



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Communication entre l'Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgences du centre hospitalier de Roubaix et les médecins généralistes du réseau de soin**

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2024 à 14h00  
au Pôle Formation  
par **Sarah BEAUGRAND**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Éric WIEL**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Sabine BAYEN**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Aurore CHADAL**

---

## **AVERTISSEMENT**

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

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

SAU : Service d'Accueil et d'Urgences

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

UMPPU : Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgences

LLS : Lettre de Liaison de Sortie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
1. Contexte.....	10
2. Définition de l'Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgences (UMPPU) 11	
3. Lien entre médecine hospitalière et libérale.....	11
4. Importance d'une bonne communication pour une bonne prise en charge.....	12
5. La lettre de liaison de sortie.....	13
6. Les outils de communication.....	14
A. La lettre .....	14
B. Le fax .....	15
C. Le téléphone .....	15
D. L'informatique .....	16
7. Objectif de l'étude .....	16
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODE</b> .....	<b>17</b>
1. Type d'étude.....	17
2. Recrutement des participants .....	17
3. Déroulement des entretiens.....	18
4. Analyse des données.....	18
5. Aspect légal.....	18
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>19</b>
1. Caractéristiques des entretiens .....	19
2. Analyse des verbatims .....	19
A. L'UMPPU et les médecins généralistes .....	19
B. La communication .....	22

<b>DISCUSSION.....</b>	<b>29</b>
<b>1. Autour de la méthode .....</b>	<b>29</b>
A. Type d'étude .....	29
B. Forces et faiblesses de l'étude .....	29
<b>2. Autour des résultats .....</b>	<b>30</b>
A. Évolution des pratiques médicales et axes d'amélioration .....	30
B. Communication et collaboration renforcée .....	31
C. Perspectives .....	32
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>34</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>38</b>

## RÉSUMÉ

**Introduction :** L'augmentation de la consommation de soins combinée à la diminution des lits d'hospitalisation a favorisé la création d'unités médicales comme les services de médecine polyvalente post-urgences. La qualité de la communication sur la sortie d'hospitalisation est cruciale pour la prise en charge des patients lors de leur retour à domicile. Cette étude vise à évaluer la communication entre l'Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgences (UMPPU) du centre hospitalier de Roubaix et les médecins généralistes du réseau de soin.

**Méthode :** Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes exerçant à proximité du centre hospitalier de Roubaix. Onze entretiens semi-dirigés ont été réalisés de janvier à juillet 2024 jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été analysés selon la méthode dite par « théorisation ancrée » avec triangulation des données pour renforcer la validité de l'étude.

**Résultats :** Les médecins généralistes interrogés constatent une dégradation du système de santé et se retrouvent parfois en difficulté face à des soins non adaptés à la médecine de ville. Ils expriment le souhait d'une prise en charge optimisée et d'un retour sécurisé des patients à domicile. La réception des lettres de sortie par divers canaux entraîne une surcharge administrative qu'ils déplorent, tout comme les retards dans la transmission des informations, impactant la continuité des soins. Enfin, les médecins généralistes expriment un désir de renforcer la communication avec les praticiens hospitaliers et d'entretenir de bonnes relations entre confrères.

**Conclusion :** La sécurité des patients repose sur la rapidité, l'exactitude et la pertinence des lettres de sortie. Cette étude met en lumière les préoccupations des médecins généralistes quant à la communication de l'UMPPU du centre hospitalier de Roubaix et propose des pistes d'amélioration à explorer dans des études futures.

# INTRODUCTION

## 1. Contexte

Le Service d'Accueil et d'Urgences (SAU) est défini par le décret n°2005-840 du 20 juillet 2005. Il y est énoncé que « Le SAU doit accueillir, sans sélection, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale » (1).

Les patients consultent au SAU pour divers motifs : médical, psychologique ou social. Ils bénéficient alors d'une prise en charge immédiate avec la recherche d'un diagnostic, la mise en place d'un traitement et l'évaluation de son efficacité. Le SAU fait le lien entre la médecine hospitalière et libérale.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) observe une augmentation continue du nombre de prises en charge aux urgences : 18,8 millions en 2013, 20,4 millions en 2021 (2).

Parallèlement, entre 2003 et 2020, le nombre de lits d'aval – tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus – est passé de 468 000 à 387 000, service de santé des armées compris.

En conséquence, le cumul des deux situations, hausse des consultations aux urgences et saturation des filières de soin d'aval, aboutit à un engorgement croissant des services d'urgences.

En réponse à cette problématique, de nombreuses solutions existent comme la généralisation des circuits courts, la prise en charge spécialisée précoce de certaines pathologies graves, les hospitalisations par réquisition, la création des unités d'hospitalisation de courte durée ou encore l'ouverture de services d'hospitalisation de post-urgences.

## **2. Définition de l'Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgences (UMPPU)**

L'Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgences (UMPPU) est un service accueillant les patients provenant exclusivement du service des Urgences Adultes ; c'est-à-dire qu'il n'y a ni entrée directe ni hospitalisation programmée. Les patients peuvent être transférés en UMPPU 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. La durée d'hospitalisation attendue est de 3 à 5 jours, en moyenne.

Puisque le séjour en UMPPU est d'une courte durée, il concerne surtout les patients pour lesquels un retour à domicile rapide est envisagé. Ce séjour peut permettre de préciser le diagnostic et d'adapter le traitement afin d'optimiser les soins et le bien-être du patient ; il peut permettre également la mise en place d'un réseau de soignants et d'aides sociales afin de préparer au mieux le retour à domicile.

De par son fonctionnement, l'UMPPU contribue au désengorgement du service des Urgences Adultes et limite l'encombrement des services hospitaliers.

L'ouverture de l'UMPPU du centre hospitalier de Roubaix a eu lieu le 31 août 2020. Le service est composé de 12 lits d'hospitalisation. L'équipe est constituée de 3 praticiens hospitaliers, d'une infirmière et d'une aide-soignante.

## **3. Lien entre médecine hospitalière et libérale**

L'idée de la médecine polyvalente est donc de prendre en charge le patient de façon globale, traiter la pathologie aiguë tout en prenant en compte le contexte psychosocial. Il est évident que cette prise en charge globale ne doit pas empêcher de hiérarchiser les besoins du patient et ainsi de programmer et surtout reléguer ce qui peut l'être dans les soins et la prise en charge. C'est à cet instant que le médecin généraliste intervient, prenant le relai et assurant la continuité des soins à domicile. Il joue un rôle fondamental dans la prise en charge optimale du patient, en étant au centre du parcours de soin (3).

## **4. Importance d'une bonne communication pour une bonne prise en charge**

Des courriers de sortie opportuns et précis jouent un rôle essentiel dans la continuité des soins. Idéalement, le compte rendu de sortie d'hospitalisation devrait communiquer les informations médicales importantes : le diagnostic, les résultats des examens paracliniques, les traitements de sortie, et toute autre action que le médecin généraliste est encouragé à poursuivre (4).

La sortie de l'hôpital est un événement de santé à haut risque ; le risque de préjudice peut provenir du milieu de soins secondaires (5) ou du milieu de soins primaires (6,7), ceci est particulièrement bien démontré en ce qui concerne les erreurs de médication après la sortie (8). Le partage d'informations précises et pertinentes sur les soins reçus à l'hôpital avec les médecins de premier recours sous la forme d'un courrier de sortie est essentiel pour la sécurité des patients. Ce processus implique intrinsèquement une communication interprofessionnelle qui a été précédemment suggérée comme un domaine nécessitant une amélioration (9,10).

Deux éléments interdépendants entrent en jeu : la vitesse de transfert des informations et la qualité des informations transférées. Des preuves internationales suggèrent que les courriers de sortie ne sont pas satisfaisants pour un certain nombre de raisons, notamment : des informations incomplètes et insuffisantes (11), des plans de suivi peu clairs (12–14), des inexactitudes dans les courriers, des retards dans la livraison des courriers (4,12), des informations inadéquates sur les traitements (15,16), un défaut de simplification pour le patient (par exemple, lettre dense en jargon) (12,17,18) et des lacunes générales de communication conduisant à des événements indésirables comme les réadmissions de patients (19,20).

Ces dernières années, les courriers de sortie ont souvent été décrits comme incomplets, inexacts ou illisibles (4). L'utilisation croissante des dossiers informatisés dans les centres hospitaliers facilite les résumés générés par ordinateur dans des formats normalisés, ce qui a permis de pallier les problèmes liés aux résumés manuscrits. Les comptes-rendus de sortie électronique structurés peuvent être

beaucoup plus efficaces pour communiquer avec précision les informations de sortie aux médecins traitants.

Pour autant, des courriers de sortie précis sont d'une utilité limitée s'ils ne parviennent pas à temps. La plupart des études rapportent que moins de la moitié de tous les courriers de sortie parviennent effectivement au médecin traitant (21). La réception des courriers de sortie a reçu peu d'attention dans la littérature. Peu d'études de haut niveau de preuve ont examiné la communication électronique des courriers de sortie.

## **5. La lettre de liaison de sortie**

Obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, la lettre de liaison de sortie (LLS) a pour objectif d'améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé pour optimiser la prise en charge des patients à leur sortie d'hospitalisation.

Pour remplir son rôle, la lettre de liaison de sortie doit être rédigée par le médecin de l'établissement de santé ayant pris en charge le patient au cours de son hospitalisation et intégrer l'ensemble des éléments fixés par le décret du 26 juillet 2016.

Informations à noter dans la LLS (22,23) :

- Identification du patient et de son médecin traitant, le cas échéant du praticien l'ayant adressé ;
- Identification du médecin de l'établissement de santé ayant pris en charge le patient au cours de son hospitalisation ;
- Dates et modalités d'entrée et de sortie de l'établissement de santé ;
- Motif de l'hospitalisation ;
- Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;

- Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;
- Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;
- Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, surveillance et recommandations particulières.

## **6. Les outils de communication**

### **A. La lettre**

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins : « Le courrier, que les médecins échangent à propos d'un patient, concrétise et consacre le secret médical partagé. Ce secret ne lui étant pas opposable, ce courrier doit lui être accessible et compréhensible. Il appartient donc au médecin d'écrire, avec délicatesse et précision, les éléments indispensables à son correspondant, tout en évitant de heurter la sensibilité et de détruire l'espérance du patient. D'autre part, le libre choix du malade étant un principe d'ordre public, celui-ci garde la liberté de ne pas transmettre cette lettre à son destinataire sans qu'il y ait délit de suppression de correspondant, comme l'a précisé la Cour de Cassation en 1963. Enfin, il faut garder à l'esprit, en écrivant cette lettre, que celle-ci deviendra une pièce du dossier. ».

La lettre envoyée par voie postale présente de nombreux avantages. Elle n'impose aucune contrainte en terme de matériel, elle est donc accessible à tous. Elle ne nécessite pas d'investissement important en dehors du coût du papier et de l'affranchissement de la lettre. Elle permet l'envoi de multiples documents. Enfin, elle ne nécessite pas la disponibilité simultanée de deux interlocuteurs, ce qui peut être considéré comme un gain de temps.

A contrario, l'un des principaux inconvénients est la perte de temps liée à la réception de la lettre par voie postale, qui peut d'ailleurs ne jamais parvenir au

médecin traitant s'il y a un dysfonctionnement dans la transmission au destinataire. L'accumulation de lettres peut être à l'origine d'un encombrement de l'archivage et peut causer une perte de temps au médecin traitant lors de la recherche d'une information. Si la lettre est manuscrite, elle peut être illisible et donc inutile ou encore induire en erreur le lecteur. De nos jours, un point non négligeable est également l'aspect écologique, de par l'utilisation du papier et de ses modalités d'acheminement.

## **B. Le fax**

Encore utilisé aujourd'hui, il est facile et rapide d'utilisation. Tout comme la lettre envoyée par voie postale, c'est un moyen de communication asynchrone, utile lorsque les deux interlocuteurs ne sont pas disponibles au même moment.

Mais de nombreux inconvénients font qu'il est de plus en plus délaissé. C'est un moyen de communication peu fiable du fait de ses multiples échecs de transmission. C'est aussi un moyen de communication onéreux. Il ne résout pas la problématique d'encombrement lié à l'archivage. Se pose également un problème éthique de respect de la confidentialité des informations médicales. La transmission d'information par fax nécessite, comme l'ont rappelé à plusieurs reprises la C.N.I.L. et le Conseil National de l'Ordre des Médecins, que l'appareil soit dédié : « Compte tenu de la possibilité d'intervention de plusieurs personnes, même habilitées, les règles de rédaction de courriers destinés à un échange entre professionnels de santé doivent être respectées avec plus de rigueur encore. ».

## **C. Le téléphone**

Il présente de nombreux avantages : son accessibilité, sa rapidité et sa simplicité d'utilisation. Il est notamment très utile lorsque les situations relèvent de l'urgence (accès à des résultats d'examens paracliniques, avis spécialisé, hospitalisation programmée...).

En revanche, le principal inconvénient relève du fait que c'est un moyen de communication synchrone qui nécessite donc la disponibilité des deux interlocuteurs au même moment. De plus, de nombreux appels au cours d'une journée de consultations peuvent provoquer du retard, être ainsi source de surmenage et altérer la qualité des consultations et des transmissions téléphoniques. Il pose également un problème de confidentialité des informations échangées si celles-ci se font devant un autre patient lors d'une consultation.

## **D. L'informatique**

C'est l'outil de communication privilégié actuellement par les médecins généralistes. La transmission des informations est instantanée, ce qui permet d'assurer la bonne continuité des soins. La confidentialité des données est respectée par un haut niveau de cryptage des informations envoyées sur des boîtes mails sécurisées. Par ailleurs, l'informatique permet un gain de place considérable en dématérialisant l'archivage. Il est également de faible coût.

## **7. Objectif de l'étude**

L'objectif de notre étude est d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes sur les méthodes de communication de l'UMPPU du centre hospitalier de Roubaix.

# MATÉRIELS ET MÉTHODE

## 1. Type d'étude

C'est une étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes du réseau de soin du centre hospitalier de Roubaix, à l'aide d'entretiens semi-dirigés. La méthode utilisée est celle dite « par théorisation ancrée ». Cette méthode a été mise en place en respectant l'adaptation française de la grille COREQ.

Afin de ne pas influencer l'auteur, la recherche bibliographique fut brève avant de débiter l'étude. Celle-ci a principalement permis de réaliser le guide d'entretien, et a été complétée une fois l'analyse des entretiens terminée. Le moteur de recherche utilisé était PubMed.

## 2. Recrutement des participants

Le recrutement des participants a été fait parmi les médecins généralistes du réseau de soin du centre hospitalier de Roubaix, sur la base du volontariat. La secrétaire de l'UMPPU a communiqué par courriel à l'auteur une liste de médecins généralistes correspondants déclarés par les patients ayant été hospitalisés sur les trois derniers mois. Ces derniers ont été contactés par téléphone. Parmi eux, 7 ont refusé de participer à l'étude sans donner d'explications et 23 n'ont pas fait de retour à l'auteur. Seuls 2 médecins généralistes ont accepté. Le reste des participants étaient des connaissances professionnelles de l'auteur.

Les critères d'inclusions étaient les suivants :

- Être médecin généraliste,
- Être installé dans le réseau de soin du centre hospitalier de Roubaix,
- Avoir déjà reçu des courriers de l'UMPPU.

Le recrutement a été poursuivi jusqu'à ce que l'auteur soit parvenu à saturation des données. La saturation des données a été atteinte au septième entretien ; deux entretiens supplémentaires ont été effectués pour la confirmer.

### **3. Déroulement des entretiens**

Les entretiens ont été réalisés entre janvier 2024 et juillet 2024. Le choix de la date, de l'horaire et du lieu a été laissé libre aux participants. Ils se sont tous déroulés dans le cabinet médical de ces derniers.

Avant chaque entretien, l'auteur présentait le sujet de l'étude et l'informait de l'enregistrement de l'entretien grâce à un dictaphone et à l'application « Dictaphone » de son smartphone, utilisé en mode « avion », et du dépôt de celui-ci sur un espace chiffré avant sa suppression une fois la retranscription anonymisée réalisée. Ils étaient également informés du fait qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment. L'auteur recueillait ensuite leur consentement oral.

Le guide d'entretien a été préparé et testé auprès d'un proche de l'auteur afin de vérifier que les questions soient compréhensibles. Le guide d'entretien a évolué au fur et à mesure des entretiens, retranscriptions et analyses des verbatims.

### **4. Analyse des données**

Une triangulation des données a été réalisée avec le Dr Inès Abou-Kharroub, médecin généraliste, ayant déjà effectué une thèse qualitative avec la méthode par « théorisation ancrée ». Celle-ci a pu permettre de tester la validité interne de l'étude grâce à la convergence des analyses provenant des différents chercheurs.

### **5. Aspect légal**

Un dossier de déclaration a été transmis au délégué à la protection des données (DPO) ; il porte le n°2024-084.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques des entretiens

Neufs entretiens ont été réalisés sur la période de janvier 2024 à juillet 2024. Les entretiens ont duré entre 11 minutes 57 secondes et 34 minutes 59 secondes, soit une moyenne de 21 minutes 32 secondes.

Le recrutement des participants s'est fait dans les connaissances professionnelles de l'auteur via démarche téléphonique.

Ils se sont tous déroulés dans le cabinet médical où exerçait le participant.

L'âge des participants variait de 35 à 64 ans. La répartition homme/femme était équilibrée avec 5 hommes et 4 femmes.

## 2. Analyse des verbatims

### A. L'UMPPU et les médecins généralistes

#### a. Une unité méconnue

Les différents entretiens réalisés au cours de cette thèse mettent en évidence que les participants ont une perception erronée de ce qu'est l'UMPPU.

P2	<i>« Euh... Je dirais que c'est du post-urgences... De débrouillage, de poursuite des examens nécessaires qu'on ne pourrait pas faire dans le cadre de l'urgence pure, en attendant éventuellement une hospitalisation dans un service précis ou pour confirmation diagnostique ou pour temporiser... Voilà... En attente de résultats pour un patient qui ne pourrait pas retourner au domicile ou en structure. »</i>
P3	<i>« (...) Mais, c'est surtout par les courriers que j' récupère de cette unité ! Au début, j' comprenais pas très bien ! Puis, après, j'ai vu « Bah</i>

	<i>oui, tiens ! Ils restent 2-3 jours aux urgences ! », ce n'est pas possible de rester 3 jours aux urgences ! Et j'ai compris par la suite qu'en fait c'était un service ! Avant, on appelait ça l'UHCD quand on était étudiant ! Ça vous dit quelque chose ? »</i>
<i>P3</i>	<i>« Donc, l'UMPPU, c'est vraiment une structure nouvelle ! Qui tamponne encore... C'est assez amusant ! Parce que j pense que dans quelques années, il y aura encore l'U-quelque chose, entre l'UHCD, l'UMPPU... Y'aura encore quelque chose avant l'hospitalisation, parce qu'il n'y aura toujours plus de lits d'hospitalisation ! (Rires) »</i>
<i>P5</i>	<i>« Je crois que c'est un service « tampon »... De tri. »</i>
<i>P8</i>	<i>« (...) C'est peut-être un endroit où ça permet de faire le bilan complet avant qu'il ne soit orienté dans un service, et que quelque fois, ça prend un peu plus de temps qu'une journée, quoi... »</i>

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

Les participants ont conscience de la croissance de la consommation de soins et du manque de moyens pour y répondre. Ils constatent que cette situation peut donner lieu à des sorties prématurées avec des soins non adaptés à la médecine de ville, et se retrouvent en difficulté.

<i>P2</i>	<i>« Et puis, voilà, que l'ensemble des examens soit fait plutôt que, parfois, une sortie précoce des urgences où ou nous demande, nous, en médecine générale, de compléter le bilan qui a été débuté aux urgences mais finalement... Bah... On se retrouve un petit peu dans la course, à essayer de faire des examens complémentaires... »</i>
<i>P3</i>	<i>« Dès qu'on a la capacité, qu'on se dit que ça va mieux, alors qu'il y en a, ils ne sont même pas stabilisés, il n'y a plus de place, il y a quelqu'un qui pousse derrière pour entrer... Dès qu'il n'y a plus de place dans un service, UMPPU ou pas UMPPU, hop ! Ils sont dégagés ! »</i>
<i>P4</i>	<i>« S'il y a un intérêt clair pour la médecine de ville, c'est parce que</i>

	<i>l'hôpital ne peut plus répondre... Euh... Aux nombres d'hospitalisations actuelles ! »</i>
<i>P4</i>	<i>« Plusieurs fois, les patients étaient sortis et malheureusement sans bilan ou avec un bilan à faire en externe ! Parfois, c'est pas évident en fait ! Parce qu'en externe, on n'arrive plus non plus à avoir des imageries rapides... »</i>

Par conséquent, la principale attente des participants concernant l'UMPPU est la prise en charge optimale de leurs patients et un retour à domicile sécurisé.

<i>P2</i>	<i>« J'attends que... Que, justement, la prise en charge permette qu'il n'y ait pas de sorties trop précoces des urgences, puisque parfois on est confrontés à des diagnostics qui sont, certes, posés, mais finalement pour... La prise des traitements, pour le suivi, vraiment dans les tous premiers jours, parfois c'est un peu tôt de les laisser sortir avec un diagnostic et un traitement... »</i>
<i>P2</i>	<i>« Quand on me dit qu'elle a une pyélonéphrite, qu'elle est allée aux urgences, ils ont fait le bilan, elle ressort et elle est rentrée à minuit, j'me dis que la petite mamie serait mieux là-bas hospitalisée la nuit (...) »</i>
<i>P7</i>	<i>« Qu'est-ce que j'attends de l'UMPPU... De jouer son rôle, effectivement, de... Pour les courtes hospitalisations, plutôt que renvoyer au domicile avec un traitement et avec une surveillance... Donc des gens qui doivent être surveillés... En fait, augmenter la sécurité des patients avec une surveillance de 48-72h, après un diagnostic fait mais où les gens sont trop instables pour renvoyer au domicile. »</i>

## B. La communication

### a. Le courrier de sortie

#### i. Réception

Les participants reçoivent les courriers d'UMPPU par voie électronique et par voie postale ; à noter que les patients reçoivent leur propre exemplaire le jour de leur sortie. Ils dénoncent une perte de temps liée aux réceptions multiples.

P2	<i>« Pour le moment j'ai les deux messageries mais elles se chevauchent parce qu'il y a des trucs, notamment les courriers de l'hôpital de Roubaix, que j'ai en double et c'est une perte de temps... C'est un peu dommage, quoi ! »</i>
P3	<i>« Et maintenant, j'ai des doublons, en fait ! Je reçois l'un et l'autre... Je pense qu'il faudrait s'uniformiser parce que c'est une perte de temps énorme ! »</i>

La majorité d'entre eux ont une préférence pour la réception par voie électronique.

P1	<i>« Par voie électronique c'est plus simple, comme ça c'est directement dans le dossier parce qu'après c'est vrai que quand j'les reçois en papier j'les scanne pour les remettre dans les dossiers donc, voilà... »</i>
P2	<i>« Moi, je préfère le courrier crypté, je préfère ces messageries-là, c'est ce qu'il y a de plus rapide et c'est sécurisé ! C'est ce que je préfère ! »</i>
P7	<i>« Apicrypt ! D'abord parce que ça s'intègre facilement dans le logiciel... »</i>

Les participants déclarent recevoir les courriers sous un délai de quelques jours, en moyenne. Ils estiment que ce délai est insuffisant, que les courriers n'arrivent pas à temps pour adapter la prise en charge de leurs patients.

P4	<i>« Qu'il y ait toujours au moins un courrier papier à la sortie des gens, quand même ! Alors, je parle beaucoup de mes patients âgés mais</i>
----	---

	<i>c'est surtout eux que j'envoie... Et c'est des gens que je vois à domicile, et moi, souvent à domicile, je n'ai pas mes mails, donc, à domicile, j'avais pas avoir le courrier si j'ai reçu qu'au bureau. Et, parfois, j'oublie de le sortir avant d'y aller ! Donc qu'il y ait toujours un courrier papier sur la sortie, j'trouve ça important ! Quand même ! »</i>
<i>P9</i>	<i>« Pas toujours, justement ! Pas toujours, parce que des fois j'apprends [l'hospitalisation] par les patients, donc c'est ça qui est assez frustrant ! »</i>

Selon les participants, la réception quasi-instantanée de la lettre de sortie permettrait d'améliorer la continuité et la qualité des soins.

<i>P2</i>	<i>« Et puis, euh... Bah... Si je réponds au téléphone et qu'on me dit « Je suis allé aux urgences hier » ça me facilite les choses si j'ai déjà lu le courrier, en fait ! Et il y a plein de fois où ça se passe comme ça parce qu'en fait ils y sont allés en fin de semaine, le week-end passe et puis le lundi ils me rappellent, et j'ai déjà lu, du coup ça s'amplifie au niveau du suivi du patient ! »</i>
<i>P2</i>	<i>« Mais bon... Au plus tôt au mieux donc en fait l'idéal ce serait de le recevoir quand les patients sortent de l'unité ! »</i>
<i>P8</i>	<i>« Je dirai que le petit plus, ce serait de pouvoir avoir le courrier sur Mailiz quasiment en instantané ! Mais... Voilà. »</i>

Enfin, les participants sont globalement satisfaits et ne rencontrent pas de difficultés particulières quant à la réception des courriers.

<i>P5</i>	<i>« Non, ils font le boulot ! »</i>
<i>P6</i>	<i>« Non, j'dirais que je n'ai pas de problèmes à recevoir les courriers du post-urgences ! »</i>

## ii. Caractéristiques

Les participants attendent des courriers de l'UMPPU qu'ils soient synthétiques, et qu'ils contiennent les examens paracliniques.

P1	« Ce qu'il s'est passé là-bas, dans les grandes lignes, hein ! Pas besoin de me faire un roman mais les grandes lignes de ce qu'il s'est passé... Euh... Les résultats, si possible, des examens complémentaires (...) »
P2	« Avec les conclusions des biologies et des imageries... En tout cas, avec les anomalies qui ont été retrouvées, c'est suffisant ! »
P5	« Comme ils répondent à des critères de qualité, les courriers sont trop longs... Que ce soit informatif ! »

Ils avouent prêter une attention particulière à une mise en page correcte.

P1	« Oui, forcément, ça attire l'œil donc on va bien se focaliser sur ce qui est en gras et tout ça, faut-il encore qu'ils mettent les choses importantes en gras et souligné ! (Rires) »
P2	« Oui ! (Rires) J'suis même sensible à l'orthographe donc tu vois... ! (Rires) »
P9	« Ouais ! Mettre en gras, ça permet de faire ressortir les choses les plus pertinentes, ouais ! »

### b. Le lien ville-hôpital

Les participants se désolent d'une rupture du lien entre la ville et l'hôpital. Ils considèrent que les praticiens hospitaliers sont peu accessibles et essuient parfois des réactions négatives.

P3	« Et, on s'rend compte que le fossé entre la médecine de ville et la médecine d'urgence se creuse ! (...) J'me dis que c'est dommage... On s'retrouve pas, quoi... »
P5	« Il y en a certains, bon, on sent bien qu'ils nous prennent de haut

	<i>parce qu'on est médecins généralistes, donc... »</i>
<i>P7</i>	<i>« Appeler les urgences, ça fait longtemps que j'ai arrêté puisque de toute façon, on dérangeait ! Je l'ai fait quand je me suis installé et j'ai arrêté parce que le retour est assez négatif. »</i>
<i>P8</i>	<i>« Je pense qu'il faut être vigilant sur ce décalage entre les médecins hospitaliers et les médecins de ville... »</i>

Selon eux, la méconnaissance des praticiens hospitaliers sur la pratique de la médecine de ville participe à la dégradation de ce lien.

<i>P5</i>	<i>« Parce qu'ils ont l'impression que c'est facile et qu'il suffit de claquer des doigts mais dès qu'on est passé de l'autre côté, on sait que c'est difficile ! »</i>
<i>P7</i>	<i>« J'ai un grand respect envers les urgentistes qui font une spécialité très compliquée, avec des contraintes et des difficultés que tout le monde connaît ! Euh... Je ne suis pas convaincu que les urgentistes ont conscience de notre spécialité, nous en médecine générale et notamment de nos difficultés. »</i>
<i>P8</i>	<i>« J'ai quelques fois l'impression que dans les services hospitaliers... Les médecins, comme ils ne font pas de médecine générale, ils ne se rendent pas compte de la situation. »</i>

Ils estiment qu'une bonne communication est essentielle pour prendre en charge les patients correctement.

<i>P2</i>	<i>« En médecine générale, on est quand même assez seul, donc pouvoir échanger avec un autre médecin sur un patient que, moi, j'suis censée bien connaître et que lui découvre avec un œil différent de son côté, c'est toujours bénéfique pour le patient, en fait ! »</i>
<i>P7</i>	<i>« L'intérêt, c'est... A l'hôpital, on a le biomédical. Nous, on a tout le reste ! Donc, euh... Parfois, ils arrivent à cerner l'environnement du patient mais via les dires du patient ! Nous, on les connaît depuis 10-15 ans, on sait entre les dires et la réalité, ce qui va être réalisable ou</i>

	<i>pas ! »</i>
--	----------------

Ils identifient un bénéfice supplémentaire à cette communication, qui est l'entretien de bonnes relations de confraternité.

<i>P3</i>	<i>« Eh bien, justement, créer le lien entre l'hôpital et la médecine de ville ! Lien qui se délite un peu avec les mauvaises conditions d'exercice médical... Pour entretenir un dialogue, confraternel, succinct ! J'entends bien qu'on n'ait pas le temps, mais c'est intéressant pour ça ! »</i>
<i>P7</i>	<i>« Finalement, ce que je retiendrais de tout ça... C'est le respect mutuel ! »</i>

Et pour se faire, ils jugent nécessaire de pouvoir se rendre disponible.

<i>P7</i>	<i>« Dès que j'ai le message, je peux rappeler entre deux patients, parce que je trouve que c'est prioritaire d'appeler mes confrères urgentistes pour participer à une prise en charge urgente ! »</i>
<i>P8</i>	<i>« Mon secrétariat a comme consigne qu'il faut m'appeler sur mon portable dès qu'un médecin hospitalier appelle ! »</i>

Même si cette volonté peut être entravée par des problèmes techniques, comme le souligne un des participants.

<i>P1</i>	<i>« (...) moi, je ne réponds pas pendant les consultations, ça m'énerve, alors je les rappelle après ! Quand c'est les patients, j'ai leur numéro de téléphone, mais quand c'est l'hôpital, j'ai le numéro du standard donc je ne sais pas qui a essayé de me joindre donc c'est l'inconvénient... »</i>
-----------	---

Les participants souhaiteraient développer la communication autour de l'hospitalisation de leurs patients qu'ils évaluent actuellement insuffisante. Ils apprécieraient être avertis de leur entrée, mais surtout de leur sortie où un échange direct entre médecins optimiserait la prise en charge des patients.

P1	« Après, en réanimation, ils m'envoient un mail via Apicrypt pour me dire que mon patient est hospitalisé en réa... Par exemple, on pourrait faire ça ! »
P2	« Pourquoi pas s'imaginer qu'à partir du moment où il y a un transfert de l'urgence à cette unité, qu'on puisse en parler tranquillement avec le médecin qui va prendre en charge ce patient ! »
P3	« Pas un coup de téléphone, rien... Aucune anticipation... C'est pas correct ! »
P4	« En revanche, quand ils sortent, s'il y a un changement de traitement, s'il y a un changement de « truc » social... Mais ça, ça ne sera jamais fait ! Mais dans ce cas-là, qu'ils nous appellent, ouais ! (...) Ça, ça serait kiffant ! »
P8	« Pouvoir joindre un médecin de cette unité, c'est précieux ! »
P8	« Par Mailiz, ça peut être bien aussi ! Un p'tit mot comme quoi il est hospitalisé, pourquoi pas ! C'est surtout à la sortie, moi, que... »

D'ailleurs, ils évoquent spontanément des axes d'amélioration en ce sens.

P5	« Ce qui marche bien, j'ai déjà essayé, c'est la messagerie instantanée Doctolib avec des confrères qui l'ont ! Là, j'ai la réponse dans la journée ! Je suis désolé de le dire mais c'est ce qu'il y a de plus efficace. »
P6	« Donc, ouais, une plateforme où on pourrait envoyer des messages, ça pourrait être bien, ouais ! »
P7	« Oui ! Ce qui serait intéressant aussi, ce serait de pouvoir faire une réunion une fois par an entre médecins généralistes et médecins d'UMPPU ! S'il y a des changements de protocoles ou s'ils ont des difficultés avec des adressages inadaptés... Et nous, si on a des difficultés avec des sorties inadaptées ! »

<i>P9</i>	<i>« Alors, après, il pourrait y avoir des canaux de discussions, peut-être en discussions instantanées ! »</i>
-----------	---

## **DISCUSSION**

### **1. Autour de la méthode**

#### **A. Type d'étude**

Plusieurs études portant sur la communication entre l'hôpital et la médecine de ville sont présentes dans la revue de la littérature, mais aucune ne s'est intéressée à la satisfaction des médecins généralistes à propos de la communication de l'UMPPU du centre hospitalier de Roubaix.

L'analyse qualitative par théorisation ancrée semblait la plus appropriée pour étudier les comportements, les opinions et représentations, et le vécu des participants au cours de cette étude.

#### **B. Forces et faiblesses de l'étude**

##### **a. Recrutement des participants**

Cette étude se concentre sur les médecins généralistes du réseau de soin du centre hospitalier de Roubaix. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des médecins généralistes.

Le recrutement des 9 participants s'est fait par démarchage téléphonique. La majorité des participants étaient des connaissances professionnelles de l'auteur, ce qui a pu induire un biais d'échantillonnage.

##### **b. Recueil des données**

Les entretiens semi-dirigés ont tous été effectués individuellement, permettant d'assurer une liberté d'expression aux participants.

L'enregistrement par dictaphone et la retranscription des entretiens en intégralité assurent l'intégrité des informations recueillies.

Malgré une amélioration progressive au cours des entretiens menés, le manque d'expérience de l'auteur en matière de réalisation d'entretien semi-dirigé a pu avoir un impact sur la qualité et la quantité des données.

### **c. Analyse des données**

La validité interne de l'étude est garantie par la triangulation des données par un autre investigateur, le Dr Inès Abou Kharroub.

## **2. Autour des résultats**

### **A. Évolution des pratiques médicales et axes d'amélioration**

L'augmentation de la consommation de soins a provoqué des tensions autour de la gestion des hospitalisations. Les médecins généralistes se retrouvent parfois dans l'incapacité d'orienter certains patients vers une hospitalisation rapide. Il pourrait être utile d'envisager la création de lits réservés aux hospitalisations directes en UMPPU. Ces hospitalisations directes seraient effectuées via un accord entre confrères.

Au cours de cette étude, les médecins généralistes décrivent recevoir les courriers de sortie à la fois par voie électronique et par voie postale, ce qui entraîne une surcharge de travail. La simplification de ces échanges en adoptant un unique canal de communication sécurisé, tel qu'Apicrypt, pourrait contribuer à un gain de temps substantiel et soulager les médecins généralistes des tâches administratives répétitives. Par ailleurs, la croissance de l'utilisation des dossiers médicaux électroniques peut engendrer un épuisement professionnel chez les praticiens, qui se retrouvent à consacrer une large part de leur temps à des tâches numériques (24–28). En réduisant les doublons et en optimisant les flux d'information, l'outil informatique pourrait devenir un atout plutôt qu'une source de surcharge de travail.

Les médecins généralistes, souvent pressés par une forte charge de travail, doivent pouvoir rapidement assimiler les informations fournies dans les courriers de sortie. Les outils de résumé standardisés permettent de structurer les informations cruciales – diagnostics, traitements en cours, bilans réalisés, prescriptions et recommandations. L'utilisation d'éléments de mise en forme, tels que des titres, du texte en gras ou en souligné pour les points importants rend ces éléments plus visibles, attirant ainsi l'attention des médecins généralistes sur les informations prioritaires. En augmentant la lisibilité et la rapidité de compréhension des courriers de sortie, le risque d'erreurs médicales liées à une information incomplète ou mal interprétée est réduit.

Depuis la pandémie Covid-19, les médecins généralistes ont modifié leur pratique en favorisant les consultations sur rendez-vous (29), rendant la réception rapide des courriers de sortie d'autant plus importante pour anticiper les consultations de sortie d'hospitalisation. Une réception instantanée des courriers de sortie permettrait d'adapter la prise en charge et d'éviter les complications liées aux retards de communication.

## **B. Communication et collaboration renforcée**

Il ressort de cette étude que l'UMPPU est une structure encore mal identifiée par certains médecins généralistes. Cette méconnaissance peut altérer la qualité de la communication et, par extension, la prise en charge des patients. L'apport de supports explicatifs, tels que des brochures ou des réunions d'informations, pourrait être une solution pour pallier ce manque de clarté et renforcer la compréhension du rôle de l'UMPPU auprès des médecins libéraux.

Les verbatims exposés dans cette étude montrent une déconnexion ressentie entre les médecins hospitaliers et libéraux. Des réunions sont organisées par l'hôpital de Roubaix – « Les Matinales » – visant à former les médecins, hospitaliers et généralistes du réseau de soin, sur diverses thématiques. Il serait profitable d'augmenter la participation à celles-ci, pour améliorer les connaissances des médecins et, surtout, pour favoriser la bonne entente entre confrères. Il pourrait

également être intéressant de mettre en place des réunions annuelles de concertation pour discuter des changements de protocoles ou des difficultés rencontrées par les deux partis et trouver des solutions collectives.

Au cours des entretiens, les médecins généralistes considèrent que les praticiens hospitaliers sont peu accessibles. Il serait utile d'avoir un accès direct à un médecin nommé « d'avis » au sein de l'UMPPU, comme cela existe dans d'autres services. Un tel contact faciliterait l'échange et renforcerait la confiance des médecins généralistes envers l'équipe hospitalière.

Il est également à noter que la principale plainte des praticiens hospitaliers est la mauvaise accessibilité téléphonique des médecins généralistes (30). Lorsque les médecins généralistes constatent qu'un service hospitalier de Roubaix a cherché à les joindre, le numéro de téléphone présenté est celui du standard de l'hôpital et non celui du service en question, ce qui complique l'échange. Il pourrait être bénéfique d'utiliser des lignes téléphoniques séparées pour les collègues et les patients et de prévoir des plages horaires fixes pour les appels téléphoniques (31,32). Une autre solution envisageable serait l'envoi d'un courriel automatique leur faisant part que tel ou tel service a cherché à les joindre.

Les médecins généralistes témoignent de l'importance d'une meilleure communication autour des entrées et sorties de leurs patients. La mise en place d'un système de notifications automatiques à l'entrée et à la sortie, avec un échange téléphonique systématique pour les cas complexes, offrirait une meilleure continuité de soins, en anticipant les besoins spécifiques des patients.

### **C. Perspectives**

Un canal de discussion instantanée pourrait améliorer la coordination et réduire les temps d'attente, notamment pour les situations nécessitant une réactivité accrue. Ce système, déjà apprécié par les médecins généralistes sur d'autres plateformes, pourrait leur permettre d'accorder un créneau spécifique aux communications avec l'UMPPU, favorisant ainsi la prise en charge rapide des patients.

Sarah BEAUGRAND

Les médecins généralistes limitent leur accessibilité, craignant un déséquilibre entre leur travail clinique et administratif, et peut-être en raison d'un manque de rémunération spécifique (31). Une option à explorer pourrait être une rémunération des échanges interprofessionnels, comme proposée par certaines plateformes de téléexpertise telles qu'Omnicodoc. En valorisant la communication entre médecins de ville et médecins hospitaliers, une telle mesure pourrait encourager les échanges et optimiser les prises en charge interprofessionnelles.

## CONCLUSION

En conclusion, avec la croissance rapide du nombre d'hospitalisations, il est devenu essentiel pour les médecins hospitaliers et les médecins de premier recours de partager précisément et rapidement les informations nécessaires à une prise en charge post-hospitalière optimale. Les retards et les omissions dans les communications de sortie sont fréquents et peuvent compromettre la continuité des soins et mettre en péril la sécurité des patients. Ainsi, le relais de la responsabilité des soins aux patients doit se faire en toute confiance et transparence, garantissant que les informations importantes ne soient pas perdues lors du transfert de l'hôpital vers le domicile.

Cette étude, centrée sur la communication entre l'UMPPU du centre hospitalier de Roubaix et les médecins généraliste du réseau de soin, révèle que la perception des médecins généralistes est parfois marquée par une insatisfaction. Ils jugent parfois les prises en charge comme sous optimales et expriment des attentes concernant la précision et la rapidité des courriers de sortie. De plus, l'étude met en lumière un besoin profond d'échanges plus humains et plus réguliers avec les praticiens hospitaliers, dans un climat de bienveillance et de reconnaissance mutuelle.

Cette recherche ouvre également la voie à de nouvelles perspectives. Une piste intéressante serait d'évaluer l'impact de la mise en place d'un canal de communication instantanée sur la prise en charge des patients et sur la relation interprofessionnelle entre médecins de ville et médecins hospitaliers. Il serait également pertinent d'explorer les effets d'une rémunération incitative pour encourager les échanges, afin d'optimiser l'implication des praticiens dans une communication proactive et efficace.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000814956>
2. DREES Enquête Urgences 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023>
3. SFMU [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfm.org/fr/>
4. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 28 févr 2007;297(8):831-41.
5. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med*. sept 2007;2(5):314-23.
6. Spencer RA, Spencer SEF, Rodgers S, Campbell SM, Avery AJ. Processing of discharge summaries in general practice: a retrospective record review. *Br J Gen Pract*. août 2018;68(673):e576-85.
7. Williams H, Edwards A, Hibbert P, Rees P, Prosser Evans H, Panesar S, et al. Harms from discharge to primary care: mixed methods analysis of incident reports. *Br J Gen Pract*. déc 2015;65(641):e829-837.
8. Algenae FA, Steinke D, Keers RN. Prevalence and Nature of Medication Errors and Medication-Related Harm Following Discharge from Hospital to Community Settings: A Systematic Review. *Drug Saf*. juin 2020;43(6):517-37.
9. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Educ Pract*. juill 2016;19:36-40.
10. Scotten M, Manos EL, Malicoat A, Paolo AM. Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient Educ Couns*. juill 2015;98(7):895-900.
11. Lenert LA, Sakaguchi FH, Weir CR. Rethinking the discharge summary: a focus on handoff communication. *Acad Med*. mars 2014;89(3):393-8.
12. Schwarz CM, Hoffmann M, Schwarz P, Kamolz LP, Brunner G, Sendlhofer G. A systematic literature review and narrative synthesis on the risks of medical discharge letters for patients' safety. *BMC Health Serv Res*. 12 mars 2019;19(1):158.
13. Alderton M, Callen J. Are general practitioners satisfied with electronic discharge summaries? *Health Inf Manag*. 2007;36(1):7-12.
14. Groene RO, Orrego C, Suñol R, Barach P, Groene O. « It's like two worlds

- apart »: an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ Qual Saf.* déc 2012;21 Suppl 1(Suppl\_1):i67-75.
15. Perren A, Previsdomini M, Cerutti B, Soldini D, Donghi D, Marone C. Omitted and unjustified medications in the discharge summary. *Qual Saf Health Care.* juin 2009;18(3):205-8.
  16. Uitvlugt EB, Siegert CEH, Janssen MJA, Nijpels G, Karapinar-Çarkit F. Completeness of medication-related information in discharge letters and post-discharge general practitioner overviews. *Int J Clin Pharm.* déc 2015;37(6):1206-12.
  17. Wernick M, Hale P, Anticich N, Busch S, Merriman L, King B, et al. A randomised crossover trial of minimising medical terminology in secondary care correspondence in patients with chronic health conditions: impact on understanding and patient reported outcomes. *Intern Med J.* mai 2016;46(5):596-601.
  18. Flink M, Bergenbrant Glas S, Airosa F, Öhlén G, Barach P, Hansagi H, et al. Patient-centered handovers between hospital and primary health care: an assessment of medical records. *Int J Med Inform.* mai 2015;84(5):355-62.
  19. Pesko MF, Gerber LM, Peng TR, Press MJ. Home Health Care: Nurse-Physician Communication, Patient Severity, and Hospital Readmission. *Health Serv Res.* avr 2018;53(2):1008-24.
  20. Considine J, Berry D, Sprogis SK, Newnham E, Fox K, Darzins P, et al. Understanding the patient experience of early unplanned hospital readmission following acute care discharge: a qualitative descriptive study. *BMJ Open.* 20 mai 2020;10(5):e034728.
  21. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract.* déc 2001;21(4):104-8.
  22. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922482>
  23. Lettre de liaison de sortie : personnaliser et coordonner les soins après l'hospitalisation [Internet]. Disponible sur: 23. <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/lettre-liaison-sortie-soins-apres-hopitalisation>
  24. Wachter RM. The digital doctor: hope, hype, and harm at the dawn of medicine's computer age. New York: McGraw-Hill Education; 2017. 330 p. (Business classics).
  25. Linzer M, Levine R, Meltzer D, Poplau S, Warde C, West CP. 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *J Gen Intern Med.* janv 2014;29(1):18-20.
  26. Tai-Seale M, Olson CW, Li J, Chan AS, Morikawa C, Durbin M, et al. Electronic

- Health Record Logs Indicate That Physicians Split Time Evenly Between Seeing Patients And Desktop Medicine. *Health Aff (Millwood)*. 1 avr 2017;36(4):655-62.
27. Tai-Seale M, Dillon EC, Yang Y, Nordgren R, Steinberg RL, Nauenberg T, et al. Physicians' Well-Being Linked To In-Basket Messages Generated By Algorithms In Electronic Health Records. *Health Aff (Millwood)*. juill 2019;38(7):1073-8.
28. Arndt BG, Beasley JW, Watkinson MD, Temte JL, Tuan WJ, Sinsky CA, et al. Tethered to the EHR: Primary Care Physician Workload Assessment Using EHR Event Log Data and Time-Motion Observations. *Ann Fam Med*. sept 2017;15(5):419-26.
29. Verma P, Kerrison R. Patients' and physicians' experiences with remote consultations in primary care during the COVID-19 pandemic: a multi-method rapid review of the literature. *BJGP Open*. juin 2022;6(2):BJGPO.2021.0192.
30. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res*. 8 août 2009;9:143.
31. Wong RKM, Tan JSM, Drossman DA. Here's my phone number, don't call me: physician accessibility in the cell phone and e-mail era. *Dig Dis Sci*. mars 2010;55(3):662-7.
32. Wadhwa A, Lingard L. A qualitative study examining tensions in interdoctor telephone consultations. *Med Educ*. août 2006;40(8):759-67.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ? Sarah BEAUGRAND
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Médecin généraliste remplaçante
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ? Médecin généraliste remplaçante
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ? Une femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Auto-formation à la recherche qualitative par « théorisation ancrée » à l'aide d'ouvrages
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commence de l'étude ? Oui, pour une majorité des participants
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Ils étaient informés du sujet de recherche pour la réalisation d'une thèse afin d'obtenir un Doctorat en Médecine Générale
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ? Médecin généraliste remplaçante effectuant des entretiens pour sa thèse
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		

9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Étude qualitative par « théorisation ancrée »
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Échantillonnage de volontaires puis, de convenance
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par téléphone
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 9
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? 30, sans explications données
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Sur le lieu de travail des participants
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Médecins généralistes installés dans le réseau de soin du centre hospitalier de Roubaix
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? Oui ; Oui, il a été testé une fois auprès d'un proche de l'enquêteur
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? Non
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? Enregistrement par dictaphone et application « Dictaphone » sur smartphone

20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ? Oui
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ? En moyenne, 21 minutes et 32 secondes
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? Oui
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Non
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ? 2 personnes
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? Non
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? Ils étaient déterminés à l'avance
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? Le logiciel Excel
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? Non
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Oui ; Oui
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui
31.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? Oui

## Annexe 2. Attestation de Déclaration au DPO



### RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 130 029 754 00012
<b>Adresse</b> : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

**Intitulé** : Communication entre l'Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgences du CH de Roubaix et les Médecins Généralistes du réseau de soin, étude qualitative

**Référence Registre DPO** : 2024-084

**Responsable scientifique** : Mme Aurore CHADAL  
**Interlocuteur (s)** : Mme Sarah BEAUGRAND

Fait à Lille,

Le 2 mai 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

### **Annexe 3. Guide d'entretien**

Outils de communication :

- Quels outils de communication utilisez-vous dans votre cabinet médical ?
- Quel outil de communication préférez-vous ? Pourquoi ?

Focus sur l'UMPPU du CH de Roubaix :

- Connaissez-vous le service d'UMPPU du CH de Roubaix ?
- Connaissez-vous son rôle ?
- Qu'est-ce que vous attendez de ce service ?
- Recevez-vous régulièrement des courriers de ce service ? Par quel moyen ?
- D'après vous, dans quel délai recevez-vous le courrier ?
- Pensez-vous le recevoir suffisamment à temps pour adapter la prise en charge des patients ?
- Rencontrez-vous des difficultés à le recevoir ? Quelle en est la raison selon vous ?
- Aimerez-vous être contacté lors de l'entrée d'un patient en hospitalisation ? Si oui, par quel moyen ?
- Aimerez-vous être contacté lorsque la décision de sortie du patient est prise ? Si oui, par quel moyen ?
- Aimerez-vous pouvoir communiquer avec les médecins du service ? Si oui, comment ? Dans quel but ?
- Êtes-vous globalement satisfait de leur méthode de communication actuelle ?
- Êtes-vous sensible à la mise en page de la lettre de sortie ?

Suggestions d'améliorations :

- Avez-vous des suggestions pour améliorer la communication entre l'UMPPU et la médecine de ville ?

Conclusion :

- Y a-t-il d'autres commentaires ou observations que vous souhaitez partager concernant la communication entre ces deux entités médicales ?

#### **Annexe 4. Exemple de retranscription d'un entretien**

- « Est-ce que vous êtes OK pour me donner votre âge ?
- Oui ! Euh... 41 ans !
- D'accord ! Vous êtes installé ici depuis combien de temps ?
- Depuis 2012. 12 ans... Ça va faire 12 ans en juillet.
- OK ! Du coup, ici, dans votre cabinet médical, qu'est-ce que vous utilisez comme outils de communication ?
- Alors... Le téléphone, le mail, Apicrypt et MS Santé par obligation.
- D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres outils ?
- Pas de fax parce que... Je suis né au dernier siècle mais ça fait longtemps qu'on en n'utilise plus ! (Rires) Et, euh... Les courriers aussi ! Une boîte aux lettres ! Les pigeons, j'ai arrêté ! (Rires)
- (Rires) Euh... C'est quoi l'outil de communication que vous préférez ?
- Apicrypt !
- Vous sauriez me dire pourquoi ?
- D'abord parce que ça s'intègre facilement dans le logiciel... Parce que sinon, ça multiplie les créneaux... Donc là, en ce moment, je suis en train de me battre entre les hôpitaux qui ne veulent plus faire d'Apicrypt et qui ne nous préviennent pas et qui font avec MS Santé, et ceux qui envoient des deux côtés. Le double travail, c'n'est pas très agréable... Je trouve qu'on aurait le droit de choisir.
- Vous aimeriez pouvoir choisir entre Apicrypt et MS Santé ?
- Je trouve que la moindre des choses c'est qu'on ne nous impose pas une ligne de communication.
- OK ! Et là, du coup, vous me dites Apicrypt, c'est plutôt pour la réception des courriers, de ce fait ?
- Alors, pour envoyer un patient aux Urgences, je fais un courrier d'adressage avec antécédents, traitements, et motif de consultation. Appeler les Urgences, ça fait longtemps que j'ai arrêté puisque de toute façon, on dérangeait ! Donc je n'appelle plus... Parce que quand je les envoie aux Urgences, je sais pourquoi je les envoie. Je n'ai plus besoin de leur avis, si j'envoie, c'est que c'est urgent. Je l'ai fait quand je me suis installé et j'ai arrêté parce que le retour est assez négatif.

- D'accord... Est-ce que vous, enfin, tu, connais le service d'UMPPU ?
- Alors, à mon époque ça n'existait pas mais j'ai appris... Alors, pas bien, du coup, parce qu'on n'a pas communiqué beaucoup dessus.
- Comment tu as appris que cette structure existait ?
- Par les internes ou par les patients ! J'ai déduit qu'il y avait quelque chose qui s'était créé. Dernièrement, j'ai cru recevoir des courriers de l'UMPPU... Mais c'est très récent !
- Est-ce que tu connais le rôle de l'UMPPU ?
- Alors, je suppose que leur rôle, c'est de désengorger l'UHCD... Avant, on avait le service... Court séjour... On avait une unité, euh... De, euh... Qui pouvait être utilisée 2-3 jours et qui était au rez-de-chaussée... J suppose que maintenant l'UMPPU c'est à l'étage... Donc cette unité-là, je connaissais ! Je suppose que si cette unité-là existe encore, c'est pour désengorger cette unité-là, en attendant qu'il y ait d'autres places de libres dans le reste des services.
- Qu'est-ce que tu attends de l'UMPPU en tant que médecin généraliste ?
- Qu'est-ce que j'attends de l'UMPPU... De jouer son rôle, effectivement, de... Pour les courtes hospitalisations, plutôt que renvoyer au domicile avec un traitement et avec une surveillance... Donc des gens qui doivent être surveillés... En fait, augmenter la sécurité des patients avec une surveillance de 48-72h, après un diagnostic fait mais où les gens sont trop instables pour renvoyer au domicile. Avant, on pouvait renvoyer à domicile parce qu'on n'avait pas de place ! Ça s'entendait mais ce n'était pas rassurant pour les patients. Là, du coup, ça augmente la sécurité pour les patients ! C'est ça que j'attends de l'UMPPU !
- Et, est-ce que tu as d'autres attentes ?
- Euh... Ça me met moins en difficultés parce que je ne récupère pas des patients qui rentrent... Ont passé la nuit... Sortis à 3h du matin et que je dois gérer le lendemain en urgence ! Avoir une sécurité de 2-3 jours, savoir que quand ils sortent de l'hôpital, la situation est stable, c'est quand même plus rassurant ! Sachant que des visites urgentes chez des gens qui ne sont pas stables... C'est très compliqué à mettre en place dans notre organisation ! Parce qu'on n'est pas plus dotés que les urgences...
- OK ! Est-ce que tu reçois régulièrement des courriers du service ?

- Pas assez ! Mais je suppose que... Je reçois des courriers des urgences tout court... Pas tous ! Pas toutes les personnes qui y passent, à mon avis il doit y avoir une sélection avec des courriers plus importants que d'autres ! Ils ne doivent pas pouvoir faire tout ! Même si informatiquement c'est un peu plus facile... Et, je reçois des courriers d'UMPPU du coup... Mais peu, parce que finalement peu de patients... J'ai dû en recevoir 2-3 dans l'année ! En tout cas que j'ai authentifié UMPPU ! Mais j pense qu'il y a un problème de lisibilité, à mon sens ! Je ne les ai peut-être pas tous remarqué !
- Et tu les reçois comment, ces courriers ?
- Alors, par Apicrypt, je crois... Et par courrier. Et peut-être par MS Santé mais ça, j'suis pas sûre ! Roubaix, je n' pense pas !
- OK ! D'après toi, tu reçois le courrier dans quel délai ?
- C'est très variable ! Il y en a, rapidement ! Il y en a... 10-15 jours, c'est arrivé aussi... Et, globalement, c'est 4-5 jours ! L'avantage quand les patients m'appellent, c'est qu'ils sortent avec le courrier.
- D'accord ! Pour toi, c'est un avantage qu'ils sortent avec le courrier ?
- C'est indispensable qu'ils sortent avec le courrier ! Et... Ça serait encore mieux que je le reçoive en même temps !
- Bon, ça fait lien avec la question suivante, est-ce que tu penses le recevoir suffisamment à temps pour adapter la prise en charge des patients ?
- Si je le reçois au moment de la sortie, oui ! Si ce n'est pas le cas, non ! (Rires)  
Le gros problème avec les urgences, c'est qu'ils ne connaissent pas les patients. Moi, je les connais, je connais leurs habitudes de vie et surtout s'ils vont suivre ou pas... Comme il n'y a pas d'appels entre urgentiste et médecin traitant, pour savoir si leur analyse de la situation est... Et le retour à domicile est justifié, avec suffisamment d'aides... Je me retrouve parfois avec des patients, que je revois une semaine plus tard, où rien n'a été mis en place ! Malgré les conseils des urgentistes, n'étant pas au courant... Alors que si j'suis au courant, dès le lendemain j'appelle le patient ou la famille et je vois les urgences ! Ou je passe pour les patients où je sais qu'ils vont être non observants.
- Ouais ! Encore faut-il pouvoir passer quand le planning est déjà chargé !

- Si c'est une urgence, je passe ! Donc, oui, j'me débrouille ! Je vais retarder une rhinite pour aller faire une visite de sortie d'hospitalisation ! Si j'suis pas au courant, je n'peux pas !
- Qu'est-ce qui pourrait, selon toi, expliquer ce retard dans la réception des courriers ?
- Qu'est-ce qui pourrait expliquer les défauts du service ? (Rires) Parce que je ne me rappelle pas, quand j'adresse une personne aux Urgences, ne pas prendre le temps de faire le courrier d'adressage ! Je prends le temps ! Ça me prend du temps, ça me décale toute la journée, mais j'le prend, ce temps, pour le patient ! Donc, je pense que c'est indispensable que ce soit organisé comme tel sur une sortie d'hospitalisation ! Et j'pense que c'est l'objectif de chaque service d'hospitalisation, que les patients sortent avec un courrier. Ayant travaillé à l'hôpital, je sais qu'il y a différents maillons de la chaîne qui parfois bloquent et il y a plein de raisons pour que ce soit le cas ! Mais...
- OK ! Est-ce que tu aimerais être contacté lors de l'entrée d'un patient en UMPPU ?
- Alors, je sais qu'à l'hôpital de Mouscron, en Belgique, on reçoit un courrier pour chaque hospitalisation ! Et ça, c'est intéressant ! Parce qu'on sait que tel patient est hospitalisé, et quand on ne comprend pas le pourquoi du comment, on appelle ! Et si besoin, on peut apporter des informations ! Donc ça, c'est hyper intéressant de savoir que le patient est hospitalisé, même dès l'entrée ! Euh... Parce que... On pourrait appeler, si on sait qu'il y a quelque chose d'important à dire, ou si la visite de l'assistante sociale pourrait déjà être faite à l'hôpital sachant qu'ils ont plus de moyens qu'en ville... Parce qu'une assistance sociale, en ville, c'est utopique, hein ! Mais... Oui, ça serait intéressant qu'on soit au courant dès l'entrée.
- Et si tu devais être contacté, ce serait par quel moyen ?
- Alors, si c'était par Apicrypt, je le verrais encore plus vite ! Via mon téléphone, en me laissant un message... Dès que j'ai le message, je peux rappeler entre deux patients, parce que je trouve que c'est prioritaire d'appeler mes confrères urgentistes pour participer à une prise en charge urgente !
- Est-ce que tu aimerais être contacté lorsqu'il y a la décision de sortie du patient ?

- Si j'ai le courrier qui arrive, je n'ai pas besoin d'être contacté, j'ai confiance en l'expertise des urgentistes ! S'il est en capacité de sortie, bien sûr ! Euh... Je ne vois pas tellement d'intérêts d'avoir mon accord pour la sortie, parce que j'ai confiance, et qu'ils sont compétents, par contre être au courant qu'il sort... !
- Donc, pour toi, le courrier de sortie suffit ?
- Oui ! Par contre, je suis disponible pour les appels s'il y a un doute, hein ! Si ils ont une problématique pour faire sortir, n'étant pas sûrs que l'environnement sera adapté !
- D'accord ! Il y aurait un intérêt pour les patients complexes !
- Oui !
- Euh... OK ! Et là, pareil, si tu devais être contacté, ce serait par quel moyen ?
- Téléphone ! Pour que j'appelle rapidement ! Parce que mail, je regarde en fin de journée et en général, à l'heure où j' termine, les urgentistes ont déjà fini leur journée ! J'suis pas en train de dire qu'ils bossent moins que moi, mais quand j'appelle à 19h, il n'y a personne ! (Rires) Ce qui n'est pas tout à fait vrai parce que j' pense qu'il y a un médecin 24h/24... Mais qui a d'autres choses à gérer en urgence que de m'avoir au téléphone ! (Rires)
- Est-ce que tu aimerais pouvoir communiquer avec les médecins du service d'UMPPU ?
- Oui ! Ce qui serait intéressant aussi, ce serait de pouvoir faire une réunion une fois par an entre médecins généralistes et médecins d'UMPPU ! S'il y a des changements de protocoles ou s'ils ont des difficultés avec des adressages inadaptés... Et nous, si on a des difficultés avec des sorties inadaptées !
- D'accord ! Est-ce que tu vois d'autres intérêts à pouvoir communiquer avec eux ?
- L'intérêt, c'est... A l'hôpital, on a le biomédical. Nous, on a tout le reste ! Donc, euh... Parfois, ils arrivent à cerner l'environnement du patient mais via les dires du patients ! Nous, on les connaît depuis 10-15 ans, on sait entre les dires et la réalité, ce qui va être réalisable ou pas !
- Et si tu pouvais communiquer avec eux, encore une fois, plutôt par quel moyen ?
- Téléphone !

- Est-ce que tu es globalement satisfait de la communication actuelle de l'UMPPU ?
- Oui...
- Est-ce que tu as des suggestions à apporter, des observations... ?
- Il est temps d'améliorer les choses ! Et c'est pour ça que tu fais cette thèse ! Merci, d'ailleurs ! Finalement, ce que je retiendrais de tout ça... C'est le respect mutuel ! J'ai un grand respect envers les urgentistes qui font une spécialité très compliquée, avec des contraintes et des difficultés que tout le monde connaît ! Euh... Je ne suis pas convaincu que les urgentistes ont conscience de notre spécialité, nous, en médecine générale et notamment nos difficultés. Du coup... Comme, nous, on est déjà passé 6 mois dans les services d'urgences, qu'on a compris la complexité, j'invite les urgentistes à venir passer même 3 jours dans nos cabinets... ! Je pense que c'est ça le plus important pour moi ! »

**AUTEUR : Nom : BEAUGRAND**

**Prénom : Sarah**

**Date de soutenance : 12/12/2024**

**Titre de la thèse :** Communication entre l'Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgences du centre hospitalier de Roubaix et les médecins généralistes du réseau de soin, étude qualitative

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement :** Médecine

**DES + FST/option :** Médecine Générale

**Mots-clés :** communication, continuity of care, general practitioner, letters, hospitalisation

**Résumé :**

**Introduction :** L'augmentation de la consommation de soins combinée à la diminution des lits d'hospitalisation a favorisé la création d'unités médicales comme les services de médecine polyvalente post-urgences. La qualité de la communication sur la sortie d'hospitalisation est cruciale pour la prise en charge des patients lors de leur retour à domicile. Cette étude vise à évaluer la communication entre l'Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgences (UMPPU) du centre hospitalier de Roubaix et les médecins généralistes du réseau de soin.

**Méthode :** Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes exerçant à proximité du centre hospitalier de Roubaix. Onze entretiens semi-dirigés ont été réalisés de janvier à juillet 2024 jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été analysés selon la méthode dite par « théorisation ancrée » avec triangulation des données pour renforcer la validité de l'étude.

**Résultats :** Les médecins généralistes interrogés constatent une dégradation du système de santé et se retrouvent parfois en difficulté face à des soins non adaptés à la médecine de ville. Ils expriment le souhait d'une prise en charge optimisée et d'un retour sécurisé des patients à domicile. La réception des lettres de sortie par divers canaux entraîne une surcharge administrative qu'ils déplorent, tout comme les retards dans la transmission des informations, impactant la continuité des soins. Enfin, les médecins généralistes expriment un désir de renforcer la communication avec les praticiens hospitaliers et d'entretenir de bonnes relations entre confrères.

**Conclusion :** La sécurité des patients repose sur la rapidité, l'exactitude et la pertinence des lettres de sortie. Cette étude met en lumière les préoccupations des médecins généralistes quant à la communication de l'UMPPU du centre hospitalier de Roubaix et propose des pistes d'amélioration à explorer dans des études futures.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Éric WIEL**

**Assesseurs : Docteur Sabine BAYEN**

**Directeur de thèse : Docteur Aurore CHADAL**