



AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

l'Interne des Hôpitaux des Armées

Clovis GROULT

Élève de l'Ecole du Val de Grace

Ancien élève de l'Ecole Santé Navale

Etude de l'INTERFACE CHIRURGIEN-GENERALISTE-PATIENT

Evaluation de la satisfaction des médecins généralistes dans la rétro-information hôpital-ville en chirurgie viscérale à l'hôpital Legouest

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Laurent BRESLER

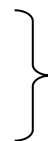
Président du jury

Monsieur le Professeur François GUILLEMIN

Monsieur le Professeur Gilles GROSDIDIER

Madame le Docteur Sophie SIEGRIST

Madame le Médecin des Armées Charlotte de SAINT-ROMAN CINQUETTI



Juges

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
 Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
 Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
 Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
 Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales » :	M. Christophe NEMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques » :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale » :	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
 Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
 Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
 DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
 DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
 Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Orlène GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
 Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
 Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
 Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
 VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
 PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
 Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
 Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
 Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
 Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
 PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
 1^{ère} sous-section : (Anatomie)
 Professeur Gilles GROSDIDIER
 Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT – Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEMSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD – Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))*

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : *(Rhumatologie)*

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS – Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Amaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A.)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A.)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A.)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A.)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A.)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A.)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A.)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A.)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A.)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Laurent BRESLER

Professeur de Chirurgie Générale
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider notre jury de thèse
et nous vous en sommes reconnaissant.

Nous vous prions de croire en l'expression de notre gratitude et de notre plus grande considération.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur François Guillemin
Professeur de cancérologie

Monsieur le Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur d'anatomie

Madame le Docteur Sophie SIEGRIST
Maître de conférence associée de Médecine Générale

Madame le Médecin des Armées Charlotte de SAINT-ROMAN CINQUETTI
Chirurgien des Hôpitaux des Armées

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Médecin Chef Philippe Sockeel

Professeur agrégé du Val de Grâce

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Récompense pour travaux scientifiques et techniques

„

Vous nous avez fait l'insigne honneur de diriger ce travail et nous espérons en retour être digne de la confiance que vous nous avez accordé. Vous nous avez accueilli, accompagné et guidé avec bienveillance tout au long de notre parcours tant sur le plan professionnel que personnel. A vos côtés, nous avons appris notre métier. Pour votre confiance en nous, votre soutien, votre entière disponibilité et votre générosité, nous vous sommes très reconnaissants.

ECOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur Maurice VERGOS

Directeur de l'École du Val de Grâce
Professeur Agrégé du Val de Grâce
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Récompenses pour travaux scientifiques et techniques
Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

A Monsieur le Médecin Général Jean-Didier CAVALLLO

Directeur adjoint de l'École du Val de Grâce
Professeur Agrégé du Val de Grâce
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Chevalier des Palmes Académiques
Récompenses pour travaux scientifiques et techniques
Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES LEGOUEST - METZ

Monsieur le Médecin Chef des Services Patrick GERGOY

Médecin Chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

Vous nous avez soutenus dans notre parcours. Pour l'implication que vous mettez dans notre formation,
nous vous sommes reconnaissants.

Monsieur le Médecin en chef Philippe REY

Professeur agrégé du Val de Grâce
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier des Palmes Académiques
Réfèrent pédagogique de
l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest

A Hélène. Merci d'être là, de briller autour de moi; tu es lumineuse ; avec toi, les difficultés à surmonter n'en sont plus...

A Papa, super Papa.

A Maman, qui me guide d'où elle demeure...

A Milena, Ombeline. Mes sœurs que j'aime et dont l'aide et l'insouciance joie de vivre m'ont été précieuse.

A Chacha, qui m'a coaché tout au long de ce loooooong travail.

A Jacob, des amis formidables et ce depuis longtemps déjà.

A Amaury, Toutoune, Binary Man, plusieurs personnes réunies dans un seule corps, ça déménage !

A Ingrid, qui m'a longtemps soutenu.

A Santé Navale

A mes co-internes, Nico, Gugus, Rémi, Audrey, Flo, Virginie,...A mes vieux potes Ben, Willy, Guillaume, Cocotte, Cam, N'so N'so, Rémi...

A ceux qui m'ont fait être certain d'aimer ce métier Frifri et Bertrand.

A ceux que je n'ai pas cités et qui le méritent

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Sommaire

GENERALITES	15
1. LE COURRIER MEDICAL	15
1.1 REGLEMENTATIONS	15
1.2 EXEMPLES	18
1.2.1 Dans les recommandations	18
1.2.2 Dans la littérature.....	18
2. DOSSIER MEDICAL	20
2.1 DROIT DES PATIENTS	20
2.2 REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES	21
2.2.1 LEGISLATION	21
2.2.2 LA FICHE D'INFORMATION DE RCP.....	23
3. INFORMATION DU PATIENT	25
ETUDE	27
1. OBJECTIF DE L'ETUDE	27
2. MATERIELS ET METHODE	29
2.1 TYPE DE L'ETUDE	29
2.2 CRITERES DE SELECTION ET D'EXCLUSION	30
2.3 QUESTIONNAIRE : CONTENU ET EXPLOITATION	31
2.3.1 CONTENU.....	31
2.3.2 EXPLOITATION	31
2.3.3 QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....	32
3. RESULTATS.....	33
3.1 PREMIERE CONSULTATION POST-OPERATOIRE	33
3.2 COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION ET OPERATOIRE	34
3.2.1 DELAI.....	34

3.2.2	CONTENU.....	35
3.3	FICHE DE LIAISON	39
3.4	LA RCP DU POINT DE VUE DU MEDECIN TRAITANT.....	39
3.4.1	Tenue des RCP	40
3.4.2	Intégration du médecin traitant aux RCP selon le type de pathologies.....	40
3.4.3	Fréquence des RCP	42
3.5	PATHOLOGIES ONCOLOGIQUES, INFORMATION ET COMPREHENSION DU PATIENT	43
3.5.1	Information du patient, consultation d'annonce.....	43
3.5.2	Compréhension du patient et rôle du médecin traitant.....	44
3.6	QUESTION A REPONSE OUVERTE	45
	DISCUSSION	47
1.	ANALYSE	47
1.1	CONSULTATION POST-OPERATOIRE	47
1.2	COMPTE-RENDUS D'HOSPITALISATION ET OPERATOIRE	47
1.2.1	Délai.....	47
1.2.2	Contenu	48
1.3	FICHE DE LIAISON	49
1.4	RCP ET MEDECIN TRAITANT	50
1.5	PATHOLOGIES ONCOLOGIQUES, INFORMATION DU PATIENT.....	52
2.	LIMITES	55
2.1	FAIBLE TAUX DE REPONSES	55
2.2	DONNEES MANQUANTES	56
2.3	APPLICATION DE L'ETUDE.....	56
3.	PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION.....	57
3.1	ANTICIPATION DE LA SORTIE DU PATIENT.....	57
3.2	FICHE D'INFORMATION	58
3.3	FICHE DE LIAISON	58

3.4	APICRYPT	59
3.5	EXPLICATIONS FAITES AU PATIENT	60
3.6	PARTICIPATION DES MEDECINS TRAITANTS AUX RCP	61
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE.....	64
	Annexe 1.....	69

GENERALITES

1. LE COURRIER MEDICAL

Il est, de notre point de vue, indispensable pour comprendre les réactions et les attentes des médecins traitants lorsqu'ils reçoivent un courrier médical et plus précisément un compte-rendu d'hospitalisation (CRH), de rappeler les règles de rédaction de ceux-ci.

1.1 REGLEMENTATIONS

L'écriture d'un courrier doit respecter des règles, fixées au fil du temps, pour améliorer l'exhaustivité et la compréhension de celui à qui il est destiné.

Celles-ci sont explicitées par le Code de la Santé Publique, article R.1112-6 et R.1112-60 codifiés par décret n°2003-462 du 21 mai 2003 :

« Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier. En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné dans les

conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade. » art R1112-6

Et « Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade. » art R1112-60.

Cette codification permet au médecin traitant d'avoir les informations nécessaires à une prise en charge adéquate du patient à sa sortie de l'hôpital. Comme cité ci-dessus, il est nécessaire que le médecin traitant soit « *informé le plus tôt possible* », la loi fixe que le compte-rendu d'hospitalisation soit « *adressé dans un délai de huit jours au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins* » [1, 2].

Ces textes, visant à assurer la continuité des soins, notamment par le médecin traitant, ont également été repris plus récemment, et leur mise en pratique rendue obligatoire par le Manuel de Certification [2].

Malgré la réglementation, les principaux problèmes liés au CRH tiennent à son contenu et à son délai d'émission. Les informations jugées les plus importantes par les médecins correspondants [3, 4] sont :

- ✓ le détail du traitement de sortie
- ✓ les résultats significatifs des examens réalisés durant l'hospitalisation
- ✓ les modalités de suivi conseillées ou proposées (éléments s'avérant d'autant plus indispensables à la sortie d'un service de chirurgie)
- ✓ les informations données au patient concernant le diagnostic de sa pathologie
- ✓ les éléments concernant le pronostic de la pathologie, les patients les interrogeant souvent à ce sujet.

Les difficultés liées au délai d'émission des courriers peuvent être contournées en remettant directement un exemplaire du courrier de sortie au patient, exemplaire qu'il communiquera directement à son médecin traitant lors de la prochaine consultation [5]. Cette pratique, étudiée et citée par plusieurs auteurs (références), a pour avantage, d'une part, de limiter le délai de réception du courrier, et d'autre part, incite certains patients peu enclins à se rendre spontanément chez leur médecin, à raccourcir le temps s'écoulant entre la sortie et la première consultation de suivi...

Il faut également prendre en compte le point de vue du patient sortant. En effet, pour celui-ci, en particulier en post-opératoire, le retour à domicile représente une angoisse car il quitte un milieu de soins où sont constamment présents médecins et infirmières, pour le domicile où le sentiment de sécurité disparaît [6].

Les patients reprochent par ailleurs aux médecins hospitaliers, de ne pas prendre en compte dans l'assurance de la continuité des soins, des symptômes prévisibles qui peuvent apparaître dans la période précoce post-hospitalisation [7] telle que la gestion insuffisante de la douleur, les troubles du transit, les troubles du sommeil, les difficultés pour la toilette et les soins d'hygiène.

D'où la nécessité d'un médecin traitant présent pour suppléer à ces manques, et donc d'une information correcte et suffisamment précoce de celui-ci.

Un autre élément peut être ajouté à l'amélioration de la coopération chirurgien-médecin traitant : le suivi téléphonique du patient par le spécialiste dans les jours suivants le retour à domicile, via son interlocuteur privilégié, le médecin généraliste [7].

1.2EXEMPLES...

1.2.1 Dans les recommandations

Il n'existe dans les textes officiels en France, qu'un exemple de recommandation pour la coopération spécialiste-médecin généraliste. Elle concerne la psychiatrie, a été élaborée par le CNQSP (Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie) et labellisé par l'HAS en tant que recommandation de bonne pratique en Septembre 2010. Ce texte sur « *les courriers échangés ente Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique* » stipule que [8]:

« même s'il est finalement décidé que, pour le problème psychique, le patient sera suivi par le psychiatre, le MG reste référent du patient. Il pourra être interpellé par le patient et, en tant que référent du suivi global, il doit posséder toutes les informations utiles. Le MG est un élément important également d'implication du patient ou de désengagement du patient dans sa prise en charge psychiatrique ».

Des notions clé transposables dans les autres spécialités médicales ressortent de ce texte :

- ✓ Le médecin généraliste est le référent du patient
- ✓ Assurant la prise en charge globale, il doit posséder toutes les informations utiles
- ✓ Il est un élément important d'implication du patient dans sa prise en charge.

1.2.2 Dans la littérature

Peu de travaux existent sur le sujet. Les informations de sortie d'un service sont peu étudiées. Certains auteurs ont, par contre travaillé sur l'échange de courriers médicaux entre

spécialiste et médecin généraliste lors de consultations. Mais, ces travaux étudient les courriers des omnipraticiens lorsqu'ils adressent un patient:

- ✓ en dermatologie [9]. Cette étude met en avant les informations indispensables à transmettre dans un courrier (critères administratifs et médicaux liés au antécédents du patient, motif de consultation), et l'intérêt d'une lettre-type, ainsi que les avantages de l'utilisation du moyen informatique avec la concrétisation du dossier médical personnel informatisé permettant l'enregistrement du dossier médical de chaque patient et une mise à jour personnalisée de la base des données.
- ✓ dans un service d'urgence [10]. Là, les auteurs concluent que les courriers sont trop souvent incomplets et ne correspondant pas aux attentes des urgentistes, nécessitant un complément d'informations par téléphone. Il est donc nécessaire de diffuser ces insuffisances d'informations pour améliorer la relation ville-hôpital.

2. DOSSIER MEDICAL

2.1 DROIT DES PATIENTS

Historiquement, le dossier médical servait essentiellement d'aide-mémoire, et, au mieux, à l'échange d'informations entre médecins :

« Longtemps, le dossier médical a été la simple matérialisation d'un besoin du médecin qui, craignant la trahison de sa mémoire, conservait des notes qui lui permettaient de ne rien oublier de l'histoire de son patient. Il a pu s'y adjoindre les écrits échangés avec d'autres confrères ou avec les proches ou la famille du malade. Tout au plus, ce dossier embryonnaire pouvait-il être partagé avec d'autres médecins au sein d'équipes soignantes. La morale professionnelle la plus élémentaire interdisait qu'il en fût autrement. » [11].

De plus, le patient resté éloigné de toute décision concernant sa santé ; ces questions étant débattues strictement entre professionnels de santé. Le patient était passif vis-à-vis de sa prise en charge, comme l'explique le Dr Mercat lors d'un rapport sur la correspondance médicale au Conseil National de l'Ordre :

« Pendant longtemps, le courrier d'un généraliste à un spécialiste, par exemple, s'est inscrit dans la relation de l'élève à son maître ou inversement, et, (...) à propos des documents pouvant être l'objet d'une saisie, il s'assimilait alors à une production littéraire, propriété de son auteur. » [12]

Mais, aujourd'hui, d'une part, la pluridisciplinarité (nécessitant l'échange d'informations fiables et en temps voulu) et le développement des moyens de communication ont fait que le dossier médical est devenu la clé de voûte d'une prise en charge optimale et coordonnée. D'autre part, le patient a des droits : son accord est indispensable pour toute prise en charge

le concernant. Il doit pouvoir accéder à son dossier médical tenu à jour s'il en fait la demande.

Ainsi le définit le code de la santé publique:

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé ».[13].

2.2 REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES

2.2.1 LEGISLATION

Les réunions de concertation pluridisciplinaires, organisées par spécialité médicale sont des séances de travail réunissant au minimum des médecins de trois spécialités différentes ; elles permettent de discuter de façon collégiale et de proposer la meilleure stratégie thérapeutique pour chaque patient atteint d'une pathologie oncologique.

Les critères de qualité d'une RCP sont définis par le premier plan cancer et la circulaire du 22/02/2005 [14, 15]:

- ✓ La **pluridisciplinarité** correspond à la présence d'au moins trois spécialités différentes qui doivent être adaptées au type de la RCP.
- ✓ Leur **fonctionnement** doit être formalisé : rythme (au moins 2 fois par mois), coordonnateur, secrétariat, type de dossiers à présenter, référentiels utilisés. Avant la réunion, une **fiche standardisée** de données médicales est remplie par le médecin qui inscrit le dossier à la RCP.

- ✓ Tous **les nouveaux cas** doivent être présentés avant mise en route du primotraitement. Les dossiers des patients nécessitant une modification substantielle du traitement (reprise évolutive, toxicité...) sont également présentés.
- ✓ Si le dossier répond à une situation clinique faisant l'objet d'une procédure standard de prise en charge (ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire et traduite dans un référentiel de pratiques validé) et figurant dans une liste établie par le réseau régional il est possible de ne pas le discuter ; le dossier doit être présenté rapidement et la fiche RCP renseignée et archivée. Les autres dossiers sont obligatoirement discutés. Les propositions thérapeutiques sont fondées sur des référentiels de pratique élaborés à un niveau régional à partir de recommandations de pratique clinique nationales ou supranationales. Ils doivent être régulièrement actualisés. Les possibilités d'inclusion dans des essais thérapeutiques sont connues des participants.
- ✓ **L'avis de la RCP** comporte la proposition thérapeutique ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient (Dossier communicant en cancérologie). Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin.
- ✓ **L'évaluation régulière** des RCP (fonctionnement, pluridisciplinarité...) permet une amélioration continue de leur qualité et, *in fine*, du service rendu aux patients.

Le premier plan cancer en a fait une de ses priorités [14, mesure 31]. Elles doivent permettre au patient de participer à la décision thérapeutique. En effet, elles aboutissent à un schéma thérapeutique et de prise en charge, organisés sous la forme d'un Projet Personnalisé de Soins (PPS) qui lui est remis et expliqué. Le PPS permet d'expliquer au patient la chaîne de soins coordonnée qui se met en place autour de sa prise en charge. Il s'impose principalement lors de la prise en charge initiale en lien avec le dispositif d'annonce et contient au minimum la proposition thérapeutique acceptée par le patient, les noms et coordonnées du médecin et de l'équipe soignante référente, ainsi que celles des associations de patients avec lesquelles il peut prendre contact [15].

Ce projet de soins personnalisé s'intègre dans le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC), initié par le premier plan cancer, développé par le second [29, mesure 18.3] dans le cadre de la relance du Dossier Médical Personnel (DMP) et des systèmes d'informations partagées de santé, et, mis en œuvre par les réseaux régionaux de cancérologie. Le DCC doit permettre le partage et l'échange de données médicales entre professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, en particulier le médecin généraliste, ainsi que la mise à disposition de services spécifiques, aidant en pratique les professionnels (annuaire et gestion des RCP par exemple). Ce sont des facteurs d'amélioration de la qualité en participant à une meilleure coordination du parcours de soins des malades. Le DCC et le DMP constituent à cet effet le support logique de cet échange en cancérologie.

2.2.2 LA FICHE D'INFORMATION DE RCP

Le DCC, qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient dont il est un des facteurs clé de coordination, comprend au minimum [16] :

- Le compte-rendu d'anatomie et cytologie pathologiques (CRAP)
- **La fiche RCP**
- Le compte-rendu opératoire (CRO)
- Le Programme Personnalisé de Soins (PPS).

La fiche RCP, définie par l'INCa, doit intégrer au minimum l'ensemble des éléments nécessaires à la prise de décision au regard des référentiels de bonnes pratiques.

Les données qu'elle contient correspondent aux items indispensables pour établir une proposition de prise en charge de qualité [17].

Deux types d'informations sont présents : les informations structurées et les informations non structurées. La structuration de certaines d'entre elles est justifiée par :

- le suivi de la prise en charge du patient
- l'accès à une meilleure connaissance de l'épidémiologie du cancer
- l'évaluation collective.

Ces données doivent être réutilisables sans ressaisie par les destinataires de la fiche. En outre, ces données sont des « éléments qualité » relevant des critères d'autorisation. De plus, la structuration de la fiche RCP permet d'intégrer des champs supplémentaires, afin de pouvoir si nécessaire ajouter des données spécifiques pour certaines pathologies ou souhaitées régionalement.

3. INFORMATION DU PATIENT

L'information du patient fait partie de la prise en charge globale. Un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques des investigations et des soins qu'il lui propose de façon à y donner un consentement ou un refus éclairé.

Ce droit à l'information, dont les fondements sont déontologiques [18], s'exerce à priori à l'occasion des soins et postérieurement à l'acte médical ou au cours du traitement de la maladie, par l'accès aux informations établies et détenues par le professionnel ou l'établissement de santé.

Ces deux temps de l'information sont indissociables, la bonne qualité du premier facilitant l'exercice du deuxième.

La loi du 4 mars 2002 [19] consacre dans le chapitre premier, sous le titre "Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté" le droit du patient à l'information et détaille les diverses situations dans lesquelles il s'exerce. C'est l'aboutissement d'une évolution confirmant une demande de plus en plus forte du corps social à plus d'autonomie et à une meilleure information :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. »

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. »

Cette information est assurée :

- Par le médecin traitant, lorsqu'il le juge utile ou que le patient en fait la demande. L'omnipraticien, étant l'acteur de santé de proximité pour ses patients, il est à ce titre le plus souvent sollicité.
- Le spécialiste avant la réalisation d'un acte médical spécialisé.
- Le spécialiste dans le cadre du dispositif d'annonce en cancérologie [14, mesure 4]. Le temps médical de ce dispositif correspond, en fait, à une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce du diagnostic de cancer, puis à la proposition d'une stratégie thérapeutique définie lors de la RCP. Le projet thérapeutique est présenté et expliqué au malade. La décision thérapeutique, comprise et acceptée par le malade, lui sera ensuite remise sous forme d'un programme personnalisé de soins (PPS).

Par ailleurs, le dispositif d'annonce prévoit des temps de discussion et d'explication sur la maladie et les traitements afin d'apporter au patient une information adaptée, progressive et respectueuse : un temps médical, un temps d'accompagnement soignant, un temps de soutien et **un temps d'articulation avec la médecine de ville** pour optimiser la coordination entre l'établissement de soins et le médecin traitant.

ETUDE

1. OBJECTIF DE L'ETUDE

Notre étude a pour but d'évaluer la satisfaction des médecins traitants dans leurs relations avec le chirurgien pour une prise en charge post-opératoire optimale de leurs patients à la sortie de l'hôpital. Sont-ils bien informés par le spécialiste ? Les objectifs de continuité des soins peuvent-ils être correctement assurés ? La communication entre le spécialiste et le généraliste est-elle adaptée pour leur permettre d'assurer une prise en charge satisfaisante et de répondre aux interrogations et aux attentes de leurs patients ?

Le décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (JO du 15 avril 2005), organise l'Evaluation des Pratiques Professionnelles:

« L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. »

L'article L.4133-1-1 stipulant :

« L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés. »

L'article L.6155-1 du Code de la Santé publique précisant :

« Les médecins, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux des armées, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif, sont soumis à une obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées aux articles L. 4133-1, L. 4143-1 et L. 4236-1. »

Cette étude ne peut être considérée comme une EPP, aussi bien en termes de validation de son protocole que dans l'expertise de ses résultats. Ce travail a pour seul objectif d'exploiter des résultats interprétables à l'échelle d'un service de chirurgie, en vue de faciliter un travail ultérieur. En effet, il est précisé par l'HAS dans son « mode d'emploi » [20] qu'une EPP, au titre d'un service, doit être mise en œuvre par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) d'un hôpital ; les certificats d'accomplissement établis, émis par celle-ci, soit directement si l'évaluation a été conduite avec le concours d'un organisme agréé par l'HAS, soit après avis d'un médecin expert extérieur à l'établissement selon les modalités définies par l'HAS [21].

2. MATERIELS ET METHODE

2.1 TYPE DE L'ETUDE

Nous réalisons une enquête de satisfaction à partir d'un questionnaire comprenant 13 questions à réponses fermées et 1 question à réponse ouverte (annexe 1). Ce questionnaire était adressé aux médecins généralistes déclarés comme médecins traitants par les patients hospitalisés dans le service de chirurgie viscérale de l'Hôpital d'Instruction de Armées (HIA) Legouest à Metz dans la période du 1^{er} Novembre 2009 au 31 Janvier 2010. Leurs coordonnées étaient retrouvées via le logiciel Amadeus utilisé par les Hôpitaux d'Instruction des Armées.

Le questionnaire a été soumis aux médecins généralistes par courrier avec la possibilité de répondre par retour de courrier à l'aide d'une enveloppe pré affranchie. Un lien internet était également proposé dans le courrier, leur permettant de répondre via Google.docs. L'utilisation des nouveaux moyens de communication permis par le développement d'internet nous semblait être une opportunité de toucher un plus grand nombre et donc d'obtenir un taux de participation plus important à notre étude et un délai de réponse plus bref que par courrier papier. C'est également un moyen plus économique puisque l'utilisation d'internet permet d'éviter l'utilisation du papier et le pré-affranchissement des courriers adressés aux médecins. Notre cible était notamment les médecins ayant commencé à exercer relativement récemment avec des moyens informatiques et de mise en réseau des informations.

2.2 CRITERES DE SELECTION ET D'EXCLUSION

Nous avons sélectionné 134 médecins traitants enregistrés comme tels dans les dossiers informatisés des patients hospitalisés dans le service de chirurgie viscérale de l'HIA Legouest.

Nous n'avons inclus que les médecins spécialistes en médecine générale (126), 8 spécialistes enregistrés comme médecin référent ont été exclus. Parmi ces 126 omnipraticiens, 11 étaient médecins de 2 patients et n'ont été inclus qu'une fois, et 1 médecin était référent de 3 patients et a été inclus une seule fois.

112 praticiens ont donc été inclus.

Nous avons décidé, pour minimiser les biais, de n'envoyer qu'un questionnaire à chaque médecin traitant suivant plusieurs patients hospitalisés dans la période donnée, évitant ainsi la redondance des réponses concernant les pathologies oncologiques, les réunions de concertations multidisciplinaires, ainsi que les biais liés à la mémoire et à une éventuelle confusion quant au contenu de chaque courrier et aux manques ressentis par un défaut d'information concernant un patient en particulier. Nous diminuons donc légèrement la représentativité concernant les délais de réception et le contenu des CRH et des CRO, pour lesquels l'avis du même médecin pour plusieurs patients aurait été intéressant à exploiter.

2.3 QUESTIONNAIRE : CONTENU ET EXPLOITATION

2.3.1 CONTENU

Notre questionnaire aborde successivement les thèmes de :

- compte rendu d'hospitalisation (CRH): délai de réception, contenu, clarté, importance dans le suivi et exhaustivité des informations fournies
- fiche de liaison : utilité pour le médecin traitant dès la sortie de l'hôpital
- staffs multidisciplinaires : tenue, citation dans le CRH, compréhension des informations par le patient, intérêt pour l'omnipraticien en fonction de la pathologie, du type de patients et de la fréquence des réunions.
- Pathologies oncologiques : réalisation des consultations d'annonce, avis sur l'information du patient et sa compréhension de l'information

2.3.2 EXPLOITATION

Le questionnaire a été anonymisé.

Il a été procédé à trois relances par courrier, chacune ayant lieu après un délai de huit semaines et adressées à tous les médecins inclus, ceci pour ne pas lever l'anonymat.

112 questionnaires ont donc été envoyés à 112 omnipraticiens

43 médecins ont répondu et réadressé le questionnaire dont 33 réponses par courrier et 8 réponses en ligne via Google.docs, soit 38% de répondants.

Parmi ces 43 répondants, 2 ont été exclus de l'étude car ils précisaient sur le questionnaire qu'ils sont médecins spécialistes de spécialité (un rhumatologue et un angéiologue), bien qu'ils fussent enregistrés comme médecins spécialistes en médecine générale dans les dossiers informatisés de l'hôpital.

Puis, lors de la seconde relance, 1 questionnaire n'a pas été pris en compte, l'omnipraticien précisant qu'il avait déjà répondu et envoyé le questionnaire (sans précision nominative permettant le respect de son anonymat).

Les résultats ont ensuite été traités et analysés par le logiciel Microsoft Excel©.

2.3.3 QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Le questionnaire a été mis en ligne via Google.docs ; le lien internet était mis en évidence sur le courrier d'introduction accompagnant chaque questionnaire envoyé. Une fois sur la page internet, il suffisait de remplir le questionnaire puis de valider celui-ci pour l'envoyer directement sur une boîte mail prévue à cet effet.

Afin d'améliorer notre taux de réponse en facilitant les démarches pour l'omnipraticien, l'idéal aurait été d'envoyer notre questionnaire par courrier électronique. Malheureusement aucune base de données regroupant les adresses mails des médecins généralistes suffisamment complète n'existe à ce jour (même réservée aux professionnels de santé), pour la Moselle.

Seuls huit réponses en ligne ont été reçues, malgré la facilité de réponse par ce moyen.

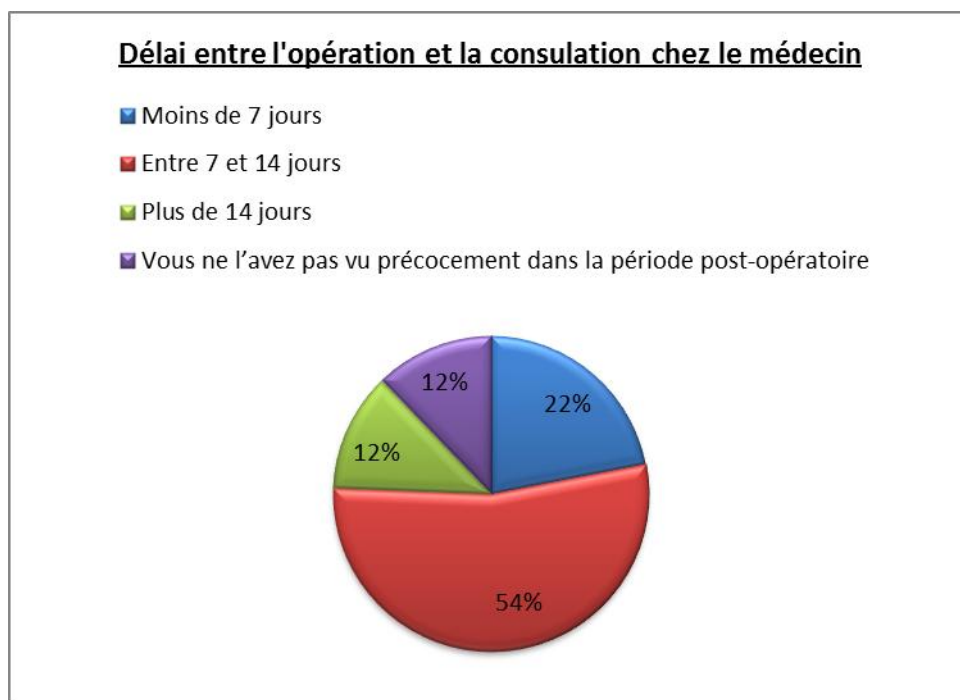
3. RESULTATS

3.1 PREMIERE CONSULTATION POST-OPERATOIRE

Il apparait que 22% seulement des médecins répondants (soit 9 médecins) débutent un suivi précoce et revoient leur patient dans la première semaine suivant l'hospitalisation.

La majorité, soit 54% (22) le revoit dans la deuxième semaine suivant sa sortie.

12% (5) reçoivent leur patient après la deuxième semaine et 12% (5) ne le voient pas le premier mois.



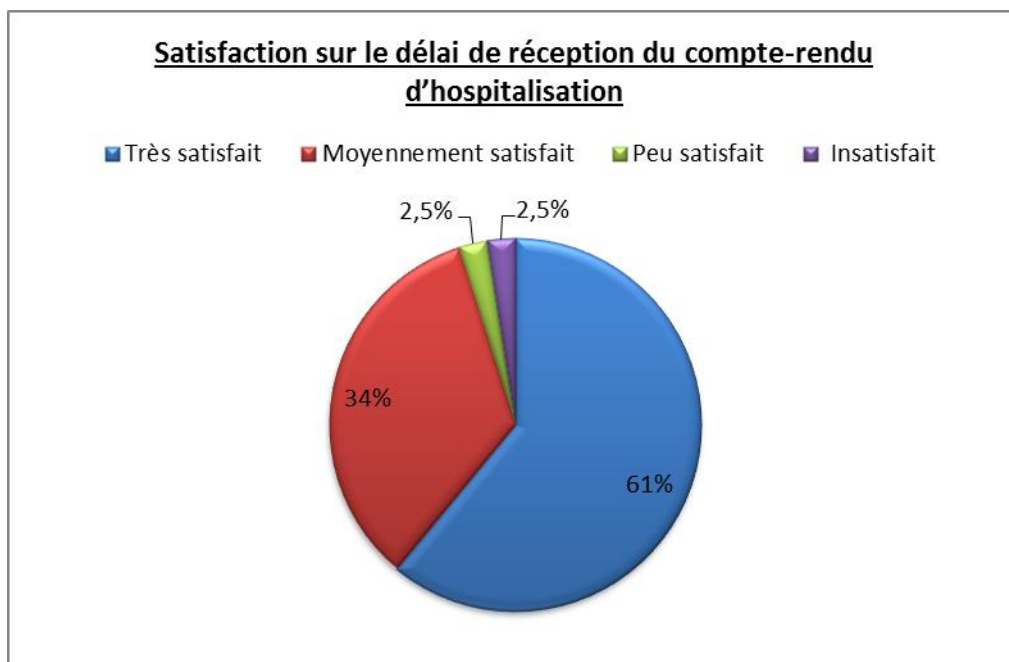
3.2 COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION ET OPERATOIRE

3.2.1 DELAI

Concernant le délai de réception du CRH, ainsi que de son contenu en terme de clarté et de complétude du document, 61% des médecins sont très satisfaits par le délai de réception du compte-rendu.

34% sont moyennement satisfaits par ce délai.

2.5% des médecins sont peu satisfaits et 2.5% sont insatisfaits.



3.2.2 CONTENU

La grande majorité des médecins interrogés, soit 93% d'entre eux trouvent que le contenu du CRH qui leur est destiné est très clair.

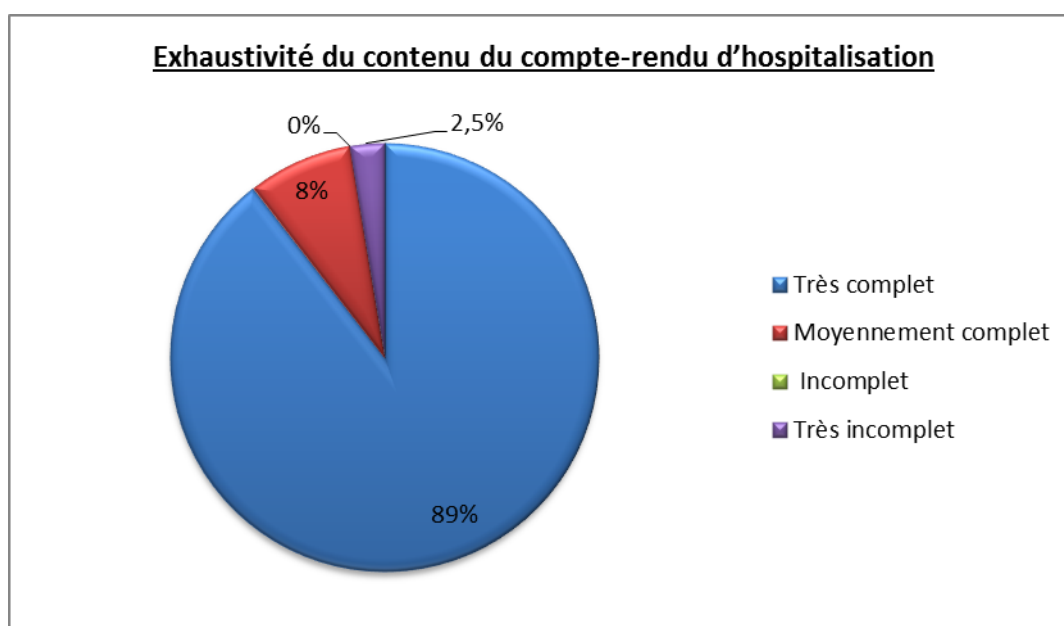
7% (3 médecins) l'ont trouvé moyennement clair.

Aucun médecin n'a trouvé le CRH peu clair ou pas clair du tout.

Concernant l'exhaustivité du contenu du CRH, la plus grande part des médecins, à savoir 89%, juge qu'il est très complet.

8% de ceux-ci pensent qu'il est moyennement complet.

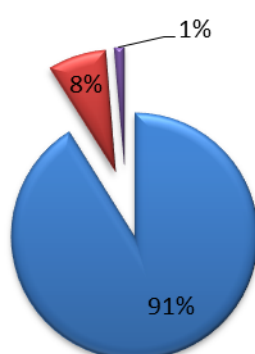
Aucun ne le trouve partiellement incomplet mais 2.5% des médecins le jugent très incomplet.



Si l'on envisage la satisfaction des médecins quant au contenu du CRH de façon globale, on s'aperçoit que 91% d'entre eux le pensent très clair et complet.

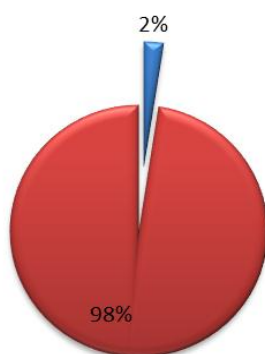
Clarté et exhaustivité du compte rendu d'hospitalisation selon les médecins généralistes

■ Très clair et complet ■ Moyennement clair et complet
■ Peu clair et peu complet ■ Pas clair du tout et incomplet



Comme attendu d'après les résultats de la dernière question, 98% des interrogés n'ont pas rencontré d'obstacle à la compréhension ou à l'exécution des consignes de soins.

Clarté des consignes de soins post-opératoires dans le CRH

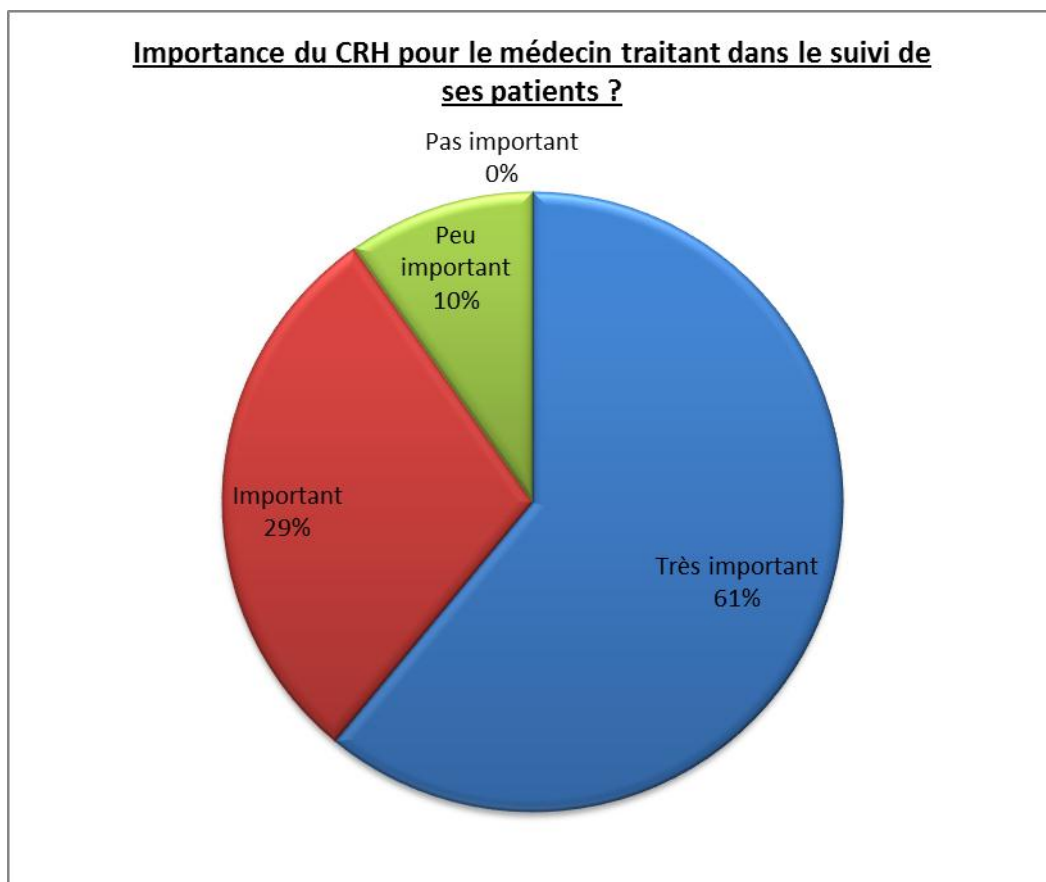


■ Mauvaise
■ Bonne

Par ailleurs, le CRH apparaît comme très important dans le suivi des patients pour 61% des médecins interrogés (25) et important pour 29% (12). Le CRH est donc un élément d'importance non négligeable pour 90% de ses destinataires.

10% (4) le considèrent peu important pour le suivi du patient.

Aucun ne considère qu'il ne représente aucun intérêt.

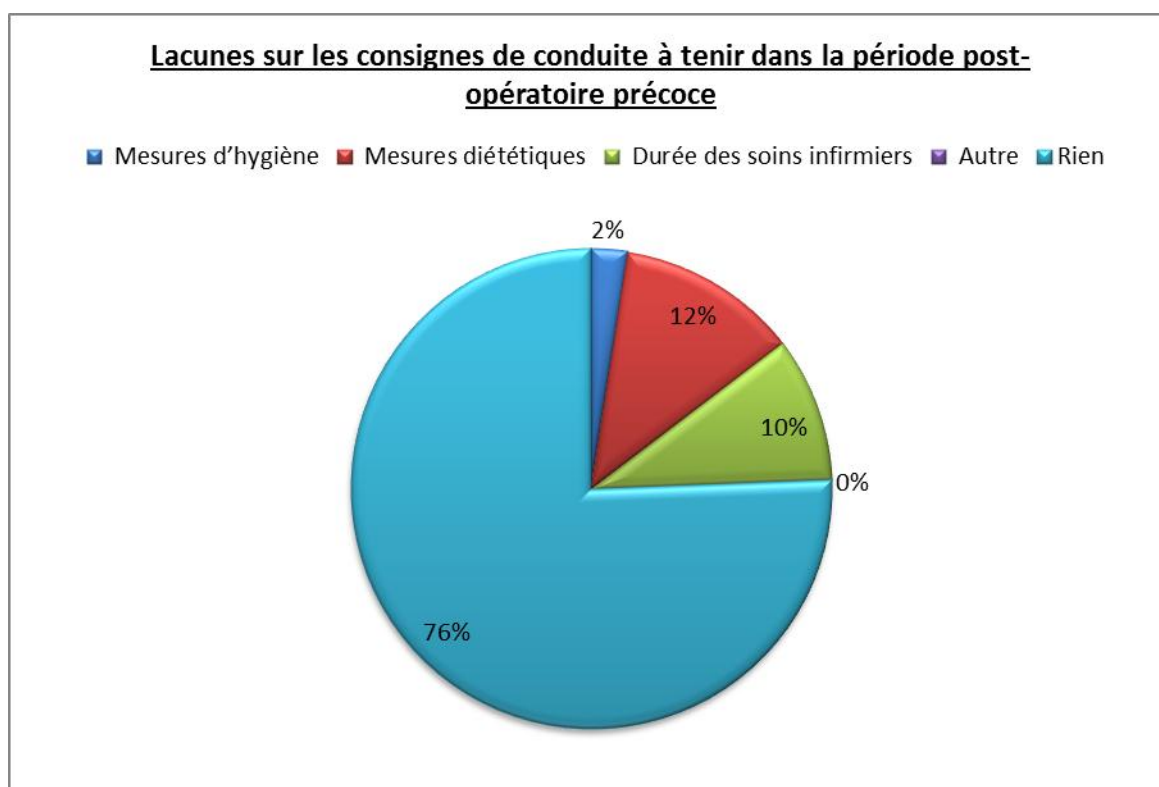


Malgré l'exhaustivité du contenu du CRH du point de vue des généralistes interrogés, notons que pour 24% (10 médecins), il existe tout de même des lacunes sur la conduite à tenir pour certains types de soins dans la période post-opératoire.

Ainsi, 50 % (5) de ceux qui considèrent qu'il manque des consignes, soit 12% des médecins interrogés, sont d'avis que les mesures diététiques à suivre ne sont pas assez explicitées.

40% (4) d'entre eux, soit 10% des médecins interrogés, pensent que les consignes quant à la durée des soins infirmiers à poursuivre ne sont pas suffisamment présentes.

10% (1), soit 2.5% des destinataires, considèrent que les mesures d'hygiène à suivre ne sont pas assez claires.



3.3 FICHE DE LIAISON

La plupart des médecins interrogés (83%) souhaiteraient que leurs patients sortent du service d'hospitalisation avec une fiche de liaison à leur attention, les informant brièvement de la pathologie, de la prise en charge dans le service et du traitement de sortie.

17% (7) ne portent pas d'intérêt à une éventuelle fiche de liaison.



3.4 LA RCP DU POINT DE VUE DU MEDECIN TRAITANT

Nous nous sommes intéressés au point de vue des médecins traitants au sujet des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). Sont-ils suffisamment informés pour une prise en charge optimale de leurs patients? Ont-ils des requêtes particulières ? Les médecins généralistes ont souvent constatés qu'il était difficile pour eux d'être intégrés dans les prises en charge pluridisciplinaires [22], notamment d'être pris en considération en tant que médecin référent d'un patient par les spécialistes hospitaliers. Nous leur avons donc demandé quels sont leur desiderata vis-à-vis des RCP : souhaitent-t-ils y participer ? Avec quelle fréquence ? Pour quels types de patients ? Quels types de pathologies

3. 4. 1 Tenue des RCP

Il apparaît que 68% (28) d'entre eux ne sont pas informés de la tenue de ces réunions en temps réel.

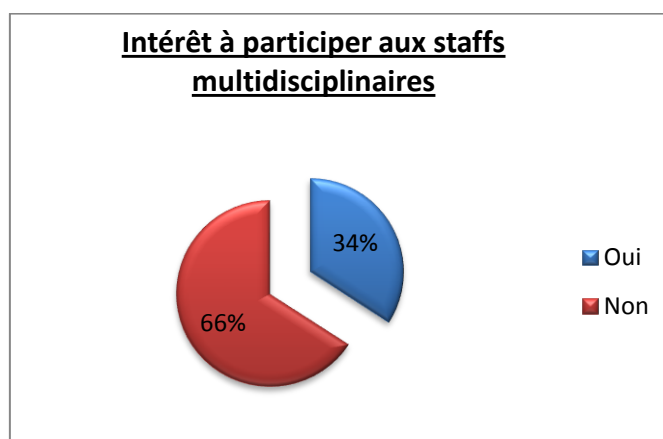
De plus, 51% des médecins interrogés (21) constatent que le CRH n'est pas non plus informatif à ce sujet.

Par ailleurs, lorsque le CRH fait mention des RCP, il ne précise pas, pour 63% des médecins répondants (26) si des informations claires ont été communiquées au patient et s'il les a vraisemblablement comprises.

Et 48% d'entre eux estiment que le fait qu'un patient soit mal informé des conclusions de la RCP représente un manque dans la relation médecin-malade.

3.4.2 Intégration du médecin traitant aux RCP selon le type de pathologies

Il apparaît que seulement 34% (14) voient un intérêt à participer aux staffs multidisciplinaires.



Parmi ceux-ci, 93% (13) souhaitent participer aux RCP pour des pathologies oncologiques.

Les autres types de pathologies retenant leur intérêt sont les pathologies invalidantes pour 64% (9), les pathologies délabrantes pour 43% (6).

Pour 14% (2/14) d'entre eux, participer aux RCP pour les pathologies orthopédiques serait intéressant.

Les types de patients pour lesquels leur participation paraît nécessaire sont les patients souffrants de comorbidités pour 71% (10), les patients dépendants pour 57% (8), les patients âgés pour 43% (6).

Seulement 7% souhaiteraient participer aux RCP en toutes circonstances, c'est-à-dire pour tout type de pathologies et de patients.

2 médecins proposent une participation pour les pathologies dégénératives.

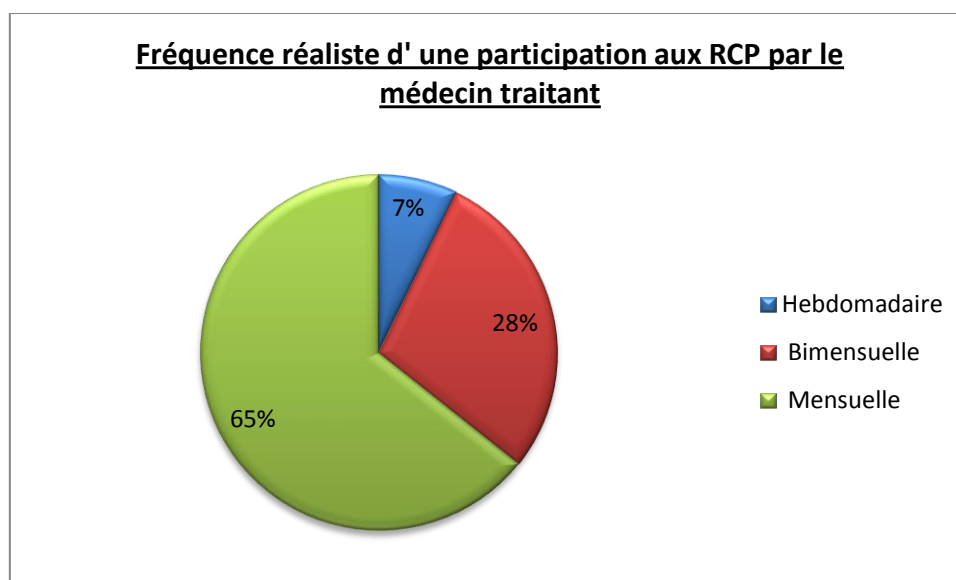
Notons également que 9.8% (4) de l'ensemble des médecins interrogés répondants précisent qu'il serait médicalement intéressant et utile à la prise en charge du patient de participer à ces réunions mais que leurs emplois du temps déjà très chargés ne le permettraient pas.

3.4.3 Fréquence des RCP

Nous avons également demandé aux médecins souhaitant participer aux RCP, à quelle fréquence pourraient-ils participer à ces réunions.

65% (9) estiment qu'une participation mensuelle serait gérable avec leur emploi du temps. 28% (4) pensent même qu'ils pourraient y participer deux fois par mois. Pour 7% (1) d'entre eux une participation hebdomadaire est envisageable.

Un médecin propose une participation trimestrielle aux RCP.

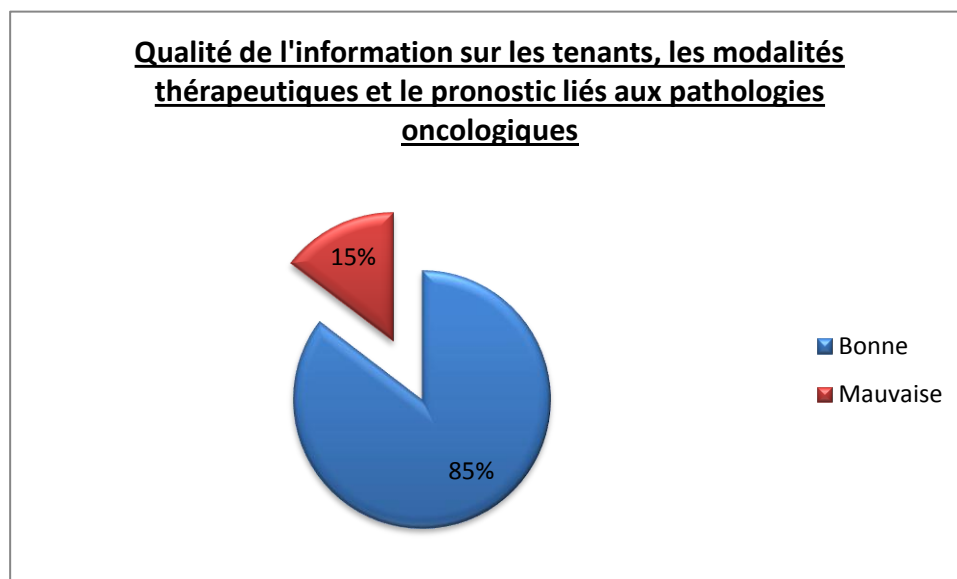


3.5 PATHOLOGIES ONCOLOGIQUES, INFORMATION ET COMPREHENSION DU PATIENT

Les pathologies tumorales malignes représentent une part importante des affections chroniques que les médecins traitants ont à prendre en charge ; elles sont des pathologies lourdes en terme de traitement, de pronostic et de prise en charge globale (aspects psychologiques, hospitalisations récurrentes, aides multiples pour le maintien à domicile...). L'ensemble de ces mesures, avant d'être organisé par le médecin traitant, est initié par les équipes hospitalières. Le médecin traitant est-il correctement renseigné sur les informations données aux patients ?

3.5.1 Information du patient, consultation d'annonce

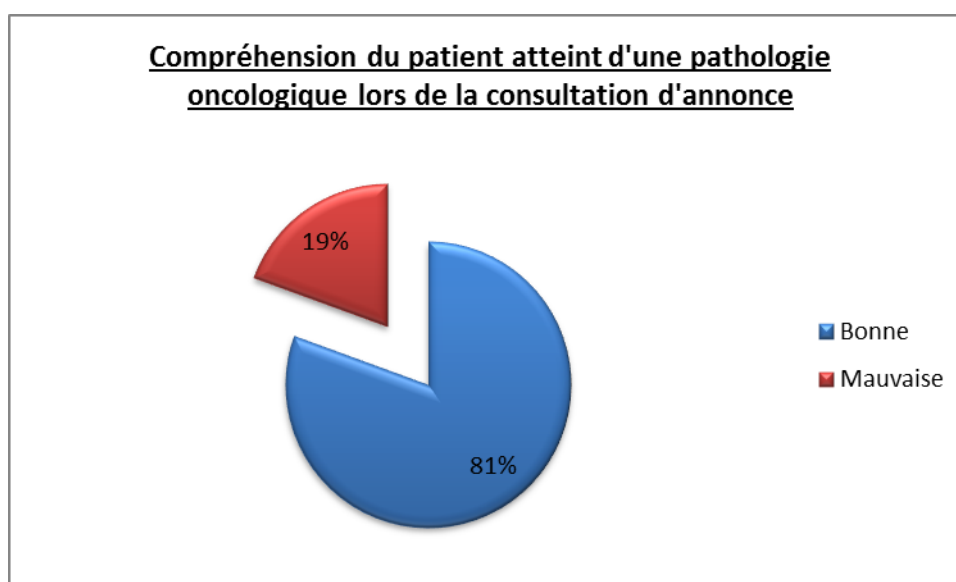
85% (35) d'entre eux estiment que le patient est correctement informé par le spécialiste hospitalier.



De plus, les spécialistes hospitaliers respectent le cadre officiel puisque, dans 92% (37) des cas, une consultation d'annonce a été faite selon les dispositions légales.

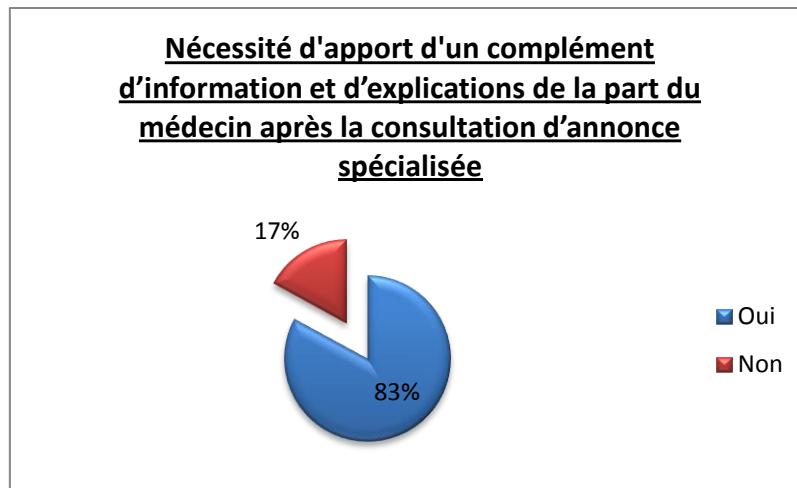
3.5.2 Compréhension du patient et rôle du médecin traitant

Dans une majorité de cas, c'est-à-dire 81% (29), les explications données au cours de la consultation ont été bien comprises par le patient.



Par contre, bien que la compréhension du patient vis-à-vis des éléments liés aux modalités thérapeutiques et au pronostic de la maladie soit bonne, le patient a souvent besoin d'un complément d'informations après la consultation d'annonce. C'est le cas pour 83% des patients, d'après les médecins interrogés.

Un médecin ajoute que le patient donne l'impression de bien comprendre les informations qui lui sont expliquées « selon son envie d'entendre ».



3.6 QUESTION A REPONSE OUVERTE

Le questionnaire se terminait par une question ouverte permettant aux interrogés de laisser des commentaires dans le but d'améliorer l'information fournie et la communication avec le chirurgien.

Le premier résultat à noter est justement l'absence de réponse pour 27 médecins répondants, soit 75%.

Trois médecins (7%) ajoutent qu'ils sont très satisfaits de l'accueil des patients et des soins prodigués à l'hôpital Legouest.

Deux médecins proposent et souhaitent la généralisation du système APICRYPT en remplacement de la version papier des courriers médicaux, permettant une transmission rapide des données à communiquer et un archivage automatisé dans les dossiers informatiques des patients.

Deux médecins insistent sur l'importance de la fiche de liaison remise au patient à sa sortie et précisant le diagnostic et la conduite à tenir dans la prise en charge post-hospitalisation immédiate.

Un médecin rappelle qu'il est primordial que le traitement de sortie et l'adaptation du traitement antérieur apparaissent clairement en fin de courrier, et ne soient pas dispersés dans le texte.

Un autre précise que, la compréhension du malade n'étant pas toujours bonne, un complément d'informations et d'explications est nécessaire de la part du médecin traitant. Mais pour cela, et pour que la prise en charge soit cohérente, un entretien avec le médecin hospitalier devrait avoir lieu au préalable. Par ailleurs, il suggère d'éviter les sorties en fin de semaine car la mise en place des soins de suite est alors difficile du fait de l'indisponibilité des différents acteurs (infirmières, aides à domicile, kinésithérapeutes...). De plus, pour les patients dépendants, il serait optimal de prévenir le médecin traitant quelques jours avant la sortie, dans le but d'anticiper le retour à domicile et d'améliorer la mise en place des moyens de prise en charge par les différents acteurs au domicile.

DISCUSSION

1. ANALYSE

1.1CONSULTATION POST-OPERATOIRE

Les résultats montrent que 76% des médecins revoient leur patient dans les 2 premières semaines suivant la sortie de l'hôpital. Cela montre qu'ils sont conscients de l'importance d'un suivi précoce pour une prise en charge adaptée dans la période de cicatrisation et de convalescence post-opératoire. Evidemment, cette consultation ne peut pas se faire dans de bonnes conditions s'ils n'ont pas le CRH en leur possession. Nous n'avons pas retrouvé d'élément dans la littérature nous permettant de comparer nos données.

1.2COMPTE-RENDUS D'HOSPITALISATION ET OPERATOIRE

1.2.1 Délai

95% des médecins répondants sont globalement satisfaits par le délai de réception du CRH, permettant donc une première consultation post-opératoire en possession du CRH. Rappelons que le médecin traitant désigné par le patient doit être, d'après le Manuel de Certification [2], « destinataire d'un document écrit qui lui parvient dans un délai permettant la continuité de la prise en charge ».

Ce délai a été fixé à 8 jours par l'article R.710-2-6 du Code de la Santé publique; il a été utilisé après les travaux d'audit sur la « préparation de la sortie du patient hospitalisé », réalisé en 2001 par le Service d'Evaluation des Pratiques de l'ANAES [24].

L'Académie Nationale de Médecine écrivait en 2002 dans son bulletin mensuel [22], sur le thème « Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralistes », « La lettre de sortie de parvient souvent au médecin de famille qu'avec un grand retard sinon jamais ». Notre étude montre que ces dysfonctionnements ont été au moins partiellement résolus depuis 10 ans, dans notre service.

Le délai de réception du CRH est aujourd'hui correct, ceci permet non seulement une meilleure relation du médecin généraliste avec le secteur hospitalier, en atténuant le ressenti d'indifférence [22], mais également l'éviction d'une répétition inutile d'examens complémentaires biologiques et radiologiques, donc une continuité des soins plus cohérente pour le bien-être du patient.

1.2.2 Contenu

De même, 100% des médecins répondants pensent que le CRH qui leur est destiné est très clair ou moyennement clair permettant donc une première consultation post-opératoire de bonne qualité en présence des éléments nécessaires à celle-ci et à la continuité des soins.

Rappelons que le compte rendu opératoire (CRO), est joint systématiquement au CRH par le service de chirurgie viscérale de l'hôpital Legouest. Ceci est un élément non négligeable pour le médecin traitant selon 90% d'entre eux. Il permet effectivement d'apporter un complément d'informations sur le geste effectué et donc sur les soins à prodiguer lorsque la clarté et l'exhaustivité du CRH pourrait être améliorée.

Ceci est en accord avec les textes réglementaires, le CRO doit faire partie des éléments présents dans le dossier du patient [25]. Ceci a été prévu par la loi du 4 Mars 2002

et ce texte élaboré à partir de l'article R.1112-1 du code de la santé publique sur l'information des patients et l'article L1111-7 [26, 27] précisant que « [le patient] peut accéder à ses informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne [...] au plus tard dans les huit jours suivant [sa sortie du service] ».

Pour les médecins à qui il manque des consignes de soins, il apparaît que les plus importantes à suivre sont celles concernant les mesures diététiques. Ce point s'explique par les effets indésirables d'une intervention en chirurgie digestive sur le transit (atteinte à l'intégrité des anses digestives, iléus réactionnel...). La reprise du transit est donc un élément indispensable à la convalescence du malade.

1.3 FICHE DE LIAISON

La fiche de liaison est, pour les médecins traitants, un moyen important à l'initiation du suivi post-opératoire puisqu'elle est réclamée par 83% d'entre eux. Ceci est confirmée dans la question ouverte : deux médecins confirment son importance, un médecin insiste sur le fait que les données indispensables à transmettre sont : diagnostic, traitement de sortie et consignes post-opératoires. Il pourrait être simple de réaliser ces fiches de liaison.

Pourtant la transmission d'une fiche de liaison au médecin traitant n'est pas une pratique codifiée par la réglementation en vigueur.

Un travail ayant introduit une fiche de liaison entre l'hôpital et le médecin traitant en oncologie, réalisé en 2009 [28] conclut à « *un défaut d'information [qui] existe entre l'hôpital et les médecins généralistes* » lorsque celle-ci est inexistante. De plus, elle est déjà utilisée par plusieurs services (notamment au sein de l'hôpital Legouest : service de médecine interne, maladies infectieuses, service de gastroentérologie) et nos résultats montrent l'intérêt que lui porte les omnipraticiens interrogés.

Pourtant, l'utilisation d'une fiche de liaison existait dans le service jusqu'en 2007 mais a été abandonné, probablement en raison d'une densification de l'activité chirurgicale et une réduction du nombre d'internes. De plus, l'organisation du secrétariat était alors excellente permettant le départ du CRH dans les 24 heures après la sortie du patient. En effet, le courrier était dicté le matin de la sortie, frappé dans la matinée, corrigé et signé par le médecin dans l'après midi. Mais, l'augmentation de l'activité du service et surtout la modification de l'organisation du secrétariat avec création d'un secrétariat centralisé, regroupant tous les services chirurgicaux, n'ont pas permis de conserver cette fluidité dans la confection du CRH. L'éloignement du secrétariat par rapport au service et l'absence de secrétaire dédié augmentant le nombre de corrections à effectuer, sont à l'origine d'un allongement des délais d'envoi du CRH. Depuis 1 an, la disparition des parapheurs au profit de l'informatisation des relations entre les secrétaires et les médecins via l'interface « tableau de bord » du logiciel Amadeus, aurait dû permettre une amélioration des délais.

1.4RCP ET MEDECIN TRAITANT

Le médecin traitant semble mal informé de la tenue des RCP. La date et le lieu ne sont pas communiqués pour 68%, leur participation n'est donc pas possible. Et, rétrospectivement, les décisions ne sont pas transmises dans le CRH pour 51% d'entre eux.

Les médecins spécialistes en médecine générale ne souhaitent pas, pour 76% d'entre eux, participer aux RCP. Ce résultat est en contradiction avec les données de la littérature à ce sujet. En effet, d'après l'Académie Nationale de Médecine [22], les médecins généralistes se plaignent unanimement de « l'insuffisance, sinon [de] l'absence, de relations régulières et suivies avec l'hôpital ».

Pourquoi cette différence existe-t-elle ?

Ils répondent, au moins partiellement à cette question, lorsqu'on leur demande à quelle fréquence ils souhaitent participer aux RCP : 65% ne pourraient y participer qu'une fois par mois et **2%** proposent une participation trimestrielle. Seulement **7%** envisagent une participation hebdomadaire, sachant que ces RCP ont lieu, la plupart du temps, une fois par semaine, à horaire fixe. On constate donc que les médecins spécialistes de médecine générale ne souhaitent pas dans leur majorité participer aux RCP pour des raisons de gestion d'un emploi du temps déjà très chargé, bien qu'ils soient conscients de l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire bien conduite en oncologie.

10% précisent d'ailleurs que, bien que leur participation soit utile à la prise en charge du patient, leur emploi du temps ne le permettrait pas.

Une participation mensuelle aux RCP reste donc la solution la moins difficile à mettre en place et la plus demandée par les omnipraticiens.

Par contre, le médecin traitant ne sait pas si le patient a été informé des conclusions de la RCP dans 63% des cas. Pourtant, cette ignorance ne perturbe la relation médecin-malade que pour la moitié des omnipraticiens interrogés.

On peut, à partir de cet élément, se demander quelles sont les raisons qui partagent les avis en 2 parts équivalentes : ce manque correspond-il à la capacité du patient à exprimer ses incompréhensions, son besoin de précisions et d'explications complémentaires ? Les médecins, pour qui ce défaut d'explications ne perturbe pas la relation avec le patient, s'enquérissent-ils plus systématiquement de ce que celui-ci a compris ou interprété ?

1.5 PATHOLOGIES ONCOLOGIQUES, INFORMATION DU PATIENT

L'information des patients et la réalisation des consultations d'annonce, ont été définies et mises en place dans le cadre du plan Cancer en 2007 et régies par la loi selon l'article R. 6123-88 du Décret no 2007-388 du 21 mars 2007 relatif à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et selon les articles L.6122-1 et L.1415.2 du code de la santé publique relatifs aux référentiels de prise en charge définis par l'Institut national du cancer en application de l'article L. 1415-2 et traduite dans un programme personnalisé de soins remis au patient.

Cette étape est primordiale car l'annonce d'une maladie grave constitue toujours un traumatisme pour le patient. Le dispositif d'annonce a pour objectif de permettre à la personne malade de bénéficier de meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien. Ceci, en lui assurant un temps médical d'annonce et de proposition de traitement, un temps soignant de soutien et de repérage de ses besoins et un accès à des soins de support.

Ainsi, les spécialistes hospitaliers respectent l'application de ces mesures-phare du plan cancer 2003-2007 puisque 92% des omnipraticiens interrogés constatent que la consultation d'annonce a été faite. 81% des patients comprennent bien ce qui leur a été expliqué au cours de celle-ci. Plus généralement 86% des patients sont correctement informés à propos de leur pathologie. Ces chiffres sont en accord avec les résultats de l'étude sur *l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades* menée en 2011 par l'Institut national du cancer dans le cadre du Plan cancer 2009-2013 [29, 30].

Notons, de plus, l'importance que revêt le spécialiste en médecine générale dans ce dispositif d'annonce. En effet, malgré un temps hospitalier de l'annonce réalisé conformément à la loi et aux attentes du patient, celui-ci, a besoin d'un complément d'information par son médecin traitant au décours de la consultation d'annonce. Le médecin traitant est donc le relais indispensable et incontournable de l'équipe hospitalière dans la prise en charge et l'accompagnement du malade [30].

D'après l'Institut national du cancer [30] presque un patient sur deux estime ne pas avoir bénéficié d'un temps d'accompagnement soignant, de la remise du projet de soin personnalisé (PPS) ou d'une évaluation sociale. Hors, dans notre étude, pour la plupart des praticiens informés, l'information du patient est satisfaisante. Nos efforts doivent être poursuivis.

En effet, l'annonce d'un cancer est une épreuve psychologique. Un délai de réflexion paraît donc nécessaire pour assimiler et accepter les informations et les explications faites, avant que le patient ne soit capable d'exprimer ses doutes et ses incompréhensions. C'est donc la tâche du médecin traitant de suppléer au spécialiste hospitalier pour répondre aux interrogations du patient, en particulier sur les sujets de prise en charge sociale, psychologique ou de soins palliatifs [30].

Ce délai de réflexion est important dans la prise en charge de la maladie et dans l'éducation thérapeutique du patient car il fait partie des étapes normales de l'acceptation de la maladie, comparables aux étapes décrites par Freud lors de la perte d'un proche, et, comme elles ont été définies par l'INPES [31]. Le spécialiste annonce le diagnostic, voit le patient à J0 de l'annonce : le patient est brutalement perturbé dans l'image qu'il a de sa santé, de ses habitudes de vie, et de sa projection dans l'avenir. Ces changements confrontent le patient à une sorte de deuil, défini comme l'ensemble des réactions liées à la perte. C'est le stade du « choc » [31], il est surpris voire angoissé. Ses modalités de compréhension et son état d'esprit seront différents dans les jours ou les semaines à venir. Lorsqu'il aura dépassé cette étape, qu'il banalisera sa maladie ou se révoltera, ses interrogations seront autres. Le comportement du soignant, à savoir son médecin traitant devra donc être différent. Il est, de plus, important pour le soignant de repérer ces étapes pour pouvoir adapter son comportement vis-à-vis du patient pour répondre à ses attentes et permettre une meilleure prise en charge de la maladie chronique dans une démarche éducative.

De plus, à côté de ce processus d'acceptation, existe le contexte socio-culturel du patient, déterminant dans son rapport à la maladie. Il détermine les *représentations* ou *conceptions* de la maladie. Elles correspondent à sa connaissance de sa pathologie, les idées qu'il se fait de tel ou tel point concernant sa santé ou son traitement. Ce contexte socio-

culturel détermine aussi les représentations plus profondément ancrées qui auront un impact direct sur son comportement : les *croyances de santé*.

Pour accepter le traitement d'une pathologie au long cours et y adhérer pleinement, le patient doit [32] :

- Etre persuadé qu'il est atteint de cette maladie
- Penser qu'elle peut avoir des conséquences graves pour lui
- Avoir confiance dans le bénéfice du traitement

Cette coordination avec le médecin traitant nécessaire à la continuité de la prise en charge fait d'ailleurs partie des mesures du Plan Cancer 2009-2013 [29] (mesure 19.1) renforcé par l'étude sur l'annonce du diagnostic du cancer et le ressenti des malades réalisée par l'INCa en 2011 [30].

Ce domaine fait partie de la psycho-oncologie, discipline en pleine extension depuis 15 ans, comme elle est définie par le Bulletin du cancer [33] : « *elle a pour vocation d'aider les patients mais aussi leur famille (si celle-ci est déstabilisée, le patient peut perdre un précieux point d'appui) à traverser cette épreuve dans les meilleures conditions et à limiter autant que possible les séquelles psychologiques négatives* ».

Donc cette pleine coopération et coordination entre le spécialiste hospitalier et le médecin généraliste traitant sont indispensables, car elles améliorent la relation entre l'omnipraticien et son patient en lui permettant de franchir chaque étape du processus d'acceptation et en participant à l'éducation thérapeutique. Et finalement, cette coopération améliore la prise en charge globale dont la dimension psychosociale fait partie intégrante.

2. LIMITES

2.1 FAIBLE TAUX DE REPONSES

Le taux de médecins répondants, lors de notre étude, est de 36% et ce malgré deux relances, soit trois envois de questionnaires à chaque médecin.

En outre, nous avons développé un questionnaire sous une forme en ligne, via *Google.docs* pour faciliter les réponses, dans le but d'obtenir une plus grande participation, les médecins spécialistes de médecine générale étant souvent extrêmement fréquemment sollicités par courrier, notamment pour des travaux de thèse d'ailleurs. Contrairement à nos attentes, ce moyen de réponse a été peu utilisé ; en effet seulement 7% des médecins inclus dans notre étude (8/112), soit 19,5% des médecins répondants.

Ces difficultés s'expliquent par le fait que, bien qu'une version en ligne existe, le praticien devait tout de même utiliser le lien internet figurant sur le courrier d'introduction pour pouvoir répondre de cette façon. Nous aurions probablement touché plus de médecins destinataires si le lien internet du questionnaire leur avait été directement envoyé par courriel. Ceci a été impossible car la seule base de données de médecins généralistes existante, *Annumed*, est très incomplète (seuls 5 médecins inclus dans notre étude y sont référencés) rendant son utilisation inutile pour une étude de ce type.

Une réponse en ligne directement aurait pu être obtenue si nous avions utilisé la mailing liste de l'Ordre des Médecins mais cette option nous était inconnue lors de l'envoi des questionnaires. Ceci dit, un précédent travail de thèse avec envoi de questionnaires en ligne via cette mailing liste a été réalisé en 2011 [34]. Mais elle contient moins de 25% des adresses électroniques des omnipraticiens de Meurthe et Moselle.

2.2 DONNEES MANQUANTES

Le délai de première consultation post-opératoire est compris entre 7 et 14 jours majoritairement. Et le délai de réception du CRH semble satisfaisant mais ce délai n'a pas été étudié de façon précise dans notre étude. Il nous paraît tout de même vraisemblable que les praticiens satisfaits du délai de réception du courrier, font la première consultation post opératoire en sa possession.

Il aurait aussi été intéressant de savoir si cette consultation se fait de façon réglée ou en urgence. Ceci pour affiner le rôle du médecin traitant dans les suites post-opératoires : suit-il simplement les consignes du spécialiste hospitalier ou a-t-il fréquemment des urgences médicales liées à l'intervention à résoudre ?

Nous ne connaissons pas non plus le motif de première consultation : est-ce une consultation de prévention des risques post-opératoires, de surveillance lors de la convalescence du patient ? Ou est-elle liée à un problème médical aigu ?

2.3 APPLICATION DE L'ETUDE

Notre étude étudie la satisfaction des médecins généralistes de patients hospitalisés dans le service de chirurgie viscérale de l'HIA Legouest ; l'interprétation de ces résultats est donc difficilement généralisable et ne peut donc s'appliquer qu'à ce seul service. En effet, le ressenti des omnipraticiens interrogés (délai de réception, contenu du CRH...) dépend des habitudes du service et des directives et orientations du chef de service à ses assistants et internes.

3. PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION

3.1 ANTICIPATION DE LA SORTIE DU PATIENT

Il ressort que le compte-rendu d'hospitalisation est l'élément clé à l'initiation du suivi du patient. Les médecins en ont besoin le plus tôt possible comme en témoigne leur volonté d'utilisation du logiciel APICRYPT en remplacement de la version papier.

Ces informations sont en faveur d'une meilleure préparation de la sortie du patient, celle-ci passant par une amélioration de la communication et des interactions entre le spécialiste et le médecin référent du patient :

- appel téléphonique dans les jours précédents la sortie permettant d'anticiper les besoins du patient à domicile (kinésithérapeute, infirmière, aides...),
- évitement des sorties de fin de semaine (rendant difficiles cette anticipation),
- sortie du patient avec une fiche de liaison voire le CRH. Dans ce cas, la gestion des sorties nécessite une plus grande organisation du fait que le courrier doit être dicté, frappé et corrigé avant la sortie.

3.2 FICHE D'INFORMATION

Il serait également intéressant pour limiter le manque d'information concernant les soins infirmiers, les mesures d'hygiène et les consignes diététiques à suivre que le patient sorte du service avec une ou plusieurs fiches d'information protocolisées et adaptées à sa pathologie et sa prise en charge. Elles aideraient le médecin traitant dans sa prise en charge post-opératoire pour des sujets qu'il ne maîtrise pas bien. Par exemple, pour l'informer :

- de consignes diététiques : l'absence de régime après une cholécystectomie,
- ou d'hygiène : l'interdiction de pratiquer le sport pendant 2 mois après une cure de hernie, la nécessité du port de bas de contention après un éveilage.
- ou encore de consignes de soins : la nécessité de laisser à l'air une suture par fils résorbables après cinq jours pansée,
- etc.

Ces fiches d'information existent souvent mais sont peu ou pas utilisées dans les services. Remises directement au patient, il existe un risque qu'elles ne soient pas transmises à son médecin généraliste.

Elles pourraient être jointes au courrier de sortie et adressées avec celui-ci au médecin traitant dans le but d'améliorer la prise en charge en palliant au manque d'information en termes de consignes hygiéno-diététiques ou de soins infirmiers à domicile.

3.3 FICHE DE LIAISON

Nos résultats mettent en évidence la volonté des omnipraticiens d'avoir rapidement en leur possession un document contenant les informations importantes pour l'initiation du suivi (diagnostic, traitement de sortie et adaptation du traitement antérieur, consignes de prise en charge immédiates). Ce document correspond à la fiche de liaison (réclamée par 82% des praticiens).

D'autant que la mise en œuvre d'un tel document ne nécessite pas d'effort logistique important.

De plus, cette fiche, remise en main propre au patient, permettrait également à son médecin référent de le voir plus précocement après sa sortie. Ce geste crée la nécessité pour le patient de faire l'effort de la remettre à son tour au praticien concerné. Bien que cette question n'ait pas été étudiée dans notre étude, cet objectif permettrait probablement d'améliorer le pourcentage de patients revus dans la première semaine après l'hospitalisation (seuls 22% des patients le sont actuellement).

3.4APICRYPT

L'autre moyen d'améliorer la précocité de réception d'une fiche d'information pour le spécialiste de médecine générale est sa transmission par réseau informatique sécurisé, c'est-à-dire par APICRYPT. Cet outil, développé par l'association à but non lucratif loi 1901 APICEM, est un procédé de cryptage des données médicales confidentielles circulant par messagerie. APICRYPT a pour objectif de faire communiquer entre eux les médecins et les établissements de soins par une méthode simple et peu coûteuse, universelle qu'est la messagerie électronique tout en préservant par un cryptage de haut niveau la confidentialité des informations transmises.

Le partage confraternel d'information autour du dossier d'un patient vise à rapprocher les différents intervenants, partenaires d'une prise en charge globale du patient.

Ce moyen d'échange de l'information utilisant la technologie d'internet permet donc une mise à disposition des documents nécessaires à la coordination des intervenants. Cela en réduisant grandement les délais de réception, en supprimant l'utilisation du papier donc en facilitant l'archivage et en pérennisant cette information grâce au stockage dans le dossier informatisé du patient

Enfin, les Hôpitaux d'Instruction des Armées, dont l'hôpital Legouest, utilisent déjà le logiciel Amadeus permettant la gestion et l'archivage informatique des dossiers des patients (dont les compte-rendus de consultation, d'examens spécialisés, d'hospitalisation et opératoires). Il pourrait donc se concevoir que la création d'une interface commune avec APICRYPT permette directement le transfert de ces données donc leur transmission dès leur mise en réseau aux médecins traitants.

3.5 EXPLICATIONS FAITES AU PATIENT

Le patient est l'unique bénéficiaire de la prise en charge médicale. Il est du devoir des différents acteurs de celle-ci de la rendre cohérente et optimale. Le chirurgien doit donc l'informer de sa pathologie et en informer son médecin référent qui assurera le relais du spécialiste au quotidien. Le risque, comme le montre nos résultats est de faire défaut à une bonne relation médecin-patient, puisque le praticien ne connaît alors pas toutes les pièces du dossier médical.

Rappelons que le « rôle pivot » du médecin généraliste a été confirmée dans la récente loi « Hôpital, patient, santé, territoire » [35]. Il est un acteur essentiel de la prise en charge en ville et doit être mieux informé et associé à ce parcours afin qu'il dispose de tous les éléments pour assurer pleinement la prise en charge globale de proximité du patient. Un relais concret entre les équipes hospitalières et les professionnels de proximité, que représentent, en particulier aux côtés des médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les réseaux territoriaux de santé poly-thématiques, est un facteur clé de la réussite de cette coordination.

3.6 PARTICIPATION DES MEDECINS TRAITANTS AUX RCP

Les médecins spécialistes en médecine générale ne souhaitent pas pour 70% d'entre-eux participer aux réunions de concertations pluridisciplinaires. Cela, essentiellement car leurs emplois du temps déjà surchargés ne leur laisse pas le temps matériellement nécessaire à des déplacements itératifs à l'hôpital où ont lieu les RCP. Dans ces conditions, une fréquence de participation mensuelle serait la seule envisageable : une fréquence plus importante serait impossible pour les raisons citées ci-dessus, une fréquence moindre n'aurait plus de cohérence, les obligeant à faire un choix dans leur patientèle.

De plus, notre question portait sur le service de chirurgie viscérale de l'hôpital Legouest donc des patients atteints de pathologies oncologiques digestives. Or, les RCP sont habituellement thématiques, les disciplines représentées à chaque séance sont limitées. Par ailleurs, un médecin généraliste a, en moyenne, 16 patients atteints de cancer et 5 nouveaux cas par an [36]. Le médecin traitant devrait-il participer à plusieurs RCP chaque mois en fonction du type de pathologie oncologique dont sont atteints ses patients ? Ces questions rendent leur participation difficile à mettre en œuvre ; il n'est pas possible de systématiser leur présence pour chacun de leur patient.

Bien évidemment, son rôle n'est pas de participer aux décisions des options thérapeutiques mais de mettre en évidence des problèmes médicaux et psycho-sociaux intercurrents.

Tout de même, la formation continue dans le domaine oncologique reste d'intérêt [29] (mesure 18.2). Il existe déjà des moyens mis en place sur internet par le réseau ONCAZUR sous la forme d'un programme interactif intitulé « la cancérologie pour les généralistes » [37]. L'objectif visé est d'augmenter la réalisation des chimiothérapies et des hospitalisations à domicile. Pour cela, il a donc nécessité de connaître les effets secondaires des substances utilisées.

Le moyen de faciliter la communication et de permettre un réel tour de table, est le recours aux méthodes interactives comme la visioconférence. Son utilisation a été testée

depuis 2005 par l'Institut du cancer et fait partie des éléments du Dossier Communicant de Cancérologie. Celui-ci devra permettre aux professionnels de santé:

- d'échanger des données médicales telles que les fiches de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), les comptes rendus opératoires, les comptes rendus anatomopathologiques via la télé-imagerie, les téléconférences, visioconférences...
- de gérer les outils et les services nécessaires à l'activité de cancérologie : annuaires des RCP, gestion informatisée des RCP, élaboration du programme personnalisé de soins (PPS), accès aux recommandations de pratique clinique et aux registres des essais cliniques...

Le partage et l'échange de données médicales entre professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, en particulier le médecin généraliste, ainsi que la mise à disposition de services spécifiques, aidant en pratique les professionnels (annuaire et gestion des RCP par exemple), sont des facteurs d'amélioration de la qualité en participant à une meilleure coordination du parcours de soins des malades. Le DCC (Dossier Commun de Cancérologie) et le DMP (Dossier Médical Personnel) constituent à cet effet le support logique de cet échange en cancérologie.

Le réseau d'oncologie de la région lorraine, ONCOLOR, après avoir testé un système d'aide à l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire dénommé SAOCCP [38] a mis en place le site e-RCP conformément à la mesure 19 du plan Cancer 2009-2013 et permettant la consultation des dates de RCP, les échanges électroniques entre les différents participants, l'archivage des dossiers traités, l'évaluation de l'activité [39].

Son rôle n'est pas celui du DCC, même s'il a comme lui le désir d'améliorer la prise en charge et la coordination des soins. Il permet en outre de saisir en ligne, via un accès sécurisé, une demande de RCP, d'accéder à la décision prise à l'issue de cette RCP, l'évaluation et l'archivage de l'ensemble des RCP. Tous les médecins de la région Lorraine, quelques soient leurs spécialités pourraient être inscrit sur e-RCP par leurs numéros ADELI et leurs adresses électroniques. Ils auraient donc tous accès à ces informations.

CONCLUSION

Notre étude s'était fixée comme objectif d'évaluer la satisfaction des spécialistes de médecine générale dans leur relation avec un service de chirurgie viscérale et ses spécialistes. Nous avons montré qu'ils sont satisfaits des courriers leurs étant adressés notamment concernant le contenu,. Mais la vitesse de transmission demande à être améliorée ainsi que l'aide à la prise en charge de pathologies spécifiques. Cette analyse ne peut s'appliquer, ici, qu'au service de chirurgie digestive de l'HIA Legouest.

La rapidité de transmission des informations peut être améliorée: ré- introduction de la fiche de liaison qui apparaît être indispensable, et même l'utilisation de moyens informatiques en encourageant la mise en place systématique du logiciel Apicrypt. Les spécialistes peuvent procurer une aide à l'omnipraticien dans sa prise en charge des patients opérés par la création de fiches protocolisées par pathologie. Ces fiches peuvent être remises au patient afin d'améliorer la transmission des règles hygiéno-diététiques et des consignes de soins post-opératoires.

L'objectif premier est d'améliorer l'intégration du médecin généraliste dans une démarche de prise en charge globale par : son insertion des mesures de dépistage jusqu'à la période de l'après cancer, puisqu'il est l'acteur qui voit le plus régulièrement le patient, l'utilisation de la vidéo-conférence lors des réunions pluridisciplinaires pour les pathologies oncologiques, ainsi que l'utilisation systématique du moyen informatique (e-RCP) pour simplifier le partage des informations et conclusions médicales issues des réunions pluridisciplinaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret no 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel ; 1^{er} Avril 1992
2. Manuel de Certification (Reference 14 et 18)
3. JK Solomon, RB Maxwell, AP Hopkins. Content of a discharge summary from a medical ward: views of general parctitioners and hospital doctors. J R Coll Physicians Lond 1995; 29:307-10
4. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Service d'évaluation des pratiques. ANAES. Novembre 2001
5. W Farrington, E.Bromwich, C.Cosgrove, A.Walker, D.Wilkins. Improving discharge communication to general practitioners. Audit Trends 1998; 6:59-62
6. P. Reiley, A. Pike, M.Phipps, M.Weiner, N.Miller, SS.Stengrevics, et al. Learning from patients : a discharge planning improvement project. Jt Comm J Qual Improv 1996 ; 22:311-22
7. SJ Closs, LS Stewart, E Brand, CT Currie. A scheme of early supported discharge for ederly trauma patients: the views of patients, carers and community staff. Clin Rehabil 1999; 13: 101-4.
8. La coopération médecins généralistes-psychiatres, Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation

par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique, CNQSP, Septembre 2010

9. Dr GENEST A., La dermatologie en médecine générale, rôles et enjeux de la correspondance médicale, exemple de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest, conclusion. Thèse d'exercice en médecine générale, Alexis Genest, sous la direction du Médecin en chef Yolande Véran, Nancy, 05/2010
10. GALIEZ F., pertinence de la lettre du médecin adressant un patient au SAU. Urgences Sud, hôpital Sainte Marguerite. Marseille, 2005
11. Pr HONORAT Ch., apprentissage de l'exercice médical : le dossier médical. 3 septembre 2007, page1
12. Dr MERCAT F-X., rapport du conseil national de l'ordre des médecins, « Les courriers entre médecins», 30 janvier 1998, p1-2
13. article L1111-7 du code de la santé publique modifié par LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 9
14. plan cancer 2003-2007, mesures 31, 40, 41
15. CIRCULAIRE N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie
16. <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dossier-communicant-de-cancerologie#>, InCa, ASIP Santé, cadre national DCC et DMP
17. <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dossier-communicant-de-cancerologie>, INCa, ASIP Santé, cahier des charges

18. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article>, code de déontologie médicale, articles 34, 35, 36, 64
19. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
20. EPP des médecins : mode d'emploi, 21/03/2007
21. Modalités pratiques d'organisation et de validation de l'EPP dans les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier, annexe 1 et 3, 05/2007 selon Article L-4133-1-1 du code de la santé publique et L-4134-5 codifiant les modalités de réalisation des EPP
22. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2002, 186, n°6
23. Décret no 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat)
24. ANAES, préparation de la sortie du patient hospitalisé, guide 2001, annexe 2, item 57
25. HAS, généralisation des indicateurs 2008, fiche descriptive : TDP : Tenue du Dossier du Patient
26. article R.1112-1 du code de la santé publique sur l'information des patients
27. article L1111-7 du code de la santé publique modifié par LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 9
28. Création d'une fiche de liaison entre l'hôpital et les médecins généralistes concernant les patients atteints de cancer et évaluation de son impact. Thèse d'exercice en médecine générale ; Julie Fouquereau ; sous la direction de Guillemette Laval

29. Plan cancer 2009-2013, mesure 19 : Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer
30. Etude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades, Institut National du Cancer, Mai 2012
31. INPES ; Boite à outils pour les formateurs en éducation de santé, « Le processus d'acceptation », grille des stades d'acceptation
32. Health Belief Model, Rosenstock, 1988 et Glanz, K., Rimer, B.K. & Lewis, F.M. (2002). Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. San Fransisco: Wiley & Sons
33. Bulletin du Cancer 2004 ; volume 91 (numéro 1) : 99-104, 01/2004
34. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle, thèse d'exercice, Cécile Matz, Nancy 30/09/2011
35. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires consolidée au 14 Mars 2012
36. Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes. Résultats d'une enquête auprès de 422 médecins en Aquitaine. Presse Med 2003 ; 32(23) : 1060-5
37. Némirovsky B. ONCAZUR : « ne laisser personne au bord du chemin » Réseaux cancer N° 21, mars 2005
38. Système d'aide à l'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires. Description du projet SAOCCP

http://www.hermes.asso.fr/hermes/jsp/site/Portal.jsp?page_id=136, questionnaire
SAOCCP

39. <http://www.oncolor.org/espace-patients/reunions-de-concertation-pluridisciplinaires-rcp/dcc-e-rcp/>

Annexe 1

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE LA SATISFACTION DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE DU PATIENT SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE DE L'HOPITAL LEGUEST

THESE DE MEDECINE GENERALE :

Etude de l'interface spécialiste - généraliste - patient

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Interne des Hôpitaux des Armées Clovis GROULT

Votre patient a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale, dans le service de chirurgie viscérale de l'HIA Legouest, entre 11/2009 et 02/2010. En qualité de médecin traitant vous avez été destinataire des comptes-rendus opératoire et d'hospitalisation. Ce questionnaire et l'analyse de ses résultats ont pour but d'évaluer l'information qui vous a été fournie et de formaliser les critères permettant de l'améliorer.

Vous avez peut-être plusieurs de vos patients ayant été pris en charge au cours de cette période, un seul questionnaire est à remplir pour l'ensemble de ces patients ; veuillez donc répondre d'une façon générale.

Par ailleurs, le profil de vos patients pris en charge ne correspond pas à l'ensemble des items ; vous pouvez tout de même apporter votre avis, qui nous aidera dans notre analyse.

1- Dans quel délai avez-vous revu votre patient après l'opération ?

- ☐ Moins de 7 jours
- ☐ Entre 7 et 14 jours
- ☐ Plus de 14 jours
- ☐ Vous ne l'avez pas vu précocement dans la période post-opératoire

2- Le délai de réception du compte-rendu d'hospitalisation vous a-t-il satisfait?

- ☐ Très satisfait
- ☐ Moyennement satisfait
- ☐ Peu satisfait
- ☐ Insatisfait

3- Avez-vous trouvé le contenu du compte-rendu d'hospitalisation assez

a. clair

- ☐ Très clair
- ☐ Moyennement clair
- ☐ Peu clair

☐ Pas clair du tout

b. exhaustif ?

- ☐ Très complet
- ☐ Moyennement complet

- ☐ Incomplet
- ☐ Très incomplet

- 4- Avez-vous eu des difficultés, en lisant le compte-rendu d'hospitalisation à comprendre et à suivre certaines consignes de soins post-opératoires ?
- ☐ OUI
☐ NON
- 5- Avoir le compte-rendu opératoire est-il important pour vous dans le suivi de votre patient ?
- ☐ Très important
☐ Important
☐ Peu important
☐ Pas important
- 6- Vous a-t-il manqué certaines consignes de conduite à tenir dans la période post-opératoire précoce, à propos de :
- ☐ Mesures d'hygiène
☐ Mesures diététiques
☐ Durée des soins infirmiers
☐ Autre, précisez :

- 7- Souhaiteriez-vous que le patient sorte avec une fiche de liaison vous informant brièvement de sa pathologie, de la prise en charge dans le service et du traitement de sortie ?
- ☐ OUI
☐ NON
- 8- Etes-vous informé de la tenue des staffs multidisciplinaires ?
- ☐ OUI
☐ NON
- 9- Le compte-rendu d'hospitalisation est-il informatif à ce sujet ?
- ☐ OUI
☐ NON
- 10- Vous précise-t-il si le patient a été vraisemblablement en mesure de comprendre les informations qui lui ont été communiquées ?
- ☐ OUI
☐ NON

11- Si non, cela est-il un manque pour votre relation médecin -patient ?

☐ OUI

☐ NON

12- Auriez-vous un intérêt à participer aux staffs multidisciplinaires concernant vos patients pour améliorer leur prise en charge et la connaissance du dossier par les différents spécialistes intervenants?

☐ OUI

☐ NON

a. Si oui, pour quel type de pathologies :

☐ Invalidante

☐ Délabrante

☐ Oncologique

☐ Autre, précisez :

b. Pour quel type de patients :

☐ Agé

☐ Dépendant

☐ Souffrant de co-morbidités

☐ Autre, précisez :

c. si oui, avec quelle fréquence pour que cela soit gérable dans votre emploi du temps :

☐ Hebdomadaire

☐ Bimensuelle

☐ Mensuelle

13- Concernant les pathologies oncologiques :

a. Le patient est-il, à votre avis suffisamment bien informé quant aux tenants, aux modalités thérapeutiques et au pronostic de sa maladie ?

☐ OUI

☐ NON

b. Une consultation d'annonce a-t-elle été faite conformément aux dispositions légales ?

☐ OUI

☐ NON

c. Donne-t-il l'impression d'avoir bien compris ce qui lui a été dit lors de celle-ci?

☐ OUI

☐ NON

- d. Le patient a-t-il besoin d'un complément d'information et d'explications de votre part après la consultation d'annonce spécialisée?
- ☐ OUI
- ☐ NON

14- Avez-vous des remarques, des idées, des souhaits dans le but d'améliorer l'information fournie et la communication entre le chirurgien et le médecin généraliste ?

Merci de votre participation.
IHA Groult (0608613561, clovis.groult@gmail.com)

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Le médecin généraliste est un acteur de premier plan dans la prise en charge globale des patients.

Objectif : évaluer la satisfaction des médecins généralistes concernant les informations fournies et le niveau de communication avec un service de chirurgie hospitalisant un de ses patients.

Méthode : 112 médecins ont participé à l'étude rétrospective de patients hospitalisés dans le service de chirurgie viscérale de l'HIA Legouest entre le 02/11/09 et le 31/01/2010. Ils ont répondu à un questionnaire à réponses fermées concernant : le compte rendu d'hospitalisation (CRH) , la qualité des informations fournies , la rétro information hôpital-ville pour les pathologies chroniques (réunion de concertation pluridisciplinaires (RCP) , oncologie). Une question ouverte a été posée pour connaître les différentes propositions des omnipraticiens.

Résultats : 90% des médecins trouvent le CRH important ou très important ; pour 98% d'entre eux les consignes post-opératoires sont claires. Les lacunes concernent, dans 76% des cas, les mesures d'hygiène. Une fiche de liaison est souhaitée pour 92%. La tenue des RCP ne leur est pas communiquée dans 68% des cas mais 66 % des médecins ne souhaitent pas participer (par manque de temps). 85% estiment que leurs patients sont bien informés des modalités thérapeutiques et pronostic de leur pathologie oncologique.

Conclusion : Les médecins généralistes apparaissent globalement satisfaits des informations transmises. Des améliorations sont encore possibles pour assurer la continuité des soins : la systématisation de l'utilisation d'une fiche de liaison, de fiches protocolisées par pathologie, d'Apcript , de la vidéoconférence ...

TITRE EN ANGLAIS : Valuation of the contentment of general practitioners about information processes with visceral surgery service at Legouest military Hospital

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS : médecine générale, médecin traitant, coordination des soins, courrier médical, réunion de concertation pluridisciplinaire

INTITULÉ ET ADRESSE :
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
