



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-theses-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>

THESE

pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle
de Médecine Générale

par

Julien TRAUTMANN

le 29 octobre 2009

**Évaluation de la communication du service
des urgences de l'hôpital de Neufchâteau
envers les médecins généralistes.**

**À partir d'un questionnaire soumis aux médecins
généralistes du territoire sanitaire de Neufchâteau.**

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT (Président du jury)

Mr le Professeur François KOHLER (Juge)

Mme le Professeur Annick BARBAUD (Juge)

Mme le Docteur Christelle DOUART-LEGER (Juge, directrice de thèse)

Mme le Docteur Virginie BORDMANN (Juge, directrice de thèse)

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle

de Médecine Générale

par

Julien TRAUTMANN

le 29 octobre 2009

**Évaluation de la communication du service
des urgences de l'hôpital de Neufchâteau
envers les médecins généralistes.**

**À partir d'un questionnaire soumis aux médecins
généralistes du territoire sanitaire de Neufchâteau.**

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT (**Président du jury**)

Mr le Professeur François KOHLER (**Juge**)

Mme le Professeur Annick BARBAUD (**Juge**)

Mme le Docteur Christelle DOUART-LEGER (**Juge, directrice de thèse**)

Mme le Docteur Virginie BORDMANN (**Juge, directrice de thèse**)

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY I
FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FIANNCÉ

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BENE

Assesseurs :

du 1 ^o cycle :	M. Christophe NEMOS
du 2 ^o cycle :	M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
du 3 ^o cycle :	M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
Filières professionnalisées :	M. le Professeur Christophe CHOSEROT
Prospective :	M. le Professeur Laurent BRESLER
FMC/EPP :	M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE – Daniel ANTHOINE – Alain BERTRAND –
Pierre BEY – Jean BEUREY – Jacques BORRELLY – Michel BOULANGE – Jean-Claude
BURDIN – Claude BURLET – Daniel BURNEL – Claude CHARDOT – Jean-Pierre
CRANCE – Gérard DEBRY – Jean-Pierre DELAGOUTTE – Emile de LAVERGNE – Jean-
Pierre DESCHAMPS – Michel DUC – Jean DUHEILLE – Adrien DUPREZ – Jean-Bernard
DUREUX – Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE – Jean FLOQUET – Robert FRISCH – Alain
GAUCHER – Pierre GAUCHER – Hubert GERARD – Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ – Oliéro GUERCI – Pierre HARTEMANN – Claude HURIET –
Christian JANOT – Jacques LACOSTE – Pierre LANDES – Alain LARCAN – Marie-Claire
LAXENAIRE – Michel LAXENAIRE – Jacques LECLERE – Pierre LEDERLIN – Bernard
LEGRAS – Michel MANCIAUX – Jean-Pierre MALLIE – Pierre MATHIEU – Denise
MONNERET-VAUTRIN – 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 – Antoine
RASPILLER – Michel RENARD – Jacques ROLAND – René-Jean ROYER – Paul
SADOUL – Daniel SCHMITT – Jean SOMMELET – Danièle SOMMELET – Michel
STRICKER – Gilbert THIBAUT – Augusta TREHEUX – Hubert UFFHOLTZ – Gérard
VAILLANT – Paul VERT – Colette VIDAILHET – Michel VIDAILHET – Michel
WAYOFF – Michel WEBER

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS**
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – 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 MEDICALE

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 Serge BRACARD

– Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER –

Professeur René ANXIONNAT

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

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

Professeur Jean-Louis GUEANT – 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 (type mixte : biologique)*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLLOT

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

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

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTE PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIETE

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANCON –

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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

Professeur Christian 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 Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCEROLOGIE, GENETIQUE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI –

Professeur Jean-François STOLTZ – 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 : ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ –

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT –

Professeur Bruno LEVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BAROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI –

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTEO-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)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

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 Jean-Pierre CARTEAUX –

Professeur Loïc MACE

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIFS et URINAIRES

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

Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI –

Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT –

Professeur Pascal ESCHWEGE

**53^{ème} Section : MEDECINE INTERNE, GERIATRIE et CHIRURGIE
GENERALE**

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY –

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER –

Professeur Laurent BRUNNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET
REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET –

Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –

Professeur Cyril SCHWEITZER
2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)
 Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU –
 Professeur Jean-Louis LEMELLE
3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)
 Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY –
 Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO
4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)
 Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{me} Section : PATHOLOGIE DE LA TETE ET DU COU
1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)
 Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI
2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)
 Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD –
 Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
 Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 Professeur Sophie BOSCHI-MULLER

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE
1^{ère} sous-section : (Anatomie)
 Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT
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 Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE
1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)
 Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER –
 Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN
2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
 Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN –
Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND –
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Françoise MORY – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTE PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIETE

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

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

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 Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

**47^{ème} Section : CANCEROLOGIE, GENETIQUE, HEMATOLOGIE,
IMMUNOLOGIE**

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

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie ; oncologie (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 : ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE
D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**

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

Docteur Françoise LAPIQUE – Docteur Marie-Josée ROYER-MORROT –

Docteur Nicolas GAMBIER

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

Docteur Patrick ROSSIGNOL

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

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

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET
REPRODUCTION**

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAITRES DE CONFERENCES

5^{ème} section : SCIENCE ECONOMIQUE GENERALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCE DU MEDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MECANIQUE, GENIE MECANIQUE ET GENIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

**61^{ème} section : GENIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET
TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean RABSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LAHNERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY –
Madame Kestia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS –
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ECOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

Médecine Générale

Professeur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Pierre BEY – Professeur Michel BOULANGE –
Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean FLOQUET – Professeur Jean-Marie
GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT
– Professeur Alain LARCAN – Professeur Denise MONNERET-VAUTRIN – Professeur
Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Guy PETIET – Professeur Luc PICARD – Professeur
Michel PIERSON – Professeur Jacques POUREL – Professeur Jacques ROLAND –
Professeur Michel STRICKER – Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Paul VERT –
Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SCHUMAY (1972)
Université de Stanford, Californie
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de médecine préventive, Houston (USA)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (USA)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (USA)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (USA)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (USA)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (RFA)
Professeur Maria DELIVORA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (USA)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences of Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (USA)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô-Chi-Minh-Ville (VIETNAM)*

Professeur Marc LEVENSTONE (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

À NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT,

Professeur de Réanimation Médicale,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

La disponibilité dont vous faites preuve auprès des étudiants, vos qualités pédagogiques et votre gentillesse sont pour nous tous un formidable exemple.

À NOS JUGES

À Monsieur le Professeur François KOHLER,

Professeur de Biostatistiques, Informatique Médicale (option biologique).

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury.

Vos enseignements ont toujours été précis et complets. Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir appris les principes essentiels de la communication et de l'informatique médicales.

À Madame le Professeur Annick BARBAUD,

Professeur de Dermato-Vénéréologie.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury.

Votre engagement pour améliorer la formation de nos étudiants, la volonté dont vous faites preuve nous ont toujours inspiré une réelle admiration.

À Madame le Docteur Christelle DOUART-LEGER,

Chef de Service des Urgences de l'Hôpital de Neufchâteau.

Merci Christelle de nous avoir soumis ce sujet de thèse, et de nous avoir aidé dans la conception de celle-ci. Puisse ce travail témoigner de notre gratitude.

À Mademoiselle le Docteur Virginie BORDMANN,

Assistante au Service des Urgences de Neufchâteau.

Merci Virginie de toutes ces heures consacrées à nous aider dans la rédaction et dans la construction de ce travail. Notre amitié est très précieuse !

À Charlotte,

Une merveilleuse rencontre il y a sept ans déjà ! Tu m'as toujours soutenu et aidé dans toutes mes entreprises. Je nous souhaite une merveilleuse route à parcourir ensemble !

Je t'aime.

À ma mère,

Je sais tout ce que je te dois, je sais surtout que je ne serais pas là sans toi. Je rêve de devenir le médecin que tu as toujours été, et que tu seras toujours. Puisse ce travail être le témoignage de mon amour et de ma reconnaissance !

À mon père,

Après toutes ces années, c'est avec un vrai bonheur que je t'ai retrouvé dans le travail. J'admire ta capacité de travail, ton engagement auprès du service et des patients, et je me réjouis de partager les prochaines années à tes côtés.

À mon frère,

Tu es le grand frère modèle, un formidable exemple. Ta présence à mes côtés dans les moments les plus difficiles de l'existence fut un merveilleux cadeau ! Je suis fier de t'avoir comme grand frère.

À mon grand-père, le Professeur Gérard de Ren,

Que je suis venu chercher dans cette Faculté, et que j'aimerais retrouver tous les jours dans l'exercice de la médecine.

À Alan,

Qui a su me montrer ce formidable exemple médical, et aux côtés de qui je passe toujours de merveilleux moments ! Merci Alan de m'avoir montré ce chemin !

À mes amis rencontrés en médecine,

De belles rencontres, de solides amitiés. Vous portez chacun une place importante dans mon cœur et dans ma vie. Merci de tous ces moments de joie partagés ensemble.

À tous mes amis du Tutorat et de l'ECN,

Je n'imaginais jamais rencontrer des personnes si généreuses la première fois que j'ai franchi la porte du Tutorat, en PCEM2.

Aux médecins et maîtres de stage rencontrés au cours de toutes ces années,

Merci pour tous vos enseignements.

A Monsieur le Docteur Gradelier, Médecin Généraliste en Meurthe et Moselle, pour son aide et ses explications précieuses au sujet de l'outil apicrypt.

À mes amis d'enfance et d'adolescence de Neufchâteau,

Vous êtes toujours si proches de moi, et tenez une place si importante dans ma vie et mon équilibre.

À tous ceux et celles qui m'ont aidé à grandir et à ceux qui m'aideront encore.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets de 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 sont demandés.

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

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

TABLE DES MATIERES.

SERMENT D'HIPPOCRATE	14
TABLE DES MATIERES.	15
LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES.	17
I- INTRODUCTION.....	18
II- LA COMMUNICATION MEDICALE VILLE-HOPITAL.....	19
A – ETAT DES LIEUX A L'HOPITAL DE NEUFCHATEAU.....	19
A) LE CENTRE HOSPITALIER DE NEUFCHATEAU.	19
B) INFORMATISATION ACTUELLE DU CENTRE HOSPITALIER.....	19
C) LE ROLE CENTRAL DU SERVICE DES URGENCES DE NEUFCHATEAU DANS LA GESTION DES HOSPITALISATIONS.....	20
B – LES PRINCIPES ET TEXTES REGLEMENTAIRES.....	20
A) LE SECRET MEDICAL ET LE SECRET MEDICAL PARTAGE.	20
B) LA COMMUNICATION MEDICALE DEPUIS L'HOPITAL VERS LES MEDECINS LIBERAUX : TEXTES ET REGLEMENTATIONS.....	22
C) LES RECOMMANDATIONS DE L'ANAES AU SUJET DES COURRIERS MEDICAUX EMANANT DES HOPITAUX (19).	23
D) LA COMMUNICATION ENTRE LES SERVICES D'URGENCE ET LES MEDECINS LIBERAUX : QUELQUES PARTICULARITES.	24
C – LA COMMUNICATION MEDICALE EN LIGNE.	24
A) LE DOSSIER MEDICAL EN LIGNE.	24
B) LES STRUCTURES REGLEMENTANT LA COMMUNICATION MEDICALE EN LIGNE.....	25
1) <i>La Commission Nationale Informatique et Libertés (24).</i>	25
2) <i>La Direction Centrale de la Sécurité des Systèmes d'Information (DCSSI) (32).</i>	27
3) <i>Le Conseil National de l'Ordre des Médecins</i>	27
c) <i>Le concept de signature électronique.</i>	28
D- ACTUALITES DE L'INFORMATISATION DES DOSSIERS MEDICAUX.....	29
A) QUELQUES INITIATIVES LOCALES THEORIQUES.	29
B) LE DOSSIER MEDICAL PERSONNEL, UNE POSSIBLE VOIE VERS L'AMELIORATION DE LA COMMUNICATION VILLE-HOPITAL ?	32
1) <i>La théorie : création et contenu du Dossier Médical Personnel.</i>	32
2) <i>Un accueil plutôt favorable de la part des professionnels de santé.</i>	33
3) <i>Les nombreuses difficultés de la mise en place du DMP.</i>	34
4) <i>Le rapport de la Cour des Comptes au sujet du Dossier Médical Personnel (56).</i>	35
C) LA MISE A DISPOSITION POUR LES MEDECINS TRAITANTS DES DOSSIERS HOSPITALIERS INFORMATISES DE LEURS PATIENTS : QUELQUES EXPERIENCES FRANÇAISES.	36
1) <i>Une plate-forme d'intermédiation sécurisée ville-hôpital : l'exemple de l'hôpital d'Armentières.</i>	36
2) <i>L'Outil de communication des Dossiers Patients (ODP).</i>	37
D) L'EXEMPLE DE LA MESSAGERIE SECURISEE DANS LE CADRE DU RESEAU DE SOINS VILLE-HOPITAL A ANNECY.....	38
1) <i>Présentation du projet et de son fonctionnement.</i>	38
2) <i>Intérêts pratiques du projet.</i>	39
3) <i>Bénéfices et inconvénients ressentis par les médecins libéraux.</i>	39
4) <i>Bénéfices et inconvénients ressentis par les médecins hospitaliers.</i>	40
E) ÉCHANGES SECURISES DE DONNEES PAR DES MESSAGES CRYPTES : L'EXEMPLE D'APICRYPT.	41
1) <i>Présentation générale</i>	41
2) <i>Cadre réglementaire</i>	41
3) <i>Apicrypt en chiffres en 2009.</i>	42
4) <i>Comment fonctionne le cryptage ?</i>	42

5) Les raisons du succès d'apicrypt chez les médecins libéraux.....	43
III - SITUATION ACTUELLE DE LA COMMUNICATION DES SERVICES D'URGENCE DE LA REGION LORRAINE ENVERS LES MEDECINS GENERALISTES.....	45
A - L'INFORMATISATION DES DOSSIERS MEDICAUX.....	45
B - LA COMMUNICATION DES SERVICES D'URGENCE DE LORRAINE.....	47
A) LES COURRIERS DE CONSULTATION EXTERNE	47
B) L'INFORMATION DES MEDECINS TRAITANTS PAR LES SERVICES D'URGENCE EN CAS D'HOSPITALISATION DU PATIENT.	51
IV - EVALUATION DE LA COMMUNICATION DU SERVICE DES URGENCES DE NEUFCHATEAU ENVERS LES MEDECINS GENERALISTES.....	53
A - MATERIEL ET METHODES.....	53
B - RESULTATS.....	55
A) LES MEDECINS GENERALISTES SOLLICITES PAR CETTE ETUDE.....	55
B) LES MEDECINS AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE.....	55
C) PREMIERE PARTIE DU QUESTIONNAIRE : EVALUATION DE LA LETTRE DE CONSULTATION EXTERNE ISSUE DU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL DE NEUFCHATEAU.....	58
1) <i>Forme et transmission du courrier de consultation externe.....</i>	<i>58</i>
2) <i>Contenu du courrier de consultation externe.....</i>	<i>61</i>
D) DEUXIEME PARTIE DU QUESTIONNAIRE : EVALUATION DE LA NECESSITE ET DU CONTENU D'UNE LETTRE INITIALE D'HOSPITALISATION.....	63
1) <i>Nécessité d'un courrier initial d'hospitalisation.....</i>	<i>63</i>
2) <i>Mode de transmission du courrier initial d'hospitalisation.....</i>	<i>64</i>
3) <i>Quelles informations doit contenir un courrier initial d'hospitalisation ?.....</i>	<i>66</i>
E) TROISIEME PARTIE DU QUESTIONNAIRE : UN RESEAU INFORMATISE SECURISE VILLE-HOPITAL ?.....	68
V - DISCUSSION.....	71
A- LES ATOUTS ET LES FAIBLESSES DE LA PRESENTE ETUDE.....	71
B - LES URGENCES DE NEUFCHATEAU COMPAREES AUX AUTRES SERVICES D'URGENCE DE LORRAINE.....	72
C - LES ENSEIGNEMENTS DU QUESTIONNAIRE : QUELLES AMELIORATIONS PROPOSER ?	74
A) QUEL DOIT ETRE LE CONTENU DES COURRIERS DE CONSULTATION EXTERNE ?.....	74
B) FORME ET RAPIDITE DE TRANSMISSION DES COURRIERS DE CONSULTATION EXTERNE.....	75
C) QUELS MODES DE TRANSMISSION UTILISER POUR LES COURRIERS DES URGENCES ?.....	76
D) QUELLES AMELIORATIONS PEUT-ON PROPOSER EN TERMES DE COMMUNICATION MEDICALE AUX URGENCES DE NEUFCHATEAU ?	78
1) <i>Le DMP peut-il induire une amélioration de la communication ville-hôpital sur le secteur de Neufchâteau ?.....</i>	<i>78</i>
2) <i>L'interface ville-hôpital : une solution d'avenir intéressante ?</i>	<i>78</i>
3) <i>Que penser d'un service de messagerie électronique sécurisée ?.....</i>	<i>79</i>
4) <i>Apicrypt est-il applicable à l'hôpital de Neufchâteau ?</i>	<i>79</i>
5) <i>Quelle voie d'amélioration faut-il privilégier ?</i>	<i>80</i>
D - LA CREATION D'UNE LETTRE INITIALE D'HOSPITALISATION.....	80
A) LES ENSEIGNEMENTS DU QUESTIONNAIRE.....	80
B) UNE PROPOSITION DE LETTRE TYPE D'HOSPITALISATION.....	81
VI - CONCLUSION.....	83
VII - BIBLIOGRAPHIE	84
VIII - ANNEXES.....	92

Liste des abréviations utilisées.

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

GEMSA : Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil (des urgences)

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

ADSL : Asymmetric Digital Subscriber Line (Ligne Numérique à débit asymétrique sur ligne d'abonné)

VIH : Virus de l'Immuno-Déficiência

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

ECG : électrocardiogramme

SMS : Short Message Service (Service de Messages Courts)

USB : Universal Serial Bus (Bus Informatique à Transmission Sériée)

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

I- INTRODUCTION

Depuis la loi du 13 août 2004, le médecin généraliste est devenu pour la plupart des patients leur médecin « traitant » et par-là même le responsable de la coordination des soins. En ce sens, il doit être informé de tous les actes de soins dont bénéficie son patient, et dont il n'est pas lui-même l'instigateur. De ce fait, la communication médicale entre les praticiens libéraux et les praticiens hospitaliers est fondamentale, et doit toujours être optimisée.

Aussi, il nous semble intéressant d'évaluer la qualité actuelle de la communication entre le service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau et les médecins généralistes. Pour ce faire, notre étude a consisté en un questionnaire d'évaluation aux médecins généralistes du secteur géographique.

Par ailleurs, et afin de pouvoir comparer des modes de pratique « comparables », un tour d'horizon des modes de communication des services d'urgences de la région Lorraine a été également entrepris. Nous avons aussi étudié les possibilités actuelles de communication médicale, effectives ou en cours d'évaluation, sur le territoire français.

Les objectifs de ce travail sont ainsi limités à une amélioration locale des pratiques de communication médicale. Il s'agit ici de répondre aux questions suivantes : le service des urgences de Neufchâteau assure-t-il une communication satisfaisante auprès des médecins généralistes libéraux ? Quelles seraient les éventuelles améliorations à apporter ? Nous essaierons donc de proposer, à partir des attentes des praticiens et des possibilités techniques actuelles, des voies d'amélioration de la communication du service des urgences de Neufchâteau envers les médecins généralistes.

II- La communication médicale ville-hôpital.

A – Etat des lieux à l'hôpital de Neufchâteau.

a) Le Centre Hospitalier de Neufchâteau.

Le Centre Hospitalier de Neufchâteau est un hôpital général qui regroupe seize services de spécialités médico-techniques, médicales et chirurgicales, soit 435 lits répartis sur plusieurs établissements (Centre Hospitalier Général, Maison de retraite du Val de Meuse, SSIAD). Il est organisé en fédération avec l'hôpital de Vittel. La grande majorité des services de spécialité médicale et chirurgicale est actuellement basée sur l'hôpital de Neufchâteau.

Il couvre un bassin de population très large, essentiellement rurale, comportant 108.000 habitants. Il permet aux médecins généralistes et à leurs patients d'avoir accès à une consultation auprès d'un médecin spécialiste. En effet, le nombre de médecins spécialistes libéraux de ce secteur ne cesse de diminuer. De plus, il n'existe aucune structure privée d'hospitalisation sur le territoire.

b) Informatisation actuelle du centre hospitalier.

L'ensemble des services hospitaliers ont accès au logiciel Sema. Celui-ci correspond à une base de données informatisée comprenant entre autres, l'ensemble des comptes-rendus d'hospitalisation d'un patient, certains comptes-rendus de consultation spécialisée et quelques résultats d'imagerie médicale. Ce logiciel permet donc de gérer, pour tout patient ayant déjà bénéficié d'un acte de soins, de consultation ou d'hospitalisation, une base de données médicales le concernant.

Sema s'avère particulièrement utile, lorsqu'un patient consulte aux urgences et que son état de santé ne permet pas d'obtenir les informations pertinentes pour une prise en charge efficace, ou pour comparer l'évolutivité entre deux résultats d'imagerie par exemple.

Le logiciel Sema permet enfin l'informatisation du dossier de consultation externe d'un patient se présentant aux urgences, mais dont l'état de santé ne justifie pas d'hospitalisation. Ce compte-rendu informatisé est adressé par voie postale au médecin traitant du patient, le lendemain de son passage aux urgences. L'informatisation de cette lettre pourrait faire envisager une autre voie de transmission, notamment une transmission électronique sécurisée.

Ce logiciel ne permet pas, dans sa forme actuelle, de créer un dossier informatisé d'hospitalisation. En effet, au niveau des services hospitaliers, le dossier patient est encore un dossier entièrement manuscrit. Pour respecter cette donnée, et pour faciliter l'organisation des dossiers médicaux, le dossier des urgences d'un futur

patient hospitalisé devient un dossier manuscrit. Les seules données saisies de manière numérique aux urgences sont le jour et les heures d'entrée et de sortie des urgences, le diagnostic retenu, le GEMSA et la CCAM, les examens complémentaires et actes techniques réalisés aux urgences. Les médecins urgentistes doivent donc appliquer deux modes de rédaction de dossier médical, en fonction de l'orientation ultérieure du patient.

Par ailleurs, le logiciel Sema est différent du serveur interne hospitalier du laboratoire d'analyses médicales. De ce fait, il n'existe actuellement pas de compatibilité entre ces deux entités. Il en résulte que tout résultat biologique qu'un médecin veut faire figurer dans le dossier des urgences d'un patient doit être saisi de manière manuscrite ou informatisée par celui-ci. Par conséquent, les médecins urgentistes ont actuellement l'habitude de sélectionner les résultats de biologie les plus pertinents dans le cadre de la pathologie présentée par le patient. Il n'existe donc pas d'exhaustivité dans les résultats de biologie consultables sur le logiciel Sema.

c) Le rôle central du service des urgences de Neufchâteau dans la gestion des hospitalisations.

Il existe une autre particularité dans l'organisation médicale globale des hospitalisations. En effet, il n'y a pas de procédure d'hospitalisation directe depuis le secteur libéral ; les seules entrées directes correspondent à des convocations gérées par les médecins hospitaliers eux-mêmes, dans le cadre des pathologies chroniques ou des bilans annuels. Ainsi, le service des urgences est le passage obligatoire pour une hospitalisation et représente l'interface entre les médecins généralistes libéraux et les différents services hospitaliers. Cette notion rend primordiale la qualité de la communication entre les médecins traitants des patients et le service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau.

B – Les principes et textes réglementaires.

a) Le secret médical et le secret médical partagé.

Un des principes reconnus depuis toujours dans la pratique de l'exercice médical est que tout acte de soins ne peut s'accomplir efficacement qu'avec, de la part du professionnel de santé, le strict respect du secret médical qui est un droit fondamental de tout patient. Comme le stipule le serment d'Hippocrate prononcé par tout docteur en médecine, « 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 ». (1) Le Code de la Santé Publique le rappelle également : « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé (...) a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant. » (2)

Cependant, la nécessaire pluridisciplinarité médicale impose régulièrement de communiquer des informations médicales au confrère à qui le patient est adressé. Ainsi, les notions de communication interprofessionnelle et de secret médical sont deux principes a priori antinomiques, mais qui sont pourtant omniprésents dans la pratique professionnelle d'un médecin.

Un ouvrage des années 1960 précise déjà qu'il existe « des circonstances dans lesquelles la communication des faits connus dans l'exercice de sa profession est indispensable. Pour autant, la levée du secret médical ne peut avoir d'autre objectif que de donner au malade toutes les chances de guérison ou de le protéger ». (3) En d'autres termes, la trahison de ce secret médical est utile et nécessaire dans toute prise en charge pluridisciplinaire et multi-professionnelle d'un patient, avec l'objectif d'améliorer la qualité globale des soins prodigués.

Les notions de secret médical et de secret partagé s'opposent donc à ce niveau : le secret médical continue à s'imposer en tout temps, à tout professionnel de santé, y compris envers ses confrères. Le secret partagé correspond à l'échange exclusif des seules données nécessaires à l'efficacité et la continuité des soins prodigués. Il ne peut pas s'apparenter à une violation du secret médical, à condition de respecter le cadre strict des informations nécessaires à transmettre. (4)

La loi du 1^{er} juillet 1994 modifiant la loi du 6 janvier 1978 (5) a consacré la possibilité d'échanger des données médicales entre praticiens, dans l'intérêt médical du patient. Ces textes juridiques définissent donc le secret médical partagé. Selon le Conseil de l'Ordre des Médecins, « les règles du Code de Déontologie médicale s'appliquent avec toute leur rigueur car il s'agit de protéger le patient et d'agir dans son plus grand intérêt ». Il est d'ailleurs rappelé dans le même article que « le médecin reste responsable du secret médical dont il est le dépositaire », et d'autant plus en cas de communication entre professionnels de santé au sujet d'un patient. (6)

La loi Française a d'ailleurs entériné la nécessité du secret médical partagé, avec la création du statut de médecin traitant. (7) Ce dernier devient en effet coordonnateur du parcours de soins et détenteur du « dossier médical personnel » du patient, dont il est gestionnaire. Cette coordination des informations concrétise le nécessaire partage d'informations médicales. Depuis cette loi, le nom du médecin traitant de tout patient doit être indiqué sur le dossier hospitalier, afin de faciliter la transmission des informations relatives à la prise en charge du patient. Cette loi promeut la notion de « Dossier Médical Partagé ».

Comme le rappelle cette loi, le partage de l'information médicale a pour but de favoriser la continuité des soins, la coordination des soins et l'amélioration de la qualité des soins.

Pour affirmer cette nécessité de secret médical partagé, le Code de Déontologie Médicale précise que « Tout médecin doit, avec (*le*) consentement (*du patient*), transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins... ». « Le consultant doit donner (*au médecin traitant*) toutes les informations nécessaires (à son) suivi. » (8)

F.-X. Mercat précise dans un rapport de 1998 que « le courrier que les médecins échangent à propos d'un patient concrétise et consacre le secret médical

partagé. Ce secret n'étant pas opposable (au patient), ce courrier doit lui être accessible et compréhensible. Il appartient au médecin d'écrire, avec délicatesse et précision, les éléments indispensables à son correspondant, tout en évitant de heurter la sensibilité et de détruire l'espérance du patient. D'autre part, le libre choix du malade étant un principe d'ordre public, celui-ci garde la liberté de ne pas transmettre cette lettre à son destinataire sans qu'il y ait délit de suppression de correspondance, comme l'a précisé la Cour de Cassation en 1963. » (9)

b) La communication médicale depuis l'hôpital vers les médecins libéraux : textes et réglementations.

Le Code de la Santé Publique et le Code de Déontologie Médicale donnent obligation au médecin hospitalier de « prendre toutes les dispositions pour que soit assurée la continuité des soins entre les médecins hospitaliers et les médecins traitants de ville ». (10) Le Code de Déontologie rappelle que « tout médecin appelé en urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou par un autre médecin, rédiger à l'attention de son confrère un compte-rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet directement au malade, ou qu'il adresse à son confrère. » (11) Il précise également que « le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions auxquelles ce praticien sera associé, dans toute la mesure du possible. » (12)

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ajoute que « cette information doit se faire dans les meilleurs délais, au cours de l'hospitalisation, lorsqu'un diagnostic a été établi et aux premiers temps d'un traitement. Elle doit être systématique même si un diagnostic n'a pas été établi. (*Le médecin traitant*) doit pouvoir répondre aux préoccupations de l'entourage, (...) en particulier lorsque des données sensibles se prêtent mal à une simple communication téléphonique. Cette information est également nécessaire lorsque le médecin traitant est sollicité pour donner un avis, systématiquement ou pour des décisions difficiles, à la demande du spécialiste ou du patient. »

Dans un article de la revue du praticien, (13) P. Lefevre, médecin généraliste, insiste sur le rôle essentiel du généraliste dans l'accompagnement de la famille : « L'accompagnement du médecin généraliste prend toute son envergure et sa spécificité dans l'accompagnement familial. Il s'inscrit dans la durée et l'histoire de la famille. Il connaît la place, la spécificité et la fonction de chacun au sein de la famille. .. Il est souvent le réceptacle privilégié des difficultés, souffrances ou angoisses de chacun. » Ce rôle unique auprès des familles d'un patient hospitalisé donne une obligation morale aux médecins hospitaliers de communiquer les informations médicales du patient, qu'il convient d'apporter en temps utile. De même, « il est également souhaitable que le médecin traitant soit prévenu téléphoniquement du décès de d'un de ses patients afin de pouvoir remplir son rôle auprès de la famille. » (14)

La loi confirme que la responsabilité de la transmission d'informations médicales est portée par les établissements de soins. (15, 16, 17). « Les établissements de santé (...) sont tenus d'informer par lettre le praticien désigné par le malade hospitalisé ou sa famille de la date et de l'heure de l'admission du malade et du service concerné. » En revanche, une fois que l'hospitalisation d'un patient est portée à connaissance de son médecin traitant, celui-ci est « invité à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester le désir d'être informé sur l'évolution de l'état (*de santé*) de ce dernier. En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au praticien désigné (...) et qui en a fait la demande écrite toutes informations significatives relatives à l'état du malade. » (18)

c) Les recommandations de l'ANAES au sujet des courriers médicaux émanant des hôpitaux (19).

Dans ses recommandations concernant les dossiers hospitaliers et les courriers médicaux émanant des services hospitaliers, l'ANAES rappelle que chaque contact avec un établissement hospitalier doit conduire à un compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation. L'ANAES recommande également une structuration standardisée des courriers qui permettrait de faciliter l'exploitation qui en est faite par le médecin traitant correspondant. La structuration proposée comporte les items suivants :

- identification du patient
- date (de consultation, entrée et sortie d'hospitalisation)
- mode d'entrée
- motif du contact
- antécédents du patient
- mode de vie
- histoire de la maladie
- examen clinique
- résultats biologiques significatifs
- résultats des examens complémentaires
- traitements réalisés y compris transfusions
- évolution dans le service et discussion
- mode de sortie (destination du patient) y compris date et heure de sortie, moyen de transport...
- traitement de sortie
- suite à donner
- conclusion sous forme de synthèse

L'ANAES précise que « ce compte-rendu est indispensable au médecin correspondant pour la prise en charge ultérieure », et que les items soulignés doivent toujours être présents dans un courrier médical, les autres items sont à renseigner selon leur pertinence éventuelle.

Un délai légal de huit jours maximum est fixé pour que le médecin traitant reçoive les informations du compte-rendu d'hospitalisation. (18)

d) La communication entre les services d'urgence et les médecins libéraux : quelques particularités.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les médecins hospitaliers prenant en charge l'hospitalisation d'un patient ont un devoir d'information envers le médecin traitant de ce patient. Toutefois, le cadre réglementaire ne précise pas de manière précise qui du médecin urgentiste décidant l'hospitalisation ou du médecin référent du service d'hospitalisation du patient doit apporter cette information.

Comme l'indique D. CHRISTOPHE dans sa thèse, (20) « il semble logique que le médecin urgentiste, qui réalise le premier l'examen clinique lors de la prise en charge (hospitalière) du patient, rédige un courrier à l'attention du médecin traitant », tout comme il transmet ses observations dans le dossier médical des urgences au service hospitalier qui va accueillir le patient. Ceci est d'autant plus vrai que les éléments cliniques et paracliniques utiles au diagnostic, ainsi qu'à la prise en charge du patient aux urgences sont rarement relatés dans le compte-rendu d'hospitalisation qui est finalement adressé au médecin référent. « Pour un compte-rendu complet, et afin d'éviter les intermédiaires (donc les erreurs possibles), il peut être intéressant que (le médecin urgentiste rédige) un courrier médical propre au service d'urgence, relatant son intervention ».

Ainsi, une meilleure communication entre les médecins traitants et les services d'urgence, par une augmentation des courriers médicaux émanant des services d'urgence, ne pourra qu'améliorer les relations entre ces deux entités médicales et par là-même la prise en charge globale du patient, objectif ultime de toute démarche de soins. Cette idée est d'autant plus importante que le nombre de consultations annuelles de chaque service des urgences français ne cesse d'augmenter.

Les recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) et de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) (21, 22) indiquent toutes les deux qu'un courrier médical émanant des services d'urgence doit parvenir au médecin désigné comme destinataire dans un délai permettant la prise en charge correcte du patient. Pour la SRLF, le courrier de sortie doit au minimum préciser le motif d'admission, le lieu d'hospitalisation et le diagnostic de sortie. Pour la SFMU, le courrier de sortie d'UHCD doit être adressé au médecin traitant ou remis en mains propres au patient le jour de sa sortie.

C – La communication médicale en ligne.

a) Le dossier médical en ligne.

Les nombreux avantages du Dossier Médical en ligne, sur le plan de l'organisation et de la coordination des soins, de la traçabilité des actes ou encore de l'impact économique, laissent penser que ce dernier a un bel avenir devant lui.

Evidemment, les risques de rupture du secret médical s'en trouvent multipliés et appellent à une grande vigilance, notamment quant à la sécurisation des données. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a d'ailleurs publié des recommandations à ce sujet. « Sous réserve de l'accord du patient, la communication de données médicales personnelles (peut se faire) dans l'intérêt médical du patient, de manière informatique et sécurisée, selon les conditions strictement encadrées par la loi ». (23)

b) Les structures réglementant la communication médicale en ligne.

1) La Commission Nationale Informatique et Libertés (24).

En 1974, le gouvernement Français propose de créer une institution dans le but de « proposer des mesures tendant à garantir que le développement de l'informatique dans les secteurs public, semi-public et privé se réalisera dans le respect de la vie privée, des libertés individuelles et des libertés publiques ». Sur la base de ces propositions, la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) voit le jour en 1978, promulguée par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Autorité administrative indépendante, elle veille au respect de la loi « Informatique et Libertés » par six missions essentielles :

- ➔ Recensement des fichiers des secteurs public et privé, avec mise à jour régulière du « fichier des fichiers » mis à la disposition du public.
- ➔ Contrôler et effectuer des vérifications sur sites.
- ➔ Réglementer par des normes simplifiées les traitements les plus courants et les moins dangereux pour les libertés.
- ➔ Garantir le droit d'accès indirect, en particulier au fichier des Renseignements Généraux.
- ➔ Instruire les plaintes sur le mode de la concertation entre les deux parties en vue d'un règlement à l'amiable.
- ➔ Informer les personnes de leurs droits et obligations, conseiller les personnes à leur demande, proposer au gouvernement des mesures qui lui semblent essentielles.

Concernant le traitement des données médicales personnelles, la CNIL a déjà édité plusieurs documents faisant référence dans le domaine :

- Un texte de recommandations sur les mesures de sécurité logique à adopter pour les données médicales fonctionnant en réseau (25), publié le 4 février 1997.
- Par ailleurs, elle rappelle le principe fondamental qu'une procédure de collecte de données de santé de manière nominative ne peut être acceptable que si le patient en est informé et a donné son accord préalable. Elle précise en ce sens un principe présent dans le texte de loi du 6 janvier 1978 : « La société de l'information et les avantages qu'elle procure aux internautes soucieux de leur santé (...) ne doit pas se développer aux préjudices de leurs droits ».

Concernant le mode de transmission de données médicales entre les professionnels de santé, la CNIL rappelle dans sa fiche télématique santé n°4 que le mode d'envoi par télécopie peut être choisi. « Le fax doit être situé dans un local médical, physiquement contrôlé et accessible uniquement au personnel médical et paramédical. L'impression des messages doit être subordonnée à l'introduction d'un code personnel d'accès. Lors de l'émission des messages, le fax doit indiquer l'identité du fax destinataire afin de s'assurer de son identité. Il convient de pré-enregistrer dans le carnet d'adresses des fax les (numéros des) destinataires potentiels ».

Selon la CNIL, la messagerie électronique ne constitue pas a priori un moyen sûr de transmettre des données médicales nominatives. « Compte tenu de l'absence de confidentialité du réseau internet, elle comporte des risques importants de divulgation des données et d'intrusion dans les systèmes informatiques internes ». Le recours à une messagerie sécurisée permet d'éviter ces écueils. Celle-ci intègre un module de cryptage correspondant à une numérisation de l'ensemble des données administratives et médicales. Les données transitent sur des serveurs intermédiaires et restent sur le serveur de messagerie d'un professionnel de santé donné tant que ce dernier ne les a pas chargées sur le disque dur de son ordinateur. L'utilisation de la cryptologie a été validée par la réglementation de 1999 (26, 27, 28). Comme le rappelle la CNIL dans sa fiche thématique concernant le dossier médical sur internet : « Les données appelées à circuler sur Internet doivent faire l'objet d'une procédure de chiffrement renforcée, le déchiffrement de ces données ne pouvant être effectué que par les professionnels de santé disposant des droits d'accès aux données. » (29) Pour assurer le caractère inviolable des données cryptées transmises par messagerie, la CNIL préconise l'utilisation d'algorithmes de cryptage utilisant une longueur de clé d'une longueur minimale de 128 bits.

La loi sur la sécurité requise lors d'échange de données médicales via internet (30) stipule que l'écrit sous forme électronique est admis en preuve au même titre que l'écrit sur le support papier, sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité. Ainsi, le cadre légal impose aux transmissions électroniques un niveau de sécurité bien supérieur à celui des courriers postaux (qui n'ont pas non plus une sécurisation absolue).

Le Parlement Européen insiste sur la responsabilité des médecins utilisant la télétransmission des données médicales : « Le responsable du traitement des données doit mettre en œuvre les mesures techniques et d'organisation appropriées pour protéger les données à caractère personnel contre la destruction accidentelle ou illicite, la perte accidentelle, l'altération, la diffusion ou l'accès non autorisé, ainsi que toute forme de traitement illicite ». (31)

2) La Direction Centrale de la Sécurité des Systèmes d'Information (DCSSI) (32).

La Direction Centrale de la Sécurité des Systèmes d'Information a été instituée dans sa forme actuelle par le décret 86-318 modifié du 3 mars 1986. Ses rôles sont nombreux, et notamment :

- Evaluer les procédés de protection cryptologique, les produits des technologies de l'information, les procédés de protection contre les signaux parasites compromettants.
- Procéder à l'agrément des centres d'évaluation de la sécurité et des technologies de l'information (schéma d'évaluation et de certification).
- Instruire les demandes d'autorisation de fourniture et d'utilisation de moyens de cryptologie.
- Elaborer et distribuer les clés de chiffrement aux administrations et au secteur privé.
- Conseiller administrations et entreprises pour la sécurisation de leurs systèmes d'information.
- Participer aux actions de normalisation nationales et internationales en matière de sécurité des systèmes d'information et suit les travaux relatifs à la réglementation.

Concernant le cryptage des informations de santé transmises entre deux professionnels de santé, la DCSSI va bien au-delà du seuil recommandé par la CNIL, puisque le décryptage possible, selon ses experts, de messages cryptés par des clés de 512 bits, lui fait proposer un seuil minimal de clé de 1024 bits.

3) Le Conseil National de l'Ordre des Médecins

Son rôle primordial afin de promouvoir le respect de la transmission de données de santé des patients est de faire appliquer le Code de Déontologie Médicale. Une charte a ainsi été adoptée en avril 2000 pour respecter le Code de Déontologie dans le cadre de l'utilisation d'internet et a permis de mettre en lumière quelques points essentiels :

1. Crédibilité et qualification des intervenants : tout avis, service ou information de nature médicale doit uniquement être fourni par des professionnels qualifiés.
2. Crédibilité et qualité de l'information : l'information transmise doit être scientifiquement exacte, exhaustive, actualisée, fiable, pertinente, licite, intelligible et validée.
3. Confidentialité : le médecin reste dépositaire du secret médical et doit veiller à ce qu'aucune information médicale nominative ne circule lorsque des données relatives à des dossiers médicaux sont mises en ligne.

4. Responsabilité : la mise en œuvre d'un serveur d'informations médicales engage la responsabilité de son promoteur. Le nom du médecin promoteur doit donc apparaître clairement. En revanche, toute information personnelle, publicitaire ou extra-professionnelle, est à proscrire.

5. Information claire et loyale du patient : selon l'article 60 du Code de Déontologie Médicale, « le patient est informé que les médecins participant à sa prise en charge se communiquent des informations médicales à son sujet. »

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est prononcé également sur le caractère confidentiel que doit revêtir le courrier électronique : « les échanges électroniques d'informations médicales nominatives entre médecins se font maintenant sous forme de messagerie électronique, ce qui constitue une très grande amélioration par rapport à l'insécurité de la télécopie. Cette dernière doit être bannie à plus ou moins longue échéance des transmissions d'informations personnelles, tant les risques d'insécurité sont grands ». Toutefois, dans le cadre de la pratique médicale, « l'utilisation de l'outil informatique impose des mesures de sécurité » : les logiciels doivent intégrer de puissants antivirus, des sauvegardes automatiques et le cryptage de la base de données, protection de l'accès aux logiciels par mots de passe. Par ailleurs, la cryptologie est présentée comme la règle incontournable pour transmettre des données nominatives confidentielles. L'utilisation de la carte de professionnel de santé permet d'identifier et d'authentifier l'utilisateur et apporte ainsi des garanties supplémentaires compatibles avec le niveau de sécurité requis.

c) Le concept de signature électronique.

Le concept de signature électronique implique, pour les documents télétransmis, la garantie de l'ensemble des fonctions essentielles de la signature manuscrite : authentification du titulaire du dossier médical et du professionnel de santé et attestation de la véracité des informations contenues dans ce dossier (33). Le décret du 30 mars 2001 définit les critères de procédés de la signature électronique (34).

En pratique, le dispositif de signature électronique reconnu par la loi française (34) et européenne (35) correspond à l'application d'algorithmes cryptographiques assurant l'authentification de l'émetteur des informations et la protection de l'intégrité du message transmis. La signature électronique est le résultat du cryptage des informations concernant l'identité du médecin émetteur du message. Le destinataire peut décrypter ces informations grâce à l'utilisation de la clé publique de l'émetteur du message. L'identité de l'émetteur est certifiée par un centre d'enregistrement des clés qu'on appelle « tiers certificateur ». (36)

Le décret n°2001-272 du 30 mars 2001 relatif à la signature électronique définit les dispositifs sécurisés de création de signature électronique tout en imposant des mesures de vérifications de ces dispositifs de signature électronique et de qualification des prestataires de service qui en assurent la certification. (34)

L'utilisation de la Carte de Professionnel de Santé (CPS) permet la réalisation de la signature électronique des informations partagées entre médecins : ils peuvent ainsi vérifier l'intégrité des données reçues et authentifier leur auteur. Par ailleurs, l'émetteur du message ne pourra pas contester être l'auteur de celui-ci, ni répudier son contenu. Cette utilisation de la CPS offre ainsi d'importantes garanties médico-légales aux échanges d'informations médicales.

D- Actualités de l'informatisation des dossiers médicaux.

La qualité des soins dépend de la qualité du dossier médical et de celle de la transmission des informations entre professionnels de santé. Jusqu'ici limitée au vecteur papier, la communication entre professionnels de santé tend aujourd'hui à utiliser les nouvelles technologies de communication et d'information afin de mieux structurer les réseaux de soins et la coordination des professionnels.

Les deux grands domaines d'évolution en termes de communication médicale sont d'une part la télé médecine, qui va permettre des applications de co-diagnostic, de télé-enseignement et de télé-traitement, et d'autre part la structuration de réseaux de soins, notamment entre la ville et l'hôpital. Traditionnellement, cette communication ville-hôpital était unidirectionnelle, depuis le médecin hospitalier producteur d'informations (examens complémentaires, diagnostics, traitements spécifiques) vers le médecin généraliste. De plus en plus, chacun des acteurs de santé devient à la fois producteur et utilisateur d'informations médicales. Comme le rappelle un article publié en 2000, il s'agit actuellement de « promouvoir une véritable méthodologie de la communication et de la gestion des informations communes plutôt qu'une messagerie unidirectionnelle ». (37)

L'objectif prioritaire actuellement lors de la mise en place d'un réseau de soins est donc celui d'une communication inter-professionnelle de qualité. Pour ce faire, il faut assurer un échange de données, synchrone ou asynchrone, pour que l'information nécessaire à la prise en charge du patient soit disponible, à une adresse donnée, au moment voulu et de manière évidemment sécurisée.

Face à ces contraintes techniques, plusieurs expériences ont été menées, sur différents centres hospitaliers français.

a) Quelques initiatives locales théoriques.

Afin d'améliorer la communication entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers, différentes initiatives ont été prises dans différents centres hospitaliers Français et Européens.

C'est notamment le cas de l'hôpital Erasme de Bruxelles, qui publie une « Charte des bonnes relations entre l'hôpital et les médecins traitants ». On y demande au médecin libéral un courrier exhaustif avant toute consultation à l'hôpital. Les médecins hospitaliers se voient dans l'obligation morale d'adresser immédiatement au

médecin traitant un courrier d'information médicale au moment de l'entrée d'un patient dans un service hospitalier. De plus, il est obligatoire de remettre au patient lors de toute sortie d'hospitalisation un document à l'attention du médecin traitant comportant le diagnostic, les traitements et soins paramédicaux réalisés et à poursuivre. (38)

Une initiative française est intéressante, au centre hospitalier de Fréjus-Saint Raphaël (39). Une stratégie d'amélioration du retour d'information à la médecine de ville est débutée depuis 2003. Chaque patient quittant l'hôpital se voit remettre une fiche de liaison pour le médecin traitant. Celle-ci comporte le motif d'hospitalisation, le diagnostic retenu et les orientations thérapeutiques. En cas de décès d'un patient, la secrétaire du service hospitalier où est décédé le patient contacte le médecin traitant le jour même, puis le met en relation avec le médecin référent hospitalier si cela est demandé par le médecin généraliste.

Dans cette recherche d'amélioration de la communication, ce même centre hospitalier a lancé un projet d'informatisation du Dossier patient, dans lequel il est prévu de faire figurer non seulement les coordonnées du médecin référent du patient, mais aussi les moyens de communication par lesquels ils souhaitent être informés « du passage aux urgences, de l'hospitalisation, de l'évolution de l'état de santé, de la sortie d'hospitalisation ou du décès de leurs patients ». Pour ce faire une enquête est réalisée depuis 2004 auprès des 286 médecins libéraux correspondants, et les résultats figurent sur le site de l'hôpital de Fréjus-Saint Raphaël.

On y remarque la grande diversité des solutions proposées par les médecins libéraux, qui sont majoritairement demandeurs d'appels téléphoniques en cas d'hospitalisation ou de décès d'un de leurs patients, mais qui restent attachés aux courriers papiers dans la transmission des comptes-rendus d'hospitalisation (CRH).

Figure n°1 : Les modes de communication souhaités par les médecins libéraux en cas d'hospitalisation d'un de leurs patients au centre hospitalier de Fréjus-Saint Raphaël

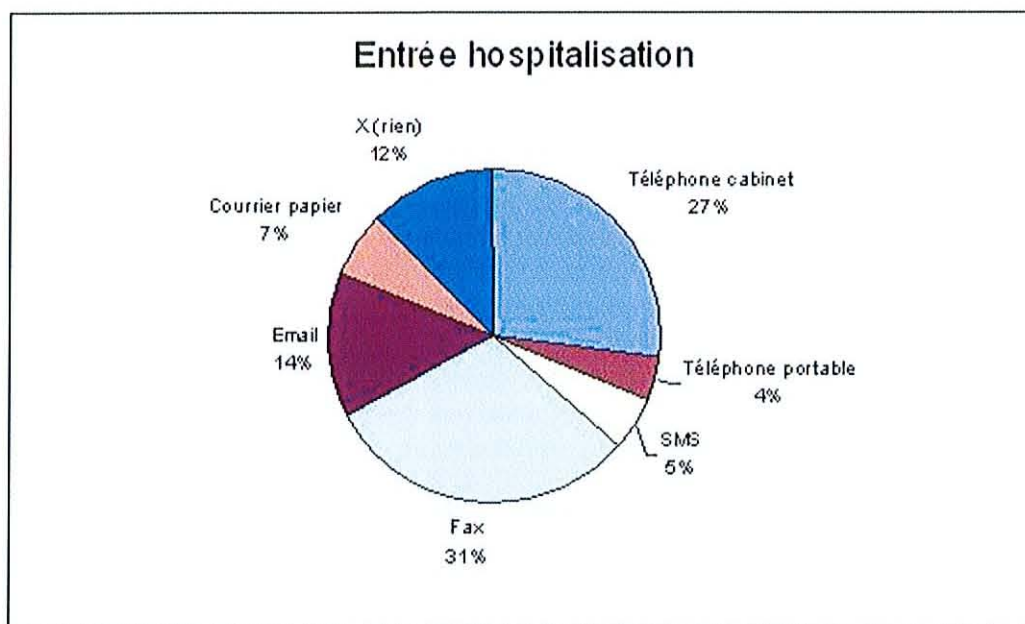


Figure n°2 : Les modes de communication souhaités par les médecins libéraux en cas de sortie d'hospitalisation d'un de leurs patients du centre hospitalier de Fréjus-Saint Raphaël

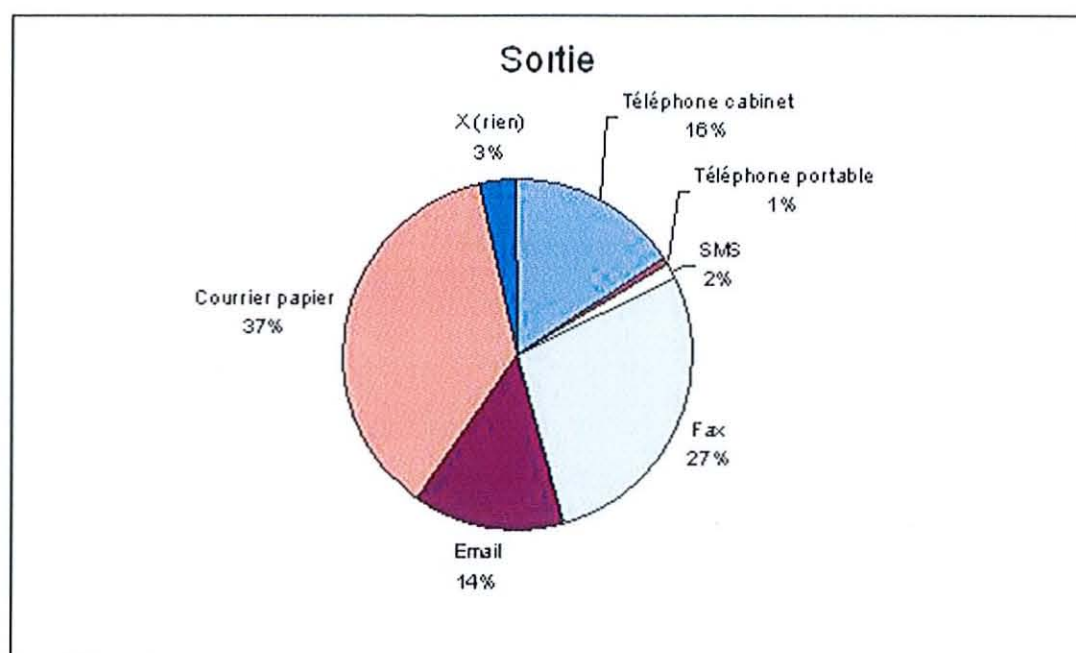
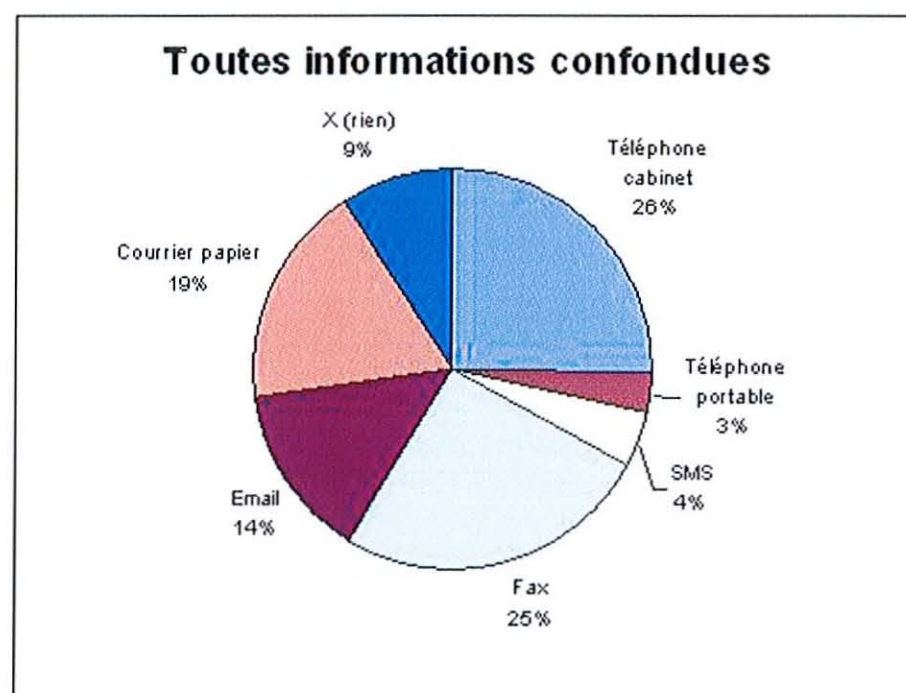


Figure n°3 : Les modes de communication souhaités par les médecins libéraux avec le centre hospitalier de Fréjus-Saint Raphaël



b) Le Dossier Médical Personnel, une possible voie vers l'amélioration de la communication ville-hôpital ?

La Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a posé les bases théoriques d'un nouvel outil de communication médicale, le Dossier Médical Personnel (DMP). Selon l'article L 161-36-1., dans une optique de « favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie peut disposer, dans le respect du secret médical, d'un Dossier Médical Personnel » (7). Ce DMP constitue un « ensemble de services permettant au patient et aux professionnels de santé autorisés par le patient, de partager sous forme électronique, des informations de santé en vue d'améliorer la prévention, la continuité, la coordination et la qualité des soins » (40). Selon les principes édités dans la loi, ce DMP aurait trois grands objectifs :

- ➔ Améliorer la qualité et la continuité des soins, en ouvrant l'accès aux professionnels de santé en charge du patient à des documents synthétiques expliquant les actes et diagnostics médicaux déjà effectués pour le patient. Une limitation des examens complémentaires déjà réalisés pourrait en découler.
- ➔ Améliorer la coordination entre les professionnels de santé, par une augmentation des échanges professionnels lors du parcours de soins du patient.
- ➔ Augmenter la participation du patient à sa propre prise en charge.

Ainsi, le DMP permet la mise en partage de documents pertinents concernant la santé d'un patient donné. Cela impose l'idée de la nécessité d'un hébergement de ses informations médicales personnelles. Ce DMP semble répondre à une volonté grandissante des pays occidentaux, à l'heure de l'internet et du multimédia, de disposer d'une base de données informatisée et partagée du patient (41). Il pourrait enfin initier un décroisement entre les activités de la médecine de ville et celles de la médecine hospitalière.

1) La théorie : création et contenu du Dossier Médical Personnel.

Dans sa conceptualisation, le DMP permet donc de collecter les données individuelles de santé auprès des différents professionnels, en les conservant en un lieu sûr et pérenne et en assurant la protection des données, c'est-à-dire la gestion des droits d'accès. Lors de chaque consultation, l'utilisation du DMP permet à chaque acteur de santé de disposer des données médicales du patient de manière rapide et simple (42). Ce DMP se constitue en respectant trois étapes :

- ➔ Création d'un site hébergeur du DMP : il faut pour cela développer en amont un site hébergeur capable de collecter les informations de plusieurs dizaines de millions de DMP, tout en assurant la confidentialité des données.
- ➔ Activation du DMP : après avoir obtenu le consentement du patient pour le faire, un professionnel de santé peut créer un DMP pour son patient. La Carte

Vitale du patient est la clé d'accès au DMP, utilisée conjointement avec la Carte de professionnel de Santé (CPS) qui permet d'identifier l'intervenant sur le DMP.

- ➔ Consultation et remplissage du DMP : seuls les professionnels de santé peuvent remplir les différentes rubriques. Toutefois, le patient peut, à tout moment, consulter les informations contenues dans son DMP.

D'un point de vue matériel, l'utilisation du DMP suppose également que le professionnel de santé soit équipé d'une connexion internet de type ADSL, faute de quoi il ne lui est pas possible de renseigner les rubriques du DMP de son patient. Pour la simple consultation de ce dossier (par le patient par exemple), une connexion simple à l'internet suffit (43), il n'y a alors pas d'obligation de disposer de l'ADSL. L'étude officielle la plus récente sur ce sujet fait état d'environ 35% d'équipement par ADSL chez les médecins généralistes français. (44)

Le patient reste maître des différentes étapes de la saisie des rubriques de son Dossier Médical Personnel, puisque son accord matérialisé par sa Carte Vitale est nécessaire lors de chaque utilisation de ce dossier. Une dérogation légale introduit la procédure du « *bris de glace* » dans les situations d'urgence. En effet, lorsque dans une situation à risque vital, le patient est « hors d'état d'exprimer sa volonté », alors la loi abroge le verrou de l'autorisation préalable du patient (45).

Selon le rapport établi par la mission de préfiguration de l'Agence des Systèmes d'Information Partagée (ASIP), le DMP d'un patient doit contenir un large éventail de données de santé afin de rendre son utilisation « attractive et utile à l'amélioration de la prise en charge » du patient (40), à savoir :

- ➔ Les antécédents et allergies du patient
- ➔ Les prescriptions médicamenteuses
- ➔ Les résultats des examens complémentaires (imagerie, biologie, histologie...)
- ➔ Les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultations hospitalières : il existe une obligation légale pour les établissements de soins sollicités par la mise en place de ce système d'insérer les comptes-rendus d'hospitalisation dans ce DMP (45).

2) Un accueil plutôt favorable de la part des professionnels de santé.

Un sondage a été réalisé par l'institut IPSOS SANTE (46) en octobre et novembre 2007 auprès de 514 médecins libéraux et hospitaliers, généralistes ou spécialistes. L'objectif premier était d'évaluer la connaissance de la mise en place du DMP par les différents praticiens interrogés, l'éventuelle attente suscitée par un tel projet mais aussi les difficultés que pourrait générer la création d'un tel outil.

D'une manière générale, 90% des médecins disent avoir déjà entendu parler du projet de Dossier Médical Personnel et 74% se déclarent favorables à sa mise en

place. Environ 7 médecins sur 10 (69%) se disent prêts à recommander à leurs patients l'ouverture de leur DMP dès sa mise en service officielle. La connaissance du contenu du futur DMP est correcte chez plus de la moitié des médecins (57% sont en mesure de nommer les différentes rubriques).

80% des médecins considèrent que le DMP permettra la mise à disposition de l'histoire médicale du patient et des données apportées par les autres professionnels de santé. Les redondances de prescription, notamment d'examens complémentaires, pourraient être évitées selon 4 médecins sur 5.

Le mode d'exercice des médecins semble globalement favorable à l'utilisation d'un dossier informatisé partagé, puisque 85% des médecins possèdent un ordinateur sur leur lieu d'exercice ; à ce sujet, l'informatisation des médecins libéraux semble effective pour 85 à 90% d'entre eux si l'on se réfère à différentes études (47, 48). Cependant, ils ne sont que 60% environ à posséder une connexion internet compatible (de type ADSL), et à peine 20% des médecins interrogés utilisent une messagerie sécurisée pour les échanges d'informations de santé.

Ce sondage a aussi permis de mettre en relief deux des grandes difficultés actuelles rencontrées dans la mise en place du DMP. 43% des médecins sont plutôt défavorables à la consultation à tout moment de l'ensemble des données du DMP par le patient. Quant au problème du masquage de données par le patient, ils ne sont que 37% à en accepter le principe.

3) Les nombreuses difficultés de la mise en place du DMP.

La Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) est la première à avoir mis en évidence de grandes difficultés inhérentes à la création du Dossier Médical Personnel. Le 30 mai 2006, elle autorise « les expérimentations du DMP » telles qu'elles étaient planifiées, c'est-à-dire dans treize régions françaises, 1500 professionnels de santé, 68 établissements de soins publics et privés et 37 réseaux de soins, le tout grâce à l'utilisation de six hébergeurs de données de santé (49). À cette occasion, la CNIL rappelle quelques points fondamentaux. Le patient a non seulement un accès libre à son dossier, mais bénéficie également de la possibilité de masquer des informations aux professionnels de santé, puisqu'il s'agit de son dossier personnel. Par ailleurs, la CNIL rappelle les règles de cryptage numérique complet des données contenues dans le DMP, afin d'assurer la confidentialité du dossier.

Un deuxième avis de la CNIL en avril 2007 tire une première sonnette d'alarme concernant les expérimentations du DMP (50). Les anomalies graves au respect de son bon fonctionnement concernent l'absence de sécurisation lors de la transmission des données médicales des patients par certains hébergeurs, l'ouverture à l'accès à tous les professionnels de santé d'un établissement de soins dès lors que le patient est hospitalisé dans cet établissement, mais aussi une trop facile déductibilité des identifiants et mots de passe d'accès d'un patient à son DMP.

Secondairement, les imperfections du DMP se sont révélées nombreuses (51, 52). Ce dossier ne pourra jamais se généraliser à toute la population car son existence ou non dépend de la volonté du patient de le créer. Il ne pourra donc jamais, sous cette

forme actuelle, devenir un dossier informatisé de santé universel ! La nécessité de disposer d'un outil informatique complet et d'un réseau internet de type ADSL est un frein supplémentaire à sa diffusion totale, surtout dans les secteurs ruraux mal desservis en ce qui concerne les réseaux internet !

Par ailleurs, la grosse difficulté ressentie par les professionnels de santé est le fait que le patient seul juge du contenu de son DMP. Le masquage des données de santé du patient, volontaire de sa part, pose un problème éthique complexe. L'article L161-36-4 du Code de l'Assurance Maladie (53) traite des « modalités selon lesquelles le professionnel de santé accédant au DMP a connaissance (ou non) de l'inscription au dossier d'informations rendues inaccessibles par son titulaire », ce qu'il est devenu commun d'appeler « le masquage du masquage » d'informations médicales. Contrairement aux règles définies par l'arrêt Mercier (54), qui considèrent qu'un contrat bilatéral est à la base de tout acte de soins, ce masquage du masquage pose la question même de la réalité du contrat. Le Code civil (55) nous rappelle qu'un contrat ne peut être valide qu'à condition de respecter quatre points : la capacité de contracter, une cause licite, un consentement libre et éclairé et enfin un objet certain et licite. La certitude de l'objet du contrat serait par là-même remise en cause ! Cette donnée également fait remettre en cause la qualité du DMP comme instrument de la coordination des soins, ce qui est une de ses raisons d'être ! À l'heure actuelle, la notion de droit au masquage des données semble inhérente au DMP et acquise par le patient. En revanche, il semble toujours aussi difficile de statuer sur le masquage du masquage : un médecin doit-il savoir ou ne pas savoir que volontairement un patient lui dissimule une partie de ses données de santé lors d'un acte de soins ? Personne n'a encore répondu à cette question.

4) Le rapport de la Cour des Comptes au sujet du Dossier Médical Personnel (56).

Au mois de février 2009, la Cour des Comptes et son président Philippe SEGUIN ont rendu un rapport consacré à la gestion du projet DMP par l'Etat, qualifié "d'échec cuisant" par le président de la Cour des Comptes. Ne revenant pas sur les retards du projet initial, déjà mis au jour dans plusieurs rapports, ils concentrent leurs critiques sur le Groupement d'Intérêt Public chargé de son pilotage. Les détails du réquisitoire méticuleusement prononcé par le gendarme de l'Etat ne manquent pas de rudesse. « Insuffisance de l'encadrement » ; « carences internes en matière de gestion des ressources humaines » ; « absence de contrôles » ; « défaillance de qualité et de sécurité » ; « irrégularité des procédures » ; « incompétence ou gabegies répétées ». Autant de critiques qui peuvent en partie expliquer les difficultés de lancement du projet DMP sur le territoire national et les retards itératifs du programme par rapport au calendrier initialement prévu. La gestion administrative de la mise en place de ce DMP initialement tant espéré semble constituer un frein majeur au développement du projet, non seulement au niveau de la qualité logicielle, mais surtout en termes de fiabilité et de confidentialité.

c) La mise à disposition pour les médecins traitants des dossiers hospitaliers informatisés de leurs patients : quelques expériences françaises.

1) Une plate-forme d'intermédiation sécurisée ville-hôpital : l'exemple de l'hôpital d'Armentières.

Une expérience originale a été mise en place à l'hôpital d'Armentières dans le Nord. Afin de mettre en relation tous les professionnels de santé d'un même secteur, une plate-forme d'intermédiation est en phase d'expérimentation dans cet hôpital depuis 1998. (57) Le mode de communication est particulièrement singulier, puisqu'il s'agit d'un dialogue bilatéral entre les professionnels. D'une part, les médecins généralistes ont accès aux parcours de soins du patient au sein de l'hôpital (service d'hospitalisation, résultats des examens de biologie et d'imagerie), mais, de plus, les médecins généralistes peuvent également apporter des informations concernant les antécédents du patient ou les résultats d'explorations antérieures sur cette plate-forme.

Cette plate-forme se situe sur un site internet sur lequel les médecins libéraux et hospitaliers peuvent accéder par des codes confidentiels personnels et sécurisés. Elle permet la collecte d'informations médicales au sujet d'un patient donné, mais aussi une communication directe entre professionnels par un système de messagerie. En pratique, cette plate-forme est un service indépendant des systèmes utilisés par les médecins libéraux ou hospitaliers. Y figurent tous les événements médicaux du patient : hospitalisation, transfert vers un autre service, résultats des examens complémentaires, retour à domicile, consultation chez le médecin traitant. Deux types de messages provenant de l'hôpital figurent sur cette plate-forme :

- ➔ Des messages automatiques, générés par le système d'informations, comprenant les mouvements du patient (hospitalisation, transfert, décès, sortie...) et les rendez-vous médicaux.
- ➔ Des messages volontaires qui peuvent être des comptes-rendus de consultation ou d'hospitalisation et des résultats biologiques ou radiologiques.

Le médecin généraliste a quant à lui la possibilité d'adresser à ses confrères hospitaliers des messages directs, des demandes de rendez-vous, des courriers de synthèse au sujet d'un patient hospitalisé.

Tout médecin ayant accès à cette plate-forme peut à la fois lire en ligne les messages qui lui sont adressés, mais aussi télécharger les données qu'il souhaite intégrer à son propre dossier patient.

Tous ces transferts d'informations se font dans le respect des articles de loi relatifs à la transmission des données médicales édités dans le Code de la Santé Publique, le Code de Déontologie Médicale, le Code Pénal, et qui sont confirmés par les fiches thématiques de la CNIL.

Cette plate-forme réunit une quarantaine de médecins généralistes, deux hôpitaux locaux et trois laboratoires d'analyse médicale. (58) La première évaluation de cette plate-forme fait état d'un principe séduisant pour tous les utilisateurs, mais

qui dépend non seulement de l'efficacité des Départements d'Informatique Médicale locaux, mais surtout de l'informatisation des médecins libéraux.

Ce type de plate-forme d'interconnexion a été évalué par un autre centre français, le Réseau VIH des Alpes Maritimes, qui s'est donné pour objectif de permettre une communication facilitée entre les médecins traitants et les spécialistes hospitaliers, dans le cadre du suivi au long cours des patients infectés par le VIH (58). En pratique, il s'avère que le système de plate-forme permet bien une communication bilatérale entre médecins, et remplit donc son objectif théorique. Mais, à chaque évolution logicielle de la plate-forme, il faut reprogrammer les paramètres de cryptage et d'envoi des données, non seulement sur les postes hospitaliers, mais surtout sur l'ordinateur de chacun des médecins libéraux appartenant au réseau. Cette solution semble donc inapplicable en pratique aux promoteurs de ce réseau de soins, bien trop onéreuse et trop exigeante en termes de logistique.

2) L'Outil de communication des Dossiers Patients (ODP).

L'application ODP est utilisée et en cours d'évaluation sur le site du CHU de Rouen. Elle est déclarée à la CNIL sous le n°845652. Elle a pour objectif de mettre à la disposition des médecins libéraux l'ensemble du dossier informatisé hospitalier, pour chacun de leurs patients hospitalisés. Sous réserve d'autorisation des patients, seuls les médecins traitants et les médecins « correspondants », c'est-à-dire destinataires d'un compte-rendu de séjour ou d'actes réalisés au CHU, peuvent avoir accès à ces documents en ligne. L'authentification des utilisateurs et le transfert des données sont sécurisés et apportent des garanties suffisantes de confidentialité, selon la CNIL, pour permettre l'évaluation de l'outil ODP.

En pratique, la liste des actes et des comptes rendus hospitaliers est consultable en ligne par tout médecin habilité. Par ailleurs, les synthèses des consultations ou actes entrepris en dehors du CHU de Rouen sont également consultables sur le dossier du patient, à condition que ceux-ci aient fait l'objet d'un courrier numérisé. Comme pour les autres utilisations de communications médicales sur internet, l'authentification du médecin utilisateur se fait à partir de sa Carte de Professionnel de Santé et de la saisie d'un code confidentiel.

Comme lors de chaque étude de transmission sécurisée de données de santé, le patient est informé des procédures utilisées et peut refuser que leur dossier soit communiqué aux médecins extérieurs, ou seulement à certains correspondants. Le patient est également libre de sélectionner les documents accessibles de son dossier et ceux qu'il ne souhaite pas partager avec les médecins extérieurs. L'autorisation donnée par le patient est enregistrée en annexe dans l'application ODP, avant de débiter toute communication interprofessionnelle. Un consentement est valable un an, sauf modifications apportées par le patient lui-même.

Concernant l'utilisation de l'ODP, il existe une rubrique « Dossiers récemment mis à jour », qui ouvre, pour un médecin extérieur donné, l'accès à tous les dossiers pour lesquels il y est autorisé, et qui lui permet de s'informer au sujet d'un patient récemment hospitalisé ou reçu en consultation hospitalière. Une

deuxième rubrique, nommée « Tous les dossiers », donne l'accès aux dossiers de tous ses patients. Chacun de ces dossiers patients comporte lui même trois catégories, « patient », « prise en charge » et « actes ». L'ensemble des actes ayant fait l'objet d'un courrier sont soulignés en bleu, et il suffit au médecin de cliquer sur ce lien pour avoir accès au document souhaité.

Il est intéressant de noter que l'accès aux données biologiques est possible en activant un lien annexe intitulé « analyses biologiques ». L'accès aux examens d'imagerie médicale est possible, à partir de la rubrique « actes », mais implique qu'un compte-rendu numérisé existe, ce qui n'est pas toujours le cas.

Pour l'instant, l'outil ODP est toujours fonctionnel, mais seulement utilisé par sept médecins généralistes libéraux du secteur de Rouen. Au maximum de son utilisation, vingt praticiens utilisaient cet outil. Il existe une raison essentielle à cet échec : en 2005, le CHU de Rouen a été sélectionné par le ministère de la Santé pour faire partie des hôpitaux pilotes du projet DMP. Cela a eu pour conséquence directe de focaliser les travaux et les efforts de communication sur ce dernier projet, au détriment de l'ODP. Il n'existe donc aucune évaluation pratique concernant l'efficacité et l'aide apportée aux médecins libéraux par cet Outil de communication du Dossier Patient. Toutefois, puisque l'outil est toujours fonctionnel sur le site de Rouen, il peut être envisageable qu'une nouvelle ère de développement et d'évaluation puisse voir le jour prochainement.

d) L'exemple de la messagerie sécurisée dans le cadre du réseau de soins ville-hôpital à Annecy.

1) Présentation du projet et de son fonctionnement.

Le Centre Hospitalier d'Annecy est historiquement le premier à déposer un dossier auprès de la CNIL, aboutissant à l'arrêté de juin 1997 autorisant cet hôpital à utiliser un système de cryptage dans le cadre d'un réseau ville-hôpital. (59)

En pratique, cette utilisation de la cryptologie s'est matérialisée par une messagerie électronique sécurisée entre sept services hospitaliers (dont le service d'accueil des urgences) et soixante-dix médecins libéraux équipés d'un outil informatique adapté. Ainsi, deux médecins inscrits dans le réseau de soins peuvent s'envoyer des messages dont le titre et le texte ne contiennent évidemment aucune information nominative relative au patient ; le document confidentiel est crypté (par une clé de 56 Bits) et transmis en pièce jointe du courrier électronique (e-mail). L'utilisateur de cette messagerie s'identifie à partir d'un mot de passe ; une fois identifié sur le serveur, il va pouvoir choisir le ou les médecins destinataires de ce message crypté.

2) Intérêts pratiques du projet.

La mise en place de ce projet a permis, notamment, de systématiser, au moyen de lettres types pré-établies, l'envoi d'un courrier électronique sécurisé aux médecins traitants du réseau, par le service des urgences d'Annecy lors de la consultation d'un patient.

Elle a également augmenté le nombre de courriers médicaux émanant des services hospitaliers de spécialité. Par exemple, au cours d'une hospitalisation en cardiologie, le médecin traitant du patient, avec l'accord de celui-ci, peut recevoir des comptes-rendus intermédiaires avec notamment les résultats de l'ECG ou de l'échocardiographie, avant de recevoir finalement le traditionnel courrier de sortie d'hospitalisation, de manière bien plus rapide que lorsque la transmission se fait par un courrier postal.

La théorie permet aussi de penser que lors d'un contact hospitalier d'un patient, de plus amples informations peuvent être communiquées par le médecin traitant par le biais de cette messagerie sécurisée. La thèse de D. Evangelista nous indique notamment, parmi les espoirs des médecins hospitaliers, une meilleure connaissance des antécédents d'un patient, de son traitement habituel, de ses conditions de vie, tout en limitant le nombre d'échanges téléphoniques d'autant plus chronophages que la disponibilité des deux médecins n'est pas toujours compatible !

3) Bénéfices et inconvénients ressentis par les médecins libéraux.

Le laboratoire GRAPHOS, a publié en mars 2000 une évaluation globale du projet de télémedecine de l'hôpital d'Annecy. (60) Les résultats de cette étude, couplés à ceux du travail de D. Evangelista (61), sont revenus finalement décevants.

Les médecins généralistes semblent être les bénéficiaires d'un tel système, avec une multiplication par 4 du nombre des courriers issus des services hospitaliers. Par ailleurs, le système de transmission des documents, sous format informatique, permet un net gain de temps, avec notamment un temps de numérisation des documents qui n'existe plus et une intégration plus rapide dans le dossier informatisé du patient. Dernier point positif relevé par les médecins de ville, l'homogénéisation des courriers type de sortie leur confère une bien meilleure lisibilité et contribue également à l'intégration plus facile dans le dossier patient numérisé.

En revanche, les praticiens libéraux regrettent essentiellement l'impossibilité pour eux d'avoir accès aux serveurs de la radiologie et de la biologie hospitalières. Du fait d'une incompatibilité logicielle, ni les images ni les comptes-rendus de radiologie, ni les résultats biologiques ne peuvent figurer dans le courrier type de sortie des urgences. Ils ne le sont en réalité que lorsque le médecin urgentiste prend le temps de saisir son observation, ce qui représente pour lui un temps supplémentaire administratif. Pour les images de radiologie, il n'existe pour le moment aucune possibilité de les rendre accessibles au médecin traitant sur un serveur hospitalier sécurisé.

Il est étonnant de noter que les données de l'examen clinique réalisé aux urgences ne figurent pas dans le courrier type de sortie des urgences : y figurent simplement l'identité et la provenance du patient, le motif de consultation, le diagnostic retenu, l'intitulé (mais pas les résultats) des examens de biologie et d'imagerie réalisés, les soins prodigués et l'orientation du patient. Les données qui nécessitent un temps de saisie supplémentaire par les médecins urgentistes, et qui ne modifient pas, selon eux, la prise en charge ultérieure par le médecin généraliste sont exclues du courrier type (examen clinique, résultats de biologie et d'imagerie, comptes-rendus des ECG et autres examens paracliniques). L'examen clinique a été retiré de la lettre médicale, pour deux raisons : du fait des changements d'équipes médicales, il arrive souvent que le médecin qui a examiné un patient ne soit pas celui qui signera la lettre de sortie, ce qui l'empêche parfois de confirmer la véracité de l'examen clinique. Par ailleurs, il est évoqué qu'un examen clinique réalisé par un interne impose une nécessaire vérification par un médecin senior avant toute validation dans un courrier. Concernant la biologie et l'imagerie, nous avons déjà noté que le problème est une incompatibilité logicielle encore difficile à résoudre.

D'un point de vue technique, les médecins libéraux qui ont répondu au sondage ne sont que modérément satisfaits de ce service de messagerie sécurisée. Nombre d'entre eux estiment que les manipulations pour envoyer un message crypté sont trop nombreuses. La moitié d'entre eux ont rencontré des difficultés (finalement résolues par l'assistance technique) lors du cryptage des documents ou de la connexion au serveur de la messagerie. Ils se plaignent également de l'absence d'uniformisation, dans le sens où tous les services hospitaliers ne participent pas à ce réseau de messagerie.

Au total, les médecins de ville s'estiment globalement satisfaits du gain de temps que leur permet cette messagerie sécurisée, avec une information médicale hospitalière plus rapide et une transmission plus efficace pour leur activité. En revanche, ils n'entrevoient guère d'amélioration de la qualité dans leur exercice professionnel quotidien, du fait essentiellement de l'impossibilité de visualiser les résultats des examens complémentaires de leurs patients. Par ailleurs, la technicité requise pour utiliser la messagerie semble pour un certain nombre d'entre eux être un motif important de non-utilisation ou de sous-utilisation du service.

4) Bénéfices et inconvénients ressentis par les médecins hospitaliers.

L'appréciation globale des médecins hospitaliers est nettement moins mitigée. Si tous exprimaient l'espoir d'une amélioration de la communication ville-hôpital par le biais de cet outil, tous sont finalement déçus par ce nouveau système. Avant la mise en place de la messagerie sécurisée, la communication d'informations issues des médecins libéraux vers les médecins hospitaliers était quasiment nulle. Malgré le nouvel outil de messagerie, les médecins de ville ne communiquent guère plus d'informations aux hospitaliers, ce qui est leur motif principal de déception. Seules quelques demandes supplémentaires de consultations spécialisées ont été notées. L'attente des hospitaliers d'obtenir plus rapidement et plus facilement des informations sur les antécédents du patient, ses traitements habituels ou encore son mode de vie est ici toujours insatisfaite.

Pourtant, 50% des médecins généralistes du réseau se disent prêts à envoyer des messages sécurisés. Mais la difficulté technique pour le faire, la perte de temps évoquée, le fait que de nombreuses visites à domicile (au cours desquelles le médecin n'a pas son outil informatique à disposition) donnent lieu à une hospitalisation, sont autant d'obstacles à la rédaction d'un e-mail sécurisé.

Il est amèrement constaté qu'après deux années de mise en place du service de messagerie sécurisée, aucun e-mail n'a été envoyé par un médecin généraliste au service des urgences lorsque celui-ci adresse un patient !

Les médecins hospitaliers sont donc déçus par ce nouveau service. Si les urgentistes gagnent du temps à ne pas rédiger de courrier, cela correspond à autant de temps pour les secrétaires pour mettre en place le cryptage du courrier et l'envoyer sur la messagerie, qui s'ajoute à l'obligation qui perdure d'imprimer les courriers et de les classer dans les archives papiers hospitalières.

e) Échanges sécurisés de données par des messages cryptés : l'exemple d'apicrypt.

1) Présentation générale.

Actuellement, en France, la transmission de messages cryptés est le moyen de communication médicale électronique le plus utilisé. Plusieurs raisons expliquent cette large utilisation : la disponibilité de la méthode sur tout le territoire pour chaque médecin informatisé, la simplicité d'utilisation, le respect des consignes juridiques de sécurité et enfin la possibilité de disposer de cet outil déjà fonctionnel depuis plusieurs années avec un investissement temporel et financier très raisonnable.

L'Association pour la Promotion de l'Informatisation et de la Communication en Médecine (APICEM) est née en 1996, au sein d'un groupe d'une dizaine de médecins et informaticiens ayant pour objectif de favoriser l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans l'exercice de la médecine. L'outil Apicrypt, créé par l'APICEM, a pour objectif de faire communiquer entre eux les médecins et les établissements de soins par une méthode simple, peu coûteuse et universelle : la messagerie électronique. Celle-ci a la propriété de préserver, par un cryptage de haut niveau, la confidentialité des informations transmises. En pratique, Apicrypt est un module additionnel des logiciels de messagerie Internet qui permet le cryptage et le décryptage de textes ou de fichiers d'une manière transparente pour l'utilisateur. Ce système utilise un cryptage à deux couches successives en se servant de clefs très lourdes propres à chacun des utilisateurs.

2) Cadre réglementaire.

Selon la définition de l'ouvrage *Lamy, droit de l'informatique et des réseaux*, (62) on entend par cryptage « la technique permettant par un système de chiffrement de conserver une confidentialité absolue du message transmis, de telle sorte que le

message, même intercepté, est immédiatement indéchiffrable pour celui qui le récupère ». Initialement limité en France par la crainte de faciliter les communications de groupes mafieux ou terroristes, le cryptage a finalement pu se développer largement à la suite de la parution des décrets n°99-199 et n°99-200 du 17 mars 1999. La France accepte alors d'abandonner sa volonté de contrôle absolu des communications sur internet, imitant en cela de nombreux pays européens au sein desquels les techniques cryptographiques étaient déjà largement utilisées.

Au plan réglementaire, les techniques de cryptage sont ainsi reconnues comme des outils confidentiels et sécurisés lors de la transmission des données par voie électronique. Elles permettent en effet la confidentialité, l'identification et le contrôle d'accès pour l'utilisation de ces données, tout en maintenant leur intégrité. Elles transforment, grâce à la numérisation, des informations claires en des messages inintelligibles en appliquant des règles précises et secrètes, mais dont l'effet est réversible, pour celui qui bénéficie de l'accès réservé aux données cryptées. Maître Lacoeylle explique que « le piratage (des données) reste possible, mais supposerait de mettre en œuvre des moyens disproportionnés par rapport à l'intérêt des informations » (63). Plusieurs textes de loi délimitent l'application réglementaire du cryptage des informations télétransmises (27, 64, 65).

3) Apicrypt en chiffres en 2009.

Actuellement, Apicrypt est utilisé par environ 50% des médecins généralistes informatisés sur le territoire Français. L'essor de la méthode est réel, puisqu'on dénombre 500 à 600 nouvelles adhésions de médecins chaque mois, en France. Chaque mois, environ 1.200.000 courriers médicaux transitent entre professionnels en toute légalité par la voie d'apicrypt, ce qui donne une moyenne par praticien de 109 courriers reçus tous les mois par apicrypt.

En Lorraine, environ 1600 médecins sont adhérents d'apicrypt, dont 1045 médecins généralistes (Note annuelle d'apicrypt.org au 28 juillet 2009). Au niveau régional, quelques 150 000 courriers médicaux sont ainsi échangés tous les mois. Les communications de résultats de biologie étaient auparavant la source première d'utilisation de l'apicrypt ; actuellement, 57% des courriers transmis en Lorraine correspondent à d'authentiques courriers médicaux, les actes de biologie concernant 43% des données transmises.

Sur le secteur de l'hôpital de Neufchâteau, 80 médecins généralistes sont installés. 33 d'entre eux, soit 41%, utilisent apicrypt dans leur pratique quotidienne.

4) Comment fonctionne le cryptage ?

Comme nous l'avons vu auparavant, l'utilisation de la cryptologie permet, dans le cadre de l'informatisation du dossier médical, d'assurer le respect de la

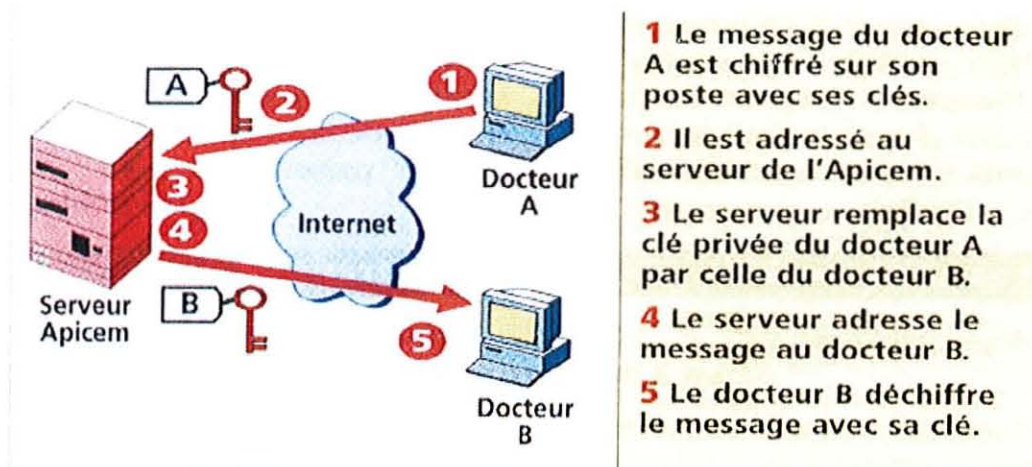
confidentialité des données et du secret médical, mais aussi d'échanger ces données dans le cadre du dossier médical partagé au sein d'un réseau de soins.

Le PKI (Public Key Infrastructure) est actuellement la technique de cryptage la plus usitée. Le cryptage est asymétrique, car la clé qui crypte est différente de celle qui décrypte les données. La technique utilise une fonction mathématique qui applique au texte le cryptage par clé. On génère ainsi une empreinte numérique qui assure l'authenticité du fichier crypté. Chaque utilisateur possède une clé dite publique et une clé dite privée. La clé privée permet de crypter des messages à envoyer à des confrères, alors que la clé publique permet d'identifier un médecin comme l'émetteur du message crypté ou de recevoir des messages cryptés de confrères.

Le niveau de sécurité des clés dépend de leur longueur : en France, selon le Service Central de Sécurité des Systèmes d'Information (SCSSI), il serait possible de décrypter des messages codés par des clés de 512 bits. Le niveau minimal de sécurité serait atteint, toujours selon le SCSSI, par l'utilisation de clés de 1024 bits. (26).

L'association Apicrypt, reconnue par le SCSSI, permet l'application de l'ensemble de ces principes de sécurité. Elle fournit chaque année à ses membres une clé publique et une clé privée, qui vont permettre aux professionnels de santé de s'échanger des données médicales nominatives.

Schéma n°1 : Principe de fonctionnement du système APICRYPT (60).



5) Les raisons du succès d'apicrypt chez les médecins libéraux.

L'expérience d'apicrypt a débuté en France en 1996, la méthode permet donc une évaluation après 13 années d'utilisation, par de nombreux médecins, sur tout le territoire français. Cette association à but non lucratif présente chaque année un budget équilibré, ce qui lui confère une image de rigueur et de professionnalisme indéniables. L'association est déclarée à la CNIL et validée dans sa méthodologie par cette dernière, ce qui constitue la condition sine qua non de son fonctionnement au quotidien. De plus, elle bénéficie de l'autorisation d'utilisation accordée par le SCSSI.

Concernant son utilisation pratique, apicrypt peut s'adapter à partir de tout type

de matériel informatique, tout type de système d'exploitation (MacOS, Windows, Linux) et peut fonctionner également avec tous les fournisseurs d'accès internet. Son caractère universel peut s'appliquer aussi bien aux médecins libéraux qu'aux médecins hospitaliers. L'investissement financier par praticien reste très raisonnable, puisqu'il se matérialise par un abonnement annuel de 66€ pour un médecin libéral, ou de 318€ pour l'ensemble des postes informatiques d'un établissement de soins.

Quelques autres atouts font d'apicrypt un outil préférentiel : le système n'acceptant que des messages cryptés, tout e-mail non crypté est automatiquement refusé, ce qui implique que la réception de spams ou autres messages publicitaires est absolument impossible. Il existe sur le site internet d'apicrypt un annuaire des praticiens et établissements de soins abonnés, et qui est régulièrement remis à jour. Une consultation régulière de cet annuaire permet d'augmenter régulièrement le nombre de correspondants dans un carnet d'adresses électroniques.

Le système des clés explique que lorsqu'un médecin veut lire un message transmis, celui-ci est disponible en format numérique décrypté donc totalement lisible, sans qu'aucune manipulation de ce message ne soit nécessaire.

Enfin, l'outil apicrypt apporte des garanties de sécurité supplémentaires par rapport à d'autres systèmes sécurisés. Chaque message bénéficie d'une double couche de cryptage. Qui peut permettre un décodage rapide de l'identité du patient lors de l'utilisation de ce message sur l'ordinateur du médecin destinataire, mais qui renforce l'opacité du message pour toute personne à qui le message n'est pas destiné. De plus, les messages ne transitent que de manière temporaire sur les serveurs apicrypt : chaque message ne fait que transiter pendant quelques secondes sur ces serveurs APICRYPT. Si ces serveurs sont indisponibles lors de l'envoi d'un message, ce dernier reste en attente, et toujours sous forme cryptée, sur les serveurs de courrier des fournisseurs d'accès du médecin destinataire.

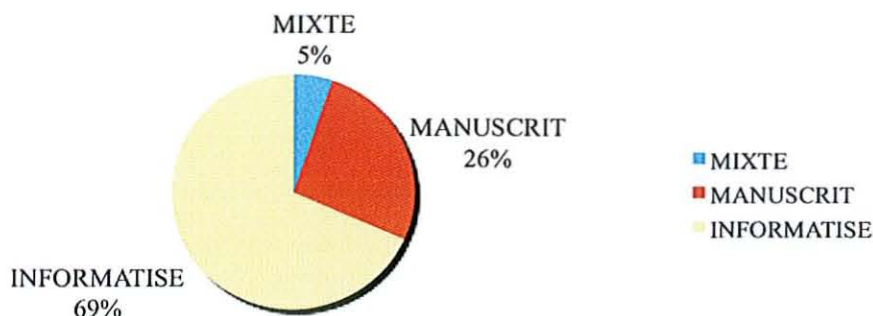
III - Situation actuelle de la communication des services d'urgence de la région Lorraine envers les médecins généralistes.

Avant de nous intéresser plus spécifiquement aux courriers médicaux et à la qualité de la correspondance médicale du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau, il nous semblait intéressant d'évaluer les modes de communication de l'ensemble des services d'urgence de la région Lorraine.

Ainsi, les différents services lorrains ont été contactés par téléphone et un questionnaire leur a été soumis. Les questions portent sur l'informatisation des dossiers, les logiciels informatiques utilisés, l'envoi éventuel de comptes-rendus de consultation externe ou d'hospitalisation au médecin traitant du patient consultant aux urgences.

A - L'informatisation des dossiers médicaux.

Figure n°4 : Le format des Dossiers Patients dans les services d'urgence de Lorraine.



À l'heure actuelle, les deux tiers des services d'urgence lorrains se sont équipés d'un logiciel de saisie informatique du dossier médical du patient (figure n°4). Parmi les six services n'étant pas encore informatisés, deux d'entre eux ont un projet informatique pour la fin de l'année 2009 (Hôpitaux de Remiremont et de Saint Dié). Si l'on se réfère au tour d'horizon réalisé en 2006 par le Collège Lorrain de Médecine d'Urgence (66), il est étonnant de constater qu'un seul service s'est équipé d'un logiciel informatique en presque 3 ans !

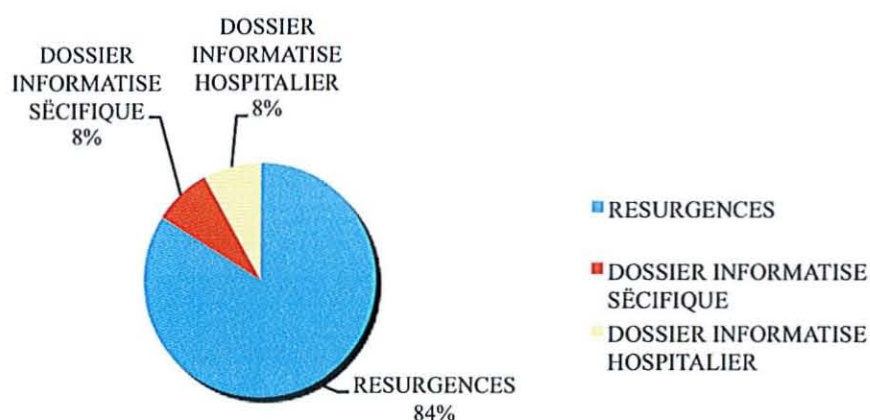
Parmi les services d'urgence de Lorraine utilisant un dossier informatisé, le choix s'est massivement porté vers le logiciel RESURGENCES. Nous constatons que 10 services sont déjà munis de cet outil, et si l'on inclut les projets de Saint Dié et de

Remiremont, 12 des 14 services informatisés utiliseront ce logiciel au début de l'année 2010 (figure n°5).

Il nous semble surtout intéressant de se concentrer sur les autres options utilisées en Lorraine, d'autant que le logiciel RESURGENCES ne peut être qu'un logiciel de saisie utilisé par les services d'urgence. En ce sens, il ne peut pas apporter d'amélioration globale de la communication médicale de l'ensemble des praticiens d'un hôpital, mais seulement d'un seul service hospitalier.

L'hôpital de Briey peut être considéré comme un hôpital précurseur pour la région Lorraine, puisqu'il s'est équipé, pour l'ensemble de ses services hospitaliers, d'un dossier commun informatisé. À l'heure actuelle, il s'agit du seul hôpital lorrain utilisant un dossier informatisé dans les services médicaux et chirurgicaux, qui est identique à celui utilisé aux urgences. En termes de communication médicale, cet outil permet un échange standardisé de courriers informatisés vers les médecins généralistes du secteur, notamment pour ceux qui sont équipés par APICRYPT.

Figure n°5 : Les logiciels de saisie du Dossier Patient dans les services d'urgence



Concernant le service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau, il utilise actuellement le logiciel SEMA, uniquement dans le cadre d'une consultation externe aux urgences. Cet outil permet une saisie informatisée des éléments concernant la consultation du patient aux urgences. Y figurent l'anamnèse, les éléments de l'examen clinique, les résultats des examens complémentaires, le diagnostic, les traitements entrepris et éventuellement à poursuivre, les suivis ultérieurs à programmer, la notion d'arrêt de travail ou non.

Initialement, l'application SEMA avait pour objectif de devenir un dossier informatisé unique utilisé par l'ensemble des services hospitaliers. Mais, suite à des changements de personnel au sein du Département d'informatique Médicale, ayant entraîné des changements d'axes de travail, l'application est restée à son stade initial.

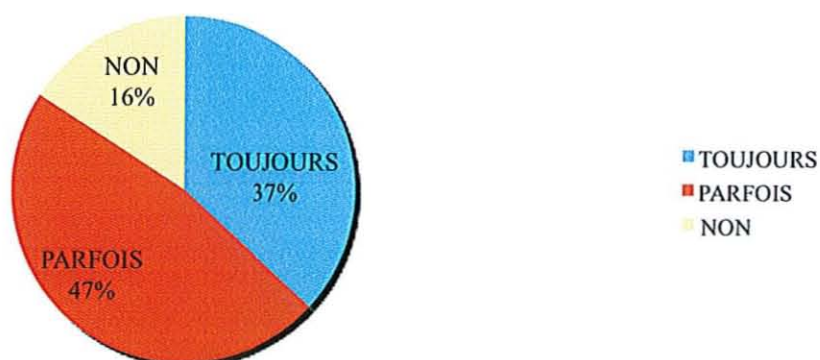
Elle permet tout de même la saisie du dossier de consultation externe des urgences, ainsi que l'indexation des courriers de consultation et de sortie d'hospitalisation, ainsi que des comptes rendus d'imagerie médicale d'un patient donné.

Mais à l'heure actuelle, si le patient doit être hospitalisé, le dossier des urgences est alors un dossier manuscrit qui s'insère à l'arrivée du patient dans le dossier médical manuscrit du service hospitalier. Pour cette raison, le dossier patient du service des urgences de Neufchâteau est considéré comme « mixte », car à la fois informatisé et manuscrit, selon l'orientation ultérieure du patient. L'outil Sema peut tout de même être considéré comme un dossier informatisé, qui est ici qualifié de « spécifique » du fait de ces adaptations.

B - La communication des services d'urgence de Lorraine.

a) Les courriers de consultation externe

Figure n°6 : Les services d'urgence adressent-ils un courrier de consultation externe au médecin traitant ?



Il existe en Lorraine une grande disparité quant à la communication des informations médicales lors des consultations aux urgences (figure n°6). Si la plupart des services d'urgence envoient en général un compte-rendu de consultation externe au médecin traitant, 16% des services ne communiquent jamais d'informations à ce sujet. Le médecin traitant n'est ainsi pas prévenu des soins prodigués à son patient, que ce soit une suture, une pathologie traumatologique bénigne nécessitant un suivi de sa part ou un accident de travail...

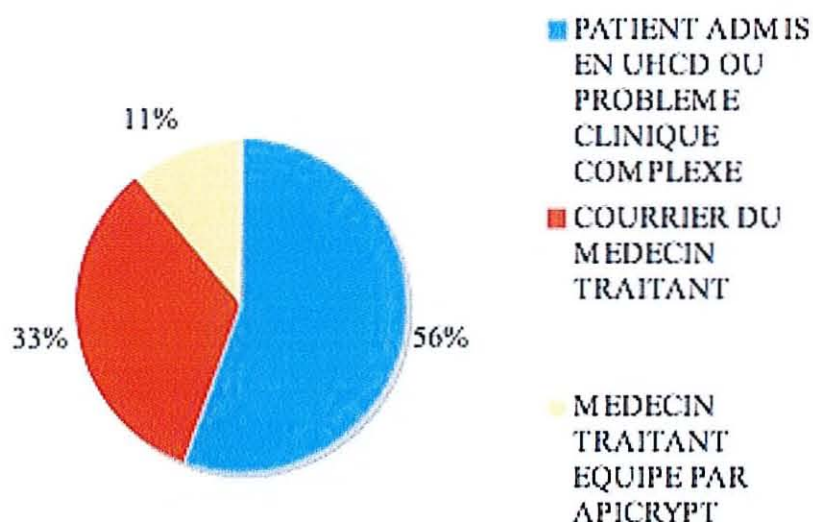
En ce sens, le Code de la Santé Publique stipule que tout médecin réalisant un acte de soins auprès d'un patient doit faire part de son intervention et de ses conséquences au médecin traitant de ce patient. Cette loi n'est donc que partiellement appliquée à l'heure actuelle en Lorraine. Parmi les services d'urgence adressant un courrier de consultation externe, la majorité d'entre eux le fait de manière sélective selon différents critères ! En conclusion, seulement 37% des services d'urgence lorrains respectent la loi actuellement.

Parmi les services transmettant une information régulière mais non systématique au médecin traitant, une grande disparité est constatée concernant les justifications du choix d'adresser ou non un courrier de consultation (figure n°7). La plupart des services utilisant un mode « sélectif » de transmission d'information (5 services d'urgence sur 9, soit 55%) adressent un compte rendu au médecin traitant que s'ils jugent que la sévérité du problème médical posé par le patient le justifie.

Trois services d'urgence considèrent que des informations au sujet des consultations externes ne doivent être transmises que si le patient a été adressé par son médecin traitant et avec un courrier de sa part.

Enfin, ce qui peut paraître plus surprenant, pour un hôpital utilisant ce mode sélectif de communication, le choix se porte sur l'équipement informatique du médecin référent : si ce dernier est équipé d'apicrypt, il reçoit l'information de manière systématique ; dans le cas contraire, il recevra les comptes-rendus de consultation par fax, et seulement à sa demande !

Figure n°7 : Les motifs justifiant l'envoi d'un courrier de consultation externe, lorsqu'il n'est pas systématique



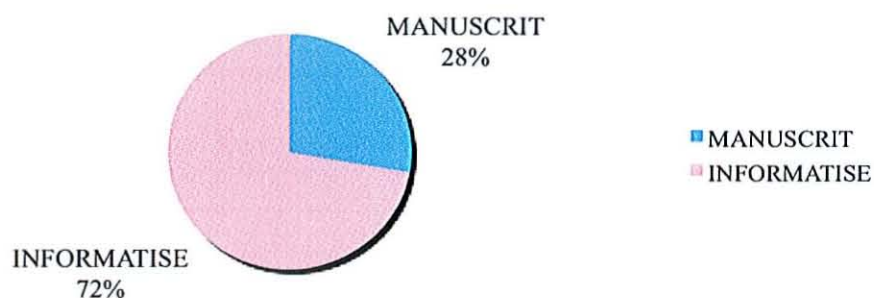
Nous avons vu que 84% des services d'urgence lorrains transmettent, au moins de manière régulière, des courriers de consultation externe aux médecins traitants. Il est très étonnant de constater que, parmi les services non informatisés, tous adressent, de manière systématique ou régulière, des courriers manuscrits aux médecins généralistes ! Plus du quart des services envoyant des courriers médicaux de consultation externe (28% d'entre eux) adressent donc des courriers écrits à la main (figure n°8), ce qui semble une proportion importante compte tenu des possibilités

qu'offre actuellement l'outil informatique, et du taux d'informatisation des médecins généralistes, estimé actuellement à 90% (47, 48) !

En appliquant les lois statistiques, il apparaît que le caractère d'informatisation ou de non-informatisation d'un service d'urgence lorrain n'a pas d'implication sur le fait d'adresser ou non des courriers de consultation externe au médecin traitant ($p < 0,05$).

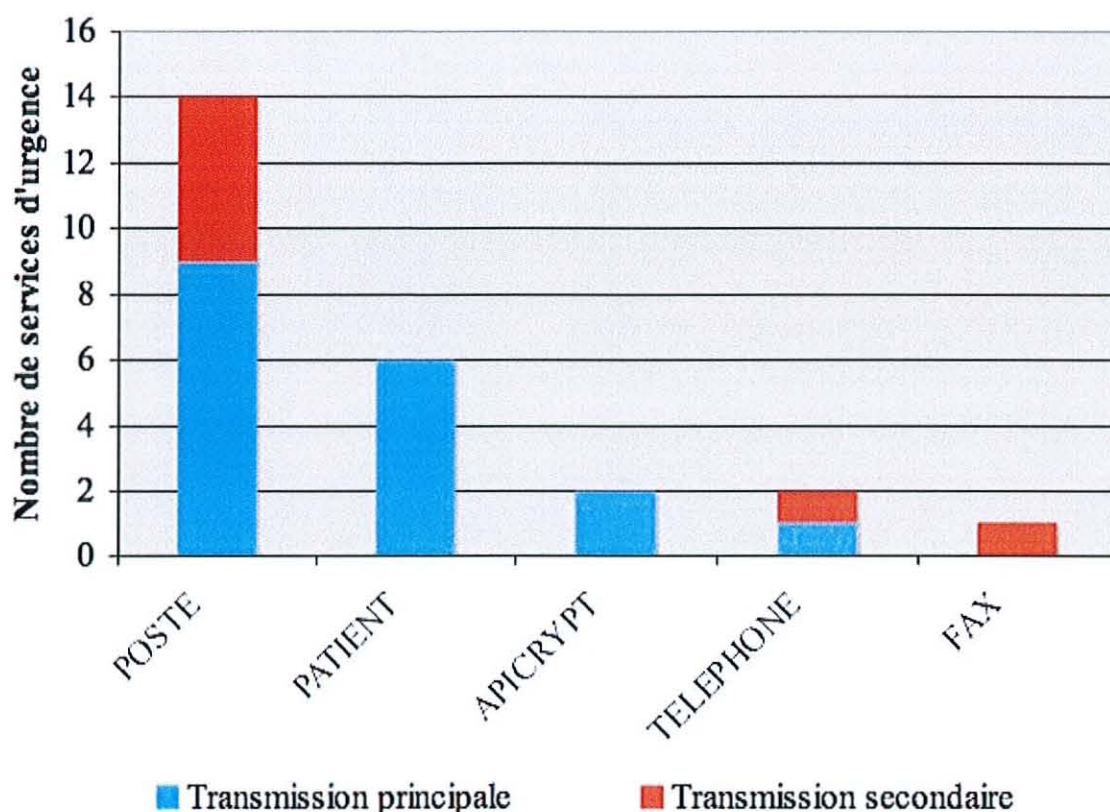
En conclusion, la non-informatisation d'un service ne semble pas être un frein à la communication médicale en termes de quantité de courriers adressés. Mais se pose tout de même la question de la qualité de l'information reçue, notamment du fait de la lisibilité souvent aléatoire d'un courrier manuscrit !

Figure n°8 : Le format du courrier de consultation externe des services d'urgence.



Concernant le mode de transmission de ces courriers de consultation externe, et malgré le développement des moyens de communication, la voie postale reste nettement prioritaire (figure n°9). 9 services sur les 16 adressant des courriers utilisent le courrier postal de manière prioritaire, et au total 77% des services utilisent toujours ou parfois ce moyen de communication. Ces données peuvent paraître surprenantes, si l'on considère la nécessaire rapidité de transmission des données, notamment en cas de suivi rapproché du patient.

Figure n°9 : Les modes de transmission des courriers de consultation externe utilisés par les services d'urgence.



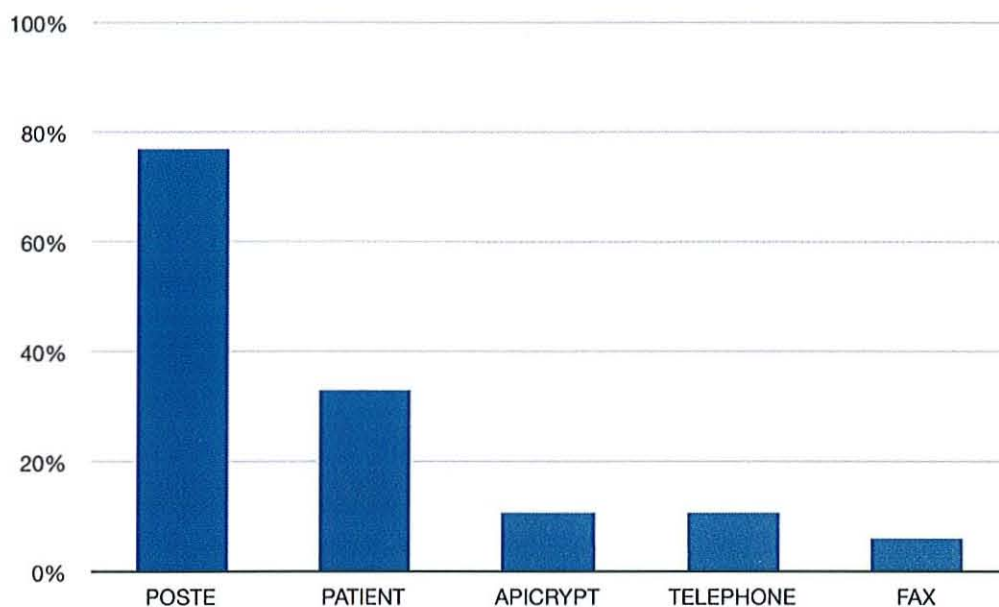
Le deuxième moyen utilisé en termes de fréquence est la transmission en mains propres du courrier au patient. Il semble logique, surtout depuis la loi de 2002 sur l'accès du dossier médical, de considérer qu'un courrier ainsi transmis sera à disposition du médecin traitant dès qu'il en aura besoin, lors d'une consultation ultérieure.

Les nouvelles technologies de communication médicales sont encore largement minoritaires puisque seulement 2 services d'urgence lorrains, soit 11% d'entre eux, sont équipés par apicrypt. Il faut toutefois noter que pour ces deux services, cette voie de transmission est la voie majoritairement utilisée. Le seul frein à l'utilisation de l'apicrypt est en effet le taux d'équipement des médecins généralistes.

Le contact téléphonique n'est utilisé que par un seul service comme voie de communication prioritaire, et un second service peut l'utiliser en relais de la poste en cas de nécessité de transmission rapide des informations.

Enfin, le fax, encore largement utilisé dans les transmissions de données médicales entre deux services hospitaliers, est ici largement minoritaire, puisqu'un seul service peut être amené à l'utiliser, seulement en deuxième intention et à la demande du médecin référent uniquement.

Figure n°10 : La répartition des différents modes de communication des courriers de consultation externe utilisés par les services d'urgence de Lorraine.



En conclusion, il est marquant de constater qu'il existe une très grande disparité, non seulement dans la décision de transmettre ou non un courrier au médecin traitant, dans les justifications quant à son envoi, mais aussi au niveau de son mode de transmission.

Si l'on se réfère aux textes de loi, seulement 37% des services d'urgence lorrains sont « en règle » et adressent de manière systématique un courrier de consultation externe au médecin traitant.

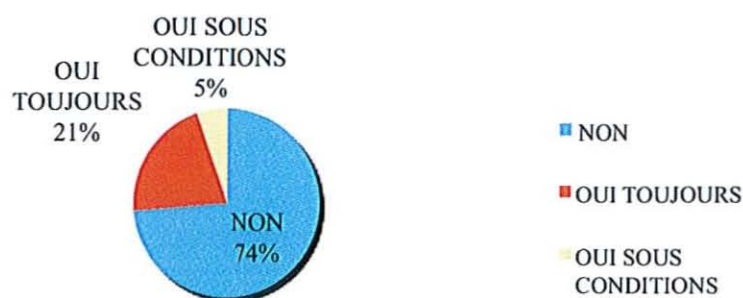
Si l'on considère par ailleurs les différences essentielles secondaires à l'informatisation ou la non-informatisation des dossiers patients, il existe presque autant de façons de gérer les consultations externes et la communication avec la médecine de ville qu'il existe de services d'urgence en Lorraine ! Une harmonisation des pratiques ne semble donc pas être à l'ordre du jour...

b) L'information des médecins traitants par les services d'urgence en cas d'hospitalisation du patient.

À l'heure actuelle, les services d'urgence n'ont pas coutume d'informer les médecins référents quand un de leur patient est hospitalisé. Dans la grande majorité des cas, on considère que c'est le rôle du service hospitalier de communiquer avec le médecin généraliste, dès lors que le patient est admis dans ledit service. En réalité, il est rare que le médecin traitant soit informé précocement de l'hospitalisation de son patient, puisque les médecins hospitaliers n'envoient d'informations que dans le compte-rendu d'hospitalisation. En ce sens, la législation française n'est pas souvent

respectée. Un service d'urgence sur 5 seulement adresse un courrier d'hospitalisation au médecin traitant, les trois quarts n'apportent jamais d'information d'hospitalisation (figure n°11) !

Figure n°11 : Le médecin traitant est-il informé par le service des urgences en cas d'hospitalisation d'un patient ?



Parmi les services communiquant des informations au médecin traitant, deux services se distinguent par leur originalité : à Forbach, tout médecin généraliste équipé par apicrypt reçoit, lors de l'hospitalisation de son patient, une copie du dossier qui sera adressé au service hospitalier, lorsque la patient quitte le service. Fait plus étonnant, le service de Lunéville, à l'aide de son dossier informatique unique, adresse automatiquement au médecin traitant un SMS l'avertissant de l'hospitalisation de son patient !

Un des progrès que doit réaliser le service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau est celui de la création d'un courrier type d'hospitalisation, à adresser au médecin traitant du patient lorsque ce dernier quitte le service pour se rendre dans un service hospitalier. C'est pourquoi le projet de lettre initiale d'hospitalisation a été évalué auprès des médecins généralistes dans notre étude.

IV - Évaluation de la communication du service des urgences de Neufchâteau envers les médecins généralistes.

A - Matériel et méthodes.

L'objectif premier de ce travail est d'évaluer la correspondance du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau envers les médecins généralistes. Le sondage a donc été entrepris auprès des médecins généralistes exerçant sur le territoire géographique de la Fédération Hospitalière de Neufchâteau et de Vittel. L'hôpital de Vittel possède son propre service d'urgences, avec un mode de communication médicale quelque peu différent de celui des urgences de Neufchâteau. Mais, devant le regroupement des services de spécialités médicales, de chirurgie, d'imagerie médicale, de pédiatrie et de la maternité, les patients du secteur géographique de Vittel sont régulièrement amenés à consulter aux urgences de l'hôpital de Neufchâteau. Ainsi, les médecins généralistes des deux secteurs ont été impliqués dans ce sondage.

Les médecins généralistes sont répertoriés de manière précise. Pour être sollicités à répondre à ce questionnaire, il faut remplir deux conditions. La première est d'être inscrit en tant que médecin généraliste au tableau du conseil de l'ordre des médecins (67) des quatre départements concernés par l'étude, sur le territoire géographique du secteur de Neufchâteau et Vittel. La seconde est de figurer sur la liste des correspondants de l'hôpital tenue par le Département d'Informatique Médicale, qui implique qu'un médecin a potentiellement reçu des courriers émanant de l'hôpital de Neufchâteau.

Au total, quatre-vingts praticiens libéraux ont été sollicités. Quatre départements sont concernés, les Vosges dans tout le tiers Ouest du département, le Sud de la Meuse, avec les secteurs géographiques de Gondrecourt, d'Houdelaincourt et de Vaucouleurs, le Nord-Est Haut-Marnais, jusqu'au canton d'Andelot et la partie Sud-Est de la Meurthe et Moselle avec le canton de Colombey les Belles. Trois médecins généralistes refusent dès le premier contact de recevoir ce questionnaire. Soixante-dix-sept médecins ont donc participé à l'étude. Parmi l'ensemble des médecins du secteur inscrits au conseil de l'ordre des médecins, six d'entre eux n'ont jamais reçu de courrier hospitalier, probablement en raison de leur installation récente.

Le sondage consiste en un questionnaire organisé en trois parties distinctes, comprenant essentiellement des questions fermées avec mode de réponse binaire. Il existe pour chacune des parties une ou deux questions ouvertes permettant aux praticiens de s'exprimer plus librement.

Dans un premier temps, les adresses e-mail des médecins généralistes ont été collectées par appel téléphonique, ce qui permis de sensibiliser les médecins à l'intérêt de cette étude. Ainsi, quarante-neuf praticiens ont communiqué des adresses e-mail valides, permettant une réponse rapide et électronique à ce sondage. Les vingt-huit praticiens ne disposant pas d'une adresse e-mail valide ont reçu par voie postale

le questionnaire, avec enveloppe affranchie jointe pour l'expédition de la réponse. Le temps imparti de réponse à ce questionnaire est de quatre semaines, quel que soit son mode de transmission. Le sondage a été réalisé au cours du mois de juillet 2009.

Concernant le contenu du sondage, trois parties distinctes sont créées. La première partie du questionnaire consiste en l'évaluation de ce qui existe déjà en termes de communication médicale, le courrier de consultations externes, émis par le service des urgences et transmis systématiquement par voie postale au médecin traitant le lendemain de la consultation. Ce courrier est issu du logiciel utilisé par les urgences de l'hôpital de Neufchâteau et comporte sur une page de format A4 :

- les coordonnées du patient,
- les noms et prénoms de l'équipe médicale et paramédicale ayant assuré la prise en charge du patient aux urgences,
- la date et l'heure de consultation, puis de sortie du service,
- les constantes paracliniques,
- l'anamnèse,
- l'examen clinique médical,
- les résultats des examens complémentaires réalisés,
- les traitements entrepris
- les démarches entreprises : arrêt de travail, durée de soins, accident de travail...
- la conclusion médicale,
- une date de reconvoque éventuelle (exemple : consultation de contrôle en chirurgie orthopédique).

L'évaluation du courrier de consultations externes porte dans un premier temps sur sa forme, notamment sa lisibilité. La rapidité de transmission du courrier est également évaluée. Dans ce chapitre, la question d'un autre mode de communication est également posée (fax, e-mail, transmission sécurisée des données ou autre mode de communication).

Le contenu est également jugé, en essayant de savoir si les objectifs que se donne ce courrier de consultation externe sont bien remplis : le motif de consultation aux urgences, les constantes paracliniques, les éléments de l'examen clinique, les résultats biologiques et des examens d'imagerie, l'avis des spécialistes hospitaliers s'il est pris, les traitements entrepris et le diagnostic évoqué doivent théoriquement figurer dans ce courrier. Nous cherchons à savoir si les médecins généralistes confirment l'existence de ces données.

La deuxième partie du questionnaire se donne pour objectif de définir les besoins des médecins généralistes libéraux concernant une lettre initiale d'hospitalisation, qui serait adressée au médecin référent du patient lorsque celui-ci quitte le service des urgences de Neufchâteau pour gagner un service hospitalier. Dans un premier temps, nous essayons d'évaluer si un tel courrier pourrait aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne et leur gestion du patient et de sa famille. Puis, après évaluation du mode de transmission optimal d'un tel courrier, nous essayons de définir quelles sont les informations pertinentes qui doivent figurer dans ce projet de courrier initial d'hospitalisation.

La troisième partie du questionnaire anticipe sur une possibilité d'avenir de communication médicale entre les médecins libéraux et les praticiens hospitaliers, et la création d'un éventuel réseau informatique sécurisé ville-hôpital. Nous essayons de savoir si les médecins libéraux sont équipés pour assurer un tel mode de communication, s'ils y voient un éventuel intérêt pour leur pratique, et s'il existe de leur part d'éventuelles réticences quant à la mise en place d'un tel outil informatisé.

B – Résultats.

Avant toute chose, il est important de préciser que conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, les données recueillies ont été rendues anonymes avant tout traitement informatique. Ainsi, l'identité des médecins ayant répondu au questionnaire n'a jamais figuré dans les tables de calculs de données, qu'ils aient répondu par courrier postal ou par e-mail.

a) Les médecins généralistes sollicités par cette étude.

Au total, soixante-dix-sept médecins ont été sollicités pour répondre à notre sondage. Parmi eux, on note une très large proportion masculine, avec 82%, soit 63 médecins généralistes de sexe masculin. 33 médecins généralistes du secteur géographique de Neufchâteau, soit 43% d'entre eux, sont équipés par apicrypt au cabinet. (68) Le questionnaire a été adressé par voie électronique (e-mail) à 48 médecins, soit 62% de la population globale, le courrier postal a été utilisé pour les 29 autres médecins.

b) Les médecins ayant répondu au questionnaire.

Trente-neuf praticiens ont répondu à notre sondage, soit un taux de réponse égal à 51%. 33 d'entre eux sont des hommes, soit 84% au total (figure n°12). Concernant les 39 formulaires de réponse collectés, 26 médecins généralistes ont répondu par e-mail, soit 54% des médecins sollicités par cette voie. Les 13 autres réponses nous sont parvenues par voie postale, c'est-à-dire que 45% des médecins contactés par voie postale ont finalement répondu.

Figure n°12 : La proportion de médecins répondants au sondage en fonction du sexe.

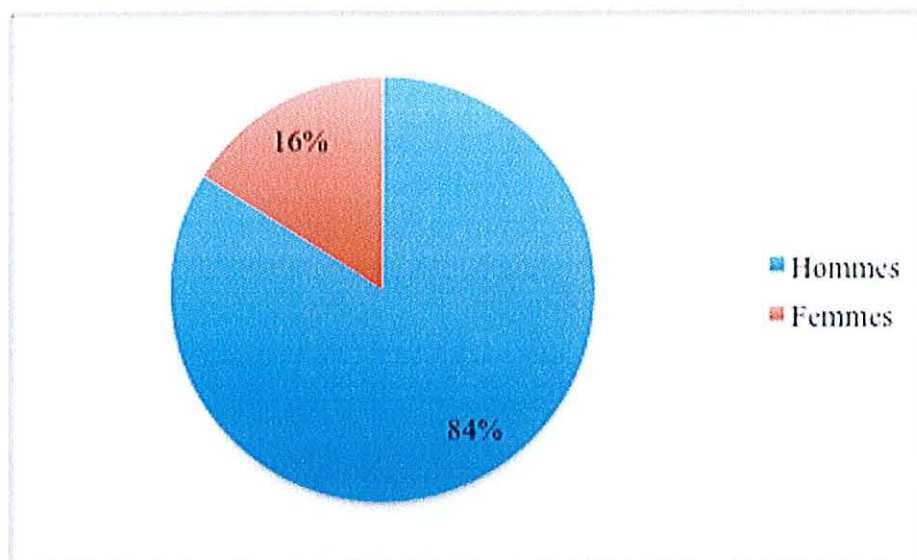
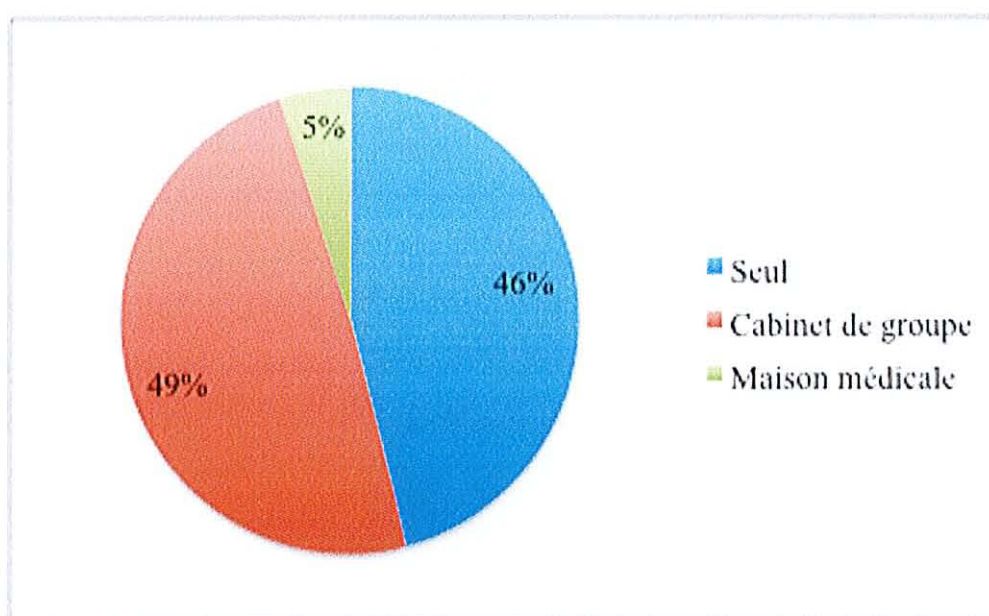


Figure n°13 : Le mode d'exercice médical des médecins ayant répondu au questionnaire.



46% des médecins ayant répondu au questionnaire exercent de manière isolée au sein de leur cabinet. 5% des praticiens, soit deux d'entre eux, exercent dans une maison médicale, les 19 autres (soit 49%) au sein d'une association médicale (figure n°13). La plupart des médecins ayant répondu au questionnaire (56%) ne sont pas équipés par apicrypt à leur cabinet (figure n°15).

Figure n°14 : La proportion de médecins répondants au questionnaire en fonction de l'activité médicale exercée.

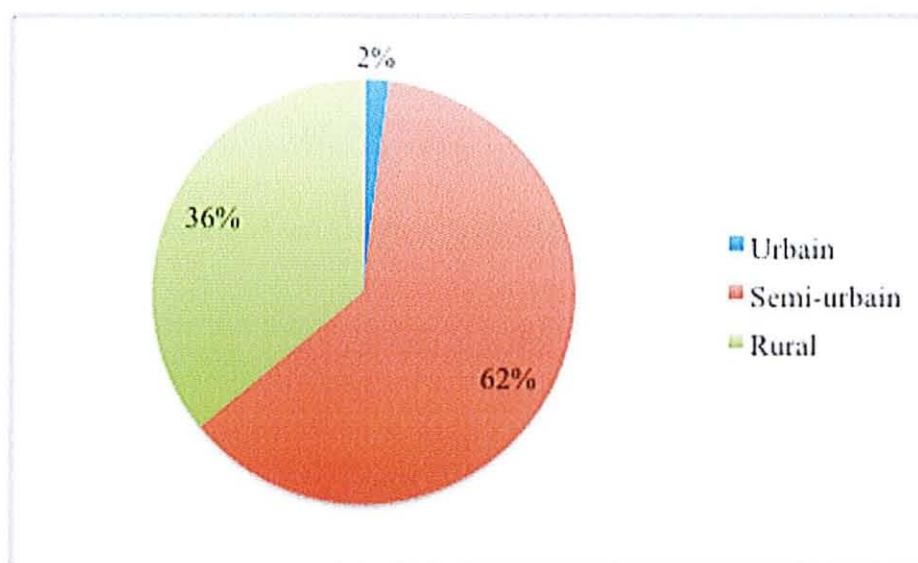
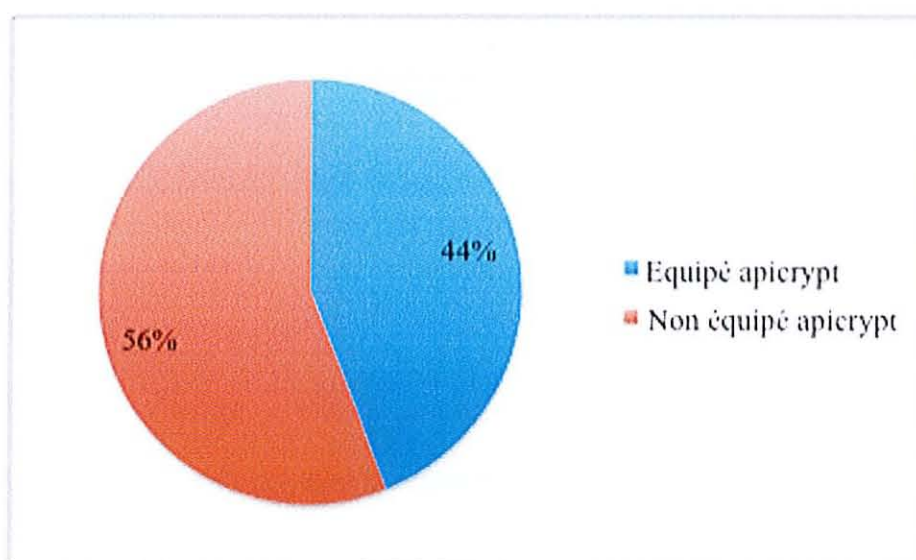


Figure n°15 : La proportion de médecins répondants au questionnaire selon le mode d'équipement par apicrypt.



Nous avons essayé de mettre en évidence des caractéristiques, liées aux médecins eux-mêmes, ou à leur mode d'activité médicale qui pourraient influencer leur facilité à répondre à notre questionnaire. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les taux de réponses des hommes et des femmes ($p < 0,05$).

Le type d'exercice médical (urbain, semi-rural ou rural) et le choix d'installation, isolé ou en cabinet de groupe n'influe pas non plus sur les taux de réponse. Le fait d'être équipé par apicrypt ne modifie pas de manière significative la proportion de réponses au questionnaire. Ainsi, aucun des facteurs liés au sexe ou à l'activité professionnelle des généralistes n'a eu d'influence sur leur faculté à répondre au sondage.

Comme nous l'avions expliqué auparavant, les médecins généralistes travaillant régulièrement avec une adresse e-mail valide ont reçu notre questionnaire par e-mail et avaient la possibilité de répondre en ligne. L'hypothèse que cette voie de communication, plus rapide et plus simple que l'envoi par retour du courrier du questionnaire, pouvait augmenter la proportion de réponses au sondage n'est pas vérifiée ($p < 0,05$). L'utilisation de la communication par internet n'a pas eu d'influence statistiquement significative sur la facilité de répondre à notre questionnaire.

c) Première partie du questionnaire : évaluation de la lettre de consultation externe issue du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau.

1) Forme et transmission du courrier de consultation externe.

Les trois questions fermées portant sur la forme et la rapidité de transmission des courriers de consultation externe révèlent que la lisibilité du courrier satisfait 87% des médecins. Le courrier apporte un intérêt dans le suivi des patients selon 92% des praticiens. En revanche, 36% d'entre eux estiment que le courrier n'arrive pas en temps utiles pour assurer la continuité des soins (figure n°16).

Par une question semi-ouverte, nous avons dans un deuxième temps évalué les possibilités d'amélioration de transmission de données envisagées par les médecins traitants, par l'utilisation d'un autre moyen de communication que le courrier postal.

Trois solutions possibles ont été proposées aux médecins : l'utilisation de la messagerie électronique de type e-mail, le fax ou la création d'un dossier patient informatique hospitalier auquel les médecins auraient accès depuis leur poste informatique.

La création d'un réseau ville-hôpital avec accès en ligne aux dossiers médicaux des urgences est proposée par 62% des médecins. L'envoi de courriers par e-mail conviendrait à 44% des généralistes. L'utilisation exclusive de la poste, qui est le mode actuel de transmission de ce courrier, est préconisée par 21% des médecins. Enfin, le fax est l'outil le moins préconisé, avec moins de 15% de médecins demandeurs (figures n°17 et n°18).

Figure n°16 : Evaluation de la forme et de la transmission du courrier de consultation externe.

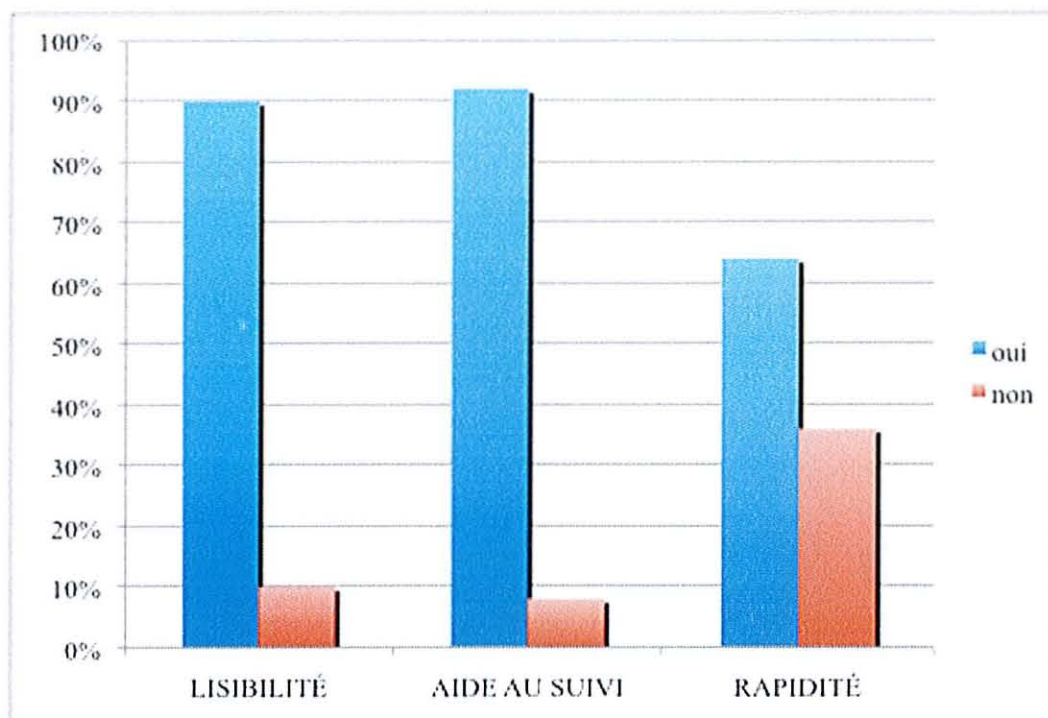


Figure n°17 : Quels modes de communication amélioreraient, selon les médecins généralistes, la qualité globale du courrier de consultation externe des urgences ?

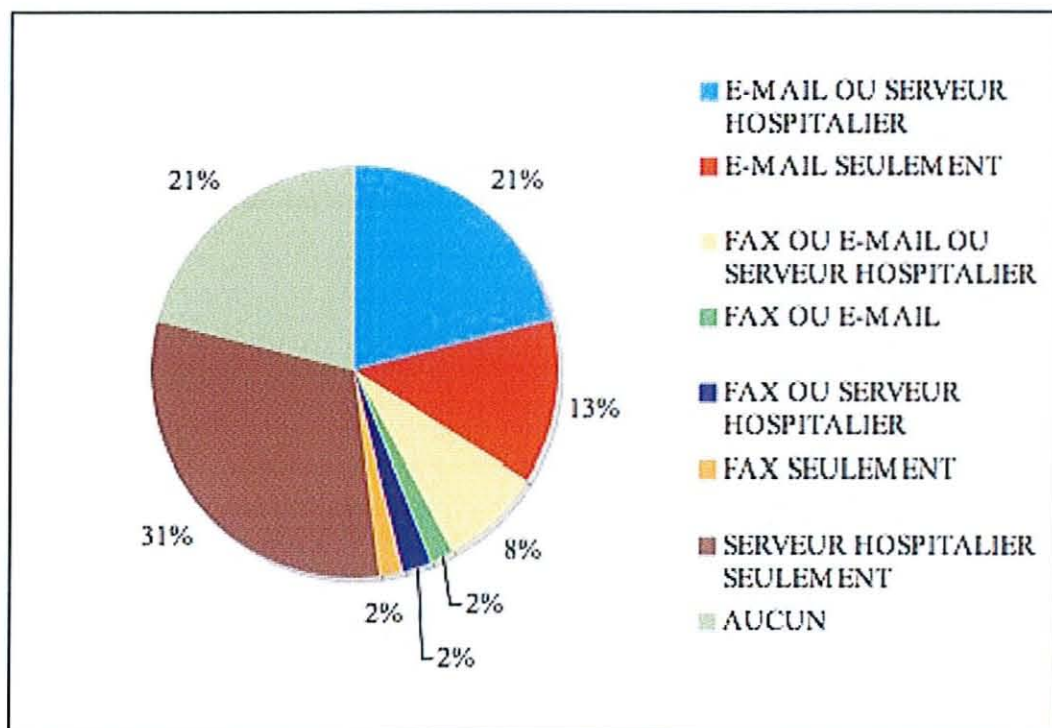
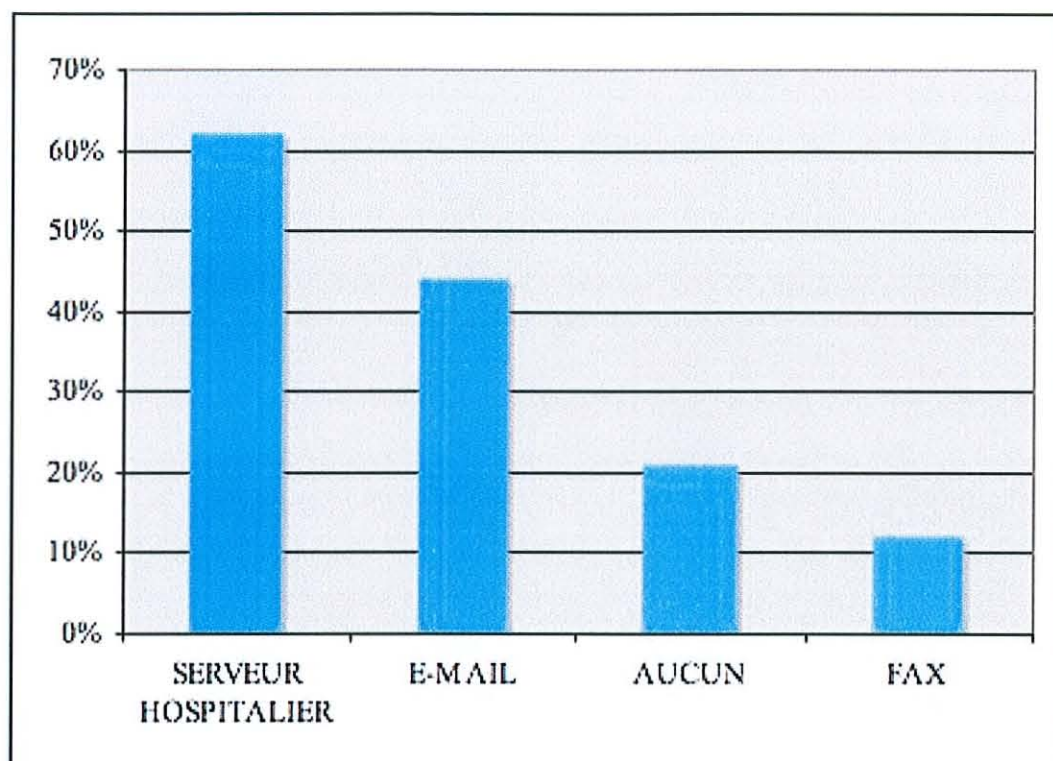


Figure n°18 : Comment améliorer la qualité de transmission du courrier de consultation externe ?

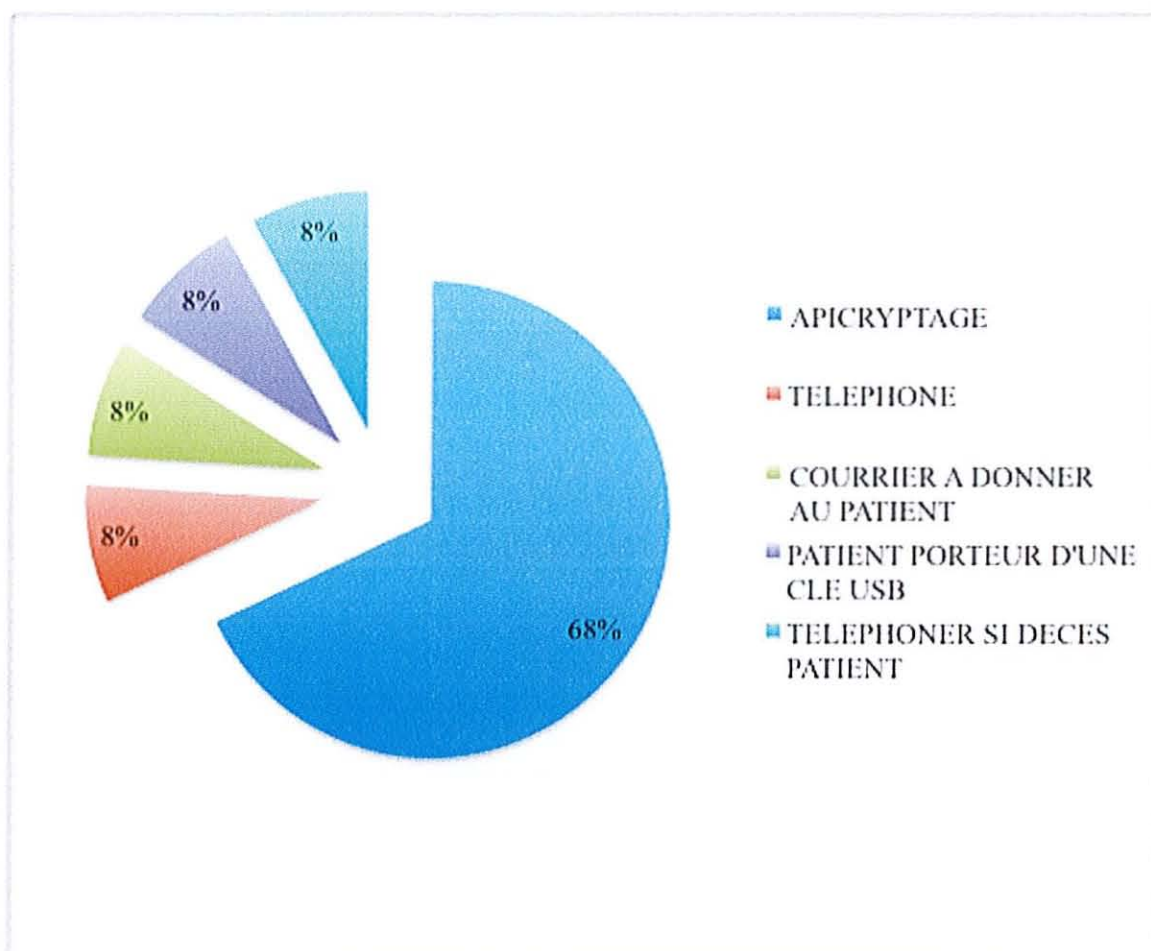


Enfin, nous avons essayé d'obtenir d'éventuelles idées d'amélioration concernant la forme et la transmission du courrier de consultation externe, par une question ouverte. 12 médecins ayant répondu au sondage (soit 31% d'entre eux) ont proposé des possibilités de progrès (figure n°19).

Concernant la transmission de ce courrier, la grande majorité des propositions sollicite le passage par apicrypt (8 médecins sur 12). L'utilisation du téléphone est quant à elle demandée par deux généralistes (soit 16% des propositions apportées) : le premier le demande sans indication complémentaire, le second précise que l'appel téléphonique doit être utilisé pour informer du décès d'un patient seulement.

Les autres propositions en termes de communication sont plus isolées car demandées par un seul médecin : le fait de donner en mains propres le courrier médical au patient ainsi que l'idée d'une clé USB que porterait le patient sur lui en permanence et sur laquelle pourraient être ajoutés les compte-rendus de chaque acte de soins.

Figure n°19 : Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la qualité de la forme et de la transmission du courrier de consultation externe ?



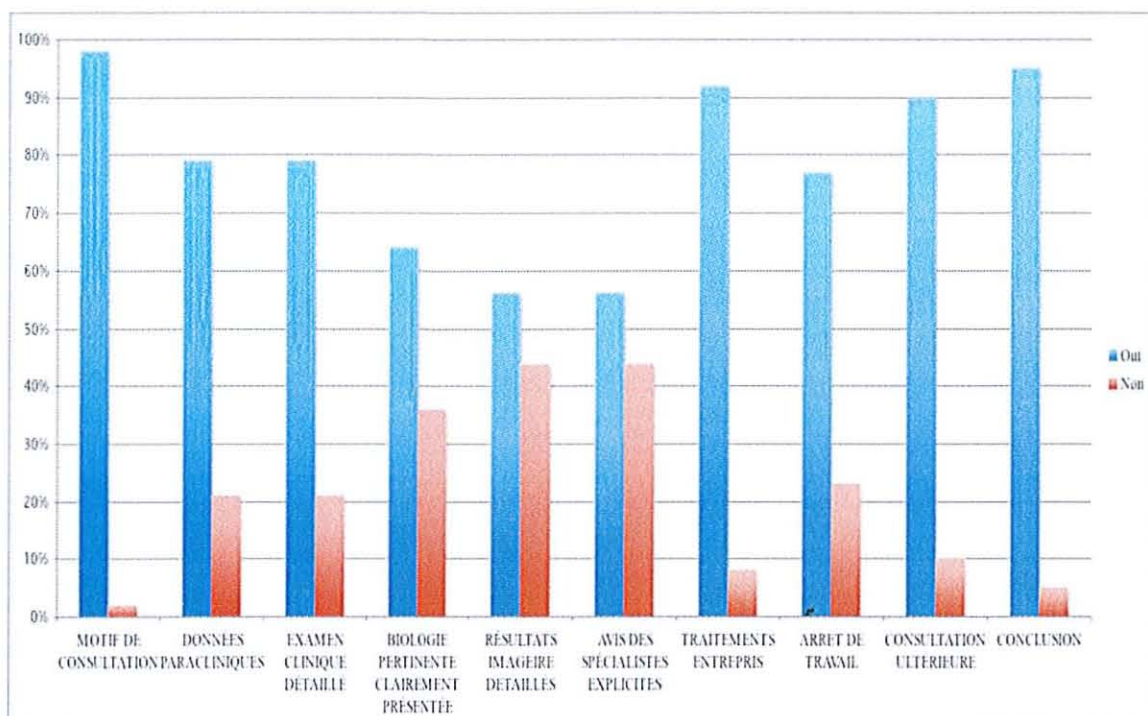
2) Contenu du courrier de consultation externe.

Le motif de consultation aux urgences, les traitements entrepris, la date d'une éventuelle consultation hospitalière ultérieure ainsi que la conclusion médicale figurent toujours dans le courrier selon plus de 90% des médecins (figure n°20).

Environ un médecin généraliste sur cinq indique que les données paracliniques et que la mention d'un arrêt de travail ne sont pas inscrites (21%) et que les données de l'examen clinique réalisé aux urgences ne sont pas suffisamment détaillées (21%). Les critiques les plus fréquentes concernent :

- ➔ la présentation claire des résultats biologiques pertinents, qui est déficiente selon 36% des médecins ;
- ➔ le caractère clairement détaillé des examens d'imagerie, qui n'est présent que pour 54% des praticiens ;
- ➔ les avis sollicités auprès des médecins spécialistes lors de la consultation aux urgences, qui ne sont clairement exprimés que pour 55% des généralistes.

Figure n°20 : Quels éléments figurent dans le courrier de consultation externe ?



Dans un deuxième temps, nous avons à nouveau posé une question ouverte pour permettre aux généralistes de nous suggérer des idées pour améliorer, densifier ou simplifier le contenu du courrier de consultation externe.

Un tiers des médecins (13 sur 39) ont proposé des améliorations (figure n°21). La demande la plus consensuelle (pour 50% des propositions d'amélioration formulées) est celle de transmettre, en complément du courrier de consultation une copie complète des résultats biologiques et d'imagerie réalisés aux urgences. Quelques médecins nous précisent qu'il est surtout intéressant pour eux d'éviter les répétitions d'examens récemment réalisés, et demandent ainsi la transmission de ces éléments, même s'ils ne sont pas pathologiques.

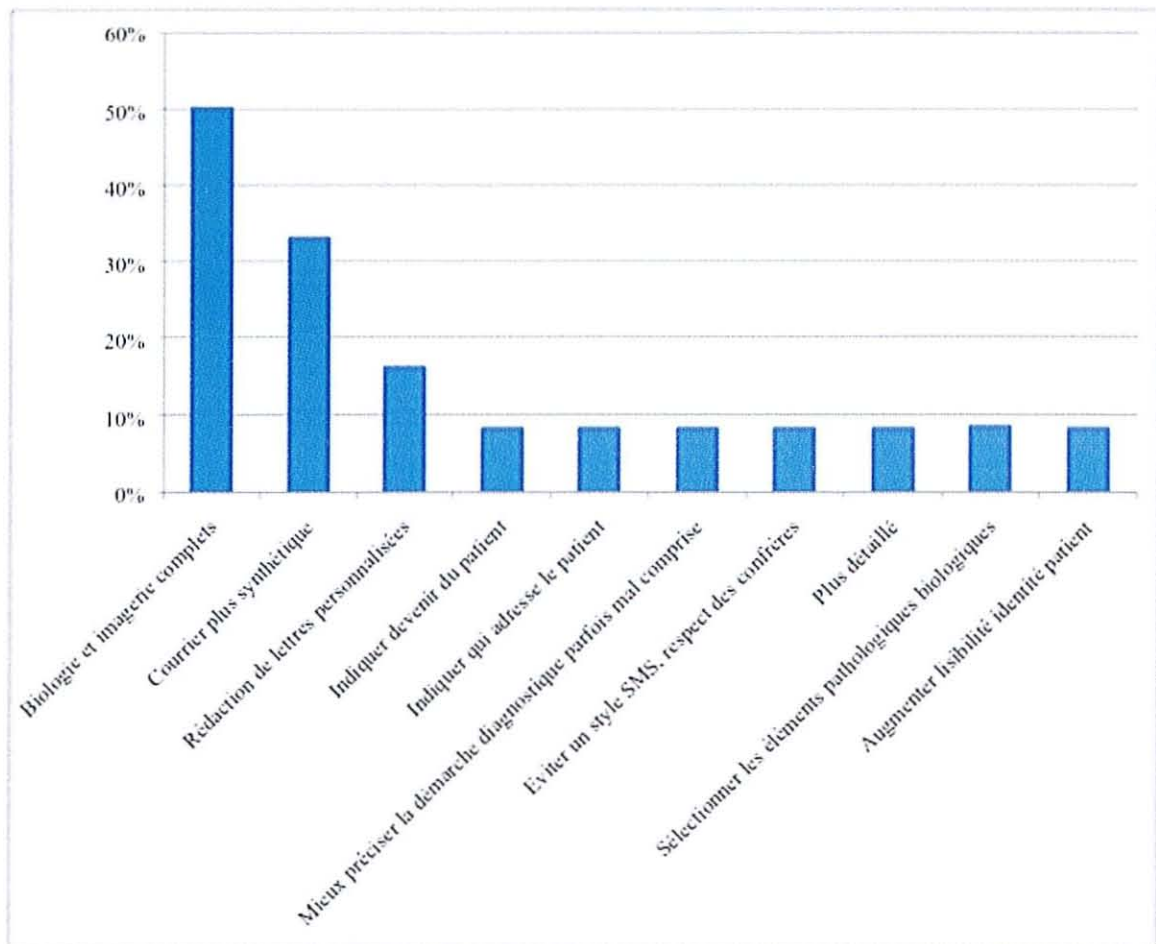
Concernant la concision du courrier, quatre médecins proposent un courrier plus synthétique, avec la mention des seuls éléments pathologiques. De même, deux médecins demandent une rédaction moins systématique et plus personnalisée en fonction des éléments de la consultation. 6 médecins demandent donc une rédaction plus synthétique du courrier.

Les autres éléments ne sont mentionnés à chaque fois que par un seul médecin. Il est ainsi demandé aux médecins des urgences :

- ➔ d'indiquer des éléments de devenir du patient (au delà du simple retour à domicile, puisqu'il s'agit du courrier de consultation externe),
- ➔ d'indiquer qui a adressé le patient
- ➔ de mieux préciser les démarches diagnostiques aux urgences, notamment de mieux justifier les demandes d'avis des médecins spécialistes (qui ne semblent pas toujours faciles à comprendre avec les données du courrier)

- ➔ concernant la rédaction du courrier : il est demandé de respecter le confrère généraliste en évitant « un style SMS », mais aussi d'augmenter la lisibilité de l'identité du patient, qui ne se démarque pas bien de celle du médecin ou de l'équipe soignante
- ➔ un médecin demande plus de détails dans ce courrier de consultation externe
- ➔ un autre médecin demande de sélectionner uniquement les données biologiques et d'imagerie anormales, et de ne pas indiquer les données non perturbées.

Figure n°21 : Comment améliorer le contenu du courrier de consultation externe ?



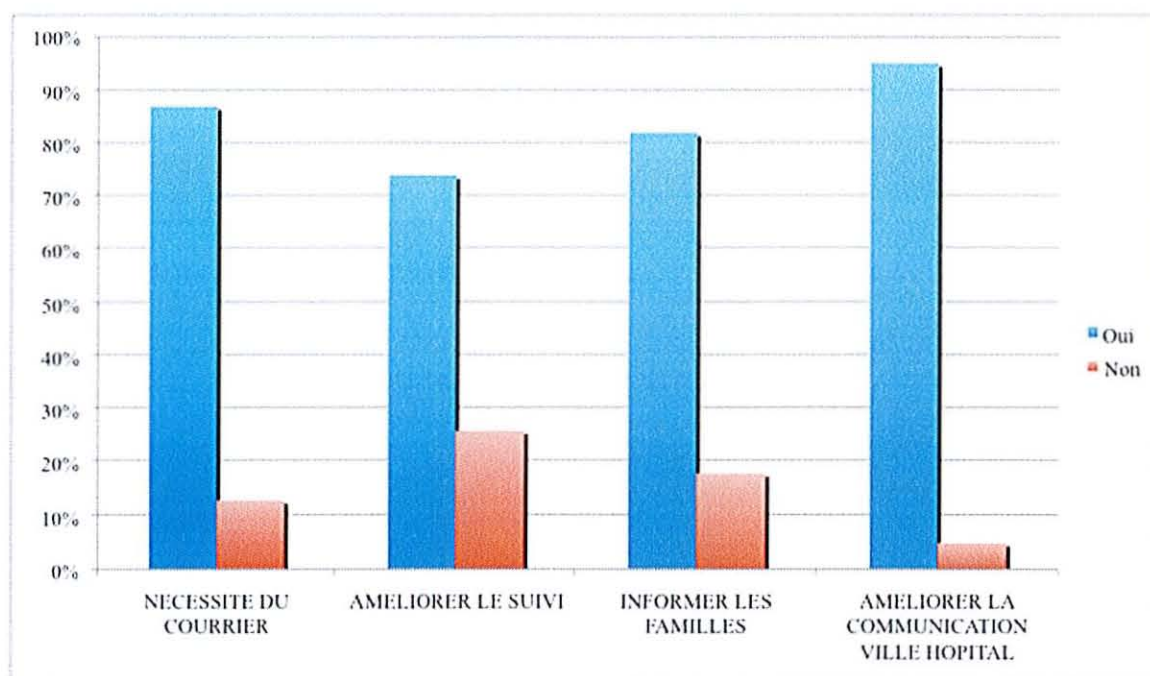
d) Deuxième partie du questionnaire : évaluation de la nécessité et du contenu d'une lettre initiale d'hospitalisation.

1) Nécessité d'un courrier initial d'hospitalisation.

87% des médecins ayant répondu au sondage estiment qu'il est nécessaire de mettre en place un courrier initial d'hospitalisation, pour leur permettre un meilleur suivi des patients (72%) mais aussi pour pouvoir informer les familles qui viennent

les solliciter (82%). Ils estiment pour 95% d'entre eux que ce type de courrier améliorerait également la communication médicale entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers (figure n°22).

Figure n°22 : Un courrier initial d'hospitalisation est-il nécessaire et dans quels buts ?



2) Mode de transmission du courrier initial d'hospitalisation

Nous avons demandé aux médecins généralistes quels seraient selon eux le ou les meilleurs modes de transmission de ces courriers d'hospitalisation. Parmi les trois moyens proposés, l'envoi d'un courrier électronique est le mode le plus demandé par les médecins généralistes (54% de demandes). Le courrier postal est le deuxième moyen de communication sollicité, par 40% des médecins. Enfin, le fax est minoritaire parmi les demandes formulées car il n'est proposé que par 20% d'entre eux (figures n°23 et n°24).

Figure n°23 : Quels modes de transmission du courrier initial d'hospitalisation seraient les plus efficaces ?

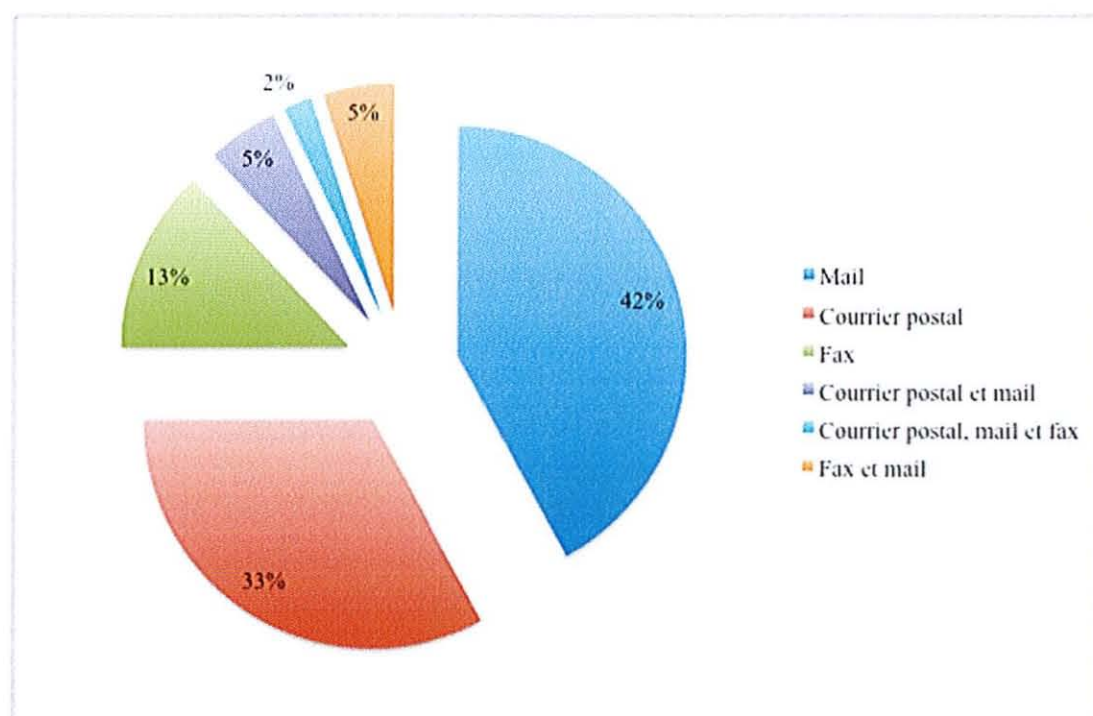
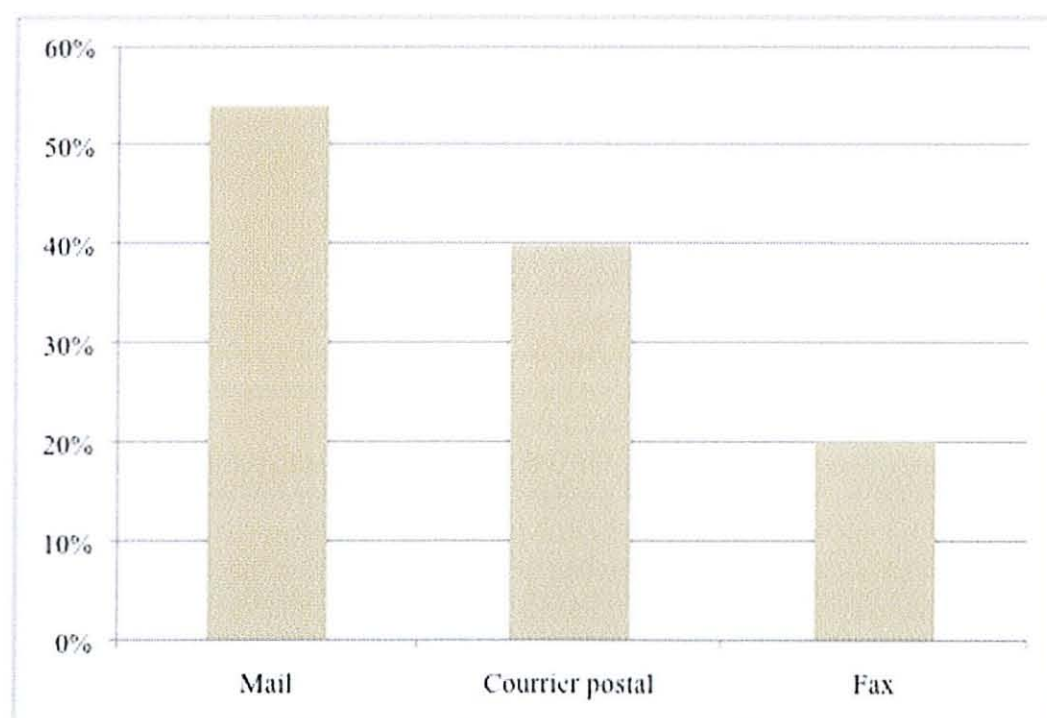


Figure n°24 : Répartition des demandes de transmission du courrier initial d'hospitalisation en fonction des différentes propositions effectuées.



3) Quelles informations doit contenir un courrier initial d'hospitalisation ?

Tous les médecins ayant répondu au sondage estiment que le motif de consultation, la personne adressant le patient aux urgences, l'avis du médecin spécialiste (s'il a été demandé) et le diagnostic évoqué au moment de l'hospitalisation doivent figurer dans ce courrier (figure n°25).

Plus de 90% d'entre eux pensent que l'anamnèse (98%), les premiers résultats d'imagerie (92%), les traitements entrepris (95%) et le service d'hospitalisation du patient (98%) doivent également faire partie des informations figurant dans la lettre initiale d'hospitalisation. Les constantes biologiques (85%) et la mention des antécédents (82%) sont également demandées par de nombreux médecins.

L'examen clinique complet doit être détaillé pour 44% des médecins, seules les anomalies cliniques doivent être mentionnées selon 54% d'entre eux. À noter qu'un des médecins parmi les 39 ayant répondu au questionnaire ne veut recevoir aucune donnée concernant l'examen clinique aux urgences. Au sujet de la biologie réalisée initialement aux urgences, 60% des médecins souhaiteraient recevoir l'ensemble des résultats, les autres médecins (40%) demandent une synthèse des résultats anormaux.

Nous avons profité de ce questionnaire pour essayer de savoir si cette lettre d'hospitalisation pourrait également améliorer la communication des médecins généralistes envers leurs confrères hospitaliers. En cas d'erreur ou d'imprécision dans les éléments d'anamnèse ou les antécédents d'un patient, 90% des médecins généralistes se disent prêts à appeler le service hospitalier pour rectifier ces erreurs ou imprécisions (figure n°26).

Afin de tenter d'apporter le plus d'exhaustivité possible à ce projet de courrier initial d'hospitalisation, nous avons enfin demandé aux médecins généralistes d'indiquer quels éléments supplémentaires devaient figurer dans ce courrier.

Seuls 9 généralistes ont proposé des mentions supplémentaires. Un praticien demande des lettres synthétiques et non pas des courriers systématisés, deux autres indiquent qu'ils ne souhaitent voir apparaître que les éléments anormaux dans la rubrique biologie et imagerie (figure n°27).

Figure n°25 : Quels éléments doit contenir le courrier initial d'hospitalisation ?

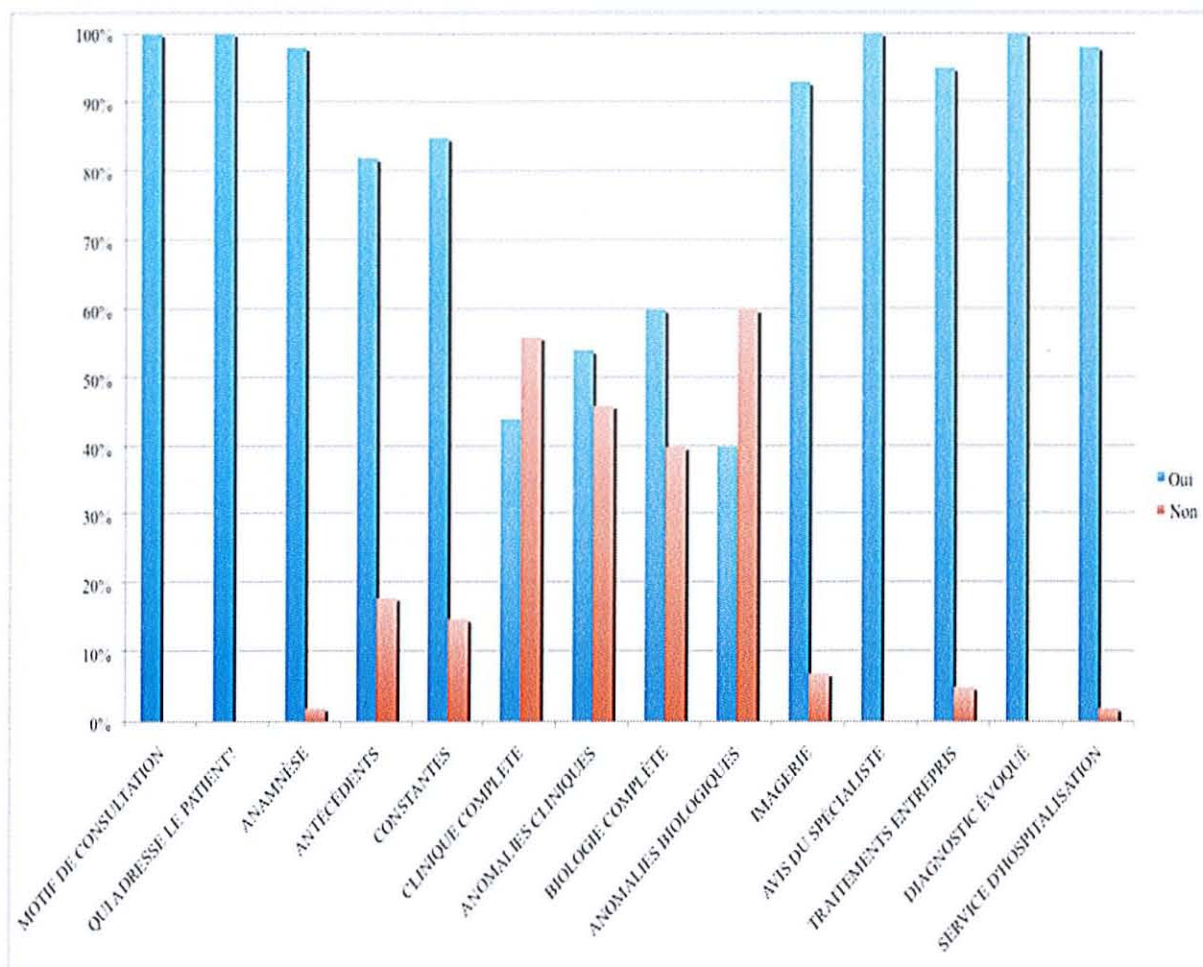
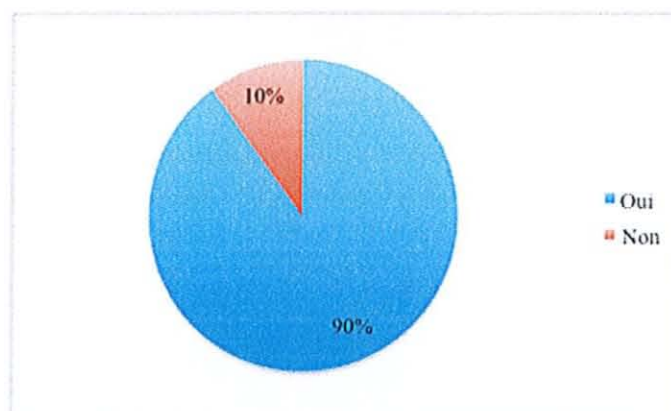


Figure n°26 : En cas d'erreur (anamnèse ou antécédents) dans le courrier initial d'hospitalisation, appelleriez-vous le service hospitalier pour les corriger ?

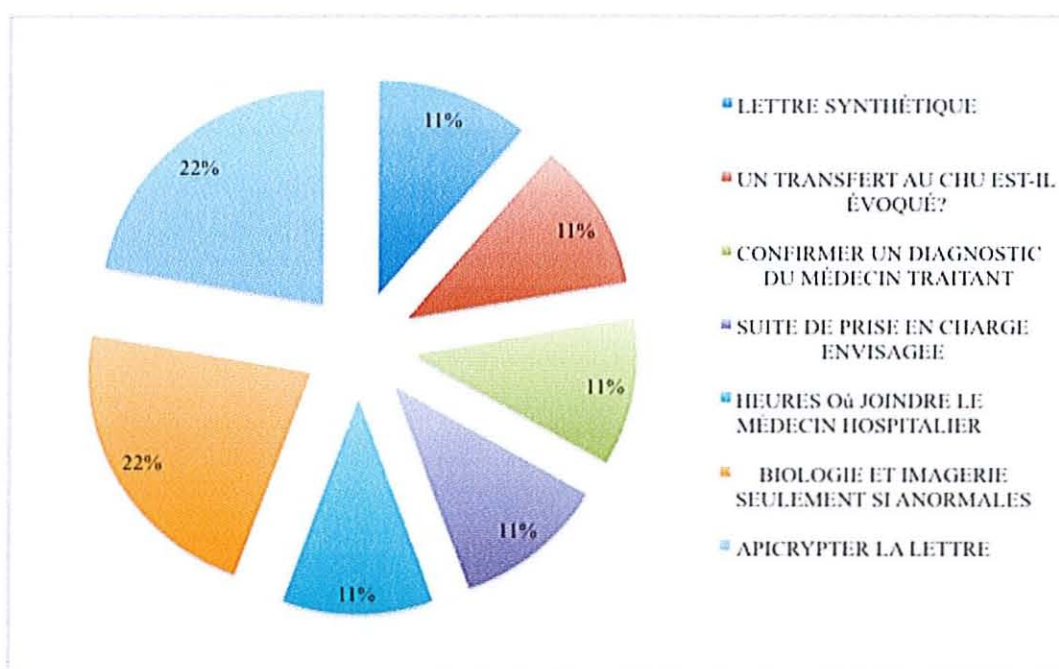


Concernant le devenir du patient, un médecin demande de signaler le transfert vers le CHU si celui-ci est d'emblée évoqué par les équipes médicales. Un autre

demande de confirmer lorsque le diagnostic évoqué par le médecin traitant se confirme aux urgences, un troisième souhaite que la suite de la prise en charge hospitalière envisagée soit déjà indiquée dans ce premier courrier.

Concernant l'organisation de l'hospitalisation, un médecin a indiqué qu'il souhaitait connaître les horaires de disponibilité téléphonique du médecin hospitalier référent du patient. Enfin, deux généralistes ont demandé que la transmission de ce courrier soit apicryptée.

Figure n°27 : Quels autres éléments doivent figurer dans le courrier initial d'hospitalisation ?



e) Troisième partie du questionnaire : un réseau informatisé sécurisé ville-hôpital ?

Pour conclure ce questionnaire, nous avons essayé d'évaluer avec les médecins généralistes si la mise à disposition des dossiers hospitaliers de leurs patients hospitalisés pourrait être un outil améliorant leur pratique quotidienne. Ainsi, les trois quarts des médecins ayant répondu au sondage estiment que la création d'un tel réseau informatisé sécurisé pourrait leur être utile (74%). 72% d'entre eux pensent utiliser cet outil si celui-ci se crée dans l'avenir (figure n°28). 38 des 39 médecins concernés (soit 98% d'entre eux) possèdent l'équipement informatique adéquat pour utiliser cet outil, à savoir un ordinateur relié à un fournisseur d'accès internet, sur leur lieu d'exercice.

Figure n°28 : Intérêts et possibilités d'utilisation d'un réseau sécurisé ville-hôpital par les médecins généralistes du secteur de Neufchâteau.

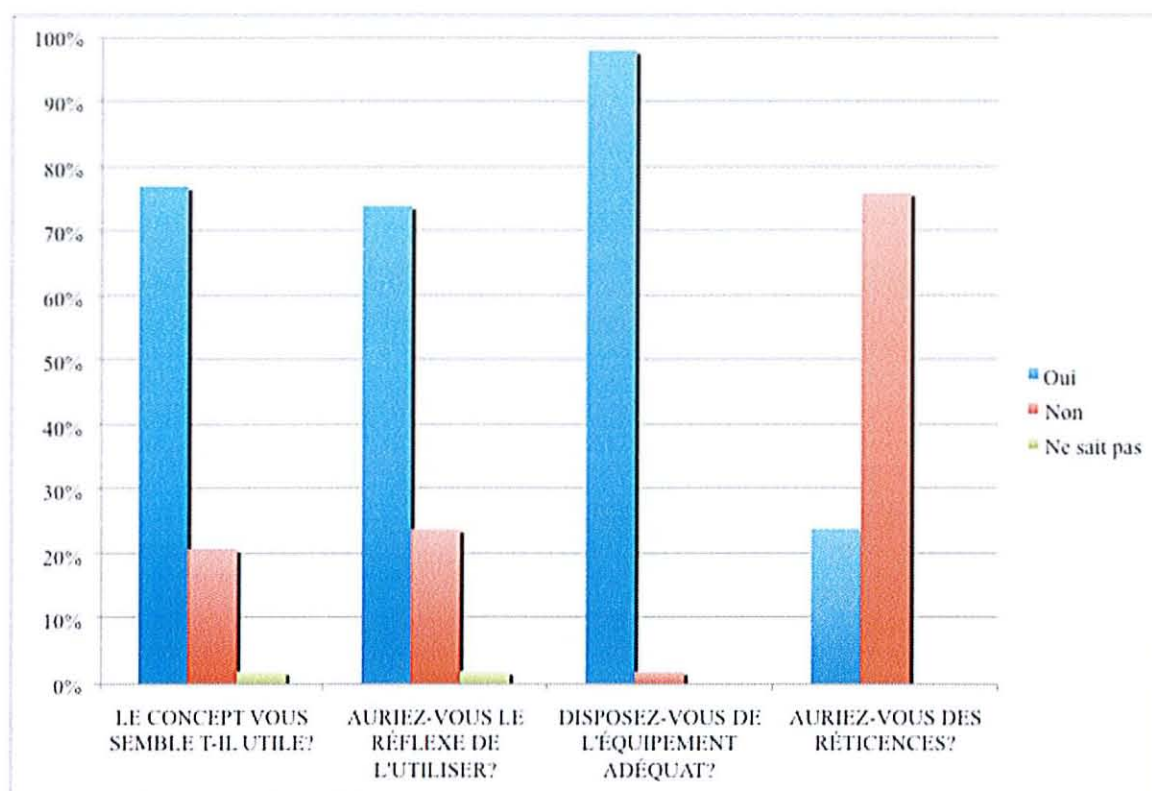
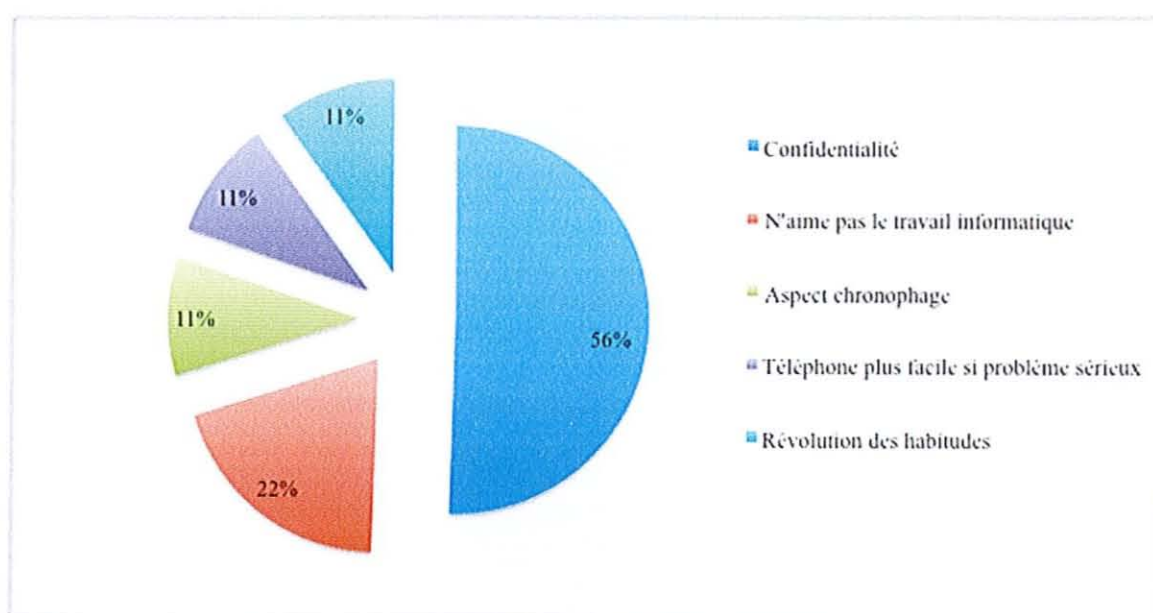


Figure n°29 : Les réticences des médecins généralistes à l'utilisation d'un réseau informatisé ville-hôpital.



Enfin, d'éventuelles réticences au sujet de l'utilisation d'un tel outil ne concernent que 24% des médecins sondés (figure n°29). Ainsi, cinq médecins au total craignent la potentielle perte de confidentialité en cas de systèmes de protection informatique défectueux. Deux médecins se disent réfractaires aux travaux informatiques en général, dont le seul médecin non équipé au niveau informatique. Un médecin trouve le concept intéressant, mais estime que sa mise en place représenterait une telle révolution que les praticiens ne sont actuellement pas prêts à l'utiliser. Un seul médecin envisage un aspect chronophage pour le généraliste qui justifierait rapidement un désintérêt de l'outil, par manque de temps disponible.

Dernier élément précisé par un généraliste, en cas de problème médical difficile aux urgences, ou d'absence d'éléments clés pour comprendre l'ensemble du problème médical posé par le patient, un appel téléphonique permet une réponse rapide, alors que le système de réseau informatique peut apporter un caractère asynchrone du partage de l'information, et donc une mise à disposition retardée de l'information médicale pour le médecin urgentiste.

V - DISCUSSION.

A- Les atouts et les faiblesses de la présente étude.

L'objectif de cette étude était d'obtenir une idée globale de la satisfaction des médecins généralistes par rapport aux courriers médicaux émanant des urgences de Neufchâteau, et de définir à partir des réponses des voies d'amélioration ainsi que les bases nécessaires à la création d'un courrier initial d'hospitalisation. La distribution des réponses observées montre de nombreux critères très satisfaisants, avec plus de 90% de réponses positives, et révèle également quelques réponses plus nuancées, sur lesquelles les travaux premiers d'amélioration devront se porter. L'évaluation détaillée de la qualité de la communication du service des urgences de Neufchâteau nous semble ainsi très informative.

Toutefois, à la lecture des réponses de certains médecins, il peut sembler que les propositions essentiellement binaires manquent parfois de précision pour certains items. En particulier, lorsqu'il s'agit de répondre à la question de la réception des courriers en temps utiles, quelques médecins qui ont répondu par courrier n'ont coché ni oui, ni non, mais ont indiqué des mentions de type « pas toujours ». Les réponses étaient supposées comme absolues, donc une mention de ce type a été considérée comme une réponse négative. Il conviendrait d'analyser plus en détails certaines questions ne faisant pas l'objet d'un consensus global, comme la biologie ou les résultats d'imagerie par exemple. Deux méthodes pourraient alors être utilisées : une analyse quantitative avec des notes de 0 à 10, ou alors une augmentation du nombre de propositions (« toujours », « souvent », « rarement », « jamais »).

L'idée même du sondage réalisé dans ce travail a reçu un accueil initial favorable de la part des médecins généralistes. La méthode utilisée, qui consistait dans un premier temps à associer à chaque médecin une adresse e-mail valide, afin de pouvoir répondre à notre questionnaire en ligne, a permis de sensibiliser tous les médecins généralistes concernés à la démarche entreprise dans cette enquête. Les impressions téléphoniques consécutives aux appels étaient excellentes, et laissaient augurer un taux de réponse supérieur à 51%. Il semblerait que tous les médecins qui se disaient initialement enthousiastes n'aient pas répondu à notre enquête. La période de réalisation de cette étude, en plein mois de juillet, ne correspond peut-être pas non plus à la période idéale, même si des délais relativement conséquents ont été accordés aux médecins pour répondre (4 semaines).

Toutefois, si l'on se réfère aux autres études récentes réalisées auprès de médecins généralistes sur le thème de la communication depuis les services d'urgence vers la médecine de ville, il n'y a pas de différence significative entre le taux de réponse à notre questionnaire et celui de S. Truffaut (69) ni dans l'analyse de G. Hubert en 2009 (70). En revanche, le taux de réponse à notre questionnaire est significativement supérieur à celui obtenu par C. Penot ($p < 0,05$) (71). Ainsi, le taux de réponse des médecins généralistes nous semble satisfaisant, en dépit de quelques difficultés liées à la période de l'étude ou au manque de sélectivité de certains items.

Le questionnaire que nous avons réalisé ne peut pas a priori être représentatif de la communication actuelle entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers en France. En effet, il évalue un mode de communication bien précis, celui des urgences de l'hôpital de Neufchâteau, qui adresse de manière systématique un courrier de consultation externe au médecin traitant du patient, mais jamais aucun courrier d'hospitalisation. L'enquête n'a pas pour vocation de comparer ce mode de communication avec les autres services d'urgence français, mais se concentre sur l'évaluation locale de cette communication. Par ailleurs, la population des médecins généralistes du secteur géographique de Neufchâteau n'est pas représentative de la population des médecins généralistes français ($p < 0,05$) si l'on se réfère aux données démographiques récentes publiées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (77) et la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de la santé (78). La proportion de femmes est en effet statistiquement plus élevée sur le territoire français que sur le secteur étudié ici, et atteint 31,6% sur tout le territoire.

B - Les urgences de Neufchâteau comparées aux autres services d'urgence de Lorraine.

L'enquête réalisée auprès des services d'urgence lorrains a permis d'évaluer les atouts et les faiblesses actuels dans le mode de communication du service des urgences de Neufchâteau.

Concernant le courrier de consultation externe, il est adressé de manière systématique par lettre postale, le lendemain de la consultation aux urgences. Ce courrier est informatisé, comme pour 72% des services de Lorraine, ce qui lui confère plus de lisibilité qu'une lettre manuscrite. Comme nous l'avons déjà précisé, la législation française semble donc respectée par les urgences de Neufchâteau concernant les consultations externes. En effet, chaque acte de soins donne lieu à une transmission d'informations au médecin référent, dans une limite théorique de réception inférieure à 8 jours. Comme nous l'avons remarqué auparavant, tous les services actuellement ne respectent pas nécessairement ces règles dans leurs principes de fonctionnement.

La notion de délai de transmission de ces courriers de consultation externe a été évaluée dans le questionnaire soumis aux médecins généralistes. Nous n'avons pas tenté de chiffrer le délai de réception, puisque l'envoi du courrier par voie postale à J1 nous laisse supposer que la lettre est reçue par le médecin destinataire à J8. En revanche, la question de la rapidité de transmission, pour permettre une continuité des soins efficace, a été posée.

Concernant le mode de transmission de ce courrier, le moyen utilisé à Neufchâteau est uniquement la voie postale. Ce choix unique permet une systématisation de l'envoi du courrier, et ainsi de tendre vers les 100% de transmission des courriers de consultation externe. Le courrier postal est d'ailleurs actuellement le mode préférentiel utilisé en Lorraine. Les voies possibles d'amélioration, surtout pour augmenter la rapidité de transmission, sont actuellement

représentées par l'apicryptage, déjà utilisé par deux services en Lorraine, ou la création de réseaux sécurisés ville-hôpital. L'informatisation et l'organisation du dossier patient de consultation externe aux urgences de Neufchâteau semblent compatibles, sans modification évidente du logiciel, avec l'utilisation de l'apicryptage. Il s'agit d'une possibilité d'amélioration en termes de communication à envisager dans l'avenir.

Concernant la transmission d'informations en cas d'hospitalisation, seuls 5 services d'urgence lorrains apportent ces informations au médecin traitant. Trois services utilisent une lettre informatisée, transmise soit par courrier postal, soit par apicryptage. Un service utilise une lettre manuscrite pour informer les médecins généralistes de l'hospitalisation d'un patient. Le service de Lunéville, comme nous l'avons déjà mentionné, envoie un SMS au médecin traitant d'un patient hospitalisé. L'information apportée est probablement plus sélective dans ce dernier cas.

Le point faible de la communication médicale des urgences de l'hôpital de Neufchâteau se situe justement au niveau de la transmission d'informations en cas d'hospitalisation d'un patient. La loi précise qu'il est de la responsabilité des médecins hospitaliers d'informer le médecin traitant. Comme nous l'avons déjà précisé, il semblerait logique que le médecin ayant examiné le patient et décidé de son hospitalisation, à savoir le médecin urgentiste, soit aussi celui qui informe le médecin traitant.

La forme du dossier patient des urgences de Neufchâteau, variable selon le devenir de ce dernier, pose ici un problème majeur. En effet, il n'existe pas de dossier informatisé en cas d'hospitalisation. Donc l'information d'un médecin généraliste pourrait être apportée :

- ➔ soit par un appel téléphonique (qui n'est évidemment pas possible à tout moment de la journée),
- ➔ soit par la rédaction et l'envoi postal d'une synthèse manuscrite,
- ➔ soit par un document informatisé, qui implique une double saisie, manuscrite pour le dossier papier hospitalier, et informatisée pour le courrier à transmettre au médecin généraliste.

En pratique, aucune de ces trois solutions actuelles ne paraît vraiment acceptable. Il nous semble donc que l'amélioration à apporter en premier lieu est de créer un dossier unique informatisé, qui puisse servir en cas de consultation externe comme en cas d'hospitalisation. Cette solution permettrait d'apporter une uniformisation dans les dossiers, et donc dans les modes de communication depuis les urgences vers les médecins de ville.

C - Les enseignements du questionnaire : quelles améliorations proposer ?

a) Quel doit être le contenu des courriers de consultation externe ?

D'une manière générale, le contenu du courrier de consultation externe semble satisfaisant pour les médecins généralistes. La lecture des différents items du questionnaire révèle cependant d'évidentes insuffisances dans la transmission des éléments « extérieurs » au service des urgences.

En effet, l'ensemble des éléments qui ne dépendent que du service des urgences, c'est-à-dire le motif de consultation, les données cliniques et paracliniques, le diagnostic évoqué (sous forme de conclusion médicale), les traitements entrepris et les convocations ultérieures sont bien présents et explicites dans le courrier de sortie du patient. En revanche, les avis des correspondants sont très partagés au sujet de la transmission des résultats biologiques, des comptes-rendus d'imagerie et des avis des médecins spécialistes hospitaliers. Il est intéressant de noter que ces trois derniers éléments, qui sont ceux parmi tous auxquels le médecin de ville a le plus difficilement accès, sont également ceux qui lui semblent le moins bien retranscrits.

Cette insuffisance de communication provient probablement du mode de rédaction du dossier informatisé par le médecin urgentiste, qui va en priorité sélectionner les éléments pathologiques retrouvés et n'indiquer que ceux-ci dans son courrier. Comme l'indiquent quelques médecins libéraux, il devrait être envisagé de transmettre l'ensemble des résultats des examens obtenus, afin d'apporter plus d'exhaustivité à ceux-ci. L'intérêt le plus souvent évoqué est celui d'éviter de multiplier des examens complémentaires, notamment de biologie, par manque d'information interprofessionnelle.

Dans un secteur rural comme celui de Neufchâteau, l'hôpital représente pour les médecins généralistes l'accès unique à une médecine de spécialité hospitalière. En cela, le service des urgences joue un rôle essentiel d'interface entre ces deux médecines. De même, le seul accès à une imagerie médicale de haute technologie (scanner ou IRM) ne peut se faire qu'à l'hôpital. Lorsque les médecins urgentistes font appel au scanner, à l'IRM ou au médecin spécialiste, ils disposent de possibilités que ne possèdent que rarement les médecins généralistes : ces différences de possibilités professionnelles impliquent logiquement une exigence supplémentaire dans les demandes des médecins généralistes. Dans notre étude, ils demandent à la fois plus de synthèse dans la rédaction globale du courrier médical, mais surtout plus de précisions et d'exhaustivité dans la transmission des résultats de biologie, d'imagerie et les avis des médecins spécialistes. Il faudra donc réfléchir à des solutions pour perfectionner cette transmission d'informations, à la fois en termes de quantité (pour les examens complémentaires) mais aussi en termes de qualité (pour les avis médicaux).

À noter enfin qu'un effort de lisibilité concernant la décision d'arrêt de travail ou non pour un patient doit être entrepris, puisqu'un quart des médecins ne trouve pas que cette notion est clairement explicitée.

b) Forme et rapidité de transmission des courriers de consultation externe.

Le courrier de consultation externe (qui est le seul type de courrier généré actuellement par le service des urgences de Neufchâteau) est jugé lisible par 87% des médecins généralistes. À titre de comparaison, dans la thèse de S. Truffaut (69), 51% des 47 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire s'estimaient satisfaits de la lisibilité de ce type de courrier. Les courriers issus des urgences de Neufchâteau sont statistiquement plus lisibles que ceux de l'Hôpital d'Instruction des Armées. Nous n'avons pas retrouvé d'autre étude comparable en termes de lisibilité de ce type de courriers.

Concernant l'aide apportée dans le suivi du patient, les chiffres des deux travaux se rejoignent : 92% des médecins du secteur de Neufchâteau estiment que le courrier leur apporte une aide, 90% des médecins interrogés dans la thèse de S. Truffaut.

Nous n'avons pas évalué les délais de réception des courriers médicaux par les médecins libéraux dans notre étude. En 2006, S. Truffaut a utilisé un mode de communication identique à celui de Neufchâteau, l'envoi postal de l'ensemble des comptes rendus de consultation externe. Dans ce cas, la réception du courrier se fait en moyenne 2,5 jours après la date de consultation. Ce temps de communication de courriers hospitaliers est le plus rapide parmi tous ceux observés dans la littérature (69, 74, 75).

Selon la thèse de S. Truffaut, les médecins généralistes s'estiment satisfaits des délais de réception du courrier de consultation externe dans 90% des cas. Il existe une différence statistiquement significative entre la satisfaction dans ce domaine des médecins généralistes de la région de Percy et ceux du secteur de Neufchâteau. L'insatisfaction est significativement plus forte dans notre étude. Dans la thèse de G. Hubert, 94% des médecins estiment que les délais de transmission d'informations hospitalières sont excessifs (76).

Il existe plusieurs études récentes qui ont évalué les délais de réception des courriers de sortie des urgences par le médecin traitant. En 2008, A. Bertrand et N. Thomas ont évalué la transmission de 170 courriers de sortie des urgences du CHU de Grenoble, donnés en mains propres au patient à J0 (77). Ils ont montré que le taux de réception à 30 jours par le médecin traitant n'était que de 65% ! G. Hubert indique, dans sa thèse, que quel que soit le service hospitalier adressant des informations au médecin traitant, le taux de réception de ces informations à partir du jour de sortie de l'hôpital du patient est de 0% à 8 jours ! 64% des courriers hospitaliers sont transmis entre J8 et J30. (76) Dans un article publié en 2009, le même auteur (70) a démontré que parmi 50 médecins généralistes parisiens interrogés, 94% d'entre eux estiment que les délais de réception de transmission des informations hospitalières sont excessifs : le temps moyen de réception des informations issues de l'hôpital est là encore compris entre 8 jours et un mois.

Une étude plus ancienne réalisée dans la région Nord Est de la France auprès de 529 médecins généralistes évoquait déjà (pour 94% des médecins interrogés) les délais trop longs de transmission des données hospitalières comme un frein majeur à

une communication efficace entre médecine libérale et médecine hospitalière. (78) En novembre 2008, l'URML de Rhône-Alpes confirme cette notion grâce à une nouvelle enquête (79). Le médecin traitant est en général informé de la sortie d'hospitalisation de son patient au moment où celui-ci revient le consulter. Si les courriers médicaux hospitaliers sont jugés satisfaisants au niveau du contenu, il leur est surtout reproché des délais de réception trop longs qui vont à l'encontre d'une bonne continuité des soins.

En conclusion, la lisibilité du courrier de consultation externe des urgences de Neufchâteau et son intérêt médical sont très satisfaisants, mais un progrès semble nécessaire en termes de rapidité de transmission, comme cela est d'ailleurs retrouvé dans la plupart des études similaires récentes. Il nous faut donc envisager d'autres moyens de transmission que les courriers postaux, jugés souvent trop longs à arriver.

c) Quels modes de transmission utiliser pour les courriers des urgences ?

Quelques propositions concluent l'étude de l'URML de Rhône-Alpes de 2008 pour une amélioration de la communication : il est indiqué qu'une majorité des médecins libéraux voient la messagerie électronique comme l'outil en devenir le plus performant et ne dérangeant pas le correspondant. A défaut, ces derniers proposent une transmission d'informations plus succinctes par l'utilisation du téléphone ou du fax. Il est intéressant de constater que la confidentialité du fax ne pose pas de problème théorique aux médecins, à la différence de la transmission électronique ! (79)

Dans notre étude, pour améliorer la transmission des courriers des urgences, 77% des médecins libéraux demandent la création d'une communication utilisant l'outil internet. La création d'un réseau ville-hôpital, à partir duquel le dossier hospitalier de tous les patients d'un médecin serait accessible au cabinet, est l'innovation demandée en premier lieu. L'échange de données par e-mails sécurisés est demandé par 44% des médecins. Par ailleurs, un médecin n'a pas proposé l'utilisation d'e-mails sécurisés, mais a proposé dans ses commentaires libres, que l'hôpital de Neufchâteau communique avec l'extérieur par le biais d'apicrypt. Ainsi, presque la moitié des médecins proposent l'utilisation d'e-mails sécurisés pour améliorer la communication ville-hôpital. 20% des médecins seulement proposent de maintenir la voie postale comme moyen de transmission des courriers médicaux.

L'évaluation du moyen de transmission du courrier initial d'hospitalisation confirme cette tendance. La voie électronique est en effet demandée par plus de la moitié des médecins (54%). L'utilisation des courriers postaux est demandée par plus de médecins (40% d'entre eux) que dans le cadre des courriers de consultation externe (20%). Les chiffres ne sont pas comparables, puisque la proposition de réseau informatisé n'a pas été faite pour évaluer la transmission des lettres d'hospitalisation. La création d'un courrier semble en effet être une tâche complexe à générer avec cet outil. Par ailleurs, la continuité des soins n'est pas altérée par une transmission moins rapide en cas d'hospitalisation puisque le patient sera initialement sous la responsabilité du médecin hospitalier. Cette donnée explique peut-être que les

médecins généralistes envisagent d'utiliser la voie postale plus souvent dans ce cadre précis.

L'informatisation prend une part de plus en plus importante dans l'exercice quotidien de la médecine, et les résultats de ce questionnaire en sont une preuve supplémentaire. La poste est considérée comme un facteur de retard dans les transmissions d'informations médicales, et le fax, proposé par à peine un médecin sur dix dans notre étude, continue de perdre du terrain. L'hôpital de Neufchâteau, et son service des urgences, devront s'adapter à cette évolution en informatisant leur communication médicale. Parmi les deux propositions avancées, la création de réseaux de soins ville-hôpital séduit spontanément beaucoup de généralistes. La mise à disposition des résultats complets de leurs patients, qu'il s'agisse des électrocardiogrammes ou de l'imagerie, est la demande principale des médecins de ville dans plusieurs études (70, 80). Le médecin de ville peut ainsi disposer, à tout moment, des éléments du dossier de son patient, sans autre intervention que la sienne ! L'information lui devient accessible en toute situation, sans les freins actuels de nécessaire synchronisation des disponibilités libérales et hospitalières pour créer une communication. Cette donnée peut, par exemple, lui sembler très utile pour renseigner une famille qui viendrait l'interroger sur l'état de santé d'un patient, les résultats des examens réalisés ou encore la stratégie médicale hospitalière.

La transmission d'e-mails sécurisés, à la différence, apporte de l'information médicale en temps réel, mais n'apporte que des éléments d'information sélectionnés par le médecin hospitalier. De plus, les documents annexes, telles les images d'un scanner par exemple, ne peuvent pas se transmettre par cette voie. Malgré les progrès induits par cette méthode, la limitation des possibilités et de la quantité d'information contenue fait des e-mails sécurisés un projet prometteur mais a priori moins attractif qu'une plate forme d'interconnexion ou un vrai réseau sécurisé ville-hôpital.

Dans notre étude, nous avons montré que 38 des 39 médecins ayant répondu au sondage disposent au cabinet médical de l'équipement nécessaire pour utiliser un réseau informatisé ville-hôpital ou un service de messagerie électronique sécurisé. Selon des études récentes, le taux d'informatisation des médecins généralistes libéraux se situe entre 90 et 95%. (47, 48, 76). La diffusion de l'outil informatique ne peut plus être considéré comme une limite à la mise en place d'un tel réseau. Concernant les réticences éventuelles des médecins, la crainte majeure, comme dans la quasi-totalité des études, est celle du respect de la confidentialité des données de santé du patient. Dans notre étude, 13% des médecins expriment cette crainte. Dans l'enquête menée par le Sénat en 2007, 36% des médecins généralistes se disent réticents à l'utilisation de l'internet, du fait d'un trop grand « flou juridique » et des insuffisances de formation pratique dont ils ont pu bénéficier. En 2004, une enquête réalisée auprès des médecins généralistes de Meurthe et Moselle montrait que seulement 14% d'entre eux évoquaient la possibilité d'utiliser une messagerie sécurisée (20).

Les progrès technologiques devront nécessairement s'accompagner d'une sécurisation absolue de ces données de santé des personnes, non seulement pour respecter le cadre éthique et réglementaire, mais aussi pour convaincre les médecins encore inquiets devant ces évolutions. Il est intéressant de noter, même si les enquêtes ne sont évidemment pas comparables, qu'au fil des années, les médecins généralistes semblent de plus en plus enclins à utiliser l'internet dans leur pratique quotidienne.

d) Quelles améliorations peut-on proposer en termes de communication médicale aux urgences de Neufchâteau ?

Nous nous proposons alors de détailler successivement les différentes possibilités techniques abordées auparavant dans ce travail, et d'évaluer leur efficacité potentielle en termes d'amélioration de la communication médicale sur le secteur de Neufchâteau.

1) Le DMP peut-il induire une amélioration de la communication ville-hôpital sur le secteur de Neufchâteau ?

Même si le DMP a suscité initialement un grand espoir dans l'amélioration de la coordination et de la continuité des soins, avec une théorique amélioration de la communication interprofessionnelle, notamment entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers, il semble aujourd'hui très difficile de penser que cet outil pourra se généraliser.

Seule la volonté du patient de posséder son DMP compte : cela justifie que son existence reste aléatoire, même après avoir résolu les problèmes éthiques et techniques inhérents à sa conception. Se fonder sur cet outil comme base de communication interprofessionnelle exclut dès le départ une proportion non négligeable de patients. Le DMP ne résoudra donc pas à lui seul les insuffisances de dialogue entre les médecins de ville et les praticiens hospitaliers. De plus, la particularité d'un secteur rural comme celui de Neufchâteau, mal desservi par les grands moyens de communication actuels, semble apporter une difficulté supplémentaire à l'utilisation de ce DMP, notamment à cause de l'obligation d'utilisation de l'ADSL pour remplir les différentes rubriques de cet outil.

2) L'interface ville-hôpital : une solution d'avenir intéressante ?

La question du bénéfice réel apporté aux médecins généralistes, dans leur pratique quotidienne, n'est pas encore évaluée : le fait de se rendre sur un site internet spécifique et d'y sélectionner les informations médicales pertinentes au sujet d'un patient sera-t-il compatible avec les capacités informatiques des médecins et surtout avec leur emploi du temps déjà bien chargé ? En d'autres termes, les efforts logistiques et financiers majeurs qui nécessitent la mise en place d'interfaces d'interconnexion au niveau des hôpitaux seront-ils récompensés par une grande amélioration de la communication médicale ville-hôpital ?

Il nous semble fondamental de répondre à ces questions, avec les médecins concernés sur les sites d'étude, avant de développer plus largement des plates-formes d'intermédiation.

3) Que penser d'un service de messagerie électronique sécurisée ?

Le projet théorique semble apporter de grands bénéfices à l'ensemble des médecins associés dans ce réseau, et notamment une communication inter-professionnelle plus fluide et plus rapide. Peut-être faut-il accorder plus de temps à cet outil pour qu'il entre dans les mœurs de tous les médecins concernés et qu'il puisse concrétiser plus de ses avantages théoriques.

Il est remarquable de constater, dans le travail d'évaluation réalisé, que les médecins finalement les moins impliqués dans l'utilisation de cet outil sont ceux qui en tirent le plus d'avantages immédiats ! Cela peut nous laisser supposer qu'en l'absence d'efforts des médecins libéraux, les médecins hospitaliers pourraient se détourner de l'outil par lassitude des efforts consentis et perçus comme non partagés par tous.

Enfin, il existe un problème non soulevé par cette étude : le fait que tous les médecins libéraux ne soient pas affiliés à ce réseau sécurisé. Ce qui implique un mode de communication à adapter au cas par cas en fonction du médecin traitant du patient, dans un système qui, nous l'avons vu, alourdit déjà les tâches administratives de secrétariat.

En pratique, ce service difficile à mettre en place et coûteux dans sa réalisation, nous semble devoir encore faire ses preuves sur les sites d'évaluation avant de pouvoir être considéré comme un outil à diffuser largement dans les hôpitaux français.

4) Apicrypt est-il applicable à l'hôpital de Neufchâteau ?

Le logiciel Sema permet comme nous l'avons vu, de saisir et indexer l'ensemble des courriers médicaux et des comptes-rendus d'imagerie d'un patient donné. Ce logiciel est utilisé, non seulement par le service des urgences, mais aussi par l'ensemble des services hospitaliers. L'introduction du système apicrypt au sein du service des urgences de l'hôpital néocastrien pourrait permettre de communiquer des courriers de consultations externes aux médecins traitants équipés par APICRYPT, soit 41% des médecins généralistes. Cela permettrait de gagner en rapidité de communication surtout en cas de suivi rapproché du patient (surveillance biologique, suite de soins précoce).

En revanche, le dossier médical des urgences reste manuscrit en cas d'hospitalisation. Dans ce contexte, aucun outil informatique ne pourrait améliorer la rapidité de communication avec les médecins libéraux. Il faudrait dans un premier temps informatiser le dossier d'hospitalisation des patients avant d'envisager une amélioration en ce sens.

Enfin, si l'apicryptage est relativement répandu dans le secteur géographique de Neufchâteau, plus de la moitié des médecins libéraux n'utilisent toujours pas ce

système actuellement. Même si l'utilisation d'apicrypt par les urgences de l'hôpital de Neufchâteau pourrait améliorer la situation actuelle, un mode de communication mixte entre les médecins de ville et le service des urgences devra nécessairement perdurer, pour ne pas exclure des médecins libéraux sur des critères de non-équipement informatique.

5) Quelle voie d'amélioration faut-il privilégier ?

Comme le rappelle D. Evangelista, « la technique étend le panel des réponses possibles (à l'amélioration de la communication médicale), mais ce sont les usagers qui entérinent les modes de communication à privilégier ! » (61). Il faut, bien entendu, tenir compte également des possibilités techniques et financières des projets.

En termes de faisabilité, nous avons vu que la mise en place d'un réseau informatisé demande un investissement financier et logistique colossal. Les études actuelles évaluant ces méthodes en France se révèlent quelque peu décevantes, notamment en comparaison des efforts employés pour développer la technique.

Concernant l'envoi de mails sécurisés, nous avons vu que l'utilisation de l'apicryptage permet une création simple, peu coûteuse et rapide d'un nouveau mode de communication. La limite essentielle actuellement est l'équipement partiel des médecins généralistes du secteur par cet outil (44%). Apicrypt ne peut donc pas pour le moment apporter une amélioration universelle. Toutefois, l'offre appelant souvent la demande, il semble logique de penser que si l'hôpital de Neufchâteau s'équipe d'apicrypt et en informe la communauté médicale, les adhésions à ce mode de communication devraient augmenter de manière significative parmi les médecins libéraux du secteur. De plus, l'outil semble connu de nombreux médecins puisque certains praticiens, non équipés eux-mêmes, ont toutefois proposé ce nouvel outil !

En conclusion, l'effort premier que devrait proposer le service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau serait de s'équiper d'un système d'apicryptage, qui permettrait de communiquer de manière rapide et sécurisée avec la moitié des médecins du secteur de Neufchâteau, avec l'espoir que de nouveaux généralistes s'équipent de cet outil dans quelque temps. La transmission de courriers par voie postale reste de toute manière nécessaire, pour ne pas exclure de médecin sur un critère d'équipement du cabinet médical.

D - La création d'une lettre initiale d'hospitalisation.

a) Les enseignements du questionnaire.

La création d'une lettre d'hospitalisation est non seulement nécessaire pour respecter le cadre juridique, mais représente aussi un projet qui serait utile dans la pratique quotidienne de près de 9 médecins sur 10. Le projet de mise en oeuvre d'un

tel courrier ne se discute donc pas, il convient surtout de le rendre facile à rédiger pour le médecin urgentiste, et informatif pour le médecin destinataire. Les médecins urgentistes ont bien moins l'habitude que les autres médecins hospitaliers de rédiger des courriers. Une standardisation des pratiques permettra également d'harmoniser la qualité de ceux-ci. C'est la raison pour laquelle les études récentes portant sur la communication des services d'urgence avec les médecins de ville ont toutes proposé comme solution la création d'un courrier type.

Parmi les items qui ont été proposés par les médecins généralistes, certains nous semblent intéressants à intégrer dans un tel courrier :

- ➔ Mentionner les éléments pressentis de la prise en charge hospitalière : indiquer si un patient va être opéré et à quelle date, quels sont les examens à entreprendre dans les premiers jours d'hospitalisation, si un transfert au CHU est envisagé devant la complexité de la situation clinique sont des éléments tout à fait pertinents dans un tel courrier.
- ➔ La deuxième proposition intéressante et qui favoriserait fortement la communication médicale est la mention sur le courrier d'hospitalisation des horaires de disponibilité téléphonique du médecin référent du patient hospitalisé. La proposition est séduisante, mais très difficile à mettre en place. Le mode de fonctionnement interne de l'hôpital de Neufchâteau associe à chaque patient un médecin référent hospitalier, dès sa sortie du service des urgences. En revanche, la disponibilité d'un médecin hospitalier reste très difficile à déterminer.

À noter enfin que la création d'un tel courrier d'hospitalisation pourrait permettre, du moins en théorie, d'augmenter la quantité de la communication médicale. Dans notre étude, en effet, 90% des médecins généralistes affirment qu'ils prendraient contact avec les services hospitaliers pour apporter des précisions sur l'anamnèse ou corriger des erreurs retrouvées dans le courrier d'hospitalisation. La thèse de D. Evangelista nous a révélé qu'après 2 ans de messagerie électronique à Annecy, les médecins généralistes n'avaient pas utilisé cet outil pour communiquer davantage avec les médecins hospitaliers. Dans notre cas, l'utilisation possible du téléphone peut laisser espérer que les médecins généralistes pourront prendre contact avec le service hospitalier dans ces cas précis.

b) Une proposition de lettre type d'hospitalisation.

Nous avons vu que le courrier de consultation externe, dans sa forme et son informativité, est considéré comme satisfaisant par les médecins destinataires. Il serait donc logique d'utiliser le même principe de courrier pour créer la lettre d'hospitalisation.

Dans une réflexion globale, qui améliore la prise en charge du médecin traitant sans trop augmenter la surcharge de saisie informatique du médecin urgentiste, il

semble logique de respecter quelques notions, concernant les items qui portent à discussion dans les résultats du questionnaire :

- ➔ Le courrier initial d'hospitalisation correspondra à un résumé du dossier clinique informatisé des urgences, destiné à accompagner le patient dans son service hospitalier. En cela, il est nécessaire que les données de l'examen clinique aux urgences apparaissent dans leur totalité dans ce dossier. Ainsi, le médecin traitant aurait connaissance de l'ensemble des données cliniques dans son courrier d'information.
- ➔ Concernant les résultats de biologie, les médecins hospitaliers ont accès aux résultats biologiques de leurs patients sur le serveur interne du laboratoire de l'hôpital. La saisie de l'ensemble des résultats biologiques est donc inutile pour le médecin urgentiste. Seuls les éléments significatifs pour confirmer ou infirmer un diagnostic, ainsi que les résultats perturbés semblent intéressants à inscrire dans ce dossier d'hospitalisation. En revanche, il devrait être envisageable d'adresser au médecin traitant une copie de tous les résultats de biologie de son patient en complément du courrier d'hospitalisation.
- ➔ Concernant les résultats d'imagerie, il semble de la même manière que seule la mention de la conclusion des explorations réalisées soit intéressante.

À partir des résultats du questionnaire et des derniers éléments de réflexion, il nous est possible de proposer une lettre type de consultation externe, adaptée de celle qui existe déjà, ainsi qu'une lettre type initiale d'hospitalisation d'un patient. Ces propositions de courriers, adaptés à partir des possibilités techniques actuelles du service et des demandes des médecins correspondants, permettent de donner une application concrète à l'ensemble de ce travail. Il pourra être intéressant de réévaluer la communication médicale des urgences de Neufchâteau après quelques temps d'utilisation de ces nouveaux courriers et éventuellement de l'apicryptage !

VI - CONCLUSION

Les perspectives d'amélioration concernant la correspondance médicale du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau sont définies de manière plus précises à la suite de notre étude.

Le questionnaire réalisé auprès des médecins destinataires des courriers médicaux des urgences révèle que la lisibilité de ces courriers est satisfaisante. Un effort semble nécessaire au niveau de l'exhaustivité des résultats biologiques et d'imagerie, ainsi que sur la clarté des avis médicaux donnés par les médecins spécialistes, lorsqu'ils ont été sollicités. La création de rubriques spécifiques au sujet de ces items apportera probablement plus d'éléments en ce sens.

Si le contenu des courriers est globalement satisfaisant, les délais de transmission de ceux-ci ne permettent pas d'assurer une continuité des soins efficace pour tous les médecins sollicités par ce questionnaire. Des moyens de communication différents du traditionnel courrier postal doivent donc être envisagés pour améliorer la rapidité de la transmission d'informations. Les technologies actuelles et l'étude des possibilités locales nous font penser que l'acquisition d'un système de transmission de courriers électroniques cryptés de type apicrypt correspond à la manière la plus simple et probablement la plus efficace d'accélérer cette communication interprofessionnelle. Les autres technologies, en cours d'étude sur plusieurs sites français, doivent encore faire la preuve de leur efficacité et du service rendu aux médecins traitants avant d'être plus largement développées au sein des hôpitaux français.

Sur le plan réglementaire, le manque essentiel de cette communication médicale est l'absence d'information transmise au médecin traitant d'un patient en cas d'hospitalisation de celui-ci. La lettre type d'hospitalisation proposée à la suite de notre étude permettra d'apporter une réponse efficace à ce problème.

Il sera intéressant d'évaluer les améliorations consécutives à ces adaptations techniques et logistiques dans quelques années, lorsque les courriers d'hospitalisation et l'apicryptage auront été installés depuis assez longtemps pour être évalués par les médecins libéraux.

VII - BIBLIOGRAPHIE

1 : Serment d'Hippocrate.

2 : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [en ligne]. Journal Officiel du 5 mars 2002. Disponible sur <<http://www.droit.org/jo/20020305/MESX0100092L.html>> (consulté le 10 juillet 2009).

3 : OGRIZEK, M. , GUILLERY, JM. , et MIRABAUD, C. La communication médicale. Paris : PUF, 1960, 128p. Coll. Que sais-je ?, n°3094

4 : MARCELLI, A. Le secret médical partagé. Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. [en ligne] Paris mai 1998. Disponible sur <<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/secretpart.pdf>> (consulté le 11 juillet 2009).

5 : MINISTERE DE LA JUSTICE. Loi du 6 janvier 1978 relative aux fichiers, à l'informatique et aux libertés. [en ligne]. Journal officiel du 7 janvier 1978. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068624&dateTexte=20090711>> (consulté le 11 juillet 2009).

6 : CHASSORT A., *Qualité et déontologie sur internet*. Paris : avril 2000. [en ligne]. Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, session d'avril 2000. Disponible sur < www.web.ordre.medecin.fr/rapport/qualiteinternet.pdf > (consulté le 12 juillet 2009).

7 : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. [en ligne]. Journal Officiel du 17 août 2004. Disponible sur <<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005824074&dateTexte=20090711>> (consulté le 11 juillet 2009).

8 : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Code de Déontologie Médicale. Articles 45 et 62. 1995. Disponible sur <<http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=rubrique.php&menu=DEOINTEGRAL>> (consulté le 11 juillet 2009).

9 : MERCAT, F.-X. *Les courriers médicaux entre médecins*. Paris : mai 1998. Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, session de mai 1998. 6 p.

10 : MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. Décret n°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. [en ligne]. Journal officiel du 31 mars 1992. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do%3Bjsessionid=0F2C0B17486F6F258D2531FCC1BCE94A.tpdjo09v_3?cidTexte=JORFTEXT000000174397&dateTexte=>> (consulté le 12 juillet 2009)

11 : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Code de Déontologie Médicale. [en ligne]. Article 59. 1995. Disponible sur <<http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=rubrique.php&menu=DEOINTEGRAL>> (consulté le 11 juillet 2009).

12 : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Code de Déontologie Médicale. [en ligne]. Article 63. 1995. Disponible sur <<http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=rubrique.php&menu=DEOINTEGRAL>> (consulté le 11 juillet 2009).

13 : LEFEVRE, P. *L'accompagnement en médecine générale*. La Revue du Praticien, 1996, vol 10, n°336, p35-42.

14 : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Code de Déontologie Médicale. [en ligne]. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=rubrique.php&menu=DEOINTEGRAL> (consulté le 11 juillet 2009).

15 : MINISTERE DE LA SANTE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. [en ligne]. Journal Officiel, n°179 du 2 août 1991. Disponible sur <<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>> (consulté le 13 juillet 2009).

16 : MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. Décret n°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. [en ligne]. Journal Officiel du 1° avril 1992.

17 : MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la Santé Publique. Article R-1112-6 du Code de la Santé Publique. [en ligne]. Journal Officiel n°122 du 27 mai 2003. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000412528&dateTexte=>>> (consulté le 13 juillet 2009).

18 : MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la Santé Publique. Article R1112-2 du Code de la Santé Publique. [en ligne]. Journal Officiel n°122 du 27 mai 2003. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000412528&dateTexte=>>> (consulté le 13 juillet 2009).

19 : ANAES. *Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandations*, juin 2003. [en ligne]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dos_pat_reglementation.pdf> (consulté le 15 juillet 2009).

- 20 : CHRISTOPHE, D. *Rédaction d'un courrier pour le médecin traitant au SAMU 54 : luxe ou nécessité ?* Thèse de médecine générale. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy-I, 2004, 126 p.
- 21 : SOCIETE DE REANIMATION DE LANGUE FRANCAISE. *Recommandations concernant l'évolution de l'activité des Services d'Accueil des Urgences*. Rean Urg 1994 ; 3(3) : 621-628.
- 22 : GERYEAUX, P. et al., *Recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion et l'utilisation des unités d'UHCD dans les services d'urgence*. JEUR 2001, 15 : 1S114-1S117, p. 267.
- 23 : CONSEIL SUPERIEUR DES SYSTEMES D'INFORMATION DE SANTE. Rapport d'activités, 1999. [en ligne]. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cssis/cssis99/sommaire.htm>> (consulté le 13 juillet 2009).
- 24 : COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES. Site d'information sur la CNIL. [en ligne]. <<http://www.cnil.fr/traces/traces.htm>> (consulté le 16 juillet 2009).
- 25 : COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES. Fiches télématiques santé. [en ligne]. Disponible sur <www.cnil.fr> (consulté le 16 juillet 2009).
- 26 : PREMIER MINISTRE. Décret n°99-199 du 17 mars 1999 définissant les catégories de moyens et de prestations de cryptologie pour lesquelles la procédure de déclaration préalable est substituée à celle d'autorisation. [en ligne]. Journal Officiel n° 66 du 19 mars 1999. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005627660&dateTexte=20090718>> (consulté le 18 juillet 2009).
- 27 : PREMIER MINISTRE. Décret n°99-200 du 17 mars 1999 définissant les catégories de moyens et de prestations de cryptographie dispensées de toute formalité préalable. [en ligne]. Journal Officiel n° 66 du 19 mars 1999. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005627660&dateTexte=20090718>> (consulté le 18 juillet 2009).
- 28 : PREMIER MINISTRE. Arrêté du 17 mars 1999 définissant la forme et le contenu du dossier contenant les déclarations ou demandes d'autorisation relatives aux moyens et prestations de cryptologie. Journal Officiel, n°66 du 19 mars 1999, pp.4052-4053.
- 29 : COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES. Fiche thématique santé N°12. [en ligne]. Disponible sur <www.cnil.fr> (consultée le 16 juillet 2009).
- 30 : MINISTERE DE L'INTERIEUR. Loi n°2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique. [en ligne]. Journal Officiel du 14 mars 2000. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005629200&dateTexte=20090718>> (consulté le 18 juillet 2009).

- 31 : CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE. Directive n° 1995/46/CE du Parlement Européen, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. [en ligne]. Journal officiel du Conseil Européen, L-281/31 du 23 novembre 1995. Disponible sur <http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/privacy/docs/95-46-ce/dir1995-46_part1_fr.pdf> (consulté le 17 juillet 2009).
- 32 : DIRECTION CENTRALE DE LA SECURITE DES SYSTEMES D'INFORMATION. [en ligne]. Disponible sur < <http://www.ssi.gouv.fr/>> (consulté le 17 juillet 2009).
- 33 : BENSOUSSAN A., MOLE A. *Guide juridique du dossier médical informatisé*. 1^o édition. France : MMI Editions, 2001, 135p. Collection MEDIDROIT.
- 34 : MINISTERE DE LA JUSTICE. Décret n°2001-272 du 30 mars 2001 pris pour l'application de l'article 1316-4 du Code Civil et relatif à la signature électronique. [en ligne]. Journal Officiel, n°77 du 31 mars 2001. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005630796&dateTexte=20090717>> (consulté le 17 juillet 2009).
- 35 : CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE. Directive européenne n°1999/93/CE du 13 décembre 1999 sur un cadre communautaire pour les signatures électroniques. Journal officiel, n° L 013 du 19 janvier 2000. p. 0012-0020.
- 36 : HARBONN J., *Chiffrement : le système français*. Panorama du Médecin, 1998, n°4564, Mai 1998.
- 37 : RENARD J.-M., BEUSCART R., DELERUE D. et al., *Le réseau ville-hôpital : une nouvelle forme de communication entre professionnels de santé*. ITBM-RBM, 2000, n°21, p. 275-280.
- 38 : HOPITAL ERASME, BRUXELLES. *Charte des bonnes relations entre hôpital et médecins traitants*. [en ligne]. Disponible sur <<http://www.ulb.ac.be/erasme/fr/renseignementspratiques/medecintraitants/charte.htm>> (consulté le 12 juillet 2009)
- 39 : CENTRE HOSPITALIER DE FREJUS-SAINT-RAPHAEL. *Retour d'informations à la médecine de ville*. [en ligne]. Disponible sur <http://www.chi-frejus-saint-raphael.fr/site/entre_prof/medecine_ville.htm> (consulté le 12 juillet 2009)
- 40 : AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE. *Programme de relance du DMP et des systèmes d'information partagés de santé*. [en ligne]. Disponible sur < www.d-m-p.org/.../Programme_de_relance_DMP_et_SIS_Avril_2009.pdf > (consulté le 13 juillet 2009).
- 41 :BOURQUART K., *Dossier médical partagé ou personnel : situation internationale*. Pratiques et organisation des soins 2007, Vol 38, n°1, pp 55-67.

42 : COULOMB A., *Rapport au ministre de la santé sur les conditions et modalités de mise en œuvre du Dossier Médical Personnel*. ANAES. [en ligne]. Disponible sur http://www2.fulmedico.org/a/IMG/pdf/Rapport_Coulomb.pdf (consulté le 12 juillet 2009).

43 : MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions. [en ligne]. Journal Officiel, n°27 du 31 janvier 2007. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000822417&dateTexte=>> (consulté le 17 juillet 2009).

44 : CHOSSEGROS P., *Le DMP, plus qu'un simple outil technique à optimiser*. Rapport sur le DMP, 2008. [en ligne]. Disponible sur <www.d-m-p.org> (consulté le 13 juillet 2009).

45 : DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/E3 n° 2006-281 du 28 juin 2006 relative à la mise en œuvre du dossier médical personnel par les établissements de santé. [en ligne]. Disponible sur <<http://www.sante-gouv.fr>> (consulté le 18 juillet 2009).

46 : IPSOS SANTE, *Le DMP et les médecins, Vague 1 du baromètre*. [en ligne]. Novembre 2007. Disponible sur <<http://www.d-m-p.org/docs/BarometreDMP/BarometreMedecinIPSOSNov2007.pdf>> (consulté le 19 juillet 2009).

47 : LEVASSEUR G., BATAILLON R., SAMZUN J.-L. – URML Bretagne. *L'informatisation du cabinet médical. Baromètre des pratiques en médecine libérale*. Rennes (France) : URML – Bretagne ; Janvier 2004. [en ligne]. Disponible sur <www.urml-bretagne.fr/uploads/media/7942_01.pdf> (consulté le 18 juillet 2009).

48 : JEGOU J.-J., *L'informatisation dans le secteur de la santé : prendre enfin la mesure des enjeux*. Rapport d'information de la Commission des Finances du Sénat. 3 novembre 2005. [en ligne]. Disponible sur <www.senat.fr/rap/r05-062/r05-06231.html> (consulté le 18 juillet 2009).

49 : COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES. *La CNIL autorise les expérimentations du dossier médical personnel*. [en ligne]. Disponible sur <<http://www.cnil.fr/dossiers/sante/actualites/browse/3/article/552/la-cnil-autorise-les-experimentations-du-dossier-medical-personnel/>> (consulté le 8 juillet 2009)

50 : COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES. *La CNIL contrôle le dossier médical personnel*. [en ligne]. Disponible sur <<http://www.cnil.fr/dossiers/sante/actualites/browse/2/article/552/la-cnil-controle-le-dossier-medical-personnel/>> (consulté le 8 juillet 2009)

51 : MANAOUIL C., *Le Dossier Médical Personnel (DMP) : autopsie d'un projet ambitieux ?* Médecine et Droit, 2009, n°94, p. 24-41.

52 : ALLAERT F.-A., QUANTIN C., *Le Dossier Médical Personnel du patient : réflexions sur le portail d'accès unique et le masquage du dossier.* IRBM, 2009, n°30, p.114-118.

53 : MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, modifiant l'article L 161-36-4 du Code de l'Assurance Maladie. [en ligne]. Journal Officiel du 21 décembre 2007. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554&dateTexte=>> (consulté le 16 juillet 2009).

54 : Arrêt Mercier. Cassation civile. 20 mai 1936.

55 : CODE CIVIL. Loi n° 1804-02-07 promulguée le 17 février 1804. Article 1108. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIART000006436117&dateTexte=20090719>> (consulté le 19 juillet 2009).

56 : COUR DES COMPTES. Rapport annuel public 2009, p. 16. [en ligne]. Disponible sur <<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/Theme-170.html>> (consulté le 23 juillet 2009).

57 : COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES Délibération n°98-022 de la CNIL du 17 mars 1998 agréée par le Réseau Santé Social.

58 : PROUVOST-KELLER B. ; PROVENZANO F. ; CAISSOTTI C. et al. *Faisabilité de transfert de comptes rendus standardisés de consultation entre les médecins d'un réseau ville hôpital. Pratiques et organisation des soins* ISSN, 2007, vol. 38, no3, pp. 187-195. Société française de santé publique, Paris, France, 2007.

59 : COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES. Avis N° 453828 du 22 juin 1997 de la CNIL.

60 : FIGLAREK, C., *L'utilisation de la cryptologie dans les échanges de données médico-sociales.* Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes : 2000. [en ligne]. Disponible sur <ressources.ensp.fr/memoires/2000/edh/figlarek.pdf> (consulté le 11 août 2009).

61 : EVANGELISTA, D., *Messagerie sécurisée au service des urgences de l'hôpital d'Annecy : échange de données médicales nominatives dans le cadre du réseau ville-hôpital d'Annecy.* Thèse de Médecine Générale. Grenoble : Université Joseph Fournier, 2002, 108 p.

62 : LAMY S., *Droit de l'informatique et des réseaux.* Tome 1. 1^o édition. France : Sa Lamy, avril 2001, 2937 p.

63 : LACOEUILHE, G., *Dossier Médical : composition, conservation et informatisation*. Le Concours Médical, 2000, vol 122, n°12, pp 859-862.

64 : MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DES REFORMES ADMINISTRATIVES. Loi n°90-1170 du 29 décembre 1990 sur la réglementation des télécommunications. [en ligne]. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000533747&dateTexte=>> (consulté le 21 juillet 2009).

65 : PREMIER MINISTRE. Décret n°98-102 du 24 février 1998 définissant les conditions dans lesquelles sont agréés les organismes gérant pour le compte d'autrui des conventions secrètes de cryptologie en application de l'article 28 de la loi n° 90-1170 du 29 décembre 1990 sur la réglementation des télécommunications. [en ligne]. Journal Officiel du 25 février 1998. Disponible sur <<http://www.dsi.cnrs.fr/rmlr/textesintegaux/volume4/416-d98-102.htm>> (consulté le 18 juillet 2009).

66 : COLLEGE LORRAIN DE MEDECINE D'URGENCE. *Projet de Dossier Médical Commun d'Urgence en Lorraine*. Enquête sur l'informatisation des services d'urgence, 2006. [en ligne]. Disponible sur <<http://www.colmu.net/spip.php?article68>> (consulté le 21 juillet 2009).

67 : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. [en ligne]. Annuaire disponible sur <<http://www.conseil-national.medecin.fr/index.php>> (consulté le 25 juin 2009).

68 : APICRYPT. Annuaire apicrypt sur site internet. [en ligne]. Disponible sur <www.apicrypt.org>(consulté le 20 juillet 2009).

69: TRUFFAUT S., *Evaluation d'un réseau de soins médecine générale-urgences : analyse des modes de communication et attentes des praticiens*. Thèse de médecine générale. Paris : Université Paris 5-Descartes, 2008, 134p.

70 : HUBERT G. et al., *Information médicale : que perçoit le médecin traitant ?*, Presse Med (2009), doi : 10,1016/j.lpm.2009,03,013.

71 : PENOT C., *Relations entre médecine de ville et médecine hospitalière, enquête à proximité de l'hôpital Saint Louis*. Thèse de médecine générale. Paris : Université Paris 5-Necker, 1997.

72 : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Atlas démographique 2008. [en ligne]. Disponible sur <<http://www.conseil-national.medecin.fr/index.php?url=demographie/index.php?open=3#3>> (consulté le 20 août 2009).

73 : SICARD D., *Les médecins, évaluation au 1° janvier 2008*. Rapport ministère de la santé n°127, octobre 2008. [en ligne]. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat127.htm> (consulté le 20 août 2009).

74 : BLONDIN C., *Evaluation de la communication des médecins de services d'urgence vers les généralistes par audit de médecins généralistes et analyse des*

lettres de sortie. Thèse de médecine générale. Lille : Université de droit et de la santé, 2005, 84p.

75 : SUDRIEZ F., *La communication entre les médecins généralistes et les médecins du service des urgences de l'Hôpital Purpan*. Thèse de médecine générale. Toulouse : Université Paul Sabatier, 2001, 122p.

76 : HUBERT G., *La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital*. Thèse de médecine générale. Paris : Université Paris 13 Bobigny, 2006, 120p.

77 : BERTRAND A., THOMAS N., *Evaluation de la réception et de la qualité des courriers de sortie aux urgences*. Thèse de médecine générale. Grenoble : Université Joseph Fournier, 2008, 50p.

78 : LAXENAIRE M., SCHMITT D., MUR J.M., *Relations de l'omnipraticien avec l'hôpital*. Gestions hospitalières. 1973, n°131, pp 1407-1418.

79 : GAYARD P., HARZO C., *Médecine ambulatoire, médecine hospitalière : quels liens construire ? Approche concertée sur 2 territoires rhônalpins*. Etude pour l'URML Rhône Alpes, novembre 2008. [en ligne]. Disponible sur < <http://www.urmlra.org/srt/urmlra/edito?location.id=1480> > (consulté le 23 juillet 2009).

80 : BODO W., WILLIAMS C.-J., *Usefulness of letters from hospitals to general practitioners*. Br Med J Clin Res Ed 1994, n°1984, pp 1813-1814.

VIII - ANNEXES

Annexe n°1 : Le questionnaire soumis aux médecins généralistes.

Votre sexe

- ☐ Homme
☐ Femme

Votre ville d'exercice

Etes-vous équipé par apicrypt ?

- ☐ Oui
☐ Non

Votre mode d'exercice médical

- ☐ J'exerce seul
☐ Cabinet de groupe
☐ Maison médicale

Votre type d'exercice médical

- ☐ Urbain
☐ Semi-urbain
☐ Rural

PREMIERE PARTIE : Evaluation de la lettre médicale lors d'une consultation externe au service des urgences de Neuchâteau (patients non hospitalisés)

A) Forme et transmission du courrier médical

Est-il suffisamment lisible ?

- ☐ Oui
☐ Non

Vous apporte-t-il une aide dans le suivi de votre patient ?

- ☐ Oui
☐ Non

Le courrier vous est-il adressé en temps utiles (ex : consultation de contrôle) ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pensez-vous qu'un autre moyen de communication améliorerait sa qualité ?

(Cochez, s'ils existent, des modes de communication qui vous sembleraient plus efficaces)

- ☐ Fax
☐ E-mail
☐ Accès depuis internet aux dossiers médicaux hospitaliers informatisés de vos patients, par connexion sécurisée (SERVEUR HOSPITALIER).

Avez-vous des suggestions pour améliorer la forme et la transmission de ce courrier médical ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, lesquelles ?

B) Contenu du courrier médical de consultation externe.

Le motif de consultation est-il clairement exprimé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Les données paracliniques (constantes hémodynamiques, température...) sont-elles mentionnées ?

- ☐ Oui
☐ Non

L'examen clinique est-il suffisamment détaillé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Les résultats biologiques pertinents sont-ils clairement présentés ?

- ☐ Oui
☐ Non

Les résultats d'imagerie sont-ils clairement détaillés ?

- ☐ Oui
☐ Non

Les avis des médecins spécialistes sollicités sont-ils clairement exprimés ?

- ☐ Oui
☐ Non

Les traitements entrepris aux urgences sont-ils clairement présentés ?

- ☐ Oui
☐ Non

La mention d'un arrêt de travail est-elle clairement exprimée ?

- ☐ Oui
☐ Non

Les rendez-vous de consultations externes ultérieures sont-ils clairement indiqués ?

- ☐ Oui
☐ Non

Existe-t-il une conclusion dans ces courriers ?

- ☐ Oui
☐ Non

D'une manière générale, avez-vous des suggestions pour améliorer, simplifier ou densifier le contenu de ce courrier médical ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, lesquelles ?

DEUXIEME PARTIE : Evaluation de la nécessité d'une lettre initiale d'hospitalisation émanant du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau.

- A) Nécessité du courrier initial d'hospitalisation (il s'agirait d'un courrier médical qui vous serait adressé par le service des urgences lorsqu'un de vos patients passe par les urgences avant d'être hospitalisé à l'hôpital de Neufchâteau ; courrier qui vous serait donc adressé dans les 48h suivant le début de l'hospitalisation de votre patient).

D'une manière générale, pensez-vous qu'un courrier initial d'hospitalisation soit nécessaire ?

- ☐ Oui
☐ Non

-> Pour un meilleur suivi de votre patient ?

- ☐ Oui
☐ Non

-> Pour les familles des patients : au niveau de l'information que vous pourrez leur apporter ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour améliorer la communication avec les services hospitaliers et la prise en charge de votre patient ?

Par exemple : pour que vous communiquiez aux équipes hospitalières des informations médicales utiles (ex : « le patient est traité par antibiothérapie depuis 3 jours », oui mais laquelle ?), des données sociales dont vous avez connaissance et qui selon vous poseront des problèmes lors de l'hospitalisation, ou encore pour rectifier des erreurs ou poser des questions concernant des éléments de l'observation médicale initiale qui vous semblent étonnants voire faux !

- ☐ Oui
☐ Non

B) Mode de transmission du courrier médical initial d'hospitalisation

Selon vous, quelle forme de transmission de ce courrier médical initial d'hospitalisation serait la plus efficace ?

- ☐ Courrier postal
☐ Fax
☐ E-mail

C) Quelles informations doit contenir ce courrier ?

Motif de consultation ?

- ☐ Oui
☐ Non

Qui adresse la patient ? (Vous-même, le patient, sa famille, votre remplaçant...)

- ☐ Oui
☐ Non

Anamnèse ?

- ☐ Oui
☐ Non

Antécédents ?

- ☐ Oui
☐ Non

Le cas échéant, si vous trouviez des erreurs dans les antécédents ou l'anamnèse, seriez-vous amené à appeler le service hospitalier pour corriger ces erreurs ?

- ☐ Oui
☐ Non

Les constantes (T°, TA, Fc, Sat, Glasgow...) ?

- ☐ Oui
☐ Non

L'ensemble des données cliniques ?

- ☐ Oui
☐ Non

Ou bien seulement les anomalies cliniques relevées ?

- ☐ Oui
☐ Non

Les résultats biologiques initiaux complets ?

- ☐ Oui
☐ Non

Ou bien seulement les résultats biologiques perturbés ?

- ☐ Oui
☐ Non

Les résultats des premiers examens d'imagerie ?

- ☐ Oui
☐ Non

L'avis du médecin spécialiste hospitalier si celui-ci a été pris aux urgences ?

- ☐ Oui
☐ Non

Les traitements entrepris aux urgences ?

- ☐ Oui
☐ Non

Le diagnostic initial évoqué ?

- ☐ Oui
☐ Non

Le service de soins où votre patient est hospitalisé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Y a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez voir figurer dans un tel courrier ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, lesquels ?

TROISIEME PARTIE : Un réseau informatique sécurisé ville-hôpital ?

Dans un souci d'amélioration de la communication entre la médecine hospitalière et la médecine générale de ville, un réseau informatique sécurisé ville-hôpital pourrait être créé. Vous pourriez ainsi vous connecter en temps réel, depuis votre cabinet médical, au dossier médical informatisé de votre patient lors de son parcours de soins hospitalier (observation médicale et évolution, biologie, imagerie...)

Pensez-vous qu'un tel outil vous serait utile ?

- ☐ Oui
☐ Non

Auriez-vous le réflexe de l'utiliser ?

- ☐ Oui
☐ Non

Disposez-vous, au cabinet médical, de l'équipement adéquat pour utiliser un tel outil ?

Merci de cocher les éléments dont vous disposez au cabinet médical

- ☐ Ordinateur
☐ Connexion internet

Auriez-vous des réticences à la création d'un tel outil ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, lesquelles ?

Annexe n°2 : Lettre type actuelle de consultation externe aux urgences.

CENTRE HOSPITALIER DE NEUFCHATEAU
1280, avenue de la division Leclerc - BP 249 - 88307 NEUFCHATEAU Cedex
Tél : 03.29.94.80.00 – Fax : 03.29.94.25.54

UPATOU-SMUR

Tel ligne directe : 03.29.94.80.30

Médecin : Docteur...

Médecin traitant : identité et adresse

Résident : ...

Date de consultation : ...

Infirmier(e) : ...

Accident du travail : ...

Identité du patient : ...

Profession : ...

Date de naissance : ...

Vaccin antitétanique : ...

Allergies : ...

Ulcère : ...

Grossesse : ...

Paramètres à l'arrivée : TA : ...mmHg

Fc=.../min

SpO2=...

Fr=.../min

Dextro :

T=...°C

Glasgow : ...

Motif d'admission :

...

Examen clinique :

...

Examens complémentaires et/ou avis du spécialiste :

...

Traitement :

...

Soins infirmiers :

...

Arrêt de travail :

Couverture de soins :

Rendez-vous le :

...

...

...

Conclusion :

...

Le....

Docteur...

Annexe n°3 : Proposition de lettre type de consultation externe aux urgences.

CENTRE HOSPITALIER DE NEUFCHATEAU

1280, avenue de la division Leclerc - BP 249 - 88307 NEUFCHATEAU Cedex

Tél : 03.29.94.80.00 – Fax : 03.29.94.25.54

UPATOU-SMUR

Tel ligne directe : 03.29.94.80.30

Identité du patient : Médecin traitant : identité et adresse
Date de naissance :
Accident du travail : Oui/Non (menu déroulant)
Patient adressé par : (menu déroulant)
Date et heure de consultation aux urgences :

Vaccin antitétanique : ... Allergies : ...
Paramètres à l'arrivée : TA : ...mmHg Fc=.../min SpO2=... Fr=.../min
Dextro : ... T=...°C Glasgow : ...

Motif d'admission :

...

Synthèse de l'examen clinique :

...

Résultats biologiques significatifs :

Résultats d'imagerie :

...

Avis du médecin spécialiste :

...

Traitement :

...

Soins infirmiers :

...

Arrêt de travail :

Couverture de soins :

Rendez-vous le :

...

...

...

Conclusion médicale :

...

Date et heure de sortie du service des urgences :

...

Aide-soignant :

Infirmier(e) :

Interne de médecine générale :

Médecin des urgences :

Le....

Docteur...

Annexe n°4 : Proposition de lettre initiale d'hospitalisation.

CENTRE HOSPITALIER DE NEUFCHATEAU

1280, avenue de la division Leclerc - BP 249 - 88307 NEUFCHATEAU Cedex

Tél : 03.29.94.80.00 – Fax : 03.29.94.25.54

UPATOU-SMUR

Tel ligne directe : 03.29.94.80.30

Médecin traitant : identité et adresse

Identité du patient :

Date de naissance :

Accident du travail : *Oui/Non* (menu déroulant)

Patient adressé par (menu déroulant) :

médecin traitant/remplaçant/SAMU/famille/patient lui-même/autre

Date et heure de consultation aux urgences :

Motif d'admission :

...

Anamnèse :

...

Antécédents médicaux :

...

Antécédents chirurgicaux :

...

Antécédents allergiques :

...

Habitus : Tabac : ...

Alcool : ...

Toxicomanie : ...

Profession : ...

Conditions de vie à domicile, autonomie, aides en place :

...

Constantes à l'arrivée : TA : ...mmHg Fc=.../min SpO2=... Fr=.../min
Dextro : T=..., °C Glasgow : ...

Examen clinique complet :

...

Résultats biologiques significatifs :

...

Résultats d'imagerie :

...

Avis du médecin spécialiste :

...

Traitement entrepris +/- évolution aux urgences :

...

Diagnostic initial :

...

Examens à programmer et stratégie médicale envisagée :

...

Date et heure de sortie du service des urgences :

...

Service d'hospitalisation : (menu déroulant)

...

Identité du médecin référent du patient dans le service :

(+ n°tel du service et du secrétariat, +/- e-mail du médecin hospitalier)

...

Aide-soignant :

Infirmier(e) :

Interne de médecine générale :

Médecin des urgences :

Le....

Docteur...

VU

NANCY, le 6 octobre 2009

Le Président de Thèse

Professeur P.E. BOLLAERT

NANCY, le 7 octobre 2009

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 15 octobre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THESE :

Le secteur géographique de Neufchâteau correspond à un vaste bassin de population au sein duquel l'exercice des spécialités médicales et chirurgicales ne s'exerce qu'au sein de l'hôpital. La communication entre le service des urgences, véritable interface entre la médecine libérale et la médecine hospitalière, et les médecins généralistes se doit donc d'être optimale afin de permettre une meilleure coordination des soins entre médecins.

Un questionnaire d'évaluation qualitative de la correspondance médicale actuelle et à venir des urgences de Neufchâteau a été soumis aux 77 médecins généralistes du secteur. 39 d'entre eux ont répondu à ce questionnaire (52%) : il apparaît que les courriers actuels sont satisfaisants en termes de lisibilité et d'informativité, mais ils nécessitent plus d'exhaustivité concernant les résultats biologiques, l'imagerie médicale et les avis des médecins spécialistes hospitaliers. Un courrier initial d'hospitalisation doit être créé pour 90% des médecins libéraux. Celui-ci se voudra informatif et pourrait permettre d'initier plus de communication entre les médecins traitants et les médecins hospitaliers.

La transmission des courriers n'est pas assez rapide pour 36% des médecins libéraux. Il nous faut donc envisager d'autres moyens de transmission que les actuels courriers postaux. Parmi les solutions proposées, 77% des médecins généralistes sollicitent la création d'un réseau informatique sécurisé ville-hôpital ou la transmission de courriers électroniques cryptés sécurisés. Les critères de faisabilité expliquent que les urgences de l'hôpital de Neufchâteau devront s'équiper en premier lieu d'un système de cryptage de messages électroniques, avant d'envisager d'autres évolutions techniques plus difficiles à mettre en œuvre.

TITLE : Evaluation of the communication of the emergency department of the hospital of Neufchâteau. From a questionnaire subjected to the general practitioners of the sanitary territory of Neufchâteau.

THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2009

MOTS CLES : COMMUNICATION MEDICALE – INFORMATIQUE MEDICALE – SERVICE DES URGENCES – MEDECINE GENERALE – COURRIERS MEDICAUX

INTTULE ET ADRESSE DE L'U.F.R :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54500 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex