



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes
et praticiens hospitaliers du CHRU de Lille.
Exemple de la Hop'line.**

Présentée et soutenue publiquement le 22 juin 2017 à 18 heures
au Pôle Formation

Par Anaïs Lemoine

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain Martinot

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Monsieur le Docteur Daniel Dreuil

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNU	Conseil National des Universités
CSP	Code de Santé Publique
DCEM	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DFASM	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
DREES	Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECN	Epreuves Nationales Classantes
EPU	Enseignement Post Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
FUMG	Filière Universitaire de Médecine Générale
GEP	Groupe d'Echange de Pratiques
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
T2A	Tarifification à l'activité
UADTR	Unité d'Aide Diagnostique et Thérapeutique Rapide
UNADITI	UNité d'Aide au Diagnostic et à la Thérapeutique Immédiate
UPL	Unité Pédagogique Locale
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners/family physicians (Organisation mondiale des médecins généralistes/médecins de famille)

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction	2
I. Processus de spécialisation de la médecine	2
II. Naissance de la médecine générale universitaire en réaction	4
III. Rôle du médecin généraliste dans le système de soins	5
IV. Les problèmes soulevés	6
V. La coopération interprofessionnelle : une nouvelle façon d'exercer	7
VI. La Hop'line.....	9
VII. Objectifs de l'étude.....	9
Matériels et méthodes.....	10
I. Le type d'étude	10
II. Population.....	10
III. Recueil des données	11
IV. Analyse des données	11
V. Ethique	12
Résultats	13
I. Echantillon analysé.....	13
II. Motivations pour appeler la Hop'line.....	14
A. Accès facile et direct à un centre de référence	14
B. Résoudre un problème en consultation.....	15
C. Bénéficier du réseau hospitalier	18
D. Faire accéder le patient au secteur public.....	19
III. Une expérience positive	20
A. Prises en charge adaptées à la médecine générale.....	20
B. Proposition de prise en charge en soins secondaires	20
C. Travail en commun.....	21
D. Valeur ajoutée à la consultation.....	22
IV. Les expériences négatives	22
A. Mauvais interlocuteur	22
B. Dysfonctionnement technique	24
C. Attitude de l'interlocuteur.....	24
D. Détournement de patientèle	27
V. Utilisation de la Hop'line en pratique.....	27
A. Connaissance de la Hop'line	27
B. Utilisation par rapport au réseau libéral.....	28
C. La peur d'être jugé	32
D. Le sentiment de légitimité du médecin généraliste.....	32
E. La question de la présence du patient.....	34
F. Le médecin recommande la Hop'line a ses confrères.....	35

VI. Suggestions	36
A. Concernant les spécialités médicales	36
B. Concernant les praticiens hospitaliers répondants	36
C. Concernant la communication avec les médecins généralistes	37
D. Créer un annuaire hospitalier simplifié	38
E. Proposer des stages hospitaliers	38
VII Représentations négatives des relations ville hôpital	39
A. Concurrence et influence négative sur le système libéral	39
B. Représentations négatives du travail hospitalier	40
Discussion	41
I. Méthodes et critères de validité de l'étude	41
A. Choix de la méthode	41
B. Echantillon	41
C. Le guide d'entretien	41
D. Les biais	42
II. Comparaison aux données de la littérature	43
A. L'accessibilité au CHRU	43
B. Le contenu des échanges téléphoniques	44
C. Les moyens financiers du patient	44
D. L'opinion sur la Hop'line	45
E. Une difficile collaboration	45
F. La qualité des réponses	48
G. La concurrence au secteur libéral	48
H. La connaissance de la Hop'line	49
I. Le recours préférentiel au spécialiste libéral	50
J. La place du patient	51
III. Promouvoir la coopération interprofessionnelle	53
A. Intégrer la coopération interprofessionnelle dans la formation initiale	53
B. Détailler l'offre de soins	54
C. Créer des occasions de rencontres	54
Conclusion	55
Références bibliographiques	56
Annexes	58

RESUME

Contexte : La spécialisation de la médecine a rendu nécessaire le développement de la coopération interprofessionnelle entre les médecins généralistes et spécialistes. C'est dans ce but que la Hop'line a été créée par le CHRU de Lille en 2008. Elle est cependant peu utilisée par les médecins de la région. L'objectif de l'étude est d'étudier l'expérience et les représentations des médecins utilisateurs afin de déterminer les motivations et les freins à l'utilisation de ce dispositif.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés auprès des utilisateurs de la Hop'line. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits sous la forme de verbatim puis codé avec le logiciel N'Vivo®. Après triangulation des données, l'analyse a été thématique.

Résultats : La saturation des données a été obtenue en 11 entretiens. La Hop'line permet d'avoir un accès facile et direct au CHRU. Les médecins généralistes discutent avec le praticien hospitalier pour résoudre un problème au cours de la consultation. Il s'agit le plus souvent de la prise en charge immédiate du patient (diagnostic, notion d'urgence, thérapeutique, question pratique) et du bilan complémentaire. La Hop'line permet également de mieux connaître le réseau hospitalier, et d'assurer une prise en charge en secteur public. L'expérience est positive avec des réponses adaptées à la médecine générale et la proposition d'une prise en charge en soins secondaires si besoin. Le fait de travailler ensemble est une valeur ajoutée à la consultation. Les principales difficultés rencontrées sont liées à l'attitude de l'interlocuteur (conflit générationnel, absence de partage des connaissances, manque de considération, anonymat, qualité variable des réponses, indisponibilité). Les principaux freins à l'utilisation de la Hop'line sont les représentations négatives (peur d'être jugé, peur de déranger, impression de concurrence déloyale au secteur privé). Enfin la communication autour du dispositif est insuffisante.

Conclusion : La Hop'line favorise la coopération interprofessionnelle entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière. Les avis sont majoritairement positifs. On constate néanmoins des difficultés chez certains médecins à complètement s'approprier la démarche. Une formation à la coopération interprofessionnelle sur le modèle canadien pourrait faciliter les échanges entre les praticiens des différentes spécialités.

INTRODUCTION

I. Processus de spécialisation de la médecine

Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, la théorie des humeurs de Galien a joué un rôle prépondérant dans l'exercice de la médecine en Europe. Cette théorie selon laquelle la santé résulte de l'équilibre des humeurs rend la médecine par nature globale et générale. L'abandon de ce cadre théorique au XIXe siècle va permettre de repenser la physiologie et la pathologie sur de nouvelles bases d'où va émerger la médecine anatomoclinique fondée sur les processus lésionnels. (1)

Jusqu'au milieu du XIXe siècle, les spécialités médicales n'existent pas et les médecins reçoivent tous la même formation en clinique générale.

Il s'opère à la fin du XIXe et au début du XXe siècle, une véritable révolution dans le domaine médical grâce aux grandes découvertes scientifiques telles qu'entre autres la physiologie moderne (Claude Bernard), la vaccination (Pasteur, 1879) et la pénicilline (Flemming, 1928).

L'apprentissage spécialisé s'effectue dans les hôpitaux et n'est pas reconnu par les facultés. La création d'un enseignement de médecine spécialisée n'est officialisée qu'en 1870. Dans les années qui suivent, la clinique spécialisée se développe et la clinique générale décline peu à peu.

La spécialisation reste cependant informelle et constitue la plupart du temps une évolution de carrière des médecins qui ont débuté leur carrière comme généraliste. Les spécialités ne sont codifiées et reconnues qu'à partir de l'arrêté du 6 octobre 1949.

Dès les années 50, les médecins ont la possibilité de s'inscrire aux certificats de spécialités et de s'installer en libéral. (2)

Cette spécialisation synonyme de progrès conduit à la fragmentation des connaissances et à la compartimentation des pratiques.

Comme le souligne Galam en 1996 « *Le continent corporel se morcèle en un archipel de spécialités ou de services hospitaliers affectés à des fonctions et des organes particuliers. (...) Chacun de ses insulaires est formidablement savant sur son domaine de spécialité mais s'en remet à ses confrères pour le reste dans l'ignorance (sauf cas particuliers) de l'histoire du patient, l'indifférence à sa condition sociale et culturelle.* » (3)

La réforme Debré de 1958 crée les centres hospitalo-universitaires. L'un de ses objectifs est de mettre la recherche scientifique au cœur des facultés et d'encourager le progrès et la diffusion des connaissances. Elle crée cependant une élite hospitalo-universitaire. Le développement de la médecine hospitalière d'excellence engendre l'éclatement de l'espace professionnel et une hiérarchie symbolique de la pratique médicale. (2)

L'absence de compétence clinique spécifique et de diplôme complémentaire fait du médecin généraliste un praticien « par défaut ». La médecine générale est rejetée hors de l'université, réduite à une activité de soins, sans recherche ni enseignement spécifique.

II. Naissance de la médecine générale universitaire en réaction

Marginalisés par cette réforme, les médecins généralistes se rassemblent alors progressivement pour définir leur discipline, leur domaine de recherche et l'enseignement à apporter aux jeunes générations en vue de leur reconnaissance par l'université.

« Malgré son ancienneté la médecine générale est une discipline toute jeune où les pratiques précèdent le savoir et qui se construit dans l'action et souvent dans le désordre. Elle est plurielle, complexe et parfois contradictoire. Elle se structure en particulier autour de la recherche clinique qui seule peut la sortir de son statut de discipline « d'exercice » sans contenu propre (et donc de seconde zone) et faire apparaître les contours théoriques de son champ d'action et de ses méthodes propres » écrit Éric Galam. (3)

Ainsi la Société Française de Médecine Générale est créée en 1973 et le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) en 1983. Leur création est le fondement d'une identité collective.

La loi du 23 décembre 1982 permet une évolution significative par la création d'un 3^e cycle spécifique à la médecine générale avec des stages ambulatoires. Le CNGE édite en 1996 le premier traité de médecine générale intitulé « Médecine générale concepts et pratiques : A l'usage des étudiants, des enseignants et des praticiens de la discipline ».

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et le décret du 16 janvier 2004 reconnaissent la médecine générale comme une spécialité par la création d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES). A l'issue des nouvelles épreuves classantes nationales (ECN), les candidats peuvent choisir la médecine générale au même titre

que les autres spécialités. Cette réforme, vingt ans après la création du CNGE, fait de la médecine générale une discipline à part entière spécifique aux soins primaires.

Le 28 novembre 2014, la médecine générale est également reconnue par le Conseil National des Universités par l'ouverture d'une sous-section.

Le médecin généraliste est désormais spécialiste. Ses compétences et ses concepts sont référencés et enseignés dans les départements de médecine générale au sein des facultés. La filière universitaire de médecine générale se développe, des professeurs et des chefs de cliniques universitaires sont nommés. (4)

III. Rôle du médecin généraliste dans le système de soins

La World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (WONCA) définit la médecine générale comme « *spécialité clinique orientée vers les soins primaires* ». Elle est ainsi le « *premier contact avec le système de soins* », prenant en compte « *tous les problèmes de santé* » quelles que soient les « *caractéristiques de la personne* ». Elle « *utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités* ». Sa démarche est « *centrée sur la personne* ». (6)

L'article L 4130-1 du Code de Santé Publique (CSP) affirme le rôle essentiel du médecin généraliste dans l'orientation du patient, la coordination des soins et la coopération professionnelle.

La loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 instaure le statut de « médecin traitant ». L'évolution se fait vers une médecine des « parcours de santé » qui s'adresse essentiellement aux patients atteints de maladies chroniques ou à risque de dépendance. Les prises en charge chroniques deviennent complexes et très coûteuses sur le long terme. L'objectif des soins primaires est alors de gérer de façon efficiente l'interface avec les soins spécialisés afin d'éviter les examens, les consultations et les hospitalisations inutiles.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009 réaffirme le rôle d'orientation dans le système de soins, de coordination des intervenants et de synthèse du médecin généraliste. (7)

IV. Les problèmes soulevés

Bien que valorisé comme le « pivot » du système de santé, le médecin généraliste doit faire face à un certain nombre de difficultés.

Le travail solitaire est rendu impossible par l'hyperspécialisation des pratiques. Aucun médecin ne peut prétendre avoir toutes les compétences et les connaissances nécessaires à la prise en charge des multiples pathologies chroniques.

L'intervention au stade précoce et indifférencié des maladies confronte le médecin généraliste aux incertitudes diagnostiques.

Les difficultés de financement du système de santé l'obligent à utiliser de façon efficiente les ressources à sa disposition (examens d'imagerie, de biologie, et consultations spécialisées).

La relation médecin-patient connaît des évolutions profondes sous l'influence des transformations de la société (augmentation du niveau d'études de la population, accès à des connaissances sur les maladies via internet, remise en cause des hiérarchies sociales...). Le risque médico-légal est de plus en plus présent.

Enfin, la diminution du nombre de médecins dans certaines spécialités allonge les délais de consultation et rend l'accès aux soins secondaires voire tertiaires aléatoire.

V. La coopération interprofessionnelle : une nouvelle façon d'exercer

La coopération interprofessionnelle permet aux médecins de se consulter, de mutualiser leurs connaissances et de les enrichir réciproquement. Elle fait partie des devoirs du médecin envers le patient énoncés dans le CSP : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel s'il y a lieu, à l'aide d'un tiers compétent.* » (Article R.4127-32)

La médecine hospitalière est depuis longtemps fondée sur la coopération et la pluridisciplinarité. Des réunions de service sont organisées de façon régulière regroupant médecins, personnel soignant et social afin de discuter des problèmes posés par un patient.

A titre d'exemple, en oncologie, la prise en charge du malade est décidée lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour être à la fois efficiente et personnalisée. Cette pratique a été formalisée par le plan cancer de 2003.

Les médecins généralistes développent également des formes de collaboration interprofessionnelle grâce aux maisons de santé pluridisciplinaires et aux réseaux de

soins. Des groupes d'échange de pratiques (GEP) s'organisent au sein des maisons de santé, des facultés et des unités pédagogiques locales (UPL). La formation médicale continue (FMC) est également un lieu d'échange informel entre médecins généralistes.

Cependant la coopération interprofessionnelle entre la ville et l'hôpital reste sommaire. Si on prend l'exemple des RCP, bien que la présence du médecin traitant du patient soit sollicitée, elle n'est pas obligatoire. (8) Les médecins généralistes ne participent que rarement aux réunions hospitalières. Les raisons évoquées sont le manque de temps et l'absence de rémunération pour la participation et le déplacement. (9)

Gérard Larcher a été chargé en 2007 d'organiser une concertation sur les missions de l'hôpital auprès des acteurs du système de santé et d'établir un état des lieux. Il constate que les relations ville-hôpital sont souvent difficiles et que les généralistes ont des difficultés fréquentes à joindre leurs collègues hospitaliers. Ainsi, son rapport d'avril 2008 préconise le renforcement des liens ville-hôpital notamment par l'instauration de permanences téléphoniques dans les services, la possibilité d'hospitalisations directes sans passage par le service des urgences et la transmission d'informations via des messageries électroniques sécurisées. (10)

L'enjeu d'une meilleure communication entre les professionnels de santé, tant d'un point de santé publique que d'un point de vue économique, est tel que le nouveau programme du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM équivalent à l'ancien Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM)), publié par l'arrêté du 8 avril 2013 intègre une unité d'enseignement « Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle ».

VI. La Hop'line

Suite à une étude menée auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais entre 2004 et 2006, le CHRU de Lille a mis en place en décembre 2008, un dispositif téléphonique nommé « Hop'line ».

Le but de cette ligne réservée aux médecins généralistes est de les mettre en relation instantanément avec un praticien hospitalier senior. La réponse proposée va du conseil à la prise en charge en consultation ou en hospitalisation. Cette ligne est gratuite et disponible pour de nombreuses spécialités. Ce projet est soutenu par le comité ville-hôpital mis en place en 2012.

C'est un dispositif de télé-expertise qui répond à la définition de l'article R.6316-1 du CSP. *« La télé-expertise a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ».*

La télé-expertise est une activité de télémédecine d'avenir. Elle favorise la continuité des soins malgré les délais parfois trop longs pour l'obtention de rendez-vous dans certaines spécialités.

VII. Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est d'étudier l'expérience et les représentations des médecins utilisateurs de la Hop'line afin de déterminer les motivations et les freins à l'utilisation de ce dispositif.

MATERIELS ET METHODES

I. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative.

La recherche qualitative a pour objet spécifique d'étudier les représentations, les comportements et leurs déterminants. Elle peut permettre également d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins qui sont confrontés à des phénomènes nouveaux, émergents.

II. Population

La population étudiée est composée de médecins généralistes installés ou remplaçants ayant utilisé plusieurs fois la Hop'line. Le recrutement était initialement non orienté, les médecins étaient contactés grâce à un relevé téléphonique fourni par le standard du CHRU.

Certains médecins ont été recrutés par le bouche à oreilles au sein des réseaux professionnels et universitaires afin d'obtenir un échantillon à variation maximale et d'interroger des participants qui fassent ressortir des divergences de représentation.

Quelle que soit la méthode de recrutement, tous les participants avaient une expérience de la Hop'line.

Chaque médecin a été sollicité par téléphone ou par courrier électronique. En cas de réponse positive, l'entretien s'est déroulé à son cabinet ou à son domicile.

III. Recueil des données

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens semi-directifs avec un guide d'entretien.

- **Consigne initiale** : « Vous avez utilisé la Hop'line à plusieurs reprises. Pouvez-vous me dire comment cela s'est passé ? »

- **Guide thématique** :
 - Connaissance de la Hop'line
 - Accessibilité technique
 - Motivations à appeler
 - Place dans le réseau professionnel habituel
 - Satisfaction de la réponse proposée
 - Freins identifiés à l'utilisation
 - Suggestion d'amélioration

Après avoir reçu une information sur l'objet de la recherche et le caractère anonyme des réponses, chaque médecin a donné un accord oral à sa participation. Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone et retranscrits dans leur intégralité sous forme de verbatim.

IV. Analyse des données

L'analyse a été concomitante au recueil des données.

Le contenu des verbatim a été analysé à l'aide du logiciel N'Vivo®. Chaque idée développée a été codée dans le logiciel sous la forme d'un nœud. Les idées ayant le même sens dans les différents entretiens ont été codées par le même nœud. Le but a été de rechercher et de regrouper des idées et des thèmes entre les différents entretiens pour produire du sens.

Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à la saturation des données c'est-à-dire jusqu'à l'entretien n'apportant plus de nouvel élément. La saturation a été vérifiée par un entretien complémentaire.

L'ensemble des entretiens a bénéficié d'une triangulation avec une interne de médecine générale réalisant une étude qualitative sur un autre sujet pour son projet de recherche.

V. Ethique

Cette étude non interventionnelle ayant été réalisée avant l'application de la Loi Jardé, l'avis du Comité de Protection des Personnes n'a pas été nécessaire.

Elle n'a bénéficié d'aucun financement.

Il n'y a pas de conflit d'intérêt.

RESULTATS

I. Echantillon analysé

Onze médecins généralistes ont été interrogés, 4 hommes et 7 femmes. L'âge moyen est de 44 ans. Ils étaient installés depuis en moyenne 13 ans. Une participante était remplaçante. Trois médecins cumulaient une ou plusieurs activités universitaires parmi l'enseignement, la maîtrise de stage, et la direction de thèse. L'ensemble des interviewés déclaraient participer aux soirées de FMC. Leurs caractéristiques sont regroupées dans le tableau 1

Médecin	Sexe	Age	Installation	Implication universitaire	Participation FMC
M1	M	38 ans	2012	Non	Oui
M2	M	56 ans	1989	Oui	Oui
M3	F	48 ans	2013	Non	Oui
M4	M	34 ans	2014	Non	Oui
M5	F	55 ans	1991	Non	Oui
M6	F	46 ans	1998	Oui	Oui
M7	M	54 ans	1993	Non	Oui
M8	F	46 ans	2002	Non	Oui
M9	F	37 ans	2007	Oui	Oui
M10	F	39 ans	2009	Non	Oui
M11	F	32 ans	Remplaçante	Non	Oui

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Les onze entretiens ont été réalisés entre mai 2015 et janvier 2016.

Ils ont été retranscrits dans leur intégralité, équivalent à 3 heures et 45 minutes d'enregistrement. La durée des entretiens allait de 6 minutes 30 à 46 minutes soit une moyenne de 18 minutes par entretien.

II. Motivations pour appeler la Hop'line

A. Accès facile et direct à un centre de référence

Le CHRU est perçu comme un centre de « *compétence* » (M7) et de « *référence* » (M4, M7). Il répond parfaitement à sa vocation de prise en charge des pathologies « *complexes* » (M7). Les praticiens hospitaliers sont « *des gens référents* » avec des « *compétences énormes* » et sont qualifiés d'« *hyper forts* » et d'« *hyper pointus* » (M7).

Le CHRU est également la référence pour les médecins qui y ont été formés.

« *Je l'utilise régulièrement parce que j'ai été formé ici à Lille* » (M4)

La Hop'line permet d'avoir un correspondant médical en ligne directement en évitant de nombreux intermédiaires tels que les secrétariats médicaux et les bureaux infirmiers.

« (...) *les gens en ont ras le bol de l'hôpital parce qu'il n'y a pas d'interlocuteur médecin direct.* » (M7)

« (...) *Joindre quelqu'un dans un service c'est pas toujours simple... Passer de standard en standard et de secrétariat en secrétariat. Des fois très compliqué...* » (M4)

Les médecins sont « *sûr d'avoir quelqu'un* » (M1) au moment de la consultation.

« *Chaque fois j'ai eu effectivement un interlocuteur au bout du fil.* » (M2)

« (...) *On a la chance d'avoir 9 fois sur 10, ces derniers temps beaucoup moins, [d'avoir] directement un praticien hospitalier, et pas faire 10 services avant d'avoir quelqu'un à qui parler* » (M10)

Les réponses sont données par des praticiens hospitaliers seniors ce qui permet aux médecins généralistes d'avoir « *un avis spécialisé et précis* » et une « *réponse certaine* » (M11)

L'utilisation de la Hop'line c'est donc la « *facilité* » (M1, M11) grâce à un « *standard spécifique* » (M2) et des praticiens répondants dédiés. L'attente est ainsi moins longue.

« (...) c'est un médecin défini, ils nous prennent en ligne immédiatement. » (M10)

« (...) l'avantage c'est que c'est beaucoup moins long que quand on passe par le standard. » (M11)

L'utilisation de la Hop'line est facile, ce qui permet aux médecins généralistes de l'utiliser « très souvent » (M3)

La large amplitude horaire « 9 heures à 19 heures, du lundi au vendredi » (M3) et l'efficacité du « standard spécifique » (M2) encouragent les médecins.

« Ça se passe super bien. Etant donné que je m'en suis servi plusieurs fois, je connais exactement ce qu'il faut dire au niveau du standard. (...) On n'attend quasiment pas alors que quand on fait le 44 59 62, on a des plombes à attendre. » (M6)

« Le fait de prendre le numéro de téléphone au standard, ça c'est pas mal, parce que ça a déjà coupé avec les TSI et tout ça et ils m'ont rappelé. (...) » (M9)

B. Résoudre un problème en consultation

1. Prise en charge immédiate

a) Prendre le temps de résoudre le problème

Le temps consacré à l'appel Hop'line n'est pas un frein à son utilisation.

« S'il y a quelque chose qui fait que ça doit être plus long, ça sera plus long. Donc le temps n'est pas un frein. J'appelle entre deux. J'utilise beaucoup mon téléphone. » (M4)

b) Faire le diagnostic

L'appel est fréquemment motivé par des difficultés à faire un diagnostic.

« Ça me permet de résoudre des problèmes qui dépassent mon entendement » (M3)

« C'est surtout diagnostique, quand on a un florilège de symptômes » (M6)

Le médecin utilise la Hop'line si le résultat de la consultation est un symptôme suspect concernant un système vital (cœur, cerveau) ou une population particulière (enfants) pour lequel le doute ou le retard diagnostique ne sont pas permis.

« Une fois j'avais vu un nourrisson... il était très petit, il venait de manger, il était tachycarde et il avait pris beaucoup de poids. (...). Et en fait, une conférence d'internat m'est revenue et c'était un cas ou en fait un enfant était en insuffisance cardiaque, et je me suis « zut ! Est ce qu'il n'est pas en insuffisance cardiaque ? (...) » Du coup j'ai appelé le pédiatre, il m'a demandé de vérifier 2-3 choses, il m'a dit « non, non, ne vous inquiétez pas (...) » (M8)

« Une fois (...) j'avais diagnostiqué une pneumopathie chez une petite fille et en faisant la radio en fait elle avait un épanchement et je ne savais pas trop quoi en faire donc j'ai demandé (...) » (M8)

« Au niveau neuro, c'est une association de symptômes pour lesquels on ne sait pas tellement faire un diagnostic précis et on veut pouvoir orienter et faire les choses correctement » (M6)

c) Connaitre le degré d'urgence

Pour certaines pathologies avec une faible prévalence en soins primaires, le médecin peut se poser la question de la rapidité de l'évolution ainsi que du degré d'urgence. La question porte souvent sur l'indication d'une hospitalisation.

« La question était de savoir si je me contentais d'un traitement « basique » ou si je considérais qu'il fallait que j'adresse le patient directement en hospitalier parce que je ne savais pas donner de nom et je ne savais pas si l'évolution était très rapide. » (M2)

« Je suis vraiment embêtée, je sais pas ce que je dois faire, si je dois hospitaliser ou pas et j'ai envie d'avoir une réponse tout de suite » (M8)

« On est parfois dans des situations ou on ne sait pas trop... ou on a du mal à évaluer l'urgence (...) » (M10)

Le médecin essaye d'éviter les passages aux urgences injustifiés et les erreurs d'orientation. L'optimisation de l'orientation fait gagner du temps au patient et contribue à l'efficacité du système de santé.

« Oui parce que les urgences... ils font leur job, mais ils sont encombrés pour gérer des choses, bah pas urgentes. Ça fait perdre du temps à tout le monde... et au patient. » (M4)

« Ça permet pour moi et pour les patients d'éviter les hospitalisations inutiles. » (M3)

Le médecin généraliste peut utiliser la ligne Hop'line pour prévenir le médecin de garde du CHRU de l'arrivée de son patient.

« (...) C'était deux cas urgents, c'est à chaque fois passé par les urgences. Seulement ça me permettait d'informer celui qui est de garde qu'il y a un tel qui va arriver. » (M6)

L'appel à la Hop'line permet de lever le doute dans certaines situations.

« La question c'est toujours, ma prise en charge immédiate, savoir si elle est correcte (...) Savoir si ma conduite était logique et si je pouvais effectivement me permettre d'attendre les 3 mois. » (M2)

« Mais il y a des fois j'ai un doute et je me demande si je ne suis pas en train de passer à côté de quelque chose et là j'ai besoin d'en parler à quelqu'un. (...) En général, c'est plus une confirmation. (...) » (M8)

d) Préciser la prise en charge thérapeutique

Un avis peut concerner une adaptation thérapeutique ou un «nouveau traitement» (M5)

« (...) J'avais un vrai problème thérapeutique (...) de carence en vitamine B12 chez un patient qui avait une hémopathie, donc je pouvais pas faire l'injection en IM, donc voilà je me suis fait aider... » (M10)

e) Poser une question pratique

Il peut s'agir également d'une question ou d'un conseil sur la prise en charge pratique.

« Sur des situations qui ne justifient pas de consultation en soit mais juste quelqu'un qui dit « et bien non en pratique on fait ça », c'est juste un conseil. » (M10)

« C'est plus pour avoir un avis sur quelque chose dont je n'ai pas l'expérience et que je n'ai pas encore vu dans ma pratique. » (M11)

2. Bilan complémentaire

Le médecin généraliste peut se poser la question de l'utilité d'un bilan complémentaire devant certains symptômes.

« C'est un bébé de 4 mois, ça fait 4 trucs que ce bébé a, et je me pose vraiment des questions, et je ne peux le trouver nulle part dans la littérature, ça je suis sûre, donc je me tourne vers vous pour avoir une idée si on prête attention ou pas attention etc.... » (M5)

« (...) Pour bien spécifier et ne pas se retrouver avec une demande erronée, et qu'on fasse un examen qui ne soit pas tout aussi pertinent que ce qui pourrait être utile. » (M6)

Il peut également s'agir de la conduite à tenir devant une anomalie biologique.

« Quand on a un résultat de bio qui n'est pas tout à fait normal mais qu'on a un doute, savoir s'il faut fouiller. » (M4)

Lorsque le patient nécessite une consultation spécialisée, le médecin généraliste réalise le bilan nécessaire avant le rendez-vous. Le praticien hospitalier indique l'ensemble des examens complémentaires utiles. C'est un gain de temps pour le patient, le médecin généraliste et son correspondant. Les coûts liés aux soins sont maîtrisés par des examens pertinents et non redondants.

« Avancer pour ne pas systématiquement envoyer au spécialiste alors que de toute façon, arrivé en consultation il y aura des demandes d'examens. » (M4)

« Ou quand on a justement, plutôt que de l'envoyer en neuro d'emblée en consultation, de faire tous les examens antérieurement, avant la consultation. (...) les gens arrivent avec tous les examens qui sont potentiellement utiles pour la spécialité en question, afin qu'il n'y ait pas de bugs et d'aller-retours inutiles et de perte de temps, que ce soit pour le patient ou que ce soit pour le médecin. » (M6)

C. Bénéficiaire du réseau hospitalier

Le praticien hospitalier fait bénéficier le médecin généraliste de sa connaissance du réseau hospitalier.

« (...) J'ai déjà eu un pédiatre qui m'a dit « (...) la personne qui est vraiment spécialiste c'est telle personne » (...). Et bah déjà rien que ça, ça m'a orienté. (...) » (M9)

D. Faire accéder le patient au secteur public

La question du financement des soins est évoquée par certains médecins qui demande un avis via la Hop'line pour faire accéder son patient au secteur public hospitalier (secteur 1). Cela permet de proposer une prise en charge couverte par la sécurité sociale sans dépassement d'honoraire. Le médecin prend cette décision spontanément ou à la demande du patient.

« Tout dépend si le patient a les moyens de se faire suivre en privé ou s'il n'a pas les moyens de se faire suivre en privé. » (M2)

« Il y a de plus en plus de gens qui en parlent. (...) savoir s'il y a des dépassements, (...) Les gens sont sensibilisés à demander... « Ah bah tiens, je vais aller au CHR, parce que là on doit pas avancer...»(...) » (M4)

« (...) Et effectivement les gens peuvent aller à l'hôpital parce que c'est à moindre coût. » (M5)

Ce propos est nuancé par les autres médecins qui soulignent la fréquence du secteur privé au sein de l'hôpital public universitaire.

« Oui mais à l'hôpital il y a des gens qui font plein de dépassement d'honoraire déjà... (...) Plus que le privé, certains professeurs, certains patrons » (M7)

Pour les autres médecins interrogés, les moyens financiers ne sont pas un critère décisionnel. La Hop'line conserve son rôle premier de conseil médical.

« La Hop'line ne joue pas ce rôle-là. » (M10)

« (...) c'est jamais rentré en considération. (...) c'est pas quelque chose de financier. » (M11)

III. Une expérience positive

A. Prises en charge adaptées à la médecine générale

L'adéquation entre la réponse apportée et les possibilités du médecin de ville est très appréciée des utilisateurs de la Hop'line.

« La réponse qui m'a été faite et elle a toujours été conforme à ce que j'en attendais. (...) j'ai toujours eu des gens qui ont donné des réponses adaptées à ma pratique » (M3)

Quoi qu'il arrive si la réponse semble inadaptée ou irréalisable, le médecin généraliste reste le seul juge de la situation.

« (...) Si ça correspond pas c'est tout (...) J'ai toujours ma liberté. (...) On voit en fonction. » (M4)

« (...) on a toujours une réponse adaptée, parce qu'on les a en ligne et qu'on peut très bien leur dire «non, c'est pas possible » » (M10)

Le praticien hospitalier est conscient des difficultés rencontrées par le médecin généraliste et aide à la réalisation de la prise en charge ambulatoire.

« C'est des praticiens qui ont une idée de ce que ça peut être le suivi des patients en médecine générale. (...) C'est-à-dire qu'il y a vraiment, on sent ça, c'est perceptible, cette volonté-là de rendre service au médecin en comprenant ses difficultés ou les limites de son action. » (M3)

« (...) ils bataillent un peu avec nous pour éviter l'hospitalisation (...) en général ils savent que c'est pour essayer de tout faire en ambulatoire (...) » (M9)

B. Proposition de prise en charge en soins secondaires

Une consultation ou une hospitalisation est proposée lorsque la prise en charge ambulatoire n'est pas possible.

« C'est-à-dire qu'il est arrivé plusieurs fois que la conclusion de l'entretien téléphonique, c'était la proposition d'une consultation ou d'une hospitalisation programmée. » (M3)

« Je me souviens (...) j'avais appelé en infectiologie parce que j'avais un patient d'une cinquantaine d'année qui était fiévreux, on ne savait pas trop... Et en fait ça s'est fini par un remplacement de valve.

Tout ça, ça s'est fait par téléphone. On avait commencé un bilan, ils avaient dit « eh bah non c'est complexe, on le prend en hospit' » (M4)

« Pareil en néphro, un patient qui avait fait un syndrome néphritique dans un contexte a priori auto immun, après 2-3 coups de fil, ils l'ont pris directement en chambre. » (M4)

Une demande Hop'line accélère le délai de prise en charge.

« Ça me permet aussi de proposer des prises en charge hospitalières avec des délais raisonnables » (M3)

Le médecin généraliste peut bénéficier d'un suivi téléphonique. Les internes qui répondent à la Hop'line rappellent pour assurer le suivi des conseils donnés (M4).

« (...) c'est arrivé que je sois en lien avec des spécialistes et ils ont dit « (...) je vous rappelle la semaine prochaine... » et ils l'ont toujours fait » (M8)

C. Travail en commun

Les médecins généralistes rencontrés sont intéressés par les pratiques de coopérations professionnelles comme en témoigne le champ sémantique utilisé « rencontres d'idées », « discussion », « raisonner à deux » et « travail d'équipe ».

« (...) dans plusieurs têtes, il peut y avoir des rencontres d'idées... » (M4)

« Qu'est-ce que vous en pensez ? (...) Je me tourne vers quelle spécialité ? (...) Discussion. » (M5)

« Mais les conseils (...) aident à traiter le patient au mieux, et puis à raisonner à deux en fait. » (M10)

« C'est un travail d'équipe. » (M11)

La pédagogie des échanges est appréciée par le médecin généraliste.

« (...) j'ai toujours eu des gens qui ont donné des réponses adaptées à ma pratique et qui aussi on fait œuvre pédagogique. C'est-à-dire que eux-mêmes anticipaient sur peut être quelques flous ou alors quelques méconnaissances de ma part compte tenu des limites de mes propres connaissances, et sans même que je le demande, bien souvent, me donnaient des indications pour comprendre le type de prise en charge. » (M3)

« (...) ils te font entre guillemets un mini cours ou une mini formation, qui sont très intéressants car ce sont des grands internistes. » (M7)

Les échanges sont confraternels et sans condescendance.

« J'ai jamais eu de condescendance » (M4)

« Moi vraiment à chaque fois, j'ai même été très surprise les premières fois que je l'ai utilisé, c'est que j'ai eu des médecins qui sont restés en ligne, que j'ai pas eu l'impression d'avoir agacé... et qui prenaient leur mission d'information très au sérieux. » (M10)

D. Valeur ajoutée à la consultation

L'appel Hop'line valorise la consultation de médecine générale, les participants utilisent des expressions telles que « avancer », « service rendu » et « plus-value ».

« Parce que c'est un service rendu de part et d'autre, c'est-à-dire que c'est un service rendu au médecin généraliste en ambulatoire, mais c'est aussi un service rendu au spécialiste à l'hôpital, et au milieu celui qui en bénéficie le plus de toute façon c'est le patient. Parce que parfois un appel téléphonique court dans certaines situations évite de retarder certains diagnostics et d'arriver dans des situations parfois très chaotiques (...) » « (...) on apporte une plus-value au patient. » (M10)

IV. Les expériences négatives

L'étude a permis d'identifier les difficultés et les représentations négatives vis-à-vis des praticiens hospitaliers qui sont susceptibles d'être des freins à l'utilisation de la Hop'line.

A. Mauvais interlocuteur

1. Erreur de mise en relation

Il y a des erreurs de mise en relation et il arrive que l'interlocuteur ne soit pas le bon.

« Il y a eu quelques couacs, des fois j'atterris dans un service qui n'est pas le bon » (M3)

2. Téléphone confié à l'interne

Avoir l'avis d'un interne est un frein à l'utilisation de la Hop'line pour une partie des médecins généralistes. Le CHRU ne respecte pas les modalités de la Hop'line mises en avant sur la notice d'information à savoir « obtenir l'avis d'un praticien hospitalier sénior »

« Il a dit qu'il avait débarqué dans le service et qu'on lui avait donné le téléphone, et que le sénior était parti faire autre chose... »(M2)

« La gynécologie souvent, ils basculent aux urgences, souvent sur l'interne aux urgences. » (M4)

Les médecins généralistes ne remettent pas en question les compétences de l'interne qui a les connaissances spécialisées surtout en fin de cursus. Ils pointent leur manque d'expérience sur la prise en charge ambulatoire.

« Quand j'ai un PH, je sais qu'il a de l'expérience, donc si j'appelle quelqu'un, je veux quelqu'un d'expérience. (...) Donc si on a quelqu'un qui théoriquement... est interne donc théoriquement moins d'expérience que nous, ça me pose un peu souci. Alors parfois quand on a des internes de fin de cursus, y'a pas trop de souci, mais l'objectif de la Hop'line et c'est ce qu'ils disent, c'est qu'on ait un PH. Ils [les internes] n'ont pas d'expérience ambulatoire. Le PH n'a pas forcément d'expérience ambulatoire, mais il a souvent des contacts avec des médecins généralistes via des EPU (Enseignement Post Universitaire) via tout ça, qui fait que par ces échanges-là, il sait ce qui est réalisable ou pas en ambulatoire. Ce qui n'est pas vraiment le cas de l'interne. » (M10)

Un médecin plus jeune, récemment installé, pense quant à lui que la qualité de l'avis dépend de la compétence de la personne et non de son statut universitaire.

« Avoir l'avis de quelqu'un même si c'est un interne, même un externe des fois... bon pas pour des avis particuliers, mais ça m'intéresse assez (...) l'idée c'est que dans plusieurs têtes, il peut y avoir des rencontres d'idées... » (M4)

B. Dysfonctionnement technique

Parfois il y a des difficultés de mise en relation.

« Bah la dernière fois que j'ai essayé d'appeler, ça devait être la semaine dernière, on m'a envoyé vers un numéro de téléphone, qui n'était pas joignable, on m'a dit « rappelez le standard pour demander tel TSI » donc du coup rappeler le standard c'est compliqué pour le coup, parce que le standard du CHR ça a été long, après j'ai demandé le TSI et le TSI sonnait dans le vide, donc il a fallu que je repasse par la Hop'line qui ont réussi à passer par le secrétariat du service concerné enfin... et là, j'ai pris un quart d'heure pour avoir un infectiologue... » (M9)

C. Attitude de l'interlocuteur

1. Conflit générationnel

La différence de génération et de codes professionnels (habitudes et du rythme de travail) constituent un obstacle à la communication.

« Avant quand on faisait partie de la même génération, on se connaissait. Maintenant les jeunes sont intouchables. En plus c'est une génération aux 35 heures. Je fais ce que je dois faire et je pars après. » (M7)

2. Absence de partage des connaissances

D'après une des personnes interrogées, le médecin généraliste ne reçoit pas assez d'information à propos de l'évolution des spécialités médicales.

« Il manque quelque chose à notre information médicale en spécialité. Comme on n'a aucun contact avec les spécialistes, AUCUN contact avec les spécialistes, qu'à travers le courrier on devine l'évolution... » (M5)

La transmission des savoirs entre confrères est conditionnée par l'envie d'échanger, de « *donner de son savoir* » (M5) et par la générosité. Le pouvoir donné par la connaissance est perçu comme un frein à l'échange d'informations.

« - (...) Il faut que le type ait envie de nous parler et envie de donner de son savoir (...) parce que il y a une espèce de truc, « la protection du savoir », c'est très fort en médecine (...) »

- Dans le sens qu'ils veulent garder les informations ?

- Dans ma génération oui. Ils gardaient les informations, pour avoir le pouvoir ! » (M5)

3. Manque de considération de certains praticiens hospitaliers

Certains médecins se représentent le CHRU comme une « *grosse forteresse* » (M7) qui détient le savoir et qui n'entretient pas de relation avec la médecine ambulatoire.

« (...) la mentalité vis-à-vis de la médecine de ville, on n'aime pas du tout cette mentalité-là, comment on est traité, comment on est considéré (...) » (M7)

Les mauvaises expériences des patients viennent renforcer ce sentiment d'être méprisé.

« C'est vrai que quand on a affaire à un spécialiste du CHU, quelque fois il envoie, il faut dire ce qu'il est, bouler les patients, et quand il passe dans le privé c'est tout le contraire ! » (M7)

4. Anonymat

Le médecin généraliste qui s'adresse à la Hop'line ne connaît pas l'identité de son interlocuteur. L'anonymat est « *désagréable* » (M6) et pose des difficultés pour confier le patient à un confrère ou aux urgences après l'avis téléphonique.

« (...) On ne sait absolument pas à qui on parle, sauf si j'ai vraiment insisté en demandant. Mais jamais il y a une démarche personnelle de la part de la personne qui répond de se présenter (...) Et quand on doit faire le ré adressage, on marque « après avis de Hop'line » comme si c'était la Hop'line qui nous donnait son avis (...) » (M6)

5. Qualité des réponses variables

La qualité et la confraternité des échanges est « très interlocuteur dépendant » (M6)

« Nous avons des interlocuteurs absolument charmants comme nous avons des interlocuteurs un peu plus brefs. (...) Donc voilà, ça dépend sur qui on tombe. » (M6)

« il va quand même y avoir des cas où c'était pas du tout très pédagogique et pas très confraternel (...) » (M9)

6. Indisponibilité

Certains praticiens hospitaliers refusent de répondre aux sollicitations téléphoniques. Le médecin généraliste est mis en difficulté en consultation face à son patient, et doit alors trouver une solution alternative rapidement.

« (...) J'ai eu une fois une qui m'a dit « non, je ne vous prends pas au téléphone, je suis occupée » qui m'a raccroché au nez... Et j'ai déjà eu une fois le standard de Hop'line me disant « je suis désolé, mais elle ne peut pas vous prendre » (M9)

« Par contre une de mes internes, ancienne interne, qui était remplaçante à ce moment-là sur Dunkerque, a voulu téléphoner à la Hop'line en disant qu'elle était remplaçante du docteur machin chose tout près de Dunkerque et la Hop'line n'a pas voulu répondre en disant « vous êtes trop loin, on ne vous répondra pas » » (M6)

Bien que compréhensifs, les médecins généralistes souhaiteraient que l'organisation de la Hop'line s'améliore en confiant le téléphone aux médecins volontaires et disponibles.

« Mais c'est quelque chose qui est rare et parfaitement compréhensible... parce que quand on appelle, on appelle un praticien qui lui a par ailleurs son activité à l'intérieur du service ou peut être sollicité par d'autres généralistes qui l'appellent. » (M3)

« Hum je dirai que l'obstétrique des fois ne répond pas, bon on peut imaginer que celui qui a le téléphone est en train de faire une césarienne. On imagine ça. Dommage que ce ne soit pas donné à quelqu'un qui soit libre ou qui soit en consultation... » (M6)

D. Détournement de patientèle

La crainte d'un des médecins de l'étude est que ce système initialement destiné à aider les médecins se transforme en un moyen pour le CHRU de recruter des patients par ailleurs suivis en médecine libérale.

«La réalité maintenant, c'est ça notre crainte, c'est que c'était une ligne pour donner un conseil et ça on était ravi. Maintenant, ça se transforme en une plateforme, « si vous voulez je peux voir votre patient». (...) C'est un système pour moi ou il y a un détournement de clientèle. (...) C'est pourquoi je ne l'utilise pas du tout, je n'en parle pas et je ne conseille personne. (...) » (M7)

V. Utilisation de la Hop'line en pratique

A. Connaissance de la Hop'line

Les médecins ont connu la Hop'line grâce à une information envoyée au cabinet médical par courrier postal ou électronique.

« Parce qu'on nous a envoyé ce petit flyer, euh et puis voilà c'est comme ça que je l'ai connu » (M6)

« Dans les bureaux où je remplaçais, il y avait des petites cartes Hop'line. » (M11)

L'information a parfois été donnée par le standard du CHRU ou par le praticien hospitalier contacté pour faciliter la démarche du médecin généraliste.

« Je crois que c'est par le standard... » (M10)

La connaissance de la Hop'line passe souvent par le bouche à oreilles au cours des FMC et des stages en médecine ambulatoire.

« Je crois que j'ai vu un autocollant un jour dans un de mes stages de SASPAS. » (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) » (M4)

« (...) j'en avais fait plein de photocopie pour mes internes. » (M6)

« (...) J'en ai entendu parler lors d'une FMC.» (M6)

B. Utilisation par rapport au réseau libéral

1. Critères décisionnels en faveur de la Hop'line

a) L'urgence

Dans les cas urgents, la Hop'line permet de prendre rapidement une décision sur l'orientation du patient.

« Soit parce qu'il y a une notion d'urgence, soit je me pose vraiment la question d'une hospitalisation... Bon le spécialiste privé, c'est que c'est pas très urgent... » (M8)

b) Les disciplines complexes

La Hop'line du CHRU prend tout son sens pour les disciplines complexes, ou il n'y a pas ou peu de correspondant en médecine libérale.

« Ça marche bien en infectiologie, en maladies du sang, des trucs un peu plus pointus pour un généraliste » (M4)

« En fait j'utilise la Hop'line là où je n'ai pas les spécialistes en ville » (M10)

c) Les compétences techniques

Le CHRU est un centre de référence pour les pathologies nécessitant des gestes techniques de pointe.

« L'autre jour, il y avait cette dame à qui on a trouvé un kyste cérébelleux, elle a été opérée ou ? Elle a été opérée au CHU ! Pas en clinique, elle a été opérée au CHU, parce que c'est un centre de référence, c'est des gens qui ont l'habitude, qui font ça tous les jours. » (M7)

d) L'absence de réseau professionnel

La Hop'line répond au besoin des médecins récemment installés n'ayant pas de correspondant dans toutes les spécialités.

« (...) Ça c'est aussi parce que je suis là depuis un an. Le tissu se fait tout doucement, j'envoie et petit à petit ça se fait. » (M4)

« Quand on n'a pas un carnet d'adresses, qu'on n'a pas de réseau c'est vrai c'est un très bon système. » (M7)

Certains médecins n'ont que peu de contact avec leurs confrères spécialistes libéraux.

« Les spécialistes de ville, on ne les voit pas, parce que ce sont des libéraux, ils travaillent, ils travaillent! » (M5)

C'est également un complément au réseau professionnel en cas d'indisponibilité.

« C'est un complément. Il y a des cas où on n'a pas le correspondant sous la main facilement. »

e) Eviter de déranger le spécialiste libéral

Certains médecins appellent la Hop'line pour ne pas déranger leur confrère libéral car la disponibilité des praticiens hospitaliers est mise en avant par le CHRU.

« C'est-à-dire que c'est pour un patient qui va pas être suivi chez un spécialiste et moi j'ai une question (...) ça me gêne de déranger mes confrères spécialistes pour leur poser une question comme ça, je ne le fais pas, j'appelle toujours la Hop'line moi. » (M8)

« Le spécialiste privé est en consultation... là on sait qu'on peut appeler sans problème et qu'on ne va pas déranger. (...) On sait que c'est normal, que temps en temps il y a le méd gé qui appelle. » (M11)

f) Le CHRU est le correspondant habituel

« Parce que par exemple, la neuro, mon correspondant c'est le CHR » (M6)

g) Préférence pour le secteur public

Le secteur public semble protégé des questions de rentabilité financière. Il fait la promotion de l'égalité des soins.

« Je ne suis pas très libérale. (...) je préfère la spécialité hospitalière, je n'aime pas trop le système de clinique. Je n'aime pas trop l'argent et la médecine. » (M5)

Il existe à la fois une « *volonté de rendre service aux médecins.* » mais également « *au patient.* » (M3)

Selon l'un des médecins interrogés, l'hôpital a plus de temps pour s'occuper des malades.

« *Ce que j'aime, quand on va à l'hôpital, c'est qu'on a un peu plus de temps* » (M5)

Cependant la prise en charge n'est pas toujours assurée par le même praticien sur le long terme.

« *C'est un peu embêtant parce que ce n'est jamais tout à fait la même personne pour les patients.* » (M5)

2. Critères décisionnels en faveur du correspondant libéral

a) Recours préférentiel du réseau professionnel

Dans les situations courantes, le réseau professionnel libéral est suffisant.

« *Quand tu as un réseau professionnel, c'est un truc d'une efficacité phénoménale.* » (M7)

« *Les contacts en ville genre cardio tout ça, ça ne m'arrive jamais de demander un avis Hop'line, parce que j'ai déjà suffisamment de gens autour de moi.* » (M9)

b) Recours aux correspondants habituels et de proximité

Le médecin s'adresse préférentiellement à son réseau « *habituel* » et « *local* » (M1).

Ils travaillent avec leurs confrères spécialistes libéraux « *par habitude* » et n'ont « *absolument pas* » de problème pour les contacter. (M6)

« Je dirai que c'est plus par habitude. En cardio par exemple, je pense que je n'appellerai pas la Hop'line parce que j'aurai plutôt tendance à appeler mes correspondants libéraux avec lesquels j'ai vraiment l'habitude... » (M6)

« Quand j'ai envie que ce soit des libéraux, c'est des libéraux. Je sais pas pourquoi ! » (M6)

« Les hôpitaux privés travaillent beaucoup plus avec la proximité les libéraux tout ça ! » (M7)

c) Disponibilité

Les spécialistes libéraux sont disponibles et d'accès direct. Des lignes téléphoniques similaires se développent également dans les établissements privés.

« J'ai accès direct à pas mal de spécialistes privés, ils vont me donner leur conseil directement au bout du fil. Si je ne les ai pas (...) ils vont me rappeler entre 2 consultations... » (M2)

« Mais au jour d'aujourd'hui des Hop'lines comme ça il y en a partout, par exemple ici, la gériatrie, j'ai besoin d'un gériatre, j'ai le numéro. (...) Il y a des services ou il y a des lignes directes. » (M7)

d) La connaissance à titre personnel

Les médecins généralistes libéraux travaillent plus facilement avec les praticiens libéraux qu'ils connaissent personnellement.

« Les cardio, pneumo tout ça c'est la même promo. » (M4)

e) Préférence pour le secteur privé

Le système privé est plus efficace et fonctionnel. L'accès est facile et rapide. Le fait de ne pas avoir à argumenter la demande est plus confortable vis-à-vis du patient.

« En privé (...) on a accès rapidement au spécialiste (...) comme il a besoin de travailler, automatiquement, envoyer un nouveau patient à un privé c'est pas gênant, c'est une entreprise, il faut que ça tourne... (...) il y a la notion qu'il ne va pas vraiment nous poser des questions, rentrer dans les détails vraiment très poussés... » (M2)

Parfois les médecins connaissent le numéro de téléphone portable des praticiens hospitaliers, ce qui facilite les démarches en vue d'une hospitalisation.

« Les médecins dans le privé, on a leur portable. » (M7)

C. La peur d'être jugé

Certains médecins appréhendent d'appeler la Hop'line. Cette appréhension est liée à la peur de ne pas savoir énoncer correctement la situation, de ne pas savoir répondre aux questions complémentaires mais également à la peur d'être jugé.

« (...) ils vont me poser des questions, des trucs comme ça, je vais savoir répondre à certaines, pas à d'autres... » « (...) ça demande un travail avec le service public, un travail plus raisonné, il faut être plus clair dans ses questions que si j'envoyais au privé... » (M2)

Enfin, le médecin généraliste peut avoir peur de déranger pour une question qu'il juge ni urgente ni importante.

« C'est vrai que mon frein principal c'est quand même la peur de les déranger... mais bon je lève ce frein. Et puis je me dis que puisque ce service existe, c'est quand même un minimum organisé, donc voilà, ça fait partie de leur fonction. » (M11)

D. Le sentiment de légitimité du médecin généraliste

La légitimité de la démarche passe par la connaissance de ses limites.

« Le médecin généraliste doit savoir ses limites. » (M5)

Les médecins généralistes s'accordent le droit de ne pas savoir notamment en ce qui concerne les savoirs spécialisés. Ils sont à l'aise pour demander de l'aide à un confrère.

« Ca m'est égal si quelqu'un me prend de haut, ce que je veux c'est savoir, qu'on me réponde (...) » (M5)

« Je veux dire, on ne peut pas tout savoir, c'est impossible ! Donc il ne faut pas avoir de souci, il y a des sujets en médecine que je connais très bien et d'autres que je ne connais pas très bien. » (M5)

« On a le droit de ne pas savoir, et justement ils sont là pour nous éclairer et nous aider à nous améliorer. (...) » (M6)

« Parce que la médecine c'est vaste, on sait beaucoup de chose en médecine générale mais il y a quand même quelques détails qui nous échappent. » (M8)

« Après les histoires d'ego, de machin, si j'ai l'air ridicule parce que je sais pas un truc... c'est le cadet de mes soucis... » (M11)

Les médecins généralistes, formés à l'hôpital, sont familiers avec le fonctionnement en équipe.

« C'est comme quand on est à l'hôpital, on est en stage en cardio, on ne sait pas, on appelle son collègue pneumo, on appelle son collègue néphro. (...) » (M11)

Ils possèdent une bonne connaissance des caractéristiques psychologiques, sociales et familiales du patient ce qui leur permet de personnaliser la prise en charge.

« Si je lui pose des questions sur le métier du patient qu'il a en face de lui, en règle générale, il ne sait pas. S'il y a une bonne entente dans la famille, les hérédités, et bien lui, il ne va pas savoir. » (M6)

Ainsi, la médecine ambulatoire est un mode d'exercice différent avec des compétences propres qui ne doit pas être dévalorisé.

« Sincèrement, il y a des choses que moi en tant que médecin généraliste, il y a des choses que je sais que des spécialistes d'organes ne savent pas. Ils sont très forts dans leur domaine mais ... Je sais beaucoup de choses sur tout et eux savent encore beaucoup plus de chose que moi mais sur un seul domaine donc... on est à égalité ! » (M8)

« Et après je pense qu'il faut arrêter... cette dévalorisation des médecins généralistes par rapport aux autres. On est aussi bons, on est aussi passionné... C'est juste qu'on travaille différemment. » (M11)

Quoi qu'il en soit l'exercice de la médecine générale libérale et celui de la médecine spécialisée hospitalière sont interdépendants. Ils interviennent de façon complémentaire à différents moments du parcours de soins. Un mode d'exercice ne peut en exclure un autre.

« L'hôpital a besoin de la spécialité de ville, et la spécialité de ville a besoin de l'hôpital. (...) Ce sont deux médecines tout à fait différentes, ce n'est pas la même médecine mais à l'intérieur de ces médecines différentes, il y a quelque chose de commun, et si on veut que ce quelque chose de commun marche bien il faut que les deux extrêmes se rencontrent et se connaissent. » (M5)

E. La question de la présence du patient

Les résultats de l'étude montrent qu'il y a plusieurs profils de médecins dans l'utilisation de la Hop'line.

1. Téléphoner en dehors de la présence du patient

Le médecin peut préférer demander un avis spécialisé en dehors de la présence du patient de crainte de passer pour incompetent.

« (...) Le patient est là, il est là en face de moi. Et ce qui fait que les questions que je peux poser directement devant lui au téléphone, il les entend et (...) il peut se dire « il comprend pas mon cas » (...) ça risque de ne faire pas sérieux... Pas très professionnel. » (M2)

Téléphoner en dehors de la présence du patient permet également d'éviter de créer des angoisses sur son état de santé.

« (...) on peut avoir un doute diagnostique qui serait source d'angoisse. Vous voyez, il y a des choses dont on ne discute pas devant le patient. (...) » (M5)

Certains médecins appellent après la consultation, quand ils étudient le dossier.

« Il m'arrive aussi des fois quand je suis embêté quand je potasse un problème parce qu'il faut que je comprenne ce qui se passe d'appeler en dehors, les deux. » (M3)

2. Téléphoner en présence du patient

D'autres médecins préfèrent systématiquement faire les démarches en présence du patient, en expliquant de façon appropriée le problème.

Ils assument leur incertitude en se basant sur une confiance réciproque dans la relation médecin-malade.

« Il y a une clarté et il y a à faire confiance à la lucidité du patient. » (M3)

« Les patients savent (...) que si je ne sais pas, je ne sais pas et donc dans ces cas-là, je me renseigne. Je ne les laisserai pas dans le flou, je vais me renseigner. Et je me renseigne devant eux. » (M6)

L'intérêt est de conclure la consultation avec une réponse d'autant plus que dans certains cas, le médecin n'est pas sûr de revoir le patient notamment s'il est de passage.

« (...) Le problème il faut que je le résolve, tout simplement, lors de la consultation. » (M3)

« Parfois on se dit « mais mince est ce que je suis à jour de mes connaissances? Je dois répondre de suite au patient, je suis pas sûre de le revoir » et j'ai une réponse immédiate, toujours adaptée. » (M10)

Le prérequis est d'expliquer la démarche au patient et d'évoquer la suspicion de problème grave le cas échéant.

« La seule chose c'est que j'explique toujours avant, je ne prends pas mon téléphone pour appeler la Hop'line au beau milieu de la consultation comme ça sans que le patient ne connaisse ma démarche. (...)» (M3)

« Oui, quand j'ai un doute diagnostique et que le patient est là, je prends le temps. J'explique au patient si j'ai une incertitude diagnostique, je lui en fais part. Généralement du coup, ça se passe mieux. » (M4)

F. Le médecin recommande la Hop'line a ses confrères

Les médecins ont une expérience positive de la Hop'line et la recommandent à leurs confrères.

« Souvent je donne le numéro, j'en ai parlé à mes confrères, je leur dis « tu sais moi quand j'ai une question j'appelle la Hop'line », je suis hyper contente et oui je le recommande ! (...) Je fais la promotion! Je suis une ambassadrice de la Hop'line » (M8)

VI. Suggestions

A. Concernant les spécialités médicales

1. Détailler les hyper spécialités

Les médecins se posent la question de la pertinence d'avoir en ligne un hyper spécialiste pour une question « généraliste ».

« Tout est trop spécialisé, même un spécialiste de radio est spécialisé dans sa spécialité. On a besoin d'avoir accès à un spécialiste un peu plus généraliste de sa spécialité (...)» (M5)

« Parce que, par exemple, à l'hôpital cardio, je ne suis pas tentée de téléphoner parce que je sais que je ne vais pas tomber sur un cardiologue général, ils sont trop hyperspécialisés. » (M6)

Au CHRU, chaque spécialité est subdivisée en plusieurs surspécialités. Un médecin interrogé suggère qu'il serait pertinent de le préciser. C'est particulièrement le cas de la cardiologie et de la neurologie.

« Cardiologue rythmologue ou cardiologue coronaire ou valves ou la chirurgie cardiaque... Il faudrait que ça soit plus détaillé (...) ». (M6)

2. Intégrer de nouvelles spécialités

Les médecins généralistes suggèrent qu'il y ait « plus de spécialités intégrées » (M6) à la Hop'line. Ils ont notamment émis des propositions concernant la gastroentérologie, la psychiatrie (rédaction des certificats par exemple) et la radiologie.

B. Concernant les praticiens hospitaliers répondants

La disponibilité du praticien hospitalier est le critère majeur d'un échange téléphonique de qualité. Le volontariat est un élément important à respecter.

« (...) je trouve que ça serait bien que ça soit harmonisé et si y'en a qui décide que ça les intéresse pas et bah que du coup on ne les mette pas sur cette ligne-là. » (M9)

Le cumul des fonctions de service et des gardes avec la permanence Hop'line ne permet pas une bonne disponibilité du praticien hospitalier.

« Certains services (...) des fois ne répondent pas. J'aurai tendance à dire que c'est l'obstétrique (...) on peut imaginer que celui qui a le téléphone est en train de faire une césarienne (...) Dommage que ce ne soit pas donné à quelqu'un qui soit libre (...) » (M6)

C. Concernant la communication avec les médecins généralistes

Les médecins utilisateurs aimeraient recevoir une fiche d'information actualisée sur la Hop'line. Des communications régulières sont nécessaires pour permettre une bonne diffusion de l'information aux jeunes médecins.

« Ce qu'il manque surtout à la Hop'line, c'est la communication. J'ai connu le numéro à son début, mais il n'y a pas de communication autour de la Hop'line. Je pense qu'il faut relancer la communication, informer les étudiants et les jeunes médecins. » (M3)

« Il faudrait que régulièrement, une fois par an, on ait un papier pour la Hop'line, (...) Il n'y a pas assez d'infos. (...)»(M5)

Les médecins signalent un manque de communication au lancement de la Hop'line.

« Ils n'en n'ont pas fait une publicité énorme. » (M6)

Aucune information ne leur est parvenue depuis qu'ils ont eu connaissance de cette ligne téléphonique.

« Donc en fait du papier initial qu'on a reçu, on s'aperçoit qu'il y a des modifications, mais on en a pas l'information » (M6)

Certains médecins envisagent de contacter la Hop'line pour résoudre un problème mais y renoncent par manque d'information sur son utilisation.

« (...) quand j'ai voulu téléphoner ces derniers mois, ou j'avais plusieurs questions à poser, et bien je me suis dit « Ah non c'est pour les urgences, c'est vrai, je sais plus, bon... » Je ne savais plus, alors je ne l'ai pas fait. » (M5)

L'information au sujet de la Hop'line pourrait être diffusée plus largement en utilisant le répertoire du conseil de l'Ordre des Médecins ou les syndicats de médecins remplaçants. La communication serait facilitée par l'utilisation d'internet.

« Peut-être qu'au niveau du conseil de l'ordre, ils pourraient plus diffuser l'information. » (M3)

« Voilà donc ça serait pas mal de faire une petite plaquette, qu'on envoie par internet (...) » (M5)

« Bah il y a une association et puis il y a le syndicat, Noragir et Remplanor qui peuvent faire passer l'information. » (M10)

D. Créer un annuaire hospitalier simplifié

Les médecins sont demandeurs d'avoir un accès direct par téléphone aux médecins du CHRU comme cela peut être le cas avec les cliniques privées ou les hôpitaux de proximité.

Il conviendrait de rassembler toutes les informations sur l'offre de soins dans un guide ou un annuaire permettant au médecin généraliste de facilement contacter un praticien hospitalier.

« Parce qu'on n'a pas de guide, on n'a pas de guide, on ne sait pas à qui s'adresser. » (M5)

E. Proposer des stages hospitaliers

1. Proposer des stages hospitaliers aux médecins généralistes

Alors que chaque praticien a été formé à l'hôpital avant d'exercer en ambulatoire, un des médecins interrogé aimerait pouvoir faire le chemin dans « l'autre sens » et retourner se former périodiquement au CHRU.

« Les étudiants peuvent faire des stages chez les généralistes, mais les généralistes, une fois installés, ne peuvent plus faire de stage chez les spécialistes, à l'hôpital etc. Vous voyez il faudrait aller (...) faire dans les différentes spécialités, 2 ou 3 spécialités par an, une semaine. On suit les consultations etc., on peut poser des questions (...) vous voyez, on a besoin de ce contact dans l'autre sens. » (M5)

Cette démarche se veut différente de la FMC par la mise en application pratique des connaissances sur le lieu de stage.

« Ça n'a rien à voir avec les formations qu'on s'impose nous-même, on fait venir un spécialiste on discute de ceci, de cela, c'est très bien, on est content de sa soirée, on rentre, c'est magnifique. Si vous ne retravaillez pas dessus dans la semaine ou dans les 15 jours qui viennent c'est foutu. » (M5)

2. Proposer des stages ambulatoires aux internes d'autres spécialités

Le stage de médecine générale pendant le deuxième cycle permettrait de former des spécialistes conscients des enjeux de la pratique ambulatoire.

« Moi j'aimerais que les autres spécialités viennent faire des stages chez nous déjà. Ça c'est la première chose. Ça serait très intéressant, normalement en deuxième cycle. » (M6)

VII Représentations négatives des relations ville hôpital

A. Concurrence et influence négative sur le système libéral

Un médecin interrogé décrit une concurrence entre le secteur public et le secteur privé dans l'offre de soins.

« (...) j'ai vraiment un seul regret c'est ce climat « public-privé », « hôpital-clinique » qui est toujours à l'ordre du jour, qui ne s'arrange jamais. » (M7)

Il aspire à travailler de « façon équitable » (M7) en partageant le travail entre l'hôpital et la clinique.

La Hop'line est perçue comme un moyen de recruter des patients nécessitant des actes techniques coûteux, privant ainsi les cliniques privées d'une activité nécessaire à la pérennité de leurs services et plateaux techniques.

« Ma seule crainte, qui est véridique, surtout maintenant on est dans un contexte économique qui est de pire en pire de plus en plus difficile (...) Ou on donne énormément pour les hôpitaux et très peu pour les cliniques. » « On voit maintenant, les coros, les cliniques privés vont bientôt plus pouvoir le faire,

tout ça, ça sera à l'hôpital... Il y a plein de choses, ils sont en train de déshabiller le privé pour habiller l'hôpital... » (M7)

Le suivi ambulatoire des malades chroniques est parfois « court-circuité » par la mise en place d'un suivi hospitalier. Le généraliste perd alors son rôle de médecin traitant au profit du médecin consultant.

« C'est comme les patients diabétiques(...), dès que tu en envoies un à l'hôpital, tu le vois plus. » (M7)

Suite à une hospitalisation, il arrive que le CHRU convoque le patient en consultation externe et se substitue au suivi libéral déjà mis en place antérieurement.

« (...) Supposons un patient suivi en cardiologie au Bois ou à la Louvière, il fait un problème cardiaque, hop on le met dans la voiture et tac on l'hospitalise à Salengro. A Salengro, qu'est-ce qu'il devient, on lui fait une convocation pour qu'il puisse revenir les voir. C'est normal ça ? » (M7)

La Hop'line est vue comme une initiative servant les intérêts du CHRU.

« Au CHRU, ils ont toujours des idées, mais qui vont dans le sens du CHRU. Et tous ces gens disent « dans l'intérêt du patient », c'est vrai mais il faut regarder leur intérêt personnel aussi. (...) » (M7)

B. Représentations négatives du travail hospitalier

Le travail hospitalier est perçu comme inefficace avec un « manque d'organisation certain » entraînant ainsi une « perte de temps » (M5)

Le travail réalisé en ambulatoire est méconnu.

« Ils n'ont aucune notion de ce que c'est que la ville » (M5).

Les dépenses de soins sont vues comme très importantes sans être pour autant efficaces.

« (...) Ils n'ont aucune notion de l'économie de santé... » « On est dans l'hyper prescription » « on voit dans les courriers qu'il y a pléthore de choses qui pourraient peut-être être plus efficaces » (M5)

« Et puis heureusement que tout le monde ne va pas au CHR, ça coûterai cher à la société. » (M7)

DISCUSSION

I. Méthodes et critères de validité de l'étude

A. Choix de la méthode

La recherche qualitative explore les phénomènes sociologiques, étudie les personnes et leur représentation. Elle est donc particulièrement intéressante dans notre étude pour analyser l'expérience, le vécu des médecins généralistes et comprendre leurs motivations et leurs freins à l'utilisation de la Hop'line.

B. Echantillon

La constitution de l'échantillon s'est voulue en variation maximale en y intégrant des médecins à différents stades de carrière (remplaçant, jeune installé, praticien de milieu et fin de carrière), avec ou non une implication universitaire (enseignant, maître de stage, directeur de thèse).

Les difficultés ont été de contacter les médecins éligibles directement (absences, répondeurs téléphoniques, barrage au niveau des secrétariats) et de faire coïncider les disponibilités afin de prévoir un rendez-vous.

En dehors des médecins qui n'ont pas donné suite aux messages, il n'y a eu qu'un seul refus formel de participer à l'étude par manque de temps et d'intérêt.

C. Le guide d'entretien

Le premier guide d'entretien a été réalisé de façon empirique. Il était composé d'une consigne et d'un guide de thème à explorer. Le but était de faire parler librement les médecins interrogés afin de connaître leur expérience et leur représentation du dispositif Hop'line. Les questions des moyens financiers ainsi que des difficultés à

téléphoner en présence du patient ont été évoquées au second entretien. Ces deux thèmes ne figuraient pas dans le guide d'entretien initial. Ils ont été jugés pertinents et ajoutés à la liste des questions à explorer lors des futurs entretiens.

D. Les biais

1. Le biais de sélection

Il existe un biais de sélection car l'échantillon n'a pas été choisi au hasard dans la population à étudier. Les médecins avaient utilisé à plusieurs reprises la Hop'line pour qu'il y ait matière à discuter. En effet, il n'a pas été jugé pertinent d'interroger des médecins n'ayant utilisé qu'une seule fois la ligne. D'autre part, tous les médecins interrogés exercent dans la métropole lilloise. Les caractéristiques d'utilisation de la Hop'line peuvent varier avec l'éloignement du CHRU.

2. Le biais d'investigation

L'investigateur n'était pas expérimenté dans la façon de mener des entretiens. La manière d'amener les questions et de relancer certains sujets a pu influencer le médecin généraliste.

3. Le biais d'information

La liste des médecins fournit par le CHRU couvrait la période de janvier à octobre 2014.

Certains médecins interrogés n'avaient pas fait usage récemment de la Hop'line. Il est possible qu'ils aient oublié certains éléments de leur expérience.

4. Le biais d'interprétation

Il existe un biais d'interprétation dans toute étude qualitative. Afin de minimiser ce biais, les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité et les données issues

de l'analyse ont été triangulées avec un investigateur travaillant également sur de la recherche qualitative mais dans une thématique différente.

II. Comparaison aux données de la littérature

A. L'accessibilité au CHRU

L'existence de la Hop'line du CHRU de Lille est nécessaire voire indispensable.

Les généralistes rappellent la difficulté à joindre un praticien hospitalier directement sans passer par ce numéro dédié. Cette difficulté ressort de façon constante dans les études concernant la relation entre médecine de ville et médecine hospitalière.

Dans l'étude sur le point de vue du médecin généraliste sur les services rendus par le CHU de Grenoble de 2010 (11), le point faible le plus souvent cité était le défaut d'accessibilité des médecins hospitaliers (44%) suivi du manque de communication et de relations entre médecins hospitaliers et généralistes (37%). Ainsi à la question ouverte sur les propositions d'améliorations, ils suggéraient l'organisation d'astreintes téléphoniques par spécialité.

L'étude sur l'Unité d'Assistance Diagnostique et Thérapeutique Rapide (UADTR) (12), qui est une ligne téléphonique directe pour contacter un médecin interniste du CHU de Rennes, montre que 40% des médecins généralistes déclaraient avoir des difficultés à joindre ce dernier avant sa mise en place.

Enfin, l'étude « Médecine Ambulatoire, Médecine Hospitalière, quels liens construire ? », qui est une enquête cette fois qualitative fait le même constat à savoir que « *la faille essentielle* » réside dans « *la difficulté à avoir un interlocuteur médical à l'hôpital quand on appelle un service* » (13).

Ainsi, la réponse la plus communément apportée aux difficultés de communication entre médecins généralistes et praticien hospitalier est la mise en place de permanence téléphonique par spécialité.

La Hop'line est donc un dispositif essentiel dans la collaboration médicale interprofessionnelle du Nord – Pas de Calais.

Elle remplit son rôle et constitue un accès direct à la médecine hospitalière universitaire malgré que les utilisateurs soient encore confrontés à des problèmes techniques (échecs de mise en relation), organisationnels (manque de disponibilités des médecins hospitaliers) mais également humains (faible investissement de certains interlocuteurs).

B. Le contenu des échanges téléphoniques

Lors d'un appel à la Hop'line, la discussion porte le plus souvent sur le diagnostic, le bilan complémentaire et sur l'orientation du patient dans le système de soins. Ceci est concordant avec l'étude sur l'UATDR de Rennes (13) et l'Unité d'Aide au Diagnostic et à la Thérapeutique Immédiate (UNATIDI) de Nantes (14) qui proposent des réponses qui vont du conseil médical à la prise en charge en consultation spécialisée ou en hospitalisation de façon urgente ou programmée.

C. Les moyens financiers du patient

Dans notre étude, un des médecins a suggéré que le recours à la Hop'line pouvait être motivé par les moyens financiers du patient n'ayant pas les moyens de se faire suivre chez un médecin libéral pratiquant des dépassements d'honoraires.

Ce critère financier a été analysé dans l'étude « Modalités de construction du carnet d'adresses » (15) qui revient sur le rapport du médecin généraliste aux dépassements d'honoraires de leurs confrères spécialistes. Ce dépassement d'honoraires peut constituer un critère d'exclusion du réseau professionnel d'autant

plus que le médecin est issu d'une famille modeste. En effet les auteurs ont mis en évidence un lien entre la catégorie socioprofessionnelle des parents du médecin et le recours aux médecins pratiquant ces dépassements.

Par ailleurs, tout comme dans notre étude, les auteurs soulignent l'existence de dépassements d'honoraires en secteur hospitalier dont il conviendrait d'être informé afin d'orienter au mieux les patients.

Pour accompagner au mieux les patients, l'assurance maladie a mis en place un annuaire internet (www.annuairesante.ameli.fr). Le médecin et le patient peuvent s'informer sur le type d'honoraire pratiqué par le médecin avant de consulter (honoraires sans dépassement, honoraires avec dépassements maîtrisés (contrat d'accès aux soins), honoraires libres ou médecin non conventionné). Il permet d'éviter que le malade renonce aux soins nécessaires par manque de moyens.

D. L'opinion sur la Hop'line

L'expérience de la Hop'line s'avère globalement positive. En effet la majorité des médecins généralistes interrogés dans cette enquête déclare avoir toujours eu une réponse adaptée à la médecine ambulatoire. Les médecins ont pu éviter des consultations, des passages aux urgences ou des examens complémentaires inappropriés.

Ceci est comparable aux lignes téléphoniques équivalentes. L'UADTR du CHU Rennes obtient 77% d'opinion favorable quant à son efficacité et permet d'éviter dans 80% des cas un passage aux urgences non justifié (12). L'UNADITI de Nantes obtient une note de satisfaction globale de 8.5/10 (14).

E. Une difficile collaboration

Bien que l'opinion sur la Hop'line soit positive, il existe des représentations négatives sur le praticien hospitalier chez les médecins interrogés. Certains parlent de « conflit générationnel », de « protection du savoir », de « mépris » envers la médecine de ville, d'une mauvaise attitude de l'interlocuteur (qualité aléatoire des réponses, manque de confraternité, condescendance...) voire d'une concurrence déloyale

qu'exerce le CHRU sur le système libéral privé (« détournement de patientèle », financement de l'hôpital au détriment des cliniques).

On retrouve ces représentations dans d'autres travaux sur la relation ville-hôpital comme par exemple dans l'étude sur la qualité des services rendu par le CHRU de Grenoble ou les médecins généralistes se sentent « non reconnus, mal considérés ou méprisés » (11).

Ces représentations sont diverses et inconstantes dans les entretiens, ce qui suggèrent qu'elles dépendent des caractéristiques des médecins qui sont amenés à discuter d'un cas par téléphone.

Comme le souligne Heymans dans son article « La collaboration entre médecins généralistes et spécialistes au service du patient » (16) il existe deux types de coordination entre médecins : la coordination organisationnelle et relationnelle.

La coordination organisationnelle est l'ensemble des mécanismes formels visant à augmenter la qualité et l'efficacité des interactions entre les acteurs. Ce n'est pas ce qui fait défaut étant donné les moyens mis à disposition par le CHRU pour le succès de la Hop'line (comité ville-hôpital, numéro gratuit, standard spécifique, téléphone dédié dans chaque spécialité).

Ce qui semble poser problème, c'est la coordination relationnelle qui se réfère à l'interaction entre des acteurs censés collaborer. Elle nécessite des qualités de communication mais également des qualités relationnelles telles que le partage des connaissances, des buts communs et un respect mutuel. Les problèmes rencontrés par les utilisateurs de la Hop'line cristallisés en opinions négatives sont plutôt liés à des facteurs humains tels que le manque d'envie de collaborer. Les deux parties doivent reconnaître les compétences de l'autre et la complémentarité de leur expertise. (17)

La qualité de l'interaction dépend également de facteurs professionnels et culturels.

Bien qu'exerçant le même métier, les médecins généralistes et les praticiens hospitaliers sont issus de deux groupes professionnels avec une pratique et des représentations différentes. Le mode d'exercice et de rémunération (libéral ou salarié) sont également différents. Enfin, le statut de praticien hospitalier est parfois perçu comme plus prestigieux car il est souvent synonyme d'une meilleure réussite universitaire. (17)

Tous ces éléments participent à la création d'une « hiérarchie médicale », plaçant bien souvent le médecin généraliste en position d'infériorité vis-à-vis du confrère hospitalier. Bien que cette hiérarchie ne soit issue que de représentations, elle pose des difficultés dans la prise en charge des patients.

Comme l'explique Éric Galam, le comportement de chacun fait pencher la balance dans le sens de la réussite ou de l'échec de la collaboration.

« Le niveau d'appréciation du malade par le médecin généraliste ou l'hospitalier diffère : si le premier est sensible aux souffrances réelles de l'homme concret dont il connaît les conditions d'existence, le second voit plutôt à l'œuvre les aspects physico chimique de la matière vivante. Enracinement distincts des regards qui conjuguent leur mutuelle efficacité dans la prise en charge, ou se hiérarchisent si l'hospitalier adopte une position d'autorité face au généraliste, traité souvent en inférieur, se faisant même parfois vertement critiquer » (3)

Cette constatation est la même dans la synthèse de l'étude qualitative « médecine ambulatoire, médecine hospitalière, quels liens construire ? » (13), *« Partout les avis sur les relations entre confrères pratiquant en ville et en établissement sont nuancées, bonnes pour certains, moins pour d'autres, parfois condescendantes de la part des hospitaliers ou encore inexistantes ».*

La tendance semble être à l'amélioration grâce à la modification des études médicales depuis la réforme de 2004, permettant à tous les médecins d'obtenir un diplôme équivalent. La création d'une sous-section médecine générale au sein du Conseil National des Universités (CNU) en 2014 est également un signal fort qui va

permettre de continuer à développer la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG).

F. La qualité des réponses

La qualité des réponses est dépendante de l'interlocuteur. Il faudrait réfléchir à redéfinir la participation des praticiens sur la base du volontariat et également de prendre en compte l'activité Hop'line dans la charge de travail. En effet, la thèse de Castillo, a montré que les médecins internistes de l'UNATIDI avaient passé en moyenne 9 heures par mois à répondre aux médecins généralistes ce qui représente une journée supplémentaire de travail. (14) Il serait donc souhaitable de comptabiliser le temps de travail que représente la Hop'line afin d'organiser l'activité du service en tenant compte de ses données.

G. La concurrence au secteur libéral

La concurrence exercée contre le secteur libéral et les cliniques privées serait due à la tarification à l'activité (T2A) selon un des médecins interrogés.

Depuis sa mise en place en 2005, le budget de chaque établissement est calculé en fonction du nombre et du type d'actes médicaux pratiqués dans les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (exception faite des soins de suite et de la psychiatrie). C'est un système qui est pensé pour être équitable même si sont décrites des dérives dans la littérature (sélection des patients à bas risque, multiplication des actes techniques, renvoi prématuré des patients à leur domicile ou dans d'autres structures de soins).

Suite à la mise en place de la T2A sur la période 2005-2009, le nombre d'hospitalisation a augmenté dans le secteur public et diminué dans le même temps dans le secteur privé en faveur de la chirurgie ambulatoire, mais aucune étude n'a mis en évidence un détournement de patientèle opéré par l'hôpital. (18)

A l'échelle individuelle, une concurrence peut s'exercer quand plusieurs médecins prennent en charge un même patient. Le médecin généraliste peut alors craindre de « perdre » son patient au détriment du confrère correspondant. C'est ce qu'un des médecins a évoqué en parlant de « détournement de patientèle ». Cette pratique est interdite par l'article 57 du code de déontologie médicale et par l'article R4127-57 du CSP. Par ailleurs, il est clairement rappelé dans l'article 62 du code de déontologie et dans l'article R4127-62 du CSP que le médecin spécialiste garde un rôle de consultant et que la continuité des soins revient au médecin traitant.

« Le consultant ne doit pas de sa propre initiative, au cours de la maladie ayant motivé la consultation, convoquer ou réexaminer, sauf urgence, le malade sans en informer le médecin traitant. Il ne doit pas, sauf volonté contraire du malade, poursuivre les soins exigés par l'état de celui-ci lorsque ces soins sont de la compétence du médecin traitant et il doit donner à ce dernier toutes informations nécessaires pour le suivi du patient ».

H. La connaissance de la Hop'line

L'information a été transmise par courrier postal ou électronique. Elle a également circulé de manière informelle à l'occasion de rencontres entre les médecins généralistes comme par exemple en FMC. L'information n'a pas été répétée dans le temps, ce qui implique que les nouveaux installés et les remplaçants n'ont pas été mis au courant de l'existence de ce dispositif. Par ailleurs, certains médecins se posent des questions sur l'évolution de la ligne depuis sa mise en place.

Dans le cas des lignes UATDR et UNADITI, l'information a été largement relayée par une note d'information en bas de chaque compte rendu de consultation ou d'hospitalisation. Cette méthode de communication peut permettre de répéter l'information régulièrement dans le temps sans engager de frais supplémentaire. (12, 14)

I. Le recours préférentiel au spécialiste libéral

Le recours à la Hop'line reste réservé à des cas particuliers. Il s'agit d'évaluer le degré d'urgence, de palier un réseau professionnel insuffisant, ou de bénéficier de compétences techniques ou scientifiques d'excellence. La Hop'line offre également des solutions concernant les disciplines sans correspondants libéraux telles que l'infectiologie ou la médecine interne.

La formation d'un réseau de praticiens spécialistes correspondants se fait au fur et à mesure de la pratique libérale. Le médecin développe un carnet d'adresses regroupant des confrères considérés comme des personnes « ressources » et de confiance.

Les médecins font plus facilement appel aux spécialistes de leur réseau pour la gestion des « affaires courantes » car ils les connaissent souvent personnellement (même promotion, rencontres en FMC...). Ils sont plus disponibles et plus accessibles (joignables directement par téléphone). La nécessité pour le libéral de recruter des patients afin de faire « tourner son entreprise » facilite la demande.

L'étude « Modalité de construction du carnet d'adresses des médecins généralistes » de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) avait pour but de déterminer comment les médecins généralistes choisissent leurs correspondants. Cette enquête qualitative a étudié la fréquence et la qualité des échanges entre les différents professionnels. (15) Le principal critère de recours au réseau était la connaissance du correspondant (rencontré lors de la formation initiale universitaire ou lors d'une FMC). Les autres critères étaient la confiance, la compétence technique, la préférence générationnelle, l'absence de dépassements d'honoraires, la qualité relationnelle avec le patient, la confraternité, la rigueur et l'avis des confrères du cabinet (18)

L'étude « Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié » de la DREES montre que 80% des médecins généralistes adressent leur patient à un spécialiste avec lequel ils ont l'habitude de travailler. (17)

L'étude « médecine ambulatoire, médecine hospitalière : quels liens construire ? » (13) montre que les relations sont plus faciles entre les médecins de ville et les établissements hospitaliers privés : leurs médecins sont plus facilement joignables, notamment sur une amplitude horaire plus grande, la communication est plus facile avec eux, ils sont plus au fait de l'exercice libéral. Elle montre également que les médecins exerçant en ville s'adressent plus souvent à des spécialistes libéraux qu'à des spécialistes hospitaliers pour des raisons pratiques (réactivité, disponibilité, délai de rendez-vous, connaissance).

Les résultats de l'étude sur la Hop'line sont donc en adéquation avec les données de la littérature.

J. La place du patient

Le recours à la coopération interprofessionnelle est dépendante des représentations qu'a le médecin généraliste de son rôle vis-à-vis du patient.

Dans notre étude, deux des onze médecins interrogés ont évoqué des difficultés à téléphoner en présence du patient. La première difficulté était de passer pour « *incompétent* » et de montrer au patient qu'on « *ne comprend pas son cas* ». La deuxième était de discuter d'un sujet qui pourrait être source d'anxiété pour le malade.

Le premier cas pose la question de la gestion de l'incertitude par le médecin généraliste devant le patient. Comme le souligne la sociologue Géraldine Bloy, « *si l'incertitude en médecine générale n'a pas plus de visibilité, c'est sans doute à la fois parce que son « aveu » public risquerait d'être mal compris (comme un signe de compétences approximatives, ou de faible scientificité des pratiques, par exemple) (...)* ». Elle ajoute que « *seul un tel travail de définition collective des contenus et des procédures serait d'ailleurs de nature à aider les généralistes à mieux situer ce qu'ils savent parmi ce qu'ils ne savent pas (...)* » (20). Le problème est donc la difficulté pour certains de définir le champ de leurs compétences.

Afin de faciliter la définition des compétences, le « Référentiel métier et compétences » a été édité en 2010 dans les suites de la mission ministérielle

« Evaluation des compétences professionnelles des métiers de santé » de 2008 (21). Il s'agit d'un ensemble de 16 situations types de soins détaillées en 5 sous parties : poser un diagnostic de situation, élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient, mettre en œuvre un projet thérapeutique, effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge, effectuer un suivi en temps différé. Il peut permettre au médecin généraliste de mieux situer ce qui relève de sa compétence et ce pour quoi il est légitime de demander un avis complémentaire.

Enfin, la persistance du modèle paternaliste traditionnel en France explique également ces difficultés. Cette relation asymétrique place le patient dans une situation de dépendance face au médecin à qui il revient de prendre les décisions seul. Ainsi il peut sembler délicat pour le médecin d'expliquer au patient que son problème nécessite l'avis d'un confrère à cause de son manque de compétence ou d'expérience dans le domaine.

Le modèle paternaliste s'oppose au modèle de décision médicale partagée, dans lequel patient et médecin discutent des solutions à apporter à un problème et prennent une décision commune (22). Ce modèle utilisé par les autres médecins qui ont été interrogés dans cette étude semble plus approprié à la collaboration professionnelle. En effet, ils n'ont signalé aucune difficulté particulière.

III. Promouvoir la coopération interprofessionnelle

A. Intégrer la coopération interprofessionnelle dans la formation initiale

Bien que la coopération interprofessionnelle soit intégrée dans la liste des items de l'ECN, l'apprentissage reste purement théorique. Une formation pratique paraît indispensable pour que les étudiants acquièrent ces nouvelles compétences.

Cette idée vient du Consortium Pancanadien pour l'Inter Professionnalisme en santé (CPIS) qui a rédigé en 2010 un « référentiel national de compétences en matière d'inter professionnalisme ». (23)

La formation interprofessionnelle a pour but d'amener le professionnel de santé « *à mieux collaborer, à mieux utiliser les ressources en échangeant, en partageant davantage les expertises et l'information, pour ainsi éviter le dédoublement d'efforts, l'insatisfaction, le nombre d'erreurs, et augmenter la qualité des soins au patient* ». (24)

L'objectif de la formation est de permettre « *une modification des attitudes et des perceptions à l'égard des autres professions et du travail de collaboration.* »

La formation utilise les études de cas, la simulation avec un patient fictif et la résolution d'un cas réel. (25)

Elle fait intervenir différents professionnels du domaine médical, paramédical ou social, en formation ou en activité. Ils apprennent ainsi « *avec, à propos et à partir des autres* ». Elle les prépare à intervenir en milieu professionnel dans une équipe qui pratique la collaboration interprofessionnelle. (25)

B. Détailler l'offre de soins

Les médecins sollicitent la mise à leur disposition d'informations pratiques, précises et actualisées de l'offre hospitalière.

Les médecins voudraient trouver les coordonnées des médecins, leur sur-spécialisation au sein de leur discipline, les modalités pratiques pour les joindre ou pour envoyer leur patient en consultation. Pour les services de spécialités, il faudrait fournir une information sur les modalités d'hospitalisation et les techniques diagnostiques et thérapeutiques utilisées.

Cette information est disponible sur l'annuaire Ville-Hôpital du CHRU (www.hopweb.chru-lille.fr). C'est un moteur permettant de faire une recherche par mots clés (pathologie ou praticien) et de contacter directement les professionnels du CHRU.

Le médecin généraliste peut également s'inscrire à lettre d'information du CHRU.

Des solutions existent donc pour répondre aux demandes des médecins généralistes mais elles semblent souvent méconnues par les principaux intéressés.

C. Créer des occasions de rencontres

Dans notre étude, un des médecins souhaite la mise en place de stage hospitalier pour les médecins généralistes volontaires afin de pouvoir s'informer de l'évolution des spécialités et des techniques médicales.

Cette idée a également été développée au CHRU de Grenoble par le groupe de travail sur l'amélioration de l'interface entre la médecine de soins primaires et la médecine hospitalière. Il a été proposé de créer des occasions de rencontre en organisant des formations médicales continues mais également des journées « portes ouvertes » où les médecins traitant pourraient suivre l'activité d'une équipe hospitalière. (11)

CONCLUSION

La spécialisation croissante de la médecine rend la collaboration interprofessionnelle indispensable à la pratique de la médecine générale.

Le CHRU de Lille a mis en place la Hop'line pour faciliter les échanges entre les médecins généralistes et les praticiens hospitaliers. Elle permet un accès direct aux connaissances et aux compétences spécialisées des médecins d'un centre de référence. Si elle remplit bien son rôle de conseil médical et d'orientation du patient dans le système de soins, elle cristallise également les représentations négatives et la concurrence qui s'exercent encore parfois entre la médecine ambulatoire libérale et la médecine hospitalière.

Il serait souhaitable de mener une nouvelle campagne d'information sur le service Hop'line à destination des médecins généralistes quel que soit leur mode d'activité c'est-à-dire, les médecins libéraux installés mais également les remplaçants, les internes ainsi que les médecins généralistes exerçant une activité salariée.

D'autre part il semble important que le travail que représente la Hop'line pour le praticien hospitalier soit valorisé et reconnu comme une charge de travail complémentaire aux obligations de service.

Il serait intéressant de développer en France une formation pratique à la coopération interprofessionnelle sur le modèle canadien, afin que les nouvelles générations aient de meilleures compétences en matière d'inter professionnalisme.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Pinell P. Champ médical et processus de spécialisation, Actes de la recherche en sciences sociales 1/2005 (n° 156-157) : p. 4-36
- (2) Schweyer F-X. Histoires et démographie médicale. ADSP 2000 ; 32 :16-19
- (3) Galam E. Les généralistes, fossiles ou précurseurs ? In : Infiniment médecins. 1^e édition. Paris : Editions Autrement ; 1996. 10-27
- (4) Gay B, Druais P-L, Renard V. Les 30 ans du CNGE : l'émergence de la médecine générale universitaire. Exercer 2013 ; 24 (n°110) : 244-249
- (5) Jaisson M. L'honneur perdu du généraliste. Actes de la recherche en sciences sociales 2002 ; 143 : 31-35
- (6) Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. Wonca Europe 2002.
- (7) Loi Bachelot « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
- (8) HAS. Réunion de concertation pluridisciplinaire. Mai 2014
- (9) Guichard A, Bachevillier C. La réunion pluridisciplinaire en cancérologie : La place du médecin traitant. Thèse méd. Lyon 1, Faculté de médecine Lyon Est, 2014
- (10) Larcher G, Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital. Avril 2008
- (11) François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. Santé Publique 2014/2 (Vol. 26), p. 189-197.
- (12) Perlat A et al. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. Elsevier-Masson. 2010 (article)
- (13) Gayrard P, Harzo C, Médecine ambulatoire – médecine hospitalière, quels liens construire ? Aout 2008 URML Rhône Alpes
- (14) Castillo J-M. UNité d'Aide au Diagnostic et à la Thérapeutique Immédiate. (UNADITI). Evaluation prospective de l'activité et enquête de satisfaction

- auprès des médecins généralistes. Thèse méd. Nantes, Faculté de médecine, 2014 : 063
- (15) Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalité de construction du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Prat Organ Soins*. 2010;41(4):331-339
- (16) Heymans I. La collaboration entre médecins généralistes et médecins spécialistes au service du patient. *Santé conjugée* 2011(n°55) : 8-10
- (17) École en chantier. Cadre de référence Collaboration inter professionnelle. Université de Sherbrooke, Québec, Canada. 2007
- (18) Bonastre J, Journeau F, Nestrigue C, Or Z. Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. *Questions d'économie de la santé* 2013 ; 86 : 1-8.
- (19) Bournot MC, Goupil MC, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Études et résultats*. DREES 2008 ; n° 649. 8 p
- (20) Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé* 2008 ; 26 (n°1) : 67-87
- (21) CNGE. Référentiels métiers et compétences. 1^e édition. Mercuès : Berger Levrault. 2010
- (22) Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Décision médicale partagée. In : Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. *Manuel théorique de médecine générale*. 1^e édition. Jouve : Global Média Santé ; 2015 : 159-162
- (23) Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Février 2010
- (24) Casimiro L. Sur le vif In : Mag Rifssso (Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario) 2012 (n°1) 4-6
- (25) Trubey G, L'intégration de la formation interprofessionnelle dans les programmes de formation en santé de la cité collégiale. Guide d'accompagnement à l'intention des professeurs de l'Institut des sciences de la santé et des programmes de relations d'aide de La Cité collégiale. Mars 2013

ANNEXES : FICHE D'INFORMATION HOP'LINE

La ligne téléphonique du CHRU de Lille réservée aux médecins généralistes

...» Vous avez besoins d'avis spécialisés pour mieux prendre en charge vos patients?



Le CHRU de Lille vous propose de contacter Hop'line CHRU, une ligne téléphonique qui vous permet **d'entrer directement en contact avec les médecins du CHRU de Lille**, dans de nombreuses spécialités médicales.

...» Comment ça marche?

Hop'line est un numéro unique et **gratuit accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h**, à l'exception des jours fériés.

Des standardistes dédiés exclusivement à ce service vous orientent directement vers le praticien senior d'astreinte, de la spécialité médicale que vous souhaitez. Le standardiste d'Hop'line CHRU vous rappelle au plus vite si le praticien est déjà en ligne.

...» Dans quels cas appeler Hop'line CHRU?

Vous pouvez contacter Hop'line CHRU pour **un avis médical séniorisé instantané**, au moment où vous en avez le plus besoin, c'est-à-dire lorsque votre patient est devant vous. Le cas échéant, les praticiens hospitaliers pourront proposer un rendez-vous de consultation, ou d'hospitalisation, pour votre patient.

...» Quelles sont les spécialités médicales joignables via Hop'line CHRU?

De nombreuses activités de référence du CHRU de Lille participent au dispositif Hop'line CHRU : La cardiologie - La neurologie - La traumatologie/orthopédie - La néphrologie - La gynécologie - L'obstétrique - L'hématologie - La dermatologie - La psychiatrie adulte et enfant - L'addictologie - La pédiatrie - La chirurgie pédiatrique - La chirurgie générale et digestive - La médecine interne - La pneumologie

AUTEUR : Nom : LEMOINE Prénom : Anaïs

Date de Soutenance : 22 juin 2017

Titre de la Thèse : Collaboration interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les praticiens hospitaliers du CHRU de Lille. Exemple de la Hop'line.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Coopération interprofessionnelle, lien ville hôpital, médecine générale, Hop'line, CHRU

Contexte : La spécialisation de la médecine a rendu nécessaire le développement de la coopération interprofessionnelle entre les médecins généralistes et spécialistes. C'est dans ce but que la Hop'line a été créée par le CHRU de Lille en 2008. Elle est cependant peu utilisée par les médecins de la région. L'objectif de l'étude est d'étudier l'expérience et les représentations des médecins utilisateurs afin de déterminer les motivations et les freins à l'utilisation de ce dispositif.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés auprès des utilisateurs de la Hop'line. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits sous la forme de verbatim puis codé avec le logiciel N'Vivo®. Après triangulation des données, l'analyse a été thématique.

Résultats : La saturation des données a été obtenue en 11 entretiens. La Hop'line permet d'avoir un accès facile et direct au CHRU. Les médecins généralistes discutent avec le praticien hospitalier pour résoudre un problème au cours de la consultation. Il s'agit le plus souvent de la prise en charge immédiate du patient (diagnostic, notion d'urgence, thérapeutique, question pratique) et du bilan complémentaire. La Hop'line permet également de mieux connaître le réseau hospitalier, et d'assurer une prise en charge en secteur public. L'expérience est positive avec des réponses adaptées à la médecine générale et la proposition d'une prise en charge en soins secondaires si besoin. C'est une valeur ajoutée à la consultation. Les principales difficultés rencontrées sont liées à l'attitude de l'interlocuteur (conflit générationnel, absence de partage des connaissances, manque de considération, anonymat, qualité variable des réponses, indisponibilité). Les principaux freins à l'utilisation de la Hop'line sont les représentations négatives des médecins généralistes (peur d'être jugé, peur de déranger, impression de concurrence déloyale au secteur privé). Enfin la communication autour du dispositif est insuffisante.

Conclusion : La Hop'line favorise la coopération interprofessionnelle entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière. Les avis sont majoritairement positifs. On constate néanmoins des difficultés chez certains médecins à complètement s'approprier la démarche. Une formation à la coopération interprofessionnelle sur le modèle canadien pourrait faciliter les échanges entre les praticiens des différentes spécialités.

Composition du Jury :

Président : Pr Alain Martinot

Assesseurs : Pr Jean Marc Lefebvre, Dr Matthieu Calafiore, Dr Daniel Dreuil

Directeur de Thèse : Dr Matthieu Calafiore

