



*Université Lille 2  
Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Coordination des soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire :  
Point de vue des médecins généralistes**

**Etude qualitative sur 10 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 14 octobre 2014 à 14h00  
Au Pôle Formation  
**Par Eddine SAÏCH**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Bruno CARNAILLE**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Jean-Pierre TRIBOULET**

**Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE**

**Monsieur le Docteur Michel CUNIN**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Michel CUNIN**

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CHT : Communauté hospitalière de territoire

COL : Centre Oscar Lambret (Centre régional de la lutte contre le cancer)

DPC : Développement professionnel continu

HPST : Hôpital, patients, santé et territoires

LMCU : Lille métropole communauté urbaine

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

MG : Médecin généraliste

MSS : Messagerie de santé sécurisée

NTIC : Nouvelles technologies de l'information et de la communication

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

# Tables des matières

<b>RESUME .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>MATERIELS ET METHODES.....</b>	<b>6</b>
I. SELECTION DES SUJETS .....	6
II. RECUEIL DES DONNEES .....	6
A. Le guide d'entretien .....	6
B. Principe de l'entretien semi-structuré .....	7
III. ANONYMISATION DES DONNEES.....	7
IV. RETRANSCRIPTION DES DONNEES .....	7
V. L'ANALYSE DES DONNEES .....	7
A. La théorisation ancrée (grounded theory) .....	7
B. Le codage des données .....	8
1) Le codage ouvert .....	8
2) Le codage axial.....	8
3) Le codage sélectif .....	8
C. La triangulation des données.....	8
D. La saturation des données .....	8
E. Logiciel d'analyse .....	9
<b>RESULTATS .....</b>	<b>10</b>
I. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES.....	10
II. ANALYSE THEMATIQUE DU CORPUS COMPOSE DE 10 VERBATIMS .....	11
A. Un sentiment favorable sur la prise en charge globale en chirurgie ambulatoire	11
B. Un manque d'association à la prise en charge.....	11
1) Un sentiment d'une mise à l'écart.....	11
2) Un sentiment de devoir « s'auto-associer » .....	11
3) Une association de facto.....	11
C. Rôles des médecins généralistes .....	12

1) En préopératoire .....	12
a) Initiation de la prise en charge chirurgicale .....	12
b) Défendre les avantages de la chirurgie ambulatoire .....	12
c) Participation à la démarche préopératoire .....	12
d) Inutilité d'une consultation préopératoire spécifique.....	12
e) Information des patients .....	13
2) En post-opératoire .....	13
a) Premier interlocuteur médical.....	13
b) Suivi post-opératoire.....	13
c) Poursuite de la prise en charge des comorbidités .....	13
d) Mise en place de soins infirmiers à domicile .....	14
e) Prescription des arrêts de travail .....	14
<b>D. La communication avec le service de chirurgie ambulatoire.....</b>	<b>14</b>
1) Une relation exclusivement épistolaire .....	14
2) Une relation téléphonique à sens unique.....	14
a) Un contact téléphonique en présence du patient .....	14
b) Un contact téléphonique rarement nécessaire .....	15
3) Absence de messagerie sécurisée .....	15
4) Une communication par intermédiaires .....	15
<b>E. L'accès à l'information hospitalière.....</b>	<b>16</b>
1) Des unités difficilement accessibles par téléphone .....	16
2) Des chirurgiens difficilement joignables.....	16
3) L'appréhension d'appeler le service .....	16
4) Un contact téléphonique souvent utile .....	17
5) L'indisponibilité du dossier médical.....	17
6) L'absence de numéro de téléphone direct.....	17
<b>F. L'organisation de la sortie hospitalière .....</b>	<b>18</b>
1) Médecins généralistes non prévenus de la sortie de leurs patients .....	18
2) Médecins généralistes informés par leurs patients de la sortie .....	18
3) Inutilité de la consigne de consulter rapidement son médecin traitant .....	18
4) Médecins généralistes non associés à la faisabilité de sortie.....	19
5) Les attentes des médecins généralistes sur l'organisation de sortie.....	19
a) Un appel systématique à la sortie du patient.....	19
b) Une unité joignable dans les jours immédiats de la sortie.....	19

c) Un patient toujours en possession de son courrier de sortie .....	20
d) Un patient bien informé du suivi post-opératoire .....	20
<b>G. Les courriers hospitaliers .....</b>	<b>20</b>
1) Le courrier préopératoire .....	20
2) Le courrier de sortie provisoire .....	20
a) L'importance du courrier provisoire .....	20
b) Une réception tributaire du patient .....	21
c) Un courrier imparfait par définition.....	21
3) Le courrier de sortie définitif.....	21
a) Un délai de réception trop long.....	21
b) Une réception non systématique .....	21
c) Un courrier conforme aux attentes des médecins généralistes .....	22
d) Un courrier contenant trop d'informations inutiles .....	22
e) Un rôle plus accessoire .....	22
4) Utilisation du courrier par les médecins généralistes.....	22
a) Relecture avec le patient .....	22
b) Fourniture d'un double au patient.....	22
c) Archivage au format numérique.....	23
5) Les attentes des médecins généralistes sur le courrier de sortie .....	23
a) Une réception systématique et précoce .....	23
b) Des informations ciblées .....	23
<b>H. La continuité des soins.....</b>	<b>23</b>
1) La continuité des soins respectée mais basique .....	23
2) La continuité des soins articulée autour du patient.....	24
3) Un manque d'insistance sur l'importance du suivi post-opératoire.....	24
<b>I. Les traitements de sortie .....</b>	<b>24</b>
1) Les ordonnances nécessaires en possession du patient .....	24
2) Mention non systématique du traitement de sortie dans le courrier .....	25
3) Non justification des changements thérapeutiques .....	25
4) La durée de prescription remise en cause.....	25
a) Inutilité d'une prescription de courte durée.....	25
b) Le suivi post-opératoire des patients non influencé par une prescription plus longue .....	26
5) Poursuite non systématique des prescriptions hospitalières .....	26
<b>J. L'information et la compréhension des patients .....</b>	<b>26</b>

1) Sentiment que les patients sont informés.....	26
2) ... mais toutes les informations ne sont pas comprises.....	27
a) Trop d'informations délivrées aux patients.....	27
b) Les informations délivrées par le chirurgien non ou mal comprises.....	27
c) Incapacité des patients de comprendre au moment de la consultation.....	27
d) Dissimulation de l'incompréhension aux chirurgiens.....	28
e) Un sentiment de dédouanement par l'écrit.....	28
3) Le dilemme entre mauvaise compréhension du patient ou information non délivrée.....	28
4) Les médecins généralistes à disposition des patients pour les informer.....	29
a) Explications facilitées par une documentation hospitalière adaptée.....	29
b) Explications limitées par les compétences du médecin généraliste.....	29
c) Caractère chronophage de l'information du patient.....	29
5) Les solutions proposées pour une meilleure information du patient.....	30
a) Délivrer une information progressive.....	30
b) Faire répéter le patient.....	30
c) Information délivrée par un praticien formé à l'éducation thérapeutique.....	30
d) Associer le patient à sa prise en charge.....	30
e) Nécessité d'un interlocuteur unique tout au long de la prise en charge.....	31
<b>K. Absence de prise en compte des données psycho-sociales du patient.....</b>	<b>31</b>
1) Facteur stress non pris en compte.....	31
2) Absence d'évaluation globale du patient.....	31
a) Prendre en compte les données sociales et environnementales.....	31
b) Un bilan de dépendance.....	32
3) Patients laissés décisionnaires de la consultation en urgence.....	32
<b>L. La place des infirmiers libéraux.....</b>	<b>32</b>
1) L'infirmier libéral au premier plan de la prise en charge ambulatoire.....	32
2) Nécessité de créer un lien entre les infirmiers hospitaliers et libéraux.....	33
a) Par une fiche de liaison de soins infirmiers systématique.....	33
b) Par un double du courrier de sortie.....	33
c) Par téléphone.....	33
3) Nécessité d'une relation entre les médecins généralistes et les infirmiers libéraux.....	34
4) Coopération effective entre médecins généralistes et infirmiers libéraux.....	34
5) Pas de nécessité d'autres intervenants.....	34
<b>M. Les attentes des médecins généralistes.....</b>	<b>34</b>

1) Une uniformisation des pratiques .....	34
a) Un courrier standardisé .....	34
b) Un interlocuteur unique pour le patient et le médecin généraliste.....	35
c) Réduire le décalage de prise en charge entre l'hôpital et la ville.....	35
2) Une communication à double sens.....	36
a) Constat d'une relation à sens unique .....	36
b) Les médecins généralistes sont joignables.....	36
c) Les médecins généralistes en demande d'appel.....	36
d) Une communication hospitalière paradoxale.....	36
<b>N. Les médecins généralistes ressentent un sentiment de méconnaissance de la médecine de ville .....</b>	<b>37</b>
1) Une nécessité d'ouverture du monde hospitalier à la médecine de ville .....	37
2) Une méconnaissance de la médecine de ville du monde hospitalier .....	37
3) La sensation d'un sentiment de supériorité de l'hôpital .....	38
4) Le ressenti d'une relation tendue entre l'hôpital et la ville .....	38
<b>O. Améliorer la communication entre le service de chirurgie ambulatoire et les soins primaires .....</b>	<b>38</b>
1) La généralisation d'une messagerie cryptée .....	38
2) Un référent hospitalier directement accessible.....	39
3) Elaboration du courrier le jour même de la consultation.....	39
4) Un appel systématique à la sortie hospitalière .....	39
5) Réception rapide du courrier de sortie.....	40
6) Création d'un dossier commun partagé.....	40
7) Instaurer une formation continue des médecins généralistes à la chirurgie ambulatoire .....	40
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>41</b>
<b>I. DISCUSSION DE LA METHODE DE RECHERCHE .....</b>	<b>42</b>
<b>A. Les points forts de l'étude.....</b>	<b>42</b>
1) Une étude qualitative .....	42
2) Une étude inédite.....	42
3) Les entretiens semi-dirigés .....	42
4) La richesse des données recueillies .....	43
5) La validité interne de l'étude .....	43
a) La saturation des données .....	43
b) Le double codage .....	43



B. Les points faibles de l'étude .....	43
1) Biais de sélection .....	43
a) Le lieu d'exercice .....	43
b) Le mode d'exercice .....	44
2) Le choix de l'interviewer.....	44
3) Confusion des médecins généralistes .....	45
II. DISCUSSION DES RESULTATS .....	45
A. Délivrer une information directe, rapide et complète sur la sortie des patients 45	
B. Renforcer l'association des médecins généralistes dans la prise en charge en chirurgie ambulatoire .....	46
C. Initier une approche globale des patients .....	47
D. Recentrer le rôle des infirmiers libéraux.....	48
E. Améliorer la communication entre les soins primaires et les unités de chirurgie ambulatoire .....	49
III. PERSPECTIVES D'APPROFONDISSEMENT .....	51
A. Une étape quantitative.....	51
B. Les extrapolations possibles .....	51
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>55</b>

## RESUME

**Contexte** : L'amélioration de la coordination des soins entre l'hôpital et le système de soins primaires est au cœur de l'amélioration de notre système de santé. Le CHRU de Lille souffre d'une coordination ville-hôpital d'efficacité non optimale. Le développement de la chirurgie ambulatoire fait partie des objectifs du CHRU. L'objectif de l'étude était d'explorer les représentations et attentes des médecins généralistes (MG) à propos des parcours de soins en chirurgie ambulatoire au CHRU de Lille.

**Méthode** : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Les critères d'inclusion étaient : médecin généraliste du Nord-Pas-de-Calais ayant collaboré avec la chirurgie ambulatoire du CHRU de Lille. Les données étaient anonymisées, retranscrites et analysées. L'analyse s'effectuait selon la méthode de la théorisation ancrée. Les entretiens étaient réalisés jusqu'à saturation des données. Le logiciel d'analyse était QSR Nvivo 10.

**Résultats** : 10 MG ont été interrogés. Ils insistaient sur la nécessité d'une transmission directe de l'information dès la sortie hospitalière : par téléphone pour avertir de la sortie du patient puis par un courrier envoyé le plus précocement possible. Les informations devaient être simples, complètes et standardisées. Les MG souhaitaient être plus associés à la prise en charge : cela passait par une amélioration des moyens de communication notamment en promouvant le contact téléphonique et l'utilisation de Messagerie sécurisée de santé (MSS). La nécessité d'une approche globale du patient était soulignée : le champ bio-psycho-social des patients devait être pris en compte. Les MG insistaient sur un renforcement du rôle de l'infirmier libéral par une meilleure association dans la coordination des soins à la sortie des patients. Ils

souhaitaient qu'existe une meilleure connaissance réciproque des acteurs de ces deux systèmes de soins.

**Conclusion :** Les MG affirmaient que le système actuel était efficient mais perfectible. Les difficultés rencontrées par les MG ont été objectivées et ordonnées. De nombreuses propositions ont été faites pour améliorer l'actuel. Devant l'augmentation permanente des actes en chirurgie ambulatoire, la coordination des soins se doit d'être optimale pour être un gage de qualité et sécurité dans la prise en charge des patients.

## INTRODUCTION

L'amélioration de la coordination des soins entre l'hôpital et le système de soins primaires est au cœur de l'amélioration de notre système de santé. Un des objectifs essentiels de la loi HPST est de « mieux adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins de la population, aux évolutions techniques et aux attentes des professionnels de santé ». Ceci s'inscrit dans une logique de complémentarité du soin et de gradation de l'accueil du patient. L'objectif est d'établir une « offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé » (1).

La loi renforce la coordination des soins entre l'hôpital et le système de soins primaires. Cette loi favorise également les actions de collaboration des hôpitaux à l'échelle des territoires grâce à la mise en place de nouveaux outils de coopération, tels les communautés hospitalières de territoire (CHT). Le rôle du directeur d'établissement est renforcé. Il pilote un directoire, instance de pilotage stratégique, de discussion et de décision.

Le titre II de la loi HPST (Amélioration de l'accès aux soins de qualité) réorganise le système de soins en mettant en place un parcours de soins coordonné qui se décline en trois niveaux de recours. Les soins de premier recours se recentrent autour du médecin généraliste qui assure l'orientation du patient dans le système de soins. Les soins de second recours sont dispensés par les médecins des autres spécialités et les

hôpitaux locaux tandis que les soins de troisième recours, hyperspécialisés, concernent les CHU.

La loi prévoit également de renforcer la communication entre la médecine de ville et l'hôpital afin de faciliter les sorties précoces d'hospitalisation et la coordination de la prise en charge. Par ailleurs, la loi reconnaît la fonction de coordination du médecin généraliste. Le médecin généraliste de premier recours a pour mission, de manière non exhaustive, d'orienter le patient dans le système de soin, de s'assurer de la coordination des soins de ses patients et d'assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.

Il existe une carence de coordination entre le secteur hospitalier, qui représente 50 % des dépenses de santé, et le secteur ambulatoire presque exclusivement constitué par les professionnels libéraux (2). La coordination des soins est une des fonctions de la médecine générale. La qualité de cette coordination participe à l'efficacité des soins primaires, secondaires, et tertiaires.

Le CHRU de Lille souffre d'une coordination ville hôpital d'efficacité non optimale. Son directeur et le président de la CME ont organisé une table ronde sur le sujet fin juin 2012 réunissant des MG de la métropole lilloise et des médecins du CHRU de Lille.

Durant cette réunion, le projet d'établissement 2012-2016 du CHRU de Lille a été présenté (3). Les grands objectifs comprennent en particulier celui de développer une médecine personnalisée du patient, d'organiser un CHRU transdisciplinaire et de développer un CHRU performant et communicant. Une évaluation du dispositif HOP'LINE, numéro unique pour obtenir un avis spécialisé instantané a permis de

montrer la connaissance du dispositif par les médecins ambulatoires et l'intérêt ciblé de ces médecins pour obtenir un avis spécialisé. Une table ronde a porté sur la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques avec la présentation de projet de coordination et une autre sur la prise en charge ambulatoire des patients.

Le constat est que la coordination n'est pas optimale. L'exemple le plus marquant concerne la communication de base entre médecins : la lettre de sortie d'hospitalisation du patient parvient régulièrement au médecin traitant avec quelques semaines de retard. L'absence d'utilisation de moyens de communication électronique comme les messageries cryptées a été relevée comme un frein à la coordination des soins. De même, les délais de consultation et la lourdeur de prise de rendez-vous sont également des obstacles à la continuité des soins et au suivi du patient. Ce constat rapide ne permet pas d'explorer l'ensemble du fonctionnement de la coordination et notamment les représentations des acteurs, les facteurs bloquants et facilitants. La qualité de cette coordination entre les trois composantes du système de soins est un élément essentiel de l'efficacité du système.

Le développement de la chirurgie ambulatoire fait partie des objectifs du CHRU. Une coordination efficace des composantes du système de soins est nécessaire pour la réussite de ces objectifs. Le constat de carences actuel nécessite une réflexion des différents acteurs du système afin d'imaginer un fonctionnement coordonné dans le but d'apporter au patient des soins de qualité. L'objectif principal de cette étude était d'améliorer ce fonctionnement en répondant à la question suivante : quels sont les besoins et les représentations des MG à propos des parcours de soins en chirurgie ambulatoire au CHRU de Lille ?

## MATERIELS ET METHODES

Une première étape qualitative était mise en place pour explorer les représentations, des professionnels de soins primaires et leur fonctionnement. Elle permettait également de collecter les solutions proposées pour améliorer l'existant. Ces différents entretiens individuels ont été réalisés auprès de MG en contact avec des patients ayant bénéficié d'une prise en charge dans le service de chirurgie ambulatoire du CHRU de Lille. Ils ont été réalisés de janvier à juillet 2014.

### I. Sélection des sujets

Les critères d'inclusions étaient : les MG libéraux quels que soit leur âge, sexe ou mode d'exercice ayant eu au moins un patient qui avait bénéficié d'une prise en charge au sein du service de chirurgie ambulatoire du CHRU de Lille. Les MG étaient recrutés aléatoirement à partir d'une liste de médecins générée par les unités de chirurgie ambulatoire.

### II. Recueil des données

#### A. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien permet de définir le déroulement de chaque entretien tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions. Il peut être adapté au fur et à mesure de la progression de l'étude si besoin (4).

Le guide d'entretien a été élaboré en fonction des objectifs de l'enquête, des hypothèses de l'enquêteur et des résultats de la littérature scientifique.

(Annexe 1 : le guide d'entretien de l'étude)

## **B. Principe de l'entretien semi-structuré**

Les entretiens ont été réalisés sur un mode semi-structuré, encore appelé semi-directif (5). Ce mode a permis de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par l'enquêteur. L'entretien se déroulait au sein du cabinet du médecin généraliste interviewé. L'interviewer était l'investigateur de l'étude. À la fin de l'entretien, l'interviewé recueillait les caractéristiques des sujets : le sexe, l'âge, le lieu d'exercice, le mode d'exercice, la durée d'exercice de la médecine depuis l'obtention de la thèse, la durée d'installation. On lui proposait de recevoir par la suite les résultats de l'étude.

## **III. Anonymisation des données**

A chaque sujet était attribué un identifiant dans les suites de la réalisation de l'entretien. Les sujets étaient notés M suivi du chiffre dans l'ordre de réalisation des entretiens. Par exemple, le premier sujet était identifié M1.

## **IV. Retranscription des données**

Les données étaient retranscrites de manière dactylographique sur un logiciel de traitement de texte. L'ensemble de l'entretien était retranscrit fidèlement pour obtenir un verbatim (Annexe 2).

## **V. L'analyse des données**

### **A. La théorisation ancrée (*grounded theory*)**

L'analyse utilisait le principe méthodologique de la théorie ancrée (6).

La théorie ancrée est une méthode de recherche qui a pour but de générer une théorie à partir des données recueillies. Au lieu de commencer par l'hypothèse, la recherche commence par la collecte des données par des entretiens. A partir des données recueillies, les éléments principaux sont identifiés grâce à une série de codes extraits des entretiens.



La finalité était de rendre explicite et compréhensible le contenu des entretiens des différents sujets par l'émergence de grands concepts mis en relation.

## **B. Le codage des données**

Le codage était un processus en trois étapes.

### **1) Le codage ouvert**

Le codage ouvert est « un processus analytique à travers lequel des concepts sont identifiés et leurs propriétés et dimensions sont découvertes dans les données » (7).

Il réside en l'attribution de codes courts synthétisant leur contenu.

### **2) Le codage axial**

Il consiste à regrouper des codes ouverts par catégories. La dénomination de ce type de code est volontairement plus conceptualisante que celle des codes ouverts. Il cherche à comprendre comment les différents éléments se combinaient les uns aux autres pour en faire émerger des concepts.

### **3) Le codage sélectif**

Le codage sélectif était « le procédé permettant d'intégrer et d'affiner la théorie » (7). Il consistait à mettre en relation les différents concepts pour en faire émerger une théorie. Il s'agissait de la mise en relation hypothétique des catégories entre elles.

## **C. La triangulation des données**

Afin de limiter au maximum les biais liés à la préconception de la personne qui effectuait le codage, la procédure était doublée. Un intervenant réalisait son propre codage, sans aucune influence. Par la suite, une mise en commun des codes était réalisée.

## **D. La saturation des données**

A chaque entretien, un verbatim obtenu était codé avant tout nouvel entretien.

Le nombre d'entretien était déterminé par la saturation des données. Par conséquent, il n'était pas prédictible. La saturation des données était obtenue lorsque la réalisation de nouveaux entretiens n'apportait plus de nouveaux codes. Deux à trois entretiens sans nouveaux codes sont nécessaires pour vérifier cette saturation.

### **E. Logiciel d'analyse**

L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel QSR NVivo 10.

## RESULTATS

### I. Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

10 médecins généralistes ont été interrogés. Leurs principales caractéristiques sont résumées dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés**

Médecins généralistes	Sexe	Tranches d'âge (années)	Tranches de durée d'exercice (années)	Villes	Durée de l'entretien (minutes)
M1	Homme	50 - 59	16 - 20	Lille	38
M2	Femme	40 - 49	11 - 15	Lille	32
M3	Femme	40 - 49	11 - 15	Lille	17
M4	Femme	> 60	> 20	Lille	28
M5	Femme	30 - 39	11 - 15	Lille	29
M6	Femme	50 - 59	16 - 20	Lille	53
M7	Femme	30 - 39	11 - 15	Loos	34
M8	Femme	40 - 49	16 - 20	Loos	31
M9	Homme	30 - 39	11 - 15	Wattignies	20
M10	Homme	30 - 39	11 - 15	Wattignies	33

La saturation des données a été obtenue à partir du 8<sup>ème</sup> entretien. 2 entretiens supplémentaires ont été nécessaires pour la confirmer. Les enregistrements ont duré en moyenne 32 minutes. La durée des enregistrements cumulée a été de 5 heures et 15 minutes. L'entretien le plus court durait 17 minutes et le plus long 53 minutes.

## II. Analyse thématique du corpus composé de 10 verbatims

### A. Un sentiment favorable sur la prise en charge globale en chirurgie ambulatoire

« *Bien souvent ça ne se passe pas si mal que ça parce que je n'ai pas eu de patient qui soit retourné en urgence aux urgences suite à une chirurgie ambulatoire donc euh manifestement ça ne se passe pas si mal que ça* » (M1)

La majorité des médecins interrogés mettaient en avant que le système actuel fonctionnait correctement. Aucun médecin n'a rapporté d'expérience où la prise en charge globale avait été fatale pour le patient. Cette majorité considérait que le système était perfectible.

### B. Un manque d'association à la prise en charge

#### 1) Un sentiment d'une mise à l'écart

Les MG avaient le sentiment d'être écartés dès le début de la prise en charge alors qu'ils en étaient les investigateurs : « *Je suis laissée de côté... je n'ai plus la main sur la prise en charge* » (M7).

#### 2) Un sentiment de devoir « s'auto-associer »

Les MG jugeaient que leur association au projet de prise en charge se faisait à leur initiative personnelle : « *Je suis associée car je m'y « auto-associe » en initiant la prise en charge* » (M7).

#### 3) Une association de facto

Les MG affirmaient n'être à nouveau associés qu'à la sortie du patient. Ils précisaient être associés *de facto* par le patient qui sollicitait une consultation en post-opératoire à leur médecin traitant : « *Souvent je suis associée à cette prise en charge médicale bien avant de recevoir le courrier qui m'en informe* » (M7). Cette association forcée

sans en avoir été averti n'était pas appréciée des MG interrogés : « *dans la plupart des cas j'ai juste un courrier et je suis mise sur le fait accompli de la chirurgie* » (M7).

## **C. Rôles des médecins généralistes**

### **1) En préopératoire**

#### **a) Initiation de la prise en charge chirurgicale**

Les MG rappelaient que la prise en charge découlait de leur décision médicale d'adresser le patient au chirurgien : « *Ce sont nous qui avons posé l'indication... en tout cas l'initiation de la prise en charge chirurgicale* » (M6).

#### **b) Défendre les avantages de la chirurgie ambulatoire**

Les MG insistaient sur la nécessité d'avoir un discours promouvant les avantages de la chirurgie ambulatoire. La chirurgie ambulatoire n'était pas une chirurgie différente à leurs yeux. Elle différait par son organisation. La limitation des risques de complications était l'argument principal. L'argument économique n'était jamais retenu car les patients n'étaient pas réceptifs à ce type d'argumentaire.

#### **c) Participation à la démarche préopératoire**

Les MG soulignaient qu'ils contribuaient à la prise en charge préopératoire « *pour aider à remplir des questionnaires médicaux ou si il y a un rendez-vous préopératoire pour aider à remplir le questionnaire d'anesthésie ou réaliser un examen d'imagerie ou autre si il y a des questions ou s'ils ont besoin d'aide pour remplir* » (M5).

#### **d) Inutilité d'une consultation préopératoire spécifique**

Les MG jugeaient inutile de voir spécifiquement le patient avant la chirurgie : « *Je n'ai pas besoin de les voir avant... ce n'est pas aux gens de se déplacer* » (M6). Ils précisait que le patient était vu *a fortiori* de manière fortuite au décours d'un autre motif de consultation de médecine générale. Cette consultation était alors l'occasion d'échange sur le geste opératoire programmé.

### **e) Information des patients**

Les MG constataient que les patients attendaient spécifiquement de leurs médecins des explications sur le geste opératoire : « *Peut-être ont-ils juste besoin que je leur répète ou de l'entendre de la bouche de son médecin traitant... d'avoir l'accord en quelque sorte du médecin... notre avis... c'est vrai que cela compte* » (M5). Les MG étaient unanimes pour affirmer que l'information avait été délivrée au préalable par le chirurgien. Ils jugeaient que les deux parties avaient une responsabilité conjointe d'information. Ils mettaient en avant un lien de confiance plus fort avec leurs patients justifiant la nécessité de ce second avis. Une majorité de MG étaient satisfaits de la démarche de ces patients. Aucun n'a trouvé contraignant la nécessité d'expliquer à nouveau le déroulement de la chirurgie à ses patients.

## **2) En post-opératoire**

### **a) Premier interlocuteur médical**

Les MG soulignaient que le patient sortait d'un univers hospitalier très encadrant pour être livré à lui-même. Ils soulignaient leur rôle de premier recours : « *Le premier interlocuteur c'est moi* » (M7).

### **b) Suivi post-opératoire**

Les MG affirmaient être un des acteurs de la surveillance post-opératoire. Les infirmiers libéraux étaient mis en avant pour leurs contacts plus précoces et répétés avec le patient.

### **c) Poursuite de la prise en charge des comorbidités**

Les MG évoquaient leur rôle dans la poursuite de la prise en charge globale notamment des pathologies associées ou secondaires à l'indication chirurgicale. Ce rôle était perçu comme un suivi sur le long terme *a contrario* du suivi post-opératoire limité dans le temps.

#### **d) Mise en place de soins infirmiers à domicile**

Les MG relevaient que la prescription de soins à domicile par un infirmier était systématique par le service : « *On va être associé lorsqu'ils mettent des soins à domicile... des hospitalisations à domicile... et encore on est associé tardivement* » (M6). Leur rôle résidait dans le prolongement de cette prescription et dans son adaptation en fonction de l'évolution clinique.

#### **e) Prescription des arrêts de travail**

Les MG étaient disponibles « *si ils ont besoin d'un arrêt de travail* » (M6). Ces prescriptions n'étaient jamais réalisées par le service. Les MG étaient compréhensifs concernant cette pratique. Ils jugeaient qu'il était du rôle du médecin traitant de prescrire l'arrêt de travail pour son patient. Certains MG réclamaient que les chirurgiens donnent une durée approximative en fonction du type de chirurgie et de l'activité du patient. Le but était de faciliter la prescription de la durée d'arrêt de travail.

### **D. La communication avec le service de chirurgie ambulatoire**

#### **1) Une relation exclusivement épistolaire**

Les MG affirmaient qu' « *elles ont le mérite d'exister... mais elles ne sont qu'épistolaires* » (M7). Un praticien disait « *j'ai l'impression d'être une boîte aux lettres* » (M8). La nécessité d'une communication par courrier n'était pas niée. Le principal reproche était l'absence d'autre forme de communication. Le contact téléphonique plébiscité par une majorité des MG n'était jamais réalisé.

#### **2) Une relation téléphonique à sens unique**

Les MG avaient le sentiment d'être les seuls à initier des contacts téléphoniques.

##### **a) Un contact téléphonique en présence du patient**

Les MG insistaient sur le caractère contraignant d'effectuer un appel au service devant le patient : « *Lorsque je les contacte j'ai le patient devant moi... cela veut dire que j'ai*

*un temps imparti pour régler un problème* » (M7). Ils affirmaient qu'ils n'avaient pas le choix étant donné qu'ils devaient répondre à une question immédiate et urgente qui se posait à propos de leur patient présent en consultation. Les conséquences étaient : une nécessité de contact immédiat (pas de rappel possible *a posteriori*), un temps consacré court (celui de la consultation), une nécessité de réponse claire applicable immédiatement. Ces exigences étaient sources de stress pour certains médecins interrogés.

### **b) Un contact téléphonique rarement nécessaire**

Les MG ont souligné à plusieurs reprises que leur nécessité de contact téléphonique était rare : *« Lorsque je les contacte c'est par téléphone... lorsque j'ai besoin c'est dans un contexte précis... spécifique... urgent... donc rare »* (M7). Cette affirmation était souvent associée à l'idée que le déroulement de la chirurgie ambulatoire s'effectuait sans complication majeure d'où l'absence de nécessité de contact fréquent.

### **3) Absence de messagerie sécurisée**

Les MG insistaient sur l'absence d'autres modes de communication directs que le téléphone : *« Tu es obligé de passer par des mails du C.H.R. qui ne sont pas des mails cryptés... tu as le docteur machin arobase chru point fr et ce n'est pas sécurisé... je l'ai déjà fait mais je n'aime pas »* (M6). Ils mettaient en avant la simplicité d'un contact par courriel crypté. Il conférait l'avantage d'adresser le message directement au destinataire voulu, de bénéficier d'une réponse rapide et d'être rédigé en dehors de la consultation avec le patient.

### **4) Une communication par intermédiaires**

Les MG jugeaient être tributaires d'intermédiaires : *« Ce sont des relations par intermédiaires... les patients... les infirmières... »* (M5). Le principal intermédiaire était



le patient. Comme toute relation avec intermédiaire, les MG avaient le sentiment d'obtenir des informations déformées. Ce constat était à l'origine d'un dilemme : mauvaise compréhension du patient ou mauvaise délivrance de l'information par le chirurgien ? Le manque de lien direct et immédiat à la sortie du patient accroissait ce sentiment.

## **E. L'accès à l'information hospitalière**

### **1) Des unités difficilement accessibles par téléphone**

Les MG soulignaient « *qu'il est très difficile d'avoir accès à l'information... beaucoup d'attente... ce n'est pas toujours facile d'avoir le bon interlocuteur ou le même interlocuteur lorsqu'on est amené à rappeler...* » (M5).

La difficulté d'accéder par téléphone au service de chirurgie ambulatoire était liée à : l'absence de numéro de téléphone direct avec un chirurgien, un temps d'attente important au standard téléphonique, de nombreux intermédiaires pour obtenir le chirurgien (secrétaires, infirmières, internes).

### **2) Des chirurgiens difficilement joignables**

Les MG faisaient la distinction entre l'aboutissement de leur appel dans le service et le contact téléphonique direct avec le chirurgien. Ils soulignaient que leur démarche n'aboutissait pas en raison de l'indisponibilité du chirurgien : « *C'est parfois un peu compliqué d'avoir le chirurgien* » (M2).

### **3) L'appréhension d'appeler le service**

Les MG précisait que la difficulté d'accès aux unités d'hospitalisation et l'incertitude d'un contact avec le chirurgien généraient « *une appréhension avant de téléphoner... appréhension de ne pas trouver l'information en fait* » (M6). Cette appréhension était

justifiée par un temps de mise en relation avec un interlocuteur jugé perdu durant leur consultation sans avoir de réponse à apporter à leur patient.

#### **4) Un contact téléphonique souvent utile**

Une majorité des MG affirmait qu'ils avaient toutes les informations qu'ils recherchaient lorsque le chirurgien était obtenu : *« j'ai eu le droit à l'infirmière... à qui j'ai laissé un message et le chirurgien m'a rappelé tout de suite après... il a répondu à mes attentes et on a pu régler le souci tout de suite... oui oui ça s'est très bien passé... ils se sont montrés disponibles et efficaces »* (M5).

#### **5) L'indisponibilité du dossier médical**

Les MG rapportaient le vécu d'une longue attente due à l'indisponibilité du dossier médical : *« Tu n'as que l'infirmière du service qui est là et le dossier est déjà parti le plus souvent »* (M6). Ils émettaient l'hypothèse que ce dernier était archivé dès la sortie du patient. Ils soulignaient que l'appel était plus fluide dans d'autres hôpitaux où le dossier était entièrement informatisé : *« au COL tu appelles ils le retrouvent toujours... au C.H.R. ils ne le trouvent pas... et pourtant c'est à côté »* (M6).

#### **6) L'absence de numéro de téléphone direct**

Les MG déploraient qu'il s'agisse *« souvent d'un numéro non spécifique qui débouche sur un secrétariat »* (M7). Ils passaient soit par le standard du CHRU soit par le secrétariat du service. Lorsque l'interviewer rebondissait sur l'existence de la HOP'LINE, la majorité des MG répondaient ne pas réussir à accéder aux praticiens souhaités par son biais. Un médecin généraliste affirmait : *« il y a cette hotline là... ça n'a pas changé grand chose... les gens qui étaient accessibles avant le sont toujours [...] donc le fait de mettre des hotlines ça n'a rien changé du tout... et ceux qui n'étaient pas accessibles ne sont toujours pas accessibles... donc ça n'a pas changé fondamentalement les choses »* (M6).

## F. L'organisation de la sortie hospitalière

### 1) Médecins généralistes non prévenus de la sortie de leurs patients

Les MG étaient unanimes sur l'absence de notification de la sortie des patients : « *Si la personne ne vient pas me voir, je ne suis pas prévenue, je ne peux pas savoir* » (M2). Ils jugeaient qu'en l'absence d'information de la part des services, ils n'avaient aucune possibilité d'être informés si le patient ne consultait pas : « *C'est aussi un problème quand en tant que médecin traitant on n'est pas tenu informé rapidement... ou quand le patient ne vient pas nous voir... ou les deux* » (M8).

### 2) Médecins généralistes informés par leurs patients de la sortie

Les MG étaient informés par leurs patients du déroulement de la chirurgie et *a fortiori* de leur sortie. Les patients consultaient soit spontanément soit sur instruction des services hospitaliers. Le délai de consultation était variable mais les MG voyaient le plus souvent les patients dans la semaine suivant leur sortie. Les MG affirmaient que tant que le patient n'était pas vu une première fois en consultation, ils ignoraient qu'il était sorti : « *Si on le voit pas ou qu'il ne vient pas ou si on ne nous appelle pas... on n'est pas informé* » (M5).

### 3) Inutilité de la consigne de consulter rapidement son médecin traitant

« *Je ne sais pas si il y a une règle mais s'il fallait faire une règle de sortie... je pense qu'il n'est pas nécessaire que le médecin soit vu immédiatement à la sortie dans bien des cas* » (M4)

Les MG étaient unanimes pour affirmer « *que très souvent être vu par le médecin le premier jour n'est pas forcément utile* » (M6). Les MG jugeaient que cette consultation était « *redondante et plus encadrante que nécessaire* » (M4). Ils s'appuyaient sur

l'infirmier libéral en première ligne de la prise en charge qui faisait remonter un éventuel problème. Par conséquent, ils jugeaient le déplacement du patient à leur cabinet inutile. De même, le déplacement en visite n'avait qu'un intérêt limité, notamment pour prolonger une éventuelle prescription : « *Le généraliste doit passer peut être une fois parce qu'il doit réécrire sur une ordonnance ce qui a été prescrit... ça n'a qu'un intérêt limité* » (M1).

#### **4) Médecins généralistes non associés à la faisabilité de sortie**

Les MG insistaient sur l'absence de recueil de leur avis concernant la sortie des patients : « *C'est très rare qu'un chirurgien m'appelle pour savoir comment on peut organiser le retour à domicile... donc les intervenants principaux sont les patients, la famille et moi...* » (M7). De manière unanime ils affirmaient que ces contacts devaient être réalisés au cas par cas. Aucun des MG interrogés n'avait eu l'occasion de donner son avis sur un retour à domicile.

#### **5) Les attentes des médecins généralistes sur l'organisation de sortie**

##### **a) Un appel systématique à la sortie du patient**

Les MG étaient unanimes sur la nécessité « *que l'hôpital nous appelle juste pour nous dire que untel est sorti et il a eu telle chirurgie* » (M9). Ils mettaient en avant qu'un contact téléphonique résolvait la problématique de l'information du médecin à la sortie d'hospitalisation.

##### **b) Une unité joignable dans les jours immédiats de la sortie**

Les MG désiraient que l'unité reste accessible notamment dans les suites immédiates de la chirurgie. Ils insistaient sur la nécessité de conserver à disposition le dossier médical du patient et d'avoir accès à un interlocuteur (non obligatoirement médical) informé des dernières interventions chirurgicales réalisées dans le service.

### **c) Un patient toujours en possession de son courrier de sortie**

Un médecin généraliste affirmait avoir eu des patients sans courrier de sortie : « *On en a pratiquement jamais* » (M3). Il ne précisait pas si les patients l'avaient eu mais consultaient sans ce courrier de sortie. Cela soulignait la fragilité du courrier provisoire dont la réception est dépendante du patient.

### **d) Un patient bien informé du suivi post-opératoire**

Les MG insistaient sur l'importance du suivi post-opératoire. Les points-clés étaient : un rendez-vous de contrôle avec le chirurgien dont la date devait être connue du patient à sa sortie, une bonne compréhension des démarches à effectuer (consulter son médecin traitant, appeler les intervenants libéraux), une bonne compréhension des signes d'alerte devant l'amener à consulter (soit son médecin traitant, soit les urgences).

## **G. Les courriers hospitaliers**

### **1) Le courrier préopératoire**

Les MG s'accordaient sur la réception systématique d'un courrier leur signifiant la chirurgie programmée de leur patient. Ils réclamaient que l'information préopératoire soit la plus précoce possible. Ils évoquaient plusieurs cas où le courrier était reçu dans les jours précédents ou suivants l'acte chirurgical.

### **2) Le courrier de sortie provisoire**

#### **a) L'importance du courrier provisoire**

Les MG jugeaient que « *le courrier provisoire amené par le patient est capital et c'est celui qui doit être privilégié* » (M5). Ils affirmaient que le courrier provisoire, principal support d'information à la sortie du patient, contenait toutes les informations relatives à la prise en charge post-opératoire.

### **b) Une réception tributaire du patient**

Les MG soulignaient une réception du courrier provisoire dépendante du patient. Ils affirmaient que le patient était un intermédiaire obligatoire mais incertain : « *Si on le voit pas ou qu'il ne vient pas ou si on ne nous appelle pas... on n'est pas informé* » (M5).

### **c) Un courrier imparfait par définition**

Les MG s'accordaient sur le caractère incomplet de son contenu : « *Même un provisoire bien fait dans lequel on mettrait tout ce qui pourrait arriver et ce qu'il faut faire au cas où, ne serait jamais parfait* » (M1). Ils concédaient que son but était de communiquer les principales informations. Les MG rappelaient que le courrier provisoire n'avait pas pour but d'être exhaustif. Par conséquent, les MG jugeaient que ce courrier remplissait ses fonctions.

## **3) Le courrier de sortie définitif**

### **a) Un délai de réception trop long**

Les MG s'accordaient sur un délai trop long de réception du courrier définitif. « *Ça peut être par exemple un mois... mais ce n'est jamais rapide... mais bon toujours et jamais n'existent pas hein... comme ça de but en blanc je ne ressens pas... en répondant comme ça je ne le ressens pas comme quelque chose de rapide* » (M2). Ce délai de réception était en décalage avec leurs attentes quel que soit le délai constaté.

### **b) Une réception non systématique**

« *Le problème c'est que soit je ne le reçois pas toujours soit trop tard* » (M7)

Les MG affirmaient que « *le problème ce n'est pas ce qu'il y a dedans mais il faut qu'il y en ait* » (M6). Une majorité des MG interrogés déclaraient recevoir un courrier définitif.

### **c) Un courrier conforme aux attentes des médecins généralistes**

Les MG jugeaient « *qu'il s'agit d'un courrier correct* » (M2). Ils estimaient y trouver les informations nécessaires sur la prise en charge : « *C'est bien et je ne suis pas demandeur de plus d'information à la sortie des patients* » (M1).

### **d) Un courrier contenant trop d'informations inutiles**

Les MG déclaraient recevoir des informations qu'ils connaissaient (antécédents, histoire de la maladie, traitements antérieurs) inutiles à leur prise en charge : « *Il ne s'agit pas d'avoir les antécédents les machins les trucs... il faut aller aux faits* » (M1).

### **e) Un rôle plus accessoire**

Les MG accordaient une moindre importance au courrier définitif : « *Il est là à titre d'information* » (M5). La raison invoquée était sa réception intervenant après la finalisation de la prise en charge.

## **4) Utilisation du courrier par les médecins généralistes**

### **a) Relecture avec le patient**

« *Surtout je le relis avec la personne et je demande si il a des questions* » (M2)

Une majorité de MG lisaient le courrier en présence du patient. Ils s'assuraient de la bonne compréhension des informations. Ils se proposaient d'expliquer le contenu si nécessaire.

### **b) Fourniture d'un double au patient**

« *Si je vois qu'il n'est pas écrit en bas « double au patient » eh bien je lui remets lorsque je le vois en consultation* » (M2)

Les MG mentionnaient l'absence de double systématique au patient. Une minorité d'entre eux proposaient une copie du courrier de sortie reçu au patient.

### **c) Archivage au format numérique**

Une majorité des MG interrogés archivaient de manière numérique les courriers reçus. Les raisons invoquées étaient : le gain de place, la praticité et rapidité de consultation des informations sur ordinateur.

## **5) Les attentes des médecins généralistes sur le courrier de sortie**

### **a) Une réception systématique et précoce**

Les MG réclamaient un délai de réception rapide. Un médecin généraliste évoquait le délai de 72 heures (M7). Les autres insistaient sur une réception avant la première consultation de médecine générale.

### **b) Des informations ciblées**

Les MG attendaient les informations suivantes dans le courrier de sortie : le type de chirurgie, la voie d'abord, les complications durant le geste, le temps opératoire, le traitements de sortie avec sa durée précise, les éléments de surveillance, les signes d'alerte spécifiques à la chirurgie réalisée devant amener à une consultation urgente, les consignes précises concernant les soins infirmiers, la date de consultation de contrôle avec le chirurgien, un numéro de téléphone direct.

## **H. La continuité des soins**

### **1) La continuité des soins respectée mais basique**

Les MG affirmaient que la continuité des soins était respectée. Ils émettaient la nuance qu'elle était assurée *a minima* : « *C'est toujours pareil... on va respecter les vieilles traditions de continuité des soins par écrit... donc euh... elle est respectée dans le sens où l'on reçoit des lettres* » (M1). Ils jugeaient que l'hôpital s'en tenait à respecter le cadre légal de la continuité des soins : « *c'est médico-légal depuis les années 90... les coordonnées sur le courrier etc.* » (M6). Ils constataient le manque de



volontarisme dans l'instauration ou l'amélioration des modes de communication existants.

## **2) La continuité des soins articulée autour du patient**

Le seul vecteur immédiat de l'information médicale était le courrier de sortie provisoire. Les MG ont rappelé que sa réception était dépendante du patient : « *Une grande partie de cette continuité des soins est articulée autour du patient... il suffit que le patient perde ses papiers et je suis dépourvue d'information* » (M7). Ils n'évoquaient pas d'autre vecteur existant pour assurer la continuité des soins. En l'absence d'appel de l'hôpital, le patient était ce seul lien de continuité.

## **3) Un manque d'insistance sur l'importance du suivi post-opératoire**

Les MG insistaient sur le manque de rigueur des patients dans le suivi post-opératoire : « *Ca permettrait au patient de garder en tête cette information principale que sa prise en charge ne s'arrête pas à la sortie du bloc opératoire* » (M7). Cette carence était imputable selon eux à un manque d'information et de compréhension. Les erreurs relevées étaient : un retard à la prise de contact avec l'infirmier libéral, une consultation chez le médecin traitant non systématique, l'oubli des précautions post-opératoires et signes d'alerte devant amener à consulter.

# **I. Les traitements de sortie**

## **1) Les ordonnances nécessaires en possession du patient**

La majorité des MG interrogés jugeaient que les patients étaient en possession des ordonnances nécessaires à la poursuite de la prise en charge à domicile : « *Je pense qu'ils ont tout... l'ordonnance de l'infirmière... l'ordonnance pour la pharmacie... quand il faut retirer les fils... tout ça c'est fait...* » (M6).

## **2) Mention non systématique du traitement de sortie dans le courrier**

Les MG trouvaient handicapant l'absence de mention du traitement de sortie : « *Ce n'est pas forcément dans le courrier et pour peu que le patient n'ait pas son ordonnance cela devient problématique* » (M8). Cette absence n'était pas une généralité. L'accent était mis sur la difficulté à retracer ce qui a été prescrit : nécessité d'appeler la pharmacie ou d'une deuxième consultation pour montrer les boîtes de médicaments.

## **3) Non justification des changements thérapeutiques**

Les MG constataient que les modifications thérapeutiques n'étaient pas justifiées dans le courrier de sortie « *car évidemment au cours d'une hospitalisation même courte il y a parfois d'autres intervenants d'autres spécialités qui peuvent modifier les traitements... souvent ce changement est fait sans qu'il y ait mention du pourquoi du comment...* » (M9). Les MG évoquaient la nécessité d'un « retour sur expérience » : ne pas simplement acter le changement mais le comprendre. De plus, les MG précisait que certains éléments n'étaient pas pris en compte lors de ces changements. Selon les MG, la pratique la plus adéquate était de proposer un changement en le justifiant dans le courrier de sortie. Libre aux MG de prendre cette décision par la suite.

## **4) La durée de prescription remise en cause**

### **a) Inutilité d'une prescription de courte durée**

Les MG souhaitaient unanimement que tous les patients sortent avec des ordonnances (traitement et soins infirmiers). Ils souhaitaient unanimement que la durée de prescription ne soit pas volontairement courte : « *Soit le patient sort avec une ordonnance et c'est intelligent soit pour des raisons de soi-disant confraternité il sort*

avec un papier disant qu'il aille voir son médecin traitant pour qu'on lui délivre une ordonnance » (M1). Les MG affirmaient que la volonté hospitalière d'une prescription courte relevait d'une consultation rapide du médecin traitant. Cette mesure n'était pas justifiée à leurs yeux.

#### **b) Le suivi post-opératoire des patients non influencé par une prescription plus longue**

Les MG jugeaient qu'une prescription de plus longue durée n'avait eu aucune incidence dans leur suivi post-opératoire : « *En fait il n'est pas rare de voir des gens qui sont sortis avec l'ordonnance de l'hôpital et qui viennent quand même* » (M4). Les MG proposaient que les patients aient systématiquement « *une ordonnance pour une semaine par exemple... comme ils ont pour les soins infirmiers* » (M5).

#### **5) Poursuite non systématique des prescriptions hospitalières**

Les MG se gardaient le droit de prescrire ce qui était en accord avec leur pratique : « *Je ne vois pas du tout la lettre de sortie en particulier pour les antalgiques comme une injonction à donner ce traitement* » (M4). Par exemple, les MG mentionnaient que les antalgiques prescrits étaient souvent des paliers 1 et 2 : les douleurs post-opératoires ne nécessitaient pas systématiquement cette association.

### **J. L'information et la compréhension des patients**

#### **1) Sentiment que les patients sont informés...**

Les MG considéraient que « *les indications qui sont données aux patients ainsi que les documents sont corrects... pour ce qui est du C.H.R.U.* » (M7), que cela soit en période préopératoire ou post-opératoire.

## **2) ... mais toutes les informations ne sont pas comprises**

Les MG constataient que les informations délivrées n'étaient pas systématiquement comprises : « *Je sais bien que mes confrères chirurgiens ont délivré l'information... mais l'information n'est pas forcément comprise...* » (M7).

### **a) Trop d'informations délivrées aux patients**

Les MG objectivaient un sentiment de surinformation du patient : « *Comme me disait un patient « il m'a tout dit et je n'ai rien compris » »* (M1). Les MG accordaient aux chirurgiens la volonté de bien faire en donnant toutes les informations possibles sur un court laps de temps : « *Ils ont un flot d'informations préopératoires durant 15 minutes* » (M7). Certains MG ressentait cette surinformation comme une forme de dédouanement : l'information avait été délivrée pour satisfaire une obligation légale sans s'assurer de sa bonne réception.

### **b) Les informations délivrées par le chirurgien non ou mal comprises**

Les MG affirmaient que les informations étaient difficilement compréhensibles indépendamment du niveau d'étude ou niveau socio-professionnel des patients : « *Il me semble difficile que tout le monde puisse comprendre sur une première explication* » (M4). Les MG n'affirmaient pas que les informations étaient mal délivrées car ils n'avaient aucun retour objectif du déroulement de la consultation avec le chirurgien.

### **c) Incapacité des patients de comprendre au moment de la consultation**

Les facteurs psychologiques tels que l'anxiété et la peur pouvaient parasiter une bonne compréhension de l'information : « *Souvent c'est compliqué, l'hôpital c'est un peu tétanisant pour les gens et ils n'osent pas poser les questions, on est dans d'autres émotions* » (M2). Le langage médical non vulgarisé était un frein à la bonne

compréhension des patients. Les MG constataient que certains patients avaient le sentiment de perdre leur libre arbitre : « *On les projette dans une situation de... de non maîtrise totale... bah ce n'est pas facile à accepter pour tout un chacun... chacun à son niveau de tolérance* » (M4).

#### **d) Dissimulation de l'incompréhension aux chirurgiens**

Les MG constataient que les patients rencontraient des difficultés à questionner le chirurgien. Les raisons invoquées étaient : gêne de faire répéter ou reformuler, sentiment d'infériorité, peur du ridicule, peur d'empiéter sur le temps du chirurgien. « *Les chirurgiens ils sont impressionnants... les gens sont souvent assez simples et ils n'ont pas envie d'embêter le monsieur qui travaille* » (M6).

#### **e) Un sentiment de dédouanement par l'écrit**

Les MG insistaient sur le fait que les documents remis au patient tenaient lieu d'explications : « *Je trouve que c'est un peu rapide les explications avec ce côté agaçant à mon sens du dédouanement par le papier donné, le papier signé... ces espèces de choses protocolaires* » (M2). La délivrance de l'information par l'écrit permettait d'assurer une traçabilité de sa délivrance. Elle ne permettait pas juger de sa qualité ou de sa compréhension. Par exemple, certains MG précisait que les chirurgiens ne s'enquerraient pas systématiquement de la compréhension du français écrit.

### **3) Le dilemme entre mauvaise compréhension du patient ou information non délivrée**

Lorsque les MG revoyaient des patients qui n'avaient pas compris les principes de leur prise en charge, ils ne parvenaient pas à discerner la part d'incompréhension du patient ou de non information par le chirurgien : « *Après ça peut être le médecin qui s'est mal exprimé ou le patient qui n'a rien compris* » (M6).

#### **4) Les médecins généralistes à disposition des patients pour les informer**

Les MG étaient le principal recours des patients en manque d'information : « *On joue un rôle important, il faut réexpliquer les choses qu'on leur a déjà probablement bien expliquées en détail* » (M3).

##### **a) Explications facilitées par une documentation hospitalière adaptée**

Les MG reconnaissaient l'importance de la documentation écrite remise aux patients. Celle-ci permettait de retrouver les informations que les patients n'avaient pas intégrées lors de la consultation. Elle servait de support aux MG pour reprendre les bases de la prise en charge : « *Souvent ce sont des documents qu'ils ramènent et qu'ils vont nous montrer donc on a un support intéressant* » (M5).

##### **b) Explications limitées par les compétences du médecin généraliste**

Les MG reconnaissaient leurs limites de compétences : « *Des fois c'est difficile pour nous parce que c'est de la chirurgie* » (M4). Ces limites étaient à l'origine de difficulté dans la retranscription de l'information aux patients.

##### **c) Caractère chronophage de l'information du patient**

Les MG s'accordaient sur le fait que les explications au patient requéraient du temps de consultation : « *On leur a donné tout ça et puis ils viennent ici pour qu'on leur explique car c'est très long à expliquer tout ça* » (M2). La majorité des MG appréciait ce temps explicatif malgré son caractère chronophage.

## **5) Les solutions proposées pour une meilleure information du patient**

### **a) Délivrer une information progressive**

L'information délivrée au patient devait être progressive avec des termes simples : « *Ce qu'il faut faire c'est être progressif avec le patient* » (M1). Les MG concédaient que les chirurgiens n'avaient pas le temps nécessaire à l'évaluation de la compréhension du patient en une consultation unique. La délivrance progressive de l'information ne se concevait que dans le cadre de consultations multiples.

### **b) Faire répéter le patient**

Les MG proposaient que les chirurgiens demandent aux patients ce qu'ils ont retenu de leur consultation : « *Il faut chercher à savoir ce que le patient a compris car ce n'est pas facile de dire « je n'ai pas compris »* » (M4).

### **c) Information délivrée par un praticien formé à l'éducation thérapeutique**

Les MG proposaient que l'information soit délivrée par un praticien ayant la connaissance des facteurs influençant la compréhension des patients (socio-culturel, psychologique, environnemental). Ils préconisaient que les chirurgiens puissent bénéficier d'une formation spécifique.

### **d) Associer le patient à sa prise en charge**

Les MG proposaient que le patient soit plus associé à sa prise en charge. Cela passait par un pouvoir décisionnel laissé au patient : avoir le sentiment de pouvoir accepter ou refuser l'opération, de pouvoir requérir des informations supplémentaires et de garder une liberté dans la prise de rendez-vous et des dates d'hospitalisations.

### **e) Nécessité d'un interlocuteur unique tout au long de la prise en charge**

Les MG jugeaient nécessaire qu'un seul chirurgien assure la prise en charge de la consultation préopératoire à la sortie d'hospitalisation.

## **K. Absence de prise en compte des données psycho-sociales du patient**

### **1) Facteur stress non pris en compte**

Les MG soulignaient que l'anxiété était omniprésente durant toute la prise en charge notamment hospitalière : *« ça reste un facteur de stress important pour le patient... j'ai l'impression que ce facteur de stress n'est pas forcément pris correctement en considération sous prétexte que c'est une « petite chirurgie » »* (M7). Ce stress était multifactoriel : la dépossession de son corps, les risques de complications anesthésique et opératoire ou de décès, la peur de l'inconnu. Ce stress avait pour conséquence un défaut de perception de l'information : *« Il fait écran à la réception des informations médicales »* (M7).

### **2) Absence d'évaluation globale du patient**

#### **a) Prendre en compte les données sociales et environnementales**

Les MG constataient un manque de prise en compte des données socio-environnementales. Ils affirmaient que le retour à domicile était difficile pour une partie de leur patientèle. Les difficultés reposaient sur des conditions précaires au domicile, un isolement familial, des troubles de la compréhension. Ils insistaient sur la nécessité d'une évaluation sociale préalable pour ces patients. Cette évaluation sociale était orientée par le médecin généraliste dans son courrier à l'adresse du chirurgien.



## **b) Un bilan de dépendance**

Les MG constataient également un manque de prise en compte de la perte d'autonomie notamment chez les personnes d'âgées. Ce volet était perçu comme secondaire. Ce type de patient n'était le plus souvent pas éligible à une chirurgie ambulatoire.

## **3) Patients laissés décisionnaires de la consultation en urgence**

« *« Si ça ne va pas vous revenez »... cela veut dire que cela peut ne pas aller et c'est à eux de prendre l'initiative de la suite des choses* » (M6).

Les MG affirmaient que les patients n'étaient pas en capacité de décider seuls d'une éventuelle consultation en urgence. Les MG insistaient pour que des signes d'alerte et des consignes claires de nouvelle consultation soient donnés aux patients. L'éducation du patient était considérée comme primordiale. Les MG n'envisageaient pas d'adresser leurs patients directement en chirurgie ambulatoire suite à une complication par méconnaissance de cette possibilité.

## **L. La place des infirmiers libéraux**

### **1) L'infirmier libéral au premier plan de la prise en charge ambulatoire**

Les MG étaient unanimes sur le rôle prioritaire des infirmiers libéraux dans la poursuite de la prise en charge ambulatoire : « *C'est une malhonnêteté de dire que le médecin traitant est au premier plan c'est d'abord et avant tout l'infirmier* » (M1). Ils considéraient que les infirmiers avaient les compétences adéquates dans la prise en charge précoce des patients : « *C'est l'infirmier qui est au premier rang du bazar, c'est lui qui fait les soins, c'est lui qui nous appelle s'il trouve que quelque chose ne va pas* » (M2). Ils considéraient que l'infirmier libéral devait être le premier interlocuteur

ambulatoire : « *Ils ont un rôle important... c'est la première personne vers qui est dirigé le patient en postopératoire* » (M9).

## **2) Nécessité de créer un lien entre les infirmiers hospitaliers et libéraux**

« *Si j'écoute autour de moi, j'entends les infirmiers qui signalent qu'il n'y pas de communication d'infirmier à infirmier* » (M4)

Pour la majorité des MG interrogés, la sortie hospitalière devait se faire « *d'infirmier à infirmier* » (M1). Ils constataient qu'en pratique les infirmiers libéraux n'avaient pas systématiquement les informations adéquates de leurs collègues hospitaliers : « *souvent ils sont pauvres en transmission* » (M2).

### **a) Par une fiche de liaison de soins infirmiers systématique**

« *Pour améliorer la prise en charge... cela serait intéressant que les infirmières aient de manière systématique une fiche de liaison infirmière* » (M7). Cette fiche de liaison existait selon la majorité des MG interrogés. Son caractère systématique était remis en cause. L'existence systématique de cette fiche était plébiscitée par les MG.

### **b) Par un double du courrier de sortie**

Les MG proposaient que les infirmiers libéraux soient bénéficiaires « *de manière systématique d'une copie du courrier aux infirmières* » (M7). Les MG constataient que l'infirmier étant le premier interlocuteur, il avait *a fortiori* accès au courrier remis au patient avant les MG.

### **c) Par téléphone**

Les MG proposaient qu' « *éventuellement si il doit y avoir un coup de fil c'est à cet infirmier ou infirmière qui va intervenir au domicile* » (M1). Le but était d'assurer un relais ambulatoire le plus précoce tout en facilitant l'organisation de l'infirmier libéral.

### **3) Nécessité d'une relation entre les médecins généralistes et les infirmiers libéraux**

Les MG ont insisté sur la nécessité d'une communication avec l'infirmier libéral choisi par le patient : « *Ce que je déplore c'est que c'est le patient qui choisit son infirmier donc je ne sais pas qui il a choisi... donc je ne sais pas forcément ce qu'il se passe... car nous n'avons pas forcément de contact* » (M7). L'infirmier libéral devait contacter le médecin généraliste lorsqu'il jugeait que la situation dépassait ses compétences : « *Elles sont associées aux soins oui... mais il n'y a pas forcément de cohérence avec nous... si le lien entre l'infirmier et le médecin n'existe pas avant... ils ne vont pas spécialement nous appeler* » (M6). Ce d'autant plus qu' « *ils ont leur ordonnance et leur protocole* » (M6) leur conférant une certaine autonomie.

### **4) Coopération effective entre médecins généralistes et infirmiers libéraux**

Les MG soulignaient que la coopération « *est bonne... entre nous et les infirmiers ça marche très bien... une bonne coopération* » (M5).

### **5) Pas de nécessité d'autres intervenants**

Les MG insistaient sur l'inutilité des réseaux de soins ou les systèmes d'hospitalisation à domicile dans la majorité des cas. Ces aides n'étaient pas compatibles avec une prise en charge ambulatoire. Les infirmiers devaient rester les principaux intervenants.

## **M. Les attentes des médecins généralistes**

### **1) Une uniformisation des pratiques**

#### **a) Un courrier standardisé**

Les MG attendaient « *un courrier standardisé* » (M8) de sortie quelle que soit la chirurgie réalisée : Les informations attendues étaient récurrentes dans leur discours (cf. II. G. 5 b)).

### **b) Un interlocuteur unique pour le patient et le médecin généraliste**

Les MG insistaient sur l'importance de la prise en charge globale par un seul et même intervenant chirurgical : « *La personne qu'il voit dans les différentes consultations et qu'il revoit après en préopératoire et qui sera au bloc et qui fera le tour à la fin ce ne sont pas forcément les mêmes* » (M6). Certains médecins précisaient que cette absence d'unicité avait amené certains de leurs patients à ne plus initier une prise en charge au CHRU. Ils mettaient en évidence un paradoxe entre la notion de prise en charge ambulatoire et la multiplicité des intervenants.

Les MG insistaient sur l'absence d'interlocuteur unique dans leur prise de contact : « *Ce n'est pas toujours facile d'avoir le bon interlocuteur ou le même interlocuteur lorsqu'on est amené à rappeler* » (M5). Ce manquement était jugé moins handicapant puisque cette nécessité de contact était rare.

### **c) Réduire le décalage de prise en charge entre l'hôpital et la ville**

Les MG constataient une différence de prise en charge entre un hôpital encadrant et un retour à domicile libératoire : « *Je pense qu'il y a un tel hiatus entre le patient qui est à l'hôpital complètement... euh... ah ah ah... dépossédé de ses capacités de décisions... il se retrouve en ville et puis du coup là c'est moi qui décide parce que voilà il va voir son médecin il va voir une infirmière... il y a un tel hiatus que... c'est compliqué pour les patients* » (M4). Les MG précisaient que ce sentiment était accentué par l'absence d'information des professionnels libéraux de la sortie du patient. C'était la solution retenue pour réduire cet écart.

## 2) Une communication à double sens

### a) Constat d'une relation à sens unique

Les MG affirmaient être informés par le service. Ils reprochaient l'absence de contrôle de ce flux d'information et la difficulté à avoir un droit de réponse : « *Je reçois des informations qu'on veut bien me donner mais je n'ai pas l'impression d'avoir un interlocuteur vers qui me tourner* » (M8).

### b) Les médecins généralistes sont joignables

Les MG insistaient sur l'évolution de la Médecine Générale de ces vingt dernières années : « *peut être qu'elle commence à comprendre qu'on est un peu plus joignable que les prédécesseurs MG qui étaient à leur cabinet deux heures par jour pour leurs rendez-vous, le reste du temps en visite* » (M1). Ils évoquaient une accessibilité rendue possible par : un temps de présence majoritairement au cabinet, une généralisation des secrétariats (au minimum téléphonique), un accès direct par le téléphone portable si nécessaire. Les MG ressentaient la persistance d'une fausse croyance quant à leur accessibilité.

### c) Les médecins généralistes en demande d'appel

Le corollaire était le désir d'être informés par téléphone de la sortie des patients : « *Ce que je regrette c'est qu'il n'y ait pas de coup de fil* » (M2). Les MG mettaient en avant la simplicité de l'acte, son caractère rapide et immédiat, la transmission directe d'information : « *juste prévenir avant la sortie le médecin... ce n'est pas compliqué* » (M6). La part de leurs patients concernés par la chirurgie ambulatoire était minime. Par conséquent, ils ne trouvaient pas cette mesure contraignante.

### d) Une communication hospitalière paradoxale

Un médecin généraliste mettait en évidence un paradoxe : « *ils arrivent à nous trouver lorsqu'ils veulent des informations sur le patient... quand il faut nous en donner on n'est pas moins joignable* » (M6). . Pour ce médecin, c'était la preuve qu'un appel

systematique à la sortie des patients était possible : « *il y a clairement un effort à faire car ça m'a toujours scié de voir que lorsqu'ils ont besoin de nous ils savent nous trouver* » (M6).

## **N. Les médecins généralistes ressentent un sentiment de méconnaissance de la médecine de ville**

### **1) Une nécessité d'ouverture du monde hospitalier à la médecine de ville**

Les MG proposaient que des journées ambulatoires soient proposées aux intervenants hospitaliers pour mieux comprendre le fonctionnement et les besoins de ces médecins : « *Tant que l'hôpital ne décidera pas de mettre ses agents quels qu'ils soient un peu en ville [...] nous aurons toujours du mal à communiquer et ça c'est une conviction profonde* » (M4).

### **2) Une méconnaissance de la médecine de ville du monde hospitalier**

Certains MG avaient la conviction de ne pas être compris de leurs confrères hospitaliers par méconnaissance de leur pratique. Cette méconnaissance était due au parcours strictement hospitalier d'une partie du personnel hospitalier : « *les praticiens hospitaliers à temps complet y sont rentrés à dix-huit ans en fac et n'en sont jamais sortis... donc ils évoluent dans un milieu fermé où ils ne nous connaissent pas bien* » (M6). Cette méconnaissance était à l'origine d'une frustration. Les MG avaient le sentiment d'être jugé sur leur pratique par un monde hospitalier loin de cette dernière : « *ils ont tous fait leur formation à l'hôpital et ils ne savent absolument pas comment ça se passe en ville* » (M4).

### 3) La sensation d'un sentiment de supériorité de l'hôpital

Un médecin généraliste mettait l'accent sur le rapport inégal entre le cabinet de ville et le complexe hospitalier : « *on a l'impression qu'à l'hôpital on a une légitimité de fait* » (M1). Ce médecin mettait l'accent sur l'absence de débat possible sur les prises en charge. Il était le seul à souligner que les MG s'efforçaient de faire de l'*Evidence-Based Medicine* (médecine factuelle). Il affirmait que la rigueur scientifique et le suivi des recommandations n'étaient pas l'apanage de l'hôpital. Il soulignait que cette remarque n'était pas spécifique à la chirurgie ambulatoire.

### 4) Le ressenti d'une relation tendue entre l'hôpital et la ville

Un médecin généraliste constatait un manque de confraternité réciproque. Il soulignait que ce n'était pas spécifique à chirurgie ambulatoire. Il s'agissait d'un des freins à la élaboration d'une coordination des soins efficiente. Selon ce médecin : « *de toute façon la ville elle dit « gna gna gna l'hôpital ça ne se passe pas bien » et l'hôpital « gna gna gna la ville ils ne savent jamais quoi faire et ils sont toujours nuls », tant qu'on restera sur ce truc là...* » (M4).

## O. Améliorer la communication entre le service de chirurgie ambulatoire et les soins primaires

### 1) La généralisation d'une messagerie cryptée

Les MG réclamaient une généralisation de l'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé. Une majorité des MG utilisait ce système. La totalité des utilisateurs fonctionnait sur Apicrypt. La facilité d'utilisation, la réception immédiate, l'échange direct, la numérisation des données, la confidentialité et la dématérialisation du dossier patient étaient les principaux avantages invoqués. Les MG évoquaient la nécessité d'une obligation légale pour promouvoir la généralisation de ce système.

## 2) Un référent hospitalier directement accessible

Les MG mettaient en avant l'utilité d'un référent hospitalier directement accessible « *avec qui on peut discuter du moins et poser des questions sur ce que je viens de faire par exemple... oui ça simplifie les choses... on lui pose directement les questions donc oui ça me paraît intéressant* » (M1). Certaines précisions étaient émises : un référent ayant connaissance des chirurgies réalisées récemment et accessible directement par un numéro spécifique. La fonction de ce référent n'était pas le critère prioritaire des MG : ils proposaient un chirurgien ou un infirmier tant que les exigences citées ci-dessus prévalaient. Si le choix leur était donné, ils préféraient avoir le chirurgien en première intention. L'accent était mis sur « *l'intérêt limité dans le sens où un simple coup de fil peut permettre de s'épargner un poste administratif supplémentaire* » (M9).

## 3) Elaboration du courrier le jour même de la consultation

Un médecin généraliste insistait sur la possibilité de réaliser les courriers le jour même de la consultation. Il se basait sur l'exemple des cabinets de médecine libérale avec l'utilisation de logiciel de dictée vocale : « *a fortiori à l'hôpital ça doit être faisable* » (M6). Il mettait l'accent sur le plus grand nombre de moyens de l'hôpital. Les principaux freins à cette mesure étaient selon lui : l'absence de logiciel dédié de reconnaissance vocale (réservé actuellement aux radiologues), l'absence de volonté individuelle, une mauvaise attribution et une sectorisation stricte des tâches administratives des secrétaires. Dans son idéal, le courrier était envoyé par messagerie cryptée par la suite permettant une continuité des soins assurée « *en direct* » par le médecin généraliste.

## 4) Un appel systématique à la sortie hospitalière

Les MG étaient unanimes sur la nécessité d'être contactés à la sortie des patients.



### **5) Réception rapide du courrier de sortie**

A défaut d'une généralisation de la messagerie cryptée, les MG réclamaient recevoir les courriers de sortie de manière précoce : « *j'attends que cette communication écrite se fasse de manière rapide étant donné que la chirurgie ambulatoire cela se fait rapidement* » (M7). Actuellement il s'agissait pour les MG du seul lien direct et complet avec les unités de chirurgie ambulatoire : « *Il faudrait nous l'envoyer le jour de la sortie par voie postale* » (M5).

### **6) Création d'un dossier commun partagé**

Les MG évoquaient l'hypothèse d'une mise en place d'un dossier commun partagé. Non spécifique à la chirurgie ambulatoire, il permettait sur un support unique de transmettre entre professionnels de santé les actualisations du dossier médical informatique.

### **7) Instaurer une formation continue des médecins généralistes à la chirurgie ambulatoire**

Les MG interrogés avouaient ne pas être informés des dernières actualisations ou innovations chirurgicales. Une majorité des MG évoquaient se baser sur des connaissances médicales concernant la chirurgie de leur patient qui n'étaient peut être plus en adéquation avec les techniques chirurgicales actuelles. Ils proposaient d'être sensibilisés de diverses manières au déroulement des chirurgies ambulatoires fréquentes afin d'assurer un meilleur suivi post-opératoire : « *ce que je trouverais fort sympathique c'est qu'on nous adresse des protocoles ou des mises à jour sur leur façon de faire sur telle ou telle prise en charge... tels éléments de surveillance... telle nouveauté sur leur habitude d'exercice* » (M9). Ils évoquaient par exemple des fiches informatives, des protocoles de surveillance ou des cours au sein du développement professionnel continu (DPC).

## DISCUSSION

Cette étude a permis d'explorer les représentations des MG sur la coordination des soins avec la chirurgie ambulatoire du CHRU de Lille. Les MG mettaient l'accent sur la nécessité d'une transmission directe de l'information dès la sortie hospitalière : par téléphone pour avertir de la sortie du patient puis par un courrier envoyé le plus précocement possible. Les informations devaient être simples, complètes et standardisées. Les MG souhaitaient être plus associés à la prise en charge : ce renforcement passait par une amélioration des moyens de communication entre les soins primaires et les unités de chirurgie ambulatoire notamment en promouvant le contact téléphonique et l'utilisation d'une Messagerie sécurisée de santé (MSS). La nécessité d'une approche globale du patient était soulignée : le champ bio-psycho-social des patients devait être pris en compte, le champ bio médical ne permettant pas une approche complète et optimale des patients. Les MG insistaient sur un renforcement du rôle de l'infirmier libéral par une meilleure association dans la coordination des soins. Enfin, ils souhaitaient qu'existe une meilleure connaissance réciproque des acteurs de ces deux systèmes de soins.

## I. Discussion de la méthode de recherche

### A. Les points forts de l'étude

#### 1) Une étude qualitative

La recherche qualitative est une méthode d'enquête employée dans de nombreuses disciplines universitaires. Son but est la compréhension du comportement humain et des raisons qui le dirigent. La méthode qualitative explore le « pourquoi » et le « comment » des prises de décisions (8). *A contrario* des études quantitatives qui explorent les « quoi », « où » et « quand ». Ces méthodes ont des approches différentes mais sont complémentaires. Cette méthode est adaptée à l'exploration des pratiques en soins primaires (9). Elle permet au delà de la simple constatation de faits de comprendre les raisons d'une opinion (10). Le point fort de l'étude est d'avoir relevé les freins à une coordination des soins efficiente aux yeux des MG interrogés et d'y apporter des solutions.

#### 2) Une étude inédite

Aucune étude qualitative n'a été réalisée sur l'exploration des représentations des MG sur la chirurgie ambulatoire en France. La méthode de cette étude a permis de donner pour la première fois la parole aux MG sur leurs perceptions et attentes de la prise en charge en chirurgie ambulatoire.

#### 3) Les entretiens semi-dirigés

De part leur nature, les entretiens semi-dirigés permettaient une libre expression de l'interviewé tout en assurant à l'interviewer que les thématiques ciblées soient abordées. Il s'agissait d'un bon compromis méthodologique entre les attentes de l'interviewer et sa liberté d'expression nécessaire à un recueil de données suffisant (11).

#### **4) La richesse des données recueillies**

La majorité des entretiens réalisés a permis le recueil de nombreuses données. Les MG interrogés se sentaient concernés par le sujet de l'étude. Par conséquent, leur implication au cours des entretiens était accrue. Les MG abordaient spontanément les thématiques prévues par l'interviewer dans le guide d'entretien. Les exemples et les références à des situations authentiques étaient nombreux. Les MG souhaitaient qu'à travers ces interviews leurs opinions et leurs propositions puissent être entendues et appliquées.

#### **5) La validité interne de l'étude**

##### **a) La saturation des données**

La validité interne de l'étude était assurée par l'obtention de la saturation des données (12). La saturation des données a été obtenue au huitième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés confirmant qu'elle était effective par l'absence de nouvelle donnée.

##### **b) Le double codage**

La validité interne était renforcée par le double codage réalisé au terme du recueil des données (13). Ce double codage a été réalisé par un médecin généraliste impliqué dans le projet de recherche.

### **B. Les points faibles de l'étude**

#### **1) Biais de sélection**

##### **a) Le lieu d'exercice**

Tous les MG interrogés exerçaient sur Lille Métropole Communauté Urbaine (LMCU), *a fortiori* à proximité du CHRU de Lille. Cependant, il faut confronter ce biais au recrutement des patients du CHRU de Lille qui sont majoritairement des résidents de

LMCU. En 2012, plus de 10 % des séjours réalisés en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) au CHRU de Lille étaient des patients résidant dans LMCU à l'exception de Roubaix et Tourcoing. Le reste de la région Nord-Pas-de-Calais représentait 10 % ou moins des séjours réalisés en MCO au CHRU de Lille (14).

### **b) Le mode d'exercice**

La totalité des MG recrutés avaient un mode d'exercice urbain exclusif. Cinq médecins interrogés exerçaient en cabinet de groupe. Cinq médecins interrogés exerçaient seuls. Les moyens techniques et humains sont différents en fonction du mode d'exercice. Ces différences expliquaient que les médecins interrogés avaient plus de moyens à leur disposition, des visites moins nombreuses, un temps de présence au cabinet plus important et une charge de travail moins importante. Autant de facteurs influençant leurs réponses.

## **2) Le choix de l'interviewer**

L'interviewer était l'investigateur de l'étude. L'investigateur se présentait aux MG comme interne de Médecine Générale. Ce facteur influençait le déroulement des entretiens. L'influence d'un interviewer médecin dans la réalisation des entretiens a déjà été évaluée (12). Il favorisait pour certains la richesse du discours de l'interviewé : mise en confiance, sentiment d'être compris, sentiment de partager un intérêt commun pour le sujet, sentiment que son avis compte, sentiment d'une liberté de parole devant un interlocuteur compréhensif. Pour d'autres il amenait à un verrouillage du dialogue : sentiment d'être jugé par un pair, relation de supériorité, attente d'un appui des propos de l'interviewer ou d'une intervention dans le raisonnement de l'interviewé. L'interviewer restait neutre. Cette neutralité était assurée par le guide d'entretien (15).

### **3) Confusion des médecins généralistes**

L'étude portée exclusivement sur la chirurgie ambulatoire au CHRU de Lille. Les MG étaient amenés à sortir du cadre de l'étude : ils répondaient parfois aux questions sur d'autres services du CHRU de Lille ou d'autres hôpitaux de la région Nord-Pas-de-Calais. L'interviewer recentrait systématiquement le sujet sur la chirurgie ambulatoire au CHRU de Lille. Par défaut d'exemple sur le CHRU ou par défaut de mémoire, il était probable que les MG répondaient à certaines questions de manière générale sans que la chirurgie ambulatoire du CHRU ne guide spécifiquement leur réponse.

## **II. Discussion des résultats**

### **A. Délivrer une information directe, rapide et complète sur la sortie des patients**

Les MG désiraient être associés à la prise en charge notamment au moment de la sortie hospitalière. Ils souhaitaient être informés systématiquement par téléphone de la sortie de leur patient puis recevoir de manière précoce un courrier de sortie standardisé et complet, préférentiellement par messagerie cryptée avec un double du courrier par voie postale. Une étude quantitative a été réalisée en 2010 sur 156 MG de la Meuse (16). 57 % étaient moyennement satisfaits et 24% peu ou pas satisfaits de la façon dont ils étaient informés de la sortie de leur patient. 35% disaient ne pas être en possession d'un courrier de sortie lors d'une consultation avec le médecin généraliste dans les 8 jours.

Il n'existe aucune étude sur les solutions proposées par les MG. L'intérêt de la recherche qualitative prend alors tout son sens. Les MG désiraient être avertis par téléphone dès la sortie de leur patient. Cette mesure est à confronter au recrutement de MG qui exerçaient exclusivement en zone urbaine. Les conditions d'exercice au

sein de l'échantillon n'étaient pas similaires. Il reste à déterminer si tous les MG souhaiteraient cette généralisation de pratique.

Ils souhaitaient également recevoir une lettre définitive de sortie idéalement, dans les suites immédiates de la sortie, au pire dans les jours suivant la sortie. Actuellement, le courrier provisoire remis à la sortie du patient était considéré comme capital étant donné l'absence de courrier définitif à la sortie immédiate des patients.

## **B. Renforcer l'association des médecins généralistes dans la prise en charge en chirurgie ambulatoire**

Les MG n'avaient pas le sentiment d'être suffisamment associés à la prise en charge. Leur rôle était considéré comme majeur dans l'absence de rupture de continuité dans la prise en charge des comorbidités.

Ce sentiment de manque d'association était lié à la perte du fil informatif dès le début de la prise en charge. Les MG concédaient être avertis de la chirurgie par un courrier préopératoire. Ils n'avaient pas le sentiment d'être associés dès le retour à domicile. L'absence d'information directe par téléphone du retour du patient à domicile en était la principale raison. L'absence de participation dans le processus de retour à domicile (planification et faisabilité) et l'absence d'implication dans le suivi postopératoire en étaient des raisons secondaires. Les MG insistaient sur le fait qu'il ne devait pas y avoir de transfert de responsabilité de l'acte chirurgical.

Une étude a été réalisée en 2010 sur 778 MG de la région Rhône-Alpes (17). 21,1 % jugeaient être satisfaits de l'association à la planification de sortie et 34,4 % de l'organisation de sortie en générale. Cela correspondait à l'indicateur de satisfaction le plus bas de cette étude portant sur la vision des MG du CHU de Grenoble. Dans l'étude meusienne précitée, 43% des MG jugeaient être rarement associés à la faisabilité de sortie de leur patient (16). Selon une étude quantitative réalisée en 2006

sur 50 MG parisiens, 42 % ne se sentaient pas associés à la sortie de leurs patients (18). Selon les MG interrogés dans notre étude, une meilleure association passait par une meilleure information. Une meilleure information était une information directe, rapide et complète.

### **C. Initier une approche globale des patients**

Les MG mettaient l'accent sur l'absence de prise en compte du champ bio-psycho-social des patients (19). Pour les MG, la technicité ne devait pas l'emporter sur l'empathie. Ils précisaient pouvoir jouer un rôle dans la communication des données socio-environnementales des patients. Cette considération était palliée par l'instauration d'Intervenant pilote en ambulatoire (IPA) à l'instar de ce qui se faisait déjà en service d'oncologie.

L'information du patient et de ses proches était considérée comme capitale. Les MG considéraient qu'elle était délivrée mais pas toujours comprise. La surinformation orale et écrite était une plainte récurrente. Cette surinformation pouvait mener à une saturation des données acceptables dans un temps imparti par le patient et mener à un refus de prise en charge. L'information orale et écrite devait être mesurée et adaptée au niveau de compréhension des patients (barrière de la langue par exemple). Les patients adhéraient d'autant plus à la chirurgie ambulatoire lorsqu'ils avaient le sentiment que le personnel avait une « culture de l'ambulatoire » : des opérateurs habitués, un personnel dédié, des procédures « protocolisées », un circuit fluide et rodé.

Les facteurs psychologiques tels que l'anxiété et la peur n'étaient pas pris en compte. Ils considéraient que les chirurgiens ne vérifiaient pas systématiquement la compréhension des nombreuses informations délivrées. Une étude prospective multicentrique sur 14 hôpitaux de la région parisienne réunissant 339 patients



hospitalisés en UHCD a mis en évidence que seulement 15,9 % des patients comprenaient globalement les informations délivrées par les médecins hospitaliers (20). Le seul critère permettant d'améliorer ces résultats était la possibilité laissée aux patients de poser leurs questions. Cette solution était envisagée par les MG interrogés mais n'était pas la première évoquée. Faire répéter les patients était la principale solution retenue.

La prise en charge sociale des patients n'était pas systématique selon les MG. Selon l'étude grenobloise, 35,5 % des MG se montraient satisfaits de l'évaluation sociale qui avait été faite de leurs patients (17). Dans notre étude, cet oubli était parfois à l'origine d'un retour à domicile compliqué. L'environnement au domicile, l'entourage familial, les ressources culturelles et financières, la compréhension des patients, étaient autant d'éléments capitaux à prendre en compte.

#### **D. Recentrer le rôle des infirmiers libéraux**

Les MG mettaient en avant le rôle principal des infirmiers libéraux dans le relais de la prise en charge. Ils considéraient que le MG devait être une solution de recours sous l'impulsion de l'infirmier libéral. Par conséquent, les infirmiers libéraux devaient être informés au même titre que le médecin quelque soit le support retenu. Une étude prospective réalisée en 2013 retenait qu'il existait une carence d'information du corps infirmier libéral. La conclusion de cette étude retenait la nécessité d'une généralisation d'un logiciel métier commun pour l'élaboration d'un dossier infirmier informatisé entre l'hôpital et les cabinets libéraux (21). Les solutions proposées par les MG étaient la généralisation de fiches de liaison infirmière, un double du courrier de sortie et un appel à la sortie d'hospitalisation.

## **E. Améliorer la communication entre les soins primaires et les unités de chirurgie ambulatoire**

Les MG constataient des difficultés de communication avec les unités de chirurgie ambulatoire. Le caractère unidirectionnel des contacts téléphoniques, le sentiment d'une méconnaissance des soins primaires et le retard de l'information par courrier étaient les principaux défauts constatés.

Selon l'étude parisienne précitée, 95 % des appels de l'hôpital aux MG avaient pour but de recueillir des informations sur le patient. Dans 35 % des cas, le but était d'organiser le retour à domicile. Dans 21 % des cas, le but était d'obtenir des informations pour la poursuite de la prise en charge hospitalière (18). Dans cette même étude, aucun médecin ne recevait d'information sur la sortie du patient dans la semaine qui suivait sous quelle que forme que ce soit. 64 % étaient informés de la sortie entre 1 semaine et 1 mois. Les relations avec l'hôpital étaient jugées pour 28 % d'entre eux comme bonnes mais 20 % les trouvaient insatisfaisantes et 18 % distantes. 68 % des MG affirmaient ne pas avoir le sentiment d'exercer le même métier que leurs confrères hospitaliers.

Les MG désiraient contacter directement un référent hospitalier de chirurgie ambulatoire. Il pouvait être indifféremment médecin ou infirmier. Ce référent devait être à jour des dernières chirurgies réalisées et être capable de communiquer avec les intervenants de soins primaires.

Les MG réclamaient une modernisation des moyens de communication. Ils considéraient que les deux versants de la coordination des soins souffraient d'un retard d'actualisation concernant les Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). L'utilisation d'une Messagerie sécurisée de santé était la demande la plus récurrente. D'autres solutions retenaient l'attention des MG : une

plate-forme informatique consultable par tous les professionnels de santé avec un dossier commun partagé informatisé, une élaboration d'un courrier définitif immédiatement à la sortie à l'aide des nouvelles technologies de dictée vocale. Selon une étude réalisée en 2010 sur la dématérialisation des échanges entre les médecins, les Messageries sécurisées de santé (MSS) n'étaient utilisées que par 24 % des MG en France. Cette étude mettait en évidence un gain dans la coordination des soins ville-hôpital qui allait au delà des gains économique et écologique d'une généralisation de ces systèmes (22). Les MSS existent depuis 18 ans en France or leur développement est au stade embryonnaire. Les perspectives à envisager sont la création d'un référent national de contrôle des MSS et la création d'une législation sur leur obligation d'utilisation autant pour les structures hospitalières que pour les médecins libéraux. En 2012, Apicrypt, la première MSS par nombre d'utilisateurs, réunissait près de 35 000 adresses électroniques cryptées dont 5573 utilisateurs hospitaliers, soit 16 % de l'ensemble des utilisateurs et seulement 6 % des praticiens hospitaliers de France. 76 % de la totalité des échanges, soit la majorité, concernaient des résultats de biologie. 54 % des adhérents étaient des MG. Laboratoires de biologie exclus, les établissements de soins sont les principaux émetteurs de messages cryptés avec les laboratoires de radiodiagnostic et d'anatomopathologie (23). Leur utilisation reste marginale au regard du nombre d'établissements de santé en France.

Les MG proposaient que la chirurgie ambulatoire soit une discipline universitaire enseignée. Pour les MG déjà en fonction, ils évoquaient la nécessité d'effectuer des formations spécifiques lors du Développement professionnel continu (DPC). Une meilleure connaissance de la médecine de ville par les praticiens hospitaliers était un préalable indispensable à la perfectibilité de la communication.

### **III. Perspectives d'approfondissement**

#### **A. Une étape quantitative**

Des grands concepts ont été extraits des entretiens réalisés avec les MG. Une étude transversale par questionnaire pourrait être réalisée pour décrire et hiérarchiser les problèmes et solutions au sein d'échantillons représentatifs de la population des MG.

#### **B. Les extrapolations possibles**

En fonction des résultats de cette étude transversale, ceux-ci pourront être complétés par une étape de consensus par la mise en place d'un groupe nominal, afin de hiérarchiser et prioriser les solutions proposées.

Une étude d'intervention pourra alors être élaborée sur la mise en place des solutions d'amélioration proposées.

## CONCLUSION

Ce travail de recherche qualitative a permis d'explorer les représentations et attentes des MG concernant la coordination des soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire. Les MG affirmaient que le système actuel était efficient mais perfectible.

Les difficultés rencontrées par les MG ont été objectivées et ordonnées. De nombreuses propositions ont été faites pour améliorer l'actuel.

Cette étude n'est que la première phase d'un travail d'exploration complet et complexe de la coordination des soins ville-hôpital. Une phase quantitative apportera une hiérarchisation des problèmes soulevés et priorisation des attentes. Ces données pourront alors être extrapolables à l'ensemble des MG.

Devant l'augmentation permanente des actes en chirurgie ambulatoire, cette coordination des soins se doit d'être optimale pour être un gage de qualité et de sécurité dans la prise en charge des patients.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
2. Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013 - 2017 [Internet]. [cited 2014 Jan 21]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000347/index.shtml>
3. CHRU de Lille. Le projet d'établissement 2012 - 2016 du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille [Internet]. Lille; 2012 juin p. 68. Available from: <http://www.chru-lille.fr/~gapicms/fichiers/686/PE2012.pdf>
4. Charmaz K. Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis. SAGE; 2006.
5. Newton N. The use of semi-structured interviews in qualitative research: strengths and weaknesses [Internet]. [cited 2014 Jan 21]. Available from: [http://www.academia.edu/1561689/The\\_use\\_of\\_semi-structured\\_interviews\\_in\\_qualitative\\_research\\_strengths\\_and\\_weaknesses](http://www.academia.edu/1561689/The_use_of_semi-structured_interviews_in_qualitative_research_strengths_and_weaknesses)
6. Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative. Paris: Armand Colin; 2010.
7. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. SAGE; 2008.
8. Fossey E, Harvey C, McDermott F, Davidson L. Understanding and evaluating qualitative research. Aust N Z J Psychiatry. 2002 Dec;36(6):717–32.
9. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ. 1995 Jul 1;311(6996):42–5.
10. Ma RSB. The role of qualitative research in broadening the “evidence base” for clinical practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2000 May 1;6(2):155–63.
11. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. BMJ. 1995 Jul 22;311(6999):251–3.

12. Chew-Graham CA, May CR, Perry MS. Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. *Family Practice*. 2002 Jun 1;19(3):285–9.
13. Mays N, Pope C. Qualitative Research: Rigour and qualitative research. *BMJ*. 1995 Jul 8;311(6997):109–12.
14. CHRU de Lille. Chiffres clés 2013 [Internet]. 2013. Available from: <http://www.chru-lille.fr/doc/chiffres.pdf>
15. Power R. Checklists for improving rigour in qualitative research. *BMJ*. 2001 Sep 1;323(7311):514.
16. Feintrenie C. La sortie de l'hôpital ôpital'pital ital pomédecins généralistes. Une enquête auprès des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien. 2010.
17. Patrice F. Etude d'image : le CHU de Grenoble vu par les médecins généralistes. 2010.
18. Hubert G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital. 2006.
19. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980 May;137(5):535–44.
20. Jacqueminet M, Perruche, Franck, Université Paris Diderot - Paris 7, Université Paris Diderot - Paris 7, UFR de médecine. Evaluation des facteurs influençant la compréhension des patients hospitalisés en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) des Services d'Accueil des Urgences (SAU). [[S.I.]]: [s.n.]; 2008.
21. Etude prospective du système d'information des infirmiers en exercice libéral. Agence des systèmes d'information partagés de santé; 2013.
22. Dufrenne J. Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins : la Messagerie sécurisée de santé utilisée par les MG. 2011.
23. Bilan 2011 des statistiques de la messagerie médicale sécurisée Apicrypt. Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication En Médecine (APICEM); 2011.

## ANNEXES

### Annexe 1 : le guide d'entretien

Protocole de recherche VIL-HOP&Co

La coordination des soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire

*Début de l'enregistrement audio.*

La coordination des soins est indispensable à la prise en charge des patients. La qualité de celle-ci permet une meilleure efficacité des soins, ainsi qu'une sécurité optimale pour les patients.

Le Projet Vil-Hop&Co a pour but d'explorer la coordination des soins entre les différents acteurs concernés par la chirurgie ambulatoire.

Je vous remercie de votre présence aujourd'hui et pour le temps que vous nous accordez.

Votre participation à cette étude est donc primordiale pour apporter des réponses et modifier nos pratiques au quotidien.

Ce projet est réalisé sous forme d'entretiens collectifs et/ou individuels. Ces différents entretiens sont réalisés auprès de patients, d'infirmières, de kinésithérapeutes, de MG et de chirurgiens.

Nous vous remercions de nous donner votre accord pour recueillir et enregistrer les données. Ces données seront anonymisées, retranscrites intégralement et analysées.



**Question d'ouverture**

**Comment êtes-vous associé à la prise en charge de vos patients en chirurgie ambulatoire ?**

**1. Information du médecin généraliste sur la sortie d'hôpital****a. Prise en charge en chirurgie ambulatoire**

**Par quels moyens êtes-vous informé(e)s de la sortie de vos patients après une hospitalisation en chirurgie ambulatoire ?**

- Que pensez-vous de la façon dont vous êtes informé(e) de cette sortie ?
- Dans quel délai êtes-vous prévenu(e) ? Qu'en pensez-vous ?
- Que pensez-vous des modalités de sortie d'hospitalisation de vos patients ?
- Qu'attendez-vous de l'organisation de la sortie de vos patients ?
- Que pensez-vous de la continuité des soins entre le service de chirurgie ambulatoire et votre cabinet ?
- Comment êtes-vous associé à la planification de la sortie d'hospitalisation ?
- Comment êtes-vous associé à la faisabilité d'un retour à domicile ?

**b. Compte-rendu de fin d'hospitalisation**

**Que pensez-vous du compte-rendu d'hospitalisation ?**

- Que pensez-vous du compte-rendu provisoire manuscrit remis au patient à sa sortie ?
- Dans quel délai recevez-vous le compte-rendu d'hospitalisation ? Qu'en pensez-vous ?
- Quelle est votre utilisation du compte-rendu d'hospitalisation ?
- Qu'attendez-vous du compte rendu d'hospitalisation ?

- Comment souhaiteriez-vous que le compte-rendu de fin d'hospitalisation vous soit transmis ?

### **c. Traitement de sortie**

#### **Comment êtes-vous informé du traitement de sortie ?**

- Que pensez-vous des informations fournies sur les choix thérapeutiques ?
- Que pensez-vous de la continuité des traitements à la sortie d'hôpital ?

### **2. Information du patient : point de vue du médecin généraliste**

#### **Que pensez-vous de l'information délivrée à vos patients sur leur(s) pathologie(s) et la prise en charge qui en a découlé ?**

- Que pensez-vous des informations délivrées au patient sur les complications éventuelles ?
- Que pensez-vous de la compréhension du patient de ces informations ?
- Que pensez-vous de l'information reçue par le patient sur son traitement de sortie ? Vos patients savent la raison du changement ?

### **3. Rôles des infirmiers libéraux : point de vue du médecin généraliste**

#### **Que pensez-vous de l'association des infirmiers libéraux dans la prise en charge ?**

- Que pensez-vous de l'information des infirmiers libéraux par le service de chirurgie ambulatoire ?
- Que pensez-vous de la communication entre les infirmiers libéraux et le service de chirurgie ambulatoire ?
- Que pensez-vous de la coordination des soins entre les infirmiers libéraux et votre cabinet ?
- Qu'attendez-vous de la collaboration avec les infirmiers libéraux ?

#### **4. Relation entre le service de chirurgie ambulatoire et le médecin généraliste**

**Que pensez-vous de vos relations avec le service de chirurgie ambulatoire dans la prise en charge de vos patients ?**

- Quelle est la fréquence de vos contacts avec le service de chirurgie ambulatoire ?
- Que pensez-vous de l'accessibilité à l'information du service de chirurgie ambulatoire ?
- Qu'attendez-vous de la communication entre vous et le service de chirurgie ambulatoire ?
- Que pensez-vous de l'existence d'un référent hospitalier dans le service de chirurgie ?

#### **Clôture de l'entretien :**

Merci pour votre participation active à cet entretien, et pour le temps que vous avez bien voulu me consacrer.

*Arrêt de l'enregistrement audio.*

*Recueil manuscrit des informations administratives des interviewés.*

## **Annexe 2 : exemple de verbatim (MG 6)**

**Bonjour,**

**La coordination des soins est indispensable à la prise en charge des patients. La qualité de celle-ci permet une meilleure efficacité des soins, ainsi qu'une sécurité optimale pour les patients.**

**Le Projet Vil-Hop&Co a pour but d'explorer la coordination des soins entre les différents acteurs concernés par la chirurgie ambulatoire.**

**Je vous remercie de votre présence aujourd'hui et pour le temps que vous nous accordez.**

**Votre participation à cette étude est donc primordiale pour apporter des réponses et modifier nos pratiques au quotidien.**

**Ce projet est réalisé sous forme d'entretiens collectifs et/ou individuels. Ces différents entretiens sont réalisés auprès de patients, d'infirmières, de kinésithérapeutes, de MG et de chirurgiens.**

**Nous vous remercions de nous donner votre accord pour recueillir et enregistrer les données. Ces données seront anonymisées, retranscrites intégralement et analysées.**

**Comment êtes-vous associée à la prise en charge de vos patients en chirurgie ambulatoire?**

*Jamais... (rires). Oui jamais : c'est à dire que le courrier selon les services... euh... on est au courant parce que les patients nous le disent. On a parfois la lettre qui précise avant. Et la lettre nous dit souvent que le patient va être pris en ambulatoire mais on n'a pas la date en fait... et on a le retour après l'intervention. Donc on n'est absolument pas prévenu avant de ce qu'il va se passer. Si les gens nous appellent eh bien on va découvrir la lettre de sortie et le patient.*

**Et les patients viennent vous voir avant la chirurgie ?**

*Ah non non non... Ils ne viennent pas spécifiquement pour ça. C'est simplement que, si tu veux, la consultation va décider de l'intervention en chirurgie ambulatoire. Ce courrier là on l'a plus ou moins rapidement... sachant qu'on a un gros problème de*

*courrier écrit et on n'utilise pas la messagerie. Notamment ils n'utilisent pas Apicrypt : la messagerie qui est en ville la plus développée donc euh... Si tu veux à Saint Vincent le courrier je l'ai dans la journée, le compte-rendu de consultation... Tandis que là non. Si tu veux ils ont un circuit qui est compliqué. La consultation a lieu mais on n'a pas la date. Après les gens si je les vois pour un renouvellement de traitement, pour une grippe, que sais-je... euh on demande toujours aux gens ce qu'ils font. Le patient va dire « j'ai une angine et je vais être opéré dans trois jours ». Oui ben voilà... On a souvent le type d'opération. Et, si ce n'est pas trop rapproché, la date de la consultation.*

**Les patients n'ont donc pas pour consigne de venir vous voir ?**

*Ah bah non.*

**Et qu'en pensez-vous ?**

*Ben moi je n'ai pas besoin de les voir avant. Ce n'est pas aux gens de se déplacer. Enfin il me semble hein... une fois que la consultation a lieu... le choix technique du chirurgien... Car normalement si les choses sont faites correctement, c'est nous qui avons posé l'indication, en tout cas l'initiation de la prise en charge chirurgicale. Et après la technique c'est eux qui choisissent donc c'est à eux de nous informer. Moi je pense que s'ils passaient pas une messagerie sécurisée ça nous simplifierait bien les choses en fait.*

**Ça vous arrive de le recevoir le jour même dans d'autre service par exemple ?**

*Oui, oui... la catho par exemple.*

**D'accord et comment ça se présente ?**

*C'est la lettre classique. Je n'en ai plus là mais... La lettre nous parvient quand même par courrier si tu veux. Mais c'est la lettre classique « Cher confrère, j'ai reçu ce jour en consultation madame machin pour un canal carpien ou je ne sais pas... Nous prévoyons de la convoquer pour chirurgie machin avec l'anesthésie machin... ». Et ça on l'a dès que la secrétaire l'a tapé. La version papier part et nous on l'a par voie informatique. Le problème du courrier c'est que... il faut qu'il soit tapé par la secrétaire... puis vu et signé par le médecin en cause. Et après il retourne à la secrétaire qui l'envoie. Après ça dépend du médecin. Le médecin qui est là tous les jours, qui fait son courrier tous les jours : ça peut aller. Mais le vacataire qui est là une*

fois par semaine et quand la secrétaire n'est pas là ou elle est en congés... il n'y en a pas.

**Avez-vous une idée du délai que vous mettez à recevoir les courriers papier ?**

*Euh... souvent je les reçois quasiment après l'opération... Comme ça spontanément je te dirais : au moins une semaine.*

**Alors vous m'avez dit que vous étiez parfois au courant le jour même de la consultation par les messageries cryptées par certains services... est-ce également le cas pour l'acte opératoire ?**

*Non euh... Je pense que c'est pareil. Oui je pense que c'est pareil. Il n'y a pas très longtemps qu'ils se sont mis à faire de la messagerie sécurisée, donc certains services le faisaient. Maintenant ça s'est globalement généralisé. Moi cela me fait plus travailler avec la catho car j'ai une information... car lorsque je regarde ma messagerie tous les jours j'ai une information immédiate sur ce qu'il s'est passé pour mes patients.*

**Et lorsqu'il s'agit du CHRU ?**

*Mais ils n'ont pas Apicrypt. C'est eux qui ne veulent pas fonctionner avec Apicrypt. Ils ont voulu nous imposer une messagerie il y a quelques années qui a fait un flop phénoménal car ce n'était pas adapté à nous au final. Une décision politique... (rires) Mais c'est dommage car c'est quand même pratique. C'est pratique... Pour écrire tu es obligé de passer par des mails du CHR qui ne sont pas des mails cryptés. Moi ça m'est déjà arrivé pour des pathologies qui ne sont pas euh... pour une grossesse par exemple, où j'avais besoin d'une prise en charge super rapide. Donc tu bloques sur les secrétariats et à ce moment là tu as le docteur machin arobase chru point fr et ce n'est pas sécurisé. Je l'ai déjà fait mais je n'aime pas. (rires)*

**Que pensez-vous des modalités de sortie actuelles de vos patients et de l'organisation qui en découle ?**

*Je n'ai pas de... Je regarde... Les derniers que j'ai eu ce sont pour des AG pour des fibros et colos... de la traumato... Tout ce que j'ai comme info c'est le patient qui vient. Je pense que le patient il vient si on lui dit en sortant : « Allez voir votre médecin ». Dans ce cas il vient. Et il vient avec une lettre de sortie là... avec des consignes pour les infirmières et... Je pense qu'ils ont tout... l'ordonnance de l'infirmière, l'ordonnance pour la pharmacie, quand il faut retirer les fils. Tout ça c'est fait. Tout ça c'est donné si*

tu veux. Euh... Le LOVENOX, il n'est pas forcément donné tout le temps. Bon... Les gens viennent si on leur dit qu'il faut venir nous voir ou si ils ont besoin d'un arrêt de travail.

**D'accord... certains médecins disaient que les ordonnances n'étaient pas faites pour que le patient soit obligé de venir secondairement vous voir, qu'en pensez-vous ?**

Ce n'est pas la majorité des cas. Ce n'est pas la majorité des chirurgiens. Certains fonctionnent comme ça mais ce n'est pas la majorité. La plupart du temps ils ont ce qu'il faut pour rentrer à la maison. Alors parfois oui : ils peuvent avoir 48 heures de LOVENOX parce qu'il faut vérifier les plaquettes. Et je conçois qu'ils ne donnent pas plus car il faut que ça soit vérifié ou il faut surveiller la plaie. En tout cas ils ont tous les ordonnances infirmières. J'ai rarement eu à faire ou refaire les ordonnances infirmières. Euh enfin... Ce n'est pas la majorité des cas. Ça fonctionne bien. C'est juste l'information... Nous si ça foire on n'a rien... (rires)

**Justement... comment jugez-vous l'accessibilité à l'information par le service ?**

Des couacs on en a forcément eu. On en a forcément tous eu. Ça dépend des services. Il y a cette hotline là... Ça n'a pas changé grand chose. Les gens qui étaient accessibles avant le sont toujours. Il y a des services où l'on sait... je ne sais pas... Je vais prendre par exemple DRACON parce qu'il est en retraite. Tu pouvais le joindre n'importe quand. Les gens savaient où il se trouvait et tu pouvais l'avoir au téléphone. Une insuffisance rénale aigue... un machin... euh... Donc le fait de mettre des hotlines ça n'a rien changé du tout... Et ceux qui n'étaient pas accessibles ne sont toujours pas accessibles. Donc ça n'a pas changé fondamentalement les choses. Dernièrement j'ai eu le cas où j'ai fini par avoir quelqu'un... oui un hémato... Apparemment ce sont les chefs de clinique qui font les gardes téléphoniques. Il y a des services où je n'ai pas essayé, où c'est compliqué en fait. Et si je prends en gastro... En gastro j'appelle la chirurgie digestive : tu n'as jamais celui qui fait qui est là. Car ils sont très nombreux je pense. Et puis euh... Les chirurgiens ne sont pas facilement joignables hein... Après oui il y a des internes... Mais ce n'est pas vous qui avez opéré. Sur des questions très précises vous avez du mal à nous répondre. On a le souci aussi lorsque les gens sont sortis et qu'ils ne sont restés que vingt quatre heures... et que par exemple il y a un doute dans le courrier de sortie sur les HBPM ou les antalgiques... par exemple 10

*jours... et que le patient dit : « Ah non, non il m'a bien dit 15 jours ». Et quand tu appelles le service en fin de journée hein et tu n'as que l'infirmière du service qui est là et le dossier est déjà parti le plus souvent. Donc si l'infirmière ne connaissait pas le patient car il est déjà sorti, il n'y a personne qui peut te répondre. Donc c'est... Oui on a toujours une appréhension avant de téléphoner. Appréhension de ne pas trouver l'information en fait. Je téléphone avec le patient... Si on n'a pas l'information ce n'est pas grave. Je tergiverse et je dis au patient : « Je rappelle demain et je vous rappelle ». Après ça peut être le médecin qui s'est mal exprimé ou le patient qui n'a rien compris. Quand tu fais devant les patients tu évites que le conflit... voilà... « En fait vous avez mal compris... il voulait dire ça, ça, ça, ça »... Et puis c'est tout. Le but n'est pas de rajouter de l'eau au moulin.*

### **Et comment êtes-vous associés à la planification de sortie de vos patients ?**

*On n'est pas associé. La seule fois où j'ai vu une tentative d'association c'est lors de l'organisation de sortie de Jeanne de Flandre. Il y a une grande messe et il y avait beaucoup plus d'internes que de médecins dans la salle. Et les médecins qui étaient là sont partis en cours de truc car on nous a dit : « Vous vous ferez ça et vous vous ferez ça ». Ce n'est pas comme ça que ça marche... (rires) Donc non, on n'est pas associé spécialement. Après on va être associé lorsqu'ils mettent des soins à domicile, des hospitalisations à domicile. Et encore on est associé tardivement car j'ai reçu les informations lorsque la prise en charge était finie. Je l'ai su car le patient est venu me voir mais euh... Il ne m'a pas dit que c'était une hospitalisation à domicile et je n'ai même pas pensé à lui demander. Mais voilà... On n'est pas associé du tout. Non, non... On nous dit ce qu'il faut faire en sortant.*

### **Quand les patients sont sortis, pas lorsqu'ils sont encore à l'hôpital ?**

*Oui voilà. C'est dommage car si on était contacté avant on pourrait expliquer les soucis des patients. La plupart des sorties fonctionnent bien. Mais pour celles qui pourraient poser problème, si on s'arrange c'est mieux.*

### **Justement parce que ce n'est pas tout à fait pareil... sur la faisabilité de sortie ?**

*Pour les personnes âgées par exemple : ce ne sont pas elles qui posent le plus de problème je pense. Le fait étant qu'ils savent souvent si la personne peut rentrer chez elle ou pas. Après là-dessus il y a eu des dizaines de protocoles. J'ai participé à la*



*rédaction de l'un d'entre eux à l'hôpital de Douai il y a deux ans... justement en ambulatoire pour les personnes âgées. Il y avait le médecin qui faisait avant le bilan de dépendance et de ce qu'il était possible de faire à la sortie. Et il y avait un contact qui était pris par l'infirmière avant la sortie. Sur ce dossier il y avait euh les capacités physiques, l'état du logement, les coordonnées des infirmières libérales, des kinés libéraux. Et le kiné il est prévenu par le kiné de l'hôpital car les professionnels de l'hôpital ils peuvent aussi décrocher leur téléphone quoi. « Bah voilà, j'ai fait telle chose et telle chose en hospit et euh... voilà il faudra continuer comme ça ». Et au moins le gars en ville il le sait avant la sortie. Et pas lorsque le patient rentre à 16 heures et qu'il faille lui faire sa mobilisation impérativement à 18 heures ou son LOVENOX à 17 heures.*

**Et vous pensez que cette évaluation est faite au préalable chez les patients bénéficiant de la chirurgie ambulatoire au CHRU ?**

*Je ne pense pas... parce que pour les personnes fragiles il y a une anticipation où la chirurgie est étalée sur une hospitalisation aussi courte qu'une chirurgie ambulatoire avec une sortie le soir même.*

**Et avez-vous le sentiment qu'il y ait une liaison entre les infirmières de l'hôpital et leur relais en ville ?**

*Il y a certains services qui font des feuilles de relais infirmier. Donc les infirmiers en ville ils l'ont. Et surtout ils ont un contact, un nom et un numéro de téléphone direct avec des consignes. Donc oui c'est mieux. Le kiné ça pourrait être ça aussi sans faire compliqué... mais juste prévenir avant la sortie le médecin. Ce n'est pas compliqué... (rires)*

**Justement que pensez-vous du rôle de l'infirmier dans la prise en charge en chirurgie ambulatoire ?**

*Cela dépend ce que c'est comme chirurgie. Mais je suis d'accord que très souvent être vu par le médecin le premier jour n'est pas forcément utile. En revanche à J5 d'une hernie inguinale : pourquoi pas. Mais cela veut dire aussi que l'infirmier qui est là, il faut qu'il ait des contacts avec le médecin. Il y a des infirmières que je connais, eh bien elles vont m'appeler. Mais si ce n'est pas coordonné avant, ça me paraît compliqué.*

**Et avez-vous le sentiment que les infirmiers sont assez associés ?**

*Sur le protocole de soins infirmiers elles sont associées aux soins oui. Mais il n'y a pas forcément de cohérence avec nous. Si le lien entre l'infirmier et le médecin n'existe pas avant ils ne vont pas spécialement nous appeler car ils ont leur ordonnance et leur protocole. Et l'infirmier dira peut être : « Allez voir votre médecin si ça ne va pas ». L'idéal c'est lorsque l'infirmière elle voit une plaie qui ne va pas et qu'elle décroche son téléphone : « Allo docteur il y a quelque chose qui ne va pas ». Ca c'est mieux.*

**Vous parlez de fiche de liaison infirmière parce que vous les voyez passer ?**

*Oui car les gens m'en ont montré. Ou lorsque je discute avec les infirmières que je connais elles me disent : « Voilà on reçoit ça et on a ça ».*

**Est-ce apprécié par les infirmières et est-ce courant ?**

*Oui c'est très apprécié et c'est de plus en plus courant. Après dire que c'est courant... On n'a pas non plus des mille et des cents alors faire des stats sur une dizaine de patients c'est un peu compliqué quand même... (rires) Mais on en voit ce qui n'était pas le cas avant.*

**Quelle est votre utilisation du compte-rendu ?**

*Moi je les scanne. Euh... On a une version papier mais voilà je ne la garde plus forcément maintenant. Je la garde jusqu'à ce que tout soit fini. Et je donne systématiquement une copie au patient. Car ça aussi au CHR le patient n'est pas forcément destinataire du courrier. Ce qui à mon sens ne va pas dans l'ordre des choses. Moi je donne le compte-rendu à chaque fois que je l'ai car c'est quand même eux que cela concerne. Les gens ont le droit à leur compte-rendu. Après on peut se poser la question de la compréhension... que cela soit donné avec des explications c'est logique. Maintenant si l'opération a bien été expliquée par les chirurgiens, ils doivent pouvoir lire un compte rendu. Il y en a qui se lisent très bien et d'autres beaucoup moins.*

**Dans ce compte-rendu, qu'attendez-vous ? Les immanquables ?**

*Moi je veux savoir : les voies d'abord, ce qui a réellement été fait. Le nombre de patient qui sortent d'ORL et que tu ne sais pas s'ils ont retiré les végétations ou les amygdales... Donc tu regardes. C'est embêtant. Drain, pas drain, vésicule retirée...*

*Après je n'ai pas besoin du fil 3.0 même si ça fait partie du processus. Si il y a eu un gag, que cela soit devant, si ça a explosé, si ils ont du faire un nettoyage péritonéal, la raison pour laquelle ça a été fait, le médico-légal... je ne l'ai pas au CHRU. Quand il y a eu un problème on a un compte-rendu succinct. Mais on n'a pas l'explication. Et ce sont les patient qui me disent : « Oui on m'a repris machin... ». Après il faut les points de surveillance. Mais on n'a pas tellement d'information sur les risques post-opératoires immédiats. Pour moi le risque de sutures qui lâche après une appendicectomie c'est cinq jours. Mais peut être que les techniques ont évolué et moi je me base sur ce que je sais, ce que j'ai appris... à quoi je dois faire attention après telle ou telle chirurgie. Tu vois une plaque sur une hernie il y a peut être rien à surveiller j'en sais rien. Mais en dehors de la plaie et de il a repris son transit et le ventre est souple... si il y a autre chose à faire je ne sais pas.*

### **Donc les éléments de surveillance ?**

*Oui... (rires) Bonne synthèse : les éléments de surveillance et les signes d'alerte qui doivent m'inquiéter. J'ai déjà eu comme ça une femme qui a été prise en charge au CHR. Elle est tombée sur les internes aux urgences qui ont fait leur boulot. Elle est rentrée à domicile. Elle a fait une perforation. Elle est repartie là-bas et on ne savait toujours pas réellement ce qui a été fait ou pas fait, la prise en charge qui en avait découlé... ni moi ni les urgentistes... C'est quand même embêtant.*

### **Et... d'où vient la gêne ?**

*Je ne sais pas mais je pense que les patients n'imaginent pas qu'on ne sait pas. Il y a une partie de ça. Et une partie aussi de : « Si ça ne va pas vous revenez ». Cela veut dire que cela peut ne pas aller et c'est à eux de prendre l'initiative de la suite des choses. Mais les gens ne savent pas forcément quand il faut aller aux urgences. Ils n'ont pas forcément envie d'y aller et ils viennent souvent nous voir avant... que cela soit ou pas du CHR. Donc si il n'y a pas d'inquiétude sur les suites au domicile c'est probablement parce qu'ils pensent que si ça ne va pas le patient va revenir tout seul.*

### **Quelle mode de réception voudriez-vous privilégier ?**

*L'informatique quoi... La messagerie sécurisée. Au jour d'aujourd'hui c'est le B.A.-BA. En plus ils fonctionnent comme ça entre eux au CHR alors.*

**Donc exclusivement informatique ? Pas de copie papier ?**

*Bah tant qu'on n'a pas tous une obligation d'avoir une messagerie, il y a toujours des courriers papier. Il y a des gens qui n'aiment pas l'informatique. Ca va changer mais en attendant... Maintenant tu peux te dire que quelqu'un qui a une adresse de messagerie sécurisée c'est qu'il les lit. C'est toujours bien qu'il y ait un truc papier derrière. En ville on fonctionne comme ça. Tu vas voir un cardiologue en ville, le gars il prend son appareil : c'est un logiciel qui transcrit lorsqu'il parle. La secrétaire elle le reprend. Et le patient il sort avec son courrier. Donc c'est faisable. Donc a fortiori à l'hôpital ça doit être faisable. Car il y a du personnel quand même. C'est un problème d'organisation. Au moins un papier quand tu sors de l'hôpital... Puis si on y arrive en ville pourquoi pas à l'hôpital ?*

**Comment êtes-vous informée des traitements de sortie des patients ?**

*Bon... La chirurgie ambulatoire c'est censé être des actes simples. Donc les traitements qui en découlent le sont aussi. Il n'y a pas de chose compliquée. Donc euh... Les gens viennent et ils me disent ce qu'ils ont. De toute façon ils ont leur courrier à la sortie de la chirurgie. Ca c'est médico-légal depuis les années 90. Les coordonnées sur le courrier et cætera. Le problème ce n'est pas ce qu'il y a dedans mais il faut qu'il en ait... (rires)*

**On va parler de l'information délivrée au patient et la question est que pensez-vous de l'information délivrée à vos patients en amont ou en aval de la prise en charge ?**

*Ça dépend. Oui ils savent à peu près ce qu'on va leur faire. C'est pareil la réglementation oblige à donner toutes les complications. Et euh... Ils ont les moyens de poser les questions.*

**D'accord mais à qui ?**

*La personne qu'ils voient en consultation. Après est-ce qu'ils voient la même dans les différentes phases ? Ce n'est pas évident. La personne qu'ils voient dans les différentes consultations et qu'ils revoient en après en préopératoire et qui sera au bloc et qui fera le tour à la fin... ce ne sont pas forcément la même. C'est une des raisons selon moi où les gens un minimum « cortiqués » ne veulent pas aller au CHR. C'est parce que tu n'as pas le... Tu n'es jamais sur de revoir la personne qui t'a*

*expliqué l'opération. Tu peux te dire sûrement que ce qu'il a dit sera sûrement fait par l'autre mais en fait... voilà. Tu ne sais pas. Tu ne sais pas forcément quelles questions poser parce que ce n'est pas le même. Et ce n'est pas forcément le même encore que tu reverras en consultation de contrôle après. Ca c'est embêtant. Alors que justement sur de l'ambulatoire on pourrait s'attendre à un seul interlocuteur.*

**Et les patients viennent vous voir pour avoir un complément d'information ?**

*Oui ça arrive. En fait quand ils viennent, on reprend. Après ça dépend des informations qu'on a. Lorsque c'est un grand classique comme une hernie, on va parler d'une plaque prothétique. Les gens qui viennent ce sont ceux qui n'ont pas osé demander. « Les chirurgiens ils sont impressionnants. » Les gens sont souvent assez simples et ils n'ont pas envie d'embêter « le monsieur qui travaille ».*

**Donc vous êtes amenée à réexpliquer les choses ?**

*Oui, mais ce n'est pas franchement le plus embêtant. Je pense que dans le contact individuel, ça se passe bien. Moi j'ai déjà eu des personnes qui ont eu deux interlocuteurs différents. Ils n'ont pas aimé. Et ils sont partis se faire opérer dans le privé. Car dans le privé les consultations sont assurées par le même chirurgien du début à la fin. Tu vois la même personne tout le temps. Je pense que c'est un problème d'organisation. Et le fait qu'on ne peut pas expliquer nous... ou récupérer ce qui a été dit car on n'a pas l'information précise. Oui c'est ça. Des gens en colère ou pas contents, si tu leur expliques tranquillement ce qu'il s'est passé : ils comprennent. Parfois les gens sont revendicatifs car ils n'ont pas compris. Quand ils viennent me réclamer quelque chose par une tirade et que je leur réponds : « Ecoutez, je suis désolée je n'ai pas reçu le courrier ». Ca les conforte dans l'idée qu'il y a un problème.*

**Donc vous avez quand même des difficultés ?**

*Bah ce n'est pas vraiment nous. C'est juste qu'on ne peut pas arranger les choses voilà. Le patient il vient me voir car il ne peut pas retourner voir le chirurgien. Et finalement l'intermédiaire entre les deux c'est moi. Il faudrait qu'il y ait un interlocuteur. Tu peux appeler, alors tu appelles. Il faut retrouver le dossier : ça prend du temps déjà. C'est une perte de temps sans être sûre d'avoir la réponse. Quand tu n'as pas d'interlocuteur... Voilà. Elle a été opérée par le professeur machin. Il a sa propre secrétaire. Tu appelles la secrétaire qui va te retrouver rapidement le dossier. Dès que*

*tu sors de ce cadre, ça devient difficile. Tu as deux secrétaires au téléphone : « Ah ce n'est pas moi c'est la collègue... » Sauf que le dossier sur l'informatique c'est le même. Au COL tu appelles ils le retrouvent toujours. Au CHR ils ne le trouvent pas. Et pourtant c'est à côté... (rires)*

**Dernier thème : c'est votre relation avec le service de chirurgie ambulatoire... Et donc que pensez-vous de vos relations avec ce service là ?**

*Je ne pense pas avoir téléphoné ces derniers temps. Euh... Ca fait 15 ans que je suis installée et je n'ai pas été amenée à les contacter souvent. Et si j'ai appelé j'ai eu des infirmières, rarement des médecins.*

**Et ça c'est dommageable ?**

*Pour les informations dont j'avais besoin c'était suffisant. C'est à dire pour aller jusqu'au lendemain. Euh... mais bon j'aurai quand même aimé avoir un médecin. J'ai déjà eu par exemple un chef de clinique d'astreinte pour la soirée et il ne connaît pas tous les dossiers.*

**Bien sûr...**

*Tu dis bien sûr... Je suis désolé mais dans le privé le chirurgien il sait qui a été opéré dans la journée car il n'y a quand même pas cinquante chirurgies dans la journée. Donc il n'y a pas cinquante dossiers. Je ne sais plus pour quoi c'était mais ce n'était pas clair... Il m'a dit d'une manière générale « Pour ça on fait ça ça et ça... après cette dame là je ne la connais pas. »*

**D'accord et comment vous jugez l'accessibilité à l'information ?**

*Pas bonne.*

**Et comment l'améliorer ?**

*Ce n'est pas le généraliste qui parle là. Il a des choses qui ont déjà été proposées, surtout au CHR. L'idée d'une plate-forme informatique avait déjà été testé à Douai où à l'entrée du patient on liste qui est votre médecin traitant, qui est votre infirmière, qui est votre kiné. Bref tous les intervenants dont tu as besoin. Et par rapport à ça un courrier type est élaboré demandant si il y a des précautions particulières à prendre avec ce patient. Puis cette base a permis de faire un courrier de sortie expliquant de manière concise et précise ce qu'il s'est passé. Après lorsqu'il y a eu un problème*

*dans le cadre de l'hospitalisation je pense qu'ils pourraient nous appeler. Moi j'imagine qu'ils ont peur du médico-légal. Car lorsqu'ils ont besoin de nous trouver pour nous engueuler ou trouver la posologie du médicament, ils savent nous trouver tout de suite. Quand il y a un problème, il faut nous prévenir : nous appeler tout simplement. « Voilà madame machin est sortie il y avait tel problème... »*

**Pour anticiper ce que pourraient dire d'éventuels détracteurs... ils diraient que les médecins de ville ne sont pas forcément disponibles, qu'est-ce que vous leur répondriez ?**

*Ils arrivent à nous trouver lorsqu'ils veulent des informations sur le patient. Quand il faut nous en donner on n'est pas moins joignable. On a la messagerie sécurisée déjà. On a quasiment tous un secrétariat au moins téléphonique. Quand l'hôpital veut l'information, il est capable de nous trouver. C'est que c'est possible. Il y a clairement un effort à faire car ça m'a toujours scié de voir que lorsqu'ils ont besoin de nous ils savent nous trouver. Dans la même foulée : nous prévenir par téléphone que le patient est décédé c'est bien aussi... Un coup de fil ça ne mange pas de pain encore. Il y a un gag ou un problème opératoire : hop un petit coup de fil « il y a eu ça... » On est toujours très content et on est joignable comme lorsqu'ils ont besoin de l'info.*

**Ce que certains médecins mettaient en avant c'est que si la communication n'était pas optimale c'est parce que l'hôpital ne connaît pas la ville, qu'en pensez-vous ?**

*Le CHR : les praticiens hospitaliers à temps complet y sont rentrés à 18 ans en fac et n'en sont jamais sortis. Donc ils évoluent dans un milieu fermé où ils ne nous connaissent pas bien. Ces vingt dernières années, la médecine de ville a beaucoup changé. Sauf que si ils sont restés sur les a priori des années 80 et 90, forcément ça ne va pas. Euh... il y a ça. Et l'autre chose c'est que je pense que tous les étudiants en médecine devraient faire un stage en ville. La réforme de la médecine générale c'est 2004. A partir des années 90, les médecins spécialistes ont arrêté de faire des remplacements. Avant on était mal payé par rapport à vous. Donc si on n'avait pas papa/maman ou si on ne remplaçait pas, on ne pouvait pas vivre avec le salaire d'interne. On faisait des remplacements en clinique en tant qu'aide opératoire, en ville en médecine générale. Quelque soit la spécialité on pouvait le faire car il n'y avait pas de compétences spécifiques reconnues. Donc cette connaissance des deux cotés a*

*disparu au début des années 90. Les médecins qui sont à temps partiel avec cabinet de ville l'ont conservé. Compte-tenu de cette information là, les médecins qui sont depuis toujours au CHR n'ont pas par la force des choses la connaissance de la médecine générale. Et puis leur médecin de tout façon c'est un copain. Et puis comme tout médecin on ne va pas voir de médecin traitant on va voir directement le cardiologue. Par la vie privée on ne peut pas trop savoir. Et moi je pense qu'il faudrait simplement un stage... voir ce que c'est quoi. Que le chirurgien voit ce que c'est de trouver le dossier de madame machin lorsqu'il le demande... au lieu de le demander à l'interne.*

**Pour ces personnes qui n'ont plus eu ce contact avec la médecine de ville comment pourrait-on rattraper les choses ?**

*Juste en nous appelant. Juste en nous appelant, par la communication, par le contact humain avec l'autre. Quand tu appelles... Moi quand je me suis installée eh bien la première fois que j'ai eu à appeler les infirmières ou autres, je ne savais pas comment leur parler. Tu as des gentils, tu as des cons, tu as de tout. Comme dans la vraie vie : c'est pareil... Mais ça prend cinq minutes un coup de fil... ce qui se fait normalement dans la vraie vie.*

**D'autres choses à ajouter ?**

*Non... non. Je pense que c'est leur problème d'organisation. Ils ont un problème aussi de séparation des tâches. C'est-à-dire que - en exagérant hein - le médecin qui fait la main droite ne fera pas la main gauche. Mais c'est le même patient derrière. La secrétaire qui tape ce n'est pas celle qui le met au courrier. Les tâches au CHR elles sont bien bien bien organisées... L'infirmière n'enlève pas le bassin : elle va appeler l'aide soignante. Le médecin ne va pas changer le pansement. Tout est tellement rigide que à la fin tu ne sais plus bien ce que font les autres. Donc on ne peut que constater le résultat. Oui chacun dans sa case quoi... Sauf que les gens ne sont pas des cases... il n'y a pas de liaison entre les intervenants... Il n'y a pas de substitution possible des intervenants mais ça devrait être faisable... voilà bah c'est bon (rires)*

**Très bien. Merci pour votre participation active à cet entretien et pour le temps que vous m'avez accordé.**



**AUTEUR : SAÏCH**

**Eddine**

**Date de Soutenance : le mardi 14 octobre 2014**

**Titre de la Thèse : Coordination des soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire  
Point de vue des médecins généralistes**

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**Diplôme d'études spécialisées : Médecine Générale**

**Mots-clés : chirurgie ambulatoire ; coordination des soins ; médecins généralistes**

### **Résumé**

**Contexte** : L'amélioration de la coordination des soins entre l'hôpital et le système de soins primaires est au cœur de l'amélioration de notre système de santé. Le CHRU de Lille souffre d'une coordination ville-hôpital d'efficacité non optimale. Le développement de la chirurgie ambulatoire fait partie des objectifs du CHRU. L'objectif de l'étude était d'explorer les représentations et attentes des médecins généralistes (MG) à propos des parcours de soins en chirurgie ambulatoire au CHRU de Lille.

**Méthode** : Etude qualitative par entretien semi-dirigé. Les critères d'inclusion étaient : MG du Nord-Pas-de-Calais ayant collaboré avec la chirurgie ambulatoire du CHRU de Lille. Les données étaient anonymisées, retranscrites et analysées. L'analyse s'effectuait selon la méthode de la théorisation ancrée. Les entretiens étaient réalisés jusqu'à saturation des données. Le logiciel d'analyse était QSR Nvivo 10.

**Résultats** : 10 MG ont été interrogés. Ils insistaient sur la nécessité d'une transmission directe de l'information dès la sortie hospitalière : par téléphone pour avvertir de la sortie du patient puis par un courrier envoyé le plus précocement possible. Les informations devaient être simples, complètes et standardisées. Les MG souhaitaient être plus associés à la prise en charge : cela passait par une amélioration des moyens de communication notamment en promouvant le contact téléphonique et l'utilisation d'une Messagerie sécurisée de santé (MSS). La nécessité d'une approche globale du patient était soulignée : le champ bio-psycho-social des patients devait être pris en compte. Les MG insistaient sur un renforcement du rôle de l'infirmier libéral par une meilleure association dans la coordination des soins à la sortie des patients. Ils souhaitaient qu'existe une meilleure connaissance réciproque des acteurs de ces deux systèmes de soins.

**Conclusion** : Les MG affirmaient que le système actuel était efficient mais perfectible. Les difficultés rencontrées par les MG ont été objectivées et ordonnées. De nombreuses propositions ont été faites pour améliorer l'actuel. Devant l'augmentation permanente des actes en chirurgie ambulatoire, la coordination des soins se doit d'être optimale pour être un gage de qualité et sécurité dans la prise en charge des patients.

**Président : Monsieur le Professeur Bruno CARNAILLE**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Pierre TRIBOULET**

**Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE**

**Monsieur le Docteur Michel CUNIN**