants ont une bonne **connaissance des deux établissements hospitaliers** du territoire (l'hôpital et la Clinique Convert). Un regrette cependant qu'il n'existe pas un annuaire régulièrement mis à jour pour chaque établissement avec les numéros de téléphone des médecins et les horaires de consultation. Un autre juge qu'il y a un déficit d'information à l'hôpital concernant les nouveaux médecins et le nouveau matériel disponible.

Les médecins de ville ont des **contacts** avec un établissement hospitalier toutes les semaines en moyenne et souvent plusieurs fois par semaine, selon les cas plus souvent avec l'hôpital ou avec la

clinique. Un médecin généraliste indique qu'il a rarement un confrère hospitalier au téléphone. De leur côté, les hospitaliers présents ont des contacts quotidiens et souvent plusieurs fois par jour avec des médecins de ville, des généralistes surtout mais aussi des spécialistes travaillant en lien avec leur spécialité. Il s'agit selon les cas de courriers, d'appels téléphoniques ou de rencontre en EPU. Ces contacts sont motivés par une demande d'avis (« on est consultant pour les libéraux) ou de prise en charge.

Lorsqu'ils ont besoin d'un **avis complémentaire**, les médecins de ville participants s'adressent plutôt à un confrère installé en ville, sauf un médecin généraliste qui se tourne essentiellement vers des structures hospitalières. Mais cela reste variable, les critères qui déterminent le choix sont la connaissance du confrère et sa compétence ainsi que le souhait du patient, la facilité à joindre le médecin, la spécialité sollicitée et le fait qu'une hospitalisation est prévisible. A ce sujet, le problème du délai d'obtention d'une consultation est mentionné et repris lors du groupe de paroles, cela est particulièrement le cas en psychiatrie. De la même façon, a été soulignée lors du groupe de paroles la difficulté d'obtenir un avis spécialisé relativement rapide pour décider d'une conduite à tenir dans certaines situations.

Les généralistes rencontrent des difficultés pour **hospitaliser des patients** directement dans les services mais uniquement dans certains services de l'hôpital (un barrage étant fait dans ces services) ou lorsque la situation est urgente. Ils sont alors contraints d'adresser les patients au service des urgences. A la clinique, l'hospitalisation ne semble pas poser de problème en chirurgie, des problèmes de délai peuvent également se poser en médecine. Une difficulté particulière est pointée pour les personnes âgées. Les spécialistes de l'étude ne rencontrent pas de difficultés pour hospitaliser leurs patients, certains travaillent en clinique (et un aussi à l'hôpital), un hospitalise peu compte tenu de sa spécialité (psychiatrie), un autre a des contacts faciles avec les services de l'hôpital et de la clinique de sa spécialité.

A l'hôpital, dans le service de maladies infectieuses, les entrées directes sont possibles. Une ligne téléphonique va être inaugurée et l'un des trois médecins spécialiste du service assurera une permanence. L'idéal pour les entrées directes dans ce service est le début d'après-midi, car il n'y a pas encore de patients qui ont transité par les urgences.

Au service des urgences, un médecin généraliste propose de pouvoir prendre rendez-vous. Cela serait intéressant pour certains patients comme les personnes âgées car souvent leur état se dégrade lors de leur passage aux urgences. Cela ne paraît pas possible, en revanche une solution serait de les envoyer le matin, car c'est la période la plus creuse au service des urgences. En pratique, n'arrivent aux urgences que 5 à 7% d'urgences vitales, celles-ci n'attendent pas à l'inverse des autres et il n'est pas possible de prévoir les flux.

Le problème des personnes âgées qui nécessitent un placement se pose de la même façon aux médecins généralistes et aux urgentistes. Il n'existe pas de solution pour les personnes âgées en attente de placement et souvent, sous la pression de la famille, les urgences de l'hôpital sont le seul recours pour le médecin traitant. Il est proposé de mettre en place des lits temporaires dans les maisons de retraite, une HAD gériatrique et un service d'urgences ou une entrée spécifiques pour les personnes âgées. Il existe une équipe mobile de gériatrie au centre hospitalier, mais aujourd'hui, elle n'est pas fonctionnelle, elle devrait l'être en 2009.

Pour les médecins généralistes, une difficulté importante est constituée également par les patients déments quand les conjoints ne sont plus en mesure de s'en occuper.

La difficulté également aux urgences est de devoir prendre en charge des rhinopharyngites ou autres pathologies bénignes. Le mode d'utilisation des urgences n'est pas connu du public est c'est très regrettable. La communication faite sur le 15 parait contreproductive dans le sens où elle incite la population à s'adresser aux urgences.

Pendant l'hospitalisation, les médecins généralistes appellent parfois pour des nouvelles, ils aimeraient éventuellement avoir des nouvelles sans les solliciter. Les hospitaliers les appellent le cas échéant pour plus de précisions concernant leurs patients ou en cas d'imprévu, d'évènement intercurrent. En orthopédie à l'hôpital, il y a un médecin généraliste à plein temps qui fait le lien avec le médecin traitant, notamment en cas de conflit de prescription. A la clinique, les comptes-rendus opératoires de chirurgie orthopédique sont adressés au médecin traitant en cours d'hospitalisation.

La **sortie d'hospitalisation** de l'avis des généralistes est peu préparée par les hospitaliers, ils ne sont qu'exceptionnellement contactés par l'hôpital. Pourtant, il peut y avoir un relais à prendre, comme pour un traitement anticoagulant à surveiller ou qui reste à équilibrer. Cela est confirmé en partie par les hospitaliers, la sortie est préparée uniquement pour les patients problématiques, l'assistante sociale intervient dans ce cas, la sortie est organisée essentiellement quand elle se fait vers une hospitalisation à domicile ou un centre de convalescence.

L'information transmise aux médecins de ville **suite à la sortie d'hospitalisation** sous forme de courrier est jugée la plupart du temps complète et de bonne qualité, mais certains se plaignent du délai : les patients sont parfois revus avant la réception du courrier. Les pratiques selon les services et les praticiens ne sont pas homogènes, les délais non plus. Pour exemple : en orthopédie, à l'hôpital, c'est le médecin généraliste du service qui fait la lettre de sortie précisant le déroulement de l'hospitalisation et les soins donnés, le compte-rendu opératoire ayant été envoyé précédemment ; en urologie à la clinique, le compte-rendu d'hospitalisation est adressé en même temps que le compte rendu opératoire et que les résultats d'anatomie pathologique dans la semaine suivant l'hospitalisation (le temps d'obtention de l'ensemble des éléments). Un point positif est souligné par un généraliste : depuis quelques temps le service des urgences de l'hôpital envoie le double de l'observation au médecin traitant lorsque l'un de ses patients est passé aux urgences, en revanche, celui-ci est manuscrit et pas toujours très lisible. L'information est donnée que ce point sera amélioré prochainement : l'hôpital enverra prochainement les informations dactylographiées. En revanche à la clinique, lorsqu'un patient va aux urgences et qu'il est hospitalisé, le médecin traitant n'est pas tenu au courant. Ce problème pourrait être résolu de la même façon qu'à l'hôpital.

Les **relations** entre confrères de ville et hospitaliers sont variables selon l'avis des participants qu'ils exercent en ville ou en établissement : bonnes pour certains, parfois amicales, personnes dépendantes la plupart du temps, ou encore neutres et se limitant à un plan technique. Deux généralistes notent une certaine condescendance de la part de certains médecins hospitaliers. Au cours du débat, cette attitude est discutée, elle s'avère propre à certains médecins, il semble que beaucoup d'hospitaliers essaient d'échapper à ce travers.

Concernant **l'articulation**, un généraliste pointe le problème de l'arrivée aux urgences, il n'y a pas possibilité de préparer les patients : il n'y a pas de contact avec l'urgentiste, les examens sont systématiquement refaits, cela pose un problème en particulier pour les personnes âgées. Après l'hospitalisation, le relai n'est pas toujours fait vers la ville. « Les hospitaliers font le suivi à notre place », explique un généraliste, « quelle est notre fonction ? ». Du côté des spécialistes en ville, la situation est jugée bonne ou au contraire cloisonnée, chacun travaillant de son côté. Pour les hospitaliers participants, l'articulation est souvent jugée de façon positive, « la collaboration est

indispensable et normale, cela fonctionne bien sur le territoire », mais d'autres pointent le cloisonnement ville/hôpital, le manque de communication, la redondance des examens.

Au sujet des redondances d'examens complémentaires, même au sein de l'hôpital, le problème peut se poser. Parfois, la biologie est refaite dans les services après qu'elle ait été faite dans un premier temps au service d'urgences. En orthopédie, le fait de refaire les radios peut se justifier. Pour préparer correctement les interventions, les chirurgiens utilisent des calques et cela nécessite que les radios aient une dimension particulière.

Le cloisonnement est aussi un problème de temps. Tous les médecins sont très occupés, quel que soit leur mode d'exercice et « en pratique, il est impossible de s'appeler tout le temps ».

Les **points à améliorer** sont relativement convergents entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers. Il s'agit notamment de la transmission d'information dans les deux sens (demande d'avis, avis, information sur les traitements en cours, courriers de sortie, information sur les suites), du délai de ces transmissions, de la possibilité pour les médecins de ville de contacter plus facilement les secrétariats et les médecins hospitaliers, de programmer une hospitalisation ou d'obtenir une consultation plus rapidement. Les généralistes précisent leur souhait d'avoir des informations sur les hospitalisations en psychiatrie, d'améliorer la prise en charge aux urgences, les hospitaliers de limiter le recours non justifié aux urgences, d'améliorer les délais de prise en charge en urologie.

Le problème spécifique de la psychiatrie est détaillé en réunion : les libéraux font des lettres mais ils ne reçoivent jamais de retour que ce soit pour une consultation ou pour une hospitalisation. Ce problème est souligné également par un hospitalier. En revanche, un participant a constaté avoir systématiquement des retours d'un gérontopsychiatre.

Il y a un problème d'organisation de la sortie de l'hôpital vers le domicile. Il est proposé que soit clairement indiqué au patient quand il doit revoir son médecin traitant. La sortie est d'autant plus délicate pour les anciens et pour les patients sous anticoagulants. Pour ces derniers, parfois l'INR (examen pour la surveillance du traitement anticoagulant) demandé par l'hôpital n'est pas transmis au médecin traitant, cela pose un problème.

Pour certaines spécialités médicales (gynécologie, rhumatologie...), le manque de transmission d'informations semble lié au souhait de garder les patients, à la difficulté de déléguer. De façon plus générale, beaucoup de spécialistes hospitaliers revoient les patients alors qu'ils pourraient être suivis par le médecin traitant.

De leur côté, les spécialistes hospitaliers ont besoin de la part des médecins de ville d'informations sur le traitement et les antécédents, dans des courriers lisibles. Ils souhaiteraient également des informations sur la suite des hospitalisations.

Concrètement, les **propositions d'amélioration** concernent la possibilité de se rencontrer, de mieux se connaître, de participer à des formations communes, d'échanger sur ce qui va et ce qui ne va pas, de communiquer grâce à une messagerie sécurisée (pour des demandes d'avis, pour les courriers de sortie...), de disposer de numéros uniques pour joindre un médecin hospitalier dans chaque service en permanence ou de connaître les horaires où les médecins sont joignables, de disposer d'informations mises à jour sur les nouveaux médecins, les nouvelles techniques disponibles.

Pour les rencontres, les EPU sont une bonne formule comme l'organisation de manifestation lorsqu'un nouveau matériel est disponible. La difficulté pour les libéraux reste le nombre de sollicitations qui les oblige à faire le tri.

A noter, le Congrès national des urgences et de la réanimation aura lieu cette année à Bourg-en-Bresse les 16 et 17 octobre, les médecins de ville sont vivement invités à y participer, ce sera une très bonne occasion locale pour échanger.

Des médecins hospitaliers témoignent qu'ils fonctionnent bien par courriel et qu'ils trouvent cela pratique, ils répondent aux demandes sur un mode télégraphique. Certains patients également utilisent ce mode d'interrogation. Le fax est un autre mode utilisé. Ces modes de communication gagnent du temps par rapport au téléphone.

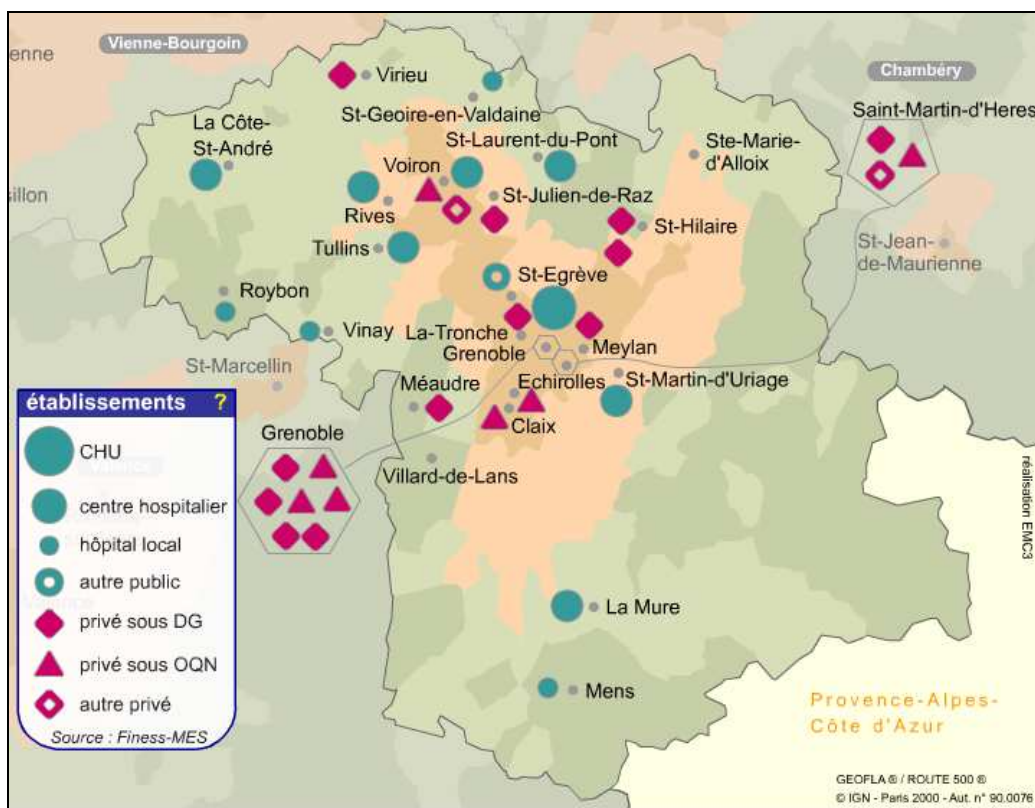
Le courrier électronique semble pour la plupart une formule idéale pour échanger sous réserve qu'il puisse être sécurisé. Des hospitaliers présents, en garde, l'utilisent notamment pour lire les radios de leur domicile.

Plusieurs propositions, relativement simples à mettre en œuvre, sont retenues par des médecins hospitaliers présents, l'annuaire, l'amélioration du courrier de sortie, avec notamment la mention de la date à laquelle le patient doit revoir le médecin traitant, à la clinique l'information des médecins lors de l'hospitalisation d'un patient arrivé tout seul aux urgences.

6. Résultats sur le territoire de Grenoble

1) Description de la zone de soins de proximité de Grenoble

La zone de soins de proximité de Grenoble se situe dans l'Isère, elle occupe une grande partie du bassin hospitalier de Grenoble (au sud) et circonscrit en son centre la zone de soins de proximité de La Mure. 575 800 habitants (projections INSEE 2005) y résident, dont 40 400 (7%) personnes de 75 ans et plus. C'est la zone de soins de proximité de Rhône-Alpes la plus peuplée. Elle se caractérise par l'importance de l'agglomération grenobloise qui concentre une grande partie de la population du territoire, la présence d'une offre de soins hospitalo-universitaire et une géographie montagneuse (les Alpes occupant l'est et le sud-est de la zone) responsable d'une activité spécifique et saisonnière.



Partage **secteur sanitaire Grenoble**

2007 cartographie dynamique de l'offre de soins et des autorisations par grande discipline

Carte 3 : établissements hospitaliers du secteur de Grenoble

La zone de soins de proximité de Grenoble représente approximativement les deux tiers sud-ouest du secteur

La zone de soins de proximité de Grenoble est caractérisée par des données de mortalité (indices de mortalité générale, prématurée, par tumeurs et par diabète 1996-2002 par sexe) parmi les plus faibles de la région, des données de précarité (part des bénéficiaires du RMI, de la CMU pour 1 000 habitants, taux de chômage de longue durée, 31 décembre 2005) dans la moyenne régionale et une part de plus de 75 ans dans la population en janvier 2005 plus faible que la moyenne régionale.

En termes d'offre de soins libérale, la part des médecins libéraux en secteur 1 au 30/11/2006 est comparable à la moyenne régionale (70,5%), la densité de médecins spécialistes de proximité par habitant (dermatologie, gynécologie médicale et obstétrique, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale au 30/11/2006) est de 58/100 000, très supérieure à la moyenne régionale et la densité d'infirmiers libéraux pour 10 000 habitants de plus de 75 ans au 31/12/04 est égale à 189,5 et très supérieure également à la moyenne régionale. D'après la carte de densité des omnipraticiens par canton au 30 juin 2005, disponible sur le site de l'URCAM, quatre cantons de la zone ont une densité d'omnipraticiens inférieure à 78 pour 100 000, cinq entre 78 et 90 pour 100 000, six entre 90 et 106 pour 100 000 et onze supérieure à 106 pour 100 000 habitants. La moyenne régionale était de 98 au 31 décembre 2004.

Le Centre hospitalier universitaire (gros rond bleu sur la carte) est l'établissement public le plus important du territoire avec 2 229 lits et places en Médecine (M), Chirurgie (C), Obstétrique (O), soins de suite et de réadaptation (S), soins de longue durée (L) et psychiatrie (P). Plusieurs établissements privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique se trouvent dans l'agglomération de Grenoble : Clinique d'Alembert (MC, 129 lits et places), Clinique mutualiste des Eaux claires (MCOS, 189 lits et places), Les Cèdres (MCO, 165 lits et places), Clinique des Alpes (C, 59 lits et places), Institut privé de cancérologie (M, 55 lits et places), Clinique Belledonne (MCO, 275 lits et places). Un peu plus à l'est, se situe le Centre hospitalier rhumatologique d'Uriage (MS, 90 lits et places).

2) Médecins participants à l'étude

Le recrutement des médecins sur le territoire de Grenoble a été particulièrement difficile. 70 médecins du territoire ont été sollicités pour participer à l'étude. Parmi les 58 refus, 26 concernent les médecins généralistes, 20 les médecins spécialistes, 8 les hospitaliers privés et 4 les hospitaliers publics. Les motifs quand ils sont donnés (35 fois) sont essentiellement un problème de temps (11 réponses), le non intérêt pour le sujet, le fait que le médecin ne participe jamais à des études ou qu'il n'est pas disponible le jour de la réunion (5 réponses dans les trois cas), qu'il n'est ou ne se sent pas concerné car il n'hospitalise pas ou peu du fait de son mode d'exercice (4 réponses) et une seule fois, le médecin renvoie sur un autre médecin, il est proche de la retraite, il se sent trop vieux, il dit oui mais ne confirme pas par écrit, il demande d'écrire et ne répond pas.

Les 11 médecins et la pharmacienne participants sont :

- . 3 médecins généralistes (un homme, deux femmes), deux installés depuis plus de 20 ans, une à Grenoble, un dans une station village à 1 000 mètres à 40 minutes de Grenoble quand la route est dégagée, la troisième installée depuis 3 mois à 40 minutes de Grenoble (et de Chambéry). Une installée seule, les deux autres en groupe (de deux et quatre). Un des médecins appartient au réseau des correspondants Samu-Smur, un autre est régulateur au centre 15.
- . 4 médecins spécialistes, exerçant de façon majoritaire en libéral : un gastroentérologue, une pneumologue, une gynécologue, un cardiologue, trois exerçant en cabinet de groupe. La pneumologue, le cardiologue et le gastroentérologue réalisent des actes techniques ou travaillent une partie de leur temps en établissement hospitalier privé. Trois sont installés depuis plus de 10 ans, une est installée depuis 3 ans, auparavant elle a exercé longtemps à l'hôpital public dans une autre région.
- . 2 médecins et 1 pharmacienne exerçant au CHU de Grenoble : Un hépatogastroentérologue, chef de pôle au CHU depuis 26 ans, un neurologue spécialisé dans la maladie d'Alzheimer depuis 17 ans au CHU, et une pharmacienne spécialisée en santé publique, depuis 4 ans au CHU,

coordinatrice du réseau de cancérologie de l'Arc Alpin, partie prenante dans le réseau ville hôpital Onco 38 en train de se mettre en place.

- . 2 médecins exerçant depuis 5 ans à la Clinique des Cèdres : un gastroentérologue en cabinet de groupe au sein de la Clinique et un chirurgien viscéral impliqué dans le réseau Oncora et dans le réseau de soins palliatifs auxquels participent quelques médecins généralistes.

Chacun de ces médecins a été interviewé par téléphone. Trois n'ont pas pu participer au groupe de paroles, le cardiologue de ville, le neurologue du CHU et le gastroentérologue exerçant à la Clinique des Cèdres.

3) Synthèse des entretiens et du groupe de paroles

A propos de la **connaissance des établissements hospitaliers**, les médecins généralistes participants relèvent un manque d'information en particulier en ce qui concerne le CHU, ceci rend l'orientation des patients difficile. De plus, passer par le standard au CHU est très long, plus que dans un établissement privé. La connaissance insuffisante des établissements pose problème en particulier quand on s'installe. Celle-ci est issue des études et des déplacements effectués mais elle est très incomplète et difficile à mettre à jour. Les généralistes en général se font une liste de correspondants qu'ils complètent petit à petit au fil de leur activité. La réalisation d'un annuaire (papier ou sur la toile) pour chaque établissement avec des informations pratiques et sa mise à jour régulière apparaissent nécessaires. Devraient y être indiqués notamment l'organigramme, la spécialité de chaque médecin, les numéros de téléphones des médecins et les horaires où on peut les joindre, leur adresse électronique. Il a existé un annuaire du CHU, mais il est ancien et largement dépassé. Par ailleurs, le site de l'hôpital (de l'avis d'un hospitalier) est très mal fait.

Les spécialistes de ville n'ont pas ces difficultés. Compte tenu du plus faible nombre de services et d'établissements avec lesquels ils travaillent, leur connaissance est suffisante, un regrette cependant de ne pas disposer d'information actualisée sur le CHU.

La fréquence des **contacts téléphoniques** avec un médecin hospitalier est faible pour les généralistes, d'une fois par mois à une fois par semaine, ceux-ci paraissent relativement difficiles à joindre. Les spécialistes ont des contacts plus fréquents avec les hospitaliers notamment privés (certains travaillent dans leurs établissements), au minimum une fois par semaine. Du côté des hospitaliers, les contacts avec la médecine de ville sont quotidiens ou au minimum de l'ordre de plusieurs fois par semaine, ils sont dirigés essentiellement vers les médecins généralistes et les spécialistes travaillant en lien avec leur discipline.

Il faut savoir que « le passage aux 35 heures a beaucoup compliqué le fonctionnement de l'hôpital en particulier concernant les secrétariats : ils ne sont pas joignables après 16 heures, en cas d'arrêt de travail, nous sommes même obligés des fois de les mettre sur répondeur ».

En clinique, les médecins ont les mêmes problèmes, mais la différence pour les acteurs externes est que les médecins y sont joignables pour leurs confrères, pour les familles aussi.

Un problème difficile à gérer pour les médecins hospitaliers, et aussi libéraux, est le téléphone pendant les consultations.

Pour les participants, la messagerie sécurisée est l'avenir. La plate-forme PEPS est évoquée à cette occasion. Il semble que pour y accéder, il convient de faire partie d'un réseau.

Par pragmatisme, les médecins de ville s'adressent souvent quand ils ont besoin d'un **avis** à un spécialiste installé en ville, ceux-ci sont plus faciles d'accès et souvent plus disponibles. D'autres critères d'adressage existent cependant : cela dépend du besoin, de la spécialité ou de la pathologie,

également des connaissances du médecin et du souhait du patient. Lorsqu'il y a un caractère d'urgence, les médecins se tournent plus souvent vers l'hôpital.

Les médecins de ville rencontrent des difficultés pour **hospitaliser** en programmé dans les services du CHU lorsqu'ils ne connaissent pas le service. Ils sont contraints de passer par les urgences. Pour les spécialistes, cela s'avère plus facile mais cela dépend des services. Certains spécialistes rapportent une certaine méfiance des médecins hospitaliers par rapport à eux. L'hospitalisation en clinique paraît à tous plus aisée. Au CHU, les modalités d'hospitalisation varient selon les services : 30 et 50% des entrées passent par les urgences pour les deux services interrogés, les entrées directes se font après avis ou consultation d'un médecin du service ou encore pour des patients adressés par des spécialistes essentiellement. Pour les deux médecins de clinique participants à l'étude, les hospitalisations sont décidées après consultation.

En matière d'hospitalisation directe dans les services, une difficulté pour le CHU est l'arrivée des patients par les urgences. « Il faut garder des lits pour ce type d'entrée, on arrive à avoir des lits dans le couloir. Pour l'unité de jour et de semaine, on a des délais très longs et finalement la solution pour l'extérieur est de passer par les urgences ».

« On se mord la queue ». Un meilleur contact médecins généralistes/médecins hospitaliers permettrait notamment d'éviter des réhospitalisations.

La problématique des personnes âgées est particulière : pour ce public, les médecins généralistes présents ne passent par les urgences que s'ils ne trouvent pas d'autres solutions, notamment avec le service de gériatrie de l'hôpital. Le passage aux urgences est en effet souvent délétère pour ce public. Pour toutes les disciplines d'organes, il est proposé de travailler sur la continuité des soins avec l'aide d'un médecin généraliste ayant une pratique de la ville au sein de l'hôpital.

Pendant l'hospitalisation, les médecins de ville jugent les contacts utiles parfois pour des nouvelles ou pour éventuellement pouvoir profiter de l'hospitalisation pour un bilan cardiologique par exemple. De leur côté, les médecins hospitaliers appellent les généralistes parfois pour des renseignements concernant leurs patients ou s'il y a un fait nouveau (résultat d'anatomie pathologique, complication..).

Les médecins généralistes indiquent qu'ils ne sont jamais contactés pour préparer la **sortie d'hospitalisation**, sauf par quelques gériatres qui ont le souci du retour des patients à domicile. Les médecins hospitaliers participants contactent les médecins traitants quand il y a des soins de suite à mettre en place. Si besoin, ils font intervenir une assistante sociale. En neurologie, les patients ont très souvent des handicaps moteurs, les généralistes sont systématiquement impliqués avec la famille. Si des soins importants sont nécessaires et que les personnes sont seules, l'orientation se fait vers une maison de convalescence.

Concernant la **transmission des informations à la sortie de l'hôpital**, les courriers sont jugés le plus souvent de bonne qualité, peut-être plus complets au CHU, mais les délais de réception de ces courriers sont trop longs. Souvent les médecins ont besoin de l'information avant. Un spécialiste signale en positif le fait que lorsqu'il a une prise en charge à assurer, il reçoit un appel, un autre que le délai est bon en gastroentérologie. Pour un autre encore les délais sont plus satisfaisants dans les établissements privés. Les hospitaliers confirment en quelque sorte ces éléments : en hépatogastroentérologie au CHU, les courriers avec toutes les informations sont adressés dans les 72 heures, en neurologie le délai est variable et vraisemblablement trop long mais si le retour est délicat, le médecin est appelé. A la clinique, les courriers sont faits par un médecin dans la semaine, par un autre dans un délai plus long.

Les **relations** entre médecine de ville et médecine hospitalière font l'objet d'opinions nuancées. Pour deux médecins généralistes, les relations sont plutôt bonnes, confraternelles, les hospitaliers sont à l'écoute mais ils ne sont pas suffisamment disponibles, ils souhaiteraient plus d'explication dans les courriers, notamment lorsqu'il y a changement de traitement. Pour un autre les relations sont quasi inexistantes.

Pour les spécialistes interrogés les relations sont toujours bonnes avec le privé, moins faciles avec le public pour différentes raisons : manque de contacts, de connaissance, horaires différents (les médecins hospitaliers ne sont plus joignables après 15 heures), modes de pensée et de fonctionnement différents, hiérarchie de l'hôpital, problème du manque de temps des uns et des autres. Les relations sont plus faciles quand les médecins se connaissent ou ont l'occasion de se rencontrer.

Du côté des hospitaliers de l'étude, le point de vue est plus homogène : les relations sont plutôt bonnes, ils nous reconnaissent et on les reconnaît dans leur rôle, ils assurent bien les suites. Les médecins privés ont plus souvent des relations étroites avec des médecins de ville.

Concernant les relations entre la ville et l'hôpital, de l'avis d'un spécialiste libéral ayant connu les deux versants, il semble que la difficulté soit plus celle de la barrière entre public et privé, liée au système. Quand on est à l'hôpital, on méprise en peu le privé et lorsque l'on n'est plus attaché, on n'est plus rien à l'hôpital.

Un médecin hospitalier précise : « l'hôpital public a beaucoup évolué ces derniers temps, il vit une mutation liée à la tarification à l'activité. Nous, les médecins hospitaliers avons de plus en plus de pression sur nos chiffres, notre activité, nos résultats, à l'image du privé. Le souci est de garder les patients le moins longtemps possible ».

Il y a un problème démographique pour certaines disciplines au CHU, notamment en cancérologie, le privé est moins touché. Cela a un impact évident sur les relations avec la ville.

Il y a un déficit de management des ressources humaines à l'hôpital, travailler ce point pourrait aider à recruter et à garder des médecins au CHU.

Il faut aussi se rappeler que le CHU, à la différence des CH, doit assurer la triple fonction de soins, de recherche et d'enseignement, à cela s'ajoute pour les médecins responsables de pôles des fonctions administratives.

Concernant l'**articulation** ville/hôpital, les médecins généralistes pointent un manque d'information et de collaboration, des problèmes pour l'hospitalisation des personnes âgées obligées de passer par le service des urgences, une articulation perfectible grâce peut-être aux outils informatiques. Les spécialistes soulignent également une articulation perfectible sur les urgences (que les petites puissent être prises en charge en ville pour que l'hôpital gère mieux les vraies), des problèmes de concurrence aboutissant à une augmentation des coûts, des difficultés de compréhension entre médecins des deux secteurs. Du côté des hospitaliers, il est noté au CHU la difficulté des médecins à être joints et la méconnaissance de la pratique libérale. A la clinique, la bonne articulation avec la médecine de ville est soulignée avec peut-être quand même une difficulté à joindre les médecins de la clinique pour les médecins de ville, l'intérêt du courrier électronique est souligné à ce propos. En revanche l'articulation avec le CHU pourrait être meilleure, il y a peu de contacts.

Les **points à améliorer** pour les médecins de ville touchent la transmission d'information et la coordination, la connaissance mutuelle, la communication d'informations concernant le fonctionnement des établissements, la considération par les hospitaliers du fonctionnement de la pratique de ville et une attitude non condescendante. Pour les hospitaliers, ils concernent la circulation

de l'information, la connaissance mutuelle, l'articulation autour des maladies chroniques, l'ouverture sur la médecine de ville.

Les **propositions d'amélioration** touchent en premier lieu pour les médecins de ville le fait de rendre disponibles les informations pratiques sur les établissements et que celles-ci soient mises à jour régulièrement. Viennent ensuite la possibilité de joindre un médecin dans chaque service, de pouvoir communiquer grâce à une messagerie sécurisée qui servirait notamment à la demande d'avis et à son retour (dans les 48h), le fait que les courriers soient plus explicites si ils remettent en cause une décision du médecin, la possibilité de faire des formations avec les hospitaliers (sur les urgences notamment), le fait de pouvoir se rencontrer autour de cas concrets, de connaître les attentes mutuelles, la création de poste de médecins généralistes au sein de l'hôpital pour permettre le lien avec la médecine de ville et la prise en charge des pathologies bénignes des patients hospitalisés. Les médecins hospitaliers proposent d'améliorer le délai des courriers, d'être plus joignables, des rencontres (mais sur quel temps ?), que les médecins libéraux soient invités à venir à l'hôpital, lors de portes ouvertes par exemple, que les médecins hospitaliers aient l'occasion de faire des stages en médecine de ville, de travailler l'articulation autour des maladies chroniques (formations, carte pour les patients chroniques avec les informations essentielles), autour des suites chirurgicales, de la chirurgie ambulatoire ou des soins palliatifs.

Informations sur les établissements

Il faudrait que le site du CHU (<http://www.chu-grenoble.fr>) soit repris, et que les médecins libéraux puissent avoir accès à des informations pratiques telles que la façon de joindre les médecins hospitaliers (adresses Internet, téléphones, horaires particuliers de disponibilité...) ainsi que les téléphones des secrétariats et les numéros d'astreinte des services. Cette partie du site devrait être actualisée régulièrement car il y a un turn over important du personnel médical.

L'éventualité d'un annuaire papier serait éventuellement intéressante mais elle représente sans doute un coût très important de réalisation et de diffusion et des difficultés de mise à jour.

De la même façon, il serait intéressant que de telles informations soient disponibles sur les sites des établissements privés.

Demandes d'avis par messagerie sécurisée

La messagerie sécurisée serait également une façon jugée intéressante par les médecins libéraux pour pouvoir interroger les médecins hospitaliers, sous réserve que ceux-ci soient d'accord pour répondre dans les 48 heures.

Possibilité de joindre un médecin dans chaque service

Cette proposition concerne plus spécifiquement le CHU, puisque dans le privé cette possibilité existe déjà. Il semble que des astreintes existent dans de nombreux services sans que celles-ci soient toujours connues.

Courriers de sortie

La demande de médecins généralistes en particulier est le fait que ces courriers justifient de façon pédagogique les raisons d'un changement de traitement éventuel effectué lors du séjour à l'hôpital. Il serait important également de réduire les délais de réception de ces courriers. Les hospitaliers pourraient au moins sans doute envoyer un premier courrier minimaliste avec les informations essentielles afin que les libéraux aient l'information en temps voulu. La messagerie sécurisée apparaît la solution pour tous. Il faudrait que l'URML aide à sa mise en place. Certains utilisent le courrier électronique, c'est un confort, en revanche cela peut poser des problèmes médico-légaux.

Formations conjointes, réunions autour de cas cliniques

Des formations conjointes (médecins de ville, médecins hospitaliers) pourraient être intéressantes pour aider au rapprochement entre les deux secteurs, par exemple sur les urgences, sur les pathologies chroniques ou autour de cas cliniques.

« Il y a longtemps, étaient organisés des temps de 2 jours où un petit groupe de médecins généralistes s'immergeait dans la vie d'un service. C'était l'occasion d'apprendre beaucoup de choses et de faire des liens ».

« Compte tenu du manque de temps, c'est impossible pour un libéral de participer aux réunions de staff à l'hôpital. C'est difficile aussi de participer aux réunions de concertation en cancérologie ».

Stage en médecine générale

Il faudrait que tous les futurs médecins même les futurs spécialistes fassent un stage en médecine générale. Cela permettrait que le cadre d'exercice de la médecine générale soit mieux connu des médecins hospitaliers.

Médecin généraliste au sein de l'hôpital

L'idée de l'intervention d'un médecin généraliste au sein de l'hôpital pour faciliter la continuité des soins avec la ville est confortée par l'expérience de la Clinique des Cèdres. Le fonctionnement de la Clinique des Cèdres a été bouleversé par la prise en charge nouvelle des urgences et l'arrivée de nouveaux patients, notamment des patients âgés polyopathologiques. L'intervention d'un médecin gériatre à la clinique a permis d'améliorer considérablement les flux. Ce médecin passe dans les services et fait le lien avec la ville. Aujourd'hui, il est débordé. Le problème se pose en fait essentiellement pour les patients arrivant en urgences, pour ceux en intervention programmée, il n'y a pas de difficulté.

Un médecin généraliste, que ce soit en public ou en privé, pourrait aussi jouer ce rôle, préparer les sorties et aider à diminuer les durées de séjour.

Partage des plateaux techniques

Cette proposition émanait d'un médecin absent. L'idée était que des spécialistes puissent intervenir éventuellement à l'hôpital pour utiliser certains matériels. Il semble que cela puisse être intéressant pour des examens très pointus.

Journées portes ouvertes au CHU ou journées des professionnels de santé du territoire

La proposition de journées dédiées aux médecins ou professionnels de santé du territoire se déroulant au CHU est apparue intéressante aux participants. Elle rappelait à certains l'époque des forums santé pendant lesquels des conférences avaient lieu au sein de l'hôpital.

Cela permettrait de créer des liens formels et informels et que les uns et les autres se connaissent.

Articulation autour des maladies chroniques

L'idée de travailler l'articulation ville/hôpital autour des maladies chroniques a été avancée par un hospitalier absent au moment de cette discussion. Il était question notamment d'aider au développement de cabinets pluridisciplinaires avec des médecins, des infirmiers, des kinésithérapeutes... et des temps de secrétariat suffisants. Une fonction d'éducation thérapeutique pourrait être assurée par ces cabinets. En attendant la mise en place du dossier médical partagé, des outils comme une carte pour les patients souffrant de maladies chroniques, avec les informations essentielles concernant leur pathologie et leur prise en charge seraient intéressants à développer.

Articulation autour des soins palliatifs

Un médecin hospitalier privé a présenté la difficulté rencontrée pour essayer de créer des liens avec la médecine de ville autour des soins palliatifs, l'intérêt étant pour le patient de pouvoir retourner à son domicile avec un protocole de traitement suivi par le médecin traitant. Des allers et retours sont nécessaires entre domicile et établissements hospitaliers pour ces patients. Une solution passe sans

doute par le développement d'EPU sur ce sujet. Il a été suggéré que Palliavie, réseau de soins palliatifs, serve de relais pour amener des médecins traitants à participer à ces EPU.

Articulation autour de la Chirurgie ambulatoire

La clinique des Cèdres va mettre en place un audit qualité concernant la chirurgie ambulatoire pratiquée dans l'établissement. L'idée est d'une part d'informer les médecins libéraux des interventions réalisées aujourd'hui en chirurgie ambulatoire et en retour de savoir ce qui est observé par les médecins traitants dans le décours immédiat de l'intervention concernant la gestion de la douleur et les complications éventuelles.

7. Synthèse et conclusion

1) Eléments d'analyse communs

Malgré les différences en termes de caractéristiques géographiques, démographiques et d'offre de soins des trois territoires d'étude, les éléments qualitatifs recueillis par ce travail permettent de dégager de nombreux points communs s'agissant des relations et de l'articulation ville/hôpital.

De façon générale, l'offre hospitalière est bien connue des médecins de ville mais l'information communiquée par les établissements est perfectible. Ce point est particulièrement aigu sur le territoire de Grenoble, où les médecins jugent que les renseignements donnés sur le site du CHU sont très insuffisants pour une bonne orientation des patients.

Les contacts médecins de ville/ médecins hospitaliers sont plus fréquents dans le sens établissements hospitaliers/ville et pour les spécialistes de ville que pour les médecins généralistes.

Dans tous les cas, les relations avec les établissements hospitaliers sont plus faciles pour les médecins de ville avec les établissements privés : leurs médecins sont plus facilement joignables, notamment sur une amplitude horaire plus grande, la communication est plus facile avec eux, ils sont plus au fait de l'exercice libéral.

De la même façon, les spécialistes de ville ont plus de facilité dans leurs relations avec leurs confrères hospitaliers : ils travaillent avec un nombre de médecins et de services plus restreint que les généralistes, ainsi ils les connaissent mieux et ont des relations plus fréquentes, ils ont moins de difficultés à hospitaliser directement leurs patients dans les services.

Les médecins exerçant en ville, les généralistes en particulier, s'adressent plus souvent à des spécialistes libéraux qu'à des spécialistes hospitaliers pour un avis spécialisé, pour des raisons pratiques notamment (réactivité, disponibilité, délai de rendez-vous, connaissance). Ces résultats concordent avec des données issues du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale publiées récemment par la DREES⁵.

L'hospitalisation directe dans les services des hôpitaux publics est un problème souligné dans tous les territoires par les médecins généralistes. A Aubenas, l'entrée par les urgences est la plupart du temps nécessaire quand elle doit avoir lieu dans les 48 heures, à Bourg-en-Bresse, l'hospitalisation directe est impossible pour certains services en particulier et le passage aux urgences obligé, au CHU à Grenoble, sans connaître le service, le passage par les urgences est la seule alternative.

De fait, les urgences constituent un nœud de cristallisation des problèmes d'articulation entre la ville et l'hôpital. Lorsque les médecins libéraux ne disposent pas de solution pour leur patient et qu'une prise en charge hospitalière est nécessaire, ils finissent par se tourner vers les urgences, parfois même sur le conseil de médecins hospitaliers. Ce problème a été souligné à Bourg-en-Bresse pour les personnes âgées en attente de placement. Dans ces situations, l'adressage aux urgences est souvent la seule solution qui s'offre au généraliste. C'est pourtant une mauvaise solution, délétère pour la personne âgée et source d'embolie pour le service des urgences, souvent non armé pour régler ce type de situation. Il s'agit là d'un problème crucial de l'organisation de la chaîne des soins, sur lequel médecins de ville et urgentistes manquent de réponse.

⁵ Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. MC Bournot, MC Goupil, F Tuffreau. DREES. Etudes et résultats. N° 649. Août 2008

Il y a peu de relations entre médecins de ville et médecins hospitaliers en cours d'hospitalisation, en dehors de demandes de renseignements, de nouvelles ou d'informations sur des événements intercurrents.

Dans les trois territoires, la sortie d'hospitalisation est peu préparée par les hospitaliers, notamment lorsqu'il n'y a pas de soins de suites particuliers à organiser. Le médecin traitant est souvent informé de la sortie de son patient au moment où celui-ci vient le consulter. Les courriers de sortie de l'hôpital sont la plupart du temps considérés comme satisfaisants dans leur contenu. En revanche, les délais sont souvent trop longs et ne facilitent pas une bonne continuité des soins (mais les pratiques ne sont pas homogènes selon les services).

Partout, les avis sur les relations entre confrères pratiquant en ville et en établissements sont nuancés, bonnes pour certains, moins pour d'autres, parfois condescendantes de la part des hospitaliers, ou encore quasi inexistantes. L'articulation paraît également largement perfectible. Les points essentiels concernent la connaissance mutuelle, l'information sur les établissements, les médecins qui y travaillent et les matériels dont ils disposent, la possibilité de joindre un médecin dans les services, les modalités d'hospitalisation, l'information lors du retour à domicile et dans l'autre sens l'information sur le devenir des patients (après chirurgie notamment).

2) Spécificités par territoire

Le territoire de Grenoble se détache particulièrement par rapport aux autres territoires, vraisemblablement du fait de sa taille moins « humaine » et de la présence d'un CHU et de nombreux établissements privés : les médecins généralistes regrettent plus qu'ailleurs de manquer d'informations sur l'offre hospitalière, sur le CHU notamment, certains spécialistes aussi. Les médecins compte tenu de leur nombre se connaissent moins entre eux. Les contacts des généralistes avec les médecins hospitaliers sont moins fréquents. La difficulté de joindre un médecin hospitalier semble plus importante comme l'hospitalisation sans passer par le service des urgences. La concurrence semble plus vive entre les établissements publics et privés.

Dans la zone de soins de proximité d'Aubenas, la réalité est tout autre. Beaucoup des médecins se connaissent entre eux. Cela ne résout pas pour autant les problèmes de relations et d'articulation du fait de deux caractéristiques prégnantes du territoire : sa géographie, qui rend les distances et les temps de déplacement plus longs et la part élevée des personnes âgées dans la population à l'origine de besoins de soins importants. Ces éléments entraînent une relative pénurie de médecins laissant peu de temps pour les relations et l'articulation. De son côté, l'offre hospitalière publique et privée sur le territoire paraît complémentaire. Une inquiétude est partagée par les médecins participants concernant l'avenir de la permanence des soins sur la zone compte tenu de la part importante des médecins de plus de 55 ans.

Le territoire de Bourg-en-Bresse se situe en quelque sorte « entre » les deux autres territoires et ne présente pas de spécificité forte. L'hypothèse de départ selon laquelle la taille du territoire influe sur les relations et l'articulation est ainsi vérifiée. Par un effet d'effectif, plus le nombre de médecins et d'établissements est faible sur le territoire, plus les professionnels se connaissent entre eux, cela facilite les relations. Cela ne résout pas cependant les problèmes d'articulation et de continuité des soins.

3) Propositions d'amélioration

Certaines propositions concrètes d'amélioration ont été exprimées dans les trois territoires, d'autres sont plus spécifiques aux dynamiques locales. Elles sont parfois simples, parfois plus difficiles à mettre en œuvre. Beaucoup ont déjà été proposées ici et là⁶, certaines ont déjà été expérimentées. Elles sont intéressantes à considérer car potentiellement adaptables aux problèmes spécifiques de chaque territoire ou de chaque établissement hospitalier.

La plupart des médecins qui ont participé à l'étude avancent qu'une meilleure relation et qu'une meilleure articulation dans le travail passe par une meilleure **connaissance mutuelle**, connaissance personnelle, connaissance du cadre de travail, connaissance des attentes réciproques et des liens possibles. A ce titre, les propositions sont des formations communes, des journées portes ouvertes dans les établissements hospitaliers, des temps de rencontres territoriaux, des stages obligatoires en médecine de ville lors de la formation initiale.

Partout, la nécessité de mettre à disposition des médecins des **informations précises, pratiques et actualisées sur l'offre hospitalière** a été soulignée afin de faciliter la communication de la ville vers l'hôpital. Cela pourrait prendre la forme d'un annuaire internet par exemple. Les médecins pourraient y trouver les coordonnées des médecins, leur spécialité éventuelle (au sein de leur spécialité), les modalités pratiques pour les joindre, leurs horaires de consultation et pour chaque service, les modalités d'hospitalisation, les techniques et appareils utilisés, l'existence ou non d'une permanence médicale téléphonique.

En lien avec le point précédent, à l'image de l'expérience rapportée par plusieurs médecins de l'étude, la mise en place de **permanence médicale téléphonique au sein de chaque service** apparaît pour les médecins de ville comme un dispositif utile pour leur permettre un accès plus facile à un avis hospitalier et une aide à l'hospitalisation.

Pour les échanges concernant les patients (demandes d'avis, d'information, envoi d'information...), la **messagerie électronique** est jugée comme l'outil le plus pratique car le plus rapide et ne dérangeant pas le correspondant. Cet outil reste à **sécuriser**. Il existe une forte attente des médecins à ce sujet.

L'expérience de la présence d'un médecin généraliste dans un service de chirurgie chargé de faire le lien avec la médecin de ville, comme celle d'un médecin gériatre dans un établissement privé chargé de ce lien plus spécifiquement sur les personnes âgées rejoignent la proposition de création de postes hospitaliers de médecins ayant une pratique de ville pour à la fois prendre en charge les pathologies courantes hors de la spécialité du service et assurer le lien avec la ville, notamment pendant et après l'hospitalisation.

Une amélioration est souhaitée par les médecins de ville concernant la sortie de l'hôpital. Elle concerne le fait d'**être informés rapidement de la sortie** de leur patients, soit par le courrier de sortie envoyé de façon plus rapide, soit grâce à des informations plus succinctes envoyées par un autre

⁶- Relations médecine de ville-hôpital, une enquête du CHU Bichat-Claude Bernard. MJ Wattiaux, T.Lauret, A. Macrez. Revue Hospitalière de France, n°516, mai-juin 2007, p : 66-69

- Le retour d'information au médecin libéral lors de l'hospitalisation de ses patients. UPML de Bourgogne. Ressource, n°5, juin 2004.

- Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière. Fédération hospitalière de France. Pôle organisation sanitaire et médico-sociale. JC Ducreux, D. Causse. Mars 2007.

canal de communication (téléphone, fax, mail). Il a été proposé également que systématiquement soit précisée au patient la date à laquelle il doit reprendre contact avec son médecin traitant.

L'intérêt de l'information des médecins traitants des suites d'un passage aux urgences de leur patient qu'il y ait ou non hospitalisation a été souligné sur le territoire de Bourg-en-Bresse, où l'hôpital a mis en place cette procédure.

4) Intérêts de la méthode, prolongements possibles

Par rapport à une étude quantitative, l'approche utilisée dans ce travail a permis d'aborder de façon plus fine la situation de chaque territoire et les solutions possibles. Par les discussions qu'elle a suscitées, elle a participé pour une petite part à l'amélioration des relations en permettant une écoute réciproque, un échange d'informations et d'expériences, une analyse de la situation et la formulation de propositions.

A l'issue de ce travail et de ses résultats, il semble que la méthode pourrait être adaptée pour approfondir l'analyse et aller plus loin dans la proposition de solutions à partir des constats suivants : les problèmes de l'articulation ville/hôpital sont rencontrés de façon plus importante par les médecins généralistes et plus particulièrement avec les établissements publics. De fait, les médecins généralistes se sont plus souvent exprimés dans les réunions de groupe que les spécialistes. Les spécialistes rencontrent également des problèmes mais de façon moins aigüe car leur champ d'intervention est plus restreint comme le nombre de médecins et de services avec lesquels ils sont susceptibles de travailler, ainsi ils les connaissent mieux. Par ailleurs, ils ont souvent un statut mixte, exerçant une part de leur activité dans une structure hospitalière, ceci facilitant leurs relations. L'étude montre enfin que pour les médecins de ville, la relation et l'articulation avec les hospitaliers sont plus faciles avec les établissements privés. Ces derniers sont aussi plus rarement impliqués dans la prise en charge des urgences.

La taille des groupes de discussion pouvant difficilement être augmentée sans limiter la participation, il serait intéressant, dans une dynamique d'amélioration de la continuité des soins et d'élaboration de solutions concrètes, de modifier la composition des groupes et de la limiter aux médecins généralistes et aux médecins hospitaliers d'établissements publics. Parmi ces derniers devraient se trouver le responsable des urgences, celui du service de gériatrie et le président de la Commission médicale d'établissement.