

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2009

N° : 35

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat  
Mention Médecine Générale

**PAR**

NGUYEN Marie-Claire

Née le 2 septembre 1977 à Strasbourg

**Les généralistes et l'hôpital :**

**Une enquête préparatoire aux auditions de la mission Larcher**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Michel DOFFOEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Claude BRONNER

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

*A notre Président de thèse*

*Monsieur le Professeur Michel DOFFOEL*

*Nous vous remercions d'avoir si gentiment accepté de faire partie de ce jury, puis d'en avoir accepté la présidence, sans la moindre hésitation. Vous avez consacré de votre temps à la lecture et à l'évaluation de notre travail.*

*Nous sommes honorée par les appréciations que vous avez émises.*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.*

*A notre Directeur de thèse*

*Monsieur le Docteur Claude BRONNER*

*Lors de notre stage dans votre cabinet, vous nous avez donné une vision différente de la médecine générale, grâce à vos convictions et votre refus d'accepter docilement les contraintes imposées à notre métier et aux patients.*

*Vous nous avez proposé cette thèse, alors que l'inspiration nous faisait cruellement défaut. Vous nous avez fait des suggestions pertinentes qui ont fait avancer et aboutir notre réflexion.*

*Vos encouragements et votre confiance nous ont aidée à conserver notre motivation durant tous ces mois de travail.*

*Pour tout cela, nous vous remercions infiniment.*

*Aux membres du jury*

***Monsieur le Professeur Georges KALTENBACH***

*Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Vous êtes soucieux de l'encadrement et du soutien des jeunes générations de médecins.*

*Veillez trouver l'expression de nos sincères remerciements.*

***Monsieur le Professeur Emmanuel ANDRES***

*Vous accordez votre attention et vous rendez disponible pour les étudiants qui sollicitent votre présence, lors de cette difficile épreuve qu'est la thèse.*

*Nous vous sommes reconnaissante de faire partie de ce jury et d'accepter de juger ce travail.*

***Monsieur le Professeur Daniel JAECK***

*Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie*

*Membre Correspondant de l'Académie Nationale de Médecine*

*Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

*Officier dans l'Ordre National du Mérite*

*Chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur*

*Vous nous faites l'honneur de faire partie de ce jury de thèse et de juger notre  
travail.*

*Veillez trouver l'expression de nos sincères remerciements.*

*A ceux qui ont contribué à cette thèse*

*Aux médecins qui ont répondu au questionnaire*

*Merci d'avoir participé à cette enquête, j'espère avoir su rapporter au mieux vos avis.*

*A Monsieur J.P. Obergfell*

*MERCI d'avoir lu mon travail et d'en avoir fait les corrections. Une tablette de chocolat  
vous attend !*

*Aux employés d'Espace Médecine Générale*

*Meher, merci d'avoir recueilli et traité les réponses.*

*Andréa, merci pour les explications simplifiées sur la CNIL*

***A mes chers parents, mes sœurs, mon neveu et mes amis***

*Rien n'est plus important que d'être entouré par des Etres chers dans les moments difficiles, mais aussi dans les bons. Votre présence est très importante pour moi, même si je ne vous le dis pas toujours.*

*Je vous dédie cette thèse que vous avez tant attendue.*

***A mon Julien, que j'aime de tout mon cœur***

*Tu m'as soutenue plus que je ne l'espérais durant tous ces mois de travail.*

*Ta présence à mes côtés a été un réconfort quotidien.*

*J'espère pouvoir te rendre dans les années à venir tout l'amour que tu me donnes chaque jour.*

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	22
I. METHODES.....	25
1. Protocole d'étude .....	25
a. Choix du sujet.....	25
b. Elaboration du questionnaire.....	26
c. Modalités d'envoi .....	27
d. Le questionnaire .....	29
2. Population étudiée.....	31
3. Méthode d'analyse .....	31
II. RESULTATS.....	32
1. Population étudiée.....	33
2. Organiser les soins de proximité pour une meilleure pertinence des recours à l'hôpital	33
a. Les gardes et structures de permanence des soins.....	33
b. Les visites des patients hospitalisés.....	38
c. La communication avec l'hôpital .....	40
d. Les commentaires.....	40
3. Améliorer le pilotage de l'hôpital .....	47
4. Structurer le service hospitalier de territoire .....	53
a. Les questions à choix multiples.....	53
b. Les commentaires.....	54
5. Renforcer l'attractivité des professionnels .....	59
6. Dynamiser la recherche et l'enseignement.....	66
III. DISCUSSION.....	71

1. Validité des résultats .....	71
2. Synthèse et analyse des résultats.....	73
a. Le généraliste et l'hôpital dans la continuité des soins.....	73
1) Le manque de lien ville-hôpital.....	73
2) Le généraliste comme collaborateur du milieu hospitalier .....	75
b. L'attractivité de la médecine générale.....	77
c. La permanence des soins.....	80
1) Les urgences .....	80
2) Le généraliste acteur de la permanence des soins .....	81
3) Organiser la permanence des soins.....	83
d. L'hôpital vu par les médecins généralistes .....	84
1) La qualité des soins.....	84
2) Les difficultés d'hospitalisation et le recours forcé aux urgences.....	85
3) Les consultations externes.....	88
4) Les différences entre le privé et le public .....	88
5) L'attractivité de l'hôpital.....	90
6) La direction de l'hôpital.....	91
7) Les missions d'enseignement et de recherche.....	92
3. Les études antérieures .....	93
a. La collaboration entre la médecine de ville et l'hôpital.....	93
b. Les comptes rendus d'hospitalisation.....	98
c. Les urgences et les maisons médicales de garde .....	99
4. Les mesures proposées par la Commission Larcher .....	101
a. Améliorer le lien ville-hôpital .....	101
b. Les urgences et la permanence des soins.....	102
c. Les lits d'aval.....	103
d. L'attractivité de l'hôpital .....	104
e. Le pilotage de l'hôpital .....	104
f. La recherche et l'enseignement.....	105
IV. LES REPONSES DES SPECIALISTES .....	107
1. Description des médecins spécialistes.....	107

2. Les réponses aux questions à choix multiples .....	108
3. Les commentaires.....	110
CONCLUSION .....	112
BIBLIOGRAPHIE.....	117
ABREVIATIONS UTILISEES.....	121
ANNEXES .....	122
Les Commentaires des Médecins Généralistes.....	122
Les Commentaires des Médecins Spécialistes .....	167
Lettre de Monsieur Gérard LARCHER .....	171
Membres de la Mission Larcher .....	172
Liste des Institutions auditionnées .....	174

## **INTRODUCTION**

Le 22 mai 2007, le Président de la République, M. Nicolas Sarkozy s'était rendu au centre hospitalier de Dunkerque, pour visiter les services des urgences, de néphrologie et d'hémodialyse. Il avait alors annoncé le lancement d'une concertation sur les missions de l'hôpital, ce terme désignant l'ensemble des établissements de santé. Le 12 octobre 2007, il chargea M. Gérard Larcher, ancien Ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, Maire de Rambouillet et Sénateur des Yvelines (et actuel président du Sénat), de présider la commission de concertation [1].

En redéfinissant les missions de l'hôpital, le Président espérait améliorer la qualité des soins tout en optimisant les moyens. Il évoqua dans sa lettre à M. Larcher le problème des urgences « saturées de demandes qui ne relèvent pas de leurs missions », de la permanence des soins à réorganiser avec les professionnels libéraux, de l'adaptation de l'« accès aux soins et du niveau de recours » aux besoins de la population, du développement de l'hospitalisation à domicile et du lien entre l'hôpital et la ville, nécessaires après la sortie de l'hôpital et de la dépendance des personnes âgées, tout ceci devant être accompagné par une restructuration de l'hôpital public et par une plus grande autonomie de gestion des directeurs d'établissement. L'attractivité de l'hôpital, le partenariat public-privé, l'enseignement et la recherche faisaient également partie des sujets à explorer lors de cette concertation.

Ces différents points furent rappelés et développés lors de l’allocution du Président de la République au CHU de Bordeaux, le 16 octobre 2007, pour l’installation de la commission Larcher [2]. Le Président souligna que la synthèse de cette concertation devait donner lieu à des « mesures concrètes de modernisation de l’hôpital », mesures qui seraient prises par Mme Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé, car tel qu’il était, l’hôpital public finirait par disparaître : déficit de la moitié des établissements publics, manque de valorisation du personnel soignant, absence de démarches de qualité des soins, problème de la permanence des soins...

Dans un premier temps, M. Larcher devait établir un état des lieux qui constituerait la base de la concertation, en étudiant les enjeux et problématiques et en auditionnant diverses institutions.

Cinq thèmes de travail furent identifiés pour cet état des lieux qui devait débiter en novembre 2007 :

- Organiser les soins de proximité pour une meilleure pertinence des recours à l’hôpital
- Améliorer le pilotage de l’hôpital
- Structurer le service hospitalier de territoire
- Renforcer l’attractivité pour les professionnels
- Dynamiser la recherche et l’enseignement.

C’est à partir de ces cinq thèmes que nous avons réalisé une enquête auprès de médecins généralistes, les données devant également servir à Espace Généraliste, un des syndicats de médecins auditionné pour l’établissement de l’état des lieux.

L'intérêt de ce travail était de recueillir avant les auditions et la publication des résultats de la commission, l'avis de médecins libéraux concernant les thèmes de la mission Larcher, de mettre en évidence et de rapporter au mieux les inquiétudes générales, les ressentiments et les difficultés rencontrées lors de leurs rapports avec le milieu hospitalier, dans leur activité quotidienne, ainsi que les éventuelles propositions d'amélioration face aux problèmes rencontrés.

# I. METHODES

## 1. Protocole d'étude

### a. Choix du sujet

Le sujet de thèse a été choisi en novembre 2007, après entretien avec le Dr. Claude Bronner, après l'installation officielle de la mission Larcher et avant le rendu des conclusions de l'état des lieux. Le but était de fournir au syndicat Espace Généraliste des données utiles et représentatives, lors de son audition par la commission de concertation. En effet, les praticiens de ville sont des acteurs de première ligne dans la continuité des soins, ils prennent en charge les malades avant et après l'hospitalisation, ils sont de ce fait concernés par le questionnement initié autour de l'hôpital. Par ailleurs, à la lecture des thèmes de travail proposés par M. Larcher, les intitulés nous paraissaient un peu vagues et il nous semblait intéressant de voir le sens qu'ils pouvaient prendre aux yeux des médecins non impliqués dans la concertation.

Le but de la mission Larcher est d'améliorer l'hôpital, en identifiant les problèmes et en faisant des propositions de changements ou d'objectifs à atteindre. Les médecins généralistes ont également leur mot à dire et ne sont pas dépourvus d'idées sur la question. Cette thèse va permettre de synthétiser leurs avis et constats.

### b. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été conçu avec l'aide du Dr. Bronner, à partir des cinq thèmes de travail identifiés par M. Larcher :

- Organiser les soins de proximité
- Améliorer le pilotage de l'hôpital
- Structurer le service hospitalier de territoire
- Renforcer l'attractivité pour les professionnels
- Dynamiser la recherche et l'enseignement.

Ces thèmes ont constitué les titres des cinq parties du questionnaire. La première et troisième partie du questionnaire comportent des questions à choix multiples, déterminées en fonction des objectifs d'Espace Généraliste et inspirées par notre propre questionnement face aux intitulés de la mission Larcher. Ces questions permettent de faire un petit état des lieux pour ce qui est de la permanence des soins, des échanges avec l'hôpital, des structures hospitalières disponibles et accessibles. Ces deux parties se terminent par des commentaires libres permettant de préciser les réponses données aux questions à choix multiples ou d'exprimer d'autres idées.

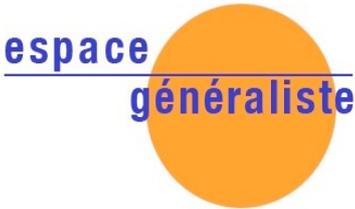
Les deuxième, quatrième et cinquième parties ne comportent que des commentaires libres, les médecins pouvaient ainsi donner leurs avis.

Le questionnaire était précédé par une fiche d'identité : code postal, âge, cabinet d'association, installé, remplaçant, hospitalier à temps plein ou à temps partiel.

c. Modalités d'envoi

Le questionnaire a été envoyé par mail le 23 novembre 2007, à tous les médecins figurant dans la base de données d'Espace Médecine Générale et ne refusant pas de recevoir de courrier électronique de la part du syndicat. Cette base de données, qui a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) est issue des formulaires d'inscription aux actions de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles (téléchargeables sur le site internet [www.fmcaction.org](http://www.fmcaction.org) ou envoyés par courrier postal aux inscrits), des fiches de renseignements des formateurs, des formulaires d'inscription en ligne aux formations, des sites Web des Pages Jaunes, du Conseil National de l'Ordre des Médecins et de la Sécurité Sociale et de l'Annuaire des employés.

Le mail se présentait ainsi :

		<b>ENQUETE ESPACE GENERALISTE</b>	
<b>Vendredi 23 novembre 2007</b>		<b>MISSION LARCHER</b>	
<b>QUELLES RELATIONS VILLE-HOPITAL ?</b>			
<b>QUEL AVENIR POUR L'HOPITAL ?</b>			
<p>Le syndicat <b>Espace Généraliste</b> va être auditionné, comme tous les autres organismes du monde de la santé, par la Mission Larcher qui doit définir de nouvelles perspectives pour l'Hôpital (voir <a href="#">lettre de mission</a> et <a href="#">composition</a>). Les <a href="#">questions posées</a> (auxquelles nous ne sommes bien sûr pas limités), sont les 5 thèmes de travail suivants que vous</p>			

retrouvez dans notre [enquête](#) :

- organiser les soins de proximité pour une meilleure pertinence des recours à l'hôpital
- améliorer le pilotage de l'hôpital
- structurer le service hospitalier de territoire
- renforcer l'attractivité pour les professionnels
- dynamiser la recherche et l'enseignement

Selon les habitudes d'**Espace Généraliste**, nous avons décidé de répondre au nom du syndicat, mais en tenant compte de vos avis et en les transmettant.

C'est pourquoi nous vous proposons un premier [questionnaire](#) destiné surtout à **vous donner la parole** dans les colonnes « commentaires ».

Vos réponses seront transmises telles quelles et mises en forme pour publication avec sans doute encore une ou deux consultations du même ordre. Ce travail, outre son intérêt direct pour les membres de la Mission Larcher, servira de support à une thèse de médecine.

## A vos claviers en cliquant sur [QUESTIONNAIRE](#)

L'enquête est anonyme, mais vous pouvez aussi nous adresser vos [contributions](#) directement si vous voulez participer plus activement à la réflexion.

Merci

Dr [Claude Bronner](#), président d'Espace Généraliste (06 07 88 18 74)

Cette enquête est réalisée et exploitée par le **Syndicat** de Médecins Généralistes **ESPACE GENERALISTE**  
Site du syndicat [www.espacegeneraliste.org](http://www.espacegeneraliste.org)

Adresse : 27 rue de la plage - 56750 Damgan - tél 02 97 41 11 45 - mail [courrier@espacegeneraliste.org](mailto:courrier@espacegeneraliste.org)

Le fichier mail qui permet l'envoi de cette enquête est déclaré à la CNIL et votre adresse sera modifiée ou inactivée sur un simple [mail](#).

d. Le questionnaire



# Enquête

## ENQUETE : Mission Larcher

Le syndicat **Espace Généraliste** va être auditionné par la **Mission Larcher** ([lettre de mission](#) et [composition](#)) comme tous les autres organismes du monde de la santé. Les [questions posées](#) (auxquelles nous ne sommes bien sûr pas limités), sont les 5 points ci-dessous.

Selon nos habitudes, nous avons décidé de répondre au nom du syndicat, mais en tenant compte de vos avis et en les transmettant.

C'est pourquoi nous vous proposons un premier questionnaire destiné surtout à vous donner la parole dans les colonnes « commentaires ».

Ils seront transmis et retravaillés pour publication, avec sans doute encore une ou deux enquêtes plus détaillées.

Une thésarde accompagnera votre production, la décortiquera et la mettra en forme.

A vos claviers et merci

Dr Claude Bronner, président Espace Généraliste

**IDENTITE**

Age :

Profession :  Médecine générale  Autre spécialité : précisez

Code postal :

Situation :  Installé(e) libéral(e)  Remplaçant  Hospitalier temps plein  Hospitalier temps partiel

Installé en association :  Oui  Non

**1° ORGANISER LES SOINS DE PROXIMITE POUR UNE MEILLEURE PERTINENCE DES RECOURS A L'HOPITAL**

Faites vous des gardes ?  Oui  Non

Fréquence :  Une fois par semaine et plus  Une à deux fois par mois  Une à deux fois par 6 mois  Une à deux fois par an  Autre

**Votre secteur bénéficie t'il d'une permanence organisée autre que tour de garde ?**

Régulation obligatoire par le 15  
 Association type SOS  
 Maison Médicale de Garde  
 Accueil hôpital organisé en collaboration avec les libéraux

**Par rapport à vos liens avec l'hôpital pendant l'hospitalisation d'un patient, avec quelles phrases vous sentez vous le plus en accord ?**

Je ne rends jamais ou rarement visite à mes patients hospitalisés  
 Je rends presque toujours visite à mes patients hospitalisés  
 J'aimerais pouvoir visiter plus souvent mes patients hospitalisés  
 C'est plutôt l'hôpital qui m'appelle pour me donner/demander des informations  
 C'est plutôt moi qui appelle l'hôpital pour me donner/demander des informations

- Quand je vais à l'hôpital c'est essentiellement pour faire plaisir au patient
- Quand je vais à l'hôpital c'est essentiellement pour rencontrer l'équipe soignante
- La rémunération de la visite d'un patient hospitalisé ne changerait rien à ma pratique
- La rémunération de la visite d'un patient hospitalisé changerait ma pratique

**Commentaires libres :**

## 2° AMELIORER LE PILOTAGE DE L'HOPITAL

**Faites vos propositions en commentaires libres :**

## 3° STRUCTURER LE SERVICE HOSPITALIER DE TERRITOIRE

**Sur votre secteur (ce que vous estimez votre secteur de travail habituel), vous avez :**

- Un CHU
- Un CHR
- Un hôpital local
- Cliniques privées (mettre un nombre)

**Votre tendance naturelle est elle :**

- D'envoyer les patients plutôt en secteur public
- D'envoyer les patients plutôt en secteur privé
- C'est vraiment en fonction du patient

**Diriez vous que l'hospitalisation d'un patient est pour vous :**

- Très facile
- Facile
- Difficile
- Très difficile

**Commentaires libres :**

## 4° RENFORCER L'ATTRACTIVITE POUR LES PROFESSIONNELS

**Commentaires libres :**

## 5° DYNAMISER LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT

**Commentaires libres :**

## **2. Population étudiée**

Les médecins ayant reçu le questionnaire font partie de la base de données d'Espace Médecine Générale, ils n'ont pas été choisis sur des critères particuliers, si ce n'est l'absence de refus de recevoir des mails syndicaux. Les mails ont donc été envoyés à 12297 médecins, sur la France entière.

## **3. Méthode d'analyse**

Les réponses au questionnaire ont été recueillies du 23 au 27 novembre 2007. Nous n'avons conservé que les réponses des médecins généralistes pour l'analyse des résultats.

M. Meher Trabelsi, qui travaille pour l'Espace Médecine Générale à Strasbourg, a traité les réponses en premier lieu. Il a comptabilisé, regroupé les réponses et fait les pourcentages pour l'identité des médecins et pour les questions à choix multiples. J'ai dans un second temps intégré l'ensemble des réponses dans un fichier Excel. Chaque partie a ensuite été traitée individuellement. Les commentaires ont été triés, classés par idée générale, ceux qui comportaient plusieurs idées importantes ont été intégrés aux groupes correspondants.

## II. RESULTATS

Sur les 12297 mails envoyés aux médecins, 1705 ne sont pas parvenus à leur destinataire (boîte mail saturée, adresse incorrecte ou n'existant plus, problème technique de la messagerie). Nous avons reçu 534 réponses au questionnaire soit un taux de réponse de 5%. 42 réponses étaient inexploitables, 468 provenaient de médecins généralistes et 24 de médecins spécialistes. Les réponses des spécialistes feront l'objet d'une analyse individuelle.

12297 destinataires	10592 parvenus au destinataire	534 réponses	42 réponses inexploitables
			468 réponses de médecins généralistes
	1705 non parvenus au destinataire	10058 n'ayant pas répondu	24 réponses de médecins spécialistes

Le nombre de réponses avec commentaires est détaillé dans le tableau suivant pour chaque intitulé:

Intitulé de la question	nombre de réponses avec commentaires
Organiser les soins de proximité pour une meilleure pertinence des recours à l'hôpital	206 (44%)
Améliorer le pilotage de l'hôpital	220 (47%)
Structurer le service hospitalier de territoire	231 (49%)
Renforcer l'attractivité pour l'hôpital	197 (42%)
Dynamiser la recherche et l'enseignement	168 (36%)

## 1. Population étudiée

L'âge moyen des généralistes ayant répondu au questionnaire est de 49,7 ans. 443 sur les 468, soit 95% sont des libéraux installés, 16 soit 3% sont remplaçants, 9 soit 2% sont hospitaliers à temps partiel. 256 sur les 468, soit 55% sont en cabinet d'association.

## 2. Organiser les soins de proximité pour une meilleure pertinence des recours à l'hôpital

### a. Les gardes et structures de permanence des soins

*Faites vous des gardes ? Oui/Non*

*Fréquence :*

- *Une fois par semaine ou plus*
- *Une à deux fois par mois*
- *Une à deux fois par six mois*
- *Une à deux fois par an*
- *Autre*

	Oui	Non	Total
Faites vous des gardes ?	319	149	468

	1 fois par semaine ou plus	1 à 2 fois par mois	1 à 2 fois par 6 mois	1 à 2 fois par an	Autre	Total
Fréquence des gardes	82	148	60	22	7	319

***Votre secteur bénéficie-t-il d'une permanence organisée autre que le tour de garde ?***

- *Régulation obligatoire par le 15*
- *Association type SOS médecin*
- *Maison médicale de garde*
- *Accueil hôpital organisé en collaboration avec les libéraux*

	Régulation obligatoire par le centre 15	Association type SOS	Maison médicale de garde	Accueil hôpital en collaboration avec les libéraux
Votre secteur bénéficie-t-il d'une permanence organisée autre que tour de garde ?	329	141	133	35

**Effectifs bruts des différentes structures de PDS (\*)**

	Absence de structure supplémentaire de PDS	Présence d'1 association type SOS Médecins	Présence d'1 maison médicale de garde	Présence d'1 accueil hôpital en collaboration avec les libéraux	Présence de 2 ou 3 structures pour assurer la PDS	Total
Permanence organisée autre que le tour de garde et la régulation par le 15	229	86	81	13	59	468

**Effectifs remaniés des différentes structures de PDS (\*)**

Fréquence des gardes	Absence de structure supplémentaire de PDS	Association type SOS Médecins	Maison médicale de garde	Accueil hôpital en collaboration avec les libéraux	2 ou 3 structures pour assurer la PDS	TOTAL
1 fois par semaine ou plus	65	4	5	2	6	82
1 à 2 fois par mois	105	5	23	2	13	148
1 à 2 fois par 6 mois	22	4	28	1	5	60
1 à 2 fois par an	5	3	5	1	8	22
autre	6	1	0	0	0	7
pas de garde	26	69	20	7	27	149
TOTAL	229	86	81	13	59	468

(\*) PDS : permanence des soins

Pour permettre la continuité des soins la nuit et les week-ends, les médecins de ville participent au tour de garde de leur secteur ; à côté de cela, il existe une permanence organisée tels les associations type SOS médecin, les maisons médicales de garde ou les accueils hospitaliers en collaboration avec les libéraux.

68 % (319 sur 468) des médecins ayant répondu au questionnaire font des gardes, 32 % (149 sur 468) n'en font pas.

La permanence des soins obligatoire, assurée par le 15 n'est signalée que dans 70 % des réponses (329 sur 468), la présence d'une structure style SOS médecins dans 30 % des réponses (141 sur les 468), celle d'une maison médicale de garde dans 28 % (133 sur 468) et celle d'un accueil hôpital en collaboration avec les libéraux dans 7 % (35 sur 468).

Si on exclut la régulation par le centre 15, 49 % (229 sur 468) n'indiquent aucune autre structure de permanence des soins. 18 % (86 sur 468) bénéficient uniquement d'une structure type SOS médecins, 17 % (81 sur 468) d'une maison médicale de garde, 3 % (13 sur 468) d'un accueil hôpital organisé en collaboration avec les libéraux. 13 % (59 sur 468) bénéficient de 2 ou 3 de ces structures.

**1) Les médecins qui font des gardes (319 sur les 468 ayant répondu au questionnaire)**

➤ 25 % (82 sur 319) de ceux qui font des gardes en font une fois par semaine et plus

Dans **79 %** des cas (soit 65 sur 82), il n'y a pas d'autre structure permettant la continuité des soins (SOS médecins, maison médicale, accueil hôpital organisé en collaboration avec les libéraux). Dans **5 %** des cas (4 sur 82), il y a une structure style SOS médecins, dans **6%** des cas (5 sur 82), il y a une maison médicale, dans **2 %** des cas (2 sur 82), il y a un accueil hôpital organisé en collaboration avec les libéraux et dans **7 %** des cas (6 sur 82), il y a au moins 2 structures.

➤ 46 % (148 sur 319) de ceux qui font des gardes en font une à deux fois par mois

Dans **71 %** des cas (soit 105 sur 148), il n'y a pas de structure supplémentaire de permanence des soins (SOS, maison médicale...). Dans **3 %** des cas (5 sur 148), il y a une structure type SOS médecins, dans **15 %** des cas (23 sur 148), il y a une maison médicale, dans **1 %** des cas (2 sur 148), il y a un accueil hôpital organisé en collaboration avec les libéraux et dans **9 %** des cas (13 sur 148), il y a au moins 2 structures.

➤ 19 % (60 sur 319) de ceux qui font des gardes en font une à deux fois par 6 mois

Dans **37 %** des cas (soit 22 sur 60), il n'y a aucune structure permettant la permanence des soins si ce n'est le tour de garde ou la régulation par le Centre 15. Dans **7 %** des cas (4 sur 60), il y a une structure type SOS médecins, dans **47 %** des cas (28 sur 60), il y a une

maison médicale de garde, dans 2 % des cas (1 sur 60), il y a un accueil hôpital organisé en collaboration avec les libéraux et dans 8 % des cas (5 sur 60), il y a au moins 2 structures.

➤ 7 % (22 sur 319) de ceux qui font des gardes en font une à deux fois par an

Dans 23 % des cas (soit 5 sur 22), il n'y a aucune autre structure qui assure la continuité des soins. Dans 14 % des cas (3 sur 22), il y a une structure style SOS médecins, dans 23% des cas (5 sur 22), il y a une maison médicale, dans 4 % des cas (1 sur 22), il y a un accueil hôpital organisé en collaboration avec les libéraux et dans 36 % des cas (8 sur 22), il y a au moins 2 structures.

➤ 3 % (7 sur 319) de ceux qui font des gardes le font sans précision de fréquence

Dans 86 % des cas (soit 6 sur 7), il n'y a pas de structure de permanence des soins (SOS, maison médicale, accueil hôpital organisé en collaboration avec les libéraux. Dans 14 % des cas (1 sur 7), il y a une structure style SOS médecins.

**2) Les médecins qui ne font pas de garde (149 sur les 468 ayant répondu au questionnaire)**

Dans 17 % des cas (soit 26 sur 149), il n'y a pas de structure supplémentaire de permanence des soins (SOS, maison médicale, accueil hôpital organisé en collaboration avec les libéraux). Dans 46 % des cas (69 sur 149), il y a une structure style SOS médecins, dans 13% des cas (20 sur 149), il y a une maison médicale, dans 5 % des cas (7 sur 149), il y a un accueil hôpital organisé en collaboration avec les libéraux et dans 18% des cas (27 sur 149), il y a au moins 2 structures.

b. Les visites des patients hospitalisés

***Par rapport à vos liens avec l'hôpital pendant l'hospitalisation d'un patient, avec quelles phrases vous sentez vous le plus en accord ?***

- *Je ne rends jamais ou rarement visite à mes patients hospitalisés*
- *Je rends presque toujours visite à mes patients hospitalisés*
- *J'aimerais pouvoir visiter plus souvent mes patients hospitalisés*
- *Quand je vais à l'hôpital, c'est essentiellement pour faire plaisir au patient*
- *Quand je vais à l'hôpital, c'est essentiellement pour rencontrer l'équipe soignante*
- *La rémunération de la visite d'un patient hospitalisé ne changerait rien à ma pratique*
- *La rémunération de la visite d'un patient hospitalisé changerait ma pratique*

Je ne rends jamais ou rarement visite à mes patients hospitalisés	57% (265/468)
Je rends presque toujours visite à mes patients hospitalisés	12% (55/468)
J'aimerais pouvoir visiter plus souvent mes patients hospitalisés	44% (204/468)
Quand je vais à l'hôpital, c'est essentiellement pour faire plaisir au patient	41% (190/468)
Quand je vais à l'hôpital, c'est essentiellement pour rencontrer l'équipe soignante	13% (60/468)
La rémunération de la visite d'un patient hospitalisé ne changerait rien à ma pratique	50% (235/468)
La rémunération de la visite d'un patient hospitalisé changerait ma pratique	27% (126/468)

	ne rends jamais ou rarement visite aux patients hospitalisés	
la rémunération de la visite ne changerait pas la pratique	145	
la rémunération de la visite changerait la pratique	64	dont 39 qui souhaiteraient visiter plus souvent leurs patients
ne se prononce pas	56	
total	<b>265</b>	

57 % des médecins (soit 265 sur 468) ne rendent jamais visite à leurs patients ou rarement, lorsqu'ils sont hospitalisés. 12 % (55 sur 468) rendent presque toujours visite à leurs patients hospitalisés. 44 % (204 sur 468) aimeraient pouvoir visiter plus souvent leurs patients hospitalisés. 41 % (190 sur 468) vont à l'hôpital essentiellement pour faire plaisir au patient, 13 % (60 sur 468) pour rencontrer l'équipe soignante. 50 % (235 sur 468) ne changeraient pas leur pratique si la visite à l'hôpital était rémunérée, 27 % (126 sur 468) changeraient leur pratique.

Parmi ceux qui ne rendent jamais ou rarement visite à leurs patients, 145 sur 265, soit 55% ne changeraient pas leur pratique si la visite à l'hôpital était rémunérée ; 64 sur les 265, soit 24 % changeraient leur pratique si la visite était rémunérée et parmi ces derniers, 61 % (39 sur 64) souhaiteraient visiter plus souvent leurs patients.

c. La communication avec l'hôpital

***Par rapport à vos liens avec l'hôpital pendant l'hospitalisation d'un patient, avec quelles phrases vous sentez-vous le plus en accord ?***

- *C'est plutôt l'hôpital qui m'appelle pour donner / demander des informations*
- *C'est plutôt moi qui appelle l'hôpital pour donner / demander des informations*

c'est plutôt l'hôpital qui m'appelle pour donner ou demander des informations	9 % (42/468)
c'est plutôt moi qui appelle l'hôpital pour donner ou demander des informations	75 % (350/468)

75 % (soit 350 sur 468) sollicitent l'hôpital pour avoir des informations ou communiquer des informations à propos de leurs patients.

9 % des médecins répondent que c'est plutôt l'hôpital qui les appelle pour donner ou demander ces informations.

d. Les commentaires

Dans cette première partie du questionnaire, 206 commentaires ont été faits soit 44 % des réponses (206 sur 468). On remarque que certaines idées prédominent.

468 réponses	206 réponses avec commentaires (44% des réponses)	89 commentaires sur les difficultés de communication ville-hôpital
		63 commentaires sur le manque de temps et la distance trop importante par rapport à l'hôpital
		24 commentaires sur le mauvais accueil dans les services lors des visites des patients hospitalisés
		13 commentaires sur le problème des urgences
		33 commentaires divers
	262 réponses sans commentaires (56% des réponses)	

Les difficultés de communication entre les médecins de ville et l'hôpital est le principal thème abordé, on le retrouve dans 89 des 206 commentaires soit 43%. Les médecins de ville se sentent exclus, ignorés et très mal considérés par le milieu hospitalier, alors que théoriquement leur rôle devrait être primordial. Le « médecin traitant » doit en effet coordonner les soins autour du patient et détenir les informations importantes le concernant : antécédents médicaux, examens réalisés avant l'hospitalisation, traitement en cours, conditions de vie. C'est lui également qui suivra le malade une fois qu'il aura quitté l'hôpital.

Malheureusement, les médecins hospitaliers sont souvent injoignables ou absents, transfert de poste en poste pour trouver éventuellement un interlocuteur qui se moque pas mal de l'avis du médecin traitant. Ce dernier n'est pas averti de l'hospitalisation, de la sortie ou du décès de son patient et lorsqu'il se déplace jusque dans les services pour transmettre ou recevoir des informations, sa présence est vécue comme une intrusion par le personnel. Les lettres de sortie sont extrêmement tardives (souvent 1 à 2 mois de retard) et de ce fait, les informations importantes le sont aussi. Il n'existe pas de coordination des soins entre la ville et l'hôpital, le médecin qui connaît le mieux et suit depuis des années le malade n'est pas intégré à la réflexion au cours de l'hospitalisation et il est oublié au moment de passer le relais pour la continuité des soins. Certains médecins ont même l'impression de n'être que des gratte-papier (demande d'ALD qu'il doit essayer d'argumenter au mieux avec le peu d'information qu'on lui donne, remplissage des bons de transports). Le médecin traitant sensé être au centre de la réflexion concernant le patient est ignoré et son avis est dénigré.

*« Le problème reste la transmission d'événement survenu durant l'hospitalisation en particulier des examens et des conclusions. Il y a trop de pertes d'info et malheureusement*

*pas de volonté réelle à une collaboration avec le généraliste (globalement non valorisé aussi dans cette fonction) Une visite de retour devrait être favorisée, organisée, en prévenant le patient que le médecin traitant le reprendra en charge avec courriers et info SVP avant 7 jours !!! »*

*« Je suis très mécontent du peu de considération des médecins hospitaliers pour notre travail : non seulement ils en ignorent les réalités (à quand un stage obligatoire en médecine générale avant d'être PH ? ), mais ignorent superbement nos courriers , nos suggestions ; ils oublient régulièrement de nous consulter avant de prendre des décisions concernant les malades que nous connaissons mieux qu'eux ; et que dire de certains retours à domicile sans aucune préparation ni aucune information , et encore moins de concertation ... ? »*

Pourtant une meilleure communication entre les médecins de ville et l'hôpital permettrait d'améliorer la prise en charge du patient. Certains examens déjà faits en ambulatoire ne seraient pas répétés inutilement, permettant de raccourcir la durée d'hospitalisation, des traitements indispensables ne seraient pas arrêtés sans raison et des contre-indications graves seraient évitées. Par ailleurs, en ayant connaissance de ce qui a été fait durant l'hospitalisation, des diagnostics, des traitements instaurés, de l'évolution de l'état du patient, la sortie serait mieux préparée : explications concernant les nouveaux traitements pour éviter les retards de médication et les erreurs, poursuite du bilan en ambulatoire si l'hospitalisation n'est plus indispensable, réalisation des examens de contrôle utiles, intervention des autres acteurs de santé (kinésithérapeute, infirmières...) dans de bonnes conditions, établissement du protocole de soins au vu des éléments de

l'hospitalisation, organisation du suivi par les spécialistes de ville évitant ainsi de surcharger davantage les consultations spécialisées hospitalières.

*« La coopération avec l'hôpital est très difficile. Nous ne connaissons plus les médecins hospitaliers qui ne sont plus que des vacataires anonymes et changeants. Il y a constamment un détournement des patients qui sont reconvoqués systématiquement sans tenir compte de ce qui pourrait être (mieux) fait par le médecin de famille. Conséquence : saturation des services et des consultations hospitalières et grande difficulté pour obtenir un rendez-vous justifié, même lorsqu'il est demandé par le médecin traitant qui est devenu "transparent" sauf lorsqu'il s'agit de gardes ou de déclarations officielles où il retrouve soudainement le rôle de pilier incontournable. »*

L'hôpital semble être un monde à part dans lequel le médecin traitant n'a pas sa place, on remarquera d'ailleurs que seul 9% des médecins ayant répondu au questionnaire estiment être plutôt sollicités par l'hôpital pour avoir des informations. Le médecin traitant est quasiment toujours écarté de la prise en charge hospitalière alors qu'il est en première ligne pour ce qui est des soins de proximité et de la continuité des soins.

Pour pallier ce problème de communication, certains médecins proposent d'utiliser les nouvelles technologies en l'occurrence l'informatique et internet (dossier médical partagé : DMP, e-mail, connexions sécurisées) pour transmettre les données concernant le patient et cela dans les deux sens.

*« Il y a un manque d'échange avec l'hôpital. Il est très difficile de joindre un médecin sans s'y prendre à 3 ou 4 fois. Une communication par courrier électronique, avec éventuellement des documents joints, améliorerait grandement la qualité de la collaboration. Les comptes rendus d'hospitalisation devraient être adressés par courrier électronique afin de gagner du temps dans la transmission et simplifier le travail des secrétariats. Il y aurait aussi un gain sur le coût du secrétariat. »*

L'autre thème abordé dans les commentaires concerne les visites des patients hospitalisés. L'importance de ces visites est expliquée dans quelques commentaires. En effet, rencontrer l'équipe soignante ou constater l'état des patients fait partie de la coordination des soins et améliore leur prise en charge pendant et après l'hospitalisation. Ces visites ne sont cependant pas toujours évidentes à mettre en pratique par manque de temps ou une distance trop importante entre le cabinet et l'hôpital.

*« Pas assez de temps disponible pour prendre du temps pour aller à l'hôpital voir des patients il faut prévoir une heure aller- retour au minimum plus le temps de la visite »*

Ceci est relevé dans 63 des 206 commentaires, soit 30 %. Mais lorsque ces visites sont possibles, l'accueil reçu par les praticiens n'est pas toujours des meilleurs.

*« Je manque de temps pour rendre visite à mes patients à l'hôpital. De plus dans les CHU on a beaucoup de mal à rencontrer les soignants et l'accueil n'est pas toujours cordial »*

Il est très difficile de rencontrer la bonne personne qui s'occupe du malade, si on a la chance de trouver un interlocuteur. La visite par le médecin traitant est considérée comme une intrusion et perd de ce fait son intérêt. Cela finit par rebuter les quelques médecins qui trouvaient encore le temps d'aller voir leurs malades. Ceci a été rapporté dans 24 commentaires soit 12 %

*« Le médecin généraliste n'a pas sa place à l'hôpital. C'est un individu indésirable, à la limite toléré. »*

Le dernier thème soulevé dans les commentaires de cette première partie (organiser les soins de proximité pour une meilleure pertinence des recours à l'hôpital) est l'accès aux services d'urgences et la régulation des urgences par le Centre 15. Il correspond à 13 commentaires sur 206 soit 6 %.

La régulation par le 15 aurait besoin d'être améliorée et adaptée aux réalités du terrain et il devrait y avoir un « filtre » avant l'accès aux urgences qui sont encombrées par des actes qui ne relèvent pas de l'urgence. Il faudrait distinguer ce qui nécessite une prise en charge hospitalière urgente et ce qui relève du tour de garde.

*« Il me paraît indispensable que la régulation des appels vers le 15 soit assuré par un médecin praticien qui ait été déjà confronté à la réalité du terrain »*

*« Pourquoi les projets de maison médicale de garde, si possible à l'entrée des urgences hospitalières, ne peuvent-ils être mis en place sur Tours ? C'était la demande prioritaire des médecins généralistes, couplée à la régulation effective des gardes. »*

On relève encore 33 commentaires sur les 206, soit 16 % qu'on ne peut pas classer. Certains soulignent l'importance de la visite des patients hospitalisés pour une bonne prise en charge, d'autres la nécessité de rémunération ou de non rémunération des visites, le manque de formation des jeunes et, dans de très rares cas, les bons rapports avec l'hôpital, précisant alors qu'il ne s'agit que de leur propre activité.

### 3. Améliorer le pilotage de l'hôpital

220 médecins sur les 468, soit 47%, ont donné leur avis, c'est-à-dire qu'ils ont expliqué ce qui, selon eux, permettrait d' « améliorer le pilotage de l'hôpital ».

468 réponses	220 réponses avec commentaires (47% des réponses)	34 commentaires « intitulé non compris ou pas concerné par le sujet »
		22 commentaires sur la direction de l'hôpital
		160 commentaires sur la réorganisation du fonctionnement de l'hôpital et la collaboration avec la médecine libérale
		8 commentaires divers
	248 réponses sans commentaires (53% des réponses)	

Quelques médecins ont préféré ne pas donner leur opinion sur ce sujet et l'ont justifié, certains ont discuté la façon dont l'hôpital est dirigé, mais pour la plupart améliorer le pilotage de l'hôpital signifie revoir l'organisation de l'hospitalisation, c'est-à-dire les modalités d'admission, avec le problème des urgences et surtout la collaboration entre les médecins hospitaliers et les médecins de ville, pour améliorer la prise en charge des patients et limiter les dépenses de santé.

34 personnes sur 220 soit 15,5 % ont préféré ne pas donner leur point de vue. En effet soit cet intitulé n'a pas beaucoup de sens à leurs yeux, soit c'est un sujet qu'elles ne connaissent pas ou qu'elles ne veulent pas traiter, car cela ne les concerne pas directement (elles estiment ne pas avoir à s'en mêler car ce n'est pas leur domaine).

*« Je ne comprends pas ce jargon administratif. L'hôpital n'est pas un véhicule. »*

*« Chacun son métier et je ne souhaiterais pas non plus que l'on me dise comment je dois m'organiser dans mon Cabinet ..... »*

22 commentaires sur les 220 soit 10 % concernent la direction de l'hôpital. Cela passe tout d'abord par une médicalisation de l'administration en revoyant la place du maire au sein du conseil d'administration, en impliquant davantage les médecins, qui connaissent mieux les besoins des services (lits, personnel soignant, pathologies) et en renforçant l'autorité des chefs de service. Ensuite, le budget et le personnel soignant devraient être mieux répartis et adaptés aux besoins et le personnel médical devrait être sensibilisé à la réduction des coûts (examens déjà faits en ville, prescription en Dénomination Commune Internationale). Une scission entre la partie soins et hôtellerie (hébergement, restauration) a été proposée, en conservant une égalité des soins médicaux pour tous. Mais l'idée prédominante est l'intégration des médecins libéraux au sein des Commissions Médicales d'Etablissement pour la gestion des lits et des besoins de l'hôpital.

*« Médicaliser l'administration gestionnaire »*

Dans 160 commentaires sur les 220, soit 78 %, améliorer le pilotage de l'hôpital c'est réorganiser son fonctionnement et créer une collaboration avec la médecine libérale. Son organisation actuelle ne semble pas satisfaisante et la qualité de l'hospitalisation pourrait être améliorée, certains médecins suggèrent même une

évaluation de celle-ci, comme cela se fait dans d'autres domaines professionnels. Selon quelques médecins, les cliniques privées ont une obligation de performance pour subsister, alors que cette notion ne semble pas exister dans le service public, les 35 heures sont remises en cause, de même que la motivation du personnel à soigner les malades et l'accueil aux urgences.

*« Agir comme le font les cliniques, avec déontologie (mot inconnu de l'hôpital), courriers de liaison, informations détaillées : elles doivent bosser pour vivre... ELLES ! »*

Le champ d'activité de l'hôpital est à redéfinir aussi, car ce qui relève de la médecine libérale est trop souvent pris en charge, comme par exemple, les consultations externes saturées par des actes relevant de la médecine libérale, alors que l'on voit des unités d'hospitalisation et des services d'urgences se fermer dans des hôpitaux de proximité.

*« Réduire voire supprimer les consultations externes hospitalières. Mettre fin aux reconvoctions indéfinies des patients ambulatoires ayant eu un contact avec l'hôpital. »*

L'hôpital apparaît quelque peu désorganisé, avec des difficultés à regrouper des examens complémentaires pour écourter les durées de séjour, réduisant davantage le nombre de lits vacants et obligeant les médecins de ville à adresser leurs patients aux urgences lorsqu'une simple prise en charge hospitalière s'impose. Ces mêmes Urgences sont déjà surchargées par des actes ne relevant pas de leurs compétences (point déjà abordé dans le premier commentaire).

*«Il est proprement effarant qu'on ait les plus grandes difficultés à faire admettre un patient dans son service de destination : les confrères hospitaliers nous disent envoie-le aux urgences, même quand le diagnostic est posé et qu'il faut juste mettre en place un traitement qui ne peut pas être fait en ambulatoire. Après ça on dit partout que les urgences sont surchargées alors que la surcharge de l'accueil des urgences est organisée structurellement par de telles aberrations au détriment du tri et de l'accueil des vraies urgences qui en pâtissent. Est-ce pour gonfler par de gros effectifs de patients de passage les budgets du service urgences ?»*

Pour pallier ces problèmes, plusieurs idées sont suggérées :

- la création d'un poste de « *facilitateur-coordonateur* » qui regrouperait les divers examens complémentaires à réaliser, qui connaîtrait l'état des lits disponibles dans les services et serait joignable directement par les médecins de ville pour une hospitalisation ;
- la régulation des urgences, soit via le Centre 15 qui réorienterait les patients vers le médecin de garde si besoin ou vers les urgences si cela est nécessaire, soit par la création de « pré-urgences » et de maisons médicales de garde, que plusieurs médecins généralistes sont prêts à assurer, notamment pour les actes courants : petite traumatologie ou actes ne nécessitant pas une prise en charge urgente et devant alors être payés par les patients, il n'y aurait ainsi plus d'accès direct aux urgences ;
- la création de lignes directes avec les services et les personnes compétentes pour organiser une hospitalisation immédiate sans avoir à faire transiter les patients par les urgences.

Les généralistes aspirent à une plus grande collaboration avec l'hôpital pour en améliorer le fonctionnement. Mais il n'existe actuellement aucun réseau entre ces deux univers (comme cela a déjà été évoqué dans le premier commentaire). Le téléphone, avec des lignes directes et appel systématique du médecin traitant, et internet, via les courriers électroniques et les connections cryptées, amélioreraient les échanges : antécédents des patients, examens faits avant l'hospitalisation, changement de traitements, décisions thérapeutiques, planification du retour à domicile, des recours spécialisés ultérieurs et des différents examens complémentaires à réaliser en ambulatoire. Tout cela permettrait d'éviter les examens itératifs inutiles, de désencombrer les consultations externes pour le suivi spécialisé pouvant être fait par un libéral. Actuellement, le médecin généraliste n'est même pas prévenu de l'hospitalisation de son patient, des changements de traitement, des résultats des dernières analyses (qui sont donc inutilement répétées après le retour au domicile), il n'est même pas averti du décès de son patient ! Il n'a aucun accès aux dossiers médicaux et lorsqu'il recherche de lui-même les informations, il est extrêmement difficile de joindre la bonne personne qui n'est pas toujours identifiable, les interlocuteurs hospitaliers devenant souvent des anonymes, suite aux changements perpétuels du personnel médical. Le médecin généraliste est ignoré, alors que la santé ne débute pas et ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital.

*« La ville et l'hôpital sont deux mondes séparés avec téléportation du patient entre les deux. Ce qui ne va pas c'est les mentalités, pas des obstacles matériels. Un hospitalier prendra tous les avis possibles au sein de sa structure sans même s'imaginer une seconde que nous ayons les infos qu'il cherche, au pis une compétence qu'il pourrait exploiter. Ils ne font appel que quand ils sont bloqués, pas de façon automatique : on pourrait pourtant*

*dialoguer systématiquement en utilisant un outil inventé à la fin du 19ème (le téléphone). Si on téléphone c'est plutôt perçu comme inquisitorial. Accessoirement enseigner au personnel à se servir d'un téléphone : 1) ne pas dire "allo" mais "allo ici l'aide soignante du service untel". Ce qui éviterait de répéter l'histoire clinique du patient pour la 10ème fois à la mauvaise personne du mauvais service, car on a été relié x fois. 2) leur apprendre à faire des transferts de poste, on est systématiquement coupé par des débutants (normal c'est les seuls qui décrochent...).* »

Dans les commentaires « divers », les médecins ont exprimé un mécontentement par rapport aux ambulances, à l'hôpital et à la rémunération.

#### 4. Structurer le service hospitalier de territoire

##### a. Les questions à choix multiples

***Sur votre secteur (ce que vous estimez être votre secteur de travail habituel), vous avez :***

- *Un CHU*
- *Un CHR*
- *Un hôpital local*
- *Une ou plusieurs cliniques privées (mettre un nombre)*

	Un CHU	Un CHR	Un hôpital local	Une ou plusieurs cliniques privées
Dans votre secteur vous avez	184 (39%)	216 (46%)	191 (41%)	338 (72%) avec une moyenne de 3,1 cliniques

***Votre tendance naturelle est-elle :***

- *D'envoyer les patients plutôt en secteur public*
- *D'envoyer les patients plutôt en secteur privé*
- *C'est vraiment en fonction du patient*

	D'envoyer les patients en secteur public	D'envoyer les patients en secteur privé	C'est en fonction du patient	Total
Votre tendance est-elle	99 (21%)	83 (18%)	286 (61%)	468 (100%)

***Diriez-vous que l'hospitalisation d'un patient est pour vous :***

- *Très facile*
- *Facile*
- *Difficile*
- *Très difficile*

	Très facile	Facile	Difficile	Très difficile	Total
L'hospitalisation d'un patient est	30 (6%)	225 (48%)	192 (41%)	21 (4%)	468 (100%)

Sur le secteur de travail habituel des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire (468 réponses), 39 % ont un CHU, 46 % un CHR, 41 % un hôpital local, 72% des cliniques privées avec une moyenne de 3,1 cliniques.

Lorsqu'ils hospitalisent des patients, ils le font plutôt en secteur public dans 21 % des cas, en secteur privé dans 18 % des cas et dans 61 % des cas, cela dépend des patients.

Concernant les difficultés d'hospitalisation, 6 % estiment que c'est très facile, 48 % que c'est facile, 41 % que c'est difficile, 4 % que c'est très difficile.

#### b. Les commentaires

Sur les 468 réponses de médecins généralistes, 231 soit 49 % sont complétées par un commentaire pour l'intitulé de cette partie.

468 réponses	231 réponses avec commentaires (49% des réponses)	133 commentaires sur les difficultés d'hospitalisation et le problème des urgences
		44 commentaires sur les différences entre le secteur privé et public
		65 commentaires divers
	237 réponses sans commentaires (51% des réponses)	

Ces commentaires relatent principalement les difficultés rencontrées par les praticiens pour organiser une hospitalisation et le recours « obligé » aux urgences. Ils évoquent par ailleurs quelques différences de fonctionnement entre le secteur privé et public qui orientent parfois nettement le choix du lieu d'hospitalisation.

Sur les 231 commentaires, 133 (soit 58 % de ceux-ci) soulignent le manque de lits d'hospitalisation avec les difficultés qui en découlent pour organiser une hospitalisation et le passage systématique des patients par les urgences, dès lors qu'une hospitalisation est requise de façon urgente ou non. Il est devenu quasiment impossible d'hospitaliser un patient directement dans un service (si ce n'est dans un délai d'un mois), même si l'orientation thérapeutique est déjà connue du médecin qui a vu le malade ; certains services doutent même de cette nécessité d'hospitalisation et donc de la compétence des praticiens de ville.

*« Il est quasi impossible d'hospitaliser un patient directement dans un service ("nous n'avons pas de place, faite le passer par les urgences") résultats, je ne prends plus la peine de joindre le spécialiste de garde, je joins l'urgentiste, qui devra se débrouiller pour trouver une place. Je ne suis pas très sympa pour lui, mais je n'ai pas le temps de gérer les places des services, ma salle d'attente aussi est pleine.... »*

*« Cela devient de plus en plus compliqué, comme si en dix ans nous devenions archinuls et incapable de décider de la nécessité relative d'hospitaliser un patient même en réanimant un malade il faut se justifier de cette nécessité et ce n'est pas une blague »*

Cela constitue à la fois une perte de temps pour le patient qui devra attendre des heures qu'on le prenne en charge aux urgences et une source d'encombrement des urgences, dont la fonction première devrait être la gestion de l'urgence et non celle des lits vacants à l'hôpital. Certains médecins ne prennent même plus la peine d'appeler les services du fait de cette situation et envoient leurs malades directement aux urgences, même s'ils trouvent cela regrettable, car on ne leur en donne pas le choix.

D'autres remarquent que *« l'hospitalisation est facile si on passe par les urgences », « il est facile de mettre le patient dans l'ambulance et de l'adresser aux urgences, il est très difficile de joindre un médecin responsable du service où vous souhaitez hospitaliser votre patient ! ».*

Les demandes d'hospitalisation se font au prix de longues négociations et ne peuvent aboutir que si le médecin de ville « connaît » les médecins du service (ou le bon numéro de téléphone), que le patient n'est pas trop âgé ou ne fait pas partie des « indésirables » (sevrage alcoolique ou autre, patient relevant de la psychiatrie, problèmes sociaux...) ou que le malade est adressé directement aux services d'urgences. Il est souvent noté que les personnes âgées sont difficilement admises dans les hôpitaux.

Du fait du manque de place dans les hôpitaux, certains malades, souvent âgés et aux lourds antécédents médicaux, sont renvoyés chez eux prématurément avec des conséquences parfois dramatiques, alors que certains lits sont occupés de façon prolongée par des patients en attente de moyen séjour ou de placement dans d'autres structures. Le nombre de lits d'hospitalisation semble être calculé au plus juste et ne permet pas de faire face aux besoins fluctuants (été, hiver) et aux demandes programmées ou non.

*« Notre Patrice Pelloux national a réussi à faire relayer par les médias la difficulté des urgentistes à trouver des lits d'aval une fois qu'ils ont miraculé un patient, mais aucun journal n'a jamais écrit les galères pour faire admettre un patient à l'hôpital spécialement quand ils sont indésirables, parce que peu gratifiants intellectuellement pour les hospitaliers ( sevrages d'alcool ou d'autres drogues...) ou peu rentables au regard de la T2A, ni les galères auxquelles sont confrontés les patients que pour les mêmes raisons on*

*refuse d'admettre ou qu'on pousse dehors trop tôt ou sans préparer leur sortie ( sur le plan du suivi infirmier, médical, social, du matériel nécessaire à domicile, etc »*

*« Pas de lits disponibles, pénurie de moyens et longs séjours, délais d'attente de 2 ans pour les EHPAD etc... »*

Par contre, l'organisation d'une hospitalisation directe (c'est-à-dire sans passer par les urgences) semble être beaucoup moins difficile en faisant appel au secteur privé. Les médecins y sont d'après les praticiens de ville plus facilement joignables et accessibles. Ceci est d'ailleurs une des différences constatées entre le secteur privé et public.

*« En secteur public, il est impossible d'hospitaliser un patient directement dans le service souhaité, ni même d'avoir au tél. un médecin de ce service d'où recours au privé. »*

Cependant, les activités du secteur privé sont moins diversifiées que dans le public, la chirurgie et les actes rentables y sont privilégiés. Cela limite le recours aux cliniques qui lorsque cela est possible facilite beaucoup la tâche des praticiens. L'accès au secteur privé reste un luxe du fait des tarifs pratiqués. Le choix du lieu d'hospitalisation est guidé à la fois par la compétence des interlocuteurs, mais aussi de leur implication dans le domaine requis et de leur accessibilité. Ces diverses constatations apparaissent dans 44 des 231 commentaires, soit 19%.

*« La pathologie médicale est adressée à l'hôpital en secteur public, il n'existe pas de structure privée en dehors de la cardio. La pathologie chirurgicale est plutôt adressée en secteur privé, accès plus facile et surtout plus rapide. »*

Il y a 65 commentaires sur les 231, soit 28% qu'on ne peut pas regrouper dans des catégories particulières et qui précisent simplement les réponses aux questions concernant cette partie. Certains manifestent leur satisfaction concernant l'implantation hospitalière locale et les facilités à hospitaliser leurs patients ou au contraire leurs insatisfactions. D'autres pensent qu'il n'y a pas plus de commentaire à faire ou parlent des difficultés de communication avec l'hôpital et le manque de considération du généraliste (points déjà abordés dans les précédents commentaires).

## 5. Renforcer l'attractivité des professionnels

Cette partie du questionnaire ne comporte que des commentaires libres, afin de déterminer ce que « renforcer l'attractivité des professionnels » peut signifier pour les médecins généralistes. On dénombre ainsi 197 commentaires, soit un taux de réponse de 42 %.

468 réponses	197 réponses avec commentaires (42% des réponses)	23 commentaires « intitulé non compris »
		47 commentaires sur l'attractivité de l'hôpital
		43 commentaires sur l'attractivité de la médecine générale
		81 commentaires sur le lien ville hôpital à renouer
		9 commentaires divers
	271 réponses sans commentaires (56% des réponses)	

L'intitulé a été interprété de différentes façons, pour certains renforcer l'attractivité des professionnels, c'est redonner de l'intérêt à l'hôpital ou à la médecine générale, pour d'autres cela signifie renouer le lien entre la ville et l'hôpital, pour quelques-uns cela n'a pas beaucoup de sens.

23 médecins sur les 197, soit 12 % des répondants, disent ne pas comprendre l'intitulé de la question, celui-ci leur semble un peu vague. Le tableau regroupant ces 23 commentaires est assez explicite.

1	?? la question n'est pas claire, l'attractivité pour les MG de travailler à l'hôpital ? avec l'hôpital ?
2	?
3	je ne comprends pas la question
4	Question non comprise !
5	?
6	?
7	???
8	????
9	attractivité de quoi!!!
10	L'attractivité de quoi ?
11	?
12	l'attractivité pour quoi ?
13	???
14	Question à préciser...
15	je ne comprends pas la question? l'hôpital n'est pas attractif pour les professionnels? les médecins ne veulent pas travailler à l'hôpital ou ne veulent pas y envoyer des patients? ...
16	pas compris la question
17	??????
18	cela ne veut rien dire
19	Que veut dire cette question ?
20	?
21	Idem 2 (La question est trop ouverte et pas assez précise)
22	sais pas
23	????????

Dans 47 commentaires, soit 24 %, l'activité hospitalière ne semble pas très attractive, surtout d'un point de vue financier. Il existe une surcharge de travail dans le secteur public, il manque de personnel médical et paramédical. Le poids de l'administratif est trop lourd et les salaires sont bien moins intéressants que dans le secteur libéral ou privé, sans compter que pour certaines spécialités la responsabilité engagée par le médecin est énorme, à l'image de la responsabilité civile professionnelle payée par les obstétriciens. Un alignement des salaires avec le privé pourrait encourager les spécialistes à rester dans le public.

*« Il faudrait pouvoir être rémunéré de façon comparable au libéral pour que les carrières hospitalières soient vraiment attractives. »*

*« Rendre aux médecins leur rôle de médecin et diminuer le poids de l'administratif »*

Les médecins généralistes seraient prêts à exercer une activité mixte, par des vacations, gardes ou postes d'attachés, moyennant un salaire convenable et une reconnaissance de leur travail au sein de l'hôpital (responsabilités, possibilité de carrière).

*« Développer les fonctions "mixtes": rendre attractif l'activité des libéraux au sein de l'hôpital. Par exemple, il y a 10 ans, 10 médecins généralistes ont fait partie des séniors de garde au SAU de notre CHR. L'année dernière, il ne restait plus que moi car, ayant pris un poste de Praticien Hospitalier Contractuel, mes gardes donnaient droit soit à un RTT, soit l'équivalent compensatoire: le double du tarif de la garde. Même travail, pas même rémunération : tout le monde est parti !...ce matin, je n'ai pas de RTT ni repos compensateur : hier j'ai fait ma matinée à l'UCSA, mon après-midi au cabinet, ma nuit au SAU, ce matin j'enchaîne ma consultation au cabinet... »*

Certaines personnes proposent la création de structures à mi-chemin entre l'hôpital et le libéral : des centres médicaux, des dispensaires ou des services de médecine avec des libéraux salariés à temps partiel, donnant les avantages de l'hôpital et du libéral et permettant de soulager le travail des urgences et de maintenir une activité de proximité.

*« Créer des dispensaires (ou centre médical) gérés par les caisses (immobilier et plateau technique) accueillant à tour de rôle les médecins libéraux pour faire les soins de premier recours permettant ainsi de faire le tri en lieu et place des urgences hospitalières (coût beaucoup moins élevé pour le même travail). Dans les zones où la densité médicale est en déclin, ces structures pourraient aussi accueillir des médecins libéraux (toutes spécialités confondues) permettant pour le jeune professionnel s'installant sur la zone sous médicalisée d'augmenter son chiffre d'affaires (diminution des coûts d'installation et de gestion), de se trouver en groupe pluridisciplinaire (rompant l'isolement qui est à mon sens un des premiers freins à l'installation en zone rurale) et accordant du repos puisque le centre est toujours couplé au système de maison de soin de premier recours évoqué dans le premier chapitre. L'avantage pour les spécialités autres que la médecine générale, c'est qu'un même local pourrait être utilisé par différents praticiens qui tourneraient sur un secteur comprenant plusieurs maisons de soin, en faisant à chaque fois que quelques demi-journées dans chaque centre, amenant le bénéfice pour la population d'un soin spécialisé tout en ne grevant pas les revenus de ce dernier qui n'aurait pas à gérer la difficulté d'avoir plusieurs lieux d'exercice.*

Dans 43 commentaires, soit 22 %, c'est la médecine générale qui a perdu son attractivité et ce pour diverses raisons. Tout d'abord, la charge de travail est également trop importante, avec beaucoup d'heures supplémentaires incompatibles avec une vie de famille normale ou du temps libre. Les tâches administratives ont nettement augmenté au détriment de l'activité de soins.

*« Faire en sorte que le médecin retrouve une qualité de vie avec des temps libres, une vie de famille "normale" et aussi un temps pour la formation !! Il faut être plusieurs en groupe et donc avoir la possibilité de laisser la patientèle. Diminuer la charge administrative et stérile »*

Le médecin généraliste est devenu un PDG d'entreprise dont il est la secrétaire, la standardiste, l'infirmière, l'assistante sociale et *« accessoirement le médecin »* et faute de rémunération suffisante, il ne peut engager le personnel adéquat pour tous les aspects non médicaux à sa charge.

En plus d'être surchargé de travail, le généraliste voit ses compétences sous-estimées, mis à part durant les gardes de nuit, où il est le seul recours possible. Il a le sentiment d'être un *« spécialiste au rabais sur le plan tarifaire donc moins valable »*. La caisse d'assurance maladie, elle aussi, manque de considération vis-à-vis de cette discipline et cela par ses contrôles réguliers donnant au médecin l'impression d'être un *« délinquant »*.

*« Redorer l'image des médecins généralistes incompetents le jour mais tellement bons la nuit et les jours fériés... »*

*« ...Nous sommes les seuls visés par les contrôles des caisses alors que les spécialistes et les hospitaliers ont une paix royale... »*

La création de cabinets de groupe ou de maisons médicales de garde, moyennant des aides ou des facilités financières, réduirait la charge de travail et permettrait de créer des postes non médicaux. Ces structures pourraient de plus remédier au problème de désertification des zones rurales. Une meilleure rémunération des actes, équivalente à celle

des spécialistes serait également plus attractive et cela constituerait par la même occasion une reconnaissance de leur valeur. D'autres mesures incitatives sont proposées : avantages fiscaux selon le type d'activité ou la zone d'exercice, revalorisation de la retraite et de la protection sociale, remise en question du paiement à l'acte qui pourrait être remplacé par un salariat, un système de forfait...

*« Favoriser la création de cabinets de groupe en zone rurale, faciliter les formalités administratives+++ Favoriser d'autres modes de rémunération que le paiement à l'acte obsolète »*

Dans 81 commentaires sur les 197, soit 41 %, renforcer l'attractivité des professionnels c'est renouer le lien avec l'hôpital. Le problème de communication est ici à nouveau souligné : difficultés de transmission des données concernant le malade, exclusion totale du médecin traitant au cours de l'hospitalisation, difficultés à joindre les bons interlocuteurs pour organiser une hospitalisation ou prendre des nouvelles de son patient, lenteur des courriers de sortie ...

*« Il y a un fossé entre le secteur hospitalier et le secteur libéral avec une lutte de pouvoir autour du malade qui devient un enjeu économique ! »*

L'organisation de réunions où le généraliste serait convié et rémunéré pour discuter de son patient permettrait de l'intégrer à la vie de l'hôpital, aux décisions thérapeutiques et de ne plus le considérer comme un incompetent.

*« Le travail me semblerait plus attractif s'il y avait une vraie relation hôpital-libéraux. Pourquoi ne pas instaurer des staffs libéraux-hospitaliers à l'hôpital, qui aborderaient*

*justement les patients d'un point de vue lien hôpital-ville, où chacun apporterait son expérience avec ses particularités et comment assurer la complémentarité.»*

La création d'un réseau ville-hôpital, à l'aide des moyens technologiques actuels (téléphone, internet) favoriserait la communication. Des formations communes avec les médecins hospitaliers, compatibles avec les horaires des praticiens de ville, faciliteraient les échanges dans un respect mutuel de la valeur et des compétences de chacun. La collaboration doit être privilégiée pour renouer le lien entre ces deux univers. Il faudrait *« faire une place officielle au médecin généraliste traitant, reconnue donc rémunérée »*, car un de ses rôles consiste en la coordination des soins, c'est un travail nécessaire et méritant d'être payé à sa juste valeur. Les médecins généralistes aimeraient que leur avis soit pris en compte pour le suivi de leur patient mais aussi pour la qualité des services médicaux prodigués.

*« Il faut se recentrer sur notre mission de soin et collaborer autour d'un même objectif le meilleur soin au meilleur coût. »*

Les commentaires « divers » relatent le rôle de l'hôpital dans les soins, la surcharge de travail des généralistes et leur manque d'intérêt pour l'hôpital.

## 6. Dynamiser la recherche et l'enseignement

Dans cette dernière partie du questionnaire, on a relevé 168 commentaires, soit 36% des réponses.

468 réponses	168 réponses avec commentaires (36% des réponses)	37 commentaires sur l'enseignement de la médecine générale
		42 commentaires sur les manques de moyens
		64 commentaires sur le rôle de l'hôpital dans la recherche et l'enseignement et la collaboration des généralistes
		13 commentaires « intitulé non compris » ou ne se sentent pas concernés
	15 commentaires divers	
	300 réponses sans commentaires (64% des réponses)	

37 commentaires sur les 168 (22 %) concernent l'enseignement de la médecine générale, 42 (25 %) dénoncent des manques de moyens, 64 (38 %) décrivent le rôle de l'hôpital dans la recherche et l'enseignement, les changements utiles et l'implication nécessaire des généralistes. 13 (8 %) avouent ne pas avoir compris l'intitulé ou ne se sentent pas concernés par le sujet.

Pour dynamiser l'enseignement, certains médecins proposent la création d'une « *filière universitaire de médecine générale* ». Actuellement, les enseignants en médecine générale ne sont pas reconnus, il n'y a pas de statut officiel dans cette

discipline, qui constitue cependant une part importante de la médecine. Il n'existe pas d'enseignants titulaires, de chefs de clinique, de professeurs en médecine générale qui formeraient vraiment les étudiants, qui à ce jour « *passent plus de temps à faire tourner l'hôpital qu'à apprendre leur futur métier.* »

« *Ce devrait être le rôle dévolu aux chefs de clinique en médecine générale, sur proposition des généralistes enseignants et maîtres de stage, relayés par les professeurs associés en médecine générale* »

« *Les Généralistes à la fac à égalité avec les hospitalo-universitaires, des cabinets de médecine libérale au même niveau que les services hospitaliers* »

Les stages pratiques dans les cabinets de ville sont jugés insuffisants et leur organisation laisse à désirer : fréquence et durée inadaptée, modalités pour devenir maître de stage non structurées, évaluation de l'étudiant par le maître de stage non reconnue. Alors que la médecine générale est menacée par une « *catastrophe démographique* » et une désertification des zones rurales, rien n'est fait pour redorer son image et « *faire retrouver aux futurs médecins le goût de la médecine de proximité* ». Le contact avec elle devrait être établi dès le début du cursus et les praticiens sont prêts à en donner une meilleure vision et à faire profiter de leur expérience, moyennant pour certains d'entre eux une rémunération suffisante, car cette formation des générations futures pèse lourd dans la charge de travail qu'ils ont déjà au quotidien.

La création d'une telle filière donnerait plus de crédibilité à la médecine générale aux yeux des autres spécialités.

*« La mise en place de la Filière Universitaire de Médecine Générale devrait permettre de mieux faire connaître cette "nouvelle" spécialité par les hospitaliers, les hospitalo-universitaires, les étudiants et les confrères des autres spécialités déjà installés en libéral. »*

L'enseignement de la médecine générale nécessite un investissement financier et du temps, mais la recherche et l'enseignement en général également. Pour remplir ces missions, il faut créer des postes dédiés avec des rémunérations attractives et pour les médecins de ville qui désireraient conserver leur activité de soins, leur donner les moyens de dégager du temps pour cette deuxième activité : augmenter le quota de médecins, favoriser l'exercice en groupe, remplacements assurés lors de leurs absences ou compensations financières pour perte d'activité.

*« Sans financement de postes dédiés à la recherche et à l'enseignement pas d'évolution possible. Il est aujourd'hui nécessaire que certains d'entre nous puissent prendre le temps d'analyser notre pratique afin de l'améliorer. Il paraît logique qu'il s'agit d'un investissement sur le futur. »*

*« ...Donner la possibilité de se dégager du temps pour la recherche ou l'enseignement : tout faire pour favoriser l'exercice en groupe et l'emploi de personnel pour nous décharger de ce qui n'est pas médical. »*

En effet, la médecine générale est source de savoir acquis sur le terrain à transmettre aux étudiants et de données utiles, issues des dossiers médicaux pour mener des travaux de recherche. Quelques praticiens libéraux aimeraient être impliqués, comme le sont les hospitalo-universitaires, l'hôpital étant le lieu privilégié pour la recherche et

l'enseignement. Cependant, ces deux domaines ne doivent pas rester l'exclusivité de l'hôpital, c'est par une collaboration ville-hôpital qu'ils peuvent évoluer.

*« Les médecins de ville devraient pouvoir proposer des sujets de recherche à l'hôpital. Les dossiers médicaux des médecins de ville, s'ils sont bien tenus, sont une formidable banque de données pour la recherche. »*

*« Rechercher une cohérence dans l'enseignement à l'hôpital et l'enseignement en ambulatoire de façon à rendre évidente la nécessité d'une articulation hôpital-ambulatoire. Développer des études en collaboration avec les médecins ambulatoires »*

Actuellement les formations continues, lorsqu'elles sont ouvertes aux libéraux, sont inutilisables, trop universitaires et en inadéquation avec la pratique courante. La recherche est trop souvent influencée par les laboratoires pharmaceutiques ou ne sert que l'intérêt des spécialistes.

Par des réunions et des formations communes (FMC), chacun pourrait apporter sa propre expérience, ses techniques, ses compétences, tout en tenant compte des différences fondamentales de chacun et ainsi permettre d'améliorer les pratiques. Les libéraux pourraient proposer des projets de recherche, utiles à la communauté, à partir de leur activité personnelle et les poursuivre avec les hospitaliers.

*« Amélioration des contacts avec nos confrères hospitaliers en réalisant des réunions de formation »*

*« PERMETTRE aux SENIORS et aux JEUNES MEDECINS de mettre en commun leurs compétences, leurs constats et leurs expériences. »*

Le dernier point soulevé est que l'enseignement, c'est avant tout la formation des jeunes. Mais les professeurs qui en sont chargés ne manifestent parfois que peu d'enthousiasme à la transmission de leurs connaissances aussi bien à la faculté qu'à l'hôpital. Les étudiants ne reçoivent pas les informations utiles pour leur exercice futur, ils contribuent seulement au bon fonctionnement des services. Ils ont besoin d'un enseignement de qualité, dispensé par des personnes motivées et compétentes, qui leur apprendront à ne pas commettre d'erreurs et à les reconnaître lorsqu'ils en font. Cela n'est possible que par une évaluation des formateurs et l'implication des personnes de terrain comme le sont les généralistes.

*« Il faudrait plus de généralistes enseignants et dans toutes les spécialités il faudrait enseigner les erreurs à ne pas commettre, en osant révéler, reconnaître ses bourdes. Les stagiaires devraient noter leurs maîtres de stage afin que les services non formateurs dans lesquels le patron se désintéresse de la formation de ses étudiants soient stigmatisés. »*

Les commentaires qui n'ont pas pu être regroupés dans une catégorie de commentaire évoquaient les manques de lien ville-hôpital et l'importance des soins prodigués aux patients, de la place du médecin traitant et de l'enseignement et de la recherche.

### III. DISCUSSION

#### 1. Validité des résultats

Sur les 10 592 mails parvenus à leur destinataire, nous avons eu un taux de réponse de 5%, ce qui peut sembler peu, mais correspond tout de même à 534 réponses. Il faut aussi considérer plusieurs points : les réponses reçues dépendaient du volontariat des médecins, il n'y a pas eu de délai de réponse annoncé, ni de relance et l'enquête n'a duré que 5 jours.

Par ailleurs, le but premier du questionnaire était de fournir au syndicat Espace Généraliste des données utiles et représentatives des généralistes, lors de son audition par la commission Larcher. 468 des 492 réponses exploitables (soit 95 %) étaient des réponses de généralistes et n'étaient pas limitées à une région de France.

On peut noter que l'âge moyen des généralistes ayant répondu au questionnaire est de 49,7 ans et que l'âge moyen des médecins (toutes spécialités confondues) en activité en France est de 49,3 ans, d'après l'atlas de la démographie médicale, au 1<sup>er</sup> janvier 2008 [3].

On remarquera aussi que 95% des généralistes répondants sont des libéraux installés et 2 % sont hospitaliers à temps partiel. Or, sur les 99 029 médecins généralistes français en activité, 61,2% (60 620) exercent en libéral exclusif, 6% (6 373) ont une activité mixte (libéral-salarié), 31% (30 766) sont salariés exclusifs, 1% (1 020) ont une activité classée « divers » (libéral et/ou salarié qu'on ne peut déterminer avec précision). Il y a donc une

proportion plus importante de médecins libéraux qui ont répondu au questionnaire par rapport à la moyenne nationale.

Nous n'avons pas tenu compte de la proportion homme/femme dans cette enquête, simplement parce que nous ne nous sommes pas posé la question lors de l'élaboration du questionnaire.

Un point important reste encore à souligner, c'est la proportion des commentaires libres de ce questionnaire. Ceux-ci étaient présents dans chaque intitulé du questionnaire et constituaient la majeure partie du travail. La difficulté a été de saisir le sens des réponses, qui était parfois ambigu, puis de regrouper ces réponses dans des catégories d'idées, afin de rapporter au mieux les avis généraux. Cette classification dépendait de notre propre compréhension, cela a introduit une part de subjectivité dans l'interprétation des données.

## **2. Synthèse et analyse des résultats**

Les commentaires ont permis aux médecins de décrire la façon dont ils perçoivent l'hôpital et de donner leur avis sur leurs rapports avec l'hôpital et la situation actuelle de la médecine générale. Ils constituent la partie la plus intéressante du questionnaire.

Plusieurs idées importantes se détachent parmi ces commentaires et se retrouvent parfois dans plusieurs parties du questionnaire.

### **a. Le Généraliste et l'Hôpital dans la continuité des soins**

#### **1) Le manque de lien ville-hôpital**

Dans la nouvelle convention nationale des médecins mise en place en 2005 [4], le suivi médical du patient a été confié au médecin traitant qui « *a vocation à être le plus souvent un médecin généraliste* », afin de « *garantir la qualité des soins, par une organisation et une utilisation plus cohérente du système de santé* ». Le généraliste a donc un rôle de coordinateur des soins, mais ce rôle semble ignoré par l'hôpital. En effet, le manque de communication entre la médecine de ville et la médecine hospitalière est la constatation la plus nettement mise en évidence dans l'ensemble des commentaires.

On remarquera d'ailleurs que seulement 9 % des médecins ayant répondu au questionnaire affirmaient être plutôt sollicité par l'hôpital pour donner ou demander des informations.

Or d'après le décret n° 92-329 du 30 mars 1992 du code de la santé publique [5], article R. 710-2-8, « *les établissements publics de santé et les établissements privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer par lettre le praticien désigné par le malade ou sa famille de la date et de l'heure de l'admission du malade et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.* » Ce décret ne semble pas être appliqué [6].

Les généralistes se sentent exclus et très mal considérés. Ils ne sont pas prévenus de l'admission en urgence de leurs patients, leur avis n'est pas sollicité durant l'hospitalisation et la sortie n'est pas discutée, parfois elle n'est même pas annoncée.

Ce manque de communication est à l'origine de pertes d'informations concernant les patients, avec répétition inutile d'examens complémentaires, prolongation injustifiée de la durée de séjour, changements de traitements importants sans concertation préalable et préparation insuffisante de la sortie. Les médecins généralistes essayent de pallier ce problème en appelant eux-mêmes l'hôpital ou en se rendant directement dans les services. 75% des généralistes ont répondu dans le questionnaire que ce sont plutôt eux qui appellent l'hôpital pour donner ou demander des informations et 12% rendent toujours visite à leurs patients hospitalisés. Mais, les médecins hospitaliers sont souvent difficiles à joindre par téléphone et il est très difficile de rencontrer l'équipe soignante sur place, avec en bonus un accueil peu courtois.

En plus de cette mise à l'écart des praticiens de ville durant l'hospitalisation, la transmission des informations à la sortie, pour la continuité des soins, est également

défaillante. Les délais de réception des comptes rendus d'hospitalisation signalés dans les commentaires sont extrêmement longs : 1 à 2 mois, alors que la législation prévoit un délai de 8 jours (article R. 710-2-6 du code de la santé public) [5]. Dans son rapport de 2001 sur la préparation de la sortie du patient hospitalisé, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé) rappelle que « *la sortie doit être envisagée comme un acte de soins à part entière permettant la continuité de la prise en charge et la mise en place de systèmes d'alerte et de protection* » et que « *le compte rendu d'hospitalisation constitue un élément essentiel du dossier médical. Il regroupe les principales informations recueillies durant l'hospitalisation, la thérapeutique proposée et les éléments du suivi médical ultérieur, constituant, de ce fait, un important support de communication entre médecins.* » [7]

## **2) Le généraliste comme collaborateur du milieu hospitalier**

D'après le rapport « Réseaux de soins et les relations entre l'Hôpital et la médecine de ville », favoriser les échanges entre l'hôpital et la ville est un élément nécessaire au rapprochement de la ville et de l'hôpital pour l'amélioration du système de santé [8].

Pour remédier au problème d'échange d'information entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, les praticiens libéraux demandent à ce que les comptes rendus d'hospitalisation soient plus rapides. Ils proposent aussi d'utiliser les outils de communication actuels : le téléphone et Internet, avec la création de lignes téléphoniques dédiées aux médecins, la mise en place du dossier médical partagé, la possibilité d'accéder à distance au dossier médical de l'hôpital par des connexions sécurisées et l'utilisation de courriers électroniques cryptés, pour suivre l'évolution des patients, connaître les éléments

du dossier médical ou communiquer des informations importantes. Une étude de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) sur l'exercice de la médecine générale libérale menée en 2007, dans 5 régions de France, a relevé que « *85% des médecins disposent d'un ordinateur à leur cabinet* » [9].

Pour certains médecins, la visite des patients hospitalisés permet également ces échanges, à condition d'être accueilli correctement par les équipes soignantes, intégré à la réflexion autour du patient et rémunéré pour cet acte. 27% des médecins ont en effet répondu que cette rémunération changerait leur pratique. Toutefois, on relève dans l'Article 53 (article R.4127-53) du code de la santé publique que les honoraires du médecin « *ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil dispensé à un patient par téléphone ou correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire* » [10]. Dans ce contexte, on peut se demander si la rémunération pour le déplacement du généraliste à l'hôpital est légitime. D'un autre côté, la convention nationale des médecins reconnaît que « *pour ses patients atteints d'une affection de longue durée qui l'ont choisi en tant que tel, le médecin traitant conventionné bénéficie d'une rémunération spécifique afin de prendre plus particulièrement en compte le besoin particulier de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée* [4]. La visite du patient hospitalisé fait partie de cette coordination des soins et la rémunération serait justifiée.

Au-delà de la visite, certains médecins généralistes seraient prêts à participer à des réunions hebdomadaires pour discuter de leurs patients hospitalisés.

Les médecins généralistes sont prêts à collaborer avec les médecins hospitaliers pour une meilleure prise en charge de leurs patients, mais certains sont aussi désireux de

participer plus activement à la vie de l'hôpital : vacations aux urgences, postes d'attachés avec un statut bien défini et valorisé ou possibilités de carrière. Par ailleurs, des formations médicales continues, communes avec les hospitaliers, à des heures compatibles pour tous, permettraient d'échanger et de bénéficier des expériences et des pratiques personnelles, pour mieux comprendre et reconnaître la pratique de chacun, dans un respect mutuel.

#### b. L'attractivité de la Médecine Générale

D'après l'enquête BVA de mars 2008 [11], « 91% des Français ont une bonne opinion de leur Médecin Généraliste », même si « le métier est peu attractif » (5<sup>ème</sup> position des métiers envisagés, avec 14% des Français).

Cependant, dans les commentaires du questionnaire, les médecins généralistes ont l'impression que leur métier a perdu son attractivité. Tout d'abord, ils se sentent mal considérés par leurs confrères hospitaliers ; leur rôle est certes primordial dans la continuité des soins des patients, mais leurs avis sont peu sollicités par le milieu hospitalier.

Ensuite, ils soulignent que la Médecine Générale est peu attirante pour les étudiants, car méconnue au début du cursus et l'absence actuelle de réelle filière de médecine générale est un frein à son développement.

De plus, être Médecin Généraliste implique une charge de travail importante et ne laisse pas beaucoup de temps libre. Dans l'étude de la DREES sur l'exercice de la médecine générale, « les médecins généralistes libéraux déclarent des durées de travail

*hebdomadaires comprises entre 55 et 59 heures, gardes et astreintes comprises* », cette étude incluait presque 2000 praticiens [9].

Les tâches administratives et non médicales (secrétariat et gestion des appels) ont tendance à prendre le pas sur l'activité de soin et la rémunération actuelle semble insuffisante par rapport à la charge de travail et ne permet pas d'engager le personnel nécessaire.

Enfin, le problème de la désertification des zones rurales a été rappelé et cela avait déjà été confirmé dans la Commission de démographie Médicale d'avril 2005. [12]

*« On voit apparaître depuis quelques temps des difficultés particulières pour maintenir une présence médicale et une offre de proximité dans certaines zones, en particulier des zones rurales. Ce phénomène est moins dû à une baisse globale des effectifs – qui ne se fait pas encore vraiment sentir aujourd'hui – qu'aux évolutions démographiques et sociologiques de la profession médicale : évolution des modèles professionnels et familiaux, évolution des aspirations en matière de temps et de conditions de travail, modification en corollaire des critères de choix de lieu et de forme d'exercice ».*

Pour redorer l'image de la médecine générale, il faudrait tout d'abord établir précocement un contact avec la médecine de proximité chez les étudiants et créer une vraie filière de médecine générale : enseignement, formateurs adéquats, stages pratiques adaptés... *« L'article 60 de la loi n° 2002-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (article L. 632-2 du code de l'éducation) a reconnu la médecine générale comme spécialité médicale ».* *« Afin de leur délivrer une formation de qualité, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a prévu la création d'emplois de chefs de clinique en médecine générale »* [13].

La médecine générale est une spécialité au même titre que les autres et elle mérite d'être reconnue en tant que telle. Une revalorisation du tarif des consultations, à hauteur des autres spécialités, semble alors cohérente.

D'autres options sont également envisageables : un changement du système de rémunération actuel (système de forfait à la place de la rémunération à l'acte), des mesures incitatives d'installation ou favorisant l'exercice en groupe ou la création de centres médicaux ou de maisons médicales de gardes pour diminuer la charge de travail et résoudre le problème de désertification des zones rurales.

Une étude de la DREES sur l'exercice en groupe des médecins libéraux en 2002 a rapporté que cette pratique permet plus souvent l'emploi de personnel.

*« Les médecins exerçant dans un cadre libéral supportent un certain nombre de charges professionnelles, qu'il s'agisse des charges de personnel (salaires, cotisations sociales patronales), des charges locatives, d'impôts ou de cotisations sociales personnelles. L'exercice en groupe offre la possibilité d'en mutualiser une partie ». [14]*

La commission de Démographie Médicale a reconnu que les mesures contraignantes à l'installation devaient être écartées au profit de mesures incitatives. [12]

*« Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent aussi attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones déficitaires. A cette fin, des conventions sont passées entre les collectivités qui attribuent l'aide, les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé intéressés. Les centres de santé peuvent être attributaires de ces aides dans les mêmes conditions. La nature et les conditions d'attribution de ces aides, qui peuvent notamment être subordonnées à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluri professionnel destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins, sont à fixer par décret ».*

c. La permanence des soins (PDS)

*« La permanence des soins désigne le dispositif sanitaire qui permet aux citoyens de recourir à un praticien lorsque le cabinet du médecin de famille a fermé ses portes. Elle fonctionne donc la nuit de 20 heures à 8 heures ainsi que les dimanches, les samedis après midi et les jours de pont, par un réseau de médecins de garde censés couvrir l'ensemble du territoire et dispenser les soins nécessaires aux patients. La permanence des soins n'est donc ni une médecine d'urgence, ni un lieu de consultation programmée » [15].*

Dans la pratique, on distingue plusieurs acteurs de cette permanence des soins (PDS), que cela soit conforme ou non à cette définition.

**1) Les urgences**

D'après le rapport annuel de 2006 de la Cour des Comptes [16], *« les urgences, au sens des manuels médicaux, représentent moins de 3 % des motifs d'intervention des services d'urgence »... « Alors qu'ils étaient initialement destinés à la prise en charge des malades les plus atteints, les services d'urgence sont devenus, pour une part très importante, des services de consultations non programmées ».*

Cette constatation a aussi été mise en évidence dans les commentaires du questionnaire. Les patients recourent aux services d'urgences pour des actes ne relevant pas de l'urgence, mais de la permanence des soins (PDS), sans contact médical préalable, par ignorance ou par facilité (facilité d'accès à un médecin ou aux examens complémentaires, sans avance

des frais médicaux). Il n'y a actuellement aucun dispositif permettant de réguler ces entrées injustifiées.

Toutefois, d'après le rapport du Dr Jean Yves Grall sur l'évaluation du plan urgence 2004-2008 [17] et le rapport d'information du Député Georges Colombier sur la prise en charge des urgences médicales [18], il semble exister un lien entre l'activité des urgences et l'organisation de la PDS.

## **2) Le Généraliste, acteur de la permanence des soins**

D'après l'article R.6315-1 du code de la Santé Publique, la PDS est assurée par « *des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins* ». L'article R.6315-4 du code de la Santé publique prévoit que « *les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat* » et qu'en cas d'absence ou d'insuffisance, le « *préfet procède aux réquisitions nécessaires* ». [19]

68% (319 sur 468) des médecins ayant répondu au questionnaire font des gardes et les trois quarts de ces derniers (82+148=230 sur les 319) en font au moins une par mois. Ces chiffres ne tiennent pas compte des réquisitions éventuelles, mais on remarquera que dans l'état des lieux annuel sur la PDS, réalisé en janvier 2007, par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le pourcentage de volontaires pour la PDS est supérieur à 60% dans 85% des départements. [20]

Lorsqu'on compare dans les réponses au questionnaire, la fréquence des gardes à la présence ou non d'autres structures de PDS : maisons médicales de garde, associations de type SOS médecins et accueils hôpital en collaboration avec les libéraux, celles-ci semblent liées.

En effet, l'absence de ces structures supplémentaires de PDS concerne :

- 26 médecins sur les 149 qui ne font pas de garde, soit 17%
- 5 médecins sur les 22 qui en font 1 à 2 fois par an, soit 23%
- 22 médecins sur les 60 qui en font 1 à 2 fois par 6 mois, soit 37%
- 105 médecins sur les 148 qui en font 1 à 2 fois par mois, soit 71%
- 65 médecins sur les 82 qui font des gardes 1 fois par semaine, soit 79%

On observe ici une relation entre la fréquence des gardes et l'absence des autres structures de PDS.

Les maisons médicales de garde, les associations de type SOS médecins et les accueils hôpital en collaboration avec les libéraux paraissent déterminants dans la PDS et sont des alternatives au volontariat des médecins libéraux pour assurer cette PDS. L'implication des généralistes est certes nécessaire, mais elle pèse lourd dans leur charge de travail, jusqu'à 125 heures de travail par semaine du fait des réquisitions [18].

Les autres structures de PDS permettent ainsi de faire face au désengagement des médecins libéraux, qui concerne surtout la deuxième partie de nuit (0h-8h), pendant laquelle l'activité est moins importante [16, 17, 18].

### 3) Organiser la PDS

La PDS fait appel à différents acteurs : les libéraux, les maisons médicales de garde, les structures de type SOS Médecins, les accueils hôpital en collaboration avec les libéraux et les urgences. Tout cela nécessite une coordination.

Les généralistes ayant répondu au questionnaire sont demandeurs d'une meilleure régulation des gardes, qui serait assurée par le Centre 15, notamment grâce aux libéraux connaissant le terrain. Cela permettrait d'utiliser au mieux les différentes structures existantes, d'orienter les patients vers le professionnel adéquat selon le lieu d'intervention et ainsi de diminuer les recours injustifiés aux urgences.

*« Pour éviter un afflux non justifié des patients aux urgences, il faut que le système de régulation de la demande soit bien organisé en amont des établissements de santé et que son fonctionnement soit connu de la population, ce qui n'est pas le cas » [18].*

La Cour des Comptes avait recommandé en 2002, la participation des médecins libéraux à la régulation médicale des Centres 15 et d'après l'arrêté du 12 décembre 2003 *« l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU et si d'autres dispositifs de régulation libérale sont organisés, ils doivent être interconnectés avec le SAMU » [16].*

Un numéro unique simplifierait l'organisation de la PDS et éviterait toute confusion auprès de la population.

Par ailleurs, les médecins généralistes ont suggéré de développer les maisons médicales de garde ou de créer des pré urgences, assurées par les libéraux, pour pallier le problème des patients se rendant directement aux services d'urgences et ne relevant pas

d'une prise en charge urgente. Cela se ferait grâce à une régulation dès l'arrivée. On remarquera que 28 % des médecins ayant répondu au questionnaire signalent la présence d'une maison médicale de garde.

L'intérêt des maisons médicales de garde a été évalué par le Dr Grall. Elles devraient à brève échéance représenter le mode d'action prédominant dans la PDS libérale et seraient des solutions pour remédicaliser les zones rurales et réimpliquer les professionnels libéraux dans la PDS [21].

d. L'hôpital vu par les médecins généralistes

**1) La qualité des soins**

Dans les commentaires libres, les médecins généralistes ont jugé que la qualité des soins prodigués à l'hôpital public est insuffisante et que celle-ci n'est pas assez évaluée, comme cela devrait être fait dans n'importe quel autre domaine. La motivation du personnel pour soigner les patients est remise en question et les 35 heures à l'hôpital sont montrées du doigt. La réalisation des examens complémentaires est désorganisée. Les intervenants médicaux sont souvent multiples et il est difficile de trouver un médecin référent.

Cette appréciation des généralistes est importante. En effet, un travail réalisé en 1999, à l'initiative de la fédération d'Evaluation Hospitalière de l'établissement auprès de 10 généralistes [22] avait conclu qu'il est « *opportun d'intégrer le point de vue des médecins généralistes dans une procédure d'amélioration continue de la qualité des soins, car il semble compléter le point de vue des patients* ». Dans cette enquête, les différentes étapes

de l'hospitalisation (communication ville-hôpital, difficultés d'hospitalisation, absence de médecin référent, problème des urgences...) jouent un rôle dans la qualité des soins.

## **2) Les difficultés d'hospitalisation et le recours forcé aux urgences**

Pour un peu plus de la moitié des généralistes ayant répondu au questionnaire, l'hospitalisation d'un patient est facile, pour les autres cela est difficile. Mais ils se plaignent dans les commentaires libres, de difficultés pour faire admettre, de façon programmée ou semi-urgente, un patient dans un service d'hospitalisation, d'autant plus lorsque ceux-ci sont étiquetés comme indésirables (personnes âgées, sevrage alcoolique ou patients ayant des antécédents psychiatriques).

- Les lits d'hospitalisation

Face à ces difficultés pour organiser une hospitalisation, les médecins ont abordé le problème de la fermeture de lits d'hospitalisation. Le panorama des établissements de santé de 2005 a relevé qu'« *entre 1992 et 2005, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 540 000 à 444 000* ». [23]. Cette diminution des lits d'hospitalisation à temps complet (c'est-à-dire hospitalisation de plus d'un jour) résulterait « *en partie, d'une volonté de suppression de lits excédentaires* » et traduirait une évolution des prises en charge qui s'orientent de plus en plus vers des hospitalisations à temps partiel (moins d'un jour). « *Entre 1994 et 2005, il s'est ainsi créé 8 600 places d'hospitalisation à temps partiel, venant compléter les 42 000 places déjà existantes.* »

Cette capacité d'accueil des patients dans les hôpitaux publics est certes mise à mal, mais c'est surtout la planification de l'hospitalisation qui est défailante. Les médecins généralistes n'ont pas les moyens de connaître les disponibilités en lits des hôpitaux, ils ne savent pas à qui s'adresser pour cela, il n'y a que des interlocuteurs multiples et anonymes, qui trop souvent opposent une réponse négative face à leur demande (pas de place ou doute sur la nécessité d'une hospitalisation). Il existe une nouvelle fois une sorte de fossé entre l'univers hospitalier et la médecine de ville.

- Les structures d'aval et les patients âgés

Le dernier frein à l'hospitalisation est l'insuffisance de lits d'aval (moyens séjours, longs séjours, maisons de retraite). L'attente de telles structures empêche le renouvellement des lits d'hospitalisation de courte durée et limite d'autant plus le nombre de lits disponibles.

Ceci nous amène à la question des personnes âgées, qui sont fortement concernées par ces structures d'aval et qui sont souvent difficiles à faire hospitaliser, car indésirables.

Une évaluation de l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 a été réalisée à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). *« À moins que des changements d'organisation et de pratiques n'interviennent rapidement, il est à craindre que l'augmentation du nombre des personnes âgées ne s'accompagne d'un blocage de l'ensemble du système hospitalier »* [24]. Plusieurs facteurs susceptibles d'agir sur le recours à l'hospitalisation chez les personnes âgées ont été identifiés, dont le changement de l'organisation des soins : développement des hôpitaux de jour et des HAD (hospitalisation à domicile) et la densité

du personnel social et paramédical, qui influe sur les transferts vers le SSR (soins de suite et de réadaptation), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les maisons de retraite. Il a été conclu que *«le système hospitalier français est capable de s'adapter rapidement aux changements .... L'augmentation de la population âgée n'aboutit donc pas obligatoirement à une explosion du recours aux soins hospitaliers »*. Mais ceci dépendra de la disponibilité des structures alternatives ou d'aval. *« La diminution de la durée de séjour en MCO (médecine, chirurgie et gynéco-obstétrique) dépend de la disponibilité des lits d'aval, mais aussi de l'efficacité de la rééducation pendant le séjour en MCO »*.

Le système hospitalier français doit donc continuer à s'adapter au vieillissement de la population au lieu de considérer les patients âgés comme des fardeaux.

- Les Urgences

Actuellement, pour faire admettre leurs patients dans un service, la seule solution qui se présente aux médecins libéraux est le recours forcé aux urgences, alors que cela nécessiterait simplement une prise en charge hospitalière. Cette alternative est d'ailleurs souvent conseillée par les hospitaliers, eux-mêmes, lorsqu'ils sont dans l'incapacité d'accueillir des malades. Les urgences deviennent un lieu de transit et de gestion des lits vacants et ce, au détriment des patients.

- Les solutions proposées

La mise en place d'un coordinateur des hospitalisations, de lignes directes réservées aux médecins ou d'un annuaire des personnes à joindre faciliterait l'organisation des hospitalisations et éviterait de détourner les urgences de leur mission première. Il manque une structure capable de gérer les demandes d'hospitalisation des praticiens libéraux, qui ne relèvent pas de l'urgence, mais répondent à un besoin réel de prise en charge hospitalière.

### **3) Les consultations externes**

L'accès aux consultations spécialisées de l'hôpital semble assez difficile pour les médecins généralistes, qui souhaiteraient adresser leurs patients pour une prise en charge hospitalière justifiée. Les délais d'attente sont souvent très longs, à moins de demander une consultation privée, dont le prix est fréquemment inabordable pour les patients.

Ces délais de rendez-vous sont expliqués par les reconvoctions excessives des patients qui ont été hospitalisés et dont le suivi pourrait être fait en ville, à condition, bien sûr, qu'il y ait cette collaboration ville-hôpital tant demandée par les praticiens libéraux.

Les Généralistes demandent à ce que le fonctionnement des consultations externes soit revu, pour permettre un accès à tous.

### **4) Les différences entre le privé et le public**

D'après les réponses au questionnaire, les médecins généralistes adressent leurs patients à peu près autant dans le privé (18 %) que dans le public (21 %), mais cela dépend surtout des patients (61%). L'orientation dans l'un ou l'autre secteur dépend des moyens

financiers, mais aussi de la pathologie et de la facilité ou non à faire hospitaliser leurs patients, ceci a été précisé dans les commentaires.

- Les différences d'activité

Pour des prises en charge chirurgicales, les médecins font plutôt appel au secteur privé, alors que pour celles qui sont médicales, ils se tournent plus vers l'hôpital public. En effet, la chirurgie a une place plus importante dans les cliniques, qui privilégient cette activité, alors que les compétences médicales restent l'apanage du secteur public, qui garde une activité très diversifiée. Cette différence tient aux nécessités de rentabilité des cliniques privées, auxquelles répond parfaitement la chirurgie.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) collectée par la DREES ont permis de définir la spécialisation des établissements de santé en 2006 [25] :

*« La médecine est ainsi concentrée dans les établissements publics, qui réalisent près des deux tiers des séjours médicaux (ces établissements détiennent 8 lits de médecine sur 10), ce qui représente 70 % de leur activité totale de MCO. En revanche, les cliniques privées réalisent 60 % des séjours classés en chirurgie. Cette part est même de 75 % pour la chirurgie ambulatoire (avec 7 places de chirurgie sur 10 installées dans les cliniques privées). »*

*« Les hôpitaux publics ont toutefois la quasi-exclusivité de la prise en charge de certains actes complexes et peu fréquents... À l'opposé, les cliniques privées concentrent leur activité chirurgicale sur des actes simples, souvent réalisables en moins de un jour »*

- Les facilités d'hospitalisation

Les praticiens libéraux obtiennent difficilement une hospitalisation pour leurs patients lorsqu'ils s'adressent à l'hôpital public. Cela semble plus facile pour nombre d'entre eux lorsqu'ils s'orientent vers les cliniques privées. Les médecins y sont d'ailleurs plus facilement joignables et la communication avec eux plus aisée. Cependant, le secteur privé reste difficile d'accès pour certains patients pour des raisons financières.

- La qualité des soins

Certains des médecins interrogés jugent que la qualité des soins prodigués dans les établissements de santé privés est meilleure que dans le public, car selon eux, ils ont des objectifs de performance et de qualité à respecter pour continuer de fonctionner, comme dans une entreprise.

## **5) L'attractivité de l'hôpital**

L'exercice de la médecine à l'hôpital public semble peu attirant pour les médecins libéraux pour plusieurs raisons : la charge de travail importante, les différences de salaires avec le privé et les difficultés à exercer une activité mixte (libéral-hospitalier).

On notera que le temps de travail a déjà subi quelques aménagements, suite aux directives européennes et au protocole du 22 octobre 2001, avec l'attribution de jours de congé de réduction du temps de travail (RTT), la création d'un compte épargne temps (CET), la réduction forfaitaire de la durée annuelle de travail, l'intégration des gardes au temps de travail et la mise en place du repos de sécurité. « *Afin de compenser la diminution du temps de travail médical, souvent jusqu'à 20 %, il a été décidé de créer 3 500 postes de praticiens* ». [26]

Une enquête menée auprès de médecins libéraux et hospitaliers en 2005 avait relevé que *«le choix du salariat permet de s'assurer de « revenus réguliers », mais les médecins exerçant en clinique valorisent le fait d'avoir des revenus donc des statuts supérieurs au public (« dans le privé (les cliniques), ça travaille autant mais pour plus d'argent) »* [27].

D'après le rapport Berland [26], *« il existe une grande diversité de statuts, d'une part des établissements publics ou participant au service public, d'autre part des médecins salariés de ces établissements. Cette diversité de statut et de rémunération introduit entre les établissements, une concurrence dans le recrutement des médecins qui est en défaveur des CH et CHU. Il est indispensable d'apporter une harmonisation aux conditions de rémunération et d'exercice des médecins entre ces établissements pour faire cesser la concurrence et favoriser la collaboration. »*

Une revalorisation des salaires dans le public à la hauteur des salaires du privé, la possibilité de poursuivre une activité libérale et une augmentation des effectifs du personnel soignant favoriseraient l'attractivité des professionnels pour l'hôpital.

## **6) La direction de l'hôpital**

Aux yeux des praticiens de ville, l'administration hospitalière aurait besoin d'être médicalisée et réorganisée de façon plus cohérente. Ils souhaiteraient d'ailleurs pouvoir prendre part à la Commission Médicale d'Etablissement.

## **7) Les missions d'enseignement et de recherche**

D'après l'article L. 6112-1 du code de la Santé publique, le service public hospitalier *« concourt à l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche de type*

*médical, odontologique et pharmaceutique, à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, à la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique, à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ».* [28]

L'hôpital public a donc un rôle prépondérant dans l'enseignement et la recherche médicale, que les Médecins Généralistes ne lui refusent pas, mais qui nécessite quelques améliorations, ainsi que des moyens financiers et humains. Ils souhaiteraient d'ailleurs pouvoir y participer activement.

La formation actuelle des futurs médecins est jugée insuffisante et en inadéquation avec la pratique. Il n'existe d'ailleurs pas d'évaluation des formateurs qui manquent parfois de motivation pour enseigner le métier et oublient que les étudiants sont là pour apprendre et pas seulement pour faire fonctionner les services hospitaliers.

La formation c'est également celle des médecins installés par les FMC (Formation Médicale Continue) et pour l'instant il ne semble y avoir que peu de formations, à l'hôpital, ouvertes et accessibles (en termes d'horaires) aux libéraux et lorsqu'elles le sont, elles sont inadaptées à la pratique quotidienne.

Pour ce qui est de la recherche médicale, certains médecins dénoncent l'implication des industries pharmaceutiques. Ces industries n'ont en effet aucune responsabilité d'intérêt public. « *Ce ne peut pas être l'affaire des entreprises d'apprécier les intérêts des générations à venir et de les considérer dans leurs calculs financiers* » [29].

### 3. Les Etudes antérieures

#### a. La collaboration entre la médecine de ville et l'hôpital

Les relations entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers suscitent l'intérêt de nombreux auteurs dans divers pays et ce, depuis plusieurs années, mais il y a peu d'études qui les ont nettement évaluées.

Une enquête a été menée dans le sud-ouest de l'Angleterre, de février 1995 à avril 1996, auprès de douze Médecins Généralistes et douze Médecins Spécialistes Hospitaliers. Il s'agissait d'interviews semi-dirigées, interprétées et analysées par quatre groupes, composés chacun de quatre Généralistes et quatre Spécialistes. L'analyse des résultats a montré l'absence de conflit entre spécialistes et généralistes dans cette partie de l'Angleterre. Il existe un respect mutuel et une volonté unanime à travailler ensemble. La priorité pour les deux catégories de praticiens est le développement de contacts personnels, issus d'années de travail en commun, pour le bien des malades. Une détérioration de ces relations serait délétère pour la prise en charge des patients [30].

Cependant, ces réseaux de contacts ne sont pas suffisants pour l'organisation d'une hospitalisation. Celle-ci a été évaluée de janvier à février 2002 dans les 61 services de médecine interne, rhumatologie, gastro-entérologie et neurologie de l'Assistance public-Hôpitaux de Paris. Des demandes d'hospitalisation sans caractère d'urgence ont été

simulées (cas clinique typique, défini pour chaque spécialité), les services ont été contactés par téléphone aux heures de densité de personnel la plus importante. 60 % des appels n'ont pas pu aboutir à une hospitalisation, alors que la justification de l'hospitalisation n'était pas discutée. La première cause d'échec était l'impossibilité de joindre l'interlocuteur adéquat : il était introuvable ou en réunion. « *Le bon fonctionnement d'un réseau ne doit pas reposer sur des relations personnelles, mais sur la permanence de son organisation* » [31].

En 2007, une enquête sur les relations entre la Médecine Libérale et Hospitalière à Montaigu (département de la Vendée) a été conduite auprès de 91 Généralistes, avec un taux de réponse de 66 %. Ce travail de thèse a rapporté que « *la communication semble satisfaisante et s'est même améliorée grâce à la mise en place d'un numéro téléphonique direct permettant de joindre les praticiens du service et l'envoi par le service des urgences d'une copie du dossier patient* ». La présence d'un moyen adapté de communication a été bénéfique dans les échanges entre l'hôpital et les médecins généralistes. Cependant, les praticiens libéraux estimaient ne pas être suffisamment associés à la sortie du patient, une transmission d'information via internet a été suggérée [32].

Ce manque d'implication des Généralistes dans la sortie des patients a été souligné dans diverses autres études sur les relations entre l'Hôpital et la Médecine de ville.

En 2006, une enquête a été menée auprès de 400 médecins généralistes sur leurs rapports avec le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble et les centres hospitaliers de proximité, dans le département de l'Isère. Le taux de réponse de ce travail de thèse était de 48,25 %. Les médecins interrogés ont soulevé ce problème de communication entre la ville et l'hôpital. Ils ont le sentiment de ne pas être pris en considération par l'hôpital et de ne

pas pouvoir contacter les médecins hospitaliers. Ils « *réclament ainsi des moyens privilégiés pour joindre leurs confrères hospitaliers* ». De plus, ils ne sont pas informés de la sortie de leurs patients et ne reçoivent le compte rendu d'hospitalisation que tardivement. [33].

En 2005, une thèse sur la qualité des relations ville-hôpital dans la prise en charge de patients cancéreux en Alsace a également pointé cette carence de communication.

*« Le cloisonnement entre le monde libéral et hospitalier, aux rythmes très différents, rompt la continuité du suivi lors de certaines phases de la maladie. Le besoin de disponibilité des lits et l'incitation à diminuer les durées moyennes de séjour peuvent entraîner des mouvements rapides dans les services d'hospitalisation, avec des retours à domicile mal ou non préparés et des courriers incomplets et ou trop tardifs »*. Les médecins généralistes espèrent que l'hôpital s'ouvre plus à eux et souhaitent pouvoir échanger directement des informations avec les médecins hospitaliers souvent inaccessibles *« au moment du besoin et des disponibilités du médecin généraliste »*. [34]

1 852 médecins généralistes alsaciens avaient reçu le questionnaire par courrier ou courriel, le taux de participation était de 11,45 %.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Ile de France a initié une enquête, à laquelle 109 médecins libéraux de la région Parisienne (médecins généralistes, psychiatres, gynécologues et pédiatres) ont participé en 2006. Elle a fait le constat suivant : *« il existe une réelle carence de transmission de l'information médicale entre les établissements de santé et les médecins libéraux. Le médecin libéral est peu informé par les établissements de santé sur les modalités d'hospitalisation de son patient. Il n'est guère*

*plus associé à la décision de sortie du patient avec un risque majoré de rupture de continuité des soins. Cette situation ne favorise pas la continuité des soins après une hospitalisation et représente une réelle perte de chance pour le patient. ».* [35]

L'URML a alors recommandé que :

- La sortie doit être organisée dès l'admission en concertation entre le médecin traitant et hospitalier en utilisant les moyens de communication modernes : téléphone, fax, adresse mail...
- *« La circulation de l'information entre la médecine de ville et les établissements de santé doit être systématique lors d'une hospitalisation. Preuve en est que les médecins de soins primaires ont un meilleur retour d'information lorsque l'hospitalisation du patient est accompagnée d'une lettre ou d'un contact téléphonique préalable ou une transmission d'un élément du dossier. »*
- *« Le compte rendu d'hospitalisation (ou la lettre de sortie) doit être parvenu au médecin traitant du patient dans un délai inférieur ou égal à 8 jours », conformément à la réglementation.*
- *Les médecins libéraux doivent être systématiquement associés à la décision de sortie de leur patient » et « prévenus de la sortie effective de leur patient ».*

Ces travaux conduits dans quatre régions différentes de France marquent l'importance de la communication entre les médecins hospitaliers et les praticiens libéraux. Celle-ci a intéressé d'autres auteurs, qui ont évalué ce que son amélioration pouvait apporter dans la prise en charge des patients.

En 1976, un service de gériatrie-réadaptation avait été créé en Suisse, à Berne, pour améliorer le contact entre le médecin de famille et l'hôpital, grâce à la mise en place de procédures. La demande d'hospitalisation, qui contenait des éléments d'information systématiques, était faite par téléphone auprès du chef de clinique de garde. Si la demande était adressée par courrier, le chef de clinique prenait directement contact avec le médecin traitant. Ce dernier devait préciser le motif d'admission, le but de la réhabilitation (qui pouvait être le transfert vers une institution pour personnes âgées ou la prise en charge d'une fin de vie) et transmettre tous les éléments existants du dossier. Il recevait au bout de dix jours, un courrier qui faisait un état des lieux de la situation du malade. Après cinq semaines, il était invité à l'entretien de réhabilitation avec le patient et sa famille. Au bout de six années de fonctionnement, la prise en charge des patients a été améliorée et la sortie mieux préparée, même s'il existait des divergences de point de vue entre libéraux et hospitaliers, quant à la façon d'envisager l'avenir du patient et les buts de l'hospitalisation, le dialogue permettant d'y remédier. Il a été noté que 20 à 25 % des médecins traitants participaient aux entretiens de réhabilitation. [36]

En 2000-2001, dans le sud-est de l'Australie, des groupes de travail ont déterminé le plan d'action à mettre en place, afin d'améliorer la continuité des soins concernant les traitements à la sortie de l'hôpital. Les 124 généralistes et les 45 hospitaliers ayant

participé à l'étude ont répondu à des questionnaires pour évaluer l'application de ces mesures. Il en ressort que les généralistes restent encore peu avertis de l'hospitalisation de leurs patients (22 %) et qu'une personne doit être assignée à cette fonction, car cela permet d'accroître la proportion des praticiens qui transmettent le traitement de leur patient à l'hôpital. Grâce aux recommandations émises, il a été constaté une nette augmentation du pourcentage des médecins traitants ayant reçu par fax un résumé de sortie. Les modifications de traitement ont été expliquées pour un tiers des patients hospitalisés. [37]

b. Les comptes rendus d'hospitalisation

Une enquête sur la qualité des comptes rendus d'hospitalisation a permis en 1996 de recueillir les attentes des médecins libéraux. Elle a été réalisée sur un échantillon de 256 médecins de l'Isère (omnipraticiens et spécialistes). Le contenu des courriers était jugé bon dans l'ensemble, bien que parfois trop exhaustif ; les éléments devant y figurer sont le diagnostic, le traitement de sortie, le traitement prodigué durant l'hospitalisation, les résultats d'examens complémentaires perturbés et surtout l'identification des médecins responsables des patients, avec le numéro de téléphone où ils sont joignables. L'importance des comptes rendus d'hospitalisation a été reconnue par la quasi-totalité des médecins interrogés, mais les délais de réception ont été considérés comme étant beaucoup trop longs, il semblait alors judicieux de contacter les praticiens libéraux par téléphone pour leur communiquer les éléments devant être portés rapidement à leur connaissance. [38]

Les courriers de sortie présentent toutefois des manques, d'après une étude irlandaise de 2000 [39]. En effet, certains traitements impliquent une surveillance particulière (amiodarone, digoxine, anticoagulants oraux...). Sur les 224 patients qui suivaient un tel traitement, 77,2 % l'ont reçu de l'hôpital. Le compte rendu d'hospitalisation ne mentionnait les risques et la surveillance de ces traitements que dans 17 % des cas.

Une étude Canadienne en 2002 a évalué sur 888 patients, l'incidence des résumés d'hospitalisation, sur la survenue d'une nouvelle hospitalisation. Plusieurs facteurs n'ont pas pu être pris en considération, mais les résultats suggèrent qu'il y a une diminution du risque de réhospitalisation, si le médecin traitant est en possession de ce courrier, lors de la visite de contrôle, après la sortie. Les délais de réception sont cependant trop longs (après la visite du médecin), à condition que la lettre arrive à destination. D'autres études devraient être nécessaires pour déterminer si une meilleure transmission des informations améliorerait les résultats des patients. [40]

### c. Les urgences et les maisons médicales de garde

Les motifs de recours aux urgences ont été décrits dans une thèse sur les procédures d'hospitalisation en urgence, après entretiens avec vingt-cinq médecins généralistes alsaciens en 2005. Les praticiens interrogés envoyaient leurs patients aux urgences pour des pathologies aiguës, pour le plateau technique à disposition permettant de faire rapidement le diagnostic ou pour un maintien à domicile difficile. Ils étaient parfois contraints d'adresser leurs patients directement aux urgences, alors que cela nécessitait simplement une prise en charge hospitalière. En effet, l'admission directe dans un service

n'était pas possible, par manque de place, par refus des hospitaliers ou par méconnaissance de l'interlocuteur adéquat à joindre pour cela. L'hospitalisation directe était jugée « *plus satisfaisante en termes d'accueil du patient* ». Ce transit inutile par les urgences est dicté par les difficultés relationnelles entre les praticiens libéraux et hospitaliers. [41]

Les urgences sont sollicitées par les praticiens libéraux, mais elles répondent aussi à la demande de soins non programmés et à l'urgence ressentie de la population, « *comme si les services d'urgences hospitaliers étaient devenus pour les patients un lieu de consultation identique à un cabinet de ville* » [42]. Une enquête concernant des maisons médicales de garde et centres d'accueil par les libéraux pour les soins non programmés à Rennes, Marseille, Gap et au Havre a décrit l'importance de ces structures pour la permanence des soins, mais également leur contribution à la diminution de l'afflux de patients aux urgences sur les sites étudiés. La coordination et la collaboration avec l'hôpital public sont des éléments importants pour permettre aux maisons médicales de remplir leur mission. [42]

#### 4. Les mesures proposées par la Commission Larcher [43]

Nous avons entrepris cette enquête auprès des médecins généralistes pour fournir des données utiles à Espace Généraliste lors de son audition par la Commission Larcher. Celle-ci avait reçu un compte rendu des réponses. Cependant, nous ne pouvons pas déterminer si les résultats ont été examinés avant la rédaction de l'état des lieux et du rapport final, même si plusieurs des constats faits par les praticiens de ville s'y retrouvent.

Le 10 avril 2008, M. Gérard Larcher a remis au Président de la République son rapport sur les missions de l'Hôpital. Nous résumerons seulement les solutions proposées aux problèmes soulignés par les Généralistes dans les commentaires du questionnaire.

##### a. Améliorer le lien ville-hôpital

La mise en place de permanences téléphoniques dans les services et la systématisation des transmissions électroniques sécurisées sont des réponses aux difficultés de communication entre les médecins libéraux et hospitaliers.

Pour une meilleure prise en charge des malades, « *des projets thérapeutiques en lien avec les médecins traitants et les professionnels paramédicaux de ville* » devront être instaurés grâce à un « *coordonateur des soins* » qui répondra « *aux questions relatives à l'hospitalisation et aux conditions du retour à domicile* ». La sortie sera ainsi préparée pendant l'hospitalisation. « *La préparation du retour suppose d'ouvrir l'hôpital sur la ville* ».

Le rôle de coordonateur des soins est distinct de celui de médecin référent. Celui-ci doit être clairement identifié pour chaque malade hospitalisé et joignable par la famille et le médecin traitant.

Les délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation et les délais de rendez-vous pour les consultations spécialisées hospitalières doivent faire partie des objectifs des hôpitaux, tout comme les réunions entre professionnels.

Par ailleurs, il a été demandé d'intégrer la coordination des soins dans les dispositifs de certification et d'évaluation des pratiques professionnelles.

b. Les Urgences et la permanence des soins

Pour désencombrer les services d'urgences, il est nécessaire de faciliter les hospitalisations directes des patients dans les services et de montrer une certaine souplesse dans l'attribution des lits. La création d' « unités sas » d'hospitalisation temporaire (moins de 48 H), au sein des urgences peut contribuer à éviter le maintien des patients dans les services d'urgences ou l'hospitalisation dans un service non adapté, en attendant qu'une place se libère. Ces unités sas sont à distinguer des lits de surveillance des patients qui ne requièrent pas une hospitalisation.

Des consultations non programmées de spécialités pour un accueil direct des patients, orientés aux urgences par leur médecin traitant ou non, doivent être organisées pour alléger le travail des urgences.

La régulation des urgences et de la permanence des soins (PDS) sera améliorée par la création d'un numéro unique, avec présence sur un même lieu du médecin régulateur du

SAMU et du médecin régulateur de la PDS. Ce système sera à adapter selon les besoins locaux, avec information conséquente des usagers. L'organisation d'une « *aide médicale permanente à la population* » qui regroupe urgences et PDS sera confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS).

Le secteur privé devra être intégré aux tours de gardes et d'astreintes selon les besoins régionaux, avec garantie d'une accessibilité financière pour les patients. Cette participation au service public, également envisageable pour l'ensemble de leurs activités, permettra d'améliorer la qualité des services.

Le financement de centres et maisons de santé sera poursuivi comme prévu par le Ministère de la Santé et la souplesse du cadre d'exercice sera favorisée : diversité dans les statuts des intervenants (libéral et salarié) et dans les modes de rémunération. « *En l'absence d'initiative des professionnels de santé pour la création et la gestion de ces structures, elles doivent pouvoir, à la demande de l'ARS, être créées par des institutions (hôpitaux locaux, EHPAD...) et être gérées par elles* ».

### c. Les lits d'aval

Pour pallier le manque de lits d'aval, de plus en plus requis face au vieillissement de la population, il est demandé de favoriser la création de places de soins de suite et de réadaptation et d'accompagner la création de structures médico-sociales, par la conversion des lits de court séjour sous-occupés, selon les besoins régionaux.

d. L'attractivité de l'hôpital

Pour rendre l'hôpital public plus attractif pour les médecins, les conditions d'emploi et de rémunération vont évoluer. Plusieurs cadres de rémunérations seront proposés aux praticiens hospitaliers (PH) avec possibilités de réversibilité :

- Maintien du statut actuel
- Aménagement du statut de PH avec une part de rémunération fixe et une part variable selon les activités du PH (responsabilités au sein de l'hôpital, pénibilité, enseignement, recherche...)
- Remplacement du régime actuel par des contrats de droit privé : la rémunération dépendrait du niveau d'activité, avec exercice à temps plein ou à temps partiel, ce statut simplifie ainsi l'exercice mixte.

Ces cadres doivent encore être affinés après application.

e. Le pilotage de l'hôpital

Le conseil d'administration sera remplacé par un conseil de surveillance, dont la composition sera diversifiée avec, notamment, la présence de représentants du personnel médical et de représentants des professionnels libéraux.

L'origine du recrutement des directeurs d'hôpitaux sera élargie : cadre, médecin ou toute autre personne qualifiée, même en provenance du privé. Le chef d'établissement sera nommé par l'ARS pour une durée déterminée, après examen des candidatures par le

conseil de surveillance et validation par le Centre National de Gestion. Les résultats obtenus par le directeur seront valorisés en termes de carrière.

f. La recherche et l'enseignement

Pour renforcer la recherche et l'enseignement, il est d'abord nécessaire de reconnaître que le CHU est porteur des missions de soins, mais aussi d'enseignement et de recherche.

La recherche hospitalière implique « *la désignation de responsables clairement identifiés pour la recherche hospitalière et la clarification du rôle de chaque intervenant* ». Les moyens seront dispensés par une « *agence de moyens pour la recherche* » et le rôle d'évaluation sera confié à l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur AERES. La Commission Larcher parle de collaboration avec les industries sous couvert de contrats de collaboration protégeant les intérêts des hôpitaux et une évaluation rigoureuse des innovations médicales.

Quant à l'enseignement, son contenu devra être enrichi. Les stages de formation auront à prendre en compte la diversité d'exercice : libéral, travail en milieu rural ou dans des structures médico-sociales, l'exercice hospitalier n'étant pas exclusif. L'enseignement sera évalué par l'AERES. Le numerus clausus ainsi que les postes ouverts à l'examen national classant devront être déterminés selon les besoins locaux.

Chacune de ces tâches d'enseignement et de recherche mérite la rémunération qui y correspond. Les hospitaliers et les universitaires pourront bénéficier d'un contrat hospitalier ouvrant à des fonctions d'enseignement et/ou de recherche et éventuellement au titre de professeur associé, ce contrat permettant une retraite calculée à taux plein.

## IV. LES REPONSES DES SPECIALISTES

Parmi les réponses au questionnaire, nous avons dénombré 24 réponses de médecins spécialistes. Nous ne les avons pas traités avec l'ensemble des résultats, car l'intérêt de notre travail était de rapporter les avis des Généralistes.

Toutefois, il nous semblait important de résumer les réponses de Spécialistes ne serait-ce que par respect pour le temps qu'ils y ont consacré.

### 1. Description des médecins spécialistes

L'âge moyen des médecins spécialistes ayant répondu au questionnaire est de 51,3 ans. La discipline d'exercice a été précisée dans 17 cas : nous avons ainsi relevé un médecin du sport, deux gynécologues, un psychothérapeute, un ostéopathe, deux psychiatres, un pédiatre, deux chirurgiens orthopédiques, un radio-expert, un radiologue, un ORL, un médecin de santé publique, un médecin thermal et deux spécialistes de médecine générale.

20 sur les 24 (83 %) sont des libéraux installés, 2 (8 %) sont hospitaliers à temps plein, 2 (8 %) sont hospitaliers à temps partiel, 9 (38 %) travaillent en association.

Les hospitaliers à temps plein sont ORL et psychiatre, les hospitaliers à temps partiel sont pédiatre et radiologue.

## 2. Les réponses aux questions à choix multiples

### a. Les gardes et la PDS

15 spécialistes sur les 24, soit 63% font des gardes, parmi ces spécialistes deux sont hospitaliers à temps partiel et un à temps plein. Il est probable que les gardes de ces hospitaliers soient des gardes à l'hôpital.

6 sur les 15 qui participent aux gardes (40%) en font une fois par semaine, dont un hospitalier à temps plein et un à temps partiel, 6 (40%) en font une à deux fois par mois dont un hospitalier à temps partiel, 3 (20%) en font une à deux fois par six mois.

La permanence des soins obligatoire, assurée par le 15 n'est signalée que dans 13 cas sur 24 (54 %), la présence d'une structure style SOS médecins dans 3 réponses (13 %), celle d'une maison médicale de garde dans 3 cas (13 %) et celle d'un accueil hôpital en collaboration avec les libéraux dans 5 réponses (21 %).

### b. Les visites

Pour cette question, nous avons exclu les deux hospitaliers à temps plein.

11 spécialistes sur 22 (50 %) ne rendent jamais ou rarement visite à leurs patients hospitalisés, 2 (10 %) rendent presque toujours visite à leurs patients hospitalisés. 9 (41%) aimeraient pouvoir le faire plus souvent. 7 (32 %) vont à l'hôpital pour faire plaisir aux patients, 3 (14 %) pour rencontrer l'équipe soignante.

La rémunération de la visite d'un patient hospitalisé ne changerait rien à la pratique de 9 spécialistes (41 %), elle changerait la pratique pour 6 d'entre eux (27 %).

c. La communication avec l'hôpital

Nous avons également exclu les hospitaliers à temps plein pour cette question. 3 spécialistes sur 22 (14 %) estiment que c'est plutôt l'hôpital qui les appelle pour donner ou demander des informations sur les patients, 12 sur les 22 (55 %) disent que c'est plutôt eux qui appellent l'hôpital pour cela.

d. Les hospitalisations

Sur le secteur de travail habituel des médecins spécialistes ayant répondu au questionnaire, 10 (42 %) ont un CHU, 9 (38 %) un CHR, 8 (33 %) un hôpital local, 15 (63%) des cliniques privées avec une moyenne de 3,2 cliniques.

Lorsqu'ils hospitalisent des patients, ils le font plutôt en secteur public dans 6 cas (25%), en secteur privé dans 4 cas (17 %) et dans 14 cas (58 %), cela dépend des patients.

Concernant les difficultés d'hospitalisation, 4 (17 %) estiment que c'est très facile, 13 (54 %) que c'est facile, 6 (25 %) que c'est difficile, 1 que c'est très difficile.

### **3. Les commentaires**

Sur les 24 réponses, 14 commentaires ont été faits dans la première partie du questionnaire, 13 dans la deuxième et la troisième parties, 12 dans la quatrième et la cinquième parties.

Les remarques formulées par les Spécialistes sont les mêmes que celles des Généralistes, à savoir les défauts de communication entre libéraux et hospitaliers (par courrier et téléphone), le manque de considération actuel de la part des hospitaliers pour les libéraux et les difficultés d'hospitalisation, notamment pour les personnes âgées.

Les différences entre le secteur public et privé (facilité d'hospitalisation, mais tarifs pratiqués élevés, attractivité du privé), le problème des urgences (transit par les urgences et régulation de l'accès aux urgences) et des consultations hospitalières ont aussi été soulignés. Il existe une importante charge de travail dans les deux secteurs, rendant la visite des patients hospitalisés et la communication entre l'hôpital et la ville difficiles. Le numérisation a été également remis en question.

La création de réseaux de communication, l'existence de bonnes relations personnelles et les activités mixtes (libéral-hospitalier) favoriseraient les échanges et les possibilités d'hospitalisation.

La valorisation des postes d'attachés et des rémunérations pour les praticiens hospitaliers sont des mesures incitatives pour l'activité hospitalière publique.

Il a été proposé de mettre en place en marge des hôpitaux des maisons médicales pour gérer les actes ne relevant pas de l'urgence, celles-ci seraient tenues par des étudiants en fin de cursus, avant de débiter leur exercice dans le libéral.

La recherche en médecine libérale a été également suggérée.

Les avis des Spécialistes sont similaires à ceux des Généralistes. Ils sont demandeurs d'une plus grande ouverture de l'Hôpital sur la ville.

## CONCLUSION

La Commission Larcher avait pour objectif de mener une réflexion sur notre système de santé, plus précisément sur l'Hôpital et de mettre en évidence les changements à initier, pour l'améliorer et mieux répondre aux besoins de la population.

Les thèmes de travail, dont nous nous sommes servis pour élaborer le questionnaire, ont généré chez les Généralistes de nombreux avis, qui n'ont pas toujours de lien direct avec le thème en question, mais montrent la façon dont les praticiens perçoivent l'Hôpital, le système de santé et la Médecine Générale elle-même. Les difficultés décrites dans les commentaires reflètent des conditions d'exercice différentes (système de permanence des soins, gardes, régulation, dispositifs locaux, activité rurale ou urbaine, cliniques et hôpitaux de proximité...) et ne sont pas spécifiques d'un lieu donné (les médecins ayant répondu au questionnaire sont installés dans des régions très diverses).

Il nous a semblé important de synthétiser et de rapporter l'ensemble de ces idées, car la place du Médecin Généraliste dans le système de santé est centrale. Il est d'abord responsable de la coordination des soins et intervient au domicile du malade. Il est également un acteur majeur de la continuité et de la permanence des soins. C'est un utilisateur du système hospitalier : il y fait appel pour prendre en charge ses patients ou

demander un avis et c'est lui qui suivra les malades après l'hospitalisation. Les points de vue des Généralistes méritent qu'on s'y attarde pour évaluer le système hospitalier et le système de santé en les confrontant à des références existantes.

Ainsi, le premier et principal constat formulé est la faible ouverture de l'Hôpital sur la médecine de ville. Tout d'abord, l'accès à une hospitalisation est rendu très difficile par manque d'interlocuteur privilégié, ceci a pour conséquence un recours accru aux services d'urgences. Ensuite, les échanges d'information concernant les patients sont insuffisants et cela est délétère pour la continuité des soins. Les moyens de communication se sont certes développés (téléphonie, internet), mais ils ne sont pas pour autant plus utilisés pour partager des données essentielles sur les patients. Les comptes rendus d'hospitalisation ne parviennent pas à compenser cette situation, les délais de réception étant très longs.

Ces problèmes relationnels intéressent de nombreux auteurs depuis fort longtemps sans qu'il y ait eu d'étude poussée sur la communication entre la ville et l'hôpital. L'amélioration de la prise en charge des patients grâce à une meilleure transmission des informations est évidente dans le principe, mais il n'a pas été démontré clairement que cela engendre un bénéfice en termes de santé : diminution des réhospitalisations et de la survenue d'événements indésirables, meilleure adhérence aux traitements avec surveillance adéquate pour certains médicaments, etc... Pour entreprendre de telles études, il faudrait tenir compte de nombreux paramètres : les antécédents du patient, la morbidité, l'environnement social.... Toutefois, les diverses enquêtes menées jusqu'à présent ont souligné le souhait unanime d'une plus grande coopération entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes et ce, dans l'intérêt des malades. Il existe une faille dans la continuité des soins, liée au manque d'intégration des Généralistes dans la réflexion autour du patient. Cette notion devrait être inculquée aux jeunes générations, qui sont en

formation dans les hôpitaux et pour lesquels les stages pratiques semblent être encore en inadéquation avec les réalités de terrain, quelle que soit la spécialité.

Cette collaboration entre la ville et l'hôpital devrait aussi prendre place dans l'organisation de la permanence des soins (PDS). En associant de façon pertinente les urgences, le secteur privé, les maisons médicales, les médecins de gardes et autres acteurs de la PDS, sous couvert d'une régulation commune, efficace, la PDS gagnerait en cohérence et les services d'urgences pourraient retrouver leur fonction première de gestion de l'urgence.

Pour faire face à la demande croissante de soins, l'Hôpital ne peut fonctionner en autarcie, isolé des autres structures. Largement sollicité par le public, victime de son propre succès, il doit savoir donner le relais et travailler de concert avec les médecins libéraux, qui possèdent les mêmes compétences pour le suivi ambulatoire, les consultations externes hospitalières n'en seraient que soulagées. Dans la même optique, le secteur privé pourrait constituer une aide précieuse en participant au service public, pour répondre aux besoins divers de la population.

L'Hôpital doit donc s'intégrer à tout cet environnement médical, mais il doit également s'adapter au vieillissement de la population. Des remaniements sont nécessaires pour accueillir et gérer au mieux les personnes âgées, qui sont des patients particuliers et dont la dimension sociale ne doit pas être négligée. Pour cela, il faut poursuivre le développement des structures médico-sociales, augmenter le nombre de lits de soins de suite et de réadaptation et favoriser les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, comme l'hospitalisation à domicile ou les hôpitaux de jour.

Pour prendre en charge tous ces patients, l'Hôpital a besoin de personnel compétent. Afin d'éviter toute fuite vers le privé, des mesures financières, attractives doivent être proposées, toutes les tâches effectives devant être rémunérées : soins, enseignement et recherche.

Les Médecins Généralistes ont mis en avant l'importance de la collaboration du milieu hospitalier, avec les autres intervenants de santé pour améliorer la prise en charge des patients. Cependant, il existe en Médecine Générale une sorte de malaise. Cette discipline est peu attractive pour les étudiants. On constate une désertification des zones rurales et un désintérêt progressif des libéraux pour les gardes. Cette situation est liée à une charge de travail croissante, sans la rémunération adéquate, mais accompagnée d'un manque de considération pour le rôle du médecin traitant par les hospitaliers. Les Généralistes sont demandeurs d'une vraie filière de Médecine Générale, qui leur conférerait plus de crédibilité et d'une ouverture de l'Hôpital à leurs compétences. Les Médecins Généralistes souhaitent trouver leur place dans l'Hôpital, autant comme intervenant extérieur que collaborateur direct dans l'enceinte des établissements, participant aux activités de soins, de recherche et d'enseignement des hospitalo-universitaires.

Notre enquête nous a permis de faire un état des lieux de la façon dont les Généralistes perçoivent leur propre situation et l'Hôpital. Mais, il serait intéressant d'avoir l'opinion des hospitaliers, qui ont peut-être quelques griefs à l'encontre des généralistes et une vision différente de l'hôpital.

La Commission Larcher a fait de nombreuses suggestions d'amélioration et elle a notamment souligné l'importance de la communication entre la ville et l'hôpital.

Cependant, il serait important de considérer la situation des médecins généralistes dans la réflexion, car leur rôle s'articule avec celui de l'hôpital. La médecine hospitalière et la médecine de ville sont complémentaires. L'hôpital public est certes la référence en matière de soins, enseignement et recherche, mais il ne peut pas fonctionner sans tenir compte des autres intervenants. Il est nécessaire qu'il évolue et qu'il s'ouvre à la ville pour mieux prendre en charge les patients dans leur globalité.

L'importance des relations entre l'Hôpital et la ville est reconnue par de nombreux professionnels, mais jusqu'à présent il n'y a que peu de tentatives entreprises pour les bonifier. Des changements doivent être initiés dans les modes de fonctionnement, mais aussi dans les mentalités et les habitudes. Ils seront longs à opérer, mais chacun doit se donner la peine d'essayer en considérant les spécificités d'exercice propre et en respectant le travail de l'autre, qui est tout aussi difficile et important que le sien.

VU

Strasbourg, le

Le président du Jury de Thèse

Professeur Michel DOFFOEL

VU et approuvé

Strasbourg, le

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg I

Professeur Bertrand LUDES

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] N. Sarkozy. Lettre de mission adressée à M. Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital. Paris, 12 octobre 2007 [en ligne] disponible sur : [http://www.elysee.fr/documents/index.php?lang=fr&mode=view&cat\\_id=1&press\\_id=549](http://www.elysee.fr/documents/index.php?lang=fr&mode=view&cat_id=1&press_id=549) (consulté le 25/10/2007).
- [2] N. Sarkozy. Allocution de M. le Président de la République, Installation de la commission Larcher, 16 octobre 2007, CHU de Bordeaux. Ministère de la santé et des sports, 10 pages.
- [3] G. Le Breton-Lerouillois, I. Kahn-Bensaude, Conseil National de l'ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2008, 160 pages
- [4] Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes convention des médecins de 2005
- [5] Ministère des affaires sociales et de l'intégration, Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le Code de la santé publique. Journal officiel n°78 du 1er avril 1992, page 4607. [En ligne] Disponible sur : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A64F5B72EBDF2CD0DE9852D8B8E59EEB.tpdjo08v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000357021&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A64F5B72EBDF2CD0DE9852D8B8E59EEB.tpdjo08v_2?cidTexte=JORFTEXT000000357021&categorieLien=id) (Consulté le 21.01.2009)
- [6] P.Y. Poindron, Carence de communication entre l'hôpital et la ville. Le Concours Médical, 2006, tome 128-23/24,1148-1149
- [7] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris : ANAES, 2001.
- [8] F de Paillerets, A. Bacquet, F. Peigné, M-F. Guérin, C. Dupé, D. Levy et al. Réseau de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville. Rapport d'un groupe de travail de la coordination nationale des réseaux, 2001.
- [9] M. Aulagnier, Y Obadia, A. Paraponaris, B. Saliba-Serre, B. Ventelou, P. Verger, F. Guillaumat-Tailliet. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Etudes et Résultats n° 610, novembre 2007. 8 pages.

- [10] Code de Déontologie, Article 53 : Tact et mesure, article R.4127-53 du code de la santé publique [en ligne]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=deonto/rubrique.php&open=2> (consulté le 23.01.2009).
- [11] M.T. Hermange, P. Ambroise-Thomas, D. Couturier, D. Loisançe, Académie Nationale de Médecine. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'Institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine, Mars 2008. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=30&idLigne=1344> (consulté le 26/01/2009)
- [12] Y. Berland, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Commission Démographie médicale. Commission Démographie médicale : rapport. Paris, avril 2005, 62 pages.
- [13] Sénat, session ordinaire de 2007-2008. Annexe au procès-verbal de la séance du 6 novembre 2007, proposition de loi relative aux personnels enseignants de médecine générale, 5 pages.
- [14] S. Audric, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, DREES. L'exercice en groupe des médecins libéraux. Etudes et Résultats, n°314, juin 2004. 12 pages.
- [15] P. Boënnec. Assemblée Nationale. Délégation à l'Aménagement et au Développement Durable du Territoire. Paris. Rapport d'information sur la permanence des soins, 2008, n°1205, 91 pages.
- [16] Cour des Comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente. Cour des comptes, le rapport public annuel 2006. Février 2007, 313-347.
- [17] J.Y Grall, Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Evaluation du plan urgences 2004-2008. Paris, janvier 2007. 33 pages.
- [18] G. Colombier. Assemblée Nationale, Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. La prise en charge des urgences Médicales. Rapport d'information de l'Assemblée Nationale n°3672, 584 pages, 2007
- [19] Code de la Santé Publique, Article R. 6315-1 à R.6315-7 [en ligne] disponible sur : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=812BC9AE874ECFCB265D59B4DACB77EC.tpdljo12v\\_1?idSectionTA=LEGISCTA000006190917&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090118](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=812BC9AE874ECFCB265D59B4DACB77EC.tpdljo12v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006190917&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090118) (consulté le 19/01/2009)
- [20] J.Y. Grall Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Rapport : Mission de Médiation et Propositions d'adaptation de la Permanence des soins. Paris, Août 2007. 46 pages.
- [21] J.Y Grall, Ministère de la Santé et des Solidarités. Rapport : Les maisons médicales de garde. Paris, juillet 2006. 51 pages.

- [22] D. Bertrand, P. François, P. Romanet. Le point de vue des médecins généralistes sur l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital. Santé Publique 1999. Volume 11, n°4 : 453-463.
- [23] G. Adaius, S. Arnault, A. Fénina, A. Fizzala, B. Haury, B. Le Rhun, I. Leroux, P. Lombardo, C. Mermilliod, M.C. Mouquet, S. Villeret, DREES. Les Etablissements de Santé. Un Panorama pour l'année 2005. Edition 2007. La documentation Française. 81 pages.
- [24] M.C. Mouquet, P. Oberlin. L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. Dossiers Solidarité et Santé n°4, juillet 2008. 119 pages.
- [25] P. Lombardo, DREES. Spécialisation des établissements de santé en 2006. Etudes et Résultats n°604, octobre 2008. 8 pages.
- [26] Y. Berland, Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale, Mission Démographie Hospitalière. Rapport de la Mission "Démographie médicale hospitalière". Paris, 2006, 201 pages.
- [27] A. Véga. Rapports professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés : (médecine générale, gériatrie, urgence, gastro-entérologie, psychiatrie) : Post-enquête "conditions et organisation du travail dans les établissements de santé". Série Etudes-Document de travail-DREES n°51. 118 pages.
- [28] Article L. 6112-1 du Code de la Santé publique, [en ligne] disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000018171084&dateTexte=20090225> (consulté le 25/02/2009)
- [29] J. Martin. Recherche bio-médicale : intérêts privés et intérêt public. Santé publique 2001, volume 13, n°1 : 89-93.
- [30] M.N. Marshall. How well do general practitioners and hospital consultants work together? A qualitative study of cooperation and conflict within the medical profession. British Journal of General Practice 1998; 48: 1379-1382.
- [31] M. Andronikov, A. Thalmann. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste. La Presse Médicale 2005 ; 34 :847-850.
- [32] F. Mandin. Etude des relations entre Médecine Libérale et Hospitalière : l'exemple de Montaigu. Thèse de Doctorat en Médecine. Université de Nantes 2007. 101 pages.
- [33] A. Potron, D. Sebag. Le point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'hôpital. Thèse de doctorat en Médecine. Université de Grenoble 2006. 75 pages.
- [34] A. Muller. Qualité des relations ville hôpital et continuité des soins palliatifs réalisés auprès de patients cancéreux à leur domicile. Propositions après revue de la littérature et analyse d'une enquête auprès des médecins généralistes alsaciens. Thèse de Doctorat en Médecine. Université de Strasbourg 2005. 272 pages.

- [35] URML Ile de France, Enquête Sortie Etablissement de Santé, la continuité des soins en ville après une hospitalisation, 2006, 48 pages. [En ligne] disponible sur : <http://www.urml-idf.org/Public/> (consulté le 21/01/2009)
- [36] C. Chappuis. Le contact entre le médecin de famille et l'hôpital : une chance au service du malade. *Médecine et Hygiène* 1982 ; 40: 4034-4037.
- [37] A. Mant, L. Kehoe, N.L. Cockayne, K.I. Kaye, W.C. Rotem. A Quality Use of Medicines program for continuity of care in therapeutics from hospital to community. *The Medical Journal of Australia* 2002; 177: 32-34.
- [38] P. François, D. Bertrand, G. Weil, J.L.Bosson. Qualité des courriers de fin de séjour hospitalier : besoins et attentes des médecins libéraux. *La Presse Médicale* 1996 ; volume 25, n°25 : 1136-1139.
- [39] M. Corry, G. Bonner, S. Mc Entee, J. Dugan, D. Mac Auley. Hospitals do not inform GPs about medication that should be monitored. *Family Practice*, 2000; vol17, n°3: 268-271.
- [40] C. van Walraven, R. Seth P.C. Austin, A. Laupacis. Effects of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *Journal of General Internal Medicine* 2002; 17: 186-192.
- [41] L. Lagrange. Procédures d'hospitalisation en Urgence. Etude réalisée auprès de vingt-cinq Médecins Généralistes à partir d'entretiens semi dirigés. Thèse de Doctorat en Médecine. Université de Strasbourg 2005. 237 pages.
- [42] I. Martin. La création des maisons médicales de garde dans la permanence des soins : une réponse à la sur-utilisation des services d'urgences adultes du CHU de Toulouse ? Mémoire de Directeur d'Hôpital 2003. Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes. 101 pages.
- [43] G. Larcher, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher : rapport final et propositions. Paris 2008. 102 pages.

## **LES ABREVIATIONS UTILISEES**

AERES : Agence d'Evaluation de la Recherche et l'Enseignement Supérieur

ALD : Affection de Longue durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CET : Compte Epargne Temps

CH : Centre Hospitalier

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMP : Dossier Médical Partagé

DRESS : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation à Domicile

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PDS : Permanence des Soins

PH : Praticien Hospitalier

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RTT : Réduction du Temps de Travail

SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

## ANNEXES

### LES COMMENTAIRES DES MEDECINS GENERALISTES

#### 1. Organiser les soins de proximité

##### a. Difficultés de communication ville-hôpital

1	Je manque de temps pour rendre visite à mes patients à l'hôpital. De plus dans les CHU on a beaucoup de mal à rencontrer les soignants et l'accueil n'est pas toujours cordial
2	Pour le CHU, tout ce qui vient de la médecine de ville est nul...On fatigue avec le temps...
3	l'hôpital est une citadelle difficile à prendre. Ou alors mes rapports personnels ne sont pas assez travaillés.
4	je ne réponds pas à ces questions. Mes rapports à l'hôpital ne se résume pas à rendre visite ou pas à mon patient hospitalisé. Je souhaiterais que nos relations s'établissent sur un autre mode: celui de la coopération autour du patient.
5	L'absence de coordination soins hospitaliers-soins ambulatoires est délétère à a fois pour le patient et pour le système de soins
6	ce qui est choquant c'est que le médecin traitant déclare l'ALD bilantée par l'hôpital, et de ce fait doit établir un protocole de prise en charge dans lequel il n'a aucun regard durant l'hospitalisation!
7	très difficile d'avoir un contact avec un médecin. Très rarement informée du retour à domicile ou du transfert d'un patient sur une autre structure
8	Depuis 5 ans l'hôpital se moque éperdument de mon existence...Je ne suis qu'un fournisseur (dont la prestation arrive quasiment toujours au mauvais moment. Oublie fréquent de lettres de liaison, jamais de courrier en cours d'hospitalisation. Je ne mets plus les pieds à l'hôpital tant l'accueil est glacial et le confrère absent... Un détail: patient de maison de retraite convoqué par le cardiologue hospitalier, sans que j'en sois informé et sans aucun retour d'information, avec billet de consultation dans 1 an en poche; "pour le bon de transport, vous demanderez à votre médecin traitant"...C'est quoi cette déclaration signée de médecin traitant? Elle sert à quoi? UN PEU DE RESPECT !
9	Main mise de l'hôpital dès que le patient est admis et très faible participation du médecin généraliste, sauf pour demander les antécédents. Surtout en médecine B à Colmar. Cela n'encourage pas à aller voir le patient ou l'équipe soignante
10	Il faudrait pouvoir rencontrer les médecins hospitaliers. Plus il y en a, moins on les voit. On n'est même pas au courant des changements du personnel médical : partants et arrivants. Transmission d'information aléatoire, parfois nulle, souvent tardive (au mépris de la loi). Aucun contact avec le médecin traitant avant la sortie du patient pour organiser le retour à domicile.
11	Il est souvent très difficile de savoir où se trouve un patient si la famille ne le dit pas...
12	Le retour de l'hôpital est à peu près régulier sauf cas qui se font tancer. Sauf pour le SAU ou le retour est nul. Les malades ne reviennent JAMAIS avec leurs examens effectués et ne les récupèrent presque jamais ce qui est anormal ++
13	avec le système de médecin traitant les hôpitaux devraient prendre contact systématiquement avec le Med traitant en cas d'admission urgente ou non programmé a mon avis.
14	le retour des infos est beaucoup trop tardif et mériterait d'être traité dans l instant de sortie
15	je fais hélas des gardes, c'est complètement dépasser de faire faire des gardes à un médecin qui travaille près de 65 heures par semaine, après un WE de garde , où est l'efficacité et la pertinence de réflexion du médecin? Il devrait ce créer un service spécialisée avec des MG volontaires qui ne feraient que des gardes et laisseraient se reposer le MG de terrain, libéré des gardes peut être que la désertification des campagnes s'arrêterait car je comprends qu'un jeune confrère refuse de s'inscrire pour le bagne. l'hôpital est par contre une citadelle d'ou rien ne filtre, courrier avec minimum un mois de retard après hospitalisation, médecin difficilement joignable, consultation avec rdv à x mois, courrier sécurise type apicrypt inconnu.
16	que le CH tienne un plus compte de l'avis du médecin traitant
17	pas d'info en cours d'hospitalisation (mail, téléphone, fax , lettre )

18	si, je ne téléphone pas, à Rodez, que ce soit à la clinique ou à l'hôpital, il n'y a aucune nouvelle, ni échange, ni partage de décision confraternelle. nous n'existerions pas, qu'ils ne le remarqueraient pas. Attitude presque opposée à Albi et/ou Toulouse, sans tomber dans l'angélisme, contacts plus respectueux, facilité de prise en charge, "échanges" confraternels plus faciles.
19	Les communications avec l'hôpital sont difficiles avec un véritable parcours du combattant pour avoir des nouvelles d'un patient, aucune concertation sur les ATCD, les examens déjà réalisés, les ttt en cours et la faisabilité des ttt instaurés etc...
20	des traitements de fond sont souvent arrêtés, les traitements de sortie mal expliqués et c'est un risque majeur au retour à domicile (retard au ttt ou double ttt ou contre indications graves)
21	La coopération avec l'hôpital est très difficile. Nous ne connaissons plus les médecins hospitaliers qui ne sont plus que des vacataires anonymes et changeants. il y a constamment un détournement des patients qui sont reconvoqués systématiquement sans tenir compte de ce qui pourrait être (mieux) fait par le médecin de famille. Conséquence : saturation des services et des consultations hospitalières et grande difficulté pour obtenir un rendez-vous justifié, même lorsqu'il est demandé par le médecin traitant qui est devenu "transparent" sauf lorsqu'il s'agit de gardes ou de déclarations officielles où il retrouve soudainement le rôle de pilier incontournable.
22	la communication est toujours aussi difficile, "ils n'ont pas le temps" pourquoi de (rares) services arrivent à communiquer et pourquoi les autres ne le font pas ?
23	et surtout j'aimerais être considéré comme membre de "l'équipe soignante"
24	Je vais tjrs à l'Hôpital voir mes patients quand je sais qu'ils y sont. Auparavant les médecins nous prévenaient..maintenant on le sait quand ils sont sortis ou quand on a le Compte-rendu de sortie 1 mois après!!..Rencontrer le patient et l'équipe soignante permet un meilleur suivi ensuite..et les patients nous en sont reconnaissants ce qui est notre meilleure récompense..Une rémunération serait difficile à mettre en place et n'améliorerait pas notre image...
25	l'hôpital nous appelle trop rarement et nous sommes tous prêts à donner des précisions concernant nos patients. Par contre appeler un correspondant, notamment dans les CHR et CHU, relève souvent du parcours du combattant et prend trop de temps.
26	Il y a un manque d'échange avec l'hôpital. Il est très difficile de joindre un médecin sans s'y prendre à 3 ou 4 fois. Une communication par courrier électronique, avec éventuellement des documents joints, améliorerait grandement la qualité de la collaboration. Les comptes-rendus d'hospitalisation devraient être adressés par courrier électronique afin de gagner du temps dans la transmission et simplifier le travail des secrétariats. Il y aurait aussi un gain sur le coût du secrétariat.
27	de plus en plus difficile d'avoir les soignants au téléphone
28	les hospitaliers sont imbuables
29	Il serait intéressant que l'on reçoive un compte rendu dans les 24 48 premières heures en quelques lignes pour nous renseigner de l'état général du patient de son unité d'hospitalisation (médecine chirurgie ou soins intensifs) et de l'orientation diagnostique et thérapeutique. La solution pourrait être informatique en envoyant de façon automatisée la synthèse des observations par courriel par exemple. Cela n'ajoutera que très peu de surcharge de travail administratif et facilitera le contact avec les familles.
30	la majorité des hospitaliers et surtout les jeunes n'ont aucune connaissance et ne prêtent aucune attention à ce qui concerne la prise en charge du patient à domicile : -courrier du med tt non lu -modification du traitement du patient à molécule + ou - équivalente et retour à domicile sans redonner le traitement que le patient avait avant (souvent depuis des années) -Pas de réponse aux questions directes posées dans le courrier d'entrée -pas de prise en compte des ATCD que l'on a marqué, mais uniquement de ceux inscrit par l'interne dans le dossier -pas de prise en compte du contexte familial et psychologique, même si j'ai pris soin d'insister par tél. Bref, pour les jeunes hospitaliers (c'est sur le dossier médical qu'ils rédigent que l'on se base) le patient semble ne pas avoir eu de vie ni de prise en charge médicale en dehors de son hospitalisation. 25 ans d'effort de ma part pour tenter de modifier la relation n'a rien changé ! Donc quand le patient est dans l'hôpital, il est dans un autre monde; et je ne m'en occupe plus, sauf sur demande de la famille.
31	les MMG assurent une partie des recours non justifiés au SAU. A développer CRH et CRCS trop peu fréquents ou trop tardifs. le DMP est censé arriver un jour et améliorer les choses. Vivement 2018. En attendant, le MT devrait avoir accès au dossier patient de l'hôpital (avec code perso et accord du patient). Il devrait pouvoir y ajouter des données pertinentes.
32	J'ai souvent des patients hospitalisés (par d'autres médecins) dont je ne sais même pas qu'ils sont hospitalisés.

33	Manque une structure interface Ville-Hosto, qui permettrait de mettre en place des solutions, car il persiste un grand fossé et donc des incompréhensions créées bêtement. Tt le monde, à l'Hosto et en Ville en conscient des effets de cette absence de dialogue mais personne n'a de solutions, l'Hosto ne sachant pas si cela doit passer par des initiatives médicales perso - forcément + ou - cohérentes donc critiquables, ou administratives moins "anecdotiques" mais plus lourdes. Localement un médecin de ville participe au CA de l'Hosto local mais il n'existe pas de structure ou de cadre propre à donner vie aux discussions de ce CA, pourtant l'Hosto local et les PS de Ville pourraient en tirer un grand bénéfice, ainsi que les patients (admission, suivi, sortie, revoyure intelligente, filière adaptée à la pathologie, référent hospitalier pour les cas compliqués).. Heureusement que les bonnes volontés et les relations personnelles bouchent les trous, mais c'est au prix d'une débauche de palabres et de qq couacs imparables quand ils arrivent. Idéalement par exemple, ni l'Hosto ni la Ville ne devraient avoir à refaire un examen fait récemment ailleurs, ce serait un bon marqueur d'efficacité, parmi d'autres.
34	j'appelle de tous mes vœux l'intranet hôpital-ville prévu, alimenté en temps réel, pour communiquer efficacement, perdre moins de temps à courir après les interlocuteurs appropriés, éviter les doublons d'examen et les défauts d'informations vitales parfois telles des allergies ou des associations contre-indiquées entre services hospitaliers d'une part, entre médecins traitants et médecins hospitaliers d'autre part. Enfin je trouve ahurissant que les services en soient encore dans presque tous les cas à sortir les malades sans entrer préalablement en contact avec le médecin traitant pour préparer le retour à domicile, ni sur le plan médical ni social, ni matériel et humain, ni infirmier...
35	Une connexion informatique avec l'hôpital permettrait d'avoir des relations plus faciles avec les services
36	hôpital public = 3-5 semaines pour recevoir compte rendu d'hospitalisation (les nouveaux nés ont souvent 2 mois lorsque je reçois le compte rendu d'accouchement. Cliniques privées: courrier sous 24 à 48 heures systématique pour tout acte
37	que représente un électron libre par rapport à l'atome hospitalier ?
38	dur dur dur de communiquer avec les hospitaliers, je ne suis jamais au courant quand un patient est hospitalisé en urgence, celui ci croit, en plus, toujours que l'hôpital prévient les médecins, un petit courriel n'est quand même pas difficile, nous nous prenons bien le temps de faire des lettres d'admission détaillées et en plus on téléphone avant pour les prévenir!!!!
39	manque de communication lors d'une hospitalisation
40	LES HOSPITALIERS OUBLIENT QUASI TOUJOURS QUE LE GENERALISTE A VU LE MALADE A POSE UN DIAGNOSTIC CORRECT ET SURTOUT LE REVOIE ET LE SUIV APRES..JE REVE DE SOVIETS AVEC LES GENERALISTES INVITES DU MOINS DANS LES SERVICES DE MEDECINE (les internes manquent dramatiquement de sens pratique, d'humanité et de sens de la collaboration .....) )
41	Il est relativement difficile de joindre les correspondants hospitaliers à moins de disposer de beaucoup de temps pour écouter les musiquettes qui cherchent à vous faire patienter. Il est probablement plus facile pour les hospitaliers de nous joindre car ils ont, sur nos ordonnances, nos heures de consultation. Ce sont surtout les rapports d'hospitalisation - presque toujours très bien faits, qui nous permettent de savoir ce qui a été fait ou proposé. Il persiste encore trop souvent l'impression que le médecin de ville est un peu "court". Les internes ont oublié que nous avons fait "tourner" les services avant eux, que d'énormes litanies d'examen complémentaires onéreux ne sont que rarement le signe d'une bonne médecine voire d'une guérison... Mais il nous faut admettre qu'ils nous rendent souvent bien service...
42	Avoir accès au dossier du patient hospitalisé par internet sécurisé, pour avoir des informations en temps réel et à la sortie du patient : compte rendu, traitement de sortie, avoir un espace dédié au "médecin traitant" dans le dossier du patient pour apporter une information utile ou poser une question.
43	j'appelle l'hôpital pour donner ou demander des infos, j'appelle surtout les familles pour avoir des nouvelles Mon secteur bénéficie aussi parfois d'une régulation libérale
44	Je suis débordé par les soins en ville. lorsque j'adresse un patient à l'hôpital, je le confie à mes confrères qui en prennent l'entière responsabilité. Je me tiens à leur disposition pour avoir des renseignements complémentaires et j'attends d'eux un compte rendu d'hospitalisation le plus complet possible qui permette un suivi le plus adapté à la sortie et dès la sortie (pas un mois après)
45	Nous sommes quasiment exclus de suivi du patient quand il est hospitalisé Sauf quand les soignants ont besoin de nous pour préciser certains renseignements...Ce qui est extrêmement rare J'en conclus, en l'absence de dossier structuré, que l'hôpital fait ENTIEREMENT confiance aux dires du patients Quelle est la pertinence de ces renseignements pour une bonne prise en charge? Je doute.... Un contact (rémunéré ++++) avec le Médecin traitant devrait être OBLIGATOIRE
46	La rémunération de la visite d'un patient hospitalisé obligerait les hospitaliers à changer de comportement et de pratique, à condition que ce soit l'hôpital qui paye. Cela ne changerait rien pour moi.
47	la rémunération n'est pas ma motivation mais il serait normal qu'elle soit payée. D'autre part il est encore assez difficile d'avoir un véritable échange d'égal à égal avec nos confrères (difficile de trouver un terrain d'entente entre le vécu du patient en ville et ce dont on lui propose à l'hôpital)
48	on se sent complètement exclus de la médecine hospitalière

49	<p>Aller à l'hôpital, certes... pour y passer deux heures à glaner des informations auprès de revêches infirmières... Téléphoner à l'hôpital certes... à passer une heure de renvois en renvois bercé par une sempiternelle petite musique de nuit ou un autre hymne aryogrégorien ou du Claydermann de supermarché... On peut aussi aller aux enterrements, aux mariages et aux baptêmes, et pendant ce temps qui fera nos consultations ? Burn-out quant tu nous guette...</p>
50	<p>MANQUE TOTALE de prise en considération du MEDECIN GENERALISTE par l' HOPITAL De plus en plus manque de courrier etc ...</p>
51	<p>difficultés +++ de trouver les interlocuteurs connaissant le dossier rapidement- perte de temps +++ délai des courriers catastrophique dans certains endroits- (&gt; 2 à 3 mois !!!) - mails inconnus des hôpitaux encire en 2007! C'est le com de base qui marche pas à l'hôpital public</p>
52	<p>les services hospitaliers ont pour habitude de ne quasiment jamais s'in former auprès du médecin traitant de ce qui a déjà été exploré en ville. cela ne les intéresse pas; ils sont totalement injoignables (en tous cas les chu de la RP) ;et quand on les appelle on sent "leur ennui" pour cette perte de temps.pas de quoi avoir envie de s'impliquer quand on est médecin traitant !</p>
53	<p>je pense que les visites à nos patients hospitalisés sont très importantes mais il manque du temps et des informations lorsque les patients sont pris en charge par les urgences ou le 15 et que nous apprenons leur hospitalisation ..... 1 semaine après leur sortie à l'occasion de la réception du compte rendu d'hospitalisation</p>
54	<p>ça ne plaît pas beaucoup au personnel soignant(surtout les médecins!) que l'on mette le nez dans les dossiers hospitaliers des malades!!!!</p>
55	<p>Malheureusement, le problème reste la transmission d'événement survenu durant l'hospitalisation en particulier des examens et des conclusions Il y a trop de pertes d'info et malheureusement pas de volonté réelle a une collaboration avec le généraliste (globalement non valorisé aussi dans cette fonction ) Une visite de retour devrait être favorisé , organisée , en prévenant le patient que le med traitant le reprendra en charge avec courriers et info SVP avant 7 jours !!!</p>
56	<p>hôpital ne prévient jamais le mt, même pas pour signaler le décès ! cas récent : même pas de lettre lors du retour a domicile d'un patient en soins palliatifs, qui décédera la nuit</p>
57	<p>améliorer les échanges, notamment par courriers dématérialisés</p>
58	<p>Tous les hôpitaux n'ont pas les mêmes rapports avec les MG, les meilleurs s'établissant avec les CH périphériques (en l'occurrence Bourg) les pires étant avec le CHS psy qui n'écrit jamais, n'a jamais de place etc...</p>
59	<p>c'est très souvent un parcours du combattant d'obtenir des nouvelles des patients hospitalisés et encore plus d'avoir les résultats d'examens réalisés en particulier à l'accueil des urgences</p>
60	<p>TRES RARES SONT NOS CONFRERES HOSPITALIERS DU SECTEUR PUBLIC QUI ONT UN MINIMUM DE CONSIDERATION POUR LE TRAVAIL EFFECTUE AVEC NOTRE MINIMUM D EXPLORATION DES PATIENTS SI CE N EST NOS MAINS NOS OREILLES NOSYEUX ET LES INSTRUMENTS COURANTS DU MG</p>
61	<p>dans l'attente d'un hypothétique DMP, pourquoi ne pas inciter aux transmissions cryptées de courrier entre médecins, hôpitaux et laboratoires? Par exemple avec des systèmes comme HPRIM ou APICRYPT. La plupart des logiciels médicaux intègrent ce type de protocoles. Cela améliorerait le contenu de nos dossiers médicaux, comme l'échange d'informations pertinentes entre médecins. La communication entre services hospitaliers en serait aussi améliorée.</p>
62	<p>améliorer lien med. traitant/hôpital: courrier, téléph., mail pour participation au suivi du patient et coord. la sortie du c.h</p>
63	<p>Une lettre d'introduction à l'hospitalisation est souvent oubliée ou mal lue. Les réponses des services hospitaliers le prouvent souvent. Pourtant nous prenons soin de bien renseigner et d'expliquer notre démarche, celle qui nous a conduit à convaincre le patient de notre décision...</p>
64	<p>si je vais à l'hôpital c'est pour apprécier l'état du patient avant son retour à domicile, c'est une prise de contact qui permet d'anticiper sur ce qui va se passer, évaluer un peu le travail à faire, de connaître son ttt et les examens faits... Il est difficile d'avoir des renseignements précis (changements d'équipes soignantes, médecins peu joignables).Les courriers détaillés de l'hospitalisation nous parviennent 3-4 semaines après le retour à domicile du patient hospitalisé!!!</p>
65	<p>Appeler l'hôpital, c'est une gageure!!!! Je peux le faire maintenant que j'ai une secrétaire car elle peut s'y prendre à 4 fois, mais seule c'est impossible:" le docteur fait la visite, il est au staff, non, il est allé manger.... "; j'en passe et des meilleures quand on est enfin arrivé au bon poste car avant c'est "musique", non il faut appeler ce numéro, vous êtes aux consultations etc...</p>
66	<p>l'Hôpital CHU ignore superbement le médecin traitant jamais de demande de renseignement sur le patient hospitalisé par un tiers en garde ; les informations de nos dossiers médicaux ne nous sont pratiquement jamais demandés l' HP gère seul car le généraliste ne sait pas grand chose de la médecine avec une grand M .....!!!!!!!!!!!!Confrères hospitaliers difficilement joignable et compte rendu d'HP avec en moyenne 1 mois de retard ....</p>
67	<p>Les MG SONT LE PLUS SOUVENT OUBLIES PAR LES HOSPITALIERS QUI N'ONT AUCUN SOUCI ECONOMIQUE</p>
68	<p>Très difficile de parler aux hospitaliers du CHU, jamais disponibles &amp; ne rappelant que rarement ....</p>

69	Je communique systématiquement un dossier complet à l'hôpital, que ce soit moi qui ai hospitalisé le patient, ou que celui-ci y soit arrivé par d'autre interventions. Généralement il est tenu le meilleur compte de ces dossiers. J'aimerais pouvoir l'apporter moi-même et en discuter avec l'équipe soignante pour éviter quelques hiatus. Je ne reçois, hélas, quasi jamais de nouvelles de mes patients hospitalisés sauf sous forme de lettres de sorties ou de consultations, parfois après plusieurs semaines. L'hospitalisation privée est bien plus efficace, avec lettre de sortie accompagnant quasi systématiquement le patient. J'en fais donc un choix préférentiel, si le patient en est d'accord.
70	jamais l'hôpital n'appelle et il arrive même svt de récupérer des patients hospitalisés, sans courrier et sans en avoir été averti....
71	communication difficile courrier tardif lignes encombrées
72	grosses difficultés locales avec les liaisons ville -hôpital ( les labos mais aussi pas mal de services du fait de la différence de techniques utilisées ( en ville , nous sommes à l'heure d'internet ..)
73	L'hôpital oublie le plus souvent que le patient a un médecin traitant. Nous ne sommes jamais conviés aux décisions importantes prises pour le patient.
74	Améliorer la communication libéral-hospitalier, c'est favoriser la téléphonie (avec ligne préférentielle?), accélérer la transmission des comptes-rendus d'hospitalisation, ...
75	rien ne change depuis des années, il faut pleurer pour avoir des infos sur nos patients hospitalisés. Lorsqu'ils sont hospitalisés en passant par les urgences, nous n'en sommes pas informés et il ne vient à l'idée de personne que nous pourrions être utiles (ATCD, pathos en cours ...) la lettre de sortie nous est adressée qqfs 2 mois plus tard
76	1/2 H DE ROUTE PLUS LE TEMPS PASSÉ DANS LES SERVICES APPEL DES URGENCES POUR COMMUNIQUER DES ÉLÉMENTS; SENTIMENTS DE NON PRISE EN COMPTE
77	je travaille à SOS médecin, d'où le nombre de gardes et les "non-visites". Rapports parfois difficiles avec l'hôpital : la communication ne va pas de soi, c'est un monde à part, et ils ne donnent pas l'impression de vouloir s'ouvrir aux MG, c'est beaucoup mieux avec les spé libéraux. La visite des patients hospitalisés ne me semble pas indispensable (chronophage +++ et chacun son rôle).
78	C'est surtout un problème de temps... mais la rencontre d'un médecin hospitalier (de visu ou au téléphone) est souvent difficile!
79	quand j'adresse un patient aux urgences, je téléphone en général au patient ou sa famille pour avoir des nouvelles : c'est plus rapide que d'appeler l'hôpital!!!
80	selon les services les rapports avec hôpital oscillent entre très bons et mauvais la communication mail sécurisé ou appel serait un rêve .....
81	Impossibilité de me faire communiquer la liste des patients qui m'ont désigné comme leur médecin-traitant, au motif que certains patients ne voudraient pas que leur médecin sache qu'ils sont hospitalisés (sic)
82	Je me demande souvent si on a une quelconque utilité, j'ai parfois des patients poly pathologiques hospitalisés sans que je sois au courant...je n'ai qu'exceptionnellement des coups de fil de l'hôpital. Ils sont assez forts pour se passer de renseignements sur les examens déjà faits, le contexte social, la justification des traitements en cours etc...
83	J'aimerais que, en cas de décès, le médecin qui a constaté ce décès m'appelle immédiatement par téléphone plutôt que d'en être informé tardivement par la famille
84	l'idéal serait que l'hôpital m'appelle dès que la sortie est programmée pour que nous l'organisons ensemble (par téléphone ou dans le service), et bien-sûr que ce temps soit rémunéré comme un temps de coordination.
85	La confraternité doit être au premier plan des liens entre l'hôpital et la médecine de ville
86	je suis très mécontent du peu de considération des médecins hospitaliers pour notre travail: non seulement ils en ignorent les réalités ( à quand un stage obligatoire en médecine générale avant d'être PH ? )mais ignorent superbement nos courriers , nos suggestions, ils oublient régulièrement de nous consulter avant de prendre des décisions concernant les malades que nous connaissons mieux qu'eux ; et que dire de certains retours à domicile sans aucune préparation ni aucune information , et encore moins de concertation ... ?
87	Très difficile voire impossible d'avoir des contacts avec les médecins du CHU.
88	Depuis 20 ans la rupture est consommée entre la médecine libérale et l'hôpital. Le point d'orgue étant les commentaires médiatiques du scandaleux Dr Peloux. Je n'ai aucun espoir d'amélioration des relations entre les médecins hospitalier et les médecins libéraux mais c'est le patient qui en paye l'addition !!!
89	Un coup de fils pour prendre des nouvelles d'un patient récemment hospitalisé et on passe par 5 interlocuteurs qui cherchent le correspondant qui n'est finalement pas joignable. Vingt minutes dans dents. Et rebelote le lendemain

b. Manque de temps pour les visites ou distance trop éloignée de l'hôpital

1	Je manque de temps pour rendre visite à mes patients à l'hôpital. De plus dans les CHU on a beaucoup de mal à rencontrer les soignants et l'accueil n'est pas toujours cordial
2	L'hôpital est à 15 km du cabinet.
3	Aucun temps libre pour ces visites
4	Je n'ai absolument pas le temps de rendre visite à un patient hospitalisé
5	L'hôpital se trouve à 50 km de mon cabinet
6	le patient étant à l'hôpital je ne le prends plus en charge et je n'ai pas le temps de me rendre régulièrement à l'hôpital
7	pas de parking; perte de temps insupportable; mal reçu par les hospitaliers
8	pas assez de temps disponible pour prendre du temps pour aller à l'hôpital voir des patients il faut prévoir une heure aller retour au minimum plus le temps de la visite
9	25 ACTES /J EN MOYENNE + DIFFICILE DE DEGAGER DU TEMPS POUR ALLER A L HOPITAL SURTOUT AVEC 30 MINUTES DE ROUTE
10	Chronométriquement plus que "juste" , je suis obligé de déléguer entièrement à l'hôpital , sans jamais aucune intervention de ma part , sauf transmission du dossier et info strictement médicales ...
11	Manque de temps
12	Surtout manque de temps...
13	problème du temps et difficultés à trouver l'interlocuteur dans le service hospitalier
14	Le simple parcours pour aller et retour de l'hôpital prend déjà plus d'une heure !
15	SI MON PATIENT EST HOSPITALISE EN COURT SEJOUR A L'HOPITAL LOCAL, JE LUI RENDS VISITE QUOTIDIENNEMENT ET ASSURE SON SUIVI PENDANT SON HOSPITALISATION; LE CHR ETANT SITUE A 65 KM DE MON LIEU D'EXERCICE IL M'EST DIFFICILE DE RENDRE VISITE AUX AUTRES PATIENTS HOSPITALISES
16	par manque de temps et des distances. distance pas trop bien venu dans les services les rares fois où je l'ai fait
17	pas le temps de courir dans un service d'hôpital = trop chronophage
18	pour les patients hospitalise dans le service où j'effectue une vacation par semaine (pédiatrie) je peux plus facilement aller rendre visite et rencontrer l'équipe soignante ce qui permet de faire un lien important famille/ hôpital et c'est primordial pour la continuité des soins; je n'ai pas le temps pour les autres patients dans d'autres services c'est dommage
19	C'est surtout le manque de temps qui me limite.
20	hôpital à 50 km
21	j'irais peut-être plus facilement à l'hôpital si c'était moins loin ?...
22	Une visite correcte, c'est minimum 40 min, et souvent une heure, pour les visites lointaines en milieu rural (= 2 à 3 consultations). A 32 €, j'estime perdre de l'argent en allant en visite.
23	activité trop importante pour les visites à l'hôpital
24	j'ai souvent l'impression de déranger en me rendant dans les institutions il y a rarement prise en compte du travail mené par le médecin de famille
25	on ne peut être au Cabinet à travailler et à l'hôpital à faire de mondanités les journées ne font que 24 heures
26	pas le temps c'est dommage jeune installée je le faisais mais distance cabinet hôpital = pb et vu la démographie même rémunérée ces visites seraient impossibles
27	pour les médecins de campagne l'hôpital est parfois un peu éloigné, il n'est pas toujours possible de voir les patients
28	j'imagine mal ou trouver le temps de me rendre physiquement à l'hôpital... le soutien psychologique, les explications si importants pour les patients nous prennent déjà un temps considérable; aspect bcp trop abandonné par les spécialistes, hospitaliers en particulier; nous sommes probablement aussi surchargés de travail qu'eux...
29	manque de temps pour aller à l'hôpital présence 9h00 par jour minimum devant le patient en cs ou en visite le reste pour gérer les appels pour hôpital, hospitalisations , nouvelles des patients administratif qui prend de + en + de temps : protocole , DSI ...
30	je n'ai pas le tps (12 à 13h de travail par jour)
31	L'hôpital de proximité (8km) ne pose pas de problème pour les visites mais le CHU est à 25 km, cela prend trop de temps pour y aller

32	L'équipe soignante est rarement visible au moment où mes horaires me permettraient d'y passer, je n'ai pas vraiment le temps d'y aller
33	avec le temps, je m'aperçois que j'avais le temps. Mon activité ayant augmenté substantiellement, il ne me paraît pas très facile d'aller à l'hôpital voir un patient en dehors de mes jours de repos.
34	Manque de temps
35	les durées d'hospitalisation étant de plus en plus brèves, il est de plus en plus difficile d'avoir le temps de s'y rendre, il me faut bénéficier d'une 1/2 journée sans travailler pour pouvoir m'y rendre compte tenu des distances la régulation se fait dans mon département via un n° dédié, soit au centre 15, soit de façon déportée. SOS médecin n'existe pas ici, sa présence est responsable d'une consommation dévoyée
36	Et encore ce n'est pas sûr, car je suis débordé par les consultations au cabinet
37	c'est en général 2 heures de perdues
38	régulation par le CRAL régulation libérale et libérée en dehors et à côté du SAMU Centre 15 pas le temps d'aller voir le patient en établissement
39	difficile de rendre visite à ses patients après 21h en étant de garde 1 soir sur trois
40	dans mon cas c'est un problème de temps et d'éloignement par rapport au CHU et CHR
41	MANQUE DE TEMPS
42	dans l'idéal, je souhaiterais pouvoir visiter mes patients à l'hôpital, mais ce serait au détriment de ma vie privée, nous courons déjà beaucoup et je ne vois pas quand je pourrais le faire. Par contre je téléphone régulièrement pour ne pas lâcher seul mon patient dans cette jungle non hospitalière qu'est devenu l'hôpital.
43	Pas le temps de me rendre au premier centre hospitalier qui est à plus d'une demi-heure. Réponse ne comprenant pas mon passage à l'hôpital local (à 15 km environ) où je suis attaché (passage au moins deux fois par semaine, charge de travail importante).
44	je pense que les visites à nos patients hospitalisés sont très importantes mais il manque du temps et des informations lorsque les patients sont pris en charge par les urgences ou le 15 et que nous apprenons leur hospitalisation ..... 1 semaine après leur sortie à l'occasion de la réception du compte rendu d'hospitalisation
45	j'aimerais ..... mais le temps manque
46	il est difficile de se garer à l'hôpital, de plus mes journées sont chargées et je ne visite que les patients qui ont eu un problème grave
47	A 35 km de l'hôpital on n'a pas le temps de visiter l'hôpital hormis en FMC le soir
48	TROP TRAVAIL DONC PLUS LE TEMPS DE VISITER LES PATIENTS HOSPITALISÉS
49	Les visites à l'Hôpital : le WE ?
50	représentant des médecins du 15 et "vieux" régulateur, je m'investis à ce niveau. Le patient à l'hôpital : je lui téléphone, le soutiens, mais mon rôle propre est à la sortie et puis...pour en voir 1, 30 minutes pour se garer, 15 minutes pour y accéder et je suis à côté.
51	Pour des raisons de distances et donc de temps, il m'est impossible de rendre visite à un patient hospitalisé pendant une journée normale de travail au cabinet.
52	je suis loin de l'hôpital (1h30 AR)
53	ou trouver le temps ? les journées ne sont pas extensibles
54	1/2 H DE ROUTE PLUS LE TEMPS PASSÉ DANS LES SERVICES APPEL DES URGENCES POUR COMMUNIQUER DES ÉLÉMENTS; SENTIMENTS DE NON PRISE EN COMPTE
55	je travaille à SOS médecin, d'où le nombre de gardes et les "non-visites". Rapports parfois difficiles avec l'hôpital : la communication ne va pas de soi, c'est un monde à part, et ils ne donnent pas l'impression de vouloir s'ouvrir aux MG, c'est beaucoup mieux avec les spé libéraux. La visite des patients hospitalisés ne me semble pas indispensable (chronophage +++ et chacun son rôle).
56	C'est surtout un problème de temps... mais la rencontre d'un médecin hospitalier (de visu ou au téléphone) est souvent difficile!
57	Hélas peu de temps pour visiter à l'hôpital, et moins de visites depuis 5 ans.
58	pour un libéral comme moi c'est essentiellement le manque de temps et la distance qui font que je vais rarement voir mes patients à l'hôpital
59	manque de temps... régulation par médecins généralistes de 20h00 à 1h00 et les WE + jours fériés par médecin généralistes libéraux
60	je suis à 35 km du premier hôpital, visites rares je téléphone souvent pour demander des nouvelles de mes patients hospitalisés et je demande à parler à l'équipe soignante si besoin
61	Mission impossible en médecine de campagne avec la permanence de soins et la charge de travail

62	en fait il y a des patients qu'on se sent "obligé" de voir, ceux qu'on va voir par amitié, ceux qu'on aimerait aller voir, etc...La rémunération ne crée pas plus de temps disponible mais la visite des patients à l'hosto est très chronophage et une rémunération ne me choquerait pas
63	pas le temps de se rendre à l'hôpital distant de 50 km

c. Mauvais accueil dans les services

1	Je manque de temps pour rendre visite à mes patients à l'hôpital. De plus dans les CHU on a beaucoup de mal à rencontrer les soignants et l'accueil n'est pas toujours cordial
2	J'ai arrêté d'y aller car j'étais trop mal reçu, notamment par des internes mal à l'aise et mal coachés par les PH et PUPH. On ne fait pas attendre 20 mn un MG qui passe pendant la visite.
3	INCOMPATIBILITE ENTRE LES HEURES DE PRESENCE DES HOSPITALIERS ET LES LIBERAUX QUAND JE PASSE A L HOPITAL VOIR UN PATIENT SOUVENT EN FIN D APRES MIDI LES MEDECINS HOSPITALIERS SONT RAREMENT LA DEMOTIVATION TOTALE POUR LES GARDES LES URGENCES LES SUTURES LES CHOSES INTERESSANTES SONT DETOURNEES PAR LA REGULATION AU PROFIT DE L HOPITAL UNE GARDE C EST SOUVENT REGARDER PASSER LES AMBULANCES SANS ETRE APPELLE
4	Il faudrait pouvoir rencontrer les médecins hospitaliers. Plus il y en a, moins on les voit. On n'est même pas au courant des changements du personnel médical : partants et arrivants. Transmission d'information aléatoire, parfois nulle, souvent tardive (au mépris de la loi). Aucun contact avec le médecin traitant avant la sortie du patient pour organiser le retour à domicile.
5	pas de parking; perte de temps insupportable; mal reçu par les hospitaliers
6	accueil déplorable
7	CHANGERAI MA PRATIQUE SI RENCONTRE EQUIPE SOIGNANTE PLUS FACILE ET PLUS CONSTRUCTIVE GARDES REGULEES PAR ARMEL
8	-très difficile et très long de trouver le médecin qui peut me parler du patient. -désintérêt fréquent du médecin hospitalier pour la connaissance de l'histoire autre qu'organique du patient. -j'aimerais rencontrer l'équipe soignante mais faudrait me payer
9	problème du temps et difficultés à trouver l'interlocuteur dans le service hospitalier
10	par manque de temps et des distances. pas trop bien venu dans les services les rares fois où je l'ai fait
11	le MG n'a pas sa place à l'hôpital. C'est un individu indésirable, à la limite toléré.
12	La visite du généraliste n'est pas du tout intégrée dans la prise en charge hospitalière
13	Difficultés à voir l'équipe soignante qui s'occupe réellement du malade
14	réconforter le patient et rencontrer l'équipe soignante sont aussi importants pour moi, sauf que l'équipe soignante en voit moins l'intérêt que le patient !
15	On ne m'autorise pas à y entrer avec ma voiture, même par l'entrée des fournisseurs
16	Très régulièrement, il m'arrive d'être regardé comme un martien par l'interne du service.
17	L'équipe soignante est rarement visible au moment où mes horaires me permettraient d'y passer, je n'ai pas vraiment le temps d'y aller
18	Tenir compte du fait que le médecin traitant est tout aussi sur booké que ses confrères hospitaliers et lui faciliter son accès dans le service pas de poireau devant le bureau de l'infirmière ou de la surveillante en dehors de réelles difficultés de services
19	Aller à l'hôpital, certes... pour y passer deux heures à glaner des informations auprès de revêches infirmières... Téléphoner à l'hôpital certes... à passer une heure de renvois en renvois bercé par une sempiternelle petite musique de nuit ou un autre hymne aryogrégorien ou du Claydermann de supermarché... On peut aussi aller aux enterrements, aux mariages et aux baptêmes, et pendant ce temps qui fera nos consultations ? Burn-out quant tu nous guette...
20	encore faut-il ne pas être reçu comme un chien dans un jeu de quilles par les hospitaliers
21	je ne vais plus à l'hôpital depuis 10 ans - depuis que le parking médecin est "interdit" aux médecins traitants de ville
22	ça ne plaît pas beaucoup au personnel soignant (surtout les médecins!) que l'on mette le nez dans les dossiers hospitaliers des malades!!!!
23	J'ai rarement rencontré l'équipe soignante dans mon intérêt, parfois dans l'intérêt de l'équipe soignante, toujours dans l'intérêt du patient. j'ai souvent donné mon n° de portable à l'hôpital, rarement de retour souvent impression de déranger (service-dépendant)

24	j'aimerais rendre visite à mes patients pour leur faire plaisir et pouvoir recevoir des info complémentaires sur la patho. du patient MAIS vu svt l'"amabilité" et l'indisponibilité du personnel soignant ou médecin, je m'en retourne bredouille et déçue. Le patient est lui, satisfait de ma visite. C'est le principal...
----	--

#### d. Les urgences

1	il me paraît indispensable que la régulation des appels vers le 15 soit assuré par un médecin praticien qui ait été déjà confronté à la réalité du terrain . Le standardiste de permanence doit connaître la géographie des secteurs régulés (ex ; conseiller la pharmacie de garde la plus proche; envoyer une ambulance qui ne mette pas des délais exagérés pour venir. La rivalité et la susceptibilité des Samu ou Smur par rapport aux autres moyens de la PDS est coûteuse et improductive
2	pour les gardes accès direct au médecin de garde, et régulation par le 15 (CALEPSO)
3	Les rapports avec les urgences de l'hôpital sont de + en + difficiles, ces dernières ayant tendance à renvoyer les patients vers les médecins traitants, lesquels ne sont pas toujours disponibles...
4	INCOMPATIBILITE ENTRE LES HEURES DE PRESENCE DES HOSPITALIERS ET LES LIBERAUX QUAND JE PASSE A L HOPITAL VOIR UN PATIENT SOUVENT EN FIN D APRES MIDI LES MEDECINS HOSPITALIERS SONT RAREMENT LA DEMOTIVATION TOTALE POUR LES GARDES LES URGENCES LES SUTURES LES CHOSES INTERESSANTES SONT DETOURNEES PAR LA REGULATION AU PROFIT DE L HOPITAL UNE GARDE C EST SOUVENT REGARDER PASSER LES AMBULANCES SANS ETRE APPELLE
5	Pourquoi les projets de maison médicale de garde, si possible à l'entrée des urgences hospitalières, ne peuvent-ils être mis en place sur Tours ? c'était la demande prioritaire des MG, couplée à la régulation effective des gardes. On laisse se former des Upatou en libéral et des consultations SOS médecins dans l'enceinte du CHU. Comment s'étonner que les MG urbains ne fassent plus de garde ?
6	une idée pour les urgences : serait-il possible de "trier" les patients en fonction de l'existence ou non d'une lettre d'un médecin ayant vu le patient à son domicile, je pense que cela pourrait éviter les attentes quand une "ébauche" de diagnostic a déjà été faite
7	Je trouve le système SAMI complètement stupide, comment considérer ça comme une "permanence" de soins alors que l'on ne se déplace pas auprès des patients les plus à risque (personnes âgées, malaise, agitation...) et que cette "permanence" n'est pas continue. Notre rôle dans un SAMI est seulement de faire de la consultation simple comme elle doit-être faite en journée (d'ailleurs je gère plus d'urgences vraies en journée que du temps où je faisais mes gardes). Le principe du SAMI n'est donc que de donner bonne conscience (et aussi des bonnes notes) aux conseils de l'Ordre et autres intervenants qui organisent cette mascarade. Mon secteur dispose d'un service de garde type SAMI alors qu'il existe déjà deux services de garde à domicile, je trouve donc ce système du SAMI sur mon secteur d'autant plus stupide, des intervenants dont la fonction première est tout de même l'urgence et le service 24/24. Je n'ai absolument rien contre le fait de faire des gardes, j'ai même fait du SOS plusieurs années avant de m'installer en temps que MG mais il faut coordonner la permanence de soins de manière intelligente pour les patients et les médecins et non pas en fonction des bon-points que veulent se faire attribuer les conseils de l'Ordre, les préfets et les caisses en se montrant comme des enfants modèles auprès des ministères. Je ne participe donc pas à ses pseudo "gardes" pour ces raisons.
8	pour nous médecins généralistes 2 types d'admission - en urgence les admissions passent par le service des urgences :RAS - admissions semi- urgentes et programmées devraient pouvoir se faire directement dans les services spécialisées ( cardio, gastro, med. interne, géronto, chir.générale ....) grâce à une consultation de pré admission auprès d'un médecin du service qui pourra programmer les examens complémentaires
9	les durées d'hospitalisation étant de plus en plus brèves, il est de plus en plus difficile d'avoir le temps de s'y rendre, il me faut bénéficier d'une 1/2 journée sans travailler pour pouvoir m'y rendre compte tenu des distances la régulation se fait dans mon département via un n° dédié, soit au centre 15, soit de façon déportée. SOS médecin n'existe pas ici, sa présence est responsable d'une consommation dévoyée
10	Exercice médical mixte Libéral/Salarié du privé. La régulation du 62 est exclusivement libérale (15bis) ce qui nous protège bien des "sorties poubelles" déclenchées par le 15 hospitalier selon la bien connue règle de la "patate chaude".
11	régulation par le CRAL régulation libérale et libérée en dehors et à côté du SAMU Centre 15 pas le temps d'aller voir le patient en établissement
12	je pense que le passage obligé chez le généraliste avant de se rendre aux urgences pourrait désengorger celles-ci exception faite bien sur des personnes prises en charge par les pompiers par exemple
13	Ce sont les patients qui vont spontanément aux urgences qui encombrer les urgences. Dans notre secteur l'accès aux soins marche bien en semaine et en garde sauf pour les demandes manifestement abusives qui elles aboutissent souvent aux urgences. Alors comment éduquer les malades?

#### e. Divers

1	l'hôpital n'est pas la vie. Le domicile oui.
2	quand je vais à l'hôpital c'est pour mon patient ET pour rencontrer l'équipe soignante
3	je réduis les visites à domicile et mon activité à l'extérieur de mon cabinet au strict minimum
4	Il ne faut SURTOUT PAS que la visite à l'hôpital soit rémunérée (faudra-t-il un jour en arriver à codifier le sourire, la poignée de main, l'accolade, le clin d'œil ?)
5	En tant que remplaçant je n'ai pas l'occasion de me rendre à l'hôpital.
6	C'est un vrai champ de notre activité de médecin traitant. La coordination des soins est à ce prix. Un coût de visite à l'hôpital mais une réelle économie de santé à terme : pas de redondance, pas de consultation type "interprète", une ordonnance et une seule "intelligente", un gain de temps pour tous
7	Je ne sais pas la raison de ce questionnaire ?? Vous savez bien que la mort de la médecine Générale est programmée, que les "Pseudo-Services- Urgence" se développent +++, signant notre mort. Avec ce cher PELLOUX qui à force de pleurer me fait de la peine!
8	Aller à l'hôpital est pour moi insupportable
9	la visite des patients hospitalisés : cela fait partie des obligations morales cela fait partie de notre civilisation ou plus largement de la civilisation occidentale si vous voulez vous faire rémunérer c'est un autre débat entrant dans le concours aux soins
10	En fait, ne changerait pas ma pratique, mais matérialiserait par sa reconnaissance, un travail qui est -j'ose le dire- hyper efficace dans le parcours du patient.
11	L'hôpital récolte ce qu'il a semé : concurrence déloyale vis à vis des libéraux pour attirer les patients dans les années 85 à 95 par la généralisation des soins gratuits et tiers payants. Résultat aujourd'hui : Urgences hospitalières débordées...
12	LA rémunération reconnaîtrait le temps de concertation avec l'équipe soignante et de visite au malade
13	J'aurai répondu très différemment il y a 15 ans. Actuellement j'ai un réseau solide de correspondants avec qui je communique par différents médias mais surtout l'écrit : 95 % des problèmes sont réglés ainsi. Pour les patients hospitalisés sans mon intervention ou dans des domaines où mon réseau personnel est faible je crois qu'un lien direct ne changerait rien : ce qui pose le plus problème et perturbe le plus la santé de mes patients ce sont des décisions (dont prescriptions) inadaptées qui sont liées à une profonde faille dans la formation des jeunes médecins et leur dépendance / firmes pharmaceutiques et aux autres produits de santé (des prothèses aux appareillages diagnostiques ou thérapeutiques.
14	bien reçu par les hospitaliers
15	je facture ma visite à l'hôpital directement à la CPAM
16	De mon expérience, j'ai constaté que la visite aux patients hospitalisés améliore les relations avec les médecins hospitaliers et semble renforcer l'attention auprès de nos patients .Le regard du médecin traitant évite certains abandons et favorise une meilleure prise en charge du patient.
17	Le système de garde de ma commune s'est arrêté 3 mois après que j'arrête moi même. Age moyen de généralistes : 54 ans environ. Depuis 2000 dix départs à la retraite et seulement trois nouveaux, beaucoup de réseaux efficaces donc beaucoup de soirées déjà prises par leurs réunions....
18	Une meilleure pertinence des recours à l'hôpital nécessite de développer l'éducation des patients (campagnes d'info gd public) sur
19	La rémunération serait légitime, même si je le fait déjà comme ça.
20	tout dépend de ce que l'on met sous le vocable "hôpital": en ce qui me concerne je dispose dans mon village d'un hôpital local où j'hospitalise et soigne mes patients en "médecine" pour les pathologies que je peux prendre en charge moi-même; et où je les suis également en Service Soins de Suites (SSR) quand ils reviennent en convalescence d'une autre structure (CH: médecine de spécialité ou chirurgie). mes réponses aux questions ci-dessus ne concernent donc que mon attitude vis à vis des CH, sinon dans "MON" hôpital local, je les vois tous les jours...!!!
21	Une activité de praticien attaché à l'hôpital permet de résoudre simplement la plupart des difficultés rencontrées entre ces deux mondes. Contact direct avec l'équipe soignante, visite des patients, suivi régulier pendant le séjour, prise en charge plus facile des patients par les médecins connus, etc..... et un salaire plus en adéquation avec le temps que représente la visite d'un ou de plusieurs patients.
22	en effet pourquoi ne pas rémunérer ce temps éventuel qui l'était autrefois
23	hôpital/ville : éternel débat; j'ai participé aux gardes hospitalières: mal rémunérées seule et sans aide aucune, j'avais l'impression d'être la "poubelle" des hospitaliers: j'ai stoppé d'autant que le lendemain au cabinet j'étais en vrac (difficile de partir "à l'heure" quand le service est plein)
24	En fait l'hôpital appelle aussi, cela dépend bcp des praticiens, certains l'appellent. Au delà de l'équipe, il est évident que j'aime bien aussi conforter mes relations avec les patients. Les patients ressortent souvent trop vite, sans bilan complet (donc mal évalués), avec des rendez-vous qui provoqueront d'autres transports et retarderont l'évaluation... et la prise en charge. Notre passage peut parfois recadrer les problèmes...
25	La régulation des gardes est assurée par ARMEL (association de médecins généralistes libéraux régulant les appels).
26	Je n'avais jamais songé à me faire payer les visites sur le CH.

27	Je n'ai pas l'impression d'abandonner les patients, trop nombreuses sont les visites 'commerciales'. Les rapports avec les hospitaliers sont bons, et les échanges téléphoniques fréquents.
28	Je considère comme important le fait d'aller voir ses passions hospitalisées car cela change d'attitude du personnel soignant vis-à-vis du patient : ce n'est plus le lit 17 mai le patient du Dr machin qui est venu le voir. Cela est de moins en moins possible car il n'est pas possible de se garer à l'intérieur des Hôpitaux même avec le caducée (on se demande à quoi il sert !)
29	je vais rarement voir les patients lorsqu'ils sont dans des services dont je ne connais pas l'équipe (hospitalisé en urgence ou par un confrère spé)
30	je suis également hospitalier partiel je ne prends pas de gardes car: je suis disponible pour mes patients (mon n° de dom figure sur mes ordonnances) et je cherche à éviter le grand nombre d'appels injustifiés en urgence, phénomène développé et encouragé par les services de garde et l'hôpital (genre la grippe...)
31	C'est un peu particulier dans mon cas puisque je fais des gardes hospitalières aussi et qu'à cette occasion je peux rendre visite à mes patients
32	cela me paraît fondamental d'aller voir les patients hospitalisés. Si c'était rémunéré cela serait mieux, car on passe bcp de tps et c'est un acte à part entière
33	je n'ai pas de position figée, ma visite dépend du type de pathologie et de lien avec le patient ! ex : 3 fois en secteur stérile pour patiente leucémique qui vivait mal l'isolement / famille ...

## 2. Améliorer le pilotage de l'hôpital

### a. Pas d'opinion sur le sujet

1	je ne comprends pas la question
2	Je ne comprends pas la question. Qu'est-ce que le pilotage de l'hôpital?
3	ne sais pas
4	Pas de commentaires nous ne dominons absolument rien de ce grand gouffre financier que représente 50% des dépenses de santé ... A quand une comptabilité réellement indépendante ?
5	Késaco le "pilotage" de l'hôpital ? le direction ? l'encadrement ? les relations avec les médecins du secteur ? la réorganisation interne des personnels et des services , des pôles ?
6	pas d'idée sur le sujet
7	?
8	Méconnaissance du sujet
9	pilotage??
10	on devrait leur faire découvrir qu'il existe aussi un secteur autre que le leur, que le patient reste le principal objet de soin et non l'organe les choix pouvant changer quelque chose sont politiques et non influençable à notre niveau.... 35 ans dans les soins déjà et complètement désabusé.....
11	est-ce possible?
12	Trop tard. Planning NATIONAL. Et vous le savez.
13	C'est quoi le pilotage de l'hôpital ?
14	Je ne comprends pas ce jargon administratif. L'hôpital n'est pas un véhicule.
15	Chacun son métier et je ne souhaiterais pas non plus que l'on me dise comment je dois m'organiser dans mon Cabinet .....
16	????
17	aucun commentaire je suis un médecin généraliste libéral non hospitalier
18	??? c'est l'hôpital qui pilote ???
19	question non comprise
20	Quoi ???
21	QUE VOULEZ VOUS DIRE PAR PILOTAGE ? IL YA T IL UN PILOTE DANS L AVION HOPITAL??SONT IL CAPABLE DE SE GERER ET DE RESORBER LEURS DEFICITS ALORS QUE NOS POLITIQUES NE SONT PAS CAPABLES DE REMBOURSER OU EPONGER LA DETTE DE NOTRE PAYS
22	No comprendo ? L'hosto est-il une formule un, un jumbo jet ? ou une caisse à savon ?
23	je n'ai pas d'opinion sur ce sujet

24	y a t il un pilote dans l'avion ???
25	qu'est-ce que ça veut dire, au juste, pilotage de l'hôpital?
26	?
27	ça veut dire quoi le pilotage de l'hôpital?
28	La question est trop ouverte et pas assez précise
29	ouille ouille! bon courage
30	je ne me permets pas de donner mon avis sur un sujet que je connais mal et qui ne me concerne pas directement. Ca m'énerve bien assez quand j'entends les hospitaliers nous expliquer comment nous devons fonctionner en ville ! Je ne vais pas faire comme eux !
31	trop compliqué pour moi
32	Je ne comprends pas cette question
33	aucune proposition vue la carence en lits de l'hôpital
34	N'ayant aucune idée de la structuration des hôpitaux je ne peux pas faire de proposition ; mais n'est-ce pas à l'hôpital à se piloter par lui même ?

## b. La direction de l'hôpital

1	les élus locaux ne doivent plus présider au CA d'un hôpital ; l'implantation et le plateau technique d'un hôpital ne peuvent plus dépendre en 2007 d'une politique locale, mais répondre à des besoins de santé régionaux.
2	- débarrasser les hôpitaux locaux des considérations politiciennes habituelles - renforcer l'autorité des chefs de service (plutôt que celle des services administratifs et/ou d'une infirmière major).
3	rendre aux chefs de service la plénitude de leur rôle de chef, plutôt que de déléguer à l'administration
4	Associer des libéraux à la CME (donner des avis sur les manques de lits pour faire hospitaliser nos patients, expliquer aux hospitaliers comment IL FAUDRAIT communiquer avec nous -dans le même temps qu'il y a un travail à faire auprès des confrères libéraux sur la façon de communiquer avec l'hôpital !-
5	Les rendre plus autonomes avec une direction simplifiée
6	Je ne suis pas sûr de comprendre le sens de la question Pour moi L'hôpital doit répondre aux besoins de la population comme plateau technique et avis spécialisé. Les patients sont représentés dans les CA des hôpitaux , je ne crois pas que les MG du territoire le soit. On parle beaucoup lien ville hôpital mais les sorties hospitalières sont toujours aussi mal organisée. Nous sommes prévenus des décès des patients par courrier 1 à 2 semaines plus tard...les familles ne pensant pas toujours non plus à nous prévenir alors que nous pourrions les aider dans ces moments difficiles. réclamons une place au médecin généraliste dans l'équipe soignante en réclamant un contact systématique téléphonique , temps de concertation financé , un temps de représentation au sein de la CME et du CA de l'établissement.
7	clairement, le maire ne doit plus être le pdt du CA. L'hôpital doit être géré comme les cliniques. Un CA où le président serait le financeur ( le représentant de l'ARH? ou de l'ARS?) avec les autres membres habituels, médecins, infirmiers, cadres santé, usagers, DDASS, trésorier, etc....
8	Le Maire ne doit plus être automatiquement patron de l'Hôpital régional Les Médecins libéraux doivent être intégrés dans le Comité de pilotage
9	Médicaliser l'administration gestionnaire.
10	1- séparer le " soin , le médical ... " de la restauration - hôtellerie 2- confier l'hébergement au privé ... avec possibilité de " plusieurs vitesses " comme dans les loisirs, les vacances , les voitures ... le patient peut choisir Formule 1 ou Mercure ou Sofitel ... en fonction de ses revenus ... avec remboursement possible par sa mutuelle ... selon la prime payée ... MAIS par contre 3 - le plateau de soins => UNE seule vitesse : les mêmes soins pour tous ... 4- le ministère de la santé n'a pas à s'occuper des draps sales ... avoir des représentants des médecins de première ligne au CA des établissements de soins cogestion ville - hôpital des plateformes d'appels 15 - 33.33 pour éviter l'envoi des patients exclusivement vers les urgences hospit où convocation pour consultation auprès des spé hospit et suivi par eux ... et éviter le " détournement " des clientèles vers le public because la T2A ....
11	Rien d'efficace sur le court terme. Le pilotage doit se faire au niveau régional et local à partir d'un canevas imposé : analyse des besoins, etc solutions. Mais quels décideurs ? Dans le 69 je vois des lobbies mais personne porteur des intérêts des patients et des soignants
12	des généralistes libéraux invités aux CME
13	JE PENSE QUE SEULS LES MEDECINS CONNAISSANT L'INDIVIDU LES PATHOLOGIES ET SES RESSOURCES PEUVENT PESER DANS LA REPARTITION DES BUDGETS ET DANS LES BESOINS EN PERSONNELS DANS LES SERVICES LES MEDECINS DOIVENT REPRENDRE LE POUVOIR A L HOPITAL ET DANS TOUTES LES STRUCTURES DE SOINS PUBLIQUES OU PRIVEES

14	Diminuer l'emprise administrative ; favoriser le retour aux soins
15	accorder des moyens financiers et humains suffisants à l'hôpital public qui doit rester d'un accès facile à tous les patients en ayant besoin (de + en + confronté au secteur 2 ds le privé!) tout en assurant ses missions d'enseignement de recherche
16	DES Médecins de ville dans la CME, des discussions ville hôpital concernant le traitement et la prise en charge du patient, participation du médecin traitant au staff pluri disciplinaires de cancérologie!!!
17	La seule façon d'améliorer les rapports ville hôpital est de faire revenir les libéraux à l'hôpital, tant au niveau des équipes soignantes, que des instances qui les pilotent. Redéfinir le rôle de l'hôpital sans y prévoir une place pour la médecine générale revient à essayer de faire fonctionner un couple incapable de se rencontrer.... ça ne peut pas marcher..
18	FAIRE SIEGER UN OU DES MG EN CME ET EN CA DES HOPITAUX IMPOSER LE MEMES REGLES DE BONNE PRATIQUE A L HOPITAL ET EN MEDECINE DE VILLE ET C'EST LE TRAVAIL DES PRATICIENS CONSEILS
19	Gestion de type "clinique privée" Réduire fortement la pléthore administrative. Rapprocher le plus possible des chiffres du privé, le rapport "Blouses-blanches" / "autres personnels" Réguler d'urgence l'accès aux...URGENCES
20	une redéfinition des missions complémentaires de l'hôpital et des cliniques serait souhaitable ainsi que leurs éventuelles coordinations
21	Mutualisation des moyens humains en personnel soignant, permettant d'amortir les à-coups d'activité et des différences d'activités selon les services.
22	accès, en nombre suffisant et avec droit de vote effectif des libéraux aux commissions d'établissement

c. Réorganiser le fonctionnement de l'hôpital et instaurer une collaboration avec la médecine libérale

1	il est indispensable de pouvoir communiquer avec l'hôpital par messagerie électronique
2	1°)coordonner les fonctionnements des différents services de manière à ce qu'il ne faille pas minimum 1 semaine pour faire 3 examens complémentaires... 2°)diminuer les places des services de spécialités au profit de services de médecine "polyvalente" et gériatrie dont nous avons le + besoin (avec des médecins généralistes/gériatres comme chefs de service)
3	AVOIR ACCES AU DOSSIER INFORMATIQUE DU PATIENT ETRE INFORME PAR FAX OU MAIL EN CAS D HOSPITALISATION DANS LES 24H
4	Faire un hôpital 2.0 C'est à dire valoriser la qualité en fonction des jugements des soignants et des patients, et non de critères techniques sans intérêt. Google a révolutionné le Web en n'utilisant que ces critères, on ne le copie pas assez.
5	Il faut instaurer l'esprit du privé dans le secteur public par rapport au patient. Chaque malade entrant doit être confié à un médecin qui assumera la responsabilité du patient tout au long de son hospitalisation, même s'il délègue la prise en charge à d'autres praticiens (ex: un patient porteur d'un orteil gangrené adressé en chirurgie vasculaire pris en charge par le médecin senior X qui devient son référent consulterait un diabétologue, un cardiologue, un alcoologue...)
6	amener les hôpitaux à intégrer des médecins libéraux dans leurs équipes de réflexion et d'organisation
7	- Etablir une relation stable entre l'hôpital et la pratique ambulatoire - Intégrer les médecins généralistes dans les décisions hospitalières concernant l'accueil des soins inopinés - Articuler les soins hospitaliers et les soins ambulatoires à la sort
8	Les fermetures de lits et d'urgences quand elles existent ne sont pas acceptables. Le médecin ne peut être une roue de secours voire le bouc émissaire d'une misère voulue et organisée
9	Pour désengorger les urgences, il faudrait des "pré-urgences", pourquoi pas assurées par les libéraux volontaires, mais sûrement pas financées par eux.
10	rappeler aux personnels de l'hôpital que leur mission est de soigner
11	Le médecin traitant devrait participer à la décision de la prise en charge de la sortie de l'hôpital de ses patients.
12	Imaginer une information partagée par téléphone (le médecin chu appellerait quand il peut dans la journée) Un correspond par service à contacter ou laisser les coordonnées et il rappelle pour hospitalisation en direct ou au moins en accéléré via les urgences
13	Agir comme le font les cliniques, avec déontologie (mot inconnu de l'hôpital), courriers de liaison, informations détaillées: elles doivent bosser pour vivre... ELLES !

14	Accès téléphonique parfois difficile de l'interlocuteur demandé Lien internet encore balbutiant, ça pourrait être utile pour parler du patient hospitalisé ou du suivi du patient hospitalisé
15	REDEFINIR LES MISSIONS DE L HOPITAL QUI FAIT TROP DE MEDECINE GENERALE ET DU COUP N A PLUS LE TEMPS DE S OCCUPER DE SES VRAIES MISSIONS(URGENCES AVIS SPECIALISES EXPERTISES....) EN FINIR AVEC LES 35H ET LA PERVERTION DES PERSONNELS A FORCE DE COMPTER LES HEURES LA MENTALITE DEVIENT DEPLORABLE POUR NOUS LES LIBERAUX TROUVER UN OUTIL DE COMMUNICATION ENTRE L HOPITAL ET LES LIBERAUX AVANT DE PENSER AU DMP IL FAUDRAIT CHANGER LES MENTALITES ET APPRENDRE A COMMUNIQUER NE SERAIT CE QUE REMPLIR UN DOSSIER PAPIER ON APPELLE CELA TRAVAILLER EN RESEAU
16	Amélioration des échanges d'information : Apicrypt hautement souhaitable car simple et efficace ; hors de question d'utiliser un système plus complexe, celui-là ayant fait ses preuves au niveau des laboratoires d'analyses notamment. Intérêt également de sites internet des hôpitaux avec accès sécurisé pour le médecin (prise de RDV, envoi d'informations par Apicrypt, informations sur les compétences spécialisées ++ etc)
17	Associer les soignants de proximité aux décisions (en conformité avec la loi ce serait déjà un minimum) pour optimiser les soins. Préparer les sorties avec les soignants ambulatoires éviterait des réentrées précoces.
18	TRÈS MAUVAISE COMMUNICATION TÉLÉPHONIQUE, SYSTEME ARCHAÏQUE, PAS DE COURRIER PAR APICRYPT. courrier parfois très lent
19	A quand un annuaire des services hospitaliers "spécial confrères" avec le nom des différents intervenants des services; A quand l'unification des noms de services (pour ne pas passer du service de gastro-entérologie dans l'hôpital x à l'unité de soins des pathologies digestives dans la clinique y, ce qui fait perdre un temps fou en recherche d'un hôpital à l'autre....) pas compliqué à mettre en place
20	Aux urgences faire un accueil différencié pour les malades arrivant avec un courrier de leur médecin et les autres consultants.
21	Chaque malade doit sortir avec ses examens. L'apparition de la T2A vient troubler les choses puisque x examens se font en externe pour lisser les postes de dépenses. Chaque SAU devrait donner tous les examens effectués au patient même non vus par un PH et ces examens sont alors sous la responsabilité du MT qui les lit. On gagnerait du temps et de l'efficacité
22	Il est indispensable que des numéros de téléphone dédiés aux médecins soient mis en place pour permettre le dialogue avec les médecins hospitaliers.
23	Intégrer de façon plus importante les médecins de ville dans le fonctionnement des hôpitaux locaux Tenir compte de l'avis des MG pour établir les priorités dans le fonctionnement de l'hôpital local
24	la communication ville-hôpital est très insuffisante. Aussi bien dans un sens que dans l'autre. Les nouvelles technologies permettraient-elles de l'améliorer ? ou bien les mœurs hiérarchiques sont-elles des obstacles définitifs ?
25	j'espère que le DMP améliorera la com entre les 2 univers
26	diminuer le gaspillage (prendre en compte ce qui a été effectué avant l'hospitalisation ne pas multiplier les examens)
27	avec le système de médecin traitant les hôpitaux devraient prendre contact systématiquement avec le Med traitant en cas d'admission urgente ou non programmé à mon avis.
28	communication Hôpital / ville difficile ++, bien souvent pas de CR quand le patient sort des lits tampons des urgences , latence +++ pour obtenir les CR des services hospitaliers
29	Les services hospitaliers du CHU sont très inconstants (cela dépend des services) dans leurs courriers notamment de sortie. Ceci pourrait être en rapport avec la responsabilité des chefs de service, qui sont ou pas motivés dans leur relation avec les libéraux et la continuation des soins.
30	INFORMATISATION DES HÔPITAUX. Correspondance via Courriels. Mise en commun par fichier électronique des examens réalisés (hors DMP). CREATION d'un poste de "facilitateur-coordonateur" par hôpital, chargé de fluidifier-regrouper les R-V, mener à bien demandes de renseignements non urgents , regrouper les info colligées dans les différents services , notifier les absences ou les lits disponibles , et LES DELAIS ...
31	intégration des MG dans la démarche d'hospitalisation: OUI OUI OUI au MG régulateur du centre15: faisant des gardes dans les deux secteurs (celui de MG, et celui du SAU Service d'Accueil des Urgences), l'activité des deux gardes est complètement dépendante de celle du médecin régulateur: si c'est un MG il saura bcp plus s'appuyer sur le MG, ce que ne fait pas un jeune assistant sorti de son Internat hospitalier.
32	Nombreux patients vont aux urgences pour des problèmes de médecine générale Le secteur hospitalier en général favorise cet état de fait, quoiqu'en disent certains, pour améliorer le budget annuel. Quand fera-t-on payer les soins externes hospitaliers?
33	participation plus active du MT dans les décisions importantes de soins d'un patient par ex en cancérologie en soins palliatif en indication chir
34	PILOTAGE? POUR LES SERVICES D'URGENCES JE PROPOSE REGULATION POUR TOUS AVANT ACCES AUX URGENCES
35	améliorer la régulation 15 pour les admissions directes par ambulance voire par SAMU, sans que le médecin de garde du secteur ne soit sollicité
36	communication ville hôpital plus rapide avec messagerie apicrypt

37	Le changement, arrivée, départ d'un médecin hospitalier n'est jamais annoncé aux médecins libéraux dans l'échelle de communication.
38	obligation pour l'hôpital et/ou la clinique d'appeler dans les 24 heures suivant l'admission, les généralistes sont bien mieux joignable que les hospitaliers en RTT permanent!!!!
39	laisser à chaque médecin sa spécialité. ex : les consultations post-urgences doivent être faites par des traumatologues et non laissées à la responsabilité de MG, Les RX devraient être interprétées et donner au patient rapidement au lieu de renvoyer une fracture du col fémoral au domicile
40	un numéro de code pour chaque patient hospitalisé attribué à l'entrée une communication possible par internet sans mention de nom, uniquement sur le numéro , sans besoin de cryptage. C'est possible immédiatement.
41	les médecins hospitaliers sont difficilement joignables, ils devraient aussi venir voir le boulot que fait le médecin en ville et prendre compte du contexte de social des patients.. c'est toujours un sens unique pour l'instant.
42	faire admettre à l' hôpital que la ville soigne aussi correctement des patients , que nous sommes capables de suivre ,de surveiller l' évolution des pathologies avec l' aide et les conseils des hospitaliers , que la majorité de la population est en dehors de l' hôpital t que c' est nous qui la prenons en charge. limiter l'accès direct aux Cs externe
43	Envoi par courrier électronique courrier médical Faciliter contact avec médecins hospitaliers (tél)
44	Aucune sortie du patient sans avoir accord du MT (ou au moins l'avoir prévenu) avec le CR d'hospitalisation dans la poche du patient. N° d'appel (non surtaxé svp ) direct avec les médecins hospitaliers ou répondeur réservé pour avoir la certitude d'un rappel dans un délai raisonnable
45	la ville et l'hôpital sont deux mondes séparés avec téléportation du patient entre les deux. Ce qui ne va pas c'est les mentalités, pas des obstacles matériels. Un hospitalier prendra tous les avis possibles au sein de sa structure sans même s'imaginer une seconde que nous ayons les infos qu'il cherche, au pis une compétence qu'il pourrait exploiter. Il ne font appel que quand ils sont bloqués, pas de façon automatique :on pourrait pourtant dialoguer systématiquement en utilisant un outil inventé à la fin du 19ème ( le téléphone ). Si on téléphone c'est plutôt perçu comme inquisitorial. Accessoirement enseigner au personnel à se servir d'un téléphone : 1) ne pas dire "allo" mais "allo ici l'aide soignante du service untel". Ce qui éviterait de répéter l'histoire clinique du patient pour la 10ème fois à la mauvaise personne du mauvais service, car on a été relié x fois. 2) leur apprendre à faire des transferts de poste, on est systématiquement coupé par des débutants (normal c'est les seuls qui décrochent...).
46	Le MG devrait rencontrer le spécialiste hospitalier lors d'un staff rémunéré pour les patients qui présentent une pathologie importante.
47	Réguler l'entrée comme on régule les gardes
48	Une collaboration avec les médecins du service permettrait de mieux éclairer ces derniers sur les antécédents et aussi la façon d'appréhender le sujet à propos de ses pathologies et de la façon de gérer les examens complémentaires, le traitement et l'observance. C'est nous qui connaissons le mieux le patient et son psychisme. Collaboration..!! Cela permet aussi de programmer des hospitalisations plutôt que d'hospitaliser en urgence, la main forcée.
49	arrêter les entrées libres aux urgences des hôpitaux. l'entrée doit ce faire soit en cas d'urgence par la régulation centre 15 (pompiers samu) soit adresse par un médecin libéral ou d'institution.
50	arrivé aux urgences, le malade est envoyé dans divers services de proximité, sans beaucoup de précisions.
51	Rendre opérationnel le DMP le plus vite possible, et inciter les hospitaliers à s'y référer afin de ne pas prescrire les examens en doublons ou triplets. Inciter fortement une maîtrise comptable, de la même manière qu'on nous l'impose en ville. Responsabiliser les médecins et internes aux prescriptions en générique, aux bons usages de l'ordonnancier bizonne serait un (tout petit) premier pas. Abandonner les 35 h qui ont été une catastrophe à l'hôpital. Que les administratifs travaillent plus (j'en ai marre de ne pouvoir joindre personne dès 15 h 30-16 h). Ce serait bien que les collègues hospitaliers soient plus facilement joignables pour des conseils au téléphone.
52	communication infernale avec le CHU d'ou appel le plus souvent possible aux spécialistes libéraux et cliniques impossible d'avoir le médecin au tel RV hospitaliers dans des délais délirants courrier avec trois à six semaines de retard la qualité des soins n'est pas remise en cause, mais la communication est LAMENTABLE il faudrait que dans chaque service hospitalier on puisse joindre à tout moment au moins Un médecin de ce service réfléchir à la possibilité d'hospitaliser un patient directement dans un service sans passer par les urgences
53	courrier obligatoire 8 jours après sortie
54	Un contact (mail puis tel au moindre besoin) dès l'entrée du patient. Tenir le med tt au courant des événements majeurs pendant l'Hospit ... et en temps réel, car c'est souvent lui qui rassure ou informe la famille ! ... quand il a des infos !
55	réunions villes hôpital à développer ou par le biais d'enquêtes préliminaires
56	Que l'hôpital appelle systématiquement le médecin traitant pour un partage d'informations.
57	Coup de fil automatique pour l'évolution d'un cas grave (parfois on n'est même pas prévenu d'un décès!) -mise au courant des transferts (en cas de transferts multiples le médecin traitant perd carrément la trace de son patient)-avoir des lettres de sortie plus rapidement et si possible par mail pour diminuer la charge de scannage - les systèmes intranet ne servent quasiment à rien pour l'instant

58	tout cela emble désorganisé par absence de responsabilité des médecins hospitaliers englués dans de multiples tâches et contraintes l'accès direct par les urgences est source de gabegie et l'absence de réseaux de suivi pour les pathologies complexes embouteille le système
59	Idem.. passerelle Ville Hôpital missionnée pour auditer chaque bassin de Vie (échanges informatisés satisfaisant ou non, protocoles de sortie 48H, etc) Chaque Hosto devrait disposer d'un Webmail accessible aux médecins du coin (éventuellement par authentification CPS pourquoi pas c'est faisable)
60	Il est proprement effarant qu'on ait les plus grandes difficultés à faire admettre un patient dans son service de destination : les confrères hospitaliers nous disent envoie-le aux urgences, même quand le diagnostic est posé et qu'il faut juste mettre en place un traitement qui ne peut pas être fait en ambulatoire. Après ça on dit partout que les urgences sont surchargées alors que la surcharge de l'accueil des urgences est organisée structurellement par de telles aberrations au détriment du tri et de l'accueil des vraies urgences qui en pâtissent. est-ce pour gonfler par de gros effectifs de patients de passage les budgets du service urgences ?
61	Améliorer l'accueil qui est actuellement désastreux
62	participation des généralistes
63	qd les hospitaliers nous considérons comme des spé
64	l'hôpital ne signale jamais les changements, nomination départ, etc ... des médecins et chefs de service; nous connaissons à peine les services, en dehors des courriers reçus après hospitalisation
65	améliorer la communication (courriers téléphone fax mail, etc...) des hôpitaux public vers les médecins de ville est une nécessité.
66	il faut mettre en place une régulation à l'accès des urgences des hôpitaux
67	- révolutionner la prise en charge des urgences : mise en place de structures intermédiaires plus légères de type dispensaire et/ou maisons médicales pour le "tout venant" qui doit être refusé par les services d'urgences - mise en place d'une structure c
68	On nous demande de stocker les informations relatives aux patients dans les dossiers. L'hôpital dispose d'informaticiens, de secrétaires, d'internes et d'ordinateurs et est incapable de nous permettre d'accéder en ligne aux résultats concernant un patient. Ceci n'est pourtant pas bien compliqué et pourtant il faut attendre 2 à 4 semaines après la fin de l'hospitalisation avant d'avoir un compte rendu.
69	il est difficile d'éviter à un patient le passage par les urgences pendant des heures parfois on manque de temps et donc de disponibilité pour appeler les services qui souvent n'ont pas de lit dispo hors passage par urgences
70	1) Eviter les "usines à gaz" couteuses chronophages et inefficaces 2) partir de la réflexion des uns (ville) et des autres (hôpital) qui seront collectées très bientôt aux Etats Généraux
71	Associer des libéraux à la CME (donner des avis sur les manques de lits pour faire hospitaliser nos patients, expliquer aux hospitaliers comment IL FAUDRAIT communiquer avec nous -dans le même temps qu'il y a un travail à faire auprès des confrères libéraux sur la façon de communiquer avec l'hôpital !-
72	permettre de pouvoir communiquer avec les médecins hospit + facilement et qu'ils pensent que nous ne sommes pas que "des médecins de bases"
73	idem prévenir systématiquement les médecins, au moins ceux qui le veulent de l'hospitalisation ou la sortie (et où) de leurs patients, cela éviterait des erreurs de diagnostic et des examens inutiles et répétés pour rien
74	Je ne suis pas sûr de comprendre le sens de la question Pour moi L'hôpital doit répondre aux besoins de la population comme plateau technique et avis spécialisé. Les patients sont représentés dans les CA des hôpitaux, je ne crois pas que les MG du territoire le soit. On parle beaucoup lien ville hôpital mais les sorties hospitalières sont toujours aussi mal organisée. Nous sommes prévenus des décès des patients par courrier 1 à 2 semaines plus tard...les familles ne pensant pas toujours non plus à nous prévenir alors que nous pourrions les aider dans ces moments difficiles. réclamons une place au médecin généraliste dans l'équipe soignante en réclamant un contact systématique téléphonique, temps de concertation financé, un temps de représentation au sein de la CME et du CA de l'établissement.
75	accès par internet au dossier patient!!
76	Pouvoir dans toutes les spécialistes avoir un référent contact pour discuter des cas " critiques" Pouvoir avoir accès via internet au Cr, au bio et autres examens faits à l'hop, aux urgences etc
77	généralistes intégrés dans les décisions concernant les soins donnés aux malades, participation aux urgences de médecine générale hyper fréquentes à l'hôpital.... (je ne fais plus de gardes depuis 1 an car je suis devenue maman)
78	Presque jamais tenu au courant des transferts et des complications. Délai inacceptable pour les courriers Difficulté fréquente à contacter personnellement le médecin hospitalier ++
79	Tenter de faire comprendre que l'hospitalisation est un choix dicté par l'urgence (souvent) et n'est pas un choix par défaut (type je me décharge sur l'hôpital d'un problème que je n'ai envie de gérer à domicile). La gestion de l'hôpital ne relève pas de ma compétence. La prise en charge des malades que je confie à une équipe est personne dépendante, un coup de fil et une conversation directe est très souvent bénéfique pour le malade. Je n'adresse jamais un malade à l'hôpital sans téléphoner ou sans lettre.

80	les services hospitaliers ne s'ouvrent pas assez aux libéraux
81	Les médecins généralistes de secteur devraient avoir - de facto - une fonction d'attaché hospitalier. C'est souvent navrant de constater que les services spécialisés ne comportent pas de généralistes qui pourraient régler bien des problèmes dans l'efficacité et le temps d'hospitalisation... Derrière ou en dessous du chef de service spécialiste il n'y a pratiquement que des spécialistes... Ce serait une vraie révolution de considérer enfin le patient dans sa globalité et non sous le simple angle de sa narine droite ou de la pointe de son pancréas. Mais rien ne laisse imaginer qu'un jour il y ait "partage" du pouvoir.
82	la communication : à l'heure du haut débit c'est zéro, au courrier, aucun CRH par mél, tout papier. on ne sait plus qui fait quoi dans le CHU de "proximité "
83	tout accès en urgence à l'hôpital devrait être régulé, interdisant ainsi tout accès direct, par le 15 en association avec les médecins de ville, les pompiers, la police ...
84	Ils sont de plus en plus nuls, et pourtant ils continuent à se prendre pour les meilleurs, et nous pour des cons... à de rares exceptions près, les + disponibles étant les + en haut de l'échelle, peut-être parce qu'on les connaît depuis longtemps perso!
85	Les temps d'attente dans les services d'urgence sont inadmissibles. Les patients sont reçus comme des chiens. Il faut d'urgence privatiser les hôpitaux pour remettre le personnel au travail, c'est à dire au service des patients.
86	Interdire les consultations externes de l'hôpital
87	tenir au courant au moins une fois par semaine le médecin traitant on se sentirait probablement plus impliqué
88	Réduire voire supprimer les consultations externes hospitalières. Mettre fin aux reconvoqueries indéfinies des patients ambulatoires ayant eu un contact avec l'hôpital.
89	plus d'informations CH => MG (et plus rapides) plus de FMC MG=>CH et moins CH=>MG
90	LIMITER LES STRATÉGIES HIERARCHIE AU PROFIT DU PERSONNEL SOIGNANT:SECRETAIRES MULTIPLES POUR SS DIRECTEURS REORIENTER LES PATIENTS NE NECESSITANT PAS DE PASSER AUX URGENCES
91	pb d'abandon de certains services (exemple hôpital de Vittel > disparition du service cardio, plus d'anesthésistes, disparition chirurgie depuis plusieurs années, future disparition du service néphro on parle également de supprimer les urgences.... que va t-il rester ? uniquement de la géronto
92	Première chose à faire: améliorer la com avec la médecine de ville entre autres par courrier électronique Pour le reste je ne me sens pas compétent
93	il faut surtout améliorer le dialogue hospitalier médecin de ville
94	ne devraient être acceptés en consultation externe que les malades ayant une lettre du médecin traitant les services type maternité ne doivent pas convoquer systématiquement les parturientes pour la contraception qui peut être faite en ville et ne devraient suivre que les grossesses à risques
95	avoir des contacts privilégiés avec les responsables des services et ne pas se faire jeter par l'infirmière ou aide soignante qui répond au téléphone dans le service, évidemment cela dépend de la considération du chef de service pour les GÉNÉRALISTES..... (sans commentaires..)
96	Pas d'accès direct des patients
97	obligation par l'hôpital de signaler (par tel, mail, fax) l'hospitalisation du patient au médecin traitant dans les 24 heures.
98	RECEVOIR LES COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION DANS DES DELAIS DE HUIT JOURS SUIVANT LA SORTIE DU PATIENT...
99	les médecins généralistes sont toujours autant déconsidérés, nos avis sont très peu pris en compte et c'est toujours au détriment du patient. Certains comptes rendus arrivent 6 mois après l'hospit, parfois n'arrivent jamais.les radios sont difficilement consultables par nous, c'est un véritable parcours de combattant. une coordination réelle est indispensable.
100	appel systématique du service hospitalier au médecin traitant au tout début de l'hospitalisation : que de temps serait gagné (et que d'économies !)
101	Parfois un appel de l'hôpital serait une bonne façon d'entretenir les relations et le suivi des patients (appel souvent à sens unique = médecin traitant vers l'hôpital)
102	le med ttt doit aussi être le référent entre le patient et les hospitaliers car lui seul est capable d'optimiser la communication avec le patient
103	que tout patient hospitalisé par le biais des urgences signale le nom de son médecin traitant et que l'information de l'hospit soit communiquée au médecin traitant par une secrétaire dès le début de l'hospitalisation
104	je souhaiterais que les services où sont hospitalisés mes patients, me tiennent au courant de l'évolution des choses, par mail, 1 fois/semaine

105	FAIRE PAYER LES PATIENT POUR LIBERER LES URGENCES
106	l'accès au sau ne devrait être possible qu'après régulation par médecin traitant ou appel c15 (comme dans le plan pandémie ; en effet, le système de santé du pays est déjà en crise gravissime )
107	Améliorer le lien entre le médecin traitant et le responsable du service. Créer un meilleure interactivité par le lien mail. Pouvoir enfin accéder au dossier de notre malade hospitalisé!!
108	DES Médecins de ville dans la CME, des discussions ville hôpital concernant le traitement et la prise en charge du patient, participation du médecin traitant aux staff pluri disciplinaires de cancérologie!!!
109	S'inspirer du modèle canadien : que le MG continue de gérer son patient hospitalisé, qu'il décide de l'opportunité des examens, des CS, des ttt etc.
110	J'aimerais que mon courrier initial avec ATCD et traitement habituel suive le patient dans les différents services où il est éventuellement amené à séjourner au cours d'une même hospitalisation et recevoir le compte-rendu de tous les examens pratiqués et pas seulement la mention sp à côté de la mention de l'examen quelques semaines ou mois + tard. L'accès informatique au dossier en temps réel serait l'idéal
111	Réunions avec les hospitaliers (échanges de pratiques, points sur les incompréhensions/anomalies ou points positifs rencontrés)
112	PROMOUVOIR LA COMMUNICATION avec les libéraux !!!
113	ARRETONS LE GACHIS!!!AMELIORER LA RAPIDITE DES COURRIERS DE SORTIE
114	appel systématique au médecin généraliste pour faire le point sur le patient hospitalisé
115	-Pour une grande ville comme Paris, la PDS devient opérante, mais les urgences restent une chasse gardée pour l'Assistance Publique (cela alimente certainement son budget), au détriment de la qualité de l'accueil aux urgences. - Idem pour les consultations
116	Les Maisons médicales de garde sont indispensables à l'avenir et je suis prêt, à mon âge à y participer avec toute mon expérience de 30 ans d'exercice à la fois en pathologie et en médico-légal.
117	pourquoi pas de messagerie internet ?? je suis médecin référent donc si hospitalisation, je reçois un mail .pourquoi je n'ai pas accès au labo de l'hôpital via le net ?
118	Ecouter les professionnels sur le terrain (libéraux et hospitaliers qu'ils soient aides-soignants, infirmières, médecins)
119	Avoir pour chaque service un N° de tel qui puisse nous donner les renseignements et les nouvelles sans qu'il s'agisse d'une infirmière (ou un aide soignante) qui nous dise: "elle va bien" mais incapable de nous dire le résultat des examens pratiqués.
120	l'hôpital (je veux dire les CH) se porterait mieux s'il y avait des Généralistes dans les services pour assurer la coordination; et en plus il serait moins dispendieux ! les PH se contre-fichent pas mal des dépenses induites par leurs prescriptions et de ce qui se passe en aval (bizones où tout est prescrit an ALD; mépris total des DCI ou génériques; indifférence quant aux conditions de retour à domicile des patients et à leur environnement socio-familial; examens redondants ou inutilement abusifs; mépris superbe pour les médecins traitants qui ne reçoivent les comptes-rendus de séjour que plusieurs jours ou même semaines après la sortie).
121	OBLIGER les CHU à un retour d'infos RAPIDE et non 3 semaines après. Pourquoi les libéraux dans les cliniques parviennent-ils à nous renseigner dans les 3 à 5 jours après un geste chirurgical et une sortie du patient ?? Il serait intéressant d'établir un classement par indice de satisfaction des médecins envers leurs centres hospitaliers (avec retour sur le plan financier / ex )
122	avoir un n° de portable de chaque soignant hospitalier ou d'un soignant répondant dans chaque service hospitalier, comme en libéral dans certaines associations d'urgences spécialisées et le service "porte" ATOU
123	réguler l'accès aux urgences de l'hôpital : les urgences vues en ville coutent moins cher et sont mieux traitées en générale sauf la véritable urgence qui relève uniquement de l'hôpital / structures nécessaires soit 1/10 mais accepterons-t-ils de voir baisser leur activité si difficilement acquise depuis les années 80, et probablement de devoir licencier ou redistribuer le personnel ? le député-maire, patron de l'hôpital et ordonnateur des dépenses est-il aussi d'accord ?
124	Pitié un courrier de sortie ou un petit mail (ça a été fait et puis....) Prévenir bien à l'avance d'une sortie difficile à organiser (infirmières, lit médicalisé..) pas le matin pour dans 3 h!
125	- QUE L HOPITAL NE SE CONSIDERE PLUS COMME L ILOT DE SCIENCE AU MILIEU D UNE MER DE MEDIOCRITE - QUE L HOPITAL ARRETE DE TRAITER DES MALADIES ET ACCEPTE DE TRAITER AVEC NOUS DES MALADES
126	Il est scandaleux que nos patients soient hospitalisés en urgence sans que nous soyons avertis, y compris quand nous sommes de garde !!!
127	Gestion de type "clinique privée" Réduire fortement la pléthore administrative. Rapprocher le plus possible des chiffres du privé, le rapport "Blouses-blanches" / "autres personnels" Réguler d'urgence l'accès aux...URGENCES

128	L'hôpital n'a pas à piloter, c'est un réseau et nous avons même voix au chapitre; il est inadmissible qu'il se reconvoque les patients pour des soins insignifiants et qu'il hésite à se lancer dans des examens complexes et coûteux.
129	créer un poste d'un prof de santé chargé de faire le lien avec les mg on a le sentiment qu'avant l'hôpital rien n'existe et qu'après l'hôpital rien n'existe
130	création d'une maison médicale de garde assurant les permanences par les médecins généralistes, au moins du vendredi soir au lundi matin, avec les soirs de semaine, qui donc désengorgerait les urgences de l'hôpital.
131	C'est quoi le pilotage ? Si c'est la relation entre les médecins hospitaliers et libéraux je la considère comme pauvre, très pauvre, et quasi nulle dans le domaine psychiatrique
132	considérer que les communications avec le médecin traitant sont aussi essentielles qu'avec le service ou on transfère un patient pour l'information en temps réel
133	un vrai lien de collaboration ville-hôpital est nécessaire !!! Avec une confiance réciproque.
134	j'aimerais pouvoir hospitaliser un patient dans un service sans passer par les urgences
135	Intranet hospitalier accessible par les libéraux (dossier patient) et échanges électroniques de courriers (Cf Dijon et Rouen)
136	que les hospitaliers considèrent le MG comme un partenaire
137	Il faudrait plutôt privilégier la communication médecins-hospit et med-traitant par tel lors hospit. Par exemple, coup de tel syst lors hospit d'un patient à son MG ou au spé qui le suit si le motif d'hospit est lié: discussion du cas clinique et précision des antécédents et examens déjà réalisés, fax des résultats si besoin. Je pense que cela éviterait souvent des examens inutiles, et permettrait au final une amélioration de la relation ville-hôpital et très certainement un gain de temps. Mais cela nécessitera également un effort de la part de certains libéraux qui devront accepter d'être joignables, ce qui n'est pas toujours le cas. Il me semblerait intéressant d'établir pour chaque hôpital une liste de tel (type portable ou tel perso) des médecins généralistes où ils pourraient être "facilement" joignables, notamment concernant les med qui n'ont pas de secrétariat, en précisant les jours de repos habituel. Eviter de répéter systématiquement les examens, même s'ils viennent d'être faits en ambulatoire. Et surtout, lettre de sortie avec précision des points principaux de l'hospit en attendant le compte rendu définitif, comme cela se fait dans certains hôpitaux, fort heureusement, où il existe un minimum de considération pour le travail des MG en particulier et des libéraux en général !!!!! Quelle pénibilité quand le patient vient de sortir, ne connaît même pas le diagnostic ou le motif d'hospit, ne sait pas pourquoi il prends un ttt, et j'en passe.. et essayez d'avoir des info hospit le WE sur le dossier : quelle perte de temps et quel manque de considération !!!
138	Mieux coordonner soins hospitaliers et soins de ville. Faire en sorte qu'il y ait aussi un ONDAM pour les soins hospitaliers!
139	lien direct service /MG par mail ou accès au dossier patient
140	J'ai reçu il y a six mois une inscription pour le réseau avec les urgences de l'hôpital de la Croix-Rousse à Lyon... Aucun changement !
141	les retours de l'hôpital ne sont pas assez rapides nous avons de plus beaucoup de mal à joindre au téléphone nos correspondants hospitaliers locaux je ne comprends pas qu'ils n'aient pas installé une ligne spéciale médecins
142	suppression des dossiers manuscrits qui limitent beaucoup la transmission de l'information
143	supprimer les inutiles et inefficaces
144	Appel systématique de l'hospitalier pendant ou au moment de la sortie du patient, surtout si besoin de suivi immédiat...ce serait déjà très bien.
145	me prévenir du lieu d'hospitalisation de mon malade.ne correspond pas toujours à ma demande place?
146	mise en routine du système sécurisé (peps santé) permettant de transmettre rapidement le CRH avant le passage du patient au cabinet
147	INTEGRER UN POOL DE MEDECINS GENERALISTES DANS LES SERVICES D URGENCES POUR GERER LA BOBOLOGIE DE PLUS EN PLUS FREQUENTE ON POURRAIT INTEGRER CES POSTES SOUS FORMES DE VACATIONS ATTRACTIVES FINANCIEREMENT
148	La communication entre le médecin traitant et l'hôpital peut être améliorée. Dossier médical communicant à l'échelon local?
149	au cours de l'hospitalisation, mais sinon au moins à la sortie, un coup de téléphone serait bienvenu.
150	il est urgent d'installer un système de messagerie professionnelle cryptée entre les médecins "de ville" et l'hôpital (style www.apicrypt.org) : je m'y emploie dans mon secteur et bien qu'étant appuyé par le sénateur, président de l'hôpital, le directeur de celui-ci traîne les pieds
151	Développer des réseaux mixtes ville-hôpital tel que cela se fait pour les soins palliatifs serait idéal.
152	associer le médecin traitant aux décisions hospitalières
153	Ce qui serait bien ce serait d'avoir un interlocuteur unique (parlant le français si possible) lorsque l'on cherche une place en hospitalisation urgente ou semi urgente (centralisation des places disponibles)

154	Délais trop importants des courriers. TTT habituels changés sans raison valable et sans concertation. reconvocations systématiques de l'hôpital pour des actes qui pourraient être faits en ville... petite traumatologie etc. Absence de coordination et hospitalo-centrisme
155	le mode de fonctionnement de l'hôpital est basé sur la surconsommation de biens médicaux, sans aucun contrôle, ce qui est proprement scandaleux à notre époque. Un ex. parmi 100 : tuberculose hospitalisée 4 mois !!! retour à la maison sans dossier médical, donc pas de radio pour comparer, donc on refait des radios en ville dès la sortie. Les réseaux avec l'hôpital sont basés sur le même principe. Les seuls hospitaliers qui travaillent en collaboration avec nous sont ceux avec qui nous avons des relations extra professionnelles : ce n'est pas normal. Le système de consultation externe des hospitaliers urgentistes ou non urgentistes est entièrement à revoir, il est basé sur la reconvocation du patient (le + souvent sans aucune raison médicale valable), les hospitaliers rechignent avec arrogance à créer un partenariat avec les médecins de ville, conséquence : nous ne leur adressons plus de malade.
156	Organiser une offre de soins adaptée aux besoins des correspondants (Consultations, Hôpital de jour) Avoir une ligne pour la gestion des problèmes médicaux et consultation urgente.
157	les médecins hospitaliers pourraient faire plus souvent appel au généraliste lorsqu'une info leur manque
158	je suis mécontente de l'attitude des hospitaliers envers les médecins généralistes notamment des commentaires que me rapportent les patients; La première des règles serait pour les médecins hospitaliers plus d'humilité, de confraternité, dans le respect du code de déontologie...Les patients sont en général très peu satisfaits de leur passage par les urgences du CHU et déplorent le manque d'information tant aux urgences qu'en hospitalisation...Les examens déjà faits en ville sont refaits sans discernement alors que les patients les avaient sur eux; beaucoup d'argent dépensé pour un résultat souvent médiocre; de nombreuses sorties des urgences sans traitement et sans diagnostic après une attente de plusieurs heures et des examens redondants...
159	par internet
160	CE MATIN J AI "RENCONTRE" 1 DE MES PATIENTS HOSPITALISE DANS LA CHRONIQUE NECROLOGIQUE... TOUT EST DIT...

d. Divers

1	PREVOIR 2 HEURES/ SEMAINE REMUNEREES POUR LE LIEN AVEC HOPITAL
2	3 CHU 3 hôpitaux locaux Morhange Dieuze Sarre union Sarralbe 3 de moyennes importance Sarrebourg Sarreguemines Saint Avold
3	INERTIE EN CAS DE BESOIN D'AMBULANCE POUR HOSPITALISER PAS TOUJOURS SYNTHETIQUE LORS DE LA MISE EN RELATION AVEC LE PATIENT MEDECIN DOIT SE PRESENTER NOMINATIVEMENT AU MEDECIN DE GARDE (IL YA DES REFUS) TENDANCE A REPOUSSER LES CONSULTATION A LA NUIT TOMBEE PAR LA REGULATION
4	Sursollicitation, saturation, âge de mes confrères. arrêt de l'association de garde depuis 8 ans.... Pas de possibilité de relancer quoique se soit sans sang nouveau. La banlieue est le prochain désert médical
5	suppression du secteur privé les soins programmés relèvent des soins privés en majorité (hospitalisation de jour, de semaine etc...)autant de débordements du public sr le privé
6	Revaloriser la visite a domicile.
7	des fois, je suis obligé de me fâcher pour que les patients envoyés par mes soins à l'hôpital, soient suivis, examinés et traités (dans tous les sens du mot) correctement ...
8	je n'ai plus confiance dans le service des urgences du CH donc je jongle avec les différents établissements ou services du CH en direct si possible, en fonction de la pathologie et de mon réseau d'interlocuteur

3. **Structurer le service hospitalier de territoire**a. Difficultés d'hospitalisation, problème des urgences

1	facile en cas d'urgence via le 15, difficile en cas d'urgence différée.
2	privé : Il faut demander la permission d'hospitaliser, 15mn de plus.... Public: mieux vaut ne pas être adressé par son M.T pour être hospitalisé; Un courrier, même détaillé, ne sert à rien...
3	Aucune structure de communication dédiée. Refaire du 2.0 :-)) Un MG qui ne ment pas, qui ne cache pas les choses, devrait pouvoir faire hospitaliser facilement ses patients et avoir un statut privilégié. Il suffit que chaque demande d'hospitalisation soit notée (rating) à l'hôpital. Cela encourage la qualité, c'est un cercle vertueux.
4	J'aimerais pouvoir faire entrer un patient directement dans le service qui le concerne. Quant aux SAU j'aimerais qu'ils cessent de faire des actes qui ne relèvent pas de leurs missions et soient réellement disponibles quand j'adresse quelque chose nécessitant un plateau technique
5	problèmes chroniques de places d'accueil en milieu hospitalier (lequel travaille en "flux tendu") !
6	avant toutes discussions, exiger un moratoire sur les fermetures et les restructurations.
7	cf +haut
8	désorganisation apparente des services hospitaliers, accueil plus que polaire
9	le passage par le urgences est parfois difficile lorsque l'hôpital a peu de lit disponibles; en contradiction (en fait pas vraiment) avec la longue durée parfois difficilement justifiée du séjour hospitalier
10	Pas moyens d avoir une place en "direct même après un contact téléphonique avec un médecin. Passage par les urgences avec délais d'attente très longs. Beaucoup plus simple en privé.
11	Difficultés majeures d'accès aux services très spécialisés, notamment ceux du CHR ; c'est parfois très dommageable pour le patient qui doit perdre son temps dans un hôpital local qui devra tout de même effectuer un transfert du patient ensuite...
12	délai longs pour retenir un lit délai très long pour obtenir un RV service des urgences très très mal organisé

13	Il est quasi impossible d'hospitaliser un patient directement dans un service ("nous n'avons pas de place, faite le passer par les urgences") résultats, je ne prends plus la peine de joindre le spécialiste de garde, je joints l'urgentiste, qui devra se débrouiller pour trouver une place. Je ne suis pas très sympa pour lui, mais je n'ai pas le temps de gérer les places des services, ma salle d'attente aussi est pleine....
14	C'est parfois très difficile quand il n'y a pas d'urgence vitale mais nécessité impérieuse de faire un bilan spécialisé rapidement (par manque de place dans les services adéquats).
15	Sauf à adresser aux urgences qui cherchera la place
16	pour le CHGU, il est quasiment impossible de négocier une hospitalisation dans un service donné, si bien que les patients transitent tous par les urgences, ce qui n'est pas admissible
17	hospitalisation facile si l'on "passe" par les urgences, mais très difficile pour programmer une hospitalisation (pour bilan par exemple)
18	La taille du CHU fait qu'on ne connaît pas nos interlocuteurs, et souvent j'ai l'impression de devoir justifier une hospitalisation comme un marchandage, "mon" malade au moins aussi malade que l'autre et nécessite que vous preniez un peu de temps pour lui.
19	Nettement plus facile en secteur public. Le seul gros problème dans le secteur public, parfois, c'est l'accueil aux urgences, beaucoup trop encombrées par la bobologie. Il nous est alors reproché de ne pas hospitaliser dans le service "concerné" directement ....
20	je préfère ne plus téléphoner et envoyer le malade par les urgences si il s agit d une hospitalisation programmée c est plus facile si on arrive a joindre le chef de service
21	selon la pathologie et l'âge du patient vraiment très difficile, Psychiatrie et gériatrie par exemple donc je travaille avec des services d'urgences.....
22	qualité de l accueil aux urgences encombrées problématiques; peut être qu'un service libéral de médecine générale pourrait désencombrer ce service, mais est ce qu'ils en ont envie? est ce qu'ils n on pas intérêt a rester encombre pour se faire plaindre et arroser?
23	sauf en CHR. Passage obligé par le service des urgences avec perte de temps pour le patient
24	Les patients ont bien souvent un gain de temps à se présenter d'eux mêmes aux Urgences, plutôt que de passer par nous, nos demandes d'hosp. étant repoussées ou refusées PUISQUE nous sommes réputés avoir la possibilité de "gérer" ... Mise en place d'un RESEAU DE RESEAUX : tous les n° d'appel, toutes les procédures d'hosp. ou CS, toutes procédures de demandes de renseignements (Courriels !!! ), tous les délais présumés de prise en charge , REPERTORIES et VALIDES _ par des FMC ou échanges ville-hôpital "globaux" ? _ (les réseaux hospitalo-centrés sont chronophages et rapidement inutilisés) .
25	adressage aux urgences très facile mais rapide retour à l'envoyeur sans vrais réponse et hospitalisation dans un service très difficile si non initié
26	sauf pour patients très âgés ou pour patients nécessitant nursing lourd plutôt que soins médicaux lourds, exemple: patient grabataire a domicile en rupture de prise en charge par maladie du conjoint ou des enfants --> personne n en veut a l'hôpital et pas d autre structure mobilisable rapidement.
27	difficile car il faut toujours passer par les urgences et j'estime que c'est très inconfortable pour le patient
28	DIFFICILE POUR LES HOSPITALISATIONS D'URGENCE CAR DIFFICULTE DE JOINDRE RAPIDEMENT LE SERVICE APPROPRIE
29	SAUF NOUVELLE TENDANCE A FAIRE PASSER LE PATIENT PAR LES URGENCES ALORS QUE NOUS SAVONS TRES BIEN DANS QUEL SERVICE ET A QUEL PRACTICIEN NOUS SOUHAITONS LE CONFIER
30	Il n'y a jamais de places disponibles
31	j'ai beaucoup de personnes âgées et dès que je donne l'âge du patient il n'y a plus de place. Par ailleurs si j'envoie sur le CHU, on ne sais pas quel service d'urgence et de garde, et donc c'est systématiquement au mauvais endroit que les patients arrivent et on se fait incendier au téléphone
32	sf >80 ans svt refus d'admission accélérer les courriers de sortie svt délai >3 semaines redondance d examens
33	quoique manque de lit-place parfois en médecine...
34	le service porte se permet de renvoyer les patients chez eux sans nous en avertir lorsqu'il juge le motif d'hospitalisation injustifié (ou qu'ils manquent de place...) Nécessité de contacter le chef de service pour un accord d'hospitalisation directe en shuntant le service porte...
35	certaines jours seulement. Dégradation rapide des conditions avec des rapports avec l'accueil en dessous de tout. On ne soigne plus des patients avec leur pathologie mais des lits disponibles ou non.
36	il est facile de mettre le patient dans l'ambulance et de l'adresser aux urgences il est très difficile de joindre un médecin responsable du service où vous souhaitez hospitaliser votre patient!
37	quasi impossible sur les urgences, il faut toujours passer par les services d'accueils
38	l'accès direct au service nécessaire ne peut se faire que par connaissances personnelles, le système du piston prime toujours. En outre plus le patient est âgé, plus c'est difficile.
39	il est indispensable de connaître le médecin du service pour faire hospitaliser un patient sans passage aux urgences

40	Le fait de pouvoir travailler en lien avec des structures hospitalières à taille humaine permet de connaître dans quasiment chaque secteur un praticien. Ce contact direct facilite grandement l'hospitalisation ciblée des patients et le recours aux urgences diminue d'autant.
41	DIFFICULTES TRES GRANDES A ENTRER EN RELATION DIRECTE AVEC UN RESPONSABLE DE SERVICE
42	Hospitalisation facile car j'ai de bons rapports avec les Hospitaliers. Par contre les Secrétaires sont assez lentes alors qu'elles ont été multipliées par 5 en 20 ans...!!J'ai toujours rêvé être médecin mi-temps à l'Hôpital, mi-temps en ville (comme dans le temps) et c'est dans cette optique que j'avais fait médecine..A la fin de mes études, ce n'était plus possible dans ma ville, envahie par les PH des grandes villes n'ayant pas obtenu de postes sur place..
43	La démarche prend du temps...connaître le bon numéro d'appel...arriver à contacter le médecin responsable à même d'accepter le patient...
44	- ma tendance à envoyer les patients est fonction de la compétence de mes correspondants que ce soit en secteur public ou en secteur privé - les services d'urgence locaux seraient moins débordés s'ils pratiquaient un minimum de régulation (une GEI n'est
45	Impossible au CHU de faire admettre un patient sans passer par les sacro-saintes urgences. Quant aux hospitalisations en secteur psychiatrique, souvent urgentes, c'est tout simplement mission IMPOSSIBLE dans mon coin. Autre chose : des courriers de sortie qui accompagnent la sortie du patient, et pas 3 semaines après.
46	en secteur public, il est impossible d'hospitaliser un patient directement dans le service souhaité, ni même d'avoir au tel un médecin de ce service d'ou recours au privé en ce qui concerne les urgences pas de problème
47	Très difficile d'éviter le passage par les urgences. Qui pourtant ne s'impose pas toujours. Et qui est même à éviter si possible pour la gériatrie.
48	programmer une hospitalisation difficile nos courriers ne sont pas tjrs pris en compte
49	On a le choix entre attendre 1 mois et envoyer en urgence. les secrétaires nous opposent un barrage débile qu'il faut à chaque fois faire sauter par des échanges perso ... la semaine dernière 10 jours pour hospitaliser une hernie cervicale, qui bien sûr a été opérée aussitôt entrée. Les secrétaires ont certes le droit de "protéger" leur patron, mais pas en prenant les PS de ville pour des cons ! .. On devrait pouvoir "noter" les secrétariats des Hosto ... si-si ;O)
50	cela devient de plus en plus compliqué comme si en dix ans nous devenions archinuls et incapable de décider de la nécessité relative d'hospitaliser un patient même en réanimant un malade il faut se justifier de cette nécessité et ce n'est pas une blague
51	Notre Patrice Pelloux national a réussi à faire relayer par les média la difficulté des urgentistes à trouver des lits d'aval une fois qu'ils ont miraculé un patient mais aucun journal n'a jamais écrit les galères pour faire admettre un patient à l'hôpital spécialement quand ils sont indésirables parce que peu gratifiants intellectuellement pour les hospitaliers ( sevrages d'alcool ou d'autres drogues...)ou peu rentables au regard de la T2A, ni les galères auxquelles sont confrontés les patients que pour les mêmes raisons on refuse d'admettre ou qu'on pousse dehors trop tôt ou sans préparer leur sortie ( sur le plan du suivi infirmier, médical, social, du matériel nécessaire à domicile, etc, voir plus haut)
52	les SAU sont à réorganiser avec un N° de tel. pour les professionnels
53	- démarches difficiles et délais d'attente souvent bcp trop longs pour les prises en charge directes dans les services - engorgement catastrophique des urgences, prise en charge assez souvent déficiente, renvois de malades lourds à domicile, absence bcp
54	Très difficile par contre de "préparer" une hospitalisation : dialoguer vexé le médecin hospitalier, se mettre d'accord sur la stratégie des examens à pratiquer, les planifier (ce qui peut être fait en ambulatoire, ce qui doit être fait à l'hosto) dans le but de raccourcir l'hospitalisation Améliorer le dialogue à la sortie de l'hôpital : préparer le retour au domicile, en tenant compte des possibilités déjà existantes au domicile, prévoir la mise en place de moyens inexistantes
55	pour avoir une place, surtout personne âgée, bonjour!!! il faut à peu près 1 heure, alors maintenant je les envoie par le service des urgences, et je les préviens quand les patients sont arrivés, il m'est arrivé que les patients soient renvoyés dans un autre hôpital loin de chez eux....
56	Difficile de programmer une hospitalisation à très court terme sans passer par les urgences du CHU
57	service des urgences à revoir. Que deviennent nos courriers?
58	dialogue quasi impossible avec certains urgentistes qui raisonnent en fonction des lits disponibles et pas de service public et pathologies urgentes ou soins de première ligne
59	hospitalisation en urgence : aucun problème pour une hospit. semi-urgente ou programmée bcp plus difficile cf commentaire plus haut
60	IL est actuellement impossible, lorsqu'on envoie un patient à l'hôpital, de savoir dans quel service et quel médecin il aura. Les admissions directes ne sont pas autorisées.
61	Urgences du CHU, ou UPATOU de la Clinique et accueil direct par les spés des autres cliniques.

62	Difficile de trouver un interlocuteur dans le service souhaité et il y a rarement de la place dans un délai raisonnable. La pathologie médicale est adressée à l'hôpital en secteur public, il n'existe pas de structure privé en dehors de la cardio. La pathologie chirurgicale est plutôt adressée en secteur privé, accès plus facile et surtout plus rapide.
63	difficile si on veut éviter au patient de séjourner une ou deux journées aux urgences, on sent bien que la réduction du nombre de lits fait qu'on est en permanence en flux tendu, le système n'a aucune flexibilité. C'est toujours le copinage avec tel ou tel PH qui permet de débloquer la situation.
64	il y a deux ans appel à trois structures hospitalières pour l'admission en urgence d'un patient en OAP âgé de 80 ans, refus des structures pour manque de place, le patient est décédé la nuit même chez lui malgré tous les soins mis en œuvre. Perte de chance évidente. Structures saturées par quoi? Manque de lits? Je crois surtout qu'il y a incurie dans l'organisation: il faut des structures de soins intensifs, des structures de soins lourds, des structures d'exploration de jour et des structures de soins de suites hospitalières afin de savoir libérer les lits et traiter les patients avec le meilleur rapport qualité prix.
65	impossible d'hospitaliser un patient directement dans un service, il faut le faire transiter -c'est vraiment le mot- par les urgences,
66	Le filtre des SAU fait que nous ne pouvons plus et du coup ne cherchons plus à adresser nos patients à un service ou PH précis.
67	il est malheureusement difficile d'organiser une hospitalisation, service très spécialisé! passage souvent obligé par les urgences!
68	les relations personnelles compensent la rareté des lits ...
69	PB DE PLACE TRES FREQUENT CAR ROTATION MOINS RAPIDE QU'EN CLINIQUE CAR LENTEUR POUR OBTENIR LES RDV EX PARACLINIQUE ET AVIS SPECIALISE
70	accueil service d'urgence facile, mais souvent pb de place
71	En public il faut systématiquement passer par les urgences- Difficile d'avoir un RV programmé d'hopi- Et après les urgences sont débordées bien évidemment En privé: excellent accueil très rapide d'une clinique très disponible même en urgence- Accueil moyen dans la deuxième (urgences très mal acceptées)
72	la programmation d'1 hospitalisation pourrait se faire ds 40% des cas mais impossible il faut passer par la case urgences...!
73	Difficile en urgence ou avec des patients que je connais pas bien
74	jamais de lits libres à l'hôpital
75	quand c'est difficile il suffit de passer par les urgences
76	il faut prendre des gants pour adresser un patient en dehors du contexte de l'urgence.
77	PAS DE LITS DISPONIBLES. PENURIE DE MOYENS ET LONGS SEJOURS. DELAIS D'ATTENTE DE 2 ANS POUR LES EHPAD ETC...
78	DIFFICILE SAUF URGENCE VRAIE
79	il n'y a pas souvent de place et nous devons passer beaucoup trop de temps au tel pour obtenir le lit souhaité
80	en raison du manque de place
81	supprimer le passage sacro-saint par les " urgences" pour hospitalisation déjà organisée au téléphone! peut être cela ferait il baisser les soi disant arrivées " en urgence " qui sont des hospitalisations parfaitement prévues ; et envoyer directement le patient vers le service prévu au départ.
82	Pour la chirurgie (secteur privé, 90% des hospitalisations -compétence...-) = c'est facile ! Pour la médecine (secteur public, 70 % des hospitalisations) = selon le service, c'est parfois difficile avec un passage -inutile- par les urgences dans un cas sur trois voir systématique certains mois (engorgement, limitation administrative des lits l'été...)
83	Obligation du passage aux urgences avec attente souvent insoutenable. Problème s'aggravant par une mauvaise orientation des patients.
84	facteurs dépendant du patient et des places disponibles
85	S'il y a de la place...
86	les patients âgés sont quasi systématiquement refoulés. Même avec un AVC ils sont renvoyés chez eux par les urgences
87	MANQUE DE LIT CHRONIQUE ATTENTE INTERMINABLE AUX URGENCES ET UNE QUALITE DE TRAVAIL NETTEMENT EN BAISSSE
88	les services tiennent trop compte de la morbidité du patient!!
89	IL N'y a jamais de place!
90	le flux tendu des urgences et des services, découlant du manque de lit est problématique, de même que le manque de structure adaptée à certaines pathologies (addictions, psy)

91	le problème est que l'hospitalisation directe sans passer par un service d'urgence est impossible actuellement.
92	relativement facile en chir, même en urgence; très très difficile pour les pb médicaux des personnes âgées, quasi impossible en psy (sauf à faire intervenir la gendarmerie!).
93	Le choix secteur public ou privé est plutôt fonction de la qualité du service concerné dans sa spécialité et la difficulté est la plus grande quand il faut passer par les urgences
94	Trouver une place reste difficile pour la gériatrie aiguë ou des patients en situation d'exclusion sociale.
95	éviter les hospit. inutiles : p. âgées. organ. d'explor. en ambulatoire. revoir fonct. des urgences : création de m. médic. de garde à côté pour éviter l'encombrement: mais le c.h y a t-il intérêt si le système continue à laisser facturer chaque passage aux urgences: a 220 euros le client, ca fait des sous..
96	Le manque de places est évident. Il faut avoir de bons réseaux (une Echo cardiaque pouvant éviter une hospitalisation n'est pas possible en urgence à l'hosto. Résultat, un coup de fil en clinique nous dépanne bien. Il y a trop d'embouteillage hospitalier avec les consultations qui se reportent systématiquement, empêchant de s'accrocher aux wagons...
97	le choix de la structure d'hospitalisation dépend du type de soins et de technicité nécessités par le patient, de l'avis du patient, des possibilités de visite de la famille. Hospitalisation très facile pour une urgence +- vitale à court terme (idm, appendicite,...) et patient jeune. Beaucoup mais beaucoup plus difficile pour problème social ou psychiatrique ou gériatrique. Pas toujours évident pour problème médical non réglé en ville, pour bilans et explorations sans risque à court terme.
98	Hospitalisation dans un service hospitalier chu en direct une vraie galère on passe de la secrétaire à la surveillante à l'interne au chef de clinique ..... il faut rappeler etc etc ..... le plus souvent cela se termine aux urgences faute de réponse adaptée
99	Jamais de place ou pas avant 3 jours. Passer 2 heures au téléphone pour une hospitalisation en urgence est devenu impossible, d'où souvent un appel type " je viens de vous adresser un patient qui justifie d'un séjour chez vous, Merci de le prendre en charge ... " et débrouillez vous.
100	DMS TROP LONGUE EN MEDECINE ET TROP COURTE EN CHIRURGIE
101	pas de pb en chirurgie, pb en géronto essentiellement
102	en clinique on appel le chirurgien et soit c'est OK sinon ( pas de place ou indisponible ) => hosto pour l'hôpital , avec ou sans coup de file pas de modif, à la queue aux urgences de toutes façon ...
103	Il faut le plus souvent "négocier" par téléphone l'hospitalisation, et chercher un lit de libre, que ce soit au CH public ou dans les cliniques privées.
104	Il y a parfois des mouvements d'humeur, "ce patient n'est pas pour nous!", a si finalement vous aviez raison... où des erreurs d'aiguillage, "il n'y avait plus de place en médecine alors on l'a mise en chirurgie!!!"
105	surtout pour une hospitalisation programmée avec des délais longs par ailleurs grandes difficultés pour avoir les médecins ds les services
106	au chu de Nîmes il faut faire passer systématiquement le patient par le service des urgences même si celui ci est cadré d'ou perte de temps et encombrement des urgences
107	impossibilité de faire hospitaliser un patient dans un service sans le passage obligatoire par les urgences engorgées avec des heures d'attente...
108	En premier le contact téléphonique est difficile; et lorsqu'on téléphone pour une hospitalisation, c'est la galère !
109	inadaptation des services d'urgences qui ne renvoie pas en ville ce qui leur revient et sont donc surchargés quand on leur adresse une urgence incontournable
110	J'aimerais pouvoir hospitaliser des patients en semi-urgence (sur les trois jours) sans avoir recours aux urgences et c'est impossible par chez moi. Soit c'est urgent, soit c'est trois mois pour avoir un rendez vous.
111	Bilan et hospitalisation si nécessaire facile grâce aux services d'urgence, hospitalisation complexe et parfois rendue difficile en secteur psy
112	Jamais de place disponible. Recours au 'passe-fil' quasi obligatoire
113	sauf en période de vacances
114	EN HIVER GALÈRE IL EST ARRIVÉ QU'UN PATIENT NE FASSE QU'UN ALLER RETOUR ET MEURT À DOMICILE SUITE À SON MALAISE INITIAL
115	En fait, hors urgences, les délais sont souvent trop longs!
116	Difficile par manque de place; difficile par attitude parfois incompréhensible des urgentistes: admission de patients sans risque vital, et refus de patients souvent âgés pour des motifs non argumentés
117	Je passe par les urgences, et tente de joindre le correspondant avant, mais pas de place!
118	jamais de place sauf ds qqes services qui ont su instaurer des relations constructives et confraternelles
119	Redéfinir les missions d'accueil de l'hôpital : admissions programmées et urgences vraies (soit pour la gravité soit pour les moyens techniques requis) mais pas la permanence des soins ni les fausses urgences : d'où nécessité d'inclure des actions d'éducation du public car tout commence là

120	n'est pas toujours évidente sauf en cas de grosse urgence.
121	Les urgences du CH public, parfois débordées, renvoient souvent le patient chez lui, négligeant parfois des pathologies graves, et ne tenant pas compte de notre demande (pb social par exemple, ou après plusieurs mois de négociation pour faire accepter cette hospitalisation). Ce qui n'est pas très confraternel et méprisant pour le MG. Les cliniques, faute de place prévue ou de disponibilité des praticiens en urgence, n'assurent pas toujours le "service après vente".
122	j'hospitalise rarement les patients, sauf en cas d'urgence en garde, maximum de bilan en ambulatoire. hospitalisations programmées sont toujours très difficile concernant les patients avec escarres même en gériatrie dans l'hôpital de la ville (11000 habitants)...
123	manque cruel d'hôpital local
124	C'est "facile" d'envoyer au PU, mais c'est nettement plus difficile de programmer une hospitalisation semi urgente qd on veut épargner les couloirs du PU à nos patients
125	Les médecins hospitaliers sont de plus en plus difficiles à joindre de par leur charge de travail sans doute et les hôpitaux locaux sont saturés.
126	Au CHU la réponse habituelle à la demande d'hospitalisation est : "Nous sommes au complet, allait voir ailleurs"
127	parfois des problèmes par manque de place, mais surtout une dilution des responsabilités et un manque de coordination évident , parfois même au sein d'un même service ..
128	En moyenne 1 h de "coups" de téléphone pour finalement adresser le patient par les urgences en hospitalisation.
129	Un grand manque de lits, avec parfois retour du patient à domicile le jour même, ex. fracture de bassin, AVC chez une patiente de 92 ans décédée quelques jours plus tard à la maison de retraite ( 1 seule infirmière/j dans l'équipe)
130	la difficulté est variable : aisée si le diagnostique est établi car bon contact avec interlocuteurs privé et public ! pénible dans le cas contraire car je suis alors obligée de passer par les urgences ...
131	Nécessité de passer par les urgences
132	obligation de passer par les urgences du CHU pour hospitaliser mes patients; dans de nombreux cas des patients dont l'état justifiait pourtant une hospitalisation en urgence ont été renvoyés à la maison après une attente de plusieurs heures, alors que l'hospitalisation en clinique est plus facile et les contacts bien meilleurs
133	il est de plus en plus difficile d'hospitaliser un patient SANS passer par les urgences

### b. Différences entre le privé et le public

1	J'hospitalise très peu, les rares fois ou cela m'arrive, ça se passe sans problème. Choix clinique/hôpital dépend bien sur du patient et surtout du problème de santé (ou se trouve le meilleur professionnel à mes yeux). Pour les consultations, meilleure réactivité et dialogue avec le libéral préféré pour cela.
2	l'hôpital travaille sans guère demander l'avis du généraliste. ou alors cela dépend de qq rapports personnels. Peu être je ne m'implique pas assez. Mais cela est assez rebutant (pour moi). les cliniques étant chirurgicales essentiellement, le chirurgien fait son travaille de façon indépendante.
3	Pas moyens d avoir une place en "direct même après un contact téléphonique avec un médecin. Passage par les urgences avec délais d'attente très longs. Beaucoup plus simple en privé.
4	Hélas, la clinique privée ne possède pas tous les services souhaitables et elle se trouve éloignée: problème pour l'urgentiste que je suis (Médecin de SP)
5	Absence de cliniques non chirurgicales.
6	Nettement plus facile en secteur public. Le seul gros problème dans le secteur public, parfois, c'est l'accueil aux urgences, beaucoup trop encombrées par la bobologie. Il nous est alors reproché de ne pas hospitaliser dans le service "concerné" directement ....
7	JE ME TOURNE DE PLUS EN PLUS VERS LE SECTEUR PRIVE
8	le plus incompréhensible c'est que même en public il est plus rapide d'avoir un RDV avec le médecin en privé!! ( avec DE bien sure)
9	je regrette la médiocrité des l'orthopédie en milieu public et les dépassements scandaleux en privé ....
10	J'adresse plus volontiers mes patients en clinique pour la chirurgie et en cardiologie, car les relations sont plus directes et faciles. Pour la médecine hormis la cardio, je n'ai pas de réelle possibilité d'hospitaliser les patients en clinique privée puisque le nombre de lits médicaux est très réduit ou nul. Certains patients demandent à être toujours hospitalisé à l'hôpital afin de ne pas payer de dépassement d'honoraire.

11	en secteur public, il est impossible d'hospitaliser un patient directement dans le service souhaité, ni même d'avoir au tel un médecin de ce service d'ou recours au privé en ce qui concerne les urgences pas de problème
12	Assez facile au CHR - plus difficile en clinique privée et très difficile en CHU
13	facile en privé, souvent ardu en public
14	hospi privée parfois très chère, Consultations hospitalières "privées" idem...
15	2ème question: 1) c'est surtout en fonction de la qualité du service spécialisé 2) difficulté dans l'accès aux soins en privé (pour les consultations en pré-hospitalisation surtout)
16	l'orientation entre secteur public et privé dépend surtout de la pathologie et des relations avec mes correspondants spés et leurs compétences, puis du patient qui me fait en général confiance ; l'hospitalisation peut être facile ou difficile, ce n'est pas régulier
17	parce que parfois difficile à accepter pour le patient, parce qu'on met une éternité pour recevoir un CRHOP des établissements hospitaliers et que qd vous téléphonez vous êtes trébuchées d'1 personne à une autre. les rapports avec les cliniques privées sont bcp + simple et rapide et vous pouvez avoir un médecin au tél rapidement
18	la clinique avec laquelle je travaille est uniquement chirurgicale. En médecine, je n'ai pas le choix
19	Surtout à l'hôpital public ++
20	selon l'aspect chirurgical ce sera du privé et si c'est plutôt médical, c'est 'hôpital général public
21	hospitalisation facile en médecine ou chirurgie, très difficile voire impossible en psychiatrie J'ai plutôt recours au secteur privé parce que de manière générale les médecins libéraux sont plus faciles à joindre et que je les connais mieux. Egalement parce qu'il est difficile d'obtenir des RV de consultation à l'hôpital, les délais d'attente étant généralement très longs. Pour ma part, j'aimerais pouvoir adresser plus facilement ds le secteur public.
22	Urgences du CHU, ou UPATOU de la Clinique et accueil direct par les spés des autres cliniques.
23	Difficile de trouver un interlocuteur dans le service souhaité et il y a rarement de la place dans un délai raisonnable. La pathologie médicale est adressée à l'hôpital en secteur public, il n'existe pas de structure privé en dehors de la cardio. La pathologie chirurgicale est plutôt adressée en secteur privé, accès plus facile et surtout plus rapide.
24	clinique : reste à charge croit +++ sauf si " bonne " mutuelle ... hosto : les autres ... avec file d'attente ++++ où on propose pour + aller vite un RV en " privé " ...
25	PB DE PLACE TRES FREQUENT CAR ROTATION MOINS RAPIDE QU'EN CLINIQUE CAR LENTEUR POUR OBTENIR LES RDV EX PARACLINIQUE ET AVIS SPECIALISE
26	PUBLIC en total dérive je suis contre le PRIVE boîte à fric alors que nous on travail à péniblement 22 € On y va pour un problème COTE a la nomenclature , pas un autre
27	En public il faut systématiquement passer par les urgences- Difficile d'avoir un RV programmé d'hospi- Et après les urgences sont débordées bien évidemment En privé: excellent accueil très rapide d'une clinique très disponible même en urgence- Accueil moyen dans la deuxième (urgences très mal acceptées)
28	Pour la chirurgie (secteur privé, 90% des hospitalisations -compétence...-) = c'est facile ! Pour la médecine (secteur public, 70 % des hospitalisations) = selon le service, c'est parfois difficile avec un passage -inutile- par les urgences dans un cas sur trois voir systématique certains mois (engorgement, limitation administrative des lits l'été...)
29	J'envoie plutôt les consultations et examens spécialisés dans le privé. Les hospitalisations se font en conséquence, et plutôt facilement. Quant au secteur public : j'ai du promettre au médecin de m'occuper moi même du traitement d'un patient pour obtenir une scinti en urgence dans une suspicion d'embolie pulmonaire (scinti positive !!!)
30	Le manque de places est évident. Il faut avoir de bons réseaux (une Echo cardiaque pouvant éviter une hospitalisation n'est pas possible en urgence à l'hosto. Résultat, un coup de fil en clinique nous dépanne bien. Il y a trop d'embouteillage hospitalier avec les consultations qui se reportent systématiquement, empêchant de s'accrocher aux wagons...
31	le choix entre clinique et hôpital se fait en fonction de la pathologie et des compétences des correspondants
32	On garde plutôt les hospitalisations pour les urgences vraies et graves. Mais tout ce qu'on peut gérer nous même avec le spécialiste correspondant, on l'envoie plutôt en clinique privée.
33	en clinique on appel le chirurgien et soit c'est OK sinon (pas de place ou indisponible) => hosto pour l'hôpital, avec ou sans coup de file pas de modif , à la queue aux urgences de toutes façon ...
34	j'hospitalise de plus en plus quand c'est possible (chirurgie surtout) en clinique : suivi, écoute du libéral, respect.....les patients en sont souvent contents; la satisfaction est nettement moindre au sortir de l'hôpital.
35	Plutôt facile en privé beaucoup moins en public (hélas!)
36	très difficile en hôpital public relativement facile en milieu privé
37	Cliniques beaucoup plus réactives que le CHU

38	médecins beaucoup plus accessibles et facilement joignables en secteur privé
39	Tout dépend des secteurs, tjs beaucoup plus facile dans le privé.
40	une des cliniques privées est très efficace, nous avons de bonnes relations confraternelles et une très bonne équipe soignante .Si je demande une hospitalisation, ils acceptent s'ils ont de la place... parfois même ils en font. le secteur public est moins compétent, donc moins d'hospti sur ce secteur.
41	tout dépend du motif d'hospitalisation (urgence, médecine, ...) et souvent du jour (veille de fête, été ....Pour la chir programmée je choisi plus volontiers le "privé" mais je tiens également compte de l'avis et des ressources du patient
42	Facile en clinique privée Très difficile en CHU.
43	obligation de passer par les urgences du CHU pour hospitaliser mes patients; dans de nombreux cas des patients dont l'état justifiait pourtant une hospitalisation en urgence ont été renvoyés à la maison après une attente de plusieurs heures, alors que l'hospitalisation en clinique est plus facile et les contacts bien meilleurs
44	lieu d'hospitalisation dépend surtout du type de pathologie

### c. Divers

1	rare compte rendu a la sortie
2	c'est entre facile et difficile, ça dépend des moments
3	associer les médecins généralistes au fonctionnement des services; Améliorer la communication avec l'extérieur.
4	La prise en compte des contraintes des soins ambulatoires lors de la demande d'hospitalisation est actuellement inexistante : il serait utile que les praticiens hospitaliers prennent conscience des difficultés de l'exercice ambulatoire
5	Une chance dans notre secteur
6	L'implantation locale est bonne. Je ne vois pas ce que j'aurais à structurer pour mon cas.
7	Compétence et qualité de l'hôpital local (service de médecine uniquement) laissent beaucoup "à désirer") seule autre alternative = CH situés à 1h
8	C'est notre rôle !
9	Autant il est primordial que les libéraux adoptent des moyens modernes de communication ( apicrypt-apimail/ merci aux URML), autant cette communication doit concerner tous les acteurs et notamment la transmission de données médicales public/privé sur le même mode.
10	l'activité mixte hospitalier/libéral est un atout majeur au niveau du contact entre médecins de ville et ceux d'hôpital: développer l'activité mixte.
11	intérêt des hospitalisations programmées par ma propre initiative
12	Le CHR à 18 km a mauvaise réputation (en partie justifiée, cela dépend des services) et le CHU est à 40 km
13	je travaille la grande banlieue d'une métropole régionale dans une cité dortoir ; savoir qu'une équipe compétente peut être diligentée en quinze minutes (SMUR) pour régler les urgences vitales et qu'un accueil de clinique peut régler les urgences traumatologiques est très relaxant pour l'exercice au quotidien et est une raison de mon installation à proximité d'une grande ville.
14	PAS DE SPECIALISTE ADAPTE délai d'attente long pas de retour rapide des infos
15	accueil par les urgences sans problème, impossible pratiquement à la clinique de rodez, toujours facile dans les cliniques d'Albi et ou Toulouse
16	ce sont les consultations spécialisées qui ont un délai d'attente trop long et des dépassements d'honoraires inadmissibles les comptes rendus sont souvent tardifs
17	STANDARDS TELEPHONIQUES TOUJOURS OCCUPES POSTES DIRECTES DES CORRESPONDANTS : SONNERIES INTERMINABLES OU MELODIES HORRIPILANTES.....
18	Je ne comprends pas la question? Si le Patient a besoin d'être HOSPITALISE, ben.....je l'Hospitalise, sans difficulté.
19	hospitalisation "facile", cad pas trop difficile.
20	Le principal problème est celui de la psychiatrie

21	Privé ou public selon désir du patient et selon la pathologie surtout
22	l'accès au dossier hospitalier doit être facilité
23	Les transports en ambulance sont problématiques: il est impossible d'avoir un transport justifié médicalement suivant certains créneaux horaires dans la journée (elles sont à la disposition pour les transports des consultations spécialisées, chimio, kiné, radio etc)
24	L'hôpital est vraiment très performant.
25	les hospitaliers doivent d'abord comprendre qu'il n'y a pas de lien hiérarchique entre nous
26	même à Paris ce n'est pas toujours facile
27	Je suis dans le Gers (CHG), mais aussi près de Toulouse.
28	cela dépend des services et des niveaux d'activité
29	Région parisienne en petite couronne en général pas de soucis pour les hospis.
30	EXERCICE à 25 km d'un petit hôpital de proximité et à 45 km d'un hôpital CHR et d'une clinique
31	la parole des spécialistes en médecine générale pèse peu lourd
32	4 structures hospitalières à 15mn de trajet
33	Améliorer l'information entre l'hôpital et le médecin traitant surtout dans ses délais, difficile de savoir par le patient qu'il a été hospitalisé ou d'attendre des mois pour avoir un compte rendu
34	je suis à 5km de l'hôpital et y connaît beaucoup de correspondants
35	La décision est difficile, nécessitant parfois de longues négociations avec le malade. En règle générale, je ne rencontre aucune difficulté avec les confrères hospitaliers.
36	c'est surtout les compétences des praticiens qui guident l'orientation de l'hospitalisation.
37	Faire comprendre à nos confrères CHU l'utilité du contact avec le médecin traitant avant et au début de l'hospitalisation pour un transfert d'infos plus complet et dans l'absence du DMP Puis à la sortie la nécessité d'une information en temps RÉEL du médecin traitant qui récupère son patient le plus souvent très acrobatiquement
38	pas de collaborations avec les généralistes de ville qui sont considérés comme des sous médecins par l'hôpital et nos politiques depuis des lustres
39	Seul l'utilisation de la technologie interactive moderne, si facile à utiliser, mais si difficile à mettre en œuvre et à pérenniser pourront dans l'avenir améliorer les relations ville hôpital. Téléphones et fax sont des outils préhistoriques qu'il faut définitivement bannir.
40	Paris! ....
41	récupérer un patient de l'hôpital, ça c'est autre chose !!!
42	services hospitaliers hyperspécialisés, avec mauvaise prise en charge globale du patient hormis en service de gériatrie.. Peu de disponibilité hospitalière au dépend du nécessaireux.
43	Rien ne vaut les relations de réseaux, les réseaux d'accès aux soins sont aussi bon que les autres pour favoriser le lien ville-hôpital et favoriser les hospitalisations.
44	Mais je ne sais jamais à quoi cela engage le patient trop de disparité dans les prises en charge et surtout aux urgences .....
45	développer réellement l'hospitalisation à domicile, mais pas seulement par des réunions et des annonces
46	TRES DIFFICILE DE JOINDRE UN INTERLOCUTEUR HOSPITALIER
47	Il y habituellement une perte de contact préjudiciable avec le patient et souvent les hospitaliers renvoie à leur propres réseaux en "oubliant" le travail en cours!
48	grâce à l'hôpital local qui peut me permettre de régler le problème sur place en totalité, ou bien d'attendre quelques jours en commençant le bilan, qu'un lit se libère dans la structure plus lourde que requiert la prise en charge du malade
49	L ENTREE EST FACILE MAIS LA QUALITE DE SORTIE ?
50	difficile à vivre pour les patients=) je l'évite au maximum
51	création dans les hôpitaux d'un service de porte tenu par des médecins généralistes libéraux, bénéficiant d'un plateau technique restreint: RX écho biologie simple, préalable à toute hospitalisation
52	je note difficile par rapport à un état antérieur ou c'était beaucoup plus facile
53	J'ai une relativement bonne connaissance des équipes hospitalière, pour y avoir fini mon internat de médecine générale (Pédiatrie, Cardio et Urgences, Addictologie-Psychiatrie) et fréquenté tous les services durant les gardes.

54	Difficile de dire. Du fait de l'activité type SOS médecin, je ne fais pas d'hospit programmées. Je n'ai pas de problème particulier pour faire hospitaliser les patients dans le cadre de mon activité, ou rarement. Par contre les problèmes d'autonomie, les retours trop précoces à domicile, et même des patients mis sous insuline qui rentrent chez eux sans infirmière, donc sans suivi de leur DID, ça m'est arrivé !!!!
55	notre hôpital local va être restructuré en un service de "rééducation" plus rentable, ce qui forcément ne rendra plus service comme nous le faisons auparavant à toutes ces personnes âgées qui pour un motif ou un autre sont temporairement empêchées de vivre de façon autonome chez elles
56	La grosse difficulté, lorsqu'on fait une hospitalisation en étant allé à domicile (ce que je refuse la plupart du temps...) C'est l'impossibilité de photocopier des documents et que les documents confiés aux hospitaliers ne sont jamais restitués aux patients, d'où redondance des examens et parfois attitude dangereuse...
57	réseau informel de médecins (hôpital ou cliniques) susceptibles d'être contactés au téléphone facilement prévention des situations critiques peu d'hospit hyper urgentes
58	Je revous le moins souvent possible à l'hospitalisation en essayant de faire les bilans en ambulatoire.
59	hospitalisation facilitée par une communication téléphonique au préalable pas facile à obtenir toujours rapidement
60	difficultés à joindre les médecins. passage par urgences inutile
61	sauf en psychiatrie !
62	Par respect du patient et des urgentistes des services d'accueil d'urgence, je préfère une hospitalisation différée et programmée plutôt qu'une hospitalisation directe en service d'accueil d'urgence sauf si nécessité médicale MAIS en prévenant toujours le service
63	pour une meilleure prise en charge du patient, il est important d'avertir l'envoi du patient aux urgences. l'accueil téléphonique n'est pas toujours des plus cordial !!!
64	mais les patients ressortent trop vite
65	Il y a là un problème de compréhension. Habitant une ville de CHU avec des cliniques privées permettant d'avoir 3 services d'urgences privées il est très facile pour moi d'hospitaliser immédiatement ou plus calmement un patient en fonction de ses choix. Cependant il m'est difficile d'hospitaliser un patient pour des problèmes ou pour des affections permettant de se passer d'une hospitalisation. Il faut peut être expliquer cela par : 1) une formation initiale m'ayant inculqué que l'hôpital est réservé aux cas graves 2) un début d'exercice (5 ans) en milieu de montagne loin des spécialistes ou de l'hôpital 3) une patientèle âgée refusant d'être hospitaliser ou chez qui l'hospitalisation risque de provoquer des perturbations préjudiciable à l'équilibre parfois précaire obtenu à domicile

#### 4. Renforcer l'attractivité des professionnels

##### a. Intitulé non compris

1	?? la question n'est pas claire, l'attractivité pour les MG de travailler à l'hôpital ? avec l'hôpital ?
2	?
3	je ne comprends pas la question
4	Question non comprise !
5	?
6	?
7	???
8	????
9	attractivité de quoi!!!
10	L'attractivité de quoi ?
11	?
12	l'attractivité pour quoi ?
13	???
14	Question à préciser...
15	je ne comprends pas la question? l'hôpital n'est pas attractif pour les professionnels? les médecins ne veulent pas travailler à l'hôpital ou ne veulent pas y envoyer des patients? ...

16	pas compris la question
17	??????
18	cela ne veut rien dire
19	Que veut dire cette question ?
20	?
21	Idem 2 (La question est trop ouverte et pas assez précise)
22	sais pas
23	????????

b. Attractivité de l'hôpital

1	valoriser la rentabilité par la création de forfaits.
2	Permettre aux PH d'avoir une activité extrahospitalière
3	Etre entendus par les autorités administratives hospitalières
4	rendre aux médecins leurs rôle de médecin et diminuer le poids de l'administratif. Ceci compte également pour la Med générale d'ailleurs.
5	si on a choisi le libéral ce n'est pas sans motif
6	si s'est l'attractivité pour l'installation, suppression des gardes car depuis l'installation de la régulation, la garde a perdu son attrait financier pour certain malgré le forfait, passer un WE chez soit pour 700 euro divise par deux une fois charge et impôt, mieux vau les dépenser avec sa famille que l'on voit peu. si s'est l'attractivité de l'hôpital local un énorme travail est à faire tout au moins sur le 66
7	développer les fonctions "mixtes": rendre attractif l'activité des libéraux au sein de l'hôpital. Par ex, il y a 10 ans, 10 MG ont fait partie des seniors de garde au SAU de notre CHR.L'année dernière, il ne restait plus que moi car, ayant pris un poste de Praticien Hospitalier Contractuel, mes gardes donnait droit soit à un RTT soit l'équivalent compensatoire: le double du tarif de la garde. Même travail, pas même rémunération: tout le monde est parti!...ce matin, je n'ai pas de RTT ni repos compensateur: hier j'ai fait ma matinée à l'UCSA, mon après midi au cabinet, ma nuit au SAU, ce matin j'enchaîne ma consultation au cabinet...
8	MEILLEUR ACCUEIL DES LIBERAUX / POURQUOI PAS DES GARDES COMMUNES POUR LES ACTES QUI RELEVANT DE LA PDS / EVITER LE RECRUTEMENT A TOUT(S) PRIX DE PRATICIEN DONT LA COMPETENCE LAISSE A DESIRER / VRAIMENT ORIENTER LES HOPITAUX VERS DES POLES DE COMPETENCE SUR UNE REGION PLUTOT QUE DES PRESTATIONS MEDIOCRES DANS CHAQUE DISCIPLINE POUR CHAQUE PETIT HOPITAL
9	Eviter la surcharge de travail
10	complètement ratée actuellement : j'ai fait des gardes au SAU de Colmar pendant 7 ans en tant que médecin attaché, sous payé, sans réelle considération
11	Plus de place de soignants des MG dans les hôpitaux
12	un dispensaire cantonal techniquement équipé privé/public pour les soins primaires me semble pertinent en zone rurale.
13	Trop tard.
14	Il faudrait pouvoir être rémunéré de façon comparable au libéral pour que les carrières hospitalières soient vraiment attractives.
15	revoir les missions de l'hôpital public, leur nombre et la qualité de leurs prestations (qualification des chirurgiens et plateau technique)
16	Il faudrait rémunérer les médecins hospitaliers au même niveau que dans le privé. L'emploi de praticiens étrangers, à bon marché, corvéables à merci est scandaleux. De plus on n'est jamais vraiment sûr que ces médecins étrangers bénéficient de la même qualité de formation que les médecins nationaux.

17	créer des dispensaires (ou centre médical) géré par les caisses (immobilier et plateau technique) accueillant à tour de rôle les médecins libéraux pour faire les soins de premier recours permettant ainsi de faire le tri en lieu et place des urgences hospitalières (cout beaucoup moins élevé pour le même travail). dans le zone où la densité médicale est en déclin ces structure pourrais aussi accueillir des médecins libéraux (toutes spécialités confondues) permettant pour le jeune professionnel s'installant sur la zone sous médicalisé d'augmenter son chiffre d'affaire (diminution des cout d'installation et de gestion), de ce trouver en groupe pluridisciplinaire (rompant l'isolement qui est à mon sens un des premier frein à l'installation en zone rurale)et accordant du repos puisque le centre et toujours couplé au système de maison de soin de premier recours évoqué dans le premier chapitre. l'avantage pour les spécialités autre que la médecine générale c'est que un même local pourrait être utilisé par différent praticien qui tournerais sur un secteur comprenant plusieurs maisons de soin en faisant à chaque fois que quelques demi-journées dans chaque centre amenant le bénéfice pour la population d'un soin spécialisé tout en ne grevant pas les revenus de ce dernier qui n'aurait pas à gérer la difficulté d'avoir plusieurs lieu d'exercice.
18	à gérer dès l'installation voire durant l'internat.
19	Il y a trop de différence entre les revenus du libéral et de l'hospitalier. Difficile donc pour un libéral de diminuer ses revenus de 30% (ou plus) pour passer à l'hôpital.
20	comme dans bcp de professions : autonomie de décisions, responsabilité intérêts dont financiers
21	Réduire notre " sinistrabilité " à la faute. (30 000 Euros / an de RCP pour nos confrères Obstétriciens ... grotesque !)
22	Je regrette l'impossibilité en France de travailler en libéral, puis à l'hôpital et vis versa. les échanges de poste permettraient des évolutions de carrière, dynamiseraient notre métier et permettraient une meilleur compréhension du rôle de chacun. L'immobilisme me tue
23	Aligner les salaires hospitaliers métropolitains sur ceux de La Réunion...
24	J'ai été assistante généraliste des hôpitaux pendant 6 ans : salaire démotivant et avenir hospitalier quasi inexistant
25	Création automatique d'un statut d'attaché pour tout médecin généraliste de ville serait la façon "royale" pour nous de se sentir impliqué dans la vie hospitalière de proximité. Cela permettrait des contacts faciles et pourquoi pas l'émergence d'un respect mutuel grâce à un autre éclairage de la place de chacun.
26	proposer des postes de salariés à des libéraux sur des bases salariales réalistes!
27	aucun, l'hospitalo centrisme universitaire m'a retiré toute velléité d'y mettre les pieds
28	Nous payer correctement...
29	créer un statut de la médecine générale dans notre société et sa mission et son rôle pourquoi pas dans une structure hospitalière, consultations, service de médecine générale....
30	créer des postes d'attachés avec surtout une responsabilité
31	faire un secteur avec statut type hôpital local ou rural dans chaque hosto public " l'hôpital du praticien "
32	J AI L IMPRESSION QU EXERCER A LHOPITAL INCOMBE QU A UNE ELITE OU A DES MEDECINS ETRANGERS OUVRIR L HOPITAL AUX MEDECINES COMPLEMENTAIRES SERAIT BIEN UTILE ET CONTRIBUERAIT A DIMINUER LE COUT POUR CERTAINES PATHOLOGIES (ACUPUNCTURE PHYTOTHERAPIE MED TRADITIONNELLE CHINOISE.....)
33	augmenter le nombre de médecins dans certains services et le personnel para médical ; mais le problème est profond et je crois que la question actuelle serait plutôt quels moyens avons nous pour soigner, quelles libertés nous restent t'il? la Médecine française est Malade les soins se dégradent...et l'accès aux soins va devenir inaccessible pour certains
34	PROMOUVOIR LA FORMATION avec LES MAITRES DE STAGE qui pourraient devenir les initiateurs de maisons médicales pluridisciplinaires et envisager la réorganisation de l'offre de soins en tenant compte des réalités locales, du partenariat avec les institutionnels et des susceptibilités politiques.
35	je suis prêt à participer aux soins: quelle est la place de la MG dans les services de chirurgie .....
36	Une juste rémunération des praticiens hospitaliers pour éviter la fuite vers le privé et le développement du secteur privé à l'hôpital souvent en dépassement d'honoraires scandaleux
37	L'hôpital reste attractif, certaines pathologies ne peuvent être traitées qu'à l'hôpital -
38	ACCREDITATION DES HOPITAUX TRES BIEN SUR LE PAPIER ET MOINS EFFICIENTE DANS LES FAITS CAR TROP DE TEMPS PASSE EN TRACABILITE
39	Je serais prêt à faire 1 garde "de porte" /mois à l'hôpital, pour désengorger les urgences des gens qui n'ont rien à y faire
40	rémunération décente
41	Pas possible a mon avis trop de libéraux ont peur de se faire manger par l'hôpital (devenir esclave!!) Alors qu'il y a des choses à faire bien sûr
42	Que chacun soit RECONNU à sa place, les généralistes à leur place sur le terrain et au quotidien, les hospitaliers à leur place à l'hôpital.
43	gros plateaux techniques à l'hôpital avec médecins dignement rémunérés

44	CF 2ème (INTEGRER UN POOL DE MEDECINS GENERALISTES DANS LES SERVICES D URGENCES POUR GERER LA BOBOLOGIE DE PLUS EN PLUS FREQUENTE ON POURRAIT INTEGRER CES POSTES SOUS FORMES DE VACATIONS ATTRACTIVES FINANCIEREMENT)
45	???? je me suis installée en ville il y a 1 an entre autre parce que faire 50 heures par semaine (hors gardes) pour 2000 euros (hors garde) n'était pas très encourageant. Et puis entendre tout au long de la journée l'équipe soignante qui n'en peut plus, qui aimerait bien un jour pouvoir prendre des RTT et être plus nombreux alors que moi je ne peux rien faire dans ce sens était très pénible aussi
46	Une rémunération qui tienne la route et non pas des magouilles de vacations payées au prix d'un personnel de technicien de surface.
47	plus d'ouverture de l'hôpital aux médecins généralistes; proposer des vacations en demi-journée dans des services de médecine autre que les urgences, proposer des formations le soir tard, visant à une meilleure coopération et à rencontrer les différents intervenant

c. Attractivité de la médecine générale

1	diminuer le temps de travail hebdomadaire des généralistes (pour ma part entre 90 et ... 110 heures par semaine !!!!!!!)
2	LA MEDECINE LIBERALE EST MORTE NOUS DEVENONS DES FONCTIONNAIRES D ETAT SANS EN AVOIR LES AVANTAGES ALORS ASSEZ D HYPOCRISIE C EST A L ETAT DE PROPOSER DES STRUCTURES MAISONS MEDICALES PAR EXEMPLE POUR REGROUPER LES PROFESSIONNELS ET LES FIXER SUR LE TERRITOIRE AVANT QUE LA DESERTIFICATION DE CERTAINES ZONES SOIENT IRREMEDIALES
3	la rémunération est l'essentiel. la considération du MG laisse à désirer : 1 pivot dont on se fout !
4	problème insoluble? faire en sorte que le médecin retrouve une qualité de vie avec des temps libres, une vie de famille "normale" et aussi un temps pour la formation !! il faut être plusieurs en groupe et donc avoir la possibilité de laisser la patientèle Diminuer la charge administrative et stérile
5	Arrêter de faire passer le message que les médecins généralistes sont des fainéants qui ne travaillent que quand ça leur arrange, pour creuser le déficit de la sécurité sociale en s'enrichissant... Plus sérieusement, en tenant compte de l'évolution des mentalités et de la profession : féminine, pas prête à travailler tous les jours 14h d'affilée, et en amélioration le travail en commun - collaboration entre libéraux de différentes spécialités ou avec l'hôpital.
6	je préférerais un salariat avec un nombre d heures a ne pas dépasser si on m obligeait a refaire des gardes j arrêtera le libéral
7	valorisation effective des généralistes (à hauteur des spécialités "techniques", filière de soins réelles et capitation)
8	Diminuer l'ENTREE dans la filière de soins par un tri primaire (infirmières? éducation à la santé ? ), afin de dégager du temps de soins : TRI, SOINS, DOSSIER INFORMATIQUE, ET URGENCES ( + ADMINISTRATIF ... ) dépassent à présent nos possibilités horaires "décentes" .
9	si s'est l'attractivité pour l'installation, suppression des gardes car depuis l'installation de la régulation, la garde a perdu son attrait financier pour certains malgré le forfait, passer un WE chez soit pour 700 euro divisé par deux une fois charge et impôt, mieux vaut les dépenser avec sa famille que l'on voit peu. si s'est l'attractivité de l'hôpital local un énorme travail est à faire tout au moins sur le 66
10	arrêter de faire des promesses non tenues respect des engagements c=23e reconnaissance de toutes les tâches annexes
11	Rémunération meilleure permettant d'engager du personnel pour optimiser le temps-médecin. L'attractivité de la Médecine Générale implique tout bêtement une meilleure rémunération: On attrape pas des mouches avec du vinaigre..!
12	FAVORISER LA CRÉATION DE CABINET DE GROUPE EN ZONE RURALE_ FACILITER LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES+++ FAVORISER D'AUTRES MODES DE RÉMUNÉRATION QUE LE PAIEMENT À L'ACTE OBSOLÈTE -
13	- meilleure rémunération des actes médicaux - meilleure considération de la part de "Madame Lacaisse" qui a trop tendance à nous prendre systématiquement pour des délinquants - meilleures relations avec les médecins conseils
14	Améliorer développer renforcer la position incontournable et le rôle multi facette du médecin généraliste au sein du système de soins. Créer d'autres systèmes de rémunération complémentaire du paiement à l'acte qui aurait un effet plus structurant sur notre action. La reconnaissance sociale de la spécialité de Médecine générale est très positive à mon sens. Je suis très fier d'être considéré depuis peu à l'égal des mes confrères libéraux.

15	le jour où la place du généraliste dans le système de soin sera précis, accepté par les autres médecins et par les structures, ET RECONNU par les grands spécialistes et les organisations hospitalières; Le jour où les patients auront intégré qu'il n'existe qu'un seul point d'entrée dans la filière de soin et qu'ils ne seront plus perturbés par les "accroches de certaines spécialités; Le jour les caisses d'assurances maladie (mais aussi les politiques) n'essaieront plus de prendre le pouvoir sur les médecins (que ce soit de manière fort, insidieuse, ou tendancieuse) qu'ils reconnaîtront leur compétence et que chacun pourra exercer ses talents dans son secteur de responsabilité sans essayer d'empiéter sur le territoire de l'autre; Le jour où les municipalités reconnaîtront le besoin d'avoir des soignants dans la commune et la plus-value qu'il apportent, reconnaîtront qu'il est normal d'aider ses soignants à rester au lieu de les considérer comme des entreprises privées que l'on peut presser ...; Le jour où les médecins ne seront plus montrés du doigt comme des nantis dépenseurs de l'argent de la sécu ne pensant que gagner plus sans contrepartie; Le jour où on reconnaîtra leur humanité, leur humanisme et le rôle stabilisateur qu'ils ont au sein de la cité; Ce jour là, de jeunes médecins auront de nouveau envie, par vocation, de faire ce beau métier avec art.
16	Attractivité de quoi ? Si c'est de la MG , il faut redéfinir ses missions .En trente ans j'ai perdu des pans entiers de ma pratique (gynéco, pédiatrie, etc) - des quantités considérables de possibilités de prescription (médicaments à prescription réservée)- nous sommes toujours des "spécialistes " au rabais sur le plan tarifaire donc moins "valables" - les tâches administratives ont au moins doublé en trente ans et les promesses de simplifications administratives sont sans effet au contraire les complications augmentent (derniers exemples: obligation de marquer nom, prénom, date de naissance sur chaque tube de prélèvement(DASS)- prescriptions magistrales homéopathiques qui sont un vrai casse-tête injustifiable et ainsi de suite) - nous sommes les seuls visés par les contrôles des caisses alors que les spécialistes et les hospitaliers ont une paix royale - suppression de beaucoup d'alternatives thérapeutiques contraires aux consignes d'économie d'antibiotiques ou de BZD .Bref on se moque en permanence du généraliste ce qui ne va pas donner envie
17	faire connaître les multiples facettes de notre exercice : enseignement, participation réseaux, associations locales, formation, groupes de pair etc...
18	le montant des honoraires
19	de quoi parle ton ? faire venir les professionnels à l'hôpital, ou les faire s'installer en zone désertique ??? pour le deuxième point : arrêt des gardes la nuit, création de maisons pluridisciplinaires médico-sociales et d'enseignement
20	Nous payer correctement...
21	C=CS ! , pratiquer des actes techniques, mutualiser des moyens techniques et humains, diminuer significativement les tracas administratifs, participer aux décisions de santé publique à l'échelon local
22	MIEUX PAYER TRAVAILLER SANS DENIGRER L'EXERCICE LIBERAL
23	Reconnaître et valoriser le rôle des MG en ville
24	ben ! payez-moi assez pour que j'ai une secrétaire qui m'aide !! et que j'arrête de travailler comme si on était en 1960
25	Elle n'est possible que par la formation de cabinets de groupe ou regroupé en maison médicale.
26	FRANCHISE FISCALE EXONERATION DE TP, PRIX DE ZONE INDUSTRIELLE POUR LES TERRAINS OU LES STRUCTURES DE SOINS POURRAIENT ÊTRE BÂTIES FRANCHISE DE LA COTISATION ORDINALE et aux AGA : DEDUCTION de l'impôt à payer (c'est un impôt pour cette structure administrative cdom, pour le reste il y les syndicats. idem pour les aga )
27	transmettre une médecine générale "spécialiste" et revalorisée. Défendre sa place dans le cursus universitaire et d'enseignement.
28	-rémunérer la coordination par le mt -détaxer les heures supplémentaires, comme l'a dit le président ; les heures sup des généralistes sont leurs actes de pds -forfait cabinet pour engager enfin du personnel : le généraliste ne ferait plus que de la médecine
29	attractivité de la rémunération, honoraire ou autre moyen (forfait, salaire, que sais je???) véritable projet sur les gardes, avec les médecins de ville comme acteurs et non simples effecteurs (par exemple par le développement des MMG)
30	développer les regroupements avec des aides pérennes pour leurs fonctionnements, afin d'améliorer le confort de travail des professionnels et celui des patients
31	L'attractivité de quoi? De l'hôpital? Pour les médecins? Peut être mais il serait aussi important de rendre la médecine générale plus attractive pour la jeune génération
32	REDORER L'IMAGE DES MG INCOMPÉTENTS LE JOUR MAIS TELLEMENT BON LA NUIT ET LES JOURS FÉRIÉS:NE SAIT PAS SUIVRE UNE GROSSESSE SIMPLE MAIS TRÈS BON SUR UNE HÉMORRAGIE GYNÉCO LA NUIT LA NUIT TOUS LES MG SONT BONS!!!!!!IDEM POUR UNE FIEVRE A 40!!
33	création de maison médic. par territoire, définir des missions de serv. public à partager (pds, garde samu, med.scolaire, prévention,..)en contre partie d'avantages sociaux (point de retraite suppl. au prorata d'années passées). réfléchir sur l'égalité? entre ceux qui choisissent un exerc. complet, et ceux qui "bouclent" a 18h renvoyant sur la collectivité la continuité des soins, les urgences et autres gestes ..

34	Donner des facilités sur le plan financier pour que le PDG que nous sommes devenu ne soit pas multi cartes (technicien de surface, standardiste, secrétaire, assistante sociale etc.... et accessoirement médecin). Nous sommes une entreprise à nous tout seul et cumulons souvent ce qui donnerait 3 emplois à temps plein. Les pays où marche le mieux le système placent le généraliste à la tête d'une structure comprenant plusieurs employés.
35	- Avoir le temps, et la rémunération idoine, pour avoir de l'aide, et pouvoir tenir un dossier exhaustif du patient. - Avoir le temps, et la rémunération idoine pour avoir de l'aide, et pouvoir aller discuter d'égal à égal avec les médecins de structures
36	rémunérations correctes pour les gardes, les visites de patients hospitalisés par exemple etc...
37	IL EST TROP TARD POUR NOUS
38	D'une part, pour les actes effectués en regard de mettre le déplacement à 10 EUR au lieu de trois (je ne savais pas que l'essence coûtait moins cher le dimanche et la nuit...) D'autre part payer à un prix décent la participation à la régulation plutôt que de demander un euro misérable que les spécialistes sauront bientôt nous faire payer... Actuellement nous sommes en train « d'indemniser » les Spe sur la convention séparée qu'avait obtenue MG-France
39	Que chacun soit RECONNU à sa place, les généralistes à leur place sur le terrain et au quotidien, les hospitaliers à leur place à l'hôpital.
40	Tout faire pour favoriser l'exercice en groupe et l'emploi de personnel pour nous décharger de ce qui n'est pas médical. On en a marre de passer notre temps à faire le ménage, expliquer aux gens comment venir au cabinet ou remplir les innombrables formulaires non médicaux ! Etre sûr de pouvoir trouver un remplaçant lors de nos absences. Rémunérer d'une manière ou d'une autre le temps passé à améliorer la qualité des soins : participation aux réseaux, groupes de pairs, ...Il faut séparer le montant de l'acte lui-même et tous les à-côtés.
41	time is money "le temps c'est de l'argent "Toute tâche mérite salaire" à sa juste valeur
42	rémunération des gardes du samedi après-midi
43	conditions de travail (recup?); conditions tarifaires (smic ou plus?);protection sociale et retraite

#### d. Renouer le lien avec l'hôpital

1	Remplacer la T2A par une appréciation des professionnels de santé du secteur. (je ne plaisante pas).
2	côté hôpital: communiquer et rapidement. le courrier qui met trois semaines à me parvenir, j'en ai assez. côté ville: sortir du tout paiement à l'acte et faire en sorte que l'ensemble des tâches d'un généraliste soient rémunérés
3	coordination des soins avec le généraliste comme pilote, incluant les structures de soins à domicile, en particulier publiques ccas, communauté de communes...
4	le généraliste semble inexistant pour les hospitaliers : jamais un appel téléphonique pour prévenir d'une hospitalisation, pour donner des nouvelles ni même pour demander des renseignements; la redondance des examens complémentaires en serait amélioré...
5	Que l'hôpital redevienne le lieu où le généraliste de terrain va s'abreuver de connaissances, techniques, contacts, nouveaux... et soit reçu autrement qu'un chien dans un jeu de quilles!
6	Pourquoi ne pas organiser des réunions ou rencontre décentralisées
7	Apicrypt ++++ ; c'est indispensable afin de nous épargner du temps de scannage et d'enregistrement de courrier papier pour la tenue des dossiers informatiques ; le DMP ne marchera pas si on ne peut recevoir les comptes-rendus de manière apicryptée. Je répète qu'il est hors de question d'utiliser un autre système qu'Apicrypt, celui-là ayant fait ses preuves au niveau des laboratoires d'analyses notamment : à la fois efficace et économique.
8	staffs communs
9	renforcer les secrétariats afin que l'on ne mette pas 3 mois pour avoir un courrier (au CHU) contre 10 jours maxi dans le privé... (formation spéciale des secrétaires ?)
10	La seule chose qui serait efficace et intéressante pour ce fameux réseau fictif serait la participation obligatoire par roulement dans le CH Local comme médecin attachés dument rétribués comme un PH de même grade, pour une durée déterminée, de tous les médecins libéraux du secteur.
11	voir commentaire sur les numéros de téléphone (Il est indispensable que des numéros de téléphone dédiés aux médecins soient mis en place pour permettre le dialogue avec les médecins hospitaliers).
12	pouvoir avoir un accès direct avec un médecin responsable, être tenu au courant régulièrement (par téléphone par exemple: quelques "grands patrons" le font

13	avoir une certaine responsabilité au niveau hospitalier et non plus être considéré par ces Messieurs comme la cinquième roue du charriot car leur compétence n'est souvent que technique et pointue uniquement dans leur spécialité !!
14	travail d'équipe et temps partage
15	CF REMARQUE PREALABLE SUR UN FORFAIT HEBDO DE LIEN AVEC HOPITAL
16	-retour d'info + rapide lors des hospis - être prévenu systématiquement lors de passage d'un patient dont on est le MT aux urgences et en tout cas dès l'admission dans un service.
17	plus d'interactivité plus de respect et d'écoute par exemple évaluer les besoins des libéraux et non en fonction budgétaire
18	-faciliter l'accueil téléphonique comme le font les cliniques -échanger informations au téléphone comme le font les confrères des cliniques -cesser de prendre les généralistes pour des imbéciles nuls qui ne connaissent rien à la médecine
19	il faudrait déjà que les praticiens dans l'hôpital fonctionnent correctement et sans se tirer la "bourre" et ensuite entre spécialistes hospitaliers et libéraux, et finalement, comme nous sommes la 5ème roue de la charrette, peut-être aurons-nous notre place,,,,,!!!!
20	il y a un fossé entre le secteur hospitalier et le secteur libéral avec une lutte de pouvoir autour du malade qui devient un enjeu économique! il faut recentrer sur notre mission de soin et collaborer autour d'un même objectif le meilleur soin au meilleur coût
21	REVOIR LES EFFECTIFS DES SECRETAIRES DES DIFFERENTS SERVICES POSSIBILITES DE COMMUNIQUER PAR MAIL AVEC LES CONFRERES HOSPITALIERS
22	Je pose et me pose souvent cette question sans réponse : On attend quoi de moi généraliste de base???? Ou est ma place ????
23	réduire les distances en développant des réseaux en zones rurales et démedicalisées; intensifier les communications dématérialisées (rapides, économiques, écologiques) synonymes de médecine plus rapide, avec moins de paperasse et de temps perdu
24	1) toujours et encore le problème de la communication 2) Réserver un pool de consultations à destination uniquement des médecins libéraux, afin que les cas les plus difficiles n'attendent pas 3 mois par la filière unique de prise de rendez vous.
25	rémunération qui ne serait pas payé à l'acte pour coordination
26	Une meilleure collaboration entre l'hôpital et la ville permettrait sûrement de rendre mieux connue le monde libéral d'une part et de faciliter notre tâche d'orientation des patients vers les services hospitaliers d'autre part.
27	IL FAUDRAIT QUE LES DELAIS D'HOSPITALISATION SOIENT RAISONNABLES OU QUE DES SOLUTIONS ALTERNATIVES SOIENT PROPOSEES UNE CLINIQUE REpond TOUJOURS A UNE DEMANDE D'HOSPITALISATION DE LA PART D'UN MEDICIN TRAITANT ALORS QU'EN CHU CETTE DEMANDE EST TRES SOUVENT MISE EN QUESTION PAR DES PERSONNELS NON COMPETENTS A EN JUGER
28	nous sommes mieux accueillis en CHU qu'en CHR; ne parlons pas des urgences du CHR (nous sommes les MG des incapables....
29	Utiliser les moyens modernes Mais je crois qu'il s'agit plutôt d'un état d'esprit que d'un problème de moyens
30	suivi de l'hospitalisation dès le retour à domicile par une fiche de liaison
31	avoir un interlocuteur fixe le praticien hospitalier au lieu des médecins en formation, utiliser nos dossiers informatiques riches en explorations inutile à refaire.
32	- améliorer la qualité de l'hôpital - améliorer la communication hôpital ville (les délais de réception d'un courrier de fin d'hospitalisation dépassent très svt 1 mois, les informations intermédiaires (décisions thérapeutiques lourdes, pronostic vital engagé)
33	1) Participer au STAF sur un mode rémunéré 2) Participer à une visite en cours d'hospit, au lit du malade, sur un mode rémunéré 3) Valider une CAT proposée pour la sortie en tant que MT, sur un mode rémunéré NB: cela peut être une rémunération sur un mode forfaitaire, type "médecin référent" avec un cahier des charges un peu (plus) étoffé : A bas les profiteurs!
34	trouver des moments de dialogue ville hôpital => autre organisation de l'hôpital pour s'ouvrir sur la ville mais aussi autre organisation du monde libéral pour qu'il puisse mieux participer aux décisions hospitalières (rémunérer ce moment de coordination?)
35	Considérez les médecins généralistes libéraux comme des confrères à part entière.
36	Plus grande disponibilité des médecins responsables
37	on a toujours besoin d'un plus "petit" que soi!!
38	que les services nous invitent à tour de rôle dans leur service pour que nous participions à leur staff, RCP, etc.,
39	Création automatique d'un statut d'attaché pour tout médecin généraliste de ville serait la façon "royale" pour nous de se sentir impliqué dans la vie hospitalière de proximité. Cela permettrait des contacts faciles et pourquoi pas l'émergence d'un respect mutuel grâce à un autre éclairage de la place de chacun.

40	L'hôpital devrait faciliter et diversifier les moyens de communication avec la ville. ex : le service de maladies infectieuses dispose d'un n° de portable sur lequel on peut à tout moment joindre un infectiologue d'astreinte. Cette pratique pourrait se généraliser J'aimerais pouvoir demander un avis non urgent par e-mail (cette option existe peut-être, mais je n'en suis pas informée)
41	l'hôpital nous donne de moins en moins envie d'y envoyer nos patients
42	Le médecin traitant doit être associé étroitement à la prise en charge hospitalière de son patient, en étant associé à la visite et aux staffs, ainsi qu'aux collèges de cancéro, et rémunéré par l'hôpital comme consultant senior
43	Parking pour les libéraux
44	Attribuer une lettre clé à la visite du médecin traitant au CHU au minimum C 1.5 + Déplacement MD
45	Etre respecté et reconnu par les hospitaliers : Que nos courriers soient lus, qu'il y soit répondu dans un délai raisonnable, que nos patients ne soient ni reconvoqués à l'hôpital ni adressés à d'autres intervenants sans notre avis.
46	Améliorer le parking et l'accès aux services - développer enfin des outils de communication moderne qui sauront dépasser le stade du gadget tendance pour s'imposer dans la pratique quotidienne Je ne veux pas d'argent, je veux des résultats en temps réel...
47	pb relationnel entre les hospitaliers qui ne sont pas faciles à joindre (certains) heureusement le fait de connaître personnellement certains confrères (EPU) permet de résoudre ces problèmes
48	Ne plus prendre systématiquement les généralistes pour des incompetents et les inviter à échanger dans la mesure de leur temps(on a l'impression que les administratifs et hospitaliers n'ont aucune idée du temps de travail d'un généraliste- des réunions le mardi par exemple, c'est un luxe qu'un généraliste de campagne ne peut se permettre (mes semaines:70h)
49	Essentiel mais je ne vois pas de professionnels prêt à s'investir.
50	s'il s'agit de renforcer la collaboration entre l'hôpital et la médecine de ville la visite du médecin traitant et sa participation aux grandes décisions (décision ou non de chimiothérapie...) concernant ses patients doivent être institutionnalisés et rémunérés au sein de l'hôpital
51	compte-rendus rapides
52	l'hôpital: 5 appels en moyenne avant de joindre le médecin, interlocuteur 1 fois/2 pas aimable ; lettre de sortie >3 mois si elle existe
53	réseau informatique communicant
54	Avoir un vrai statut à l'hôpital. Cela commence par une place de parking réservée qui ne soit pas constamment occupée par des véhicules de n'importe qui. Organiser par exemple des réunions entre les hospitaliers et les médecins de ville par exemple sous la forme d'un staff hebdomadaire concernant nos patients hospitalisés avec présence rémunérée et reconnue
55	ACCES PAR INFORMATIQUE AUX DONNEES DU PATIENT HOSPITALISE AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE EVACUATION DE LA BOBOLOGIE VERS DES CONSULTATIONS SPECIFIQUES LIBERANT LES URGENCES
56	envisager vacations de MG dans certains services hospitalier pour meilleur suivi
57	meilleure communication, tant sur le plan de la démarche de soins entreprise à l'hôpital que sur le devenir du patient à sa sortie! en effet, les courriers arrivent souvent plusieurs jours, voir semaines après la sortie des patients!
58	Permettre d'avoir une réponse rapide à un problème difficile sans technique et qui n'est pas forcément urgent.
59	Indemniser le déplacement du médecin à l'hôpital comme ça se faisait autrefois : assistance opératoire, et même visite indemnisée. Connaître mieux les médecins travaillant à l'intérieur de l'hôpital. Pouvoir communiquer directement avec lui sans passer par 1/la secrétaire, 2/l'infirmière ,3/l'interne et quand on a la chance avec le médecin. Nous permettre de venir continuer à soigner notre malade que nous connaissons mieux que quiconque dans le cadre de l'hôpital et d'y être rémunéré : participer à un staff, à une RCP et être indemnisé (dans la mesure où l'hôpital se débrouille pour les faire à des horaires abordables pour le généraliste.)
60	faire une place officielle au MG traitant, reconnue donc rémunérée, dans les CH. et dans les hôpitaux locaux: rémunérer leurs actes à leur juste valeur, donc supprimer les quotas d'actes rémunérables, actuellement imposés par les textes; à savoir: 4C par semaine au delà des 14 premiers jours en service "médecine"; 1,5 C/semaine en service SSR; 0,5 C/semaine en long séjour.
61	possibilité de faire hospitaliser directement un patient à l'hôpital local après accord du médecin du service, (possible en dehors des urgences)
62	AMELIORER LA QUALITE DES SOINS ET SURTOUT LA COORDINATION A LA SORTIE (le patient ne doit pas être largué chez lui sans que le médecin traitant n'en soit informé autrement que par un courrier ....un mois après!)
63	- Avoir le temps, et la rémunération idoine, pour avoir de l'aide, et pouvoir tenir un dossier exhaustif du patient. - Avoir le temps, et la rémunération idoine pour avoir de l'aide, et pouvoir aller discuter d'égal à égal avec les médecins de structures

64	discussion des cas en réseau, possibilité d'intervenir dans les décisions. Evaluer correctement un malade qui sort et ne pas lui proposer une prise en charge qu'il ne souhaite pas ou inadéquate: Ex sortie parce que le service était plein et qu'il fallait libérer un lit.
65	prévoir des réunions ville hôpital. mais à des horaires qui sont à décider d'un commun accord et pas unilatéralement
66	J'aimerais que l'on puisse communiquer avec tous les spécialistes de l'hôpital par internet.
67	Bon partenariat maison médicale / Urgences (situées en face, l'une et l'autre sur Béziers)
68	Par les mesures précédemment citées. Le travail me semblerait plus attractif s'il y avait une vraie relation hôpital-libéraux. Pourquoi ne pas instaurer des staffs libéraux-hospit à l'hôpital qui aborderaient justement les patients d'un point de vue lien hôpital-ville où chacun apporterait son expérience avec ses particularités et comment assurer la complémentarité. (par exemple un par mois) Par ailleurs, l'organisation de la PDS en ville soulagerait les urgences des pb relevant de la MG (il faudrait arrêter la gratuité des urgences pour les pb non urgents parmi les mesures), (les maisons médicales sont une bonne chose sur ce point) et donnerait peut-être plus envie aux urgentistes de collaborer.
69	Une ligne téléphonique directe dans chaque service pour pouvoir communiquer rapidement avec le médecin s'occupant du patient. Envoi d'e-mails permettant au médecin traitant d'être régulièrement tenu au courant de l'état de santé de son patient (une fois par semaine au moins).
70	L'hôpital devrait s'investir ds la FMC des généralistes et favoriser les rencontres ville hôpital. La visite à domicile doit être cotée au moins 2C.
71	améliorer les transmissions de dossiers en temps réel. mais des progrès ont été fait à Nice ces dernières années éviter l'hospitalo centrisme (réseaux trop dirigés par l'hôpital) indemniser les réunions de travail avec hospitaliers (qui sont payés eux)
72	développer le travail d'équipe en médecins hospitaliers et ville avec interventions indemnisées : participation au staff multidisciplinaire pour nos patients complexes (ex: décision médicale en cancéro), visite aux patients hospitalisés et rencontre avec l'équipe soignante, prise de contact automatique avec médecin traitant si patient hospitalisé pendant une absence
73	l'attractivité de l'hôpital pour nous autres, professionnels libéraux dépend essentiellement des réponses que l'hôpital peut apporter à nos patients
74	un peu plus de confraternité : "il fait son tour ou il est en consultation" MOI AUSSI PATATE !!!!! les secrétaires font barrage mais qui a donné la consigne?
75	faire des réunions avec les professionnels des services locaux, pour connaître nos interlocuteurs. Ils viennent d'ailleurs parfois aux FMC
76	nécessité d'un dialogue permanent (réseau professionnel) d'une publicité concernant les praticiens, leurs compétences, leur identité, leur ligne directe, leurs heures de consultation, consultables sur internet par les médecins seulement
77	Avoir plus souvent des réunions avec les hospitaliers
78	améliorer la concertation.
79	Accès facile à un avis ou une consultation Ex Hôpital de jour pour un diabétique impossible à gérer
80	plus d'ouverture de l'hôpital aux médecins généralistes; proposer des vacances en demi-journée dans des services de médecine autre que les urgences, proposer des formations le soir tard, visant à une meilleure coopération et à rencontrer les différents intervenant
81	Il est difficile à chacun des services hospitaliers d'avoir des rapports étroits avec tous les médecins libéraux. Mais des rencontres par le biais de la FMC devrait permettre une meilleure compréhension des différents acteurs A CONDITION QUE CETTE FMC SOIT FAITE A DES HORAIRES COMPATIBLES AVEC CEUX DES MEDECINS DE VILLE et non pas dans des staffs certaines matinées

#### e. Divers

1	meilleur accueil, écoute des patients
2	j'ai quitté l'hôpital ..... en 95
3	C'est vraiment variable, donner des points de FMC ?? Hi ++
4	l'hôpital s'articule dans un schéma de distribution des soins, il représente le lieu d'accueil des malades ne pouvant pas ou plus être explorés ou traités en ville car nécessitant des soins au lit et ou des moyens d'exploration lourds
5	Reprendre l'OMR :- ) en la développant notamment sur l'aspect prévention mais pour cela il faudra plus que des promesses car la confiance n'y est plus.
6	L'hôpital local n'est pas attractif et je le vis comme une contrainte : je suis à 15 km de route de montagne (20min en moyenne, soit 40 min aller-retour), avec une augmentation des tâches administratives (informatisation) contraignantes, une rémunération pour la gloire au delà de 3 patients vus (ce qui est le cas à 99%). Plus d'une fois je pense donner ma démission : ce qui me retient ce sont les patients...
7	La PDS pourrait aussi s'installer aux urgences hospitalières, sans en être la roue de secours. Anecdote: à Robert Debré, le MG doit venir accompagner de sa secrétaire, pour participer aux consultations d'urgence !
8	Horaires surchargés: pas le temps d'aller au CH ou à la clinique
9	non intéressé

## 5. Dynamiser l'enseignement et la recherche

### a. Création d'une filière de médecine générale

1	créer une filière universitaire de médecine générale
2	bien sur mettre ne place la filière universitaire de médecine générale
3	faire passer plus d'internes par les stages chez le praticien, donner des moyens conséquents aux services ambulatoires constitués de cabinets de médecins généralistes.
4	LES GENERALISTES A LA FAC A EGALITE AVEC LES HOSPITALO UNIVERSITAIRES DES CABINETS DE MEDECINE LIBERALE AU MEME NIVEAU QUE LES SERVICES HOSPITALIERS
5	donner des moyens à la MG SPE pour former les étudiants
6	stage des internes en cabinet libéral au moins une semaine par semestre de stage hospit
7	Création d'une vraie filaire universitaire de MG avec titulaires.
8	faire retrouver aux futurs médecins le gout de la médecine "de proximité" de contact avec un patient et son entourage Diminuer la charge administrative et stérile
9	rémunérer les maîtres de stage ! organiser correctement les stages. on voit encore des stagiaires de 3ème cycle arriver en stage sans attestation d'assurance : légèrement dissuasif pour un maître de stage amené à laisser l'étudiant seul aux manettes de son cabinet à moyen terme ....
10	Le développement des MG enseignants est à poursuivre. Elle a magnifiquement progressés ces dernières années. Recherche et MG: inconnue !
11	bien sûr en médecine générale
12	la médecine générale est pour moi fini car déconsidérée. L'évolution au cours de toutes ces années ne fait que confirmer
13	Pourquoi les maîtres de stages sont-ils si mal considérés, payés peu et tard ...
14	Trop long à expliquer En gros remettre la MG à sa place
15	S'il y a des médecins qui ont du temps pour cela pourquoi pas? Dans ce cas une rémunération spécifique, leur permettant d'abandonner l'activité de soins, est indispensable. Des professeurs en MG, des attachés sont nécessaires auprès des étudiants. Moi, je ne peux pas être Maître de Stage car je fais la Secrétaire en même temps et un Stagiaire n'y trouverait pas son compte. Quand j'aurai des meilleurs locaux et du temps médecin, on verra...
16	Lorsqu'un étudiant a passé sa 2° ou 3° année de médecine, Il ira jusqu'au bout, quelque soit ses compétence ou surtout plus grave, quelque soit ses non-compétence. Lorsqu'un maitre de stage démontre l'incompétence et la dangerosité d'un étudiant, que ce fait d'incompétence est connu des responsables du 3° cycle, mais que le maitre de stage est contourné pour valider la formation, on est en droit de se poser des questions sur l'enseignement médical en général.
17	J'ai envoyé au mois de mars ma demande pour être Maitre de stage. Jamais eu la moindre réponse.
18	Oui certes, mais à quoi bon si à l'autre bout la pratique est de plus en plus inintéressante voire insupportable
19	Nous avons sur la région un projet de maison universitaire de la médecine générale, accueillant externes, internes, cca et généralistes enseignants pour assurer, soins ambulatoires, éducation, recherche, santé publique et aux heures de PDS devient MMG. Lieu clairement identifié médecine générale et soins ambulatoires + toutes les composantes de notre activité.
20	Rien ne peut se substituer aux Stages (longs) auprès de praticiens (MG) dont l'exercice est différent (homme/femme, campagne/ville, groupe ou non etc ) Et à la mise en œuvre personnelle des acquis à l'issue du Stage
21	reconnaissance de la MG à l'université avec nomination d'enseignants
22	Commencer par reconnaître les enseignants en Médecine Générale...
23	que la fac du département de médecine générale fasse une communication plus ouverte, ciblée, appropriée aux médecins généralistes libéraux pour être maître de stage, etc--
24	c'est ce qu'on essaie de faire via le CNGE (collège national des généralistes enseignants) je me demande souvent si les pouvoirs publiques ( y compris les Caisses et autres URCAM ) n' ont pas qu'une envie : voire la MG disparaître du paysage sanitaire ? en d'autres termes ne serions nous pas les derniers des Mohicans
25	oui pour donner ses lettres de noblesse à la médecine générale mais notre société et ses politiques le veulent il vraiment? PUISQUE NOUS SOMMES LES CAUSES DU DEFICIT DE LA SECU IL EST FACILE DE CHARGER LE BOURICOT DONC NOUSDEVONS DISPARAITRE POUR LAISSER LA PLACE 0 UNE MEDECINE TECHNIQUE ET POMPE A FRIC
26	La notion de recherche en MG me fait sourire. L'enseignement, c'est un plaisir et un devoir pour un médecin, dommage que beaucoup d'universitaires regardent les MG de ville avec tant de compassion!
27	étant médecin semi rural, ce n'est pas de mon domaine! je ne me sens concernée que par l'envie de donner aux futurs médecins une meilleure vision de la médecine générale.

28	a quand un généraliste valorisé ???
29	CE DEVRAIT ETRE LE ROLE DEVOLU AUX CHEFS DE CLINIQUE EN MEDECINE GENERALE SUR PROPOSITION DES GENERALISTES ENSEIGNANTS ET MAITRES DE STAGE RELAYES PAR LES PROFESSEURS ASSOCIÉS EN MEDECINE GENERALE
30	En tant que maître de stage depuis 5 ans, on ne peut que déplorer - la maigreur de nos émoluments d'enseignant, - l'absence de statut, la non prise en compte de nos efforts pour notre future retraite, - l'absence de moyen pour la recherche, - le rôle de "repoussoir" que nous avons involontairement vis à vis de nos stagiaires. La plupart sont dégoûtés par le rapport temps de travail-revenus et feront autre chose que de la médecine générale à l'heure d'une catastrophe démographique annoncée, sans précédent.
31	impliquer plus les MG ds enseignement du CHU
32	Hélas, je ne crois pas qu'on puisse obtenir quoi que ce soit sur l'enseignement médecine général même si depuis 30 ans, les effets d'annonce sont réguliers (Ah , le MAG!!) ; l'université française est basée selon le rite initiatique cher aux francs-maçons qui consiste, pour être intégré, à subir tout un tas d'humiliations et d'enseignements aussi inutiles que consommateurs d'énergie et des finances
33	introduire un vrai contact avec la médecine générale dès le début du cursus et ne pas l'interrompre. identifier les phénomènes de méconnaissance de la médecine générale qui caractérisent de nombreux services hospitaliers, remédier au fait que les étudiants passent plus de temps à "faire tourner l'hôpital" qu'à apprendre leur futur métier, les aider à acquérir du recul par rapport aux contacts envahissants de l'industrie pharmaceutique, omniprésents à l'hôpital, réintroduire la formation de lecture critique en tenant compte des critiques apportées et en réévaluant tous les enseignements pour, à la place, supprimer ce qui est redondant ou non adapté à un futur exercice de ville. Eviter que des étudiants passent du temps pour faire avancer des travaux de praticiens hospitaliers, non adaptés à leur futur exercice. Développer les stages en ville , définir les axes de recherche souhaitable en ville
34	Je suis maître de stage, mais notre stage n'est pas choisi depuis 3 semestre : rural, loin de tout, inquiétant pour des jeunes ?
35	Pour l'enseignement: se caler sur les demandes des praticiens. J'ai abandonné la charge de maître de stage car est "collée" d'un étudiant une journée entière c'est insupportable. Et 6 mois c'est trop long. Il y a une perte de temps pour tout le monde qui est injustifiée.
36	Présence des généralistes aux CHU La formation des internes en Médecine Générale au cabinet est nécessaire pour redonner une attractivité à notre profession type stage SASPAS Ne plus voir des internes choisir la Médecine Générale par l'échec
37	La mise en place de la Filière Universitaire de Médecine Générale devrait permettre de mieux faire connaître cette "nouvelle" spécialité par les hospitaliers, les hospitalo-universitaires, les étudiants et les confrères des autres spécialités déjà installés en libéral. Les généralistes enseignants (j'en suis) sont prêts à contribuer à cette recherche après avoir contribué à la mise en place progressive (et hélas par tâtonnements) d'une pédagogie d'enseignement qui semble actuellement être finalisée et devrait devenir nationale.

## b. Manque de moyens

1	même remarque que précédemment; je n'ai pas le temps de vivre (je ne vois ni épouse, ni enfants), alors enseigner et rechercher ....
2	à chacun son métier
3	La création de postes et l'argent sont les nerfs de la guerre.....
4	rémunérer correctement les enseignants ambulatoires. dégager du temps pour ses 2 entités. Les thèses sont bien jolies mais une perte de temps (et argent) considérable même si l'étude en soit est de qualité. Il faudrait mieux faire une publication de qualité pour que le résultat sera distribué largement p.e.
5	Surement mais ce n'est pas mon domaine, je suis soignant et c'est déjà suffisant ...
6	DIFFICILE EN MG RURALE
7	pas concerne par le pb car ni chercheur ni enseignant, mais tout médecin devrait pouvoir bénéficier d'une enveloppe pour la formation post universitaire
8	favoriser les rencontres en payant très cher les temps de rencontre
9	...en donnant le temps au praticien pour le faire...
10	j'ai été assistant de recherche entre 92 et 96 = CDD en continu = impossible
11	on a pas le temps ni la formation pour et aucun moyen bien entendu..
12	Sans financement de postes dédiées à la recherche et à l'enseignement pas d'évolution possible. Il est aujourd'hui nécessaire que certains d'entre nous puissent prendre le temps d'analyser notre pratique afin de l'améliorer. Il paraît logique qu'il s'agit d'un investissement sur le futur.

13	S'il y a des médecins qui ont du temps pour cela pourquoi pas? Dans ce cas une rémunération spécifique, leur permettant d'abandonner l'activité de soins, est indispensable. Des professeurs en MG, des attachés sont nécessaires auprès des étudiants. Moi, je ne peux pas être Maître de Stage car je fais la Secrétaire en même temps et un Stagiaire n'y trouverait pas son compte. Quand j'aurai des meilleurs locaux et du temps médecin, on verra...
14	Inclure cela administrativement dans le Compte-rendu Annuel d'Activité de chaque Hosto, mais du coup il faut créer une ligne budgétaire, ceci pourrait être annexé à la prochaine Eval EPP des Etablissements.
15	on aimerait avoir le temps pour le faire mais en rural cela va en sens inverse, en tout cas pour moi, le temps pour le malade à disparu
16	donner + de moyens aux ECA pour faire de la recherche clinique de terrain (financiers et formation) et y former les futurs généralistes
17	comment valoriser un enseignement nécessaire, quand il faut encore travailler le soir ou les weekends end après déjà plus de 60 heures / semaine
18	pas le temps la formation oui mais sans contrainte et sans points, pour ma part je reste libre et n'accumule ni ne fait la "chasse" aux points,,,
19	Maître de stage depuis 20 ans, en gros, avec une activité prof. importante, je ne vois pas où placer cette activité. Problème d'organisation ? pas motivé ? je creuse le problème.
20	revoir la rémunération des formateurs !!!
21	des vrais salaires des généraliste enseignants, des FMC indemnisées et indépendantes, des outils informatiques
22	rémunérer les chercheurs et les enseignants
23	RECONNAITRE LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT EN REMUNERANT DE MANIERE CORRECTE
24	Donner des possibilités de temps- Etre plus souple- Plus ouvert-
25	La recherche et l'enseignement... avons nous vraiment le temps...peut-être avec des jours de 40 heures sur la planète doc' land !
26	à chacun son boulot
27	Ceci n'est possible que par une informatisation commune et non par la multitude de logiciels médicaux non interconnectable existant actuellement sur le marché. Le généraliste n'est pas en mesure de s'occuper correctement d'une informatisation exemplaire permettant une recherche statistique précise, organiser une permanence médicale journalière sans reproche, participer à l'AMU en pré hospitalier, s'occuper de sa formation, de sa famille et jouir encore de quelque loisir cela est matériellement impossible, hormis le travail à 35h passant forcément par une augmentation du quota de nombre de généraliste actifs.
28	Créer les postes nécessaires dans les universités....
29	cela doit passer par un financement
30	les mettre en valeur leur donner les moyens de travailler et les rétribuer décentement
31	proposer la mise à disposition de saspas pour assurer la consult. en cas de stage pratique ou de fmc. valoriser ceux qui font l'effort régulier de continuer à se former
32	ça se fait déjà dans les CHU. Le problème pour les libéraux: trouver du temps pour se former...d'autant qu'il va manquer de médecins!...
33	Pour faire de la recherche il faut dégager du temps ce qui ne sera probablement pas pour les 15 ans à venir compte tenu de l'évolution démographique sauf à changer radicalement l'organisation des soins et rendre au médecin les heures occupées à du non-médical.
34	pb financier
35	peu de possibilités actuellement
36	rémunération décente
37	Pour intéresser des libéraux il faut les rémunérer ...
38	augmenter vraiment le budget
39	Commencer par appliquer ce qui a été signé : mettre en place les chefs de cliniques. Donner la possibilité de se dégager du temps pour la recherche ou l'enseignement : cf commentaires question 4(Tout faire pour favoriser l'exercice en groupe et l'emploi de personnel pour nous décharger de ce qui n'est pas médical. On en a marre de passer notre temps à faire le ménage, expliquer aux gens comment venir au cabinet ou remplir les innombrables formulaires non médicaux ! Etre sûr de pouvoir trouver un remplaçant lors de nos absences. Rémunérer d'une manière ou d'une autre le temps passé à améliorer la qualité des soins : participation aux réseaux, groupes de pairs, ...Il faut séparer le montant de l'acte lui-même et tous les à-côtés)
40	il faut des sous, et plus de médecins généralistes enseignants et chercheurs (volonté de leur part?) et conserver l'acquis des formations professionnelles rémunérées et les développer
41	même commentaire que pour la question n°4 (time is money "le temps c'est de l'argent "Toute tâche mérite salaire" à sa juste valeur)
42	Faut-il nous apprendre à soigner la santé comptable de la SECU ? ou pouvons continuer de soigner le mieux possible la santé de nos patients. Une pandémie de grippe aviaire arrangerait bien le gouvernement !

c. Rôle de l'hôpital dans l'enseignement et la recherche - implication des généralistes

1	Virer les labos qui n'ont rien à faire dans ces domaines et qui sont omniprésents.
2	associer le Privé à la recherche publique
3	- Rechercher une cohérence dans l'enseignement à l'hôpital et l'enseignement en ambulatoire de façon à rendre évidente la nécessité d'une articulation hôpital-ambulatoire - Développer des études en collaboration avec les médecins ambulatoires
4	Est-ce utile ? Deux solutions: revenir au thème évoqué en 4° (Que l'hôpital redevienne le lieu où le généraliste de terrain va s'abreuver de connaissances, techniques, contacts, nouveaux... et soit reçu autrement qu'un chien dans un jeu de quilles!) ou laisser officiellement ce rôle aux cliniques privées en les y aidant par quelques mesures pratiques (gestion des EPU par exemple)
5	Toutes les formations proposées aux libéraux généralistes par l'hôpital sont pilotés par des spécialistes. Il n'y a pas de généraliste coopérant. Résultats, la formation est une formation de fac, banale, pleines d'information inutilisables en ville, de conseils de prescriptions inutiles, (nous n'avons pas accès à la pharmacopée des spécialistes cf Atrovent ou ventoline aérosol) Autant aller sur internet l'information existe. Mais tout peut s'améliorer
6	l'hôpital est un "aspirateur" à tout point de vue: pour les soins des patients, mais aussi pour l'organisation des soins, les réseaux, la recherche. les soins primaires sont niés par les hospitaliers, et quand ils s'en préoccupent c'est pour les "organiser" à leurs façons, c'est à dire au service de l'hôpital.
7	il serait agréable que les services hospitaliers proposent aux libéraux d'accéder à leurs réunions de formation.
8	Les maitres de stage devraient être des universitaires et ainsi programmer des travaux de recherche au sein de leurs cabinets (Maisons médicales?)
9	L'Hôpital local n'a jamais joué de rôle dans ma formation depuis que j'exerce dans le libéral. IL y a là une coupure anormale.
10	laisser plus de possibilité au non universitaires d y participer
11	accueil plus large plus simple plus facile dans toutes structures de soins
12	CF réflexion supra : pas de possibilité sans dégager du temps ... Informatisation des dossiers pour fluidifier les échanges /courriels ( l'inverse du DMP : le dossier in extenso est le fait du M-T , rémunéré pour sa gestion ) : à partir de cela , faire "tourner " nos moteurs de recherche en vue d'études , pour améliorer et échanger les pratiques lors de FMC 2 jours type "groupe de pairs élargis " avec les médecins des CHR et/ou les prof. CHU de M-G ?
13	oui avec une recherche en médecine générale
14	<b>CF + HAUT UNE MEILLEURE ORGANISATION ET OPTIMISATION DES MOYENS ET DES COMPETENCES POURRAIENT SUREMENT DYNAMISER RECHERCHE ET ENSEIGNEMENT</b>
15	De la part de l'hôpital, mise à disposition logistique vers les libéraux afin de les aider dans leur travail d'enseignement de recherche et d'enseignement Ouvrir des consultations ambulatoires de MG
16	l'industrie pharmaceutique envahit et sature l'espace télé-communicationnel ; des milliards d'euros sont dépensés à des fins marketings et à des recherches orientées uniquement sur le retour sur investissement. A quand une vraie recherche publique ?
17	intérêt de la communication sur situations rencontrées (médicales, sociales des patients )
18	1) durant le cursus des études médicales: mettre en adéquation les cours théoriques et les stages 2) la FMC / MG pourrait être basée sur un programme type internat (sur 2 à 5 ans) revu et contrôlé de manière cyclique, avec un support écrit mis à jour par des instances publiques (ou privées dûment validées) 3) la recherche publique devrait plus souvent prendre appui sur les médecins de ville, formés et rémunérés pour cela (formation initiée en fac)
19	libérer les médecins libéraux de l'influence néfaste des labos pharmaceutiques et les encourager à garder leur objectivité et leur sens critique, nécessaires à toute démarche scientifique.
20	Les médecins de ville devraient pouvoir proposer des sujets de recherche à l'hôpital. Les dossiers médicaux des médecins de ville, s'ils sont bien tenus, sont une formidable banque de données pour la recherche.
21	Encourager la recherche de qualité en soins primaires.
22	avoir des règles de FMC lisibles et simples et stables
23	sortir l'enseignement des chru et créer des facultés de médecine géré à parité par des enseignants, des chercheurs et des cliniciens (60 % DE GENERALISTES ET 40 % DE SPECIALISTES)
24	Il faudrait plus de généralistes enseignants et dans toutes les spécialités il faudrait enseigner les erreurs à ne pas commettre, en osant révéler, reconnaître ses bourdes. Les stagiaires devraient noter leurs maîtres de stage afin que les services non formateurs dans lesquels le patron se désintéresse de la formation de ses étudiants soient stigmatisés.
25	laisser une place bien plus importante à la médecine de ville
26	voir ci-dessus (Je regrette l'impossibilité en France de travailler en libéral, puis à l'hôpital et vis versa. les échanges de poste permettraient des évolutions de carrière, dynamiseraient notre métier et permettraient une meilleur

	compréhension du rôle de chacun. L'immobilisme me tue)
27	Je considère que le médecin de famille n'a pas à faire de la recherche. Notre mission est de réparer les patients le plus vite possible et pour le moins cher possible. Bien sûr que nous avons nos petites idées en matière de traitement ou d'abord des patients mais que pèsent-elles devant l'omniscience des maîtres qui distillent le savoir ? Des laboratoires qui financent des études d'où ils sortent toujours vainqueurs ? J'ai appris en 5 ans d'hôpital plus des autres internes et des infirmières que du personnel spécialisé dans la distillation du savoir. Il est vrai que certaines facultés sont moins dogmatiques et sûres d'elles que d'autres...
28	disparition des Hospitales Universitaires. Avec la privatisation des facs, il faut que les enseignants soient choisis parmi les meilleurs professionnels et les pédagogues les plus enthousiastes. C'est au doyen de chaque fac de choisir ses enseignants. Il peut ainsi faire venir des professionnels ou des références dans les domaines concernés. Il a la possibilité de se séparer des "mauvais" ou des profs qui ne manifestent aucune disposition pour la formation des jeunes.
29	Faire en sorte que la spécialité qui représente la moitié du corps médical soit représentée à cette hauteur dans la FMI au niveau des universités avec nominations en nombre SUFFISANT d'enseignants TITULAIRES.
30	Impossible, il faudrait que les hospitaliers acceptent de faire des semaines de travail d'une durée normale...
31	la médecine générale est une médecine de premier recours, de suivi au long cours, de santé publique... et en ce sens à sa propre recherche et son propre enseignement à développer!
32	Développer et faciliter partout la maîtrise de stage, pour les praticiens et pour les étudiants.
33	Rétablir les autopsies et y convier les médecins traitants Convier les médecins traitants au " soviét " si ça existe encore... Convier les médecins traitants aux réunions " pluridisciplinaires " à cinquante inscrits et deux présents
34	amélioration des contacts avec nos confrères hospitaliers en réalisant des réunions de formation
35	EPU à organiser au sein des hôpitaux avec les hospitaliers
36	La recherche et l'enseignement sont à repenser en totalité : la grande majorité des jeunes médecins n'a pas des outils de base pour faire face. La recherche indépendante des firmes pharmaceutiques ou autres est à inventer!
37	l'enseignement des étudiants de toute spécialité doit être fait selon les principes de la MAC MASTER SCHOOL;
38	je pense qu'il y a beaucoup de médecins et autres professionnels de santé (kiné ostéo, infirmières.....) qui ont à apporter par leurs pratiques diverses, basées parfois sur l'empirisme mais qui peuvent donner des résultats surprenants .... il faudrait évoluer vers la prévention globale pour préserver la santé en incluant les médecines complémentaires qui prennent en compte l'individu dans sa globalité et non un symptôme ou un syndrome.....
39	se détacher de l'influence de l'industrie pharmaceutique et on pourra peut-être faire de la vraie médecine
40	PERMETTRE aux SENIORS et AUX JEUNES MEDECINS de mettre en commun leurs compétences, leurs constats et leurs expériences.
41	Lancer des études sérieuses sur des sujets pouvant être proposés par les médecins libéraux ou les hospitaliers avec création d'un poste de directeur de recherches à l'image de ce que fait l'INSERM mais avoir un statut pérenne.
42	FORMATION PAS INTERNET VALIDANTE COURS DE MEDECINE REMISE A NIVEAU PAR INTERNET PLUS DE FMC
43	possibilité de la financer par des organismes privés / assurances, producteurs de service ou de produit de santé dans le cadre, pour parti universitaire
44	que l'on peut aussi faire en MG!
45	avoir les mails ou un moyen de communication fiable et rapide entre tous les praticiens pour favoriser le travail des internes en thèse, ou pour les médecins chercheurs, génération qui va apparaître!!! ceci implique une coordination CDOM, URCAM, URML et facultés entre autres!!!
46	Je suis Maître de stage et tout à fait prêt à collaborer avec les hospitaliers, du moins ceux qui n'ont pas que mépris pour les MG.
47	oui bien sûr. Qu'en est-il de la recherche en médecine générale?
48	Intégrer les MG dans la recherche et l'enseignement. Comment faire de la prévention, là où le curatif est insuffisant voire inefficace? La prévention possible devrait être placée comme premier élément thérapeutique. Qui osera comparer le coût différentiel prévention/curatif? Comment disposer d'un corpus de savoir médical, penser par des experts médicaux indépendants des industries pharmaceutiques ou d'autres groupes privés?
49	Dans le domaine qui me passionne (psychothérapie) l'isolement est très grand, je viens seulement hier de faire une rencontre qui pourrait créer un lien avec une équipe universitaire à Montpellier (2 heures de route pour moi) ce qui m'aiderait à valider ou infirmer certaines options thérapeutiques. après 23 ans de pratique!
50	Mettre à plat toutes les questions en interrogeant, en faisant participer les acteurs de terrain.
51	Inciter les internes à faire des recherches sur les cas difficiles et de nous en faire part et éventuellement les stimuler pour en faire un sujet de thèse.
52	création de rencontre FMC ou autre entre Md Hospitaliers et libéraux Utopie ???

53	Avant la recherche ....le soin ! Avant l'enseignement... la qualité du soin, l'enseignement c'est d'abord par l'exemple !
54	Partage de cas type groupe de pair et recherches cliniques
55	faire participer les mg à la recherche et à l'enseignement
56	avant de parler de recherche et d'enseignement il faudrait revoir les relations hospitalo- libéral
57	Organisation de FMC orientées MEDECINE GENERALE.
58	introduire un vrai contact avec la médecine générale dès le début du cursus et ne pas l'interrompre. identifier les phénomènes de méconnaissance de la médecine générale qui caractérisent de nombreux services hospitaliers, remédier au fait que les étudiants passent plus de temps à "faire tourner l'hôpital" qu'à apprendre leur futur métier, les aider à acquérir du recul par rapport aux contacts envahissants de l'industrie pharmaceutique, omniprésents à l'hôpital, réintroduire la formation de lecture critique en tenant compte des critiques apportées et en réévaluant tous les enseignements pour, à la place, supprimer ce qui est redondant ou non adapté à un futur exercice de ville. Eviter que des étudiants passent du temps pour faire avancer des travaux de praticiens hospitaliers, non adaptés à leur futur exercice. Développer les stages en ville , définir les axes de recherche souhaitable en ville
59	enseignement ciblé par des services le soir ou autre pour des libéraux ex: service pneumo hôpital font près de Toulon
60	je n'ai pas fini mes études il y a si longtemps que cela mais je n'ai eu aucune formation dans ce sens > cela aurait-il changé récemment???? des études faites par les médecins généralistes de ville permettraient certainement d'établir des recommandations de l'HAS plus concrète et plus juste plutôt que celles basées sur les études faites à l'hôpital ...
61	Commencer par appliquer ce qui a été signé : mettre en place les chefs de cliniques. Donner la possibilité de se dégager du temps pour la recherche ou l'enseignement : cf commentaires question 4(Tout faire pour favoriser l'exercice en groupe et l'emploi de personnel pour nous décharger de ce qui n'est pas médical. On en a marre de passer notre temps à faire le ménage, expliquer aux gens comment venir au cabinet ou remplir les innombrables formulaires non médicaux ! Etre sûr de pouvoir trouver un remplaçant lors de nos absences. Rémunérer d'une manière ou d'une autre le temps passé à améliorer la qualité des soins : participation aux réseaux, groupes de pairs, ...Il faut séparer le montant de l'acte lui-même et tous les à-côtés)
62	dans le cadre de la FMC
63	Associer les médecins et notamment les MG à des projets locaux de santé publique : - être informé et connaître l'épidémiologie locorégionale (centrales nucléaires, déchetteries, cancers, pathologies infectieuses particulières [leptospirose]...) -être associé ET rémunéré dignement [ BAC+9] eu égard à nos compétences et notre nouvelle spécialité de MG -participer activement à des travaux de recherche épidémiologique -cesser de nous prendre pour des imbéciles corvéables à merci au sein des services d'hospitalisation à domicile -faire respecter le corps médical par les autorités de tutelle et le public -mieux définir nos prérogatives, dire non à la consultation "kleenex", ou de bobologie, recentrer nos tâches sur les "vrais" problèmes de santé, réduire la part de nos rémunérations liée au nombre d'actes
64	idem (Avoir plus souvent des réunions avec les hospitaliers)

d. Intitulé non compris

1	pas clair non plus : de manière générale en MG, à l'hôpital ?
2	?
3	???
4	Idem 2 et 4 (La question est trop ouverte et pas assez précise)
5	???
6	Amen
7	ouf!
8	Trop tard.
9	ce n'est pas mon problème
10	Rien à Branler...
11	ça me regarde pas - je suis MG de base
12	Je débute
13	no comment

e. Divers

1	Je ne sais pas si cela existe à Colmar
2	grâce à DMP +ADSL + téléphone direct (pourquoi les hospitaliers ne sont ils pas joignables sur 1 portable dédié à cela) + rémunération
3	j'y participe
4	Un stage d'une semaine des chefs de services et assistants en cabinet de médecine générale libérale , pour comprendre que ce n'est pas si nul et combien les conditions sont difficiles....surtout quand on doit hospitaliser.
5	Il y a des pathologies qui sont "entre" la ville et l'hôpital Par exemple une précordialgie atypique ou des douleurs abdominales chez une personne âgée qui nécessitent quelques examens urgents, possibles en hospitalisation d'1 jour avec retour à domicile si la communication est bonne.
6	Une fois que le réseau VH sera mis en place...
7	de la pratique de tous les jours.
8	oui mais sans délaissier le soin
9	épidémiologie
10	pourquoi entraver la fpc des mds saspas ??????
11	à court d'idées pour ces deux items, MAIS:... améliorer la qualité des soins et la prise en charge GLOBALE des patients me semble déjà une ambition PRIORITAIRE qui est un objectif tellement éloigné qu'il requerrait déjà beaucoup de temps et d'énergie...ceci étant acquis...on pourrait alors songer à la recherche et à l'enseignement !!!
12	En tant qu'enseignant maitre de stage , je pense qu'un temps accordé au médecin traitant dans la discussion ne serait que bénéfique au patient que ce soit en cancéro ou en médecine interne . trop de traitement sont subis comme des oukases du service sans référence à l'histoire du patient, gâchés encore une fois
13	VRAI VOLONTÉ DES MÉDECINS ??????
14	C'est essentiel.
15	j'ai donné 10 ans MdS

## LES COMMENTAIRES DES MEDECINS SPECIALISTES

### 1. Organiser les soins de proximité

1	je suis un immigré dans l'hôpital
2	Je me fais aussi plaisir en allant voir mes patients hospitalisés, leur joie de me voir m'est agréable (même si je sais également prendre du plaisir en dehors d'eux héhé)
3	Très difficile d'avoir des infos sur nos patients hospit. Nous sommes obligé de tel +++ et d'être insistant et persuasif pour avoir contact avec un médecin Il manque des items dans les gardes, on passe de 1/mois à 1/6mois
4	peu de temps disponible pour la visite des accouchées mais j'aimerais le faire. Notamment si cela était rémunéré
5	Il est très rare que j'hospitalise un de mes patients: en revanche lorsque de garde aux urgences je transfère un enfant au CH d'Avignon, rarement des nouvelles
6	C'est super votre questionnaire, qui s'en occupe et comment l'exploitez-vous? Xavier GOUYOU BEAUCHAMPS Union des Chirurgiens de France et FMF xavier.beauchamps@wanadoo.fr webmaster UCDF
7	j'ai trop souvent l'impression que les hospitaliers ne tiennent pas compte de mes avis ce qui rend mes visites assez inutiles
8	Quand j'ai créé mon cabinet médical individuel rural en 1984, j'allais systématiquement voir mes patients hospitalisés y compris les nouveaux patients (accouchement) avec un super contact et retour de confiance et gratitude si nécessaire à une bonne relation médecin-patient (si économe en coût de soin). Actuellement avec un canton sous-médicalisé, ne faisant plus que des consultations de 7h30 à 21h00 en non-stop, je ne peux plus visiter mes quelques cas les plus urgents qu'en repos si je trouve un remplaçant (même 20C/jour garantie ne les intéresse pas) ou le dimanche !!!!! Quel gâchis ce Numéris et ce MICA; A quand une partie de capitation ou de variation du C suivant les cantons (pauvres MG isolés, rien pour eux en rapport aux groupes!!!)
9	l'autosuffisance des hospitaliers et leur "non disponibilité" sont trop chronophage. Du temps des temps partiel hospitalier le climat était tout autre...
10	Malgré des efforts indiscutables, les deux mondes coexistent de façon plutôt cloisonnée... L'hôpital ne se sent pas concerné par les mesures d'économie: prescriptions reportées sur l'ambulatoire, redondance des examens, non respect des règles d'ALD. Effet délétère des 35 heures...
11	à l'hôpital, nous avons comme vous en ville peu de temps à consacrer aux échanges avec la ville : charge de travail excessive et manque de moyens en termes de temps médical et de secrétariat. Regrettable.
12	SUR LA QUESTION PDS/Tour de garde Il existe une réponse spécifique sur le 94 (6 ou 7 SAMI) : pas tout à fait maison médicale de garde mais pas loin, il s'agit d'un lieu pour la garde médicale pour les nuits et les weekend end mis à disposition et équipé (bien) à Créteil par la ville en partenariat avec la CPAM de Créteil, le SAMU et le CDO. En général les patients se présentent adressés par le 15. Peu de monde en semaine, ça fonctionne bien les weekend end et jours fériés. Persiste la difficulté liée à l'absence de pratique généralisée du tiers payant (pas lecteur de carte vitale car beaucoup de remplaçants dixit la Caisse locale pas de systématisation du DAF, pas de vraie volonté des libéraux ...)
13	au début de mon activité libérale j'allais quasiment systématiquement les voir, maintenant je suis trop surbookée. l'échange d'information avec l'hôpital se fait dans les deux sens
14	le principal problème

### 2. Améliorer le pilotage de l'hôpital

1	ça veut dire quoi pilotage ?
2	Toujours inadmissible et pourtant si fréquente, l'absence de réponse à mes lettres - qui sont toujours détaillées - quand j'envoie un patient avec des questions précises, cas le plus fréquent. Je dirais que je reçois toujours ou presque une réponse quand j'adresse dans le privé, même si bien sûr c'est parfois une réponse à côté...Avant même la notion de manque à la confraternité, je retiens celle d'inefficacité, et aussi celle d'impolitesse...
3	c'est à eux de s'en occuper
4	être prévenu des les premières 48h de l'hospitalisation d'un patient si ce n'est pas moi qui l'ai demandé et idem pour la sortie
5	L'hôpital aux médecins Un médecin est fait pour soigner, enseigner: il n'est pas formé pour discuter de points MSI ou avoir l'œil sur la rentabilité de son service selon les critères de l'ultra-privé. Malheureusement c'est Woerth et Lagarde qui auront l'avant dernier mot, le dernier à notre omni président

6	ce n'est pas un domaine que je connais
7	Courrier systématique à J1 (comme nous faisons il y a 25 ans à Compiègne) et puis de nouveau courrier à la sortie programmée avec réelle coordination avec le MG et non pas des structures étatiques pilotées par les départements (Bonjour les dégâts au milieu de 3 départements et 2 régions) avec refus de transports d'un département à l'autre hôpital hors secteur!!!! Je reçois du courrier parfois à 3 mois, ce qui dérangeant en cas de décès!!! Heureusement qu'en rural, le "bouche à oreille" fonctionne mieux!!!
8	Ne plus autoriser l'accès direct en consultation aux "spécialistes" hospitalier. (souvent à l'origine d'un ping-pong de spécialité en spécialité pour rentabiliser les services) Rendre obligatoire les courriers aux médecins traitants en particulier pour les patients se rendant directement aux urgences. Faire faire aux médecins conseils des contrôles sur les patients ayant recours direct aux urgences et récupérer les indus (urgence non justifiée) supprimer la prime à l'augmentation du nombre des actes des urgences (dotation supplémentaire par progression de 2000 actes) système inflationniste. Réformer les conseils d'administration pléthorique, purement formel. Supprimer les consultations privées qui sont scandaleuses (6 mois d'attente en public et accès pratiquement immédiat moyennant supplément en privé) Pour les médecins qui font des expertises rendre obligatoire si le privé est maintenu qu'elle soit faite sur le temps privé que soit reversé à l'administration la quote-part prévue pour les consultations privées. Introduire des représentants des médecins libéraux au sein de la commission médicale consultative. Revoir tous les circuits administratifs et médicaux par audit. Pouvoir hospitaliser un patient sans qu'il passe obligatoirement par les urgences
9	Cesser de subventionner un gouffre économique impuni. Cesser de mettre des échappatoires comme le MIGAC (missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation) qui compense la baisse de l'OQN (objectif quantifié national)... Casser des corps de fonctionnaires corporatistes et monomorphes (Rennes). Rendre les gens réellement responsables, civilement voire pénalement
10	L'hôpital est une structure lourde qui ne laisse que très peu d'autonomie d'organisation aux PH. La T2A est une mauvaise chose qui fait regarder le service rendu hospitalier que par le biais de cette tarification des actes techniques : seuls les actes rentables ont grâce aux yeux des autorités décisionnaires locales ou tutelles. L'avis clinique est dans ce cadre le parent pauvre oublié. Si aucune correction de pilotage n'est donnée, on aboutira à un défaut de prise en charge des pathologies jugées non rentables. Il faut absolument gérer l'hôpital en fonction du service médical rendu : par exemple un avis clinique pertinent donné à temps peut éviter une intervention ou un acte technique lourd et rendre au patient le même service, voire un meilleur service, que l'acte bien rémunéré et médiatique.
11	Faire reconnaître les activités non productives de points ISO, c'est à dire hors TAA : éducation pour la santé, information des usagers, prévention, soutien psychologique, accompagnement social. Associer des représentants des praticiens généralistes libéraux aux organes décisionnels de la "nouvelle gouvernance"; pour permettre de mieux articuler et de construire des parcours cohérents et coordonnés de santé (diminuer le nombre et la durée des hospitalisations nécessite de travailler en amont, c'est à dire en ville sur la prévention et la promotion de la santé. Mais nécessite aussi de travailler en aval pour préparer les sorties en s'appuyant sur un "réseau de l'aval" Croiser les pratiques et multiplier les rencontres Se construire des outils communs Ouvrir l'hôpital aux médecins généralistes libéraux (dans les PASS, aux urgences, aux lits portes...) Faire sortir les hospitaliers de l'hôpital Soutenir et développer les réseaux Faire travailler ensemble hospitaliers et Médecins Généralistes Libéraux (actions d'information des usagers dans la ville, santé communautaire, groupes mixtes ville/hôpital d'analyse des pratiques...)
12	Permettre un échange d'information informatique par internet dans les deux sens: ville et hôpital Ne pas abandonner l'idée du DMP mais bien le sécuriser. S'inspirer du système utilisé par les banques.
13	ce sont généralement les internes qui nous contactent et non le médecin du service qui prend les décisions. Mais je prends toujours le temps, sauf urgence de faire une lettre détaillée complète pour individualiser mon patient; malheureusement, si on est un peu pris par le temps et qu'on n'intervient pas, on retrouve souvent des patients, je pense surtout aux très vieux, complètement déstabilisés avec des traitements incohérents (ex: on ajoute des statines et des sulfamides à un vieux de 95ans qui a un diabète léger, sous prétexte qu'il a fait un IDM il y a 15ans et qu'il pourrait faire une insuffisance rénale, vue l'âge, avec la metformine)

### 3. Structurer le service hospitalier de territoire

1	impossible de joindre un senior à l'hôpital on tombe sur l'interne costaricain qui annonce le français mais en sait plus en médecine que vous
2	Par chance je n'ai jamais eu de refus avec des conséquences graves, comme certains de mes confrères m'ont raconté en avoir eus.
3	Avec le temps et l'expérience (régulation au 15) c'est plus facile mais pour les jeunes cela doit être + sportif
4	j'ai plutôt de bonnes relations avec l'hôpital local mais il existe une situation de concurrence indéniable (praticien hospitalier d'origines étrangère qui après un an ouvrent un secteur libéral secteur 2 alors que nous sommes coincés en secteur 1)

5	L'hospitalisation est difficile pour deux raisons: -il faut passer par les urgences enfants, et parfois il y des surprises, -le diagnostic de départ est très souvent contesté, d'où la perte de temps
6	elle est facile quand le problème est grave chez une personne jeune, elle est difficile quand cela touche une personne âgée (quel que soit son problème)
7	Je suis à 20km de toutes structures de soins (hôpital, radio, spécialiste.) Il faut "juste" envoyer les gens à bon escient en cas d'urgences vraies ou de projet d'avis spécialisés en 2ème recours. Le choix entre privé et public ne se fait plus comme autrefois sur la compétence mais sur les dépassements d'honoraires (médecine à deux vitesses)
8	En privé l'hospitalisation publique étant soumise au diktat des urgences
9	L'opacité du système fait que tout passe par les relations personnelles tissées au fil du temps
10	Plutôt facile car - moi bi-appartenant moitié MG, moitié PH dans un Hôpital Intercommunal - une vraie culture partagée locale de pratiques en réseau - animateur d'un réseau de santé territorial dans lequel les hospitaliers (même ceux du CHU) sont très impliqués
11	Facilitée par mon activité mixte libérale et hospitalière. En général, c'était plus difficile pour la psy et addictologie
12	Il y a un sérieux problème de lits; j'essaie toujours de vérifier la disponibilité en lits avant d'envoyer un patient pour lui éviter de trainer quelques heures aux urgences Il faudrait installer une maison de garde à côté de l'hôpital, avec accès au laboratoire et à une radio simple, pour faire le tri de ce qui relève des urgences vraies et de la pathologie courante; éventuellement avec un ou deux lits de surveillance; et y laisser travailler des étudiants de fin d'études pour y faire leurs armes de généralistes avant d'être lâché dans la campagne. C'est là qu'on pourrait également mener certaines recherches de médecine générale
13	Vous ne proposez pas l'hospitalisation en pôle de santé PUBLIC-PRIVE tel que nous l'avons réalisé et qui est un concept qui se développe de + en +.

#### 4. Renforcer l'attractivité des professionnels

1	1) des places de parking qui nous soient réservées+++++ (c'est déjà théoriquement la loi, mais elle n'est pas appliquée...) 2) sûr que le temps que nous passons à rassurer et expliquer devrait, en toute logique, nous être rémunéré, mais il ne faut pas rêver...quand il n'y aura plus de MG les gens comprendront...trop tard, évidemment.
2	OUI
3	faire une sorte de clinique ouverte avec possibilité de coter nos visites
4	il faudrait revaloriser le soin et non pas la rentabilité à tt prix, tenir compte du fait que les patients ne sont pas des machines et qu'il faut plus de 15 min pour les traiter dans leur globalité la reconnaissance financière des professionnels n'est pas en rapport avec le travail fourni et la responsabilité à laquelle nous sommes confrontés
5	Vu comme les médecins attachés sont traités par la hiérarchie (sans attachés, européens ou non) les hôpitaux tourneraient au ralenti. Motiver les attachés par des conditions de travail honnêtes une rémunération convenable; ces mêmes propositions pour les autres personnels
6	Du forfait durable pour les MG: l'option médecin référent, mais sans la possibilité de la supprimer du jour au lendemain, et avec un tiers payant qui fonctionne (la galère du TP dans l'OMR)
7	Il n'y a pas assez de médecins français en hôpital d'où un recrutement limite "communiquant" aggravant le bon fonctionnement. Ouvrons le Numéris, Recrutons uniquement en zone défavorisée avec de meilleure rémunération dans ces zones "franches"
8	Recréer des chefferies de temps partiels
9	Les rémunérations des libéraux à l'hôpital (attachés) est grotesque : de l'apostolat pour masochistes. C'est le reflet de l'état de l'esprit général vis à vis des médecins. La rémunération des hospitaliers est souvent sans commune mesure avec la compétence (hors secteur privé) lorsqu'elle est reconnue (l'hôpital ne doit pas non plus être le refuge des incompetents).
10	Proposer, voire imposer, des échanges plus systématique ville hôpital lors des hospitalisations : se donner les moyens côté ville (rémunération) comme hôpital (charge de travail et secrétariat).
11	Reconnaissance comme un acteur essentiel du parcours du patient Légitimisation de sa fonction de coordination Valorisation de la démarche qualité : la participation à la formation, à l'évaluation des pratiques, à l'expérimentation des systèmes d'information ... doivent être valorisées (cf forfait OMR) Développer de nouveaux modes de rémunérations complémentaires au paiement à l'acte : consultation de prévention, temps de coordination, missions de santé publique...)
12	L'existence d'une consultation de coordination ville-hôpital évaluée à 2,5 à 3 C serait facilitante

## 5. Dynamiser l'enseignement et la recherche

1	favoriser la recherche en médecine libérale financer cette recherche obliger les spécialistes en formation à faire des stages libéraux
2	ce serait d'abord dynamiser l'"évaluation", ce monstre qui ne va faire vivre que les évaluateurs...la standardisation qu'on nous prépare a le grand illogisme de s'appliquer à un objet non standardisable parce qu'irrationnel, et qui s'appelle un être humain...ce n'est pas les "consensus" (y'a qu'a voir le nombre de fois où tout le monde s'est trompé en même temps !!cf. le THS il y a quinze ans...) qui m'émeuvent, car "dans la République des sciences, la vérité ne se mesure pas au nombre des suffrages"...(Lavoisier).Il serait grand temps de se rendre compte que ce mouvement global d'"évaluation"(à partir de quels diktats???) fait fausse route (et accouchera d'une souris comme d'habitude.)Ensuite, on pourrait confier les enseignements à des pédagogues authentiques, et ça on l'a ou on ne l'a pas, même si les "pédagogistes", enfin virés de l'Ecole publique où ils ont fait les dégâts que l'on sait, rappellent maintenant à la Fac pour compenser les adeptes perdus en influençant les plus fragiles parmi nos confrères (ceux qui sont dévorés par une ambition professorale héhé...), les auteurs de "recherches" que personne ne lit...ces "pédagogistes" honnis, disent évidemment le contraire (is fecit cui prodest...)Quand on voit le dogmatisme insupportable de ces "pédagogistes" censés avoir "appris"(!) la pédagogie, et leur absence totale d'cervelle, on s'aperçoit qu'il s'agit d'un don...qu'ils n'ont pas !
3	OUI
4	reconnaitre un temps de staff soit dans la validation de l'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) soit dans la FMC merci espace G de faire cette enquête (je suis membre FMF SPE)
5	c'est du domaine des Chu, cependant dans les hôpitaux généraux, à une certaine époque ont formait de remarquables médecins (spécialistes et généralistes), la suppression de l'internat dit de région a été une grave erreur et on en paiera les conséquences pendant longtemps. Les Chu ont gagné en paupérisant toutes les spécialités et hypothéquant la santé du Pays
6	modifier la sélection en première année: elle sélectionne surtout des bêtes de travail qui veulent "rentabiliser" leur réussite au concours, mais pas des soignants!
7	Ouvrons les portes de l'enseignement aux spécialistes en MG. Ce n'est pas tout d'avoir de bon solistes sans chef d'orchestre.....C'est la CACOPHONIE!!!!
8	Rétablir une propédeutique pouvant ouvrir sur les différents métiers de santé Supprimer le numerus clausus d'entrée en faculté mais instituer un examen d'entrée avec des pré requis minimum Permettre l'accès au lit du malade dès la première année de médecine Si le numerus clausus de formation est supprimé, instituer un numerus clausus d'installation comme en pharmacie, ce qui aurait pour conséquence de voir des médecins de se diriger vers la recherche. Dynamiser l'enseignement post universitaire en créant une fondation alimentée par les fonds de sécurité sociale, d'état et des laboratoires (une partie des dits 25.000€ dépensé annuellement par médecin). Gérée par un collège démocratiquement élu.
9	La SS n'a pas à financer l'enseignement et la recherche. Développer la culture du résultat avec une contractualisation.
10	comme PH, il me paraît souhaitable d'avoir des échanges téléphoniques avec les médecins adresseurs en plus du courrier : la réponse est systématique et essaye d'être didactique en expliquant et motivant les décisions.
11	Développer des équipes ressources pour accompagner la recherche en médecine générale Faire reconnaître cette fonction d'observatoire des pratiques professionnelles et des pratiques de santé des "gens" et nous donner les moyens de capitaliser et de formaliser Renforcer la place des MG dans les réseaux sentinelle Reconnaître (pas nécessairement que dans l'institution universitaire) les compétences et l'expertise des généralistes enseignants Créer dans les Facultés de médecine les postes d'enseignant en MG nécessaires à la formation de tous les étudiants à la médecine générale Valoriser l'enseignement et la recherche en médecine générale nécessite des moyens, donc abonder en moyens les décisions qui ne restent que vœux pieux; annonces et bonnes intentions si elles ne sont pas accompagnées des financements correspondants SORRY JE ME SUIS LACHE UN PEU SANS RANGER BON COURAGE CAMARADE PRESIDENT
12	réunions pluridisciplinaires indemnisées pour plan de soins centré sur le patient serait intéressant