

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES
DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2026

N° : 30

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine générale

PAR

Valentine CLAUDE

Née le 13 juin 1996 à Montbéliard

Communication Ville - Hôpital dans la région Alsace

Président de thèse : Professeur Emmanuel ANDRES

Directeurs de thèse : Docteur Claude BRONNER, Docteur Romain HELLMANN



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition MARS 2025
Année universitaire 2024-2025

- **Présidente de l'Université** M. BERROD Frédérique
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Première Vice Doyenne de la Faculté** M. CHARLOUX Anne
- **Doyens honoraires :** (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
(2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seïamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatito-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CARAPITO Raphaël	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Laboratoire d'Immunologie Biologique / NHC	47.03 Immunologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Héléne	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme DISSAUX Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital de Haute-pierre	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Mme DOLLFUS-WALTMANN Héléne	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme GALLI Elena	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
TACQUARD Charles-Ambroise	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ZALOSZYC Ariane	NRPô NCS	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - Csp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
COUELLE Romain	NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
HABERSETZER François	Adjoint	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BIGAUT Kévin		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry		- Santé Publique, Santé au Travail et Hygiène Hospitalière / HC	
LE BORGNE Pierrick		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service des Urgences Médico-Chirurgicales Adultes / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEVY Michaël		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation Pédiatrique Spécialisée et de Surveillance Continu / HP	54.01 Pédiatrie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MERDJI Hamid		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Médecine Intensive et Réanimation / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TODESCHI Julien		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 – MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme DEGIORGIS Laëticia	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	61.	Génie informatique, automatique et traitement du signal
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HERZOG Florent
 Dr HOLLANDER David
 Dr MERLE
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr BAYLE Eric	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service des Urgences Médico-Chirurgicales Adultes / HP
Dr BOHBOT Alain	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / HP
Dr BRINKERT David	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP
Pr CALVEL Laurent	• Pôle de - Service de Soins d'Accompagnement, de soins de support et de soins palliatifs (SASP) – Hôpital de Hautepierre
Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr SALVAT Eric	• Pôle de - CETD (Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur) / Hôpital de Hautepierre
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr URSENBACH Axel	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Trait d'Union / NHC
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérald (Cardiologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Dre BOPP Claire	48-01
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02

REMERCIEMENTS

À **Monsieur le Professeur Emmanuel Andres**, vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je tiens à vous remercier pour votre disponibilité et l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez recevoir toute ma gratitude et l'expression de mon plus grand respect.

À **Monsieur le Docteur Philippe Hild**, je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous adresse mes sincères remerciements.

À mes directeurs de thèse, **Monsieur le Docteur Romain Hellmann** et tout particulièrement à **Monsieur le Docteur Claude Bronner**, je te remercie de m'avoir fait confiance et pour l'aide précieuse que tu m'as apporté tout au long de ce travail.

À toutes les personnes qui ont participé à cette étude, merci pour le temps que vous m'avez accordé.

À tous mes maîtres de stage et à tous les médecins qui ont participé à ma formation, en particulier au **Docteur Nadia Mahboubi**, merci pour ta douceur, ta gentillesse, ta patience et pour m'avoir réconcilié avec ce beau métier. Tu m'as transmis ta passion pour la gériatrie. Merci également à l'équipe de gynécologie de l'hôpital de Colmar. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Au Docteur Charlotte Thellier, merci de m'avoir accompagné tout au long de cet internat. Tu as été une super tutrice.

À **ma famille**,

À **mes parents**, sans vous je ne serais pas là aujourd'hui. **Papa**, merci de m'avoir toujours poussé à travailler malgré mon manque d'intérêt pour l'école. Merci pour tout ce que tu m'as appris, pour m'avoir fait voyager et m'avoir fait découvrir toutes sortes de choses. **Maman**, merci pour ta capacité à m'écouter parler pendant des heures sans jamais me dire d'arrêter. Merci pour l'aide que tu m'as apporté tout au long de ces années, tu as su être présente sans jamais me mettre la pression.

Merci à vous deux de m'avoir permis d'en arriver là, je mesure ma chance.

À **mes deux grands-mères, Mamie Denise**, merci d'avoir été cette mamie à la fois drôle et bourrue. Tu es un modèle de femme forte et indépendante qui ne s'est jamais laissé dicter sa conduite. J'ai toujours admiré ta force de caractère et ta résilience, tu m'as appris à ne pas me laisser abattre.

Mamie Jeannine, merci pour ta douceur et ton amour inconditionnel, pour m'avoir emmené des dizaines de fois à toutes sortes d'activités, pour m'avoir nourri tous les jeudis midi. Quoi que je fasse ton soutien a toujours été inébranlable, tu es ma plus grande fan.

Vous me manquez, j'aurais aimé pouvoir partager ce moment avec vous.

À mes nombreux frères, je vous aime tous.

Baptiste, merci de m'avoir montré la voie, tu m'as montré que le chemin serait ardu et je l'ai pris en connaissance de cause grâce à toi. Je suis fier de ce que tu as accompli.

Théophile, merci pour ton humour particulier et surtout pour les nombreux cas cliniques que tu m'envoies depuis l'autre côté du globe.

Achille, merci pour ton amour, pour la grande attention que tu as toujours su porter aux autres et pour notre complicité. Je suis fier d'être ta grande sœur.

Célestin, merci pour ces moments partagés autour de notre passion commune : Zelda.

À ma belle-sœur Alix, merci pour ta bienveillance, ta disponibilité et bien sûr pour m'avoir présenté Claude. Tu as toujours pris le temps de répondre à mes questions malgré ta vie bien remplie. Je suis heureuse de te compter parmi les membres de ma famille.

À Élise, merci pour ta gentillesse et ton accueil toujours chaleureux quand je viens à Bart.

À mon seul cousin Théo, merci pour tout ce que tu as fait pour moi, pour le soutien que tu m'apportes à ta manière et pour m'avoir ouvert les portes de ta vie strasbourgeoise. Ce serait beaucoup moins fun sans toi ! On dit que les amis sont la famille que l'on se choisit, mais je sais grâce à toi que l'inverse est possible aussi.

À Brigitte, merci pour ta bonne humeur et ton enthousiasme qui t'accompagnent dans toutes les aventures où l'on t'embarque, même les plus périlleuses.

À mes beaux-parents, Marie-Odile et André, merci de m'avoir accueilli si chaleureusement dans votre famille et de m'avoir souvent entretenu pendant les longues périodes de révision.

À mes amis de Franche-Comté,

À la Team Chèvre, à jamais dans mon cœur. Je vous aime.

Vincent, je te dois beaucoup, à commencer par la réussite de ma PACES. Merci de m'avoir tendu la main quand j'étais au bas du classement, d'avoir partagé tes cours et de m'avoir montré comment m'imposer la rigueur qui me manquait. Depuis le premier jour devant l'amphi Pasteur où, comme d'habitude, tu étais beaucoup trop en avance, on a tout partagé : les trop nombreux partiels, les trop rares post-partiels, l'externat dans la coloc, les pauses à 16h pétante pendant le confinement, sans oublier l'épreuve de l'ECN repoussé (qui a bien failli nous abattre, il faut le dire) et enfin l'internat à Strasbourg. J'ai hâte de découvrir à tes côtés les prochaines surprises que la vie nous réserve (en espérant que ce soit Rock'n'roll).

Rachel, merci de ne pas avoir pris la fuite le jour où je t'ai accostée au RU, puis d'avoir accepté un voyage à Prague avec une inconnue. Merci d'avoir toujours été partante pour me suivre n'importe où, que ce soit pour une semaine de faluche, pour un WED au fin fond du Jura, pour un stage à Dakar ou pour une excursion en forêt amazonienne. Je n'aurais pas vécu toutes ces aventures sans toi. Merci aussi pour les après-midi café de non-révision, pour m'avoir souvent aidé à moins stresser avant les partiels, pour être cette amie qui est toujours là quand on a besoin d'elle. Grâce à toi, je sais que je ne peux pas faire plus que mon maximum.

À la Promonavirus, Kenza, Agathe, Julien, Samuel et Claire, je suis heureuse d'avoir partagé mes plus belles années étudiantes avec vous. Merci pour le soutien pendant les révisions, pour les petites retrouvailles avant chaque partiel devant l'amphi, merci les flashs d'Agathe, merci pour les soirées déguisées, la percée, les soirées au Cousty et... Champagne Kenny !

À Fanny, de la cour du collège aux bancs de la fac, on ne s'est jamais quitté. Merci pour toutes les fois où tu m'as laissé recopier sur toi parce que je n'écrivais pas assez vite, pour les bavardages et pour tous nos moments passés ensemble, des soirées pyjama aux soirées tisane de PACES. Surtout merci d'avoir autant fait travailler mes zygomatiques. Je suis heureuse d'avoir grandi à tes côtés.

À Adeline, merci pour ton soutien pendant toutes ces années, pour toutes les soirées complètement déjantées, pour les innombrables fous rires, pour tes précieux conseils et pour nos conversations interminables. J'ai hâte de voir où tes pérégrinations vont te mener.

À Léa, tu as pris ces dernières années une place particulière dans ma vie et dans mon cœur. Merci pour l'attention que tu me portes au quotidien, pour ta patience et pour ton oreille attentive en toute circonstance. Tu es toujours de bon conseil, que ce soit pour la relecture de cette thèse ou pour le choix d'une tenue vestimentaire. Toutes tes prises de position sont mûrement réfléchies et ton avis n'est jamais donné à la légère, c'est ce qui le rend si précieux. Tu es un modèle de sagesse et d'intelligence. Tu es ma « bonne amie » et j'en suis infiniment heureuse.

À mes amis d'Alsace,

À Xavier, mon cousin-préféré plus ancien ami. Je te remercie tout simplement d'avoir été à mes côtés tout au long de ma vie et de m'avoir offert ton amitié comme une évidence, depuis toujours. Je n' imagine pas ma vie sans toi, tu es bien plus qu'un ami.

PS : J'ai longuement hésité à te ranger dans la case famille mais je me suis dit que ça allait encore énerver Théo.

À Alizée, Justine, Edouard, Gautier, Adèle et Lucas, merci pour toutes les aventures qu'on a vécu ensemble dans le vignoble et ailleurs. Que ce soit pour une fête du vin, une randonnée en kayak, un

week-end dans le Jura ou pour une après-midi cookies, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous.

À Marie, merci pour ton amitié, pour ta force de caractère et ton franc-parler rafraichissant. Tu es la grande sœur que j'aurais aimé avoir pour me défendre dans la cour de récré. Ton départ a créé un vide à Strasbourg, mais je suis fière de ton parcours et je te souhaite plein de bonheur et de réussite sur les rives bretonnes.

À Ela, merci pour ta sensibilité, ta gentillesse, ton humour et pour m'avoir souvent remise sur le droit chemin quand la motivation me faisait défaut. Je pense qu'on avait beaucoup à s'apporter l'une à l'autre et je suis extrêmement reconnaissante de t'avoir rencontrée grâce à ce stage bien-être qui nous a, je crois, fait beaucoup de bien à toutes les deux. Tu es une amie exceptionnelle.

À Daphné, merci de m'avoir très souvent remotivée, écoutée et conseillée. J'admire ton sens aigüe de la justice et ta bienveillance infinie. Tu m'as plusieurs fois aidé à me sortir de situations délicates et j'ai beaucoup ri grâce à toi pendant ce stage de pédiatrie qui était pourtant d'un ennui mortel !
Pour toi, I will always come back.

À Max, merci de m'avoir aidé pour les stats ! Sans toi je n'aurais toujours rien compris au test du Khi².

À Cécile Bigot, mon modèle. J'ai développé une admiration totale pour toi depuis notre rencontre, à la veille de mon entrée dans l'arène (mais je suis normale hein). Tu es une des médecins les plus compétente, dévouée et humaine que je connaisse.

À Iris, Naoual et Pilou, je suis heureuse de partager mon quotidien avec vous. Merci d'illuminer ma vie sociale avec les après-midi barbeuc, les soirées Koh Lanta, les kebabs à Elsenheim et toutes les autres réjouissances qui m'ont très souvent permis de décompresser.

À Paul, tout pareil, avec en plus un grand merci pour le petit coup de pouce.

À Eustache, merci de m'avoir tenu compagnie pendant les longues heures de rédaction de cette thèse. Tu me manques.

À Jean, merci pour ton aide dans ce travail, pour ta patience et pour le soutien infaillible que tu m'as apporté à chaque instant pendant ces longues études. Bientôt dix ans que tu partages ma vie et tu arrives encore à m'impressionner par ta générosité, ton intégrité et ta gentillesse. Merci pour la confiance que tu m'accordes et pour ton amour au quotidien.

J'ai hâte de poursuivre la vie à tes côtés. Je t'aime.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION	22
II.	MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	28
1.	Le projet Ville - Hôpital.....	28
2.	Objectifs et type d'étude	28
3.	Description du territoire analysé.....	29
4.	Démographie médicale en Alsace	29
5.	Population cible.....	31
6.	Élaboration des questionnaires	31
7.	Modalités de diffusion des questionnaires	33
8.	Entretiens	33
9.	Analyse des données	34
III.	RÉSULTATS.....	36
1.	Analyse quantitative	36
A.	Profil socio-démographique de la population étudiée.....	36
B.	Connaissance de l'autre et des instances	40
a)	Évaluation de la relation ville-hôpital	40
b)	Connaissance et participation aux CPTS.....	42
c)	Connaissance des autres instances	43
C.	Organisation pratique de la coordination ville-hôpital.....	43
a)	Moyens logistiques utilisés pour rechercher un correspondant	43
b)	Fréquence et qualité des échanges	44
c)	Moyens de communication utilisés.....	46
d)	Utilisation du DMP.....	48
D.	Projets de coopération ville-hôpital	49
a)	Participation à des projets de coopération ville-hôpital.....	49
b)	Moyens pour renforcer les coopérations	51
E.	Comparaison des résultats entre les trois anté-régions.....	52
2.	Analyse qualitative	57
A.	Perception de la relation	57
B.	Communication	58
C.	Importance des rencontres interprofessionnelles	60
D.	Outils numériques	61
E.	Manque de ressources	62

F.	Décisions administratives	62
G.	Projets réussis / bonnes initiatives observées.....	63
H.	Attentes et idées vis-à-vis du lien ville-hôpital	65
I.	Pièges à éviter.....	69
3.	Entretiens	71
A.	Entretien avec Monsieur Sylvain DEROUET, Directeur Général de la clinique Rhéna	71
B.	Entretien avec Madame Stéphanie TRINIOL, Directrice des coopérations territoriales du CHU de Strasbourg	78
C.	Entretien avec le Docteur Pascal Meyvaert, président de la CPTS du Pays d’Erstein et président de Pulsy	84
IV.	DISCUSSION	87
V.	CONCLUSION	108
VI.	ANNEXES.....	111
A.	Annexe 1 : Questionnaire destiné aux médecins de ville	111
B.	Annexe 2 : Questionnaire destiné aux médecins hospitaliers.....	119
C.	Annexe 3 : Commentaires libres des médecins de ville	129
D.	Annexe 4 : Commentaires libres des médecins hospitaliers	137
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	146

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures :

<i>Figure 1 : Carte de la région Grand Est.....</i>	29
<i>Figure 2 : Densités départementales des médecins en activité au 1er janvier 2025</i>	30
<i>Figure 3 : Projection du nombre de médecins en Alsace de 2025 à 2050 d'après les chiffres de la DRESS</i>	31
<i>Figure 4 : Répartition par sexe des participants à notre étude selon le type d'exercice</i>	36
<i>Figure 5 : Distribution des âges des participants à notre étude selon le type d'exercice.....</i>	37
<i>Figure 6 : Répartition par département d'exercice des participants à notre étude selon le type d'exercice.....</i>	37
<i>Figure 7 : Représentation de l'évaluation de la relation ville-hôpital par les médecins de notre échantillon selon le type d'exercice</i>	40
<i>Figure 8 : Représentation de la fréquence d'utilisation du DMP par les médecins de notre échantillon selon le type d'exercice</i>	49
<i>Figure 9 : Évaluation de l'utilité du DMP pour communiquer par les médecins de notre échantillon</i>	49
<i>Figure 10 : Participation à des projets de coopération par les médecins de notre échantillon</i>	50
<i>Figure 11 : Moyens de participation à des projets de coopération par les médecins de notre échantillon.....</i>	51

Tableaux :

<i>Tableau 1 : Description socio-démographique des médecins de notre échantillon.....</i>	39
<i>Tableau 2 : Évaluation de la relation ville-hôpital par les médecins de notre échantillon.....</i>	42
<i>Tableau 3 : Moyens logistiques utilisés pour rechercher un correspondant par les médecins de ville de notre échantillon.....</i>	44
<i>Tableau 4 : Évaluation de la qualité de la communication par les médecins de notre échantillon</i>	44
<i>Tableau 5 : Évaluation de la fréquence des échanges par les médecins de notre échantillon.....</i>	45
<i>Tableau 6 : Fréquence d'utilisation de certains moyens de communication par les médecins de notre échantillon en fonction de l'objectif de l'échange</i>	48
<i>Tableau 7 : Moyens pour renforcer les coopérations d'après les médecins de notre échantillon.....</i>	52
<i>Tableau 8 : Nombre de participants par région.....</i>	53
<i>Tableau 9 : Évaluation de la relation par les médecins des 3 régions</i>	53
<i>Tableau 10 : Évaluation de la qualité de la communication par les médecins des 3 régions</i>	54
<i>Tableau 11 : Utilisation du téléphone par les médecins des 3 régions</i>	54
<i>Tableau 12 : Fréquence d'utilisation du DMP par les médecins des 3 régions</i>	55
<i>Tableau 13 : Évaluation du DMP par les médecins des 3 régions.....</i>	55
<i>Tableau 14 : Implication dans les CPTS des médecins des 3 régions</i>	55
<i>Tableau 15 : Connaissance des instances par les médecins des 3 régions</i>	56
<i>Tableau 16 : Estimation de la fréquence d'adressage aux urgences par les médecins des 3 régions.....</i>	56
<i>Tableau 17 : Participation à des projets de coopérations par les médecins des 3 régions</i>	56

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DMP : Dossier Médical Partagé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

ARS : Agence Régionale de Santé

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

OTSS : Organisation et Transformation du Système de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

INS : Identifiant National de Santé

CRH : Compte-Rendu d'Hospitalisation

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

CH : Centre Hospitalier

URPS ML : Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux

CME / CMG : Commission Médicale d'Etablissement / de Groupement

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

IA : Intelligence Artificielle

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ESP : Equipe de Soins Primaires

GHRMSA : Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PCME / PCMG : Président de Commission Médicale d'Etablissement / de Groupement

PMA : Procréation Médicalement Assistée

MG : Médecin Généraliste

MH : Médecin Hospitalier

HAD : Hospitalisation à Domicile

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

DPI : Dossier Patient Informatisé

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

CPS : Carte de Professionnel de Santé

PDESE : Permanence des Soins en Etablissement de Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

SAS : Service d'Accès aux Soins

MSS : Messagerie Santé Sécurisée

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

SNP : Soins Non Programmés

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

PANDA : Parcours en Admission directe Non programmée De la personne Âgée de + de 75 ans

GRADeS : Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé

I. INTRODUCTION

En tant que médecin généraliste remplaçante ayant une activité mixte, je suis régulièrement confrontée à la question de la communication entre médecine de ville et hôpital. Mon parcours m'a permis d'être témoin de la façon dont les médecins généralistes communiquent avec les équipes hospitalières, mais aussi de la manière dont les informations circulent dans l'autre sens, de l'hôpital vers la ville. Il m'est arrivé à plusieurs reprises d'être témoin de situation où le manque de communication a été préjudiciable pour le patient, c'est pourquoi il me semble important de réfléchir à des solutions pour renforcer ce lien.

Du côté de la médecine de ville, j'ai constaté des disparités dans les pratiques de communication. Certains médecins tentent par exemple de favoriser les admissions directes, tandis que d'autres orientent systématiquement leurs patients vers les urgences. Lors des hospitalisations, le courrier de sortie est un outil indispensable pour faire le lien, mais il peut parfois être reçu tardivement, ce qui perturbe la continuité des soins. Les courriers de consultation des spécialistes manquent encore trop souvent. Le téléphone reste l'outil privilégié pour joindre un confrère, bien qu'il soit parfois chronophage. Les messageries sécurisées sont très utiles pour recevoir comptes-rendus et résultats d'examens. Globalement j'ai vu très peu de médecins utiliser le dossier médical partagé (DMP) et je n'ai pas l'habitude de l'utiliser moi-même, car il est souvent très peu fourni.

À l'hôpital, j'ai aussi observé des pratiques variables selon les services. En gériatrie par exemple, les échanges avec les médecins traitants sont plus fréquents, notamment pour renseigner les antécédents ou organiser le retour à domicile. À l'inverse, aux urgences, où j'ai travaillé comme interne, le lien avec la ville est souvent limité par des contraintes de temps et de disponibilité. En revanche un courrier de sortie papier était systématiquement remis au patient. Enfin, l'absence de secrétariat rend souvent très difficile le contact téléphonique avec le médecin traitant.

Les échanges sont donc parfois fluides, mais cela est loin d'être systématique. Il arrive encore trop souvent que le lien ville-hôpital ne soit pas fait. Malgré l'existence de multiples outils de communication, leur utilisation me semble encore limitée. Il m'apparaît important de comprendre les

raisons de ce manque d'engouement et de réfléchir à des solutions pour y remédier, afin de faciliter les échanges, d'améliorer la coordination des soins et de garantir une bonne prise en charge aux patients. Depuis le début des années 2000, le système de santé français a connu une série de réformes destinées à améliorer la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie (1) introduit le médecin traitant et le parcours de soins coordonné, défini comme une organisation des soins centrée sur le médecin traitant, qui oriente le patient vers d'autres professionnels de santé selon ses besoins (2). Le médecin traitant devient le pivot central dans la prise en charge des patients. La communication entre celui-ci et les différents intervenants, notamment hospitaliers, devient donc primordiale pour la continuité et la qualité des soins.

En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) (3) engage une réorganisation territoriale du système de santé, avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS), chargées de piloter l'ensemble de l'offre de soins à l'échelle locale. L'un de ses objectifs est le décloisonnement entre les secteurs ambulatoire et hospitalier en favorisant une logique de territoire. Elle facilite la mise en réseau des hôpitaux via les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et réforme la gouvernance des hôpitaux (4).

Face aux inquiétudes des médecins libéraux, la loi Fourcade de 2011 (5) ajuste certains points de la loi HPST en reconnaissant juridiquement les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et en encourageant l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation. Elle vise à favoriser l'adhésion des professionnels de ville à cette logique de coordination en leur proposant des modes d'exercice plus adaptés à leur pratique quotidienne.

La loi de modernisation de notre système de santé, promulguée en 2016, poursuit cette dynamique (6). Elle insiste sur la prévention, les parcours de soins coordonnés et la réduction des inégalités d'accès aux soins. C'est dans ce cadre qu'apparaissent les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), conçues pour permettre une meilleure organisation locale des soins et une meilleure articulation entre ville et hôpital (7). Parallèlement, cette loi consolide le virage ambulatoire et relance

la coopération entre établissements via la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), qui remplacent les CHT (8).

La loi Organisation et Transformation du Système de Santé (OTSS) de 2019 (9) renforce encore la logique de coopération interprofessionnelle et la territorialisation de l'offre de soins en encourageant la création de CPTS, de Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) (10) et de maisons et centres de santé. En parallèle, le virage numérique est initié dès 2004 avec la création du Dossier Médical Personnel, qui deviendra le DMP en 2014, destiné à centraliser les données médicales du patient (11). En 2018, le plan « Ma Santé 2022 » renforce le déploiement du DMP et développe la messagerie sécurisée MS Santé (12), l'e-prescription et l'identifiant national de santé (INS) (13). En 2019, la feuille de route du numérique en santé pose les bases d'un écosystème numérique cohérent, sécurisé, interopérable et centré sur l'utilisateur (14). La crise sanitaire de la COVID-19 a joué un rôle d'accélérateur dans ce domaine (15–17). Le recours massif à la téléconsultation, la nécessité de suivre à distance les patients et la désorganisation temporaire des filières classiques ont mis en évidence l'importance, mais aussi les limites des outils numériques existants. Le Ségur du numérique (18), lancé en 2020, permet de financer la mise à niveau des logiciels médicaux pour garantir leur compatibilité avec ces outils (DMP, INS, messageries sécurisées). En 2021, la création de Mon Espace Santé marque une nouvelle étape : cet espace numérique personnel regroupe le DMP, une messagerie sécurisée citoyenne, un agenda médical et un carnet de prévention (19).

Malgré les ambitions portées par les pouvoirs publics, la thèse de J. Cordonnier en 2021 (20) met en évidence les difficultés de mise en place du DMP. L'étude, réalisée en 2019 auprès de 2487 médecins généralistes exerçant sur tout le territoire, souligne un manque d'intégration du DMP dans la pratique quotidienne. Les principaux freins identifiés sont la perte de temps, un manque d'ergonomie, des problèmes d'incompatibilité ou de dysfonctionnements avec les logiciels médicaux, un manque d'alimentation de la part des hôpitaux, un manque d'accompagnement technique et des inquiétudes liées à la confidentialité des données. Le DMP est perçu comme un outil imposé, peu utile en l'état et non adapté aux besoins des généralistes. Cette thèse illustre bien le décalage entre les outils

numériques promus au niveau national et leur appropriation réelle sur le terrain, renforçant l'idée que les outils numériques ne suffisent pas à structurer les liens professionnels et qu'il est indispensable d'analyser les déterminants relationnels et les pratiques réelles de communication des médecins.

Il y a plus de 15 ans, les études s'intéressaient déjà à la qualité de la communication entre médecine de ville et hôpital et au ressenti des médecins généralistes (21,22). Elles montraient une insatisfaction de la part de ces derniers, concernant les échanges avec le monde hospitalier. Les sorties étaient jugées mal préparées, avec notamment un manque de coordination entre l'hôpital et les services sociaux, les comptes-rendus d'hospitalisation (CRH) étaient souvent trop tardifs, incomplets ou inadaptés, les moyens de communication étaient jugés archaïques et peu fiables et le rôle du médecin traitant insuffisamment reconnu. Les médecins généralistes demandaient des moyens de contact directs, une meilleure anticipation des sorties, avec un contact téléphonique systématique, des CRH standardisés et plus rapides et la reconnaissance de leur rôle dans le parcours de soins (22–24).

Une étude nationale réalisée en 2016 montre une insatisfaction globale des médecins libéraux, plus marquée chez les généralistes (25), avec un manque de communication de la part de l'hôpital et des CRH tardifs et inconstants. Le moyen de communication privilégié par les libéraux est le téléphone alors que les hospitaliers ne l'utilisent que très peu et privilégient le courrier postal. L'étude suggère que les relations humaines directes (présence aux RCP, participation à des formations communes, exercice partagé) pourraient être de puissants leviers de rapprochement pour améliorer la coordination, mais sont peu mis en œuvre.

De nombreuses études plus récentes montrent que le lien ville-hôpital reste défaillant (26–31). Le téléphone reste le moyen de contact préféré des généralistes, mais les délais pour obtenir un interlocuteur sont jugés trop longs. On constate une forte demande d'outils numériques simples, ergonomiques, interopérables et sécurisés, comme un annuaire à jour, une plateforme web d'échanges sécurisée avec l'hôpital ou une optimisation des messageries sécurisées. Les médecins réclament également la désignation de référents hospitaliers, une standardisation du contenu et des délais d'envoi des CRH, une meilleure reconnaissance de leur rôle dans la prise en charge des patients.

Les constats se répètent, les difficultés persistent et on peut légitimement s'interroger : comment se fait-il qu'en plus de 15 ans, malgré les nombreuses études réalisées, les lois et les réformes, la situation ne semble pas s'améliorer sur le terrain ?

Pourtant, certaines initiatives locales fonctionnent. A Ploërmel par exemple, une étude de 2023 montre que la mise en place de moyens de communication systématiques et directs (numéro de liaison direct, remise du CRH et appel au médecin généraliste avant la sortie) est bénéfique pour les patients et pour la communication entre médecins. On constate qu'il y a plus d'admissions directes, moins de réhospitalisations évitables et un meilleur suivi post-hospitalisation (32). De même, une étude réalisée au centre hospitalier de Dax en 2018 souligne qu'un simple appel au moment du retour à domicile suffit parfois à éviter des ruptures de soins (33). Ces démarches sont simples, peu coûteuses, mais demandent une volonté organisationnelle claire.

D'autres dispositifs ont été expérimentés dans différentes régions avec des résultats encourageants : annuaires partagés ville-hôpital (34–36), messageries sécurisées comme Spico Discussion (37), hotlines gériatriques (38) ou infectiologiques (23), ou encore dispositifs spécifiques dans des zones isolées comme la « filière montagne » (39). Il existe également des exemples de coopération réussie entre médecine de ville et hôpitaux de proximité (40). Tout cela fonctionne, non pas grâce à une réforme nationale, mais parce que ces dispositifs s'appuient sur des dynamiques locales fortes, une volonté de coopérer, des interlocuteurs clairement identifiés et une reconnaissance réciproque des rôles. Leur efficacité tient aussi à leur ergonomie, leur accessibilité et leur intégration dans la pratique quotidienne.

Malgré les nombreuses réformes, les outils numériques déployés et les dispositifs de coordination mis en place depuis près de vingt ans, le lien entre la médecine de ville et l'hôpital reste fragile. De nombreuses études ont été réalisées sur ce sujet, mais la plupart sont centrées sur le ressenti des médecins généralistes. Très peu s'intéressent aux attentes des médecins hospitaliers.

C'est dans ce contexte que ce travail de thèse a vu le jour dans le but de réaliser un état des lieux régional du lien ville-hôpital dans le Grand Est. Des questionnaires portant sur le sujet ont été envoyés

aux médecins libéraux et hospitaliers du Grand Est. Le travail a été scindé en trois parties, correspondant aux trois anté-régions. Les thèses portant sur les régions Lorraine et Champagne-Ardenne ont déjà été soutenues. Pour ma part, j'ai entrepris de poursuivre le travail débuté dans la région Alsace en me basant sur les données alsaciennes déjà recueillies à partir des questionnaires et en ajoutant des entretiens réalisés par mes soins.

La question centrale que soulève ce travail est donc la suivante : en pratique, la communication entre médecins de ville et médecins hospitaliers est-elle améliorée ? Quels sont les outils réellement utilisés dans leurs échanges ? Quelles sont les initiatives locales qui fonctionnent ?

L'objectif principal de cette étude est l'évaluation quantitative des préférences des médecins généralistes de la région Alsace, concernant les moyens de communication et de coordination avec leurs confrères hospitaliers, et réciproquement.

Notre objectif secondaire est d'étudier les initiatives intéressantes concernant le lien ville-hôpital de la région Alsace. Une attention particulière a été portée aux attentes des différents médecins.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Le projet Ville - Hôpital

Il s'agit d'un projet de thèse porté par le Dr Claude Bronner, président de l'URPS ML Grand Est et le Dr Romain Hellmann, Conseiller médical auprès de la direction générale de l'ARS Grand Est.

Ce travail a été soutenu par l'ARS Grand Est et la Conférence des Présidents de CME et de CMG des Centres Hospitaliers du Grand Est.

Ce projet faisait écho aux réflexions en cours sur la structuration du lien « Ville - Hôpital - Ville » dans la région Grand Est. Le travail a été scindé en trois approches parallèles compte tenu de l'histoire des trois anté-régions, afin de faire un état des lieux d'abord à l'échelle anté-régional, puis à l'échelle du Grand Est.

Ce travail de thèse a débuté en 2022 et était initialement porté par trois internes, Juliette de Reims, Antoine de Nancy et Margaux de Strasbourg, qui a dû abandonner ce projet pour des raisons personnelles. En octobre 2024, j'ai accepté de poursuivre ce travail, à la demande du Dr Bronner, en reprenant là où Margaux s'est arrêtée afin de terminer la partie concernant la région Alsace.

2. Objectifs et type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et transversale, réalisée dans la région Grand Est entre mai et juillet 2023, auprès des médecins libéraux et hospitaliers du territoire.

La méthodologie est mixte, combinant une approche quantitative et qualitative.

L'objectif principal de cette étude est d'établir un état des lieux des moyens de communication et de coordination utilisés entre les médecins libéraux et hospitaliers de la région Alsace.

Les objectifs secondaires sont d'identifier leurs attentes, de connaître les initiatives régionales concernant le lien ville-hôpital et de comparer le point de vue des médecins libéraux et hospitaliers. À plus grande échelle, l'objectif de cette thèse est de promouvoir ce qui fonctionne dans d'autres territoires.

3. Description du territoire analysé

La région Grand Est est issue de la réforme territoriale de 2015 avec la fusion des régions Champagne-Ardenne, Lorraine et Alsace. Elle est composée de 10 départements :

- Ardennes (08), Aube (10), Marne (51), Haute-Marne (52) pour la Champagne-Ardenne
- Meurthe-et Moselle (54), Meuse (55), Moselle (57), Vosges (88) pour la Lorraine
- Bas-Rhin (67) et Haut-Rhin (68) pour l'Alsace.

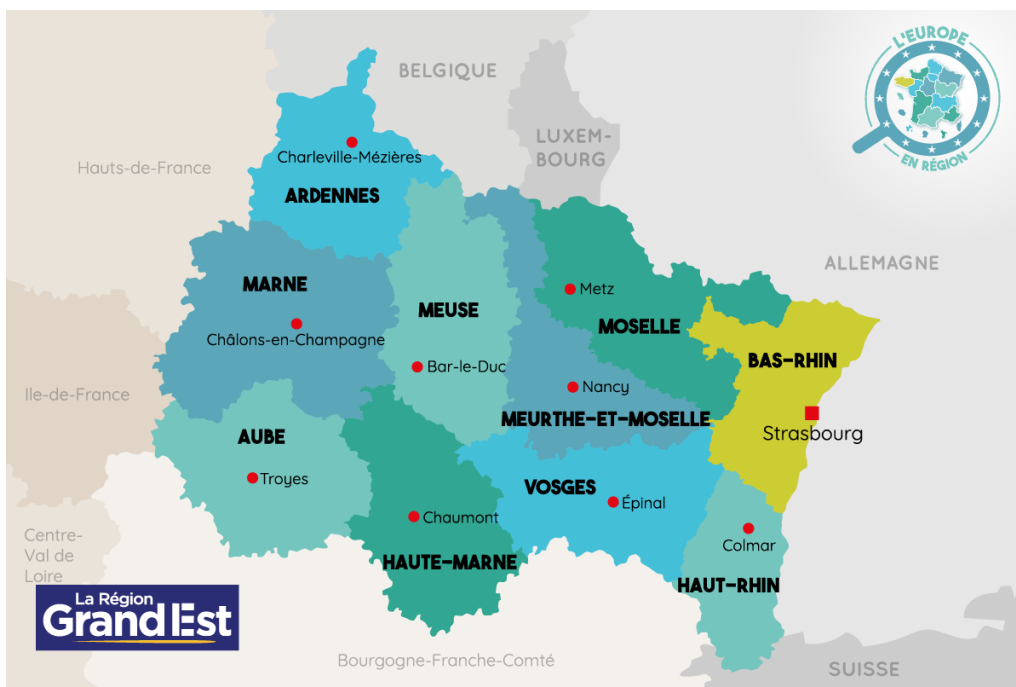
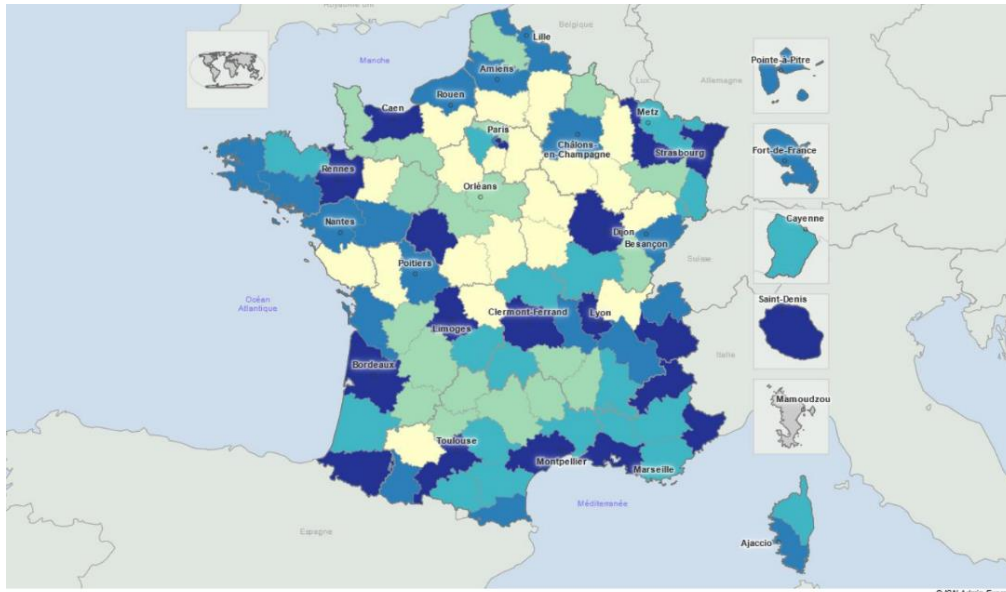


Figure 1 : Carte de la région Grand Est (41)

4. Démographie médicale en Alsace

En 2025, l'Alsace compte 34,9% de la population de la région Grand Est et 2,8% de la population française (42). Avec ses 7336 médecins en activité inscrits à l'Ordre, elle réunit 39,7% des médecins en activité de la région et 3% des médecins en activité en France (43). En France, la densité médicale est de 352 médecins en activité pour 100 000 habitants. La densité médicale en Alsace est inégale, puisque qu'elle est supérieure à la moyenne française dans le Bas-Rhin avec 423 médecins en activité pour 100 000 habitants, et inférieure à la moyenne française dans le Haut-Rhin avec seulement 313 médecins en activité pour 100 000 habitants. A noter que dans le Grand Est la densité est de 333 médecins en activité pour 100 000 habitants (43).



171.0 Figure 2 : Densités départementales des médecins en activité au 1er janvier 2025 (pour 100 000 habitants) (43)

Entre 2010 et 2025, le nombre de médecins en activité toutes spécialités confondues a augmenté de 18,8% dans le Bas-Rhin et de 8,9% dans le Haut-Rhin (43). En revanche, la proportion de médecins généralistes est en diminution dans les 2 départements, au profit des médecins spécialistes médicaux et chirurgicaux (44).

La moyenne d'âge des médecins alsaciens en activité est de 49,8 ans, les médecins sont plus jeunes dans le Bas-Rhin (49,2 ans) que dans le Haut-Rhin (50,4 ans). En France, la moyenne d'âge est de 50,1 ans. On note que depuis 2010, la moyenne d'âge en Alsace a légèrement rajeuni (43).

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) a réalisé des projections du nombre de médecins jusqu'en 2050. Ces projections ont été réalisées en prenant en compte les hypothèses suivantes : le nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales de 8 700 par an (scénario tendanciel) et un flux de diplômés à l'étranger de 1 200 par an (scénario tendanciel) (45). La projection réalisée en Alsace concorde avec celle réalisée au niveau national. On observe une stagnation du nombre de médecins jusqu'en 2030 puis une hausse du nombre de médecins jusqu'en 2050 (Figure 3).

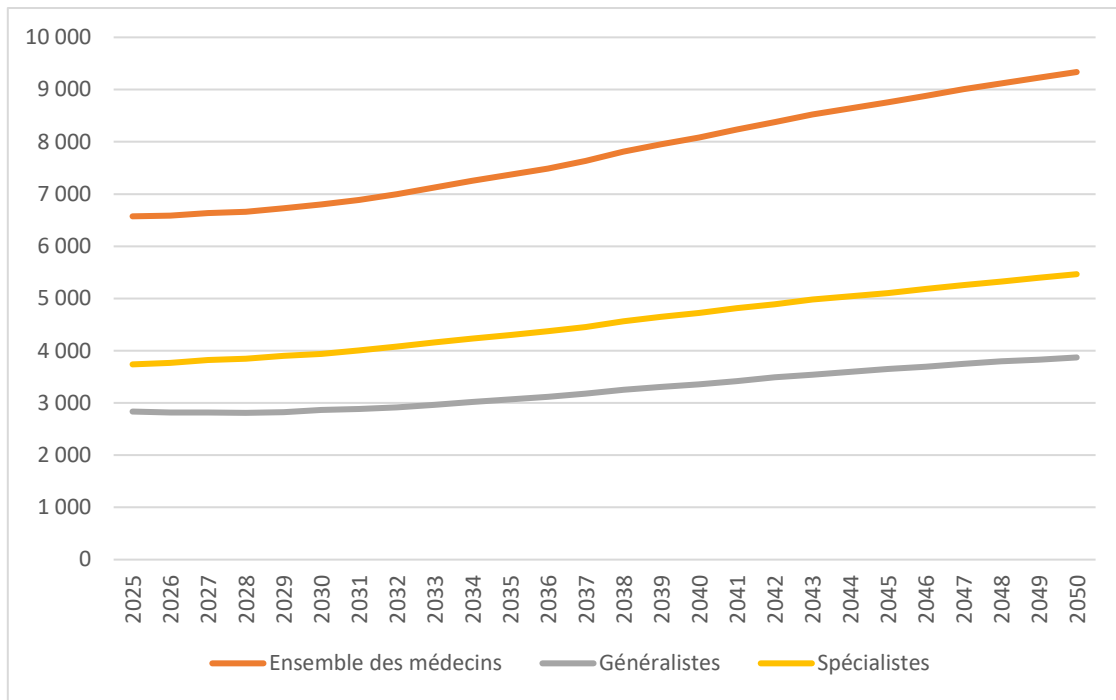


Figure 3 : Projection du nombre de médecins en Alsace de 2025 à 2050 d'après les chiffres de la DRESS

5. Population cible

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes libéraux et des médecins hospitaliers de toute spécialité de la région Alsace. Tous les médecins libéraux et salariés en cours d'activité ont été inclus, y compris les remplaçants. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

6. Élaboration des questionnaires

Je n'ai pas participé à l'élaboration des questionnaires. Elle a été réalisée de manière collective, entre les trois autres thésards, sur une base similaire pour une meilleure comparaison des différentes anté-régions (Lorraine, Champagne-Ardenne et Alsace). Par la suite, chaque thésard, était chargé d'assurer la gestion de ces questionnaires dans son territoire, gestion comprenant le recueil des résultats et leur analyse.

Il a été décidé de créer deux questionnaires, le premier à destination des médecins libéraux, le deuxième à destination des médecins hospitaliers. Ces questionnaires étaient anonymisés et aucune réponse n'était obligatoire, afin d'augmenter le taux de réponse. Les questionnaires comportaient des questions à choix multiples et des questions à réponses libres. Ils ont été créés entre janvier et mars

2023 par Juliette, Antoine et Margaux, aidés de leurs directeurs de thèse, puis validés en comité de pilotage avec la relecture des Dr Piney et Woehl.

Les 2 questionnaires ont été construits de manière similaire et structurés en 4 parties :

- Une première partie « Généralités » : cette partie permettait de préciser le profil des répondants et leurs données sociodémographiques.
- Une deuxième partie « Connaissance de l'autre et organisation pratique » : cette partie permettait d'évaluer les moyens logistiques utilisés par les médecins pour communiquer, d'évaluer le ressenti des médecins concernant les relations avec leurs confrères, de savoir s'ils adhéraient à des communautés de médecins et s'ils connaissaient les missions de certaines organisations (CPTS/URPS/CME/CMG/DAC). Les répondants pouvaient enfin écrire un commentaire libre concernant cette partie « Connaissance de l'autre ».
- Une troisième partie « Initiatives et bonnes idées » : cette partie permettait d'évaluer l'intérêt et les modes de participation des médecins aux projets de coopération ville-hôpital, de savoir s'ils étaient prêts à se rencontrer, à investir de leur temps ou se former à de nouveaux outils de partage. Ils pouvaient écrire un commentaire libre à la fin de cette partie « Vos attentes concernant les relations ville-hôpital ».
- Une quatrième partie « Recueil d'expériences » : cette partie composée exclusivement de questions à réponses libres permettait aux professionnels interrogés de renseigner l'existence de projets dans leurs territoires et leurs attentes. Ils pouvaient également indiquer leurs bonnes idées ou au contraire les pièges à éviter dans ce domaine.

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme à remplir sur une page internet, ouverte à tous les médecins ayant été invités à participer à l'étude. Aucun moyen n'était disponible pour relier les questionnaires aux répondants. Les données recueillies n'étaient accessibles qu'aux directeurs de thèses et thésards rédacteurs des trois thèses. En accord avec l'article 2 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et modifié par la loi n°2004-80 du 6 août 2004 – art. 1 JORF

7 août 2004, aucune déclaration à la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL) n'était nécessaire.

7. Modalités de diffusion des questionnaires

La diffusion des questionnaires auprès des médecins généralistes de ville a été réalisée par messagerie électronique via l'URPS ML Grand Est dont le Dr Bronner est le président et via les Conseils de l'Ordre des Médecins de chaque département.

Les médecins hospitaliers ont été contactés par messagerie électronique dans leur établissement de santé avec l'aide du Dr David Piney, vice-président de la conférence nationale des présidents de CME et de CMG des centres hospitaliers, et du Dr Hellmann, conseiller médical de la direction générale de l'ARS Grand Est, par envoi du questionnaire aux différents chefs de service. La diffusion des questionnaires a débuté le 8 mai 2023. Deux relances ont été effectuées du côté libéral, les 13 et 28 juillet 2023, ainsi qu'une relance du côté hospitalier, le 6 juillet 2023. Les questionnaires ont été clôturés le 31 juillet 2023.

8. Entretiens

Afin d'enrichir notre travail et d'obtenir des informations qualitatives complémentaires nous avons décidé de réaliser des entretiens avec des personnalités du milieu de la santé dans la région Alsace :

- M. Sylvain Derouet, directeur général de la Clinique Rhéna à Strasbourg,
- Mme Stéphanie Triniol, directrice des coopérations territoriales du CHU de Strasbourg,
- Dr Pascal Meyvaert, président de Pulsy dans le Grand Est et président de la CPTS du Pays d'Erstein.

Les entretiens ont été réalisés entre le 30 avril 2025 et le 29 janvier 2026 en présence du Dr Bronner, de M. Valentin Koelsch, chargé de mission Systèmes d'Information en Santé pour l'URPS ML Grand Est et de moi-même.

Les entretiens ont duré entre 38min13s et 1h24min11s.

Ils ont été retranscrits et résumés grâce à Upmeet, un logiciel d'intelligence artificielle. Les prompts qui ont été utilisés sont les prompts préprogrammés dans l'application « réunion stratégique » et « prompt upmeet ». Les résumés générés par l'IA ont ensuite été retravaillés par mes soins et relus par le Dr Bronner et par la personne interviewée pour validation. Le consentement des personnes interviewées pour être citée nominativement dans cette étude a été recueilli verbalement en début d'entretien, puis confirmé par mail après relecture du résumé d'entretien.

9. Analyse des données

La méthodologie de cette étude est mixte, associant une analyse quantitative et qualitative des données.

L'analyse quantitative repose sur les réponses aux questionnaires. Les questionnaires ont été communiqués via une page internet sécurisée avec l'aide d'un informaticien de Trabtek Solutions, service et conseil informatique basé à Strasbourg. Les réponses ont été centralisées et exploitées dans un document Excel pour l'analyse des données.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Excel et JASP. Dans un premier temps, une description sociodémographique de notre échantillon a été réalisée, avec une description stratifiée sur le type de médecine (de ville ou hospitalière). Les résultats étaient exprimés en effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives, et en moyennes pour les variables quantitatives. Des tests statistiques ont été réalisés pour comparer les deux populations. Le test du χ^2 a été utilisé pour les variables qualitatives (sexe et département d'exercice) et le test de Student pour les variables quantitatives (âge).

Dans un second temps et afin de répondre à notre objectif principal, à savoir décrire les moyens de communication utilisés entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers d'Alsace, une analyse descriptive des réponses aux questionnaires a été réalisée. Les résultats étaient exprimés en effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives, et en moyennes pour les variables quantitatives.

Enfin, des analyses statistiques univariées ont été réalisées pour comparer les réponses des médecins de ville et des médecins hospitaliers.

Pour les variables qualitatives, le test du Khi² a été utilisé lorsque les conditions d'applicabilité étaient réunies (effectifs théoriques > 5). Pour les petits effectifs, le test exact de Fisher a été utilisé. Le test de Student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives entre deux échantillons indépendants. Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour les variables ordinales. Le test non paramétrique de Friedmann a été utilisé lorsque les données étaient appariées.

Par ailleurs, les questionnaires comportaient des questions à réponses libres. Les réponses à ces questions ont fait l'objet d'une analyse qualitative selon une méthode d'analyse thématique, réalisée de manière inductive, reposant sur un codage des données et l'identification de thèmes récurrents.

Enfin, les entretiens réalisés auprès d'acteurs institutionnels du territoire ont été utilisés à visée descriptive. Ils ont permis d'apporter un éclairage complémentaire et d'identifier les initiatives locales visant à améliorer le lien ville-hôpital. Ces entretiens n'ont pas fait l'objet d'une analyse qualitative formalisée.

III. RÉSULTATS

1. Analyse quantitative

Nous avons obtenu 353 réponses au total : 174 pour la médecine hospitalière et 179 pour la médecine de ville. Pour la région Alsace nous avons obtenu 106 réponses : 56 pour la médecine hospitalière et 50 pour la médecine de ville. Seuls les résultats de la région Alsace seront traités dans ce travail.

A. Profil socio-démographique de la population étudiée

L'échantillon comportait au total 106 médecins : 50 médecins de ville et 56 médecins hospitaliers. A noter que parmi les 56 répondants hospitaliers, 2 pharmaciens ont été inclus dans l'étude, nous avons fait le choix de tout de même utiliser le terme « médecins hospitaliers » pour parler de l'ensemble des répondants hospitaliers, par souci de lisibilité. Les femmes étaient majoritaires dans notre échantillon (54,7%). On note une proportion de femmes plus importante du côté des médecins de ville (62%) que des médecins hospitaliers (48,2%). Cette différence n'était toutefois pas significative ($p = 0,15$).

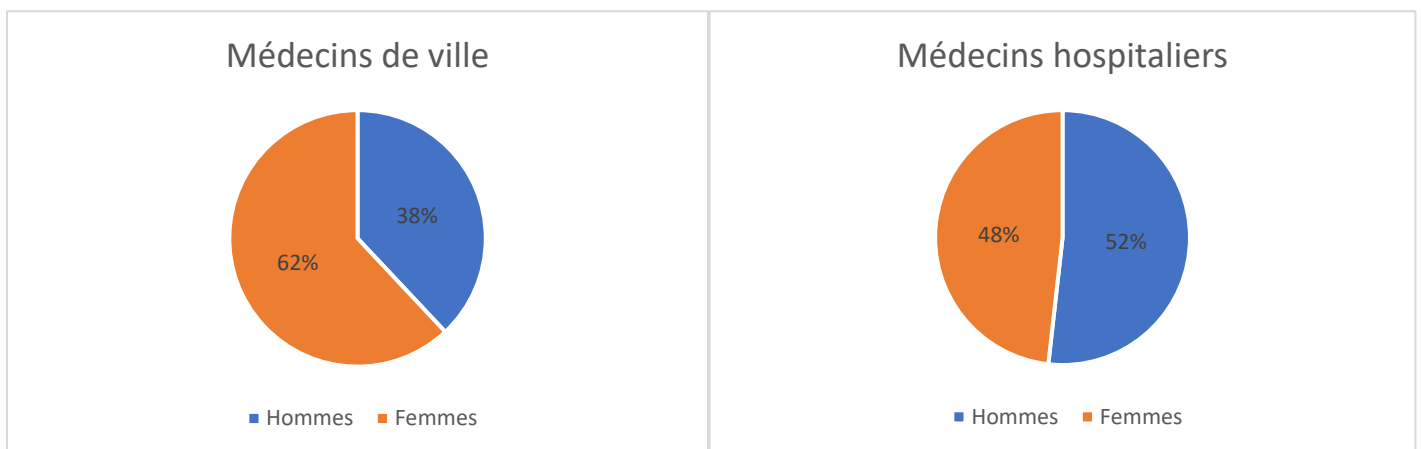


Figure 4 : Répartition par sexe des participants à notre étude selon le type d'exercice

La moyenne d'âge était similaire dans les 2 groupes (respectivement 49,3 ans pour les médecins de ville et 49,7 ans pour les médecins hospitaliers, $p = 0,86$).

Les médecins de ville exerçaient principalement dans le département du Bas-Rhin (74%), tandis que les médecins hospitaliers exerçaient majoritairement dans le département du Haut-Rhin (64,3%). Le département d'exercice était significativement différent entre les 2 groupes ($p < 0,001$).

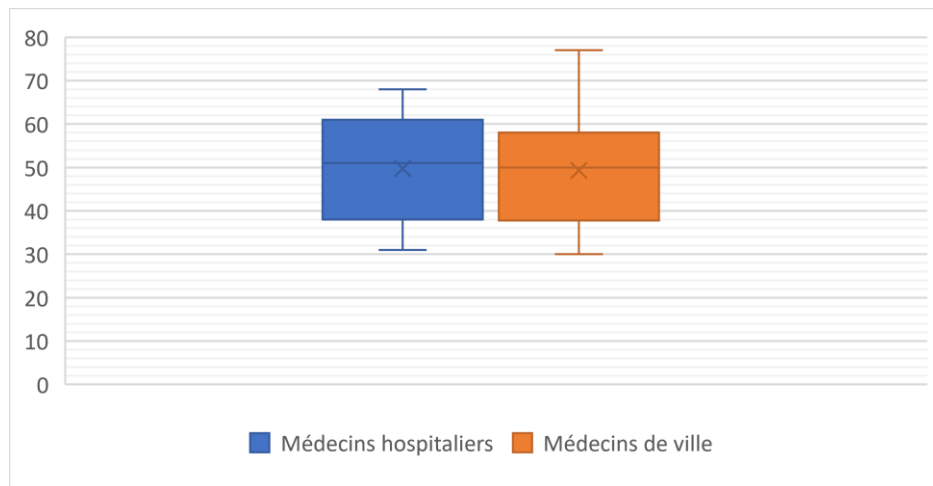


Figure 5 : Distribution des âges des participants à notre étude selon le type d'exercice

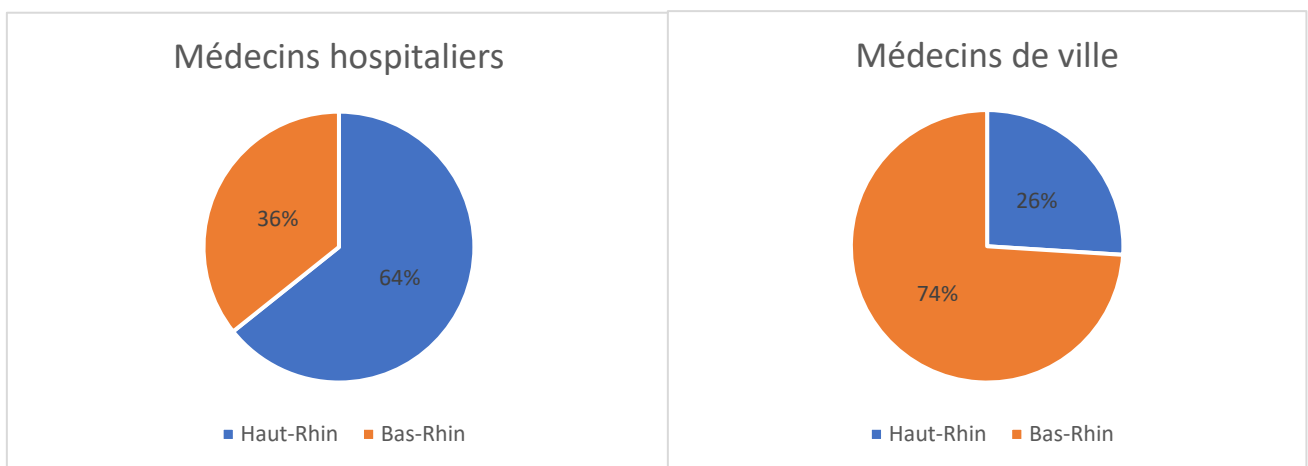


Figure 6 : Répartition par département d'exercice des participants à notre étude selon le type d'exercice

Les médecins de ville étaient principalement des médecins libéraux installés (89,8%) exerçant en secteur semi-rural (40%) ou urbain (38%), dans un cabinet de groupe (70,8%). La majorité (78%) des médecins interrogés ont déclaré avoir un secrétariat, qu'il s'agisse d'un secrétariat physique (24%), d'un télésecrétariat (36%) ou des deux (18%). Cependant, on note que 22% des médecins n'ont pas répondu à cette question. Les répondants n'avaient pas la possibilité de répondre « non » à la question « Avez-vous un secrétariat ? », ce qui semble être une erreur dans la conception du questionnaire. On peut supposer que les médecins n'ayant pas répondu à la question n'ont pas de secrétariat, mais il n'y a pas de moyen de le vérifier.

Parmi les médecins exerçant en groupe, 27% exercent en ESP et 15% en MSP. Les autres types d'exercices en groupes cités par les médecins généralistes sont l'association (cité 5 fois), le cabinet de groupe (cité 3 fois), la collaboration (cité 2 fois), le centre de santé, le pôle de santé, SOS médecin, l'exercice en clinique (tous cités 1 fois).

Les médecins hospitaliers exerçaient principalement la spécialité « médecine hors urgence » (59,3%) en tant que praticien hospitalier (66,1%). On note une proportion importante de chefs de service (37,5%). La plupart d'entre eux exerçaient au Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace (GHRMSA) (60,7%) qui est un centre de santé MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique). Cette forte participation des médecins du GHRMSA explique sans doute la différence observée au niveau du département d'exercice entre les 2 populations. Le 2^e établissement le plus représenté est le CHU de Strasbourg (19,6%).

Tableau 1 : Description socio-démographique des médecins de notre échantillon

	Médecins de ville		Médecins hospitaliers		Effectif total	
	n	% ou moyenne	n	% ou moyenne	n	% ou moyenne
Sexe	50		56		106	
Hommes	19	38,0%	29	51,8%	48	45,3%
Femmes	31	62,0%	27	48,2%	58	54,7%
Age (en années)	50	49,3	56	49,7	106	49,5
Département d'exercice	50		56		106	
Haut-Rhin	13	26,0%	36	64,3%	49	46,2%
Bas-Rhin	37	74,0%	20	35,7%	57	53,8%
Année d'installation	44	2006				
Type d'exercice principal	49					
Libéral installé	44	89,8%				
Salariat	1	2,0%				
Activité mixte	1	2,0%				
Remplaçant	3	6,1%				
Milieu d'exercice	50					
Rural	11	22,0%				
Semi-rural	20	40,0%				
Urbain	19	38,0%				
Structure d'exercice	48					
Seul	13	27,1%				
En groupe	34	70,8%				
MSP	5	10,4%				
ESP	9	18,8%				
Autre	19	39,6%				
Type de secrétariat	39					
Données manquantes	11	22,0%				
Physique	12	24,0%				
Télésecrétariat	18	36,0%				
Physique et télésecrétariat	9	18,0%				
Spécialité			54			
Biologie			1	1,9%		
Chirurgie (hors gynéco-obstétrique)			8	14,8%		
Gynécologie-obstétrique			2	3,7%		
Médecine (hors urgence)			32	59,3%		
Médecine d'urgence			7	13,0%		
Pharmacie			2	3,7%		
Radiologie			2	3,7%		
Odontologie			0	0,0%		
Intitulé du poste			56			
Interne			1	1,8%		
Président de CME			3	5,4%		
Président de CMG			2	3,6%		
Chef de pôle			3	5,4%		
Chef de service			21	37,5%		
Praticien hospitalier			37	66,1%		
Praticien contractuel, attaché, assistant ou chef de clinique			2	3,6%		
Praticien salarié			0	0,0%		
Praticien libéral			0	0,0%		
Nom de l'établissement			56			
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg			11	19,6%		
Centre hospitalier départemental de Bischwiller			1	1,8%		
Centre hospitalier de Haguenau			2	3,6%		
Centre hospitalier de Saverne			4	7,1%		
Centre hospitalier Sainte Catherine			2	3,6%		
Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace			34	60,7%		
Hôpital Civil de Colmar			1	1,8%		
Centre Départemental de Repos et de Soins			1	1,8%		
Type d'établissement			56			
Centre hospitalier universitaire			11	19,6%		
Centre hospitalier de proximité			8	14,3%		
Centre hospitalier mco			35	62,5%		
Etablissement médico-social			1	1,8%		
EHPAD			1	1,8%		
Centre hospitalier spécialisé			0	0,0%		
ESPIC			0	0,0%		

B. Connaissance de l'autre et des instances

a) Évaluation de la relation ville-hôpital

L'évaluation de la relation ville-hôpital est similaire dans les 2 groupes avec une note moyenne de 5,5/10 pour les médecins libéraux et de 5,6/10 pour les médecins hospitaliers, et une note médiane de 6/10 dans les 2 groupes.

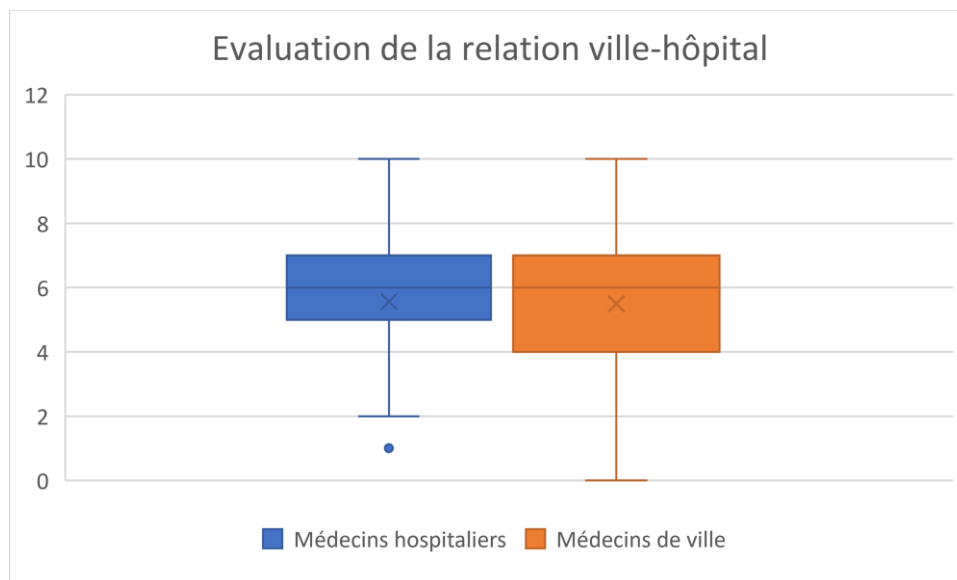


Figure 7 : Représentation de l'évaluation de la relation ville-hôpital par les médecins de notre échantillon selon le type d'exercice (0 = relation inexistante et 10 = relation excellente)

Sur les 10 items évaluant la relation ville-hôpital, nous avons pu observer quelques différences, mais la majorité des ressentis étaient similaires entre les 2 groupes.

Tout d'abord, les médecins des 2 groupes étaient majoritaires à juger que leur relation est excellente. 74% des médecins hospitaliers et 81% des médecins libéraux étaient plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec cette affirmation ($p = 0,77$).

La majorité des médecins interrogés déclarent trouver facilement des correspondants libéraux et hospitaliers. Néanmoins, les médecins de ville semblent avoir significativement plus de difficultés à trouver des correspondants hospitaliers. 43% d'entre eux ont déclaré n'être pas du tout d'accord avec l'affirmation « Je trouve facilement des correspondants hospitaliers », contre seulement 23% des hospitaliers ($p = 0,048$). Ils semblent également avoir plus de facilité à trouver des correspondants

libéraux (29% sont tout à fait d'accord contre 13% des médecins hospitaliers), mais cette différence n'est pas significative ($p = 0,29$).

La participation annuelle à des formations ou à des réunions dans le but de faciliter les échanges étaient similaires entre les 2 groupes. 21% des médecins des 2 groupes étaient tout à fait d'accord, 28% des médecins de ville et 39% des médecins hospitaliers étaient plutôt d'accord, 50 % des médecins de ville et 39% des médecins hospitaliers n'étaient pas du tout d'accord ($p = 0,49$).

Les médecins libéraux et hospitaliers étaient d'accord (respectivement 67% et 71%) pour dire que le temps améliore les relations entre correspondants ($p = 0,86$). Ils étaient également majoritaires (74% des médecins de ville et 61% des médecins hospitaliers) à trouver qu'ils manquent de relation entre eux ($p = 0,26$). La majorité des médecins étaient globalement satisfaits du suivi des patients en lien avec leurs confrères, mais tout de même un tiers des médecins libéraux et hospitaliers (respectivement 31% et 37%) n'étaient pas du tout satisfaits du suivi ($p = 0,31$).

Les médecins des 2 groupes étaient d'accord sur le fait que le manque de coordination impacte la prise en charge des patients (respectivement 64% et 69%, $p = 0,74$). Plus de la moitié des médecins des 2 groupes se sentent souvent seuls pour gérer certaines situations. 74% des médecins de ville et 55% des médecins hospitaliers ont déclaré être plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec cette affirmation ($p = 0,52$).

Un annuaire facile d'accès et détaillé est jugé nécessaire de manière très majoritaire par 80% des médecins des 2 groupes ($p = 0,31$).

Tableau 2 : Évaluation de la relation ville-hôpital par les médecins de notre échantillon

	Médecins de ville (n = 50)							Médecins hospitaliers (n = 56)							p-valeur (Mann-Whitney)
	Tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		Pas du tout d'accord		NA	Tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		Pas du tout d'accord		NA	
	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	
Ma relation avec les praticiens hospitaliers/libéraux est excellente	9	20,9%	26	60,5%	8	18,6%	7	13	24,1%	27	50,0%	14	25,9%	2	0,766
Je participe chaque année à des formations/réunions afin de faciliter mes échanges	9	21,4%	12	28,6%	0,5	50,0%	8	10	20,8%	19	39,6%	19	39,6%	8	0,491
Le temps améliore mes relations avec mes correspondants	11	25,6%	18	41,9%	14	32,6%	7	11	23,9%	22	47,8%	13	28,3%	10	0,86
Je manque de relation avec le monde hospitalier/libéral	12	24,0%	25	50,0%	13	26,0%	0	10	20,4%	20	40,8%	19	38,8%	7	0,255
Je suis globalement satisfait du suivi de mes patients, en lien avec mes confrères hospitaliers/libéraux	11	22,9%	22	45,8%	15	31,3%	2	7	13,7%	25	49,0%	19	37,3%	5	0,31
Le manque trop fréquent de coordination avec mes confrères hospitaliers impacte la bonne prise en charge de mes patients	13	27,1%	18	37,5%	17	35,4%	2	8	16,7%	25	52,1%	15	31,3%	8	0,74
Je me sens souvent seul pour gérer certaines situations	8	16,0%	29	58,0%	13	26,0%	0	13	27,7%	13	27,7%	21	44,7%	9	0,522
Je trouve facilement des correspondants libéraux	14	29,2%	18	37,5%	16	33,3%	2	7	13,5%	27	51,9%	18	34,6%	4	0,293
Je trouve facilement des correspondants hospitaliers	6	12,2%	22	44,9%	21	42,9%	1	9	18,8%	28	58,3%	11	22,9%	8	0,048
J'aurai besoin d'un annuaire facile d'accès et détaillé pour trouver mes correspondants	28	60,9%	9	19,6%	9	19,6%	4	22	46,8%	16	34,0%	9	19,1%	9	0,308

b) Connaissance et participation aux CPTS

Concernant la participation aux CPTS, seulement 26,5% des médecins de ville interrogés se déclaraient adhérents à une CPTS ou à un autre réseau de soins ou communauté de médecins. Parmi eux, 38,5% déclaraient en être des membres actifs et 38,5% la trouvaient utile dans le développement de la relation ville-hôpital. On note donc que la majorité (61,5%) des médecins de ville adhérents déclaraient ne pas être actifs dans leur CPTS et pensaient que celle-ci n'est pas utile dans le développement de la relation ville-hôpital.

Parmi les 73,5% (36) de médecins de ville qui déclaraient de pas être adhérents à une CPTS, 40% déclaraient la présence d'une CPTS dans leur secteur. Toujours parmi eux, 63,9% déclaraient connaître (16,7%) ou connaître un peu (47,2%) les missions des CPTS. 36,1% déclaraient ne pas les connaître.

Parmi ceux qui déclaraient en connaître les missions, environ un tiers (34,8%) estimaient que les CPTS pourraient améliorer la communication ville-hôpital. La majorité (65,2%) estimaient donc que ce n'est pas le cas.

Du côté des médecins hospitaliers, 71,7% déclaraient connaître les CPTS, et un tiers (30,2%) les trouvaient très utiles. 22,6% les trouvaient peu utiles et 18,9% déclaraient ne pas comprendre leurs missions.

c) Connaissance des autres instances

Du côté des médecins de ville, 49% connaissaient les missions des URPS, 26% connaissaient les missions des DAC. Les instances les moins connues étaient les CME et les CMG, 16% des médecins connaissaient les missions des PCME et seulement 4% connaissaient celles des PCMG.

La majorité des médecins (59,2%) estimaient que le manque de connaissance dans les instances qui les entourent est un frein à la coordination des soins.

Du côté des médecins hospitaliers, les instances les plus connues étaient les MSP, 83,3% des médecins interrogés déclaraient les connaître et 40,7% les trouvaient très utiles. 56,9% connaissaient les ESP et 27,5% les trouvaient très utiles. Enfin 52,8% connaissaient les DAC et 26,4% les trouvaient très utiles.

C. Organisation pratique de la coordination ville-hôpital

a) Moyens logistiques utilisés pour rechercher un correspondant

Les moyens logistiques les plus fréquemment utilisés par les médecins de ville pour rechercher un correspondant sont leur annuaire personnel (81,6% des médecins l'utilisent souvent) suivi par les moteurs de recherche (56%) et par les sites internet des centres hospitaliers (31,3%).

A l'inverse, les moyens les moins fréquemment utilisés sont l'annuaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins (85,1% des médecins ne l'utilisent jamais ou rarement), l'Annuaire Santé (79,2%) et l'annuaire Ameli (77,1%).

Les autres moyens de recherche de correspondants cités sont la demande à un confrère (cité 5 fois), l'utilisation des logiciels médicaux notamment Doctolib (cité 4 fois), les annuaires papiers fournis par les centres hospitaliers (cités 2 fois), les pages jaunes (cités 2 fois), les coordonnées des praticiens contenues dans les comptes-rendus des patients (cité 2 fois), le téléphone (cité 2 fois), l'annuaire Annumedic (cité 1 fois).

Tableau 3 : Moyens logistiques utilisés pour rechercher un correspondant par les médecins de ville de notre échantillon

Moyens logistiques utilisés pour rechercher un correspondant	Médecins de ville (n = 50)		
	Souvent	Parfois	Rarement ou jamais
	n (%)	n (%)	n (%)
Moteurs de recherche	28 (56%)	15 (30%)	7 (14%)
Annuaire Améli	5 (10,4%)	6 (12,5%)	37 (77,1%)
Annuaire santé	3 (6,3%)	7 (14,6%)	38 (79,2%)
Site internet des Centres hospitaliers	15 (31,3%)	27 (56,3%)	6 (12,5%)
Annuaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins	4 (8,5%)	3 (6,4%)	40 (85,1%)
Annuaire personnel	40 (81,6%)	6 (12,2%)	3 (6,1%)

b) Fréquence et qualité des échanges

La communication entre médecins de ville et médecins hospitaliers n'est pas jugée différemment entre les 2 populations. 18% des médecins de ville et 22,6% des médecins hospitaliers la jugent satisfaisante ($p = 0,45$). La qualité de la communication avec les médecins de clinique est jugée de manière similaire par les 2 populations ($p = 0,095$). Environ un tiers des médecins la jugent satisfaisante (32% des médecins de ville et 35,9% des médecins hospitaliers).

43,1% des médecins hospitaliers sont satisfaits de la communication avec leurs confrères d'autres hôpitaux, alors que seulement 18% des médecins de ville se déclarent satisfaits de la communication avec les médecins hospitaliers. La communication avec les médecins hospitaliers est jugée significativement meilleure par les médecins hospitaliers entre eux que par les médecins de ville ($p = 0,031$).

Tableau 4 : Évaluation de la qualité de la communication par les médecins de notre échantillon

Qualité de la communication	Médecins de ville (n = 50)		Médecins hospitaliers (n = 56)			
	Médecins Hôpital publique	Médecins de clinique	Praticiens en clinique	Praticiens dans d'autres hôpitaux	Médecins généralistes libéraux	Médecins spécialistes libéraux
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Satisfaisante	9 (18)	16 (32)	19 (35,9)	22 (43,1)	12 (22,6)	15 (28,8)
A améliorer	26 (52)	28 (56)	11 (20,8)	18 (35,3)	29 (54,7)	18 (34,6)
A améliorer considérablement	14 (28)	4 (8)	21 (39,6)	11 (21,6)	12 (22,6)	17 (32,7)
Ne sait pas	1 (2)	2 (4)	2 (3,8)	0 (0)	0 (0)	2 (3,8)
NA	0	0	3	5	3	4

Les médecins généralistes sont globalement plus satisfaits de leur communication avec les médecins de clinique qu'avec les médecins hospitaliers, et ce de manière significative ($p < 0,001$).

Les médecins hospitaliers jugent de manière comparable leur communication avec leurs confrères, qu'il s'agisse de médecins généralistes, de médecins spécialistes libéraux, de médecins hospitaliers ou de médecins de clinique ($p = 0,155$).

Concernant la fréquence des échanges, 81,6% des médecins de ville communiquent souvent ou très souvent avec les médecins hospitaliers en réception, et 68% communiquent souvent ou très souvent avec les médecins hospitaliers en émission. Ils reçoivent significativement plus fréquemment des demandes de la part de médecins hospitaliers qu'ils en envoient ($p = 0,001$).

La grande majorité (80%) déclarent qu'ils ne rendent pratiquement jamais visite à leurs patients hospitalisés.

Les médecins hospitaliers communiquent moins souvent avec les médecins généralistes, seulement 46,2% d'entre eux communiquent souvent ou très souvent et 23% ne communiquent pratiquement jamais avec ces derniers. Cette différence est significative, que ce soit pour l'émission ($p = 0,01$) ou pour la réception (0,001).

Les médecins hospitaliers n'estiment pas différemment la fréquence de leurs échanges avec leurs confrères, qu'il s'agisse des autres médecins hospitaliers, des médecins généralistes, des médecins de clinique ou des médecins spécialistes libéraux ($p = 0,233$). On note qu'une part importante des médecins hospitaliers ne communique pratiquement jamais avec d'autres médecins (entre 9,8% pour les médecins d'autres hôpitaux et 29,4% pour les médecins spécialistes libéraux).

Tableau 5 : Évaluation de la fréquence des échanges par les médecins de notre échantillon

Fréquence des échanges	Médecins de ville (n = 50)			Médecins hospitaliers (n = 56)			
	Médecins hospitaliers (écriture et envoi)	Médecins hospitaliers (réception et lecture)	Visite aux patients hospitalisés	Praticiens en clinique	Praticiens dans d'autres hôpitaux	Médecins généralistes libéraux	Médecins spécialistes libéraux
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Très souvent	10 (20)	20 (40,8)	1 (2)	6 (11,3)	4 (7,8)	7 (13,5)	3 (5,9)
Souvent	24 (48)	20 (40,8)	1 (2)	16 (30,2)	17 (33,3)	17 (32,7)	18 (35,3)
Occasionnel	15 (30)	7 (14,3)	8 (16)	18 (34)	25 (49)	16 (30,8)	15 (29,4)
Pratiquement jamais	1 (2)	2 (4,1)	40 (80)	13 (24,5)	5 (9,8)	12 (23,1)	15 (29,4)
NA	0	1	0	3	5	4	5

La majorité des médecins des 2 groupes sont d'accord pour dire que les rencontres physiques ou en visio-conférence améliorent la communication avec leurs correspondants (60% des généralistes et 64,5% des hospitaliers trouvent la communication améliorée ou très améliorée).

c) Moyens de communication utilisés

Du côté des médecins de ville, les moyens de communications les plus utilisés sont le téléphone par le standard (utilisé quelque fois ou souvent par 85,1% des médecins interrogés) et le téléphone par le biais des numéros directs institutionnels (utilisé quelque fois ou souvent par 85% des médecins interrogés), suivis par les adresses e-mail professionnelles non sécurisées qui sont utilisées quelque fois ou souvent par 59,9% des médecins interrogés. Les moyens de communication utilisés de manière plus rare sont les numéros de téléphone directs personnels (39,9% des médecins interrogés les utilisent quelque fois ou souvent) et les messageries santé sécurisées (35,8% les utilisent quelque fois ou souvent). A l'inverse, les moyens de communication les moins utilisés par les médecins de ville sont le DMP, les outils de partage, la téléconsultation, la téléexpertise, le fax, les adresses e-mail personnelles non sécurisées et les messageries instantanées non sécurisées. Plus de 70% des médecins interrogés ne les utilisent presque jamais. Les autres moyens de communication cités par les médecins de ville sont les courriers papiers (cités 4 fois), le numéro direct du médecin de garde ou d'astreinte (cité 1 fois), l'adresse e-mail non sécurisée du secrétariat du service (cité 1 fois) et le réseau personnel (cité 1 fois). On constate que les moyens de communication utilisés par les médecins de ville avec les médecins hospitaliers varient en fonction de l'objectif de l'échange. Le téléphone par le standard est significativement plus utilisé pour contacter les hospitaliers en vue d'une hospitalisation directe ou pour demander un avis spécialisé que pour parler du suivi d'un patient ($p = 0,003$). Les numéros de téléphones directs institutionnels sont significativement plus utilisés pour demander un avis spécialisé que pour parler du suivi d'un patient ($p = 0,016$). La téléexpertise est significativement plus utilisée pour demander un avis spécialisé que pour parler du suivi d'un patient ou qu'en vue d'une hospitalisation directe ($p = 0,007$). La messagerie santé sécurisée est significativement plus utilisée pour parler du suivi d'un patient que pour demander un avis spécialisé ou qu'en vue d'une hospitalisation directe ($p = 0,004$).

Du côté des médecins hospitaliers, le moyen de communication le plus souvent utilisé pour les contacter est le téléphone par le biais des numéros directs institutionnels (utilisé quelque fois ou

souvent par 80% des médecins interrogés), suivi par le téléphone par le standard (utilisé quelques fois ou souvent par 75,4% des médecins interrogés). Les moyens de communication qui sont utilisés plus rarement sont les adresses e-mail professionnelles non sécurisées (utilisés quelque fois ou souvent par 58,8% des médecins interrogés) et les numéros de téléphone directs personnels (utilisés quelque fois ou souvent par 52,6% des médecins interrogés). Moins de la moitié des médecins hospitaliers interrogés déclarent être contactés par messageries santé sécurisées, messageries instantanées non sécurisées ou fax, et moins d'un tiers déclarent être contactés par téléexpertise, téléconsultation, outils de partage ou par le DMP. Les moyens de communication utilisés ne varient pas significativement que ce soit avec les médecins de ville en vue d'une hospitalisation directe ou pour parler du suivi d'un patient, ou avec les médecins de clinique ou d'un autre établissement en vue d'une hospitalisation directe.

Concernant le recours aux urgences en vue d'une hospitalisation, il est intéressant de noter qu'il y a une discordance entre les réponses des médecins de ville et des médecins hospitaliers. En effet 45,8% des médecins de ville interrogés déclarent adresser quelques fois les patients aux urgences sans utiliser d'autre moyen de communication, et 16,7% déclarent le faire souvent. De leur côté 51,2% des médecins hospitaliers déclarent que les médecins de ville adressent souvent les patients aux urgences sans utiliser d'autre moyen de communication et 23,3% déclarent qu'ils les y adressent quelque fois. Le recours aux urgences semble donc être jugé significativement plus fréquent par les médecins hospitaliers que par les médecins de ville ($p = 0,006$).

Les médecins hospitaliers interrogés estiment également que les médecins de ville adressent plus souvent les patients aux urgences que les médecins de clinique ou d'autres établissements ($p = 0,025$). En effet, plus de la moitié (51,2%) des médecins hospitaliers estiment que les médecins de ville adressent souvent les patients aux urgences, alors qu'ils sont 48,8% à trouver que les médecins de clinique ou d'autres établissements ne les y adressent presque jamais.

Tableau 6 : Fréquence d'utilisation de certains moyens de communication par les médecins de notre échantillon en fonction de l'objectif de l'échange

Outils de communication	Médecins de ville (n = 50)			Médecins hospitaliers (n = 56)		
	Hospitalisation directe	Avis spécialisé	Suivi d'un patient	Hospitalisation par médecin de ville	Hospitalisation par médecin d'un autre établissement	Suivi d'un patient
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Téléphone par le standard	49	49	49	47	45	47
Souvent	30 (61,2)	30 (61,2)	20 (40,8)	15 (31,9)	13 (28,9)	15 (31,9)
Quelques fois	13 (26,5)	14 (28,6)	18 (36,7)	21 (44,7)	22 (48,9)	25 (53,2)
Rarement ou jamais	6 (12,2)	5 (10,2)	11 (22,4)	11 (23,4)	10 (22,2)	7 (14,9)
Téléphone par le biais de numéros directs institutionnels	49	49	49	44	44	46
Souvent	23 (46,9)	28 (57,1)	17 (34,7)	24 (54,5)	20 (45,5)	17 (37)
Quelques fois	19 (38,8)	16 (32,7)	22 (44,9)	9 (20,5)	12 (27,3)	19 (41,3)
Rarement ou jamais	7 (14,3)	5 (10,2)	10 (20,4)	11 (25)	12 (27,3)	10 (21,7)
Téléphone direct personnel	50	49	49	45	43	47
Souvent	6 (12)	6 (12,2)	5 (10,2)	13 (28,9)	11 (25,6)	11 (23,4)
Quelques fois	14 (28)	16 (32,7)	12 (24,5)	11 (24,4)	10 (23,3)	15 (31,9)
Rarement ou jamais	30 (60)	27 (55,1)	32 (65,3)	21 (46,7)	22 (51,2)	21 (44,7)
Messagerie santé sécurisée	49	49	50	43	42	43
Souvent	4 (8,2)	5 (10,2)	13 (26)	6 (14)	8 (19)	7 (16,3)
Quelques fois	13 (26,5)	8 (16,3)	10 (20)	10 (23,3)	10 (23,8)	11 (25,6)
Rarement ou jamais	32 (65,3)	36 (73,5)	27 (54)	27 (62,8)	24 (57,1)	25 (58,1)
Messagerie instantanée non sécurisée santé informelle	49	48	49	45	42	45
Souvent	1 (2)	1 (2,1)	2 (4,1)	7 (15,6)	8 (19)	7 (15,6)
Quelques fois	10 (20,4)	10 (20,8)	7 (14,3)	12 (26,7)	5 (11,9)	10 (22,2)
Rarement ou jamais	38 (77,6)	37 (77,1)	40 (81,6)	26 (57,8)	29 (69)	28 (62,2)
E-mail professionnel non sécurisé	49	49	49	46	44	46
Souvent	9 (18,4)	11 (22,4)	11 (22,4)	13 (28,3)	13 (29,5)	10 (21,7)
Quelques fois	21 (42,9)	20 (40,8)	16 (32,7)	14 (30,4)	11 (25)	19 (41,3)
Rarement ou jamais	19 (38,8)	18 (36,7)	22 (44,9)	19 (41,3)	20 (45,5)	17 (37)
E-mail personnel non sécurisé	47	49	49	-	-	-
Souvent	5 (10,6)	7 (14,3)	5 (10,2)	-	-	-
Quelques fois	8 (17)	6 (12,2)	6 (12,2)	-	-	-
Rarement ou jamais	34 (72,3)	36 (73,5)	38 (77,6)	-	-	-
Télé-expertise	49	47	48	43	42	43
Souvent	0 (0)	1 (2,1)	0 (0)	9 (20,9)	10 (23,8)	7 (16,3)
Quelques fois	2 (4,1)	6 (12,8)	1 (2,1)	2 (4,7)	1 (2,4)	2 (4,7)
Rarement ou jamais	47 (95,9)	40 (85,1)	47 (97,9)	32 (74,4)	31 (73,8)	34 (79,1)
Fax	48	49	49	43	43	44
Souvent	1 (2,1)	0 (0)	0 (0)	9 (20,9)	9 (20,9)	4 (9,1)
Quelques fois	8 (16,7)	5 (10,2)	3 (6,1)	8 (18,6)	6 (14)	8 (18,2)
Rarement ou jamais	39 (81,3)	44 (89,8)	46 (93,9)	26 (60,5)	28 (65,1)	32 (72,7)
Téléconsultation (en présence du patient)	48	49	49	43	42	44
Souvent	1 (2,1)	1 (2)	1 (2)	7 (16,3)	7 (16,7)	6 (13,6)
Quelques fois	0 (0)	1 (2)	0 (0)	4 (9,3)	2 (4,8)	2 (4,5)
Rarement ou jamais	47 (97,9)	47 (95,9)	48 (98)	32 (74,4)	33 (78,6)	36 (81,8)
Outils de partages	49	49	48	43	42	44
Souvent	1 (2)	0 (0)	0 (0)	8 (18,6)	7 (16,7)	6 (13,6)
Quelques fois	1 (2)	1 (2)	1 (2,1)	0 (0)	1 (2,4)	1 (2,3)
Rarement ou jamais	47 (95,9)	48 (98)	47 (97,9)	35 (81,4)	34 (81)	37 (84,1)
DMP	49	48	49	42	43	45
Souvent	0 (0)	1 (2,1)	1 (2)	6 (14,3)	7 (16,3)	7 (15,6)
Quelques fois	5 (10,2)	1 (2,1)	3 (6,1)	4 (9,5)	2 (4,7)	2 (4,4)
Rarement ou jamais	44 (89,8)	46 (95,8)	45 (91,8)	32 (76,2)	34 (79,1)	36 (80)
Aucun, les patients sont adressés aux urgences	48	-	-	43	41	-
Souvent	8 (16,7)	-	-	22 (51,2)	10 (24,4)	-
Quelques fois	22 (45,8)	-	-	10 (23,3)	11 (25,9)	-
Rarement ou jamais	18 (37,5)	-	-	11 (25,6)	20 (48,8)	-

d) Utilisation du DMP

Le DMP semble être très peu utilisé par les médecins des 2 groupes. En effet 85,7% des médecins de ville et 94,4% des médecins hospitaliers déclaraient l'utiliser rarement (il est à noter que le questionnaire ne laissait pas la possibilité de répondre « jamais » à cette question).

12,2% des médecins de ville et 5,6% des médecins hospitaliers déclaraient l'utiliser souvent. Seulement 2% des médecins de ville et 0% des médecins hospitaliers déclaraient l'utiliser systématiquement.

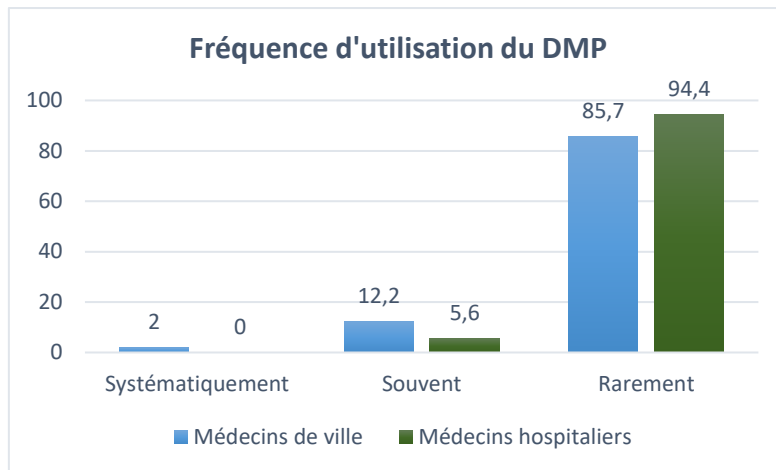


Figure 8 : Représentation de la fréquence d'utilisation du DMP par les médecins de notre échantillon selon le type d'exercice

De même, la majorité des médecins de ville et hospitaliers semblent considérer que le DMP n'est pas adapté en pratique pour communiquer (85,7% des médecins de ville et 81,1% des médecins hospitaliers).

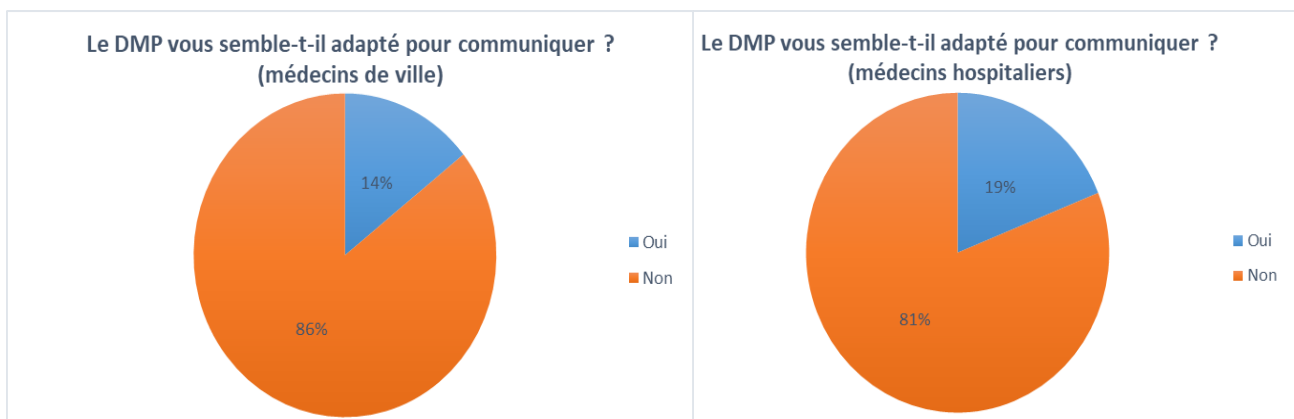


Figure 9 : Évaluation de l'utilité du DMP pour communiquer par les médecins de notre échantillon

D. Projets de coopération ville-hôpital

a) Participation à des projets de coopération ville-hôpital

Les médecins hospitaliers de notre échantillon semblent significativement plus impliqués dans les projets de coopération ville-hôpital. Ils sont 39,3% à déclarer participer à des projets de coopération contre seulement 14,6% des médecins de ville interrogés ($p = 0,005$).

Environ un tiers des médecins des 2 groupes seraient intéressés pour y participer (respectivement 28 et 29%). On note que 25% des médecins de ville aimeraient y participer mais ne savent pas comment s'y prendre.

La fréquence de participation des médecins hospitaliers à ces projets est majoritairement mensuelle (45,5%) ou annuelle (31,8%).

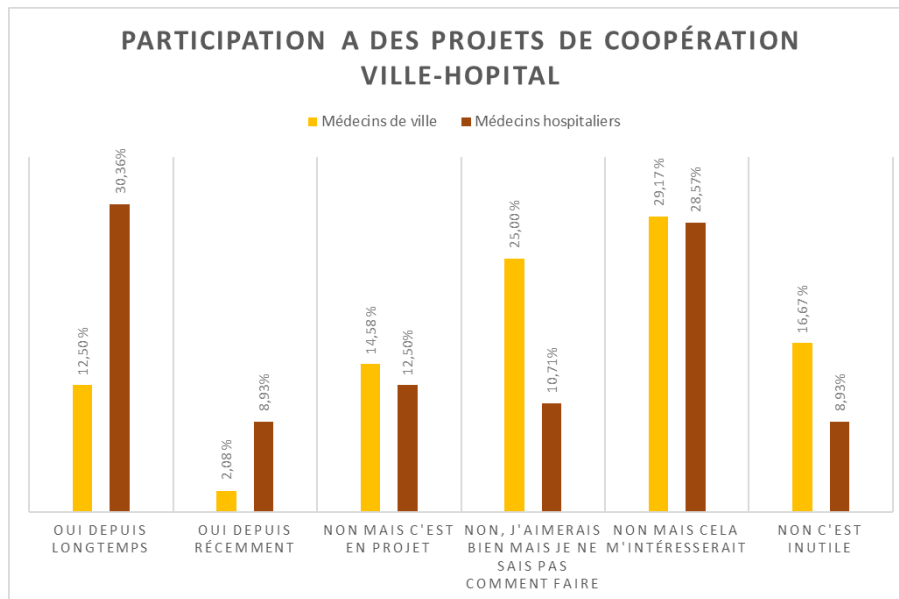


Figure 10 : Participation à des projets de coopération par les médecins de notre échantillon

Les quelques médecins de ville qui participent à des projets de coopération (effectif de 7 médecins) le font principalement par le biais de réunions thématiques ville-hôpital (71,4%), de formations médicales communes (71,4%), de relations interpersonnelles (57,1%) et par la gouvernance de structures ambulatoires (42,8%). Les médecins hospitaliers y participent principalement par les réunions thématiques ville-hôpital (68,2%), les relations interpersonnelles (45,5%), les formations médicales communes (40,9%) et les conduites de projets villes-hôpital (40,9%). Parmi les autres moyens de participation, les médecins de ville ont cité les réseaux (cité 1 fois). Les médecins hospitaliers ont cité les équipes mobiles, la cellule médicosociale du 15, la PMA, l'association d'aide aux insuffisants respiratoire d'Alsace, l'établissement de santé privé à but non-lucratif BETHEL (chacun cité 1 fois).

Les modes de communication utilisés par les médecins de ville pour participer à des projets de coopération ville-hôpital sont principalement la visio-conférence, le téléphone et les réunions

présentielles. Les médecins hospitaliers n'ont pas pu répondre de manière pertinente à cette question en raison d'une erreur dans la conception du questionnaire.

La majorité des médecins de ville seraient prêts à dégager du temps pour des rencontres avec les praticiens hospitaliers (80%) et pour participer à des formations sur les nouveaux outils mis en place dans le domaine de la communication entre la ville et l'hôpital (78%).

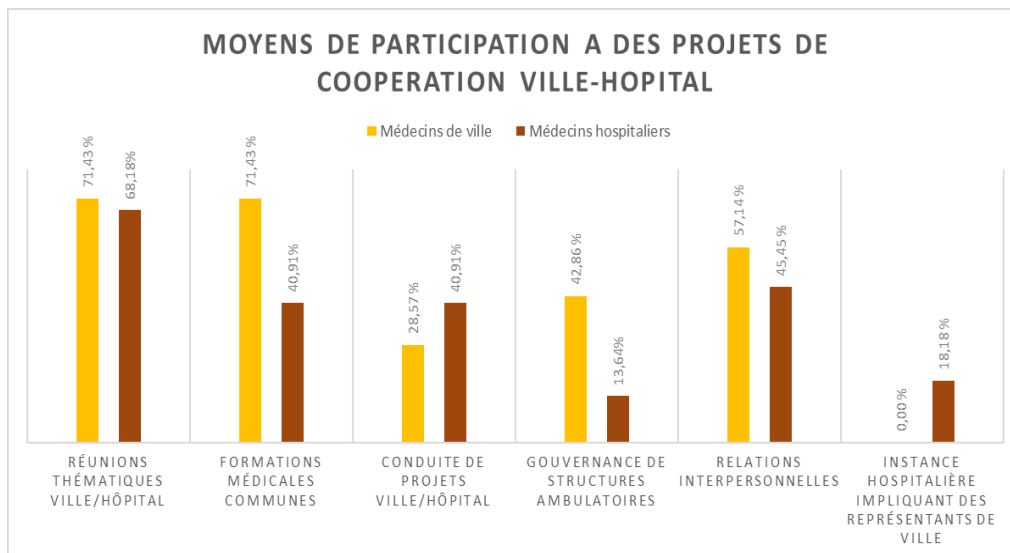


Figure 11 : Moyens de participation à des projets de coopération par les médecins de notre échantillon

b) Moyens pour renforcer les coopérations

Si les médecins de ville et les médecins hospitaliers de notre échantillon sont d'accord sur le fait qu'il faut mieux valoriser les coopérations (64% des médecins de ville et 68% des médecins hospitaliers) et qu'il faut donner de réels moyens aux professionnels pour développer ces dernières (respectivement 78% et 64%), leurs avis divergent sur les autres moyens pour renforcer les coopérations.

En effet, les médecins hospitaliers sont majoritairement favorables (58,9%) à l'idée de fixer des objectifs communs en termes de santé de la population, contrairement aux médecins de ville (34%) ($p = 0,01$).

De manière générale, les médecins de ville sont plus radicalement opposés aux mesures coercitives que les médecins hospitaliers. 2% des médecins de ville souhaitent impliquer obligatoirement l'ensemble des professionnels de santé dans le fonctionnement des CPTS, contre 30,4% des hospitaliers ($p < 0,001$). 4% des médecins de ville souhaitent imposer une gouvernance partagée à tous les acteurs,

contre 19,6% des hospitaliers ($p = 0,014$). 14% des médecins de ville souhaitent rendre obligatoire les réunions de coopérations pour tous les professionnels, contre 32,1% des hospitaliers ($p = 0,028$).

Entre 16 et 44% des médecins interrogés sont favorables à la mise en place d'un financement au parcours de soins et à l'installation de chargés de mission responsables du développement de l'écosystème entre l'hôpital et la ville. Un tiers des médecins de ville sont favorables à l'utilisation d'outils de partage d'activité.

Parmi les autres moyens pour renforcer les coopérations, les médecins de ville ont cité la communication entre médecins de ville et hospitaliers (cité 1 fois), le changement des mentalités dans l'enseignement universitaire (cité 1 fois), une revalorisation financière afin de pouvoir embaucher une secrétaire (cité 1 fois) et le fait de libérer du temps aux hospitaliers (cité 1 fois). De leur côté, les hospitaliers ont cité l'augmentation des effectifs médicaux (cité 1 fois), l'obligation pour tous les libéraux de participer à la permanence des soins (cité 1 fois) et l'obligation pour les cliniques de prendre en charge les patients (cité 1 fois).

Tableau 7 : Moyens pour renforcer les coopérations d'après les médecins de notre échantillon

Quels seraient les moyens pour renforcer les coopérations ?	Médecins de ville (n = 50)		Médecins hospitaliers (n = 56)		p-valeur (Chi ²)
	n	%	n	%	
Rendre obligatoire les réunions de coopérations pour tous les professionnels	7	14%	18	32,1%	0,028
Fixer des objectifs communs en terme de santé de la population	17	34%	33	58,9%	0,01
Mettre en place un financement au parcours de soins	16	32%	25	44,6%	0,182
Installer des "chargés de mission" responsables du développement de l'écosystème entre l'hôpital et la ville	13	26%	9	16,1%	0,208
Impliquer obligatoirement l'ensemble des professionnels de santé dans le fonctionnement des CPTS, quels que soient leurs mode d'exercice	1	2%	17	30,4%	< 0,001
Mieux valoriser les coopérations	32	64%	37	66,1%	0,823
Imposer une gouvernance partagée à tous les acteurs	2	4%	11	19,6%	0,014
Donner de réels moyens aux professionnels pour développer les coopérations	39	78%	36	64,3%	0,121
Outils de partage d'activité	17	34%	-	-	-

E. Comparaison des résultats entre les trois anté-régions

Nous avons obtenu 353 réponses au total : 174 pour la médecine hospitalière et 179 pour la médecine de ville. Les réponses étaient réparties de la manière suivante : 106 réponses en Alsace, 121 en Lorraine et 126 en Champagne-Ardenne. On constate que le nombre de réponses était un peu plus faible dans

notre échantillon alsacien. Les caractéristiques socio-démographiques étaient globalement similaires dans l'ensemble de la région Grand Est.

Tableau 8 : Nombre de participants par région

Nombre de médecins participants	Alsace	Lorraine	Champagne-Ardenne	Total Grand Est
Médecins de ville	50	56	73	179
Médecins hospitaliers	56	65	53	174
Total médecins	106	121	126	352

Les principaux résultats sont globalement comparables dans les 3 régions mais on note tout de même quelques différences.

Concernant la qualité de la relation, on remarque que contrairement aux médecins de ville et hospitaliers alsaciens qui ont le même ressenti, en Lorraine et en Champagne-Ardenne, les médecins hospitaliers sont plus nombreux que les médecins de ville à trouver leur relation excellente.

Tableau 9 : Évaluation de la relation par les médecins des 3 régions

Relation jugée excellente		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas du tout d'accord
Alsace	Médecins de ville	20,90%	60,50%	18,60%
	Médecins hospitaliers	24,10%	50%	25,90%
Lorraine	Médecins de ville	1,80%	71,40%	21,40%
	Médecins hospitaliers	20%	72,30%	3,10%
Champagne-Ardenne	Médecins de ville	4,40%	67,60%	20,60%
	Médecins hospitaliers	21,60%	60,80%	9,80%

La qualité de la communication est jugée meilleure par les médecins hospitaliers dans les 3 régions, surtout lorsqu'ils communiquent entre eux. Cette différence de perception est plus marquée en Lorraine où seulement 5,4% des médecins de ville sont satisfaits de la communication avec les médecins hospitaliers, contre 33,9% des médecins hospitaliers lorsqu'ils communiquent avec des médecins de ville et 63,1% lorsqu'ils communiquent avec des confrères d'autres hôpitaux.

Les 3 moyens les plus utilisés pour rechercher un correspondant sont les mêmes dans les 3 régions : les annuaires personnels, les moteurs de recherche et les sites internet des centres hospitaliers.

Tableau 10 : Évaluation de la qualité de la communication par les médecins des 3 régions

Qualité de la communication avec les confrères		Satisfaisante	A améliorer	A améliorer considérablement
Alsace	Médecins de ville avec les hospitaliers	18,00%	52,00%	28,00%
	Hospitaliers avec les médecins de ville	22,60%	54,70%	22,60%
	Hospitaliers avec les hospitaliers	43,10%	35,30%	21,60%
Lorraine	Médecins de ville avec les hospitaliers	5,40%	51,80%	42,90%
	Hospitaliers avec les médecins de ville	33,90%	52,30%	12,30%
	Hospitaliers avec les hospitaliers	63,10%	27,70%	9,20%
Champagne-Ardenne	Médecins de ville avec les hospitaliers	13,20%	51,50%	33,80%
	Hospitaliers avec les médecins de ville	27,50%	52,90%	17,60%
	Hospitaliers avec les hospitaliers	32,70%	44,20%	15,40%

Tableau 11 : Utilisation du téléphone par les médecins des 3 régions

Moyens de communication utilisés			Médecins de ville			Médecins hospitaliers		
			Souvent	Quelque fois	Rarement ou jamais	Souvent	Quelque fois	Rarement ou jamais
Téléphone par le standard	Alsace	Hospitalisation directe	61,20%	26,50%	12,20%	31,90%	44,70%	23,40%
		Avis spécialisé	61,20%	28,60%	10,20%	/	/	/
		Suivi d'un patient	40,80%	36,70%	22,40%	31,90%	53,20%	14,90%
	Lorraine	Hospitalisation directe	71,40%	17,90%	10,70%	40,00%	30,80%	15,40%
		Avis spécialisé	62,50%	28,60%	8,90%	/	/	/
		Suivi d'un patient	46,40%	37,50%	16,10%	42,60%	40,00%	10,80%
	Champagne-Ardenne	Hospitalisation directe	60,30%	27,90%	11,80%	32,10%	26,40%	18,90%
		Avis spécialisé	57,30%	30,90%	11,80%	/	/	/
		Suivi d'un patient	38,20%	36,80%	25,00%	35,80%	34,00%	20,80%
Téléphone par le biais des numéros directs institutionnels	Alsace	Hospitalisation directe	46,90%	38,80%	14,30%	54,50%	20,50%	25,00%
		Avis spécialisé	57,10%	32,70%	10,20%	/	/	/
		Suivi d'un patient	34,70%	44,90%	20,40%	37,00%	41,30%	21,70%
	Lorraine	Hospitalisation directe	41,10%	41,10%	16,10%	44,60%	23,10%	15,40%
		Avis spécialisé	50,00%	37,50%	12,50%	/	/	/
		Suivi d'un patient	44,60%	33,90%	19,60%	43,10%	29,20%	21,50%
	Champagne-Ardenne	Hospitalisation directe	32,40%	38,20%	29,40%	26,40%	30,20%	20,80%
		Avis spécialisé	38,20%	33,80%	28,00%	/	/	/
		Suivi d'un patient	26,50%	36,80%	36,70%	28,30%	40,00%	22,60%

Le téléphone est le moyen le plus utilisé pour la communication par les médecins de ville et hospitaliers de l'ensemble de la région Grand Est, quel que soit l'objectif de l'échange (demande d'hospitalisation directe, demande d'avis spécialisé et pour parler du suivi d'un patient).

En ce qui concerne le DMP, les résultats sont similaires dans les 3 régions. Il est très peu utilisé par les médecins de notre étude et jugé inadapté pour la communication par la majorité d'entre eux.

Tableau 12 : Fréquence d'utilisation du DMP par les médecins des 3 régions

Fréquence d'utilisation du DMP		Systématiquement	Souvent	Rarement
Alsace	Médecins de ville	2,00%	12,20%	85,70%
	Médecins hospitaliers	0,00%	5,60%	94,40%
Lorraine	Médecins de ville	3,60%	3,60%	91,10%
	Médecins hospitaliers	3,10%	1,50%	89,20%
Champagne-Ardenne	Médecins de ville	0,00%	5,90%	94,10%
	Médecins hospitaliers	4,10%	2,00%	93,90%

Tableau 13 : Évaluation du DMP par les médecins des 3 régions

DMP jugé adapté pour communiquer		Oui	Non
Alsace	Médecins de ville	14,00%	86,00%
	Médecins hospitaliers	19,00%	81,00%
Lorraine	Médecins de ville	14,30%	85,70%
	Médecins hospitaliers	15,40%	72,30%
Champagne-Ardenne	Médecins de ville	12,30%	87,70%
	Médecins hospitaliers	8,30%	91,70%

On remarque que les médecins de ville lorrains sont plus impliqués dans les CPTS que les médecins alsaciens et champenois. En effet 50% d'entre eux sont adhérents à une CPTS et parmi eux 42,9% se déclarent actifs dans cette CPTS. Si, sur l'ensemble des médecins de ville interrogés dans les 3 régions, seulement un tiers déclarent les trouver utiles, on note qu'en Lorraine, les médecins adhérents à une CPTS sont plus nombreux (57,1%) à les trouver utiles.

Tableau 14 : Implication dans les CPTS des médecins des 3 régions

Médecins de ville	Adhérents à une CPTS	Actifs dans leur CPTS	Trouvent les CPTS utiles
Alsace	26,50%	38,50%	38,50%
Lorraine	50%	42,90%	57,10%
Champagne-Ardenne	20,60%	21,40%	30,60%

Les missions des CPTS et de l'URPS sont également mieux connues en Lorraine, alors que les missions des DAC sont mieux connues en Champagne-Ardenne. Les missions des PCME et des PCMG restent peu connues dans l'ensemble du Grand Est.

Tableau 15 : Connaissance des instances par les médecins des 3 régions

Connaissance des missions des instances par les médecins de ville	Alsace	Lorraine	Champagne-Ardenne
CPTS	63,90%	89,30%	66,70%
DAC	26,00%	35,70%	50,00%
URPS	49,00%	60,70%	36,80%
PCME	16,00%	8,90%	5,90%
PCMG	4,00%	1,80%	8,80%

Concernant l'adressage des patients aux urgences, la différence de ressenti entre les médecins de ville et hospitaliers alsaciens n'est pas retrouvée dans les 2 autres régions où les réponses sont plus proches.

Tableau 16 : Estimation de la fréquence d'adressage aux urgences par les médecins des 3 régions

Estimation de la fréquence d'adressage aux urgences par les généralistes sans utilisation d'autre moyen de communication		Souvent	Quelque fois	Rarement ou jamais
Alsace	Médecins de ville	16,70%	45,80%	37,50%
	Médecins hospitaliers	51,20%	23,30%	25,60%
Lorraine	Médecins de ville	37,50%	37,50%	25,00%
	Médecins hospitaliers	36,90%	24,60%	23,10%
Champagne-Ardenne	Médecins de ville	40,00%	32,50%	27,50%
	Médecins hospitaliers	27,10%	41,40%	31,40%

Concernant les projets de coopération, les médecins hospitaliers alsaciens et champenois sont plus nombreux à déclarer participer à des projets de coopération que les médecins de ville. Cette différence n'est pas retrouvée en Lorraine où la participation est similaire entre les 2 groupes.

Tableau 17 : Participation à des projets de coopérations par les médecins des 3 régions

Participation à des projets de coopération		Oui	Non
Alsace	Médecins de ville	14,60%	85,40%
	Médecins hospitaliers	39,30%	60,70%
Lorraine	Médecins de ville	25,00%	75,00%
	Médecins hospitaliers	27,60%	72,40%
Champagne-Ardenne	Médecins de ville	19,40%	80,60%
	Médecins hospitaliers	46,20%	53,80%

2. Analyse qualitative

Les médecins de notre étude ont été questionnés de manière ouverte sur plusieurs sujets. Le nombre total de réponses est de 300 : 217 réponses issues des médecins de ville et 173 réponses issues des médecins hospitaliers. Ces réponses ont été regroupées en plusieurs catégories selon le sujet abordé.

A. Perception de la relation

Bonne perception de la relation (4 commentaires)

« Globalement ça se passe très bien dans la région de Saverne. » (MG)

- Expériences positives de coopération ville-hôpital (2 MG, 1MH)
- Les relations sont bonnes si on se donne la peine d'établir un contact (1 MH)

Perception mitigée de la relation (9 commentaires)

« Les relations entre les praticiens dépendent des personnes et non pas de « l'hôpital » certaines relations sont excellentes et d'autres nulles. Certains praticiens communiquent et pas d'autres. » (MG)

- La qualité de la relation est personne-dépendante (3 MG)
- Nécessité d'améliorer la connaissance de l'autre, la communication et le partage d'informations (2 MG, 1 MH)
- Créer un bon réseau personnel prend du temps (3 MG)

Mauvaise perception de la relation (18 commentaires, dont 14 MH)

- **Tensions et incompréhensions entre médecine de ville et hospitalière**

« Les hospitaliers ne voient pas les libéraux comme une prolongation de leurs soins en ville. Du coup, on crée des postes d'IPA plutôt que de communiquer avec des libéraux médicaux et paramédicaux qui exercent à proximité d'un patient. La fracture est trop profonde pour se refermer selon moi et les institutions (administrations des hôpitaux, ARS, ministère) souffrent de la même cécité. Ils opposent même libéraux et hôpitaux, leur budget, leur tarification, etc. » (MG)

- Les relations entre libéraux et hospitaliers sont conflictuelles (2MG, 1 MH)
- Les relations se dégradent (1 MG, 1 MH)

- Il existe une fracture profonde entre libéraux et hospitaliers qui sont vus comme opposés par les médecins et les institutions (2 MG)

- **Manque de coopération entre ville et hôpital**

« L'hôpital gère très mal l'hôpital n'a pas Apicrypt... l'hôpital ne fait pas suivre les examens complémentaires aux médecins traitants l'hôpital interdit les admissions directes en service et fait tout transiter par les urgences, car ne fait pas confiance aux médecins de ville, l'hôpital ne sait pas transmettre les examens de labo jusqu'en ville » (MH)

- Peu d'implication des médecins de ville dans les réunions communes (2 MH)
- Manque de coopération de la part de l'hôpital qui ne transmet pas les informations à la ville et qui interdit les admissions directes par manque de confiance envers les médecins de ville (2 MH)
- Manque de coopération de la part des établissements privés qui choisissent les patients les plus rentables et qui refusent d'assurer la permanence des soins (3 MH)

- **Une surcharge hospitalière perçue comme liée aux pratiques des généralistes**

« Tout le monde est débordé en ville comme à l'hôpital avec la désagréable impression que certains médecins considèrent que les médecins hospitaliers ont "plus le temps" ou d'autres se déchargent des patients vers l'hôpital sans se poser de questions ou chercher à y répondre. » (MH)

- Adressage excessif aux urgences et absence d'admission directe (2 MH)
- Les médecins de ville se déchargent trop facilement sur l'hôpital (3 MH)

B. Communication

Problèmes techniques de communication (9 commentaires)

« Très difficile de joindre des médecins du CHU. Le système "téléphone" du CHU est d'un autre âge. Certains services de mon hôpital de référence, n'ont qu'une ligne téléphonique, très souvent occupée ; une grande perte de temps, inacceptable pour nous. Et ceci depuis longtemps. Inacceptable en 2023. Certaines secrétaires des services hospitaliers, commencent leur travail à 9h (nous à 8 heures...) » (MG)

- Difficultés à se contacter entre médecins libéraux, médecins hospitaliers et médecins de clinique (1 MG, 3 MH)
- Contacter les médecins hospitaliers est trop chronophage (2 MG)
- Les horaires des secrétariats hospitaliers ne sont pas adaptés aux horaires des généralistes (2 MG)
- Saturation du fax hospitalier par des résultats de laboratoires de ville (1 MH)
- Téléphone portable personnel sollicité (1 MH)

Moyens de communication privilégiés (6 commentaires)

« La seule chose qui marche un peu c'est le contact direct si on arrive à l'établir. » (MH)

- Le seul moyen efficace pour communiquer est le **téléphone** (2 MG, 1 MH)
- Contact par téléphone ou **messagerie santé sécurisée** (1 MG, 1 MH)
- Le **contact direct** améliore la relation (1 MH)

Besoins en matière de communication (10 commentaires)

« Besoin d'adresses mail directes, de portables de garde, de lignes téléphoniques dédiées aux médecins » (MG)

- L'amélioration de la communication est indispensable pour le suivi des patients (1 MG)
- Nécessité de fournir des **numéros de téléphone ou adresses mails directs** pour joindre les médecins hospitaliers et spécialistes libéraux (4 MG)
- Nécessité de désigner des **référénts** de médecine de ville et des référents hospitaliers pour communiquer (1 MG)
- Les hospitaliers doivent se rendre disponibles pour les appels téléphoniques des généralistes (1 MH)
- Nécessité de limiter les intermédiaires non médicaux (3 MG)
- Un outil de communication fourni par l'hôpital serait souhaitable (1 MH)

C. Importance des rencontres interprofessionnelles

Rencontres présentielles (5 commentaires)

« Organiser des réunions régulières par labo pharmaceutique ville hôpital (car le bénévolat à ses limites) » (MH)

- Nécessité d'organiser des rencontres physiques régulières (1 MG, 2 MH)
- Intérêt des réunions ville-hôpital organisées par les laboratoires pharmaceutiques (1 MG, 1 MH)

Retour des médecins généralistes sur les réunions de concertation

→ Avis positifs sur les réunions (10 commentaires) :

« Les réunions de concertation sont un point positif parce qu'elles permettent de se connaître et facilitent les contacts ultérieurs » (MG)

- Les réunions sont bénéfiques pour le patient (5 MG)
- Les réunions permettent de trouver des interlocuteurs, facilitent le contact avec les hospitaliers et améliorent la coordination des soins (4 MG)
- Les réunions sont utiles mais il faudrait y accorder plus de temps pour approfondir les dossiers (1 MG)
- Les réunions sont utiles à condition d'être bien préparées (1 MG)

→ Avis négatifs sur les réunions (6 commentaires) :

« J'ai participé il y a quelques années à des projets améliorant la prise en charge des personnes âgées dans notre territoire. Dès que quelque chose commençait à prendre forme avec certaines structures, elles disparaissaient ou les interlocuteurs changeaient de poste... Le lien avait commencé à se mettre en place avec l'hôpital... arrêt du projet car subitement plus de subventions ou mission terminée pour les confrères hospitaliers donc arrêt des rencontres. Si seulement il pouvait y avoir une stabilité, une vision à au moins moyen terme plutôt que des projets qui utilisent une énergie folle aux participants, qui gonflent et qui, comme un souffler au fromage, tombent d'un coup ! » (MG)

- Les médecins, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, ne s'investissent pas suffisamment dans ces réunions (3 MG)
- Les réunions pourraient être utiles mais souvent les projets n'aboutissent pas par manque de constance et de vision sur le long terme (1 MG)
- Les réunions sont conflictuelles (2 MG)

➔ **Absence d'avis sur les réunions (4 commentaires) :**

« Quelles réunions ? » (MG)

- Pas de participation aux réunions (4 MG)

D. Outils numériques

Perception des outils numériques (3 commentaires)

« L'hétérogénéité et la multiplicité des supports numériques de communication variant d'un établissement à un autre, variant d'un service à un autre au sein d'un même établissement est source de tracas pour le médecin généraliste pour obtenir un avis au plus rapide. » (MG)

- Les outils informatiques ne sont pas fiables (1 MH)
- Les outils numériques de communication sont trop nombreux et trop hétérogènes (1 MG)
- Difficulté à changer ses habitudes et à s'adapter aux nouveaux outils (1 MG)

Perception et utilisation du DMP (15 commentaires)

- Pas d'utilisation du DMP et avis négatif (2 MG, 1 MH)
- Pas d'utilisation du DMP en raison de difficultés d'accès (1 MG, 5 MH)

« Je ne sais pas comment me connecter sur le DMP. Il n'y a pas de lien institutionnel vers le DMP à ma connaissance » (MH)

- DMP peu utilisé mais avis positif (4 MG, 1 MH)

« Le DMP est utile s'il est alimenté quand on n'a pas eu le courrier par messagerie sécurisé mais ce n'est pas un outil de communication plus de coordination » (MG)

- DMP non adapté par soucis de confidentialité en génétique (1 MH)

E. Manque de ressources

Manque de ressources humaines et surcharge de travail (14 commentaires)

« Le problème c'est le manque de médecins et cela ne changera pas tant que le nombre diminuera car nous allons tous manquer de temps par rapport à la demande » (MH)

- Nécessité d'augmenter l'effectif médical (2 MG, 3 MH)
- En zone de pénurie médicale le problème est le manque d'interlocuteurs (3 MG, 2 MH)
- Départ à la retraite de nombreux correspondants (1 MG)
- Manque de temps pour s'impliquer dans la coordination qui rajoute du travail administratif au détriment du temps médical (4 MG, 3 MH)
- Les formations se font sur le temps libre ce qui peut être dissuasif (1 MG)

Nécessité d'un meilleur financement et d'une valorisation du temps médical (2 commentaires)

« Par expérience, sans moyens, c'est un vœu pieux » (MH)

- Nécessité d'augmenter les moyens financiers dédiés au lien ville-hôpital (1 MH)
- Nécessité de valoriser financièrement le temps dédié à la coopération ville-hôpital (1 MH)

F. Décisions administratives

Structures inadaptées et inefficaces (8 commentaires)

« Je ne ressens pas du tout l'envie de collaborer plus avec les administratifs qui nous inondent tous les jours. Bientôt les médecins qui ne soignent pas vont être plus nombreux que les soignants. C'est " la fin des haricots". Les CPTS ne sont rien d'autre que la volonté des administratifs (ARS et autres) de mettre encore plus la main sur les médecins. IL NE FAUT PAS ACCEPTER CA. Notre système de santé n'a jamais été autant en déficit que depuis qu'il est dirigé par des non-médecins. » (MG)

- Ce n'est pas la multiplication des structures qui amélioreront la relation entre médecins (3 MG)
- Les CPTS ne répondent pas aux besoins des généralistes (3 MG)
- Aucun modèle institutionnel ne fonctionne (1 MH)

- Certaines spécificités de prise en charge ne sont pas prises en compte par les organisations de médecine ambulatoire (1 MH)
- Les instances administratives devraient rendre la médecine générale plus attractive mais ne le font pas (1 MH)

G. Projets réussis / bonnes initiatives observées

Amélioration des outils de communication et facilitation du contact direct (7 commentaires)

« L'URPS-ML organise un annuaire pour trouver les professionnels de santé et leurs spécificités, ainsi que les outils de communication qu'ils utilisent. C'est Annumedic. Démarrage en ce moment (mai 2023). La communication avec plusieurs hôpitaux du 67, dont le CHU, est assez bonne avec mails par Lifen et courriers dans le DMP » (MG)

- **Annuaire**

- Communication aux médecins de ville des numéros d'astreinte directs hospitaliers (3 MH)
- Création par l'URPS d'un annuaire médical généralisé (Annumedic) (1 MG)
- Mise à disposition d'un annuaire avec les numéros directs des services hospitaliers à destination des médecins de ville, et inversement (1 MH)

- **Messageries sécurisées et DMP**

- Bonne communication avec les hôpitaux via mails sécurisés (Lifen) et le DMP (1 MG)
- Partage d'informations via le DMP (1 MH)

- **Messageries instantanées**

- Communiquer via un groupe WhatsApp commun (1 MH)

- **Télémédecine**

- Utilisation d'Omnidoc pour la téléexpertise (1 MH)

Déploiement de dispositifs territoriaux pour structurer l'offre de soins (18 commentaires)

« La CPTS travaille naturellement sur les échanges d'information avant, pendant et après l'hospitalisation. Une réflexion est également en cours sur la permanence des soins avec mise en place d'une maison médicale de garde. » (MG)

- Développement de réseaux de soins ambulatoires et ville-hôpital :
 - CPTS (4 MG, 4 MH)
 - Equipes de soins primaires (1 MG)
 - Hôpitaux de proximité (1 MG, 1 MH)
 - Equipe mobile de soins palliatifs (1 MH)
 - Création d'un réseau médico-social pour les situations complexes (1 MH)
 - Collaboration avec l'HAD (2 MH)
 - Association JALMALV (Jusqu'à la mort accompagner la vie : accompagnement en soins palliatifs) (1 MH)
- Création de structures dédiées à la permanence des soins ambulatoires :
 - Maisons médicales de garde (1 MG, 1 MH)
 - Centres de soins non programmés (1 MH)
- Développement de filières centrées sur certaines prises en charge spécifiques (4 MH) :
 - Filière AVC
 - Filière OHB (oxygénothérapie hyperbare)
 - Filière transplantation hépatique
 - Filière hémato-cancérologie
 - Association ReVIH-Mulhouse (organise des actions de formations sur le VIH pour les professionnels de santé)
 - CPDPN (Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal) : filière pour le diagnostic prénatal, prise en charge des demandes d'interruption médicale de grossesse
 - Centre de procréation médicalement assistée

- Soutien financier aux actions d'amélioration des soins de ville (1 MH) :
 - o Fond d'aide à la qualité des soins de ville : dispositif créé en 1999 pour 5 ans, ayant pour vocation de financer des actions d'amélioration des soins de ville mises en place par des professionnels de santé libéraux

Partage de compétences et formation conjointe (12 commentaires)

« Soirées sur une thématique organisées à l'hôpital avec invitation des confrères libéraux » (MH)

- Participation à des formations communes, notamment formation continue avec ASFORMED (1 MG, 6 MH)
- Organisation de réunions thématiques ville-hôpital (1 MG, 2 MH)
- Participation aux réunions organisées par les laboratoires pharmaceutiques (2 MH)
- Participation des médecins libéraux aux RCP de leurs patients (1 MG, 2 MH)
- Assistanat partagé hospitalier/ambulatoire (1 MH)

Renforcement de la collaboration entre les acteurs de ville et de l'hôpital (14 commentaires)

« Projet de mieux se connaître et mieux communiquer sur le GHT entre libéraux et hospitaliers » (MG)

- Réunions ville-hôpital pour renforcer la coopération (4 MG, 2 MH)
- Collaboration avec les différents acteurs de la ville (médecins, IDE, assistantes sociales, HAD, laboratoires, pharmacies) et avec les SSR du territoire (3 MH)
- Bonne coopération ville-hôpital pendant la crise du covid (2 MH)
- Amélioration de la connaissance mutuelle et de la communication entre libéraux et hospitaliers (1 MG)
- Amélioration des échanges autour des hospitalisations (2 MG)
- Elaboration de projets communs ville-hôpital et entre CHU et hôpitaux périphériques (2 MH)

H. Attentes et idées vis-à-vis du lien ville-hôpital

Améliorer les relations et augmenter les échanges entre ville et hôpital (15 commentaires)

« Une amélioration de la communication, une meilleure connaissance des pratiques médicales (quelqu'un qui n'a fait que de l'hôpital ne peut pas savoir comment ça se passe en ville...) » (MG)

- Meilleure connaissance mutuelle des pratiques de chacun (1 MG, 2 MH)
- Meilleure considération de la médecine libérale par les hospitaliers (3 MG)
- Augmenter le partage d'informations entre ville et hôpital (4 MG, 3 MH)
- Fluidifier la transmission des informations patient entre ville et hôpital (2 MH)
- Désigner des **référents** de médecine de ville et des référents hospitaliers pour fluidifier la communication (2 MG, 1 MH)
- Insister sur la notion de travail conjoint et de chaîne de santé pendant les études médicales (1 MH)
- Mettre l'accent sur l'éthique (1 MG)

Favoriser le contact direct et les rencontres présentiellees entre médecins (21 commentaires)

« Plus de facilité à joindre les médecins libéraux, par exemple en mettant en place des lignes spécifiques dédiées aux professionnels de soins » (MH)

- Faciliter le **contact direct** entre médecins et limiter les intermédiaires (4 MG, 3 MH)
- Mise en place **d'annuaires** avec numéros directs (6 MG, 1 MH)
- Mise en place de **lignes spécifiques** dédiées aux professionnels de santé (1 MH)
- Promouvoir les **rencontres physiques** entre les acteurs de la ville et de l'hôpital pour renforcer la coopération (4 MG, 1 MH)
- Participation à des **formations** communes (3 MG)
- Participation des médecins libéraux aux **RCP** de leurs patients (2 MG)

Optimiser l'utilisation des outils informatiques (20 commentaires)

« Il faudrait aussi des outils plus performants, qui ne rament pas, ergonomique. Peut-être des espèces de Zoom de quelques minutes pour faire le point sur des patients en commun. » (MG)

- Améliorer l'efficacité et la sécurité des outils existants (3 MG, 3 MH)
- Communiquer davantage sur les outils existants (1 MG)
- Développer un outil de communication commun unique, plutôt que de les multiplier (4 MG)

- Développer la **télé médecine** (visioconférences, téléexpertise via Omnidoc, Cureety outil de télésurveillance) (4 MG, 2 MH)
- Avoir accès au **DMP**, notamment aux urgences, pour récupérer les informations du patient (2 MH)
- Automatiser l'envoi du compte-rendu des urgences au médecin traitant directement via le DPI (1 MH)
- Diminuer les délais de réception des courriers envoyés par les spécialistes (1 MG)
- Accès à des informations pratiques sur le **site internet de l'hôpital** (2 MG)

Optimiser le parcours de soins et la prise en charge du patient (20 commentaires)

« Meilleur adressage des patients et meilleure organisation des examens complémentaires. Amélioration de la prise en charge des patients ayant une pathologie chronique et éviter notamment des passages aux urgences. » (MH)

- Améliorer la prise en charge des patients (1 MG, 8 MH)
- Eviter les passages aux urgences injustifiés (1 MG, 7 MH)
- Améliorer la pertinence du recours au spécialiste (1 MG, 2 MH)
- Création d'une **filière spécifique** pour les avis et les demandes d'hospitalisations directes (1 MG)
- Limiter la répétition des examens complémentaires (1 MH)
- Développer les **CPTS** pour organiser des rencontres entre les acteurs et améliorer certains parcours de soins spécifiques (3 MG, 1 MH)
- Travailler avec les IPA (1 MH)

Augmenter le nombre de médecins et libérer du temps médical (10 commentaires)

« Engageons du personnel adapté aux postes adaptés : plus de personnel aux urgences (Médecin /Ide). Engageons plus de secrétaires médicales dans les services hospitaliers pour que les médecins et internes aient moins de travail administratif. Libérons les soignants de leur tâche « papier ». Revenons à la base de notre Métier : le soin !! » (MG)

- Augmenter l'effectif médical et paramédical en ville comme à l'hôpital (2 MG, 3 MH)
- Libérer du temps aux médecins (2 MG, 2 MH)
- De plus en plus de patients ne trouvent pas de médecins traitants (2 MH)
- Les médecins généralistes font des consultations de plus en plus chronophages car la téléconsultation les prive des motifs les plus simples (1 MH)
- Nécessité pour les médecins généralistes de pouvoir employer une secrétaire (1 MH)

Mieux rémunérer les médecins et valoriser financièrement le temps passé à faire de la coordination

(4 commentaires)

« Rémunérer la communication (au début) pour instaurer des habitudes. » (MG)

- Revaloriser financièrement la consultation de médecine générale (1 MH)
- Valoriser financièrement le temps dédié à la communication (1 MG)
- Valoriser financièrement les avis non présentsiels données par les spécialistes (2 MG)
- Valoriser financièrement les hospitalisations directes (1 MG)

Adapter les décisions administratives aux réalités du terrain (6 commentaires)

« Il ne faut pas rajouter de la gouvernance et des systèmes qui ne fonctionneront avec les jeunes générations que si l'effectif est là. Tous ces systèmes modernes sont des pansements sur une plaie non traitée. Avec des effectifs, (et de l'argent) ces systèmes peuvent être intéressants sinon NON !! » (MH)

- Les décisions prises par les instances administratives ne répondent pas aux besoins réels des médecins (5 MH)
- Augmenter le budget alloué à la santé (2 MH)
- Augmenter les cotisations sociales (1 MH)
- Supprimer les ROSP (1 MH)

Réduire les inégalités entre le privé, le public et le libéral (5 commentaires)

« Impliquer les libéraux dans la prise en charge de la permanence des soins ce qui permettrait de retrouver un dialogue plus constructif. Réduire les écarts de revenus public / libéral » (MH)

- Impliquer les médecins libéraux dans la permanence des soins (4 MH)

- Impliquer les établissements privés dans la permanence des soins (2 MH)
- Réduire les écarts de revenus entre public et libéral (1 MH)

Ne pas imposer de mesures contraignantes (2 commentaires)

« Imposer des complications obligatoires ne simplifiera pas la situation » (MH)

- Il est inutile de contraindre (2 MH)

I. Pièges à éviter

Alourdissement de la charge de travail sans compensation humaine ou financière (10 commentaires)

« Augmentation de la charge de travail alors que le nombre de praticiens est en baisse » (MH)

- Ne pas augmenter le nombre de soignants (2 MG, 1 MH)
- Ne pas mieux rémunérer les soignants (notamment les prises en charge complexes ambulatoires) (2 MH)
- Augmenter la charge de travail médical ou administratif (3 MG, 2 MH)
- Multiplier les réunions (2 MG)
- Complexifier inutilement les prises en charges (1 MG, 1 MH)
- Multiplier les interlocuteurs (1 MG)

Multipllicité et complexité des outils informatiques au détriment du lien humain (10 commentaires)

« Pléthore d'outils (DMP jamais utilisé, vidéoconférences plutôt des mauvaises expériences, messageries cryptés lifen, apicrypt) qui finalement risquent de pénaliser la communication directe » (MH)

- Dépenser de l'argent pour le développement de nouveaux outils alors que le problème est le manque de soignants (2 MG)
- Noyer les médecins sous de multiples nouveaux outils (4 MG, 1 MH)
- Multiplier des outils informatiques qui pénalisent le lien humain (3 MH)

Perte de temps (7 commentaires)

« Les mauvaises manipulations de téléphone qui vous font perdre un correspondant qui lui se décourage de vous joindre. » (MH)

- Mise en place de dispositifs chronophages (2 MG, 1 MH)
- Saturer les lignes de communication directes par des demandes inadaptées (1 MG, 1 MH)
- Manipulations téléphoniques pourvoyeuses de perte d'appel (1 MH)
- Amplitudes horaires des secrétariats insuffisantes (1 MG)

Manque d'équité entre secteurs et division de la communauté médicale (8 commentaires)

« Le sentiment de persécution des différents protagonistes qui finissent par s'énerver les uns les autres alors qu'ils ont les mêmes objectifs » (MH)

- Diviser la communauté médicale en opposant médecine de ville et hospitalière (1 MG, 2 MH)
- Tout centrer sur l'hôpital (1 MG, 4 MH)
- Manque d'équité entre établissements publics et privés (tri des patients et permanence des soins) (1 MH)

Imposer des modes de fonctionnement sans prendre en compte l'avis des médecins (3 commentaires)

« Ne pas imposer des modes de fonctionnement : liberté de choisir avec qui on partage les infos » (MH)

- Imposer des modes de fonctionnement (1 MH)
- Ne pas prendre en compte l'avis des médecins (1 MH)
- Décisions concernant le système de santé dictées par des enjeux politiques (1 MH)

Non-respect de la confidentialité (2 MH)

« Confidentialité, droits d'accès » (MH)

3. Entretiens

A. Entretien avec Monsieur Sylvain DEROUET, Directeur Général de la clinique Rhéna

Contexte et Objectifs

Discussion axée sur l'organisation et le renforcement du lien ville-hôpital ainsi que sur l'optimisation des outils numériques pour la gestion des dossiers patients. La réunion a permis d'aborder les enjeux du lien ville-hôpital et les difficultés liées à la coordination entre la médecine libérale et les établissements de santé.

Il a été constaté que la séparation historique entre les consultations de ville et l'activité hospitalière n'est plus applicable dans le contexte actuel où la traçabilité du dossier patient est primordiale.

- Évaluation de la gestion du DMP et de l'usage des outils informatiques tels que DxCare, Lifem, Apicrypt, MS Santé pour automatiser la génération et l'intégration des courriers dans le dossier patient.
- Un constat majeur concerne la dématérialisation des échanges (lettres de liaison, prescriptions sécurisées, résultats de biologie et imagerie) et l'importance de leur intégration fluide dans les outils de l'hôpital.
- Examen de la pratique de la téléexpertise et de la téléconsultation pour améliorer les échanges entre médecins hospitaliers et médecins de ville.
- Des difficultés organisationnelles ont aussi été relevées, notamment en termes de gestion des ressources humaines rendant difficile la couverture des urgences.
- La question de la sécurité des échanges, du respect des normes RGPD et de la nécessité d'obtenir le consentement explicite des patients pour l'alimentation du DMP a été discutée.

Points Abordés

Coordination ville-hôpital

Fonctionnement propre aux cliniques privées ou les médecins exerçant dans la clinique sont des libéraux qui exercent également une partie de leur activité en cabinet de ville (excepté les internistes,

les médecins du SMR, les urgentistes et les anesthésistes). Donc le médecin généraliste adresse son patient à un spécialiste qui va d'abord voir le patient en consultation au cabinet avant de programmer une hospitalisation à la clinique.

Il n'y a pas forcément de transmission des comptes-rendus de consultation faits au cabinet vers le dossier patient de la clinique et inversement (logiciels différents).

- Importance de réaliser une synthèse de cette consultation initiale, de l'envoyer au médecin adresseur et de la faire suivre à la clinique pour faciliter la transition entre la consultation en ville et l'hospitalisation.
- Nécessité de renforcer le retour d'information lors de la sortie hospitalière, avec la mise en place de lettre de liaison systématique envoyée au médecin adresseur (la lettre de liaison est déjà quasi systématique mais souvent envoyée plusieurs jours après la sortie).
- Proposition d'organiser des rencontres thématiques avec les CPTS pour renforcer le dialogue et la coopération avec la médecine de ville.

Utilisation des outils informatiques et dématérialisation des échanges

- Utilisation et développement de DxCare pour la gestion automatisée des observations, des prescriptions et la génération de courrier.
- Utilisation de Lifen depuis l'année dernière pour l'alimentation automatique du DMP et pour l'envoi des courriers aux médecins traitants. Cet outil permet d'envoyer les courriers par messagerie sécurisée (Apicrypt, Lifen ou MS Santé) ou par courrier papier selon le choix du médecin destinataire. La dématérialisation réduit les frais pour l'expéditeur.
- Le taux de dématérialisation par la clinique est estimé à plus de 85%.

Tous les courriers générés à la clinique sur DxCare sont pris en charge par Lifen automatiquement, dès lors que l'INS du patient est qualifié, mais ce n'est pas le cas des courriers générés par les spécialistes au cabinet, qui sont envoyés par mail à la clinique, l'intégration dans le DPI et la prise en charge par Lifen se fait manuellement par les secrétaires.

- Pour pallier ce problème la clinique travaille sur le déploiement de Lifen intégration : outil utilisant l'IA et permettant une récupération automatique des documents issus des cabinets et une intégration dans le DPI de la clinique.
- Réflexion sur une incitation financière à destination des médecins exerçant à la clinique pour qu'ils obtiennent Lifen Intégration dans leur cabinet.
- Le délai d'envoi des documents par Lifen est souvent de quelques jours, temps nécessaire pour s'assurer que l'INS du patient est qualifié et qu'il n'y a pas d'opposition du patient à l'alimentation du DMP.
- Alimentation automatique du DMP à partir des courriers générés sur DxCare, actuellement basé sur le principe de la non-opposition du patient. Discussion sur l'ajout d'un consentement express dans les formulaires de préadmission afin de sécuriser la transmission des données

Téléexpertise et téléconsultation

- Acquisition de deux charriots de télémédecine afin de favoriser la téléconsultation.
- Constats sur la pratique actuelle de la téléexpertise, réalisée de manière individuelle par les spécialistes. Réflexion sur la mise en place d'un modèle institutionnel structuré en interne qui permettrait d'avoir une filière de téléexpertise par spécialité (sur Omnidoc), gérée par les médecins de la clinique, mais cela ne semble pas réalisable en raison du mode de fonctionnement de la clinique ou chaque spécialiste travaille de manière indépendante.

Prescription, ordonnances sécurisées et connexion aux plateformes numériques

- Problématique technique pour la gestion des ordonnances sécurisées, notamment depuis les modifications récentes concernant les modalités de prescription des antalgiques (impossibilité actuellement d'avoir suffisamment de bacs à imprimantes avec des ordonnances sécurisées).
- Discussion sur les ordonnances numériques, qui permettraient de pallier ce problème, mais ça ne fonctionne pas encore.
- Problématique d'accès aux plateformes nécessitant une connexion via la carte CPS (ex : DMP, ordonnances numériques, Amelipro pour les arrêts de travail), en raison d'une utilisation trop

complexe à mettre en place en pratique (pas de lecteurs de cartes, cartes laissées au cabinet par les chirurgiens, etc.).

- Nécessité de promouvoir l'utilisation de Pro Santé Connect qui permettrait de résoudre ce problème.

Biologie et dossier pharmaceutique

- Utilisation du système Ouilab pour la transmission des résultats de biologie à la clinique : accès au serveur de résultats depuis DxCare.
- Discussion en cours avec les biologistes concernant la transmission des résultats au médecin traitant, ce qui n'est pas fait actuellement. Les résultats reviennent uniquement à la clinique et le patient peut y accéder grâce à un code et un numéro de dossier. Discussion sur la possibilité d'envoyer au médecin traitant un résumé ciblé des analyses biologiques réalisées pendant l'hospitalisation (envoyer l'intégralité des résultats ne serait pas pertinent).
- Discussion en cours avec l'Ordre des Pharmaciens pour avoir un accès au Dossier Pharmaceutique, pour l'instant sans réponse. Il serait pertinent pour la clinique de pouvoir accéder au dossier pharmaceutique sans passer par un médecin ou un pharmacien, notamment pour les infirmières d'accueil, ce qui représenterait un gain de temps considérable.

Organisation, ressources et indicateurs d'activité

- Parts du marché de la clinique Rhéna pour l'année 2024 :
 - 39% de la chirurgie du territoire (contre 37% pour le CHU)
 - 24% de l'activité MCO
 - 40% de l'interventionnelle
 - 8% de la médecine
 - 26% de la chirurgie du cancer
 - Deuxième service d'urgence du territoire.
- Enjeux sur la gestion des urgences avec des situations de refus d'adressage 15 dues aux difficultés d'aval (pas de ligne de PDES dans la spécialité ou pas de chirurgien acceptant d'y

participer et tensions pour réorienter vers d'autres établissements). Les urgences sont ouvertes 24h/24 mais difficultés d'aval pour certaines pathologies, donc crainte des urgentistes que les patients soient « coincés aux urgences » sans possibilité de les hospitaliser par la suite.

- Dysfonctionnement dans l'adressage de patients par les médecins de ville (patients envoyés aux urgences sans coordination ni contact préalable, ou pour avoir accès de la biologie / imagerie sans rendez-vous ou dans un délai court).
- Difficulté à recruter du personnel paramédical fixe, qui se tourne de plus en plus vers l'intérim. Compétition avec le CHU et les autres cliniques pour le recrutement des intérimaires de bloc opératoire.
- Conséquence : manque de personnel paramédical conduisant à une charge de travail accrue et à la fermeture de salles de chirurgie.
- Difficulté croissante à gérer la chirurgie non programmée pour ces mêmes raisons.
- Inquiétudes concernant la réduction du nombre d'internes.

Intelligence Artificielle (IA)

- Exploration du potentiel de l'IA pour assister dans la rédaction des synthèses de réunions (ex : outils de synthèse automatique) et dans la chirurgie robotique ou l'analyse d'imageries (lecture d'IRM et scanner).
- Débat sur la capacité de l'IA à standardiser les processus tout en risquant d'homogénéiser les décisions et de diminuer l'unicité des organisations.

En conclusion :

Spécificité du lien ville-hôpital en clinique privée : Les médecins libéraux intervenant en clinique ont leur activité de consultation en ville et utilisent l'établissement pour des actes techniques. Il existe une forte autonomie médicale mais peu d'échanges formalisés systématiques.

Organisation des parcours patients :

- La préparation des sorties est bien structurée, en particulier en orthopédie, avec anticipation des suites en amont, par le chirurgien.

- Des infirmières d'accueil identifient à l'admission les difficultés sociales ou thérapeutiques pour fluidifier le parcours du patient.
- Les lettres de liaison à la sortie sont générées dans DxCare mais pas systématiquement envoyées dans les délais réglementaires.
- Absence de transmission des résultats biologiques au médecin traitant.

Informatique et outils numériques :

- Utilisation de DxCare comme DPI, et intégration de Lifen pour la transmission sécurisée des documents.
- Le DMP est alimenté via Lifen, mais son accès par les médecins reste limité et peu fluide.
- Absence d'utilisation des plateformes numériques nécessitant une connexion via CPS.
- Absence d'accès au dossier pharmaceutique.

Communication avec la ville : Faible sollicitation des médecins de ville pour des échanges formalisés mais volonté d'augmenter la fréquence et la qualité de ces échanges.

Téléexpertise et téléconsultation : Matériel acquis mais manque d'organisation collective pour structurer l'offre.

Organisation et ressources humaines :

- Sous-effectif paramédical, conduisant à des fermetures de salles d'opération et des tensions sur les plannings.
- Difficultés de couverture des lignes de garde (PDSES) en raison d'un manque de personnel médical et paramédical.
- Absence d'internes, malgré une capacité et une volonté à les accueillir et à les former.

Pistes d'amélioration

- Poursuivre l'optimisation des systèmes DxCare et Lifen pour fluidifier l'ensemble du circuit d'information entre ville et hôpital.
- Déployer Lifen Intégration à la clinique et inciter les médecins à le déployer également à leurs cabinets pour automatiser l'intégration des documents de ville dans le DPI, et inversement.
- Travailler avec les biologistes pour évaluer les possibilités de partage ciblé des résultats biologiques avec les médecins traitants.
- Continuer les discussions sur l'accès au dossier pharmaceutique, en particulier pour les infirmières d'accueil.
- Mettre à jour les processus d'alimentation du DMP en intégrant un consentement patient explicite dans les formulaires de préadmission.
- Promouvoir l'utilisation de Pro Santé Connect auprès des médecins pour permettre l'accès au DMP et à d'autres outils numériques.
- Permettre l'utilisation de l'ordonnance numérique via DxCare pour mieux sécuriser la prescription médicamenteuse et régler le problème des ordonnances sécurisées.
- Promouvoir la téléexpertise auprès des médecins exerçant à la clinique.
- Explorer les solutions offertes par l'IA pour améliorer la synthèse d'informations et l'efficacité des démarches internes.
- Renforcer le lien avec la médecine de ville par des rencontres thématiques régulières avec les CPTS, autour de problématiques concrètes (ex : accès à l'imagerie).

B. Entretien avec Madame Stéphanie TRINIOL, Directrice des coopérations territoriales du CHU de Strasbourg

Contexte et Objectifs

Réunion centrée sur l'organisation du lien ville-hôpital au CHU de Strasbourg, la structuration institutionnelle de la coopération territoriale, le développement de parcours intégrés et l'optimisation des outils numériques (Omnidoc, Parcéo, DMP). L'entretien a permis de détailler :

- les actions concrètes déjà mises en place par le CHU pour améliorer la communication avec la médecine de ville,
- les projets structurants en cours,
- les difficultés persistantes rencontrées dans l'information partagée, l'accès aux outils, les lettres de sortie, le non-programmé,
- les attentes envers les CPTS et l'URPS pour faciliter le dialogue et diffuser les bonnes pratiques,
- les perspectives d'amélioration, notamment via les systèmes d'information et l'organisation des parcours.

Organisation de la Direction des Coopérations Territoriales du CHU

La direction créée il y a deux ans s'articule autour de quatre axes principaux :

- La coordination du GHT : gestion des instances et des filières de soins, travail avec le président de la commission médicale du GHT.
- La subdivision universitaire Alsace : travail sur l'offre publique dans les 2 départements d'Alsace, développement de partenariats pour les parcours de soins, soutien aux établissements en difficulté, par exemple création d'un pôle inter-établissement avec Mulhouse qui a permis de développer l'activité d'orthopédie.
- Le volet de recherche et les activités de recours au niveau des greffes à l'échelle de la région Grand Est.
- Le lien ville-hôpital qui est l'axe principal de cette direction.

Structuration des liens ville-hôpital

Organisation interne

- Binôme médico-administratif : Stéphanie Triniol (directrice) et Dr Nisand (chef de pôle de santé publique).
- Travail en lien avec le président de la CME.
- Intégration d'un point récurrent, la « Minute du territoire » présentée à chaque instance du CHU (directoire, conseil de surveillance, CME) pour valoriser l'activité des CPTS et des libéraux, améliorer la visibilité interne du travail ville-hôpital et sensibiliser les médecins hospitaliers aux besoins des acteurs de ville.

Relations avec les CPTS

Le CHU a adopté une politique très volontariste :

- Adhésion à toutes les CPTS de l'Eurométropole.
- Adhésion ou partenariat avec l'ensemble des CPTS du Bas-Rhin (selon les règlements intérieurs des CPTS).
- Participation aux assemblées générales et conseils d'administration des CPTS.

En effet, même si la logique veut que les CPTS travaillent avec leur hôpital de proximité, le CHU offre des activités de recours spécifiques.

L'objectif est de disposer d'interlocuteurs identifiés pour les libéraux, de travailler sur des parcours de soins intégrés, et d'harmoniser les réponses du CHU face à la diversité des projets CPTS.

Limite identifiée : l'adhésion aux CPTS n'est pas obligatoire, ce qui complexifie la couverture de tous les médecins libéraux.

Événements organisés

- Première soirée coorganisée entre le CHU et la CPTS-SEMSO : grande participation, échanges interactifs, identification des besoins des libéraux. Résultat : volonté partagée de reconduire l'événement.

- Mise en place d'une journée départementale des CPTS du Bas-Rhin : Organisation conjointe avec le CHU. Vise à mutualiser les parcours, présenter les projets existants, renforcer la cohérence territoriale. 2^e édition prévue pour 2026.
- Soirées thématiques, notamment parcours cancer : présentation d'outils, numéros dédiés, organisation interne du CHU. Échanges très positifs : compréhension améliorée du parcours hospitalier, clarification des attentes des médecins de ville, échanges de contacts directs entre médecins (mails et numéros de téléphone).
- Prochaine soirée sur l'obésité prévue le 2 décembre.

Parcours de soins et initiatives concrètes

Développement de parcours intégrés

Passage des parcours de soins (uniquement le soin) aux parcours intégrés (prévention, soin, éducation thérapeutique et suivi), en partenariat avec les CPTS.

- Lancement de la responsabilité populationnelle pour le diabète (première réunion clinique à venir). Co-construction avec des médecins libéraux.
- Travail sur l'insuffisance cardiaque en partenariat avec plusieurs CPTS. Création d'un hôpital de jour d'évaluation (permet l'adressage rapide par les médecins généralistes).
- Travail sur les personnes âgées et les urgences. Amélioration des sorties via les urgences, fluidification du parcours, facilitation des admissions directes en gériatrie.

Partenariats territoriaux

- Participation au contrat local de santé avec la ville de Strasbourg.
- Collaboration avec le Spot Santé pour la prévention dans les quartiers prioritaires.
- PASS de ville (la Boussole).
- Travail avec la CPAM pour des indicateurs communs.

Admissions directes et circuits privilégiés

Plusieurs services ont développé des admissions non programmées évitant le passage aux urgences :

- Gériatrie : admissions directes via le dispositif PANDA,
- Cardiologie : hôpital de jour développé pour l'insuffisance cardiaque,
- Urologie : circuit direct,
- Orthopédie : circuit direct,
- Dispositif SOS Nodule en chirurgie thoracique avec accès spécialisé accéléré.

Objectif global :

- réduire les passages aux urgences,
- structurer le non programmé spécialisé,
- améliorer la réactivité pour les parcours chroniques.

Limite : problèmes de capacités d'accueil.

Service d'Accès aux Soins (SAS)

- Dispositif officiel avec volet libéral et volet centre 15.
- Claude Bronner en est le président.
- Réunions régulières avec Stéphanie Triniol pour l'organisation.

Relations avec les maisons médicales et maisons de santé

- Collaboration importante pour la prise en charge ambulatoire.
- Soulagement des urgences grâce à ces structures.
- Travail spécifique via le pôle des urgences.

Filière territoriale de gériatrie

CHU porteur de la filière avec le dispositif PANDA (Parcours en Admission directe Non programmée De la personne Âgée de + de 75 ans).

Numéro de téléphone unique pour l'Alsace, pour les avis gériatriques de recours, accessible aux praticiens, EHPAD et autres établissements.

Également disponible sur Omnidoc.

Outils de communication et systèmes d'information

Omnidoc (téléexpertise)

Fonctionnement : point d'entrée pour les médecins généralistes nécessitant un avis spécialisé.

Demande rédigée par le généraliste avec description détaillée. Envoi automatique par mail à un praticien inscrit dans la spécialité concernée.

Délai de réponse : moins de 24 heures (moyenne de 11 heures).

Avantages :

- Rémunération pour le généraliste et le spécialiste (ou le CHU).
- Qualité pour le patient : réponse rapide, organisation d'hospitalisations ou d'exams complémentaires simplifiée.
- Efficience organisationnelle : les praticiens répondent quand ils ont du temps disponible, pas de coupure de tâches par des appels téléphoniques multiples.

Développement : volonté d'extension progressive à toutes les spécialités avec le maximum de médecins.

Parcéo

- Logiciel de parcours patient commun à tous les acteurs de ville et d'hôpital.
- Accès à tout le parcours du patient.
- Projet de connexion au DMP depuis Parcéo.
- Futur système d'automatisation des lettres de sortie dans Parcéo.
- Déploiement progressif par parcours : début avec le diabète, puis insuffisance cardiaque.
- Jugé lourd lors de l'inscription d'un patient mais très complet.

Projet d'information automatique du médecin traitant

Objectif : informer automatiquement le médecin traitant lors de l'arrivée du patient aux urgences et lors de la sortie d'hospitalisation.

Statut : projet arrêté pour des raisons juridiques (nécessité du consentement patient). En attente de réponse des experts juridiques. Espoir de mise en place en 2026.

DMP

- Le CHU a été pilote sur le DMP depuis 2007. Strasbourg était en pointe sur le sujet à l'époque.
- 80% des libéraux ont des logiciels interfacés avec le DMP.
- Bonne alimentation du DMP par le CHU, notamment pour les examens d'imagerie.
- Accès hospitalier difficile (problème de cartes CPS).

Lettres de sortie

Situation contrastée : bonne qualité dans certains services (mise sur le DMP), mais difficultés persistantes dans d'autres services, notamment les urgences (encore des lettres papier).

Objectifs d'amélioration fixés pour 2026 : projet d'automatisation du transfert du compte-rendu depuis DxCare directement dans Parcéo.

Perspectives et enjeux**Priorités identifiées**

- Systèmes d'information : condition indispensable pour développer les liens ville-hôpital.
- Développer une culture commune ville-hôpital (et entre CPTS et CHU) autour des parcours intégrés.
- Simplifier l'accès à l'information partagée (DMP, Parcéo).
- Renforcer les rencontres ville-hôpital (2^e soirée cancer, journée CPTS 2026).
- Etendre Omnidoc à toutes les spécialités et homogénéiser la qualité des retours hospitaliers.
- Mise en place de l'information automatique du médecin traitant.
- Améliorer les délais des lettres de sortie.
- Continuer à structurer le non-programmé via des circuits directs.

Rôle de l'URPS

- Promotion des dispositifs auprès des médecins libéraux.
- Relais des communications sur les soirées thématiques et événements.
- Performance reconnue avec l'Assurance Maladie pour toucher les médecins.
- Demande de mise en copie systématique des événements à diffuser.

C. Entretien avec le Docteur Pascal Meyvaert, président de la CPTS du Pays d'Erstein et président de Pulsy

Contexte et Objectifs

Réunion centrée sur le rôle de Pulsy et sur les outils numériques mobilisés pour améliorer le lien ville-hôpital. L'entretien a permis de détailler :

- la présentation de l'outil Parcéo et ses cas d'usage actuels,
- les expérimentations en cours visant à fluidifier les admissions et la coordination ville-hôpital,
- les dispositifs de notification d'entrée et de sortie d'hospitalisation,
- les conditions d'adoption des outils numériques par les médecins libéraux,
- les limites identifiées et les perspectives de déploiement à l'échelle territoriale.

Rôle de Pulsy dans l'organisation territoriale

Pulsy est le Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS) pour la région Grand Est, financé par l'ARS. Sa mission est d'accompagner les établissements de santé, les CPTS et les professionnels libéraux dans le déploiement, l'appropriation et l'usage des outils numériques en santé. Pulsy intervient à la fois sur l'accompagnement technique, la formation des professionnels, la mise en lien des acteurs et le soutien aux projets territoriaux structurants.

Outil Parcéo : présentation et principes

Parcéo est un outil de communication sécurisée et de partage du parcours patient destiné aux professionnels de santé de ville et hospitaliers. Il se veut proche des usages des messageries instantanées afin d'en faciliter l'adoption.

Deux niveaux d'utilisation sont distingués :

- une messagerie instantanée sécurisée entre professionnels (type WhatsApp),
- un dossier patient partagé, impliquant l'ensemble des acteurs du cercle de soins, avec accès aux documents médicaux, aux résultats d'examens et aux échanges cliniques.

Parcéo vise à centraliser les informations utiles au suivi du patient. Un travail est en cours avec la CNAM pour coordonner ce dispositif avec le DMP mais ce n'est pas encore au point.

Expérimentation « Hospitalisation zéro papier »

Une expérimentation intitulée « Hospitalisation zéro papier » a été lancée en novembre 2025, associant le service de médecine B (médecine gériatrique) de l'hôpital de Sélestat (GHSO), la CPTS Centre-Alsace et la CPTS du Pays d'Erstein.

La première phase, actuellement opérationnelle, concerne la demande d'hospitalisation non programmée. Les médecins de ville adressent leur demande via Parcéo, en transmettant une lettre d'adressage dématérialisée avec les éléments cliniques nécessaires (antécédents, traitements, examens récents, motif). Les médecins hospitaliers s'engagent à répondre sous 48 heures, avec dans la pratique des délais souvent plus courts. Une astreinte médicale quotidienne permet l'organisation des admissions directes, évitant le passage par les urgences. Les phases suivantes sont encore à l'étude. La deuxième phase concerne la coordination pendant l'hospitalisation avec un échange pluriprofessionnel sur l'évolution du patient, les examens réalisés, les propositions de prise en charge, afin d'anticiper au mieux les besoins du patient et de préparer le retour à domicile. La troisième phase concerne le retour à domicile avec la transmission dématérialisée des documents de sortie, afin d'éviter la perte d'information. L'ensemble du cercle de soins du patient (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.) a accès aux informations et peut intervenir à toutes les phases du processus. À terme, il est également envisagé d'inclure un système de notification aux ambulanciers pour organiser le transport lors du retour à domicile, voir même d'inclure les usagers en post-hospitalisation pour qu'ils puissent faire des remarques ou encore remplir le questionnaire de satisfaction. Une extension de l'expérimentation est envisagée, plusieurs établissements du Bas-Rhin ayant manifesté leur intérêt, notamment l'hôpital de Haguenau.

Déploiement territorial et adoption de Parcéo

L'appropriation de Parcéo est variable selon les territoires. Au sein de la CPTS Centre-Alsace, l'outil est largement utilisé, notamment grâce à l'existence d'une maison médicale de garde adossée à l'hôpital de Sélestat qui utilise Parcéo pour communiquer. À l'inverse, dans la CPTS du Pays d'Erstein, l'adoption par les médecins généralistes est plus limitée. Pour favoriser son appropriation, Pulsy a mis en place

un accompagnement de proximité, avec des chargés de mission se déplaçant directement dans les cabinets pour installer l'outil et présenter des cas d'usage concrets.

Concernant Parcéo, plusieurs limites sont identifiées :

- le temps nécessaire à la création du dossier patient,
- les exigences liées à l'identitovigilance,
- les interrogations sur la répartition des tâches entre professionnels (notamment qui crée le dossier entre médecins et infirmiers).

Une fois l'outil maîtrisé, le temps de création est estimé à environ cinq minutes, inférieur au temps nécessaire à des échanges téléphoniques prolongés.

Notifications d'entrée et de sortie d'hospitalisation

Pulsy a développé un système de notification automatique de l'entrée et de la sortie d'hospitalisation des patients, accessible sur smartphone. Ce dispositif est déjà opérationnel dans plusieurs établissements du Grand Est et est jugé fonctionnel et apprécié par les professionnels. Son déploiement à Strasbourg est actuellement freiné par des contraintes juridiques, en particulier liées au recueil du consentement du patient. L'objectif affiché est une généralisation à l'ensemble des hôpitaux de la région à l'horizon 2026.

Autres outils développés

Pulsy développe également un outil d'accès à l'imagerie médicale hospitalière. Son utilisation reste toutefois limitée, en raison de procédures d'inscription jugées complexes, de l'utilisation de beaucoup de mémoire interne pour charger les images et d'un intérêt limité des médecins généralistes, qui se contentent généralement des comptes-rendus.

IV. DISCUSSION

Lien ville-hôpital : de bonnes relations interhumaines mais un échec du lien institutionnel

Près de quinze ans après la loi HPST, qui soulignait déjà la nécessité de renforcer la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital, notre étude dresse un état des lieux du lien ville-hôpital en Alsace et, plus largement, dans la région Grand Est.

Nos résultats mettent en évidence une perception globalement **mitigée** de cette relation : la note moyenne attribuée par les répondants avoisine les 5/10, traduisant un lien jugé moyen, voire insuffisant. Les deux tiers des médecins interrogés estiment manquer de relation avec leurs confrères, et que ce manque de coopération impacte les prises en charge. Plus de la moitié déclarent se sentir isolés face à certaines situations.

Cependant, lorsqu'une **relation personnelle** s'installe entre médecins, elle est généralement jugée **satisfaisante** : 77 % des médecins déclarent que leurs relations avec leurs confrères sont excellentes. La majorité des médecins sont globalement satisfaits du suivi de leurs patients et trouvent que les relations s'améliorent avec le temps.

On observe le même constat en Lorraine et en Champagne-Ardenne, à la différence que les médecins hospitaliers de ces régions jugeaient la relation ville-hôpital significativement meilleure que les médecins de ville (46,47).

Ce contraste suggère que le lien institutionnel entre ville et hôpital reste fragile, tandis que la relation individuelle de médecin à médecin est bonne. Autrement dit, la fracture semble davantage structurelle qu'humaine : les relations interpersonnelles sont positives, mais le cadre organisationnel ne favorise pas une coopération fluide.

Nous allons donc essayer de trouver des pistes pour expliquer ce phénomène.

La communication : un point de fragilité majeur

Moins d'un quart des médecins de notre étude se déclare satisfait de la qualité de la communication entre ville et hôpital. Les généralistes rapportent plus de difficultés à joindre un correspondant hospitalier (seulement 18% sont satisfaits de la communication avec l'hôpital public), notamment en

raison d'une **démarche trop chronophage, d'intermédiaires multiples, d'horaires de secrétariat peu adaptés à leur rythme** et d'un **manque de réactivité des services**. Ces résultats concordent avec ceux d'une étude nationale réalisée en 2016, portant sur la communication ville-hôpital, où 61,5% des médecins libéraux interrogés étaient insatisfaits de leur relation avec l'hôpital (25). À l'inverse, les médecins hospitaliers communiquent plus facilement entre eux (43% sont satisfaits de la communication avec les médecins d'autres hôpitaux), bénéficiant d'un réseau interne, d'un accès direct à leurs collègues et de contraintes temporelles différentes. Cette différence de vécu contribue à entretenir un sentiment d'incompréhension réciproque. Elle est également retrouvée dans les résultats obtenus en Lorraine et en Champagne Ardenne, bien que les médecins hospitaliers de Lorraine soient globalement plus satisfaits de la communication (34% sont satisfaits de la communication avec les généralistes et 63% avec les médecins d'autres hôpitaux) (46,47).

La préférence pour les **outils de communication simples** ressort nettement : le **téléphone** demeure le moyen privilégié par une large majorité de médecins, quel que soit le motif de l'échange. Les **adresses mails professionnelles non sécurisées** sont aussi utilisées de manière plus occasionnelle. Les messageries sécurisées de santé (MSS), le DMP et les autres outils numériques, sont quant à eux peu utilisés. Des résultats similaires ont été obtenus en Lorraine et en Champagne-Ardenne.

Ces résultats rejoignent la littérature, de nombreuses études soulignent la faible adoption des outils numériques institutionnels au profit de solutions informelles et directes (27,29,48).

Cette recherche de simplicité contraste avec la complexité croissante des dispositifs numériques proposés, souvent perçus comme peu fiables, trop nombreux, trop complexes et inadaptés à la pratique quotidienne.

Outils numériques : entre méfiance et potentiel sous-exploité

Ces dernières années, de nombreux outils numériques ont vu le jour, censés améliorer la communication entre professionnels de santé. Le développement de ces outils modernes va à contre-sens des attentes des médecins de notre étude, qui utilisent majoritairement des moyens « simples » pour communiquer.

Les 3 principaux moyens utilisés par les médecins de ville pour rechercher un correspondant sont leur **annuaire personnel**, les **moteurs de recherche** et les **sites internet des hôpitaux**. On remarque qu'ils utilisent très peu les outils numériques mis à leur disposition par le CNOM, le gouvernement et l'Assurance Maladie, à savoir l'annuaire de l'Ordre des Médecins, l'Annuaire Santé et l'annuaire Ameli alors même que 80% des médecins interrogés déclarent avoir besoin d'un annuaire facile d'accès et détaillé pour trouver des correspondants. Quelles sont les raisons de ce paradoxe ?

L'Annuaire Santé est l'annuaire national de référence des professionnels et établissements de santé. Il rassemble les données d'identification de **tous les professionnels** intervenant dans le système de santé et de leurs structures, issues des référentiels nationaux RPPS et FINESS. Il s'agit d'un service à usage professionnel qui permet une identification fiable des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social. Il permet de consulter les informations sur les professionnels via une interface web, ou de les extraire par téléchargement. L'interface web permet d'effectuer une recherche détaillée sur les coordonnées géographiques, la profession, le mode d'exercice, les savoir-faire. Les résultats obtenus permettent d'avoir accès aux coordonnées professionnelles géographiques, téléphoniques et aux **adresses mails MSSanté** pour les utilisateurs référencés (49).

L'annuaire Ameli est un annuaire en ligne mis à disposition par l'Assurance Maladie pour trouver les coordonnées des professionnels de santé exerçant en libéral. Il permet d'effectuer une recherche sur la base de leur identité, de leur localisation géographique et de leur profession. Les résultats de la recherche donnent accès à leurs coordonnées géographiques et téléphoniques, aux actes et aux tarifs pratiqués. Cependant, les coordonnées de messagerie sécurisée ne sont pas accessibles sur cet annuaire (50).

L'annuaire de l'Ordre des Médecins est un annuaire en ligne qui permet d'accéder aux informations des médecins régulièrement inscrits au tableau de l'Ordre, quel que soit leur mode d'exercice. Il donne accès aux qualifications du médecin et à son adresse, mais là encore, les coordonnées de messagerie sécurisées ne sont pas accessibles (51).

Concernant l'annuaire Ameli et l'annuaire de l'Ordre, on peut supposer que leur manque d'utilisation vient du fait qu'ils n'ont pas pour vocation d'être utilisés en pratique courante par les médecins puisqu'ils **ne donnent pas accès aux coordonnées directes des professionnels**.

L'Annuaire Santé, de son côté, pourrait être un bon moyen pour les médecins de chercher un correspondant puisqu'il **donne accès aux adresses mails sécurisées** des médecins. Cependant, les adresses mails sécurisées sont utilisées par **moins de la moitié** des médecins de notre étude, ce qui explique peut-être le manque d'utilisation de cet outil.

Les médecins semblent davantage en demande d'annuaires référençant les professionnels de santé de leur territoire, à l'échelle locale. Ils ont besoin d'avoir accès aux **numéros de téléphones directs** de leurs correspondants, sans passer par divers intermédiaires, le problème rencontré étant moins la difficulté à trouver un correspondant (ce qu'ils font en passant par les moteurs de recherche classiques ou les sites internet des hôpitaux) que l'aspect chronophage et complexe du contact téléphonique.

Annumedic est cité une seule fois dans notre étude. Il s'agit d'un annuaire réservé aux professionnels de santé, développé par l'URPS ML Grand Est en 2023, qui référence **l'ensemble des médecins et autres professionnels de santé du territoire** (52,53). Sa base de données initiale repose sur les informations issues de l'Annuaire Santé, mais il permet surtout aux professionnels **d'y ajouter eux-mêmes les informations de leur choix**. Chaque médecin peut ainsi compléter sa fiche en y ajoutant ses informations de contact, ses compétences et savoir-faire, les outils numériques qu'il utilise (téléconsultation, téléexpertise, outils de coordination). La recherche de correspondant peut ensuite se faire par nom, localisation, ou recherche de compétence spécifique. Il s'agit d'un annuaire **participatif**, dont l'utilité repose sur son **appropriation** par les professionnels de santé. Cet outil est prometteur, mais semble encore méconnu et son utilisation peu répandue.

Les messageries sécurisées de santé existent depuis 30 ans. En effet **Apicrypt**, la première MSS, a été créée en 1995 (54). Depuis, de nombreuses autres ont vu le jour, notamment **Mailiz**, **Lifen** ou encore l'espace de confiance **MSSanté** (55–57). Selon le panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, dressé par la DREES en 2020, 81% des médecins généralistes libéraux

utilisaient une MSS (58), et selon les chiffres du gouvernement, 91% des établissements de santé sont actuellement raccordés à une MSS (59).

Dans notre étude, **62% des médecins interrogés n'utilisent pas ou peu les MSS**, alors que les **messageries non sécurisées sont encore utilisées par 60% d'entre eux**. La question portait sur les moyens utilisés en vue d'une demande d'hospitalisation, d'un avis spécialisé ou pour parler du suivi d'un patient, mais pas sur la réception de résultats ou de comptes-rendus. Dans une étude publiée en 2022, 91% des médecins généralistes interrogés déclaraient utiliser une MSS. Plus de 80% des répondants l'utilisaient pour la réception de comptes-rendus d'hospitalisation, de consultation, d'imagerie et de biologie. En revanche, 57% des médecins interrogés déclaraient ne jamais l'utiliser pour envoyer des demandes. Ils utilisaient pour ça le téléphone, le courrier papier ou la messagerie non sécurisée (60), ce qui concorde avec nos résultats. Deux autres études publiées en 2023 montraient des résultats similaires (53,61). On peut donc en conclure que **la majorité des médecins ont une MSS** et qu'ils s'en servent principalement pour **recevoir des résultats** ou des comptes-rendus. Leur utilisation pour **entrer en contact** avec un confrère reste marginale, les médecins leur préférant encore d'autres moyens de communication comme le **téléphone** ou la **messagerie non sécurisée**. Ces résultats posent un problème de **confidentialité**. Les informations médicales concernant les patients ne devraient être échangées que par le biais d'outils de communication sécurisés, ce qui est loin d'être le cas.

Quant au **DMP**, malgré tous les efforts déployés pour généraliser son utilisation, **il est rarement utilisé par 90 % des répondants**, et est jugé inadapté pour la communication par plus de 80% d'entre eux. Les mêmes résultats ont été trouvés en Lorraine et en Champagne-Ardenne. Ceci concorde avec la thèse sur la mise au point de 2021 sur le DMP qui montrait que seulement 11% des médecins accédaient régulièrement au DMP et que 80% ne l'alimentaient pas (20), la situation semble avoir peu évolué de ce côté-là.

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2026 prévoyait entre autres d'obliger les médecins à alimenter et à consulter le DMP. Des sanctions financières étaient initialement

prévues pour les médecins qui ne respecteraient pas cette obligation, mais ces sanctions ont été censurées par le Conseil Constitutionnel. Elles étaient toutefois prévues pour une loi ultérieure. Cette proposition a été l'un des déclencheurs de l'important mouvement de grève en janvier 2026. Le gouvernement s'est engagé à supprimer cette mesure qui était proposée à l'initiative de la CNAM (62). Il serait pertinent de se questionner sur les raisons concrètes de l'échec de l'adoption du DMP par les professionnels concernés, plutôt que d'imposer de telles mesures qui fragilisent encore la confiance entre médecins et institutions.

Dans les 15 commentaires libres qui concernent le DMP, tous les médecins déclarent qu'ils ne l'utilisent pas ou peu. Une minorité pensent que c'est un outil prometteur à condition de **généraliser son utilisation** (5 réponses dont 4 généralistes). Les 10 autres déclarent qu'ils ne l'utilisent pas, soit en raison de **difficultés d'accès** (7 réponses dont 5 hospitaliers), soit par **manque d'intérêt**, soit par **soucis de confidentialité**.

Les médecins **hospitaliers** semblent rencontrer beaucoup de **problèmes d'accès au DMP**. Ces difficultés peuvent s'expliquer par le fait que la connexion au DMP nécessite une identification par la carte CPS du professionnel de santé. Or les médecins exerçant en établissements de santé n'ont souvent pas la possibilité d'utiliser leur carte CPS, parce qu'ils ne l'ont pas sur eux, ou parce qu'ils n'ont pas de poste informatique individuel (aux urgences notamment). La Carte Professionnelle de Santé numérique **e-CPS** et le système d'identification **Pro Santé Connect** constituent une bonne solution à ce problème (63). Les médecins hospitaliers de notre étude ne semblent pas l'utiliser, probablement en raison d'une méconnaissance. Il serait pertinent de proposer plus d'informations, voire des formations sur cet outil. Malgré ce constat globalement négatif, certains outils émergent comme prometteurs, notamment **Omnicodoc** qui est cité plusieurs fois dans notre étude. Il s'agit d'une plateforme de **téléexpertise** qui permet de demander des avis spécialisés (62). Une **rémunération** est prévue pour le médecin demandeur et pour le médecin répondant à l'avis. Son utilisation est de plus en plus répandue et est perçue positivement par une majorité de médecins. Cet outil semble correspondre parfaitement aux attentes des médecins et répond à un besoin réel : celui de faciliter et de valoriser la demande d'avis

spécialisé. Omnidoc est une des rares sociétés privées qui a su amener de nombreux professionnels libéraux et hospitaliers à utiliser largement sa solution de téléexpertise. Son modèle économique, qui est de faire payer les établissements en donnant un accès gratuit aux utilisateurs individuels, s'est imposé. Mais il existe beaucoup d'autres vecteurs de téléexpertise privés ou publics et le principal obstacle pour un professionnel qui cherche un correspondant pour une téléexpertise est de connaître le ou les vecteurs qu'il utilise. Dans cette optique, l'URPS ML Grand Est a créé Annumedic qui permet à chaque professionnel d'indiquer les outils qu'il utilise pour la téléexpertise. Mais la diffusion est complexe et il paraîtrait indispensable que les pouvoirs publics mettent en place des fonctionnalités pour cet usage dans l'Annuaire Santé.

Une fracture entre ville et hôpital alimentée par les tensions pesant sur le système de santé

Au-delà des difficultés de communication, notre étude met en évidence une fracture plus profonde entre la ville et l'hôpital. Les médecins hospitaliers se plaignent d'une surcharge de travail qui est perçue comme **liée aux pratiques des médecins de ville**. Ils se plaignent d'un **adressage excessif aux urgences, d'un recours inadapté aux spécialistes et d'un manque de participation de la médecine de ville à la permanence des soins**. Toutefois ces arguments sont à prendre avec prudence.

Concernant le **recours aux urgences**, il existe une forte **discordance** entre le ressenti des médecins de ville et des médecins hospitaliers dans notre étude. 51% des médecins hospitaliers trouvent que les médecins de ville adressent souvent leurs patients aux urgences sans utiliser d'autres moyens de communication alors que seulement 16% des médecins de ville affirment la même chose. Cette discordance n'est toutefois pas retrouvée dans les résultats en Lorraine et en Champagne-Ardenne.

Ceci repose probablement sur un **biais de visibilité** : l'hôpital ne voit que les patients qui lui sont adressés, et jamais ceux que les médecins de ville prennent en charge en autonomie. Selon une publication de l'Observatoire de la médecine générale portant sur les soins non programmés (SNP) en soins primaires dans le Vexin en 2022, **88% des demandes de SNP trouvent une réponse en ambulatoire**. Une sur sept est réorientée, principalement vers le médecin traitant, un avis spécialisé ou une demande d'imagerie. **Seulement 1,2% de ces demandes sont réorientées vers l'hôpital** (66).

Le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, publié par la DRESS en 2020, montre que **80% des médecins généralistes s'organisent quotidiennement pour répondre à la demande de SNP**. Un quart déclare pouvoir répondre à l'intégralité des demandes de SNP et 45% déclarent pouvoir répondre à plus de la moitié. En cas d'impossibilité de prendre en charge ces demandes, plus de la moitié des médecins généralistes réorientent vers le secteur libéral et seulement 20% réorientent vers les urgences (67). On retrouve des résultats comparables dans une thèse portant sur la prise en charge des SNP en Alsace publiée en 2018, 97% des médecins interrogés déclaraient répondre positivement aux demandes de SNP. 20% déclaraient devoir en refuser occasionnellement, les 2 principales causes de refus étant un travail se faisant déjà à flux tendu et la désorganisation des rendez-vous programmés. En cas de refus, 20% des patients étaient réorientés vers les urgences, et plus de 50% vers le secteur libéral (68).

Une enquête de 2025, menée par l'URPS ML Grand Est auprès de l'ensemble des médecins généralistes du Grand Est, apporte un éclairage complémentaire en mettant en évidence les difficultés d'accès aux soins pour les patients non suivis par un médecin traitant. Pour un patient fictif non suivi au cabinet, seulement **33%** des appels téléphoniques et **40%** des tentatives de prise de rendez-vous en ligne aboutissent à une **consultation**. La principale raison de l'échec de la prise de rendez-vous est le **refus de nouveaux patients**, dans 45% des cas. En parallèle, seulement **27%** des médecins généralistes du Grand Est acceptent encore de **nouveaux patients en tant que médecin traitant**. En revanche, lorsque les patients non suivis sont acceptés, les délais de prise en charge sont rapides : le délai médian est de un jour pour un rendez-vous par téléphone pour un motif semi-urgent et de quatre jours pour un rendez-vous pris par internet pour un motif non urgent. Ces résultats illustrent que ces délais rapides bénéficient essentiellement aux patients déjà suivis, et que **l'enjeu majeur pour les patients n'ayant pas de médecin traitant, demeure la possibilité même d'obtenir un rendez-vous**. Ce constat traduit une **saturation du premier recours** liée à l'augmentation de la demande de soins et à la diminution de la démographie médicale, touchant plus particulièrement les villes intermédiaires et certains territoires ruraux (69). Heureusement, la proportion de patients sans médecin traitant dans le Grand Est

représente moins de 10% de la population (70), la plupart des patients peuvent donc obtenir un rendez-vous.

Ainsi, la surcharge des services d'urgence ne semble pas liée à un adressage excessif de la part des médecins de ville, mais davantage à des **consultations spontanées aux urgences**, motivées soit par une méconnaissance de l'organisation du système de soins, soit par des difficultés d'accès aux soins de premier recours.

La majorité des consultations sont malgré tout résolues en ville sans recours à l'hôpital. Cette perception hospitalière, bien que compréhensible dans un contexte de saturation, ne reflète donc pas la réalité des soins de ville et contribue à un sentiment d'injustice de la part des médecins généralistes. De leur côté, ces derniers expriment un **manque de reconnaissance** de leur rôle de la part du monde hospitalier. Ils ont le sentiment d'être exclus des prises en charge aussitôt que le patient franchit la porte de l'hôpital. Ils rappellent également que de nombreux adressages aux urgences résultent de l'absence de filières directes et de l'indisponibilité des spécialistes.

Par ailleurs, plusieurs médecins hospitaliers demandent de rétablir **l'obligation de participation à la permanence des soins pour les médecins libéraux** (mentionné 7 fois dans les commentaires libres alors que cette question ne leur a pas été posée). La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est assurée par des médecins libéraux et repose actuellement sur la base du **volontariat**. L'ensemble du territoire est divisé en secteurs de garde définis par l'ARS. Dans les 2 départements d'Alsace (et sur l'ensemble du Grand Est), cette PDSA est assurée tous les jours en première partie de nuit (20h à minuit), les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés, **sur l'ensemble des secteurs**. Elle est assurée soit par les médecins libéraux, soit par SOS médecins, soit par l'Association de Soins et d'Urgences Médicales (ASUM) selon les secteurs. Une minorité de secteurs assurent également une permanence des soins en nuit profonde (minuit à 8h) (71). En parallèle, il existe également le **Service d'Accès aux Soins (SAS)**, qui permet une **régulation médicale partagée** entre médecins libéraux et SAMU 7 jours sur 7 et 24h/24. Le SAS est opérationnel dans 7 des 10 départements du Grand Est, dont le Bas-Rhin et le Haut-Rhin (72).

La question de généraliser les gardes en nuit profonde pourrait se poser. Cependant, la majorité des consultations dans les services d'urgence ont lieu **pendant les horaires d'ouvertures des cabinets libéraux** (68). De plus, dans une étude de 2023 portant sur la prise en charge des SNP dans le territoire de la CPTS Centre Alsace, une des plaintes récurrentes est la **faible activité lors des gardes**, les rendant peu attractives (73). Devant ces constats, l'élargissement des créneaux de garde en PDSA apparaît superflu dans les conditions actuelles.

Plusieurs études suggèrent que l'engorgement des services d'urgences relève moins d'une insuffisance de l'offre de soins ambulatoires que d'une méconnaissance de l'organisation du système de soins par les usagers, **70 % des patients consultant aux urgences s'y rendant sans contact médical préalable**, alors que la majorité de ces situations pourraient être prises en charge en ambulatoire (66,68). L'étude BASCULE réalisée en 2023 dans le Grand Est montre que la médecine de ville aurait la capacité d'absorber les patients qui seraient réorientés depuis les services d'urgence vers la médecine de ville après triage. Cette réorientation ne représenterait **qu'une ou deux consultations hebdomadaires supplémentaires** par médecin généraliste en activité, ce qui semble être une surcharge de travail acceptable. A l'inverse, le nombre de patients réorientés serait conséquent pour les services d'urgences puisqu'il représenterait **20 à 30% des passages aux urgences** en journée, les jours ouvrés. Cette bascule est donc théoriquement envisageable et participerait à réduire la surcharge des services d'urgences, mais nécessiterait une meilleure organisation des flux entre les services d'urgences et la ville (74).

En parallèle, le système de santé est très critiqué. Les médecins dénoncent un **manque de moyens humains et financiers**, et des conditions de travail dégradées, ce qui aggrave les incompréhensions réciproques, chacun ayant le sentiment de travailler sous contrainte permanente. Les services hospitaliers fonctionnent souvent avec des effectifs insuffisants. Les fermetures de lits, l'augmentation des missions non cliniques, et les difficultés de recrutement exacerbent un sentiment de pression constante. Les médecins de ville ne sont pas épargnés : augmentation de la patientèle, diminution du nombre de confrères, complexification administrative, manque de moyens financiers. Seulement 42% des médecins de ville de notre étude travaillent avec un secrétariat physique. Plusieurs médecins

interrogés affirment exercer en zone sous-dense. A quoi bon s'impliquer dans la coordination s'il n'y a plus d'interlocuteurs avec qui communiquer ?

Dans ce contexte de pénurie, le manque d'effectif médical est vu comme un frein à la coordination. Celle-ci nécessite du temps, un temps que les médecins n'ont plus.

Par ailleurs, notre étude montre une **méconnaissance importante des structures censées soutenir la coordination des soins** : moins de la moitié des médecins de ville connaissent les missions de l'URPS, seuls 26 % identifient le rôle des DAC, les PCME et PCMG sont quasi inconnus. 60% d'entre eux pensent que la méconnaissance des instances est un frein à la coordination des soins.

Ce déficit d'information s'accompagne d'un **désintérêt** pour ces structures, qui sont perçues comme trop éloignées du terrain. Seuls 26 % des médecins de ville interrogés sont adhérents à une CPTS et parmi eux, plus de 60 % déclarent ne pas en être des membres actifs et ne pas les trouver utiles. Les médecins interrogés dénoncent un manque de lisibilité, une absence de résultats concrets, et un fonctionnement jugé trop théorique.

En Champagne-Ardenne, les résultats sont similaires, mais on note **qu'en Lorraine les médecins de ville semblent avoir une meilleure connaissance des instances** (notamment l'URPS et les DAC) et sont **plus impliqués dans les CPTS** puisque 50% en sont adhérents et 43% en sont des membres actifs (46). Si dans la globalité, ils ne les trouvent pas plus utiles, puisque **seulement un tiers des médecins pensent que les CPTS peuvent améliorer la communication** dans les trois régions, les **médecins lorrains adhérents à une CPTS sont plus nombreux à trouver qu'elle améliore le lien ville-hôpital** (57% des médecins adhérents, contre 13% des non adhérents).

Nos résultats datant de 2023, nous pourrions penser que cette situation a progressé, mais une étude de 2025 menée par l'URPS ML Grand Est sur l'évolution de la gouvernance de l'ensemble des CPTS de la région montre que le nombre de médecins impliqués n'a pas augmenté, contrairement à celui des professionnels paramédicaux et du secteur médico-social. La tendance est donc plutôt au **désengagement** des médecins dans la gouvernance des CPTS au profit des autres professions (75).

Ces résultats concordent avec plusieurs études récentes qui mettent en évidence une méconnaissance du fonctionnement des CPTS, s'accompagnant d'une méfiance et d'un manque d'intérêt à leur égard de la part des médecins interrogés (76,77).

Cette méconnaissance a sans doute plusieurs origines : le **manque de communication** de la part des institutions, le **manque de temps** pour s'informer et la **complexité du système de santé** sont autant de facteurs pouvant expliquer ce phénomène. Le **manque de formation**, notamment lors des 2ème et 3ème cycles d'études médicales est aussi un élément expliquant cette situation. En effet, la connaissance de l'écosystème de santé pour un interne est du domaine de l'auto-apprentissage et du compagnonnage par nos maîtres de stage.

La création et la généralisation d'une **formation théorique** sur l'écosystème de santé et sur le fonctionnement des CPTS pendant les études de médecine pourrait être un bon moyen pour renforcer l'adhésion à ces structures. Dans une étude de 2023 portant sur les représentations des internes de médecine générale sur les CPTS, les étudiants interrogés considéraient les CPTS comme une organisation complexe, qui reste opaque malgré leurs expériences en stage, et se disaient favorables à une formation généralisée à tous les étudiants en médecine (78).

Ce désengagement est renforcé par une **perte de confiance envers les institutions**. Les médecins évoquent une multiplication de dispositifs numériques et administratifs qu'ils jugent inefficaces, redondants ou inadaptés. Cette perception d'un **gaspillage de moyens**, d'un **éloignement des décideurs par rapport aux contraintes réelles** et d'une **multiplication des réformes sans bénéfices tangibles** crée un climat de lassitude généralisé. Ce sentiment d'éloignement contribue à figer les positions et à rendre plus difficile l'engagement dans des projets collaboratifs.

Ainsi, la fracture ville-hôpital ne peut être comprise sans tenir compte de ces tensions systémiques, qui créent un climat de surcharge de travail et de défiance mutuelle. Elle ne résulte pas seulement de difficultés relationnelles ou communicationnelles, mais s'inscrit dans un contexte structurel fragilisé, où les ressources sont limitées et où les professionnels peinent à trouver du sens dans les dispositifs proposés.

Participation aux projets de coopération

Notre étude montre que la participation des médecins aux projets de coopération est contrastée selon le mode d'exercice. Les médecins hospitaliers sont davantage impliqués : près de 40 % d'entre eux déclarent participer à des actions de coordination ville-hôpital, contre seulement 14 % des médecins de ville. Des résultats similaires sont observés en Champagne-Ardenne, mais pas en Lorraine où la participation aux projets de coopération de la part des médecins, qu'ils soient de ville ou hospitaliers, avoisine les 25%. Cette différence ne semble toutefois pas traduire un désintérêt de la médecine de ville, mais plutôt un **manque de visibilité** sur les dispositifs existants. Beaucoup de généralistes se disent en effet prêts à s'investir davantage : 80 % d'entre eux affirment qu'ils seraient disposés à dégager du temps pour participer à des projets de coopération, mais beaucoup ignorent comment y prendre part. Ce manque d'information constitue un frein important à leur engagement.

Les principaux leviers identifiés sont les **réunions thématiques**, les **formations médicales communes**, les **relations interpersonnelles**, la **gouvernance de structures ambulatoires** (pour les médecins de ville) et la **conduite de projets ville-hôpital** (pour les médecins hospitaliers).

L'importance des **rencontres présentielles** ressort clairement. Les médecins interrogés considèrent que les réunions physiques, ou à défaut, les visioconférences, sont essentielles pour améliorer la communication et la qualité du lien.

Les médecins de ville interrogés sur leur participation à des **réunions de concertation pluriprofessionnelles** trouvent qu'elles facilitent le contact avec les hospitaliers, qu'elles améliorent la coordination des soins, qu'elles facilitent la recherche d'interlocuteurs et qu'elles sont bénéfiques pour les patients, à condition d'y accorder suffisamment de temps et de bien les préparer en amont.

Les **CPTS** apparaissent comme des acteurs potentiels de cette dynamique, mais leur rôle reste flou. Certaines d'entre elles organisent des rencontres ou des réunions thématiques, mais leur investissement est variable selon les territoires et souvent méconnu des médecins de ville. Les **laboratoires pharmaceutiques** jouent également un rôle, en facilitant l'organisation de soirées d'échanges ou de formations, même si leur implication doit être encadrée pour éviter les conflits

d'intérêts. Enfin, la **télé médecine**, en particulier la téléexpertise et les réunions en visioconférence, représente un outil prometteur pour contourner les contraintes de temps et de déplacement, notamment en zone rurale.

Cependant, pour que ces initiatives prennent de l'ampleur, les médecins soulignent la nécessité d'un soutien institutionnel réel. La coopération nécessite du temps, et ce temps doit être reconnu. Nombre d'entre eux souhaitent une **valorisation financière** des activités de coordination, à l'image des rémunérations déjà prévues pour la téléexpertise. Ils demandent également des **moyens logistiques** (outils informatiques performants, effectifs suffisants, secrétariats) pour permettre à ces rencontres d'avoir lieu dans de bonnes conditions. Sans cette valorisation du temps et des moyens, la coopération repose essentiellement sur la bonne volonté des praticiens, et risque de rester limitée.

Ainsi, la participation aux projets de coopération apparaît moins comme un problème de motivation que comme un manque d'information, de moyens et de reconnaissance. Les médecins sont disposés à coopérer, mais attendent des moyens concrets pour le faire.

Attentes et perspectives d'amélioration

Les attentes exprimées par les médecins de notre étude sont assez homogènes et traduisent un besoin de simplification, de reconnaissance et de renforcement de la coordination entre la ville et l'hôpital. Elles témoignent d'une volonté de mieux coopérer, mais aussi d'une frustration face à des dispositifs qui ne répondent pas aux exigences du terrain.

La demande la plus fréquente concerne **l'amélioration de la communication interprofessionnelle**. Les médecins souhaitent une communication plus fluide, plus directe avec un accès facilité à leurs correspondants. Cela passe par :

- des **numéros directs** et des **lignes dédiées aux professionnels de santé** joignables sans passer par les secrétariats,
- l'identification de **médecins référents** clairement désignés des deux côtés,
- des **temps d'échange réguliers** par le biais de rencontres physiques, de formations communes ou de participation aux RCP, permettant d'entretenir un lien personnel.

Les médecins valorisent fortement la dimension humaine de la relation, qui est souvent le moteur principal de la coordination. La rencontre physique ou virtuelle apparaît comme un levier majeur pour instaurer un climat de confiance et réduire les incompréhensions.

Une des autres attentes principales concerne les **outils numériques**. Les médecins appellent à une refonte de ces outils, aujourd'hui perçus comme trop nombreux, trop complexes et insuffisamment fiables. Ils réclament un **nombre réduit d'outils**, plus simples, plus ergonomiques et mieux intégrés aux logiciels métiers. La demande de **formation** revient de manière récurrente : faute de temps et d'accompagnement, de nombreux médecins se sentent démunis face à ces dispositifs numériques. Une meilleure communication sur les outils existants et une formation pratique pourraient lever une partie des réticences actuelles.

Dans la continuité de ces attentes, le **développement de la télémédecine** est identifié comme l'un des axes les plus prometteurs d'amélioration. La **téléexpertise**, qui est de plus en plus utilisée via Omnidoc, est jugée particulièrement adaptée pour faciliter les avis spécialisés. Elle offre aux médecins de ville une solution efficace pour obtenir un avis rapidement et permet également une valorisation financière (65). Les réunions en **visioconférence**, quant à elles, sont vues comme une alternative réaliste aux rencontres présentiels, permettant d'entretenir des liens interprofessionnels tout en limitant les déplacements et les pertes de temps.

Au-delà des outils, les médecins expriment le besoin d'un **parcours de soins plus efficient**. Ils réclament :

- la création de **filières d'adressage directes**, pour permettre des hospitalisations simplifiées,
- une **réduction des passages aux urgences** non pertinents,
- des **circuits clairs** dédiés aux avis spécialisés,
- une **transmission plus rapide** des comptes rendus,
- une utilisation plus systématique du **DMP** (à condition d'en améliorer l'accès et l'ergonomie).

L'une des autres principales demandes concerne le **besoin de moyens humains et financiers supplémentaires**, qu'il s'agisse de personnel administratif, de secrétariat, de personnel médical et

paramédical pour réduire la surcharge de travail actuelle, ainsi qu'une **valorisation financière du temps consacré à la coordination**.

Enfin, les médecins expriment la nécessité de **restaurer la confiance entre la ville et l'hôpital**, mais aussi **entre les médecins et les institutions**. Cette confiance repose sur la connaissance mutuelle, la compréhension des contraintes de chaque secteur, la reconnaissance du travail de chacun et la fin des mesures perçues comme imposées et éloignées du terrain.

Améliorer le lien ville-hôpital ne nécessite pas une multiplication des dispositifs, mais plutôt un retour à des fondamentaux : des interlocuteurs identifiés, des outils simples, des temps de rencontre et un système qui valorise réellement la coopération.

Projets prometteurs et initiatives à valoriser

Plusieurs initiatives locales illustrent des modalités concrètes d'amélioration du lien ville-hôpital.

- Développement de filières spécifiques :

Le **dispositif PANDA** s'inscrit dans la filière territoriale de gériatrie portée par le CHU de Strasbourg (79). Il repose sur un numéro de téléphone unique, accessible aux médecins généralistes, aux EHPAD et aux établissements de santé, permettant d'obtenir un avis gériatrique. Ce dispositif facilite l'orientation rapide des patients âgés, les admissions directes en gériatrie et permet d'éviter des passages aux urgences lorsque ceux-ci ne sont pas nécessaires. PANDA est également accessible via la plateforme Omnidoc, ce qui renforce sa visibilité et son accessibilité pour les médecins de ville. Il constitue un exemple de réponse au non programmé gériatrique à l'échelle territoriale.

D'autres **circuits d'admission directe spécialisés** ont été développés, notamment en cardiologie avec un hôpital de jour dédié à l'insuffisance cardiaque, ainsi qu'en urologie, en orthopédie et en chirurgie thoracique via le dispositif SOS Nodule. Ces circuits offrent aux médecins de ville des solutions d'adressage plus directes.

- Outils numériques :

La **téléexpertise via Omnidoc** est utilisée pour l'obtention d'avis spécialisés. Elle permet des réponses rapides (souvent en moins de 24h), sans désorganiser les emplois du temps des médecins, tout en

valorisant le temps dédié à la coordination. Omnidoc est également utilisé comme point d'entrée pour plusieurs filières de recours, notamment en gériatrie, et son extension à d'autres spécialités est en cours au CHU.

Les outils de **dématérialisation des courriers**, tels que **Lifen** et **Lifen Intégration** (utilisé notamment à la clinique Rhéna) permettent grâce à une **IA**, la transmission sécurisée des lettres de sortie et comptes-rendus, avec une **intégration directe** intelligente des informations dans le DPI. Ces dispositifs contribuent à réduire les délais de transmission de l'information et à améliorer la continuité des soins. Leur efficacité dépend toutefois du degré d'intégration aux systèmes d'information hospitaliers et à leur déploiement dans les cabinets des médecins de ville (56).

Parcéo est un outil de communication sécurisée et de partage du parcours patient commun aux acteurs de ville et de l'hôpital (80). Il inclut une messagerie instantanée sécurisée et un dossier patient partagé impliquant tous les acteurs du cercle de soins du patient. Il vise à centraliser les informations utiles au suivi du patient. Son déploiement est en cours au CHU de Strasbourg, actuellement ciblé sur certains parcours, notamment le diabète et l'insuffisance cardiaque. En ville, son déploiement reste limité, c'est pourquoi Pulsy, en partenariat avec certaines CPTS (notamment la CPTS du Pays d'Erstein), a mis en place un accompagnement de proximité avec des chargés de mission qui se déplacent dans les cabinets pour installer l'outil et former les médecins à son utilisation. Bien que jugé complet, Parcéo nécessite un investissement initial considérable pour l'inscription des patients et une appropriation par les professionnels de santé. Une fois l'outil maîtrisé, le temps nécessaire à la création d'un dossier patient est estimé à 5 minutes.

Il existe de nombreux autres outils, méconnus et dont l'utilisation est limitée. On peut donner l'exemple de **Cureety**, qui est cité dans notre étude. Il s'agit d'un outil de suivi coordonné des patients chroniques. Il permet un partage d'informations cliniques entre les acteurs de ville et hospitaliers, dans des parcours nécessitant une surveillance prolongée, comme les parcours cancer (81).

- **Information automatique du médecin traitant lors de l'arrivée et de la sortie du patient :**

Un système de **notification automatique** de l'entrée et de la sortie d'hospitalisation des patients, via Parcéo, est **opérationnel dans plusieurs établissements du Grand Est**, notamment à Sélestat, Mulhouse, Reims et Nancy. L'objectif est de transmettre une information ciblée et automatisée, sans action nécessaire de la part des équipes hospitalières. Ce dispositif vise à réduire les ruptures de parcours en informant le médecin traitant en temps réel, et à faciliter l'anticipation du suivi post-hospitalier. Son déploiement au CHU de Strasbourg est actuellement freiné par des **contraintes juridiques**, liées au recueil du consentement du patient. L'objectif affiché est une généralisation à l'ensemble des hôpitaux de la région à l'horizon 2026.

- **Hospitalisation zéro papier :**

Dans la même lignée, l'expérimentation « Hospitalisation zéro papier » a été lancée en novembre 2025, dans les CPTS Centre-Alsace et du Pays d'Erstein, en partenariat avec l'hôpital de Sélestat.

Il s'agit d'une initiative locale prometteuse visant à **faciliter les hospitalisations non programmées** et à **améliorer la coordination ville-hôpital**. Sa première phase, actuellement opérationnelle, permet aux médecins de ville d'adresser une demande d'hospitalisation via l'outil Parcéo, en transmettant une lettre d'adressage dématérialisée. Les médecins hospitaliers s'engagent à répondre sous 48 heures, avec une organisation interne assurant des admissions directes sans passage par les urgences. Les deuxième et troisième phases, prévoient une coordination pluriprofessionnelle pendant l'hospitalisation afin d'anticiper les besoins du patient et de préparer le retour à domicile, puis une transmission dématérialisée des documents de sortie pour éviter toute perte d'information. Le dispositif vise à associer l'ensemble du cercle de soins et pourrait même, à terme, intégrer des notifications aux ambulanciers ainsi qu'un retour d'expérience des patients.

- **Organisation de rencontres et partenariats territoriaux :**

Les **rencontres interprofessionnelles** constituent un levier important, avec l'organisation de soirées thématiques CHU-CPTS, de journées départementales des CPTS et de réunions centrées sur des

parcours spécifiques. Ces événements favorisent les échanges directs, la compréhension mutuelle et le partage de contacts entre professionnels.

Le CHU a adopté une politique très volontariste dans les relations avec les CPTS. Cependant, l'adhésion aux CPTS étant loin d'être généralisée, la couverture des médecins libéraux reste limitée.

Par ailleurs, plusieurs **partenariats territoriaux** contribuent à renforcer la coordination : le **Spot Santé** (82), orienté vers la prévention et l'accès aux soins dans les quartiers prioritaires, la **PASS de ville**, dédiée à l'accompagnement des patients en situation de précarité, et le **SAS**, qui articule les secteurs libéraux et hospitaliers pour structurer la réponse aux SNP (72). Le CHU collabore également avec les **MSP** et les **maisons médicales de garde** pour la gestion ambulatoire des SNP, ce qui contribue à soulager les services d'urgences.

- **Structuration institutionnelle et développement des parcours intégrés :**

La création d'une **Direction des coopérations territoriales** au CHU de Strasbourg témoigne d'une volonté institutionnelle de mieux structurer le lien ville-hôpital. Cette organisation a pour mission de coordonner les relations avec les CPTS, le GHT et les acteurs libéraux.

L'instauration d'une « **Minute du territoire** » dans les instances hospitalières vise à renforcer la visibilité des initiatives ville-hôpital en interne et à sensibiliser les équipes hospitalières aux enjeux territoriaux.

On note également une évolution progressive vers le développement de **parcours intégrés**, dépassant une approche centrée uniquement sur l'épisode de soins hospitaliers. Cette démarche vise à articuler la prévention, les soins, l'éducation thérapeutique et le suivi, en lien étroit avec les professionnels de ville et les CPTS.

Dans ce cadre, le CHU de Strasbourg s'est engagé dans une logique de **responsabilité populationnelle**, notamment pour certaines pathologies chroniques. Le parcours diabète en constitue un exemple, avec la mise en place d'une première réunion clinique associant médecins hospitaliers et médecins libéraux, dans une logique de co-construction. Un travail similaire est mené autour de l'insuffisance cardiaque, en partenariat avec plusieurs CPTS. Ces dispositifs visent à réduire les hospitalisations non programmées et à améliorer le suivi à moyen et long terme.

Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, l'effectif recruté est faible et ne représente que 1,44% du nombre total de médecins exerçant en Alsace. Ce faible effectif s'explique sans doute par les difficultés en matière de communication mise en évidence dans ce travail, ou par un manque d'intérêt de la part des médecins sollicités. Il expose notre étude à un biais de sélection, les médecins ayant répondu sont probablement ceux qui s'intéressent déjà à la question du lien ville-hôpital, ce qui peut conduire à une surreprésentation de professionnels sensibilisés à ces problématiques. De plus, notre échantillon de 106 médecins manque d'homogénéité, 74% des médecins de ville exercent dans le Bas-Rhin et 64% des médecins hospitaliers exercent dans le Haut-Rhin, principalement au GHRMSA qui est largement surreprésenté. Notre échantillon n'est donc pas représentatif de l'ensemble des médecins exerçant sur le territoire, nous aurions probablement observé des résultats différents si les médecins des autres établissements de santé avaient participé davantage, ainsi que les médecins libéraux du Haut-Rhin. Etant donné que la densité médicale de ce département est plus faible que celle du Bas-Rhin, on peut imaginer que leurs difficultés en matière de coordination sont encore plus marquées.

Ce travail comporte également certaines limites méthodologiques liées à la conception des questionnaires. Certaines questions présentaient des options de réponse incomplètes ou ambiguës, comme l'impossibilité de répondre négativement à la question concernant la présence d'un secrétariat, ou l'absence de réponse « jamais » pour l'utilisation du DMP. Ces imperfections peuvent introduire des biais d'interprétation et limiter la précision de certaines analyses.

Le caractère déclaratif des données constitue une limite inhérente à ce type d'étude. Les réponses reposent sur le ressenti et la perception des médecins, qui peuvent différer des pratiques réelles.

Enfin, l'étude est de nature transversale et les données analysées, obtenues par le biais des questionnaires, ont été recueillies en 2023. Les résultats reflètent donc la situation à un instant donné, mais on peut supposer que la situation a évolué depuis le recueil des données. C'est en partie pour cette raison que nous avons fait le choix de réaliser des entretiens avec des acteurs du territoire. Ils

nous ont permis d'avoir un aperçu plus actuel de la situation et de constater l'évolution qu'il y a pu y avoir depuis le début de ce travail de thèse.

L'une des forces de l'étude repose sur sa méthodologie mixte qui associe analyse quantitative et qualitative. Cette approche permet de décrire les pratiques, mais aussi de recueillir les ressentis et les attentes des médecins. Cette complémentarité permet de dépasser une lecture purement descriptive. L'ajout d'entretiens semi-directifs avec des acteurs clés du territoire, issus à la fois des secteurs public et privé enrichit encore l'analyse. Ils offrent une vision institutionnelle du lien ville-hôpital, permettant de mettre en perspective les résultats issus des questionnaires avec les stratégies actuellement mises en œuvre par les établissements de santé.

Une autre force repose sur le fait que contrairement à la plupart des études qui ont été faites sur le sujet, nous nous sommes intéressés au point de vue des médecins généralistes mais aussi à celui des médecins hospitaliers, ce qui a permis une analyse croisée qui montre des convergences mais aussi des divergences d'opinions. Cette approche bilatérale offre une analyse plus nuancée et plus complète des difficultés observées.

Enfin, le fait que les résultats des études réalisées dans les 3 anté-régions convergent et soient remarquablement homogènes amène à penser que ces résultats sont extrapolables à l'ensemble de la région Grand Est.

V. CONCLUSION

Cette thèse avait pour objectif d'analyser les modalités de communication entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers en Alsace. À travers une méthodologie mixte associant des questionnaires ayant permis d'interroger 106 médecins de ville et hospitaliers d'Alsace, et des entretiens avec des acteurs institutionnels du territoire, notre étude a permis de connaître les moyens de communication utilisés par les médecins, d'évaluer la qualité de leur relation, de cerner leurs attentes et d'identifier les initiatives locales existantes.

Ce travail s'inscrit dans un projet régional et vient compléter les deux thèses portant sur la communication en Champagne-Ardenne et en Lorraine, soutenues respectivement en octobre 2023 et en mai 2024. Cette thèse, qui a été retardée en raison d'un changement de thésarde, apporte un point final à ce travail collectif. Ce retard nous a contraints à travailler sur des données déjà anciennes puisque les questionnaires ont été diffusés entre mai et juillet 2023. Les entretiens réalisés entre avril 2025 et janvier 2026 nous ont permis de compléter ces données avec des informations plus récentes et d'observer l'évolution de la situation en deux ans. Toutefois cette progression semble lente car nous n'avons pas constaté d'évolution majeure entre le début et la fin de ce travail. La comparaison avec les travaux menés en Lorraine et en Champagne-Ardenne montre des résultats similaires. Nos résultats sont donc assez homogènes et montrent que les problématiques sont sensiblement les mêmes dans l'ensemble de la région Grand Est.

Les résultats montrent une relation jugée moyenne par les médecins interrogés, qui mentionnent un manque de coordination et un sentiment d'isolement. Si les relations interpersonnelles sont décrites comme satisfaisantes lorsqu'elles existent, le cadre organisationnel ne semble pas permettre une coopération fluide. Cette dissociation entre la perception positive des relations humaines et négative du fonctionnement institutionnel suggère que les difficultés du lien ville-hôpital sont avant tout structurelles.

La communication apparaît comme un point de fragilité majeur. Les médecins interrogés utilisent principalement le téléphone, qui est perçu comme le moyen le plus efficace pour communiquer. À

l'inverse, les outils numériques institutionnels sont peu utilisés pour les échanges directs. Le DMP, malgré son déploiement ancien, reste très peu utilisé et jugé inadapté à la communication interprofessionnelle. Ces constats traduisent un décalage entre les outils promus au niveau national et leur appropriation concrète sur le terrain.

Les attentes exprimées par les médecins sont assez homogènes : simplifier les outils, avoir accès à des formations, favoriser le contact direct, développer des temps de rencontre et mieux valoriser le travail de coordination. Plus qu'une multiplication des dispositifs, les médecins attendent une meilleure organisation du système de soins et un retour à une relation de confiance entre la ville, l'hôpital et les institutions.

L'étude met également en évidence des divergences de perception entre médecins de ville et médecins hospitaliers, notamment concernant le recours aux urgences et l'implication respective de chaque secteur. Ces tensions s'inscrivent dans un contexte plus large de pénurie médicale, de surcharge de travail et de dégradation des conditions d'exercice qui touche l'ensemble du système de santé. Elles alimentent des incompréhensions réciproques, alors même que les médecins partagent des constats et des objectifs communs.

Malgré ces constats, ce travail met en lumière plusieurs leviers d'amélioration concrets. Les circuits d'adressage direct, la téléexpertise, la dématérialisation des courriers ou encore l'organisation de rencontres interprofessionnelles représentent autant de réponses pertinentes aux besoins exprimés par les médecins. Leur efficacité dépend de leur appropriation par les professionnels de santé et de leur intégration dans leur pratique quotidienne. Cela repose sur la fiabilité des outils proposés, leur simplicité d'utilisation, l'identification claire des interlocuteurs et la reconnaissance du temps consacré à la coordination. Les initiatives locales décrites montrent qu'une amélioration du lien ville-hôpital est possible lorsque les projets sont construits à partir des besoins du terrain et portés par une volonté collective.

En définitive, cette étude souligne que le renforcement du lien ville-hôpital constitue un enjeu majeur pour la qualité et la continuité des soins. Son amélioration ne pourra toutefois se faire sans une

meilleure adéquation entre les politiques de santé et les besoins réels des médecins. Les expériences locales mises en évidence dans ce travail offrent des perspectives encourageantes et pourraient servir de base à une meilleure organisation de la coopération entre la médecine de ville et l'hôpital.

Enfin, il ne faut pas oublier que la relation ville-hôpital ne se limite pas aux médecins. Beaucoup d'autres acteurs du système de santé y jouent un rôle. Il serait intéressant de recueillir le ressenti et les attentes des autres professionnels de santé, notamment des pharmaciens, des infirmiers et des autres paramédicaux dans des études ultérieures afin de mieux comprendre la situation dans sa globalité. Il serait également intéressant de répéter cette étude dans quelques années afin d'évaluer l'évolution du lien ville-hôpital et l'impact des mesures mises en place.

VU et approuvé
Strasbourg, le **05 MARS 2026**....
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILLA



VU
Strasbourg, le **16.02.2026**
Le président du jury de thèse
Professeur **E. ANDRES**.....

Professeur Emmanuel ANDRES
Spécialiste en Médecine Interne
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Président de la C.M.E.
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Service de Médecine Interne - Hôpital de Hautepierre
Tél: 03 88 12 71 33 ou 03 88 12 71 26
Email: emmanuel.andres@chru-strasbourg.fr
N° RPPS: 122 2436367

VI. ANNEXES

A. Annexe 1 : Questionnaire destiné aux médecins de ville

Exploration de la communication entre le monde hospitalier et les médecins de ville

Bonjour,

Nous sommes 3 internes (Rémoise, Nancéien et Strasbourgeoise) en médecine générale, nous écrivons une thèse commune ayant pour sujet la communication et la coordination des soins entre la ville et l'hôpital dans la région GRAND-EST.

Cette thèse est dirigée par le Docteur Claude Bronner et soutenue par l'Agence Régionale de santé (ARS) et la Conférence des Présidents de CME et de CMG des Centres Hospitaliers du Grand-Est.

L'objectif de ce questionnaire est d'explorer la communication entre les médecins de ville et le monde hospitalier.

En clair, comment échangez-vous avec les autres professionnels de santé ?

Quels sont les outils ? Fonctionnent-ils ? Et comment les améliorer ?

Existe-t-il des projets dans votre territoire pour améliorer le lien ville-hôpital ?

Ce questionnaire est anonyme. Aucune réponse n'est obligatoire.

A terme, le but est d'identifier les modalités d'échanges les plus intéressantes, et les promouvoir dans d'autres territoires.

En parallèle, un questionnaire sera adressé aux médecins de ville.

Merci pour votre participation !

Juliette, Margaux et Antoine

A - Généralités

Quel est votre sexe ?

- Homme
 Femme

Quelle est votre année de naissance ?

Quelle est votre spécialité ?

- Médecine (hors médecine d'urgence)
 Médecine d'urgence
 Chirurgie (hors Gynécologie-obstétrique)
 Gynécologie-obstétrique
 Odontologie
 Pharmacie
 Biologie

Radiologie

Quel est l'intitulé de votre poste ?

- Interne
- Président de CME
- Président de CMG
- Chef de pôle
- Chef de service
- Praticien hospitalier
- Praticien Contractuel, Assistant, Chef de clinique, Attaché, ...
- Praticien salarié en établissement de santé ou médico-social
- Praticien libéral

B - Votre établissement

Quel est le nom de votre établissement ?

Quel est le type de l'établissement de votre exercice principal ?

- Centre hospitalier universitaire (CHU)
- Centre hospitalier MCO
- Centre hospitalier hôpital de proximité
- Centre hospitalier spécialisé (CHS)
- Clinique privée
- Centres de lutte contre le cancer (CLCC)
- Établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)
- EHPAD
- Etablissement médico-social

Dans quel département se situe votre établissement ?

Quel est le code postal de votre établissement ?

Pour la réalisation d'une cartographie

C - Vos relations institutionnelles avec la médecine de ville

Comment jugez-vous les relations ville-hôpital dans votre exercice quotidien ?

Notez de 0 (relation inexistante) à 10 (relation excellente)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Connaissez-vous les organisations de médecine ambulatoire suivantes, et vous sont-elles utiles dans votre pratique ?

	0	1	2	3
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipe de Soins Primaires (ESP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Participez vous à des projets de coopération ville-hôpital ?

- Oui depuis longtemps
- Oui depuis récemment
- Non mais c'est en projet
- Non j'aimerais bien mais je ne sais pas comment faire
- Non mais cela m'intéresserait
- Non c'est inutile

Visible si "Oui depuis longtemps" ou "Oui depuis récemment" à la question : "Participez vous à des projets de coopération ville-hôpital ?"

De quelle manière participez-vous à des projets de coopération ville-hôpital ?

- Réunions thématiques ville/hôpital
- Formations médicales communes
- Conduite de projets ville/hôpital
- Gouvernance de structures ambulatoires (CPTS, DAC...)
- Instance hospitalière impliquant des représentants de ville
- Relations interpersonnelles
- Autre

A quelle fréquence participez-vous à des projets de coopération ville-hôpital ?

- Quotidienne
- Hebdomadaire
- Mensuelle
- Annuelle
- Jamais

Quel mode de communication utilisez-vous pour participer à des projets de coopération ville-hôpital ?

Les propositions ci-dessous apportent des précisions sur vos habitudes d'utilisation, merci de vous positionner par rapport à chacune d'entre elle.

	0	1	2
Téléphone via le standard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone par le biais de numéros directs institutionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone direct personnel (dont portable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie santé sécurisée (Apicrypt, MSSanté, Mailiz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie instantanée non sécurisée santé informelle (WhatsApp, SMS, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-mail professionnel non sécurisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-mail personnel non sécurisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Télé-expertise (Conex, Omnidoc, Viapatient, Mailachat, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FAX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outils de partages (Parceo, entr'Actes, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DMP (Dossier Médical Partagé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Vos relations institutionnelles avec la médecine de ville" ?

D - Vos relations personnelles avec la médecine de ville

Que diriez-vous de votre relation avec vos confrères libéraux ?

Les phrases ci-dessous apportent des précisions sur vos relations avec vos confrères libéraux, merci de vous positionner par rapport à chaque proposition.

	0	1	2	3
Ma relation avec les praticiens libéraux est excellente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je participe chaque année à des formations/réunions afin de faciliter mes échanges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps améliore mes relations avec mes correspondants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je manque de relation avec le monde libéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si concerné, par quel moyen de communication les **praticiens de ville** vous contactent-ils pour organiser une **hospitalisation directe** ?

Pour des échanges professionnels en vue d'une hospitalisation directe, merci de préciser votre utilisation des outils de communication

	0	1	2
Téléphone via le standard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone via un numéro direct institutionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone personnel (dont portable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie santé sécurisée (Apicrypt, MSSanté, Mailiz, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie instantanée non sécurisée santé informelle (WhatsApp, SMS, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-mail professionnel non sécurisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Télé-expertise (Conex, Omnidoc, Viapatient, Mailachat, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FAX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléconsultation (Visio en présence du patient) (Zoom, Microsoft Teams, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outils de partages (Parceo, entr'Actes, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DMP (Dossier Médical Partagé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aucun, les patients sont adressés aux urgences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Par quel moyen de communication échangez-vous avec les **praticiens de clinique**, ou **autres établissements**, qui souhaitent organiser une **hospitalisation directe** ?

Pour des échanges professionnels en vue d'une hospitalisation directe, merci de préciser votre utilisation des outils de communication

	0	1	2
Téléphone via le standard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone via un numéro direct institutionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone personnel (dont portable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie santé sécurisée (Apicrypt, MSSanté, Mailiz, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie instantanée non sécurisée santé informelle (WhatsApp, SMS, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-mail professionnel non sécurisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Télé-expertise (Conex, Omnidoc, Viapatient, Mailachat, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FAX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléconsultation (Visio en présence du patient) (Zoom, Microsoft Teams, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outils de partages (Parceo, entr'Actes, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DMP (Dossier Médical Partagé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	0	1	2
Aucun, les patients sont adressés aux urgences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si concerné, par quel moyen de communication les **praticiens de ville** vous contactent-ils pour parler du **suivi d'un patient** ?

	0	1	2
Téléphone via le standard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone via un numéro direct institutionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone personnel (dont portable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie santé sécurisée (Apicrypt, MSSanté, Mailiz, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie instantanée non sécurisée santé informelle (WhatsApp, SMS, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-mail professionnel non sécurisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Télé-expertise (Conex, Omnidoc, Viapatient, Mailachat, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FAX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléconsultation (Visio en présence du patient) (Zoom, Microsoft Teams, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outils de partages (Parceo, entr'Actes, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DMP (Dossier Médical Partagé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le dossier médical partagé (DMP) qui alimente mon espace santé du patient, vous semble-t-il adapté en pratique pour communiquer ?

- Oui
 Non

A quelle fréquence utilisez-vous le dossier médical partagé (DMP) pour la communication ?

- Systématiquement
 Souvent
 Rarement

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Vos relations personnelles avec la médecine de ville" ?

E - Votre expérience des relations ville-hôpital

Quelles sont les bonnes initiatives que vous ayez vécues ou observées ?

Ex : Modèles de gouvernance ville/hôpital, réunions de concertation entre praticiens, mobilisation partagée, ...

Quels sont les projets ville-hôpital réussis dans votre territoire ?

Quelles sont vos principales attentes concernant la communication ville-hôpital ?

Merci de développer vos principales attentes en texte libre

Quels sont selon vous les pièges à éviter ?

Merci de développer votre opinion

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Votre expérience pour faire vivre le lien ville-hôpital" ?

F - Vos attentes concernant les relations ville-hôpital

Quels seraient les moyens pour renforcer les coopérations ?

- Rendre obligatoire les coopérations pour tous les professionnels
- Donner des objectifs communs en termes de santé de la population
- Mettre en place un financement au parcours de soins
- Installer des "chargés de mission" responsables du développement de l'écosystème entre l'hôpital et la ville
- Impliquer obligatoirement l'ensemble des professionnels de santé dans le fonctionnement des CPTS, quels que soient leurs mode d'exercice
- Mieux valoriser les coopérations
- Imposer une gouvernance partagée à tous les acteurs
- Donner de réels moyens aux professionnels pour développer les coopérations (temps, assistants, ...)
- Autre

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Vos attentes concernant les relations ville-hôpital" ?

Envoyer

B. Annexe 2 : Questionnaire destiné aux médecins hospitaliers

Exploration de la communication entre les médecins de ville et le monde hospitalier

Bonjour,

Nous sommes 3 internes (Rémoise, Nancéien et Strasbourgeoise) en médecine générale, nous écrivons une thèse commune ayant pour sujet la communication et la coordination des soins entre la ville et l'hôpital dans la région GRAND-EST.

Cette thèse est dirigée par le Docteur Claude Bronner et soutenue par l'Agence Régionale de santé (ARS) et la Conférence des Présidents de CME et de CMG des Centres Hospitaliers du Grand-Est.

L'objectif de ce questionnaire est d'explorer la communication entre les médecins de ville et le monde hospitalier.

En clair, comment échangez-vous avec les autres professionnels de santé ?
Quels sont les outils ? Fonctionnent-ils ? Et comment les améliorer ?
Existe-t-il des projets dans votre territoire pour améliorer le lien ville-hôpital ?

Ce questionnaire est anonyme. Aucune réponse n'est obligatoire.

A terme, le but est d'identifier les modalités d'échanges les plus intéressantes, et les promouvoir dans d'autres territoires.

En parallèle, un questionnaire sera adressé aux médecins hospitaliers.
Merci pour votre participation !

Juliette, Margaux et Antoine

A - Généralités

Quel est votre sexe ?

- Homme
 Femme

Quelle est votre année de naissance ?

Quel est le code postal de votre ville d'exercice principal ?

Quel est votre type d'exercice principal ?

- Médecin libéral installé

- Activité mixte
- Médecin remplaçant
- Salarié
- Hospitalier
- Etudiant

Visible si la réponse cochée est "Médecin libéral installé" à la question : "Quel est votre type d'exercice principal ?"

Quelle est votre année d'installation ?

Quel est votre milieu d'exercice ?

- Rurale
- Semi-rurale
- Urbaine

Dans quel type de structure êtes-vous libéral ?

- Exercice seul
- Exercice en groupe
- Je ne suis pas concerné

Visible si la réponse cochée est "Exercice en groupe" à la question : "Dans quel type de structure êtes-vous libéral ?"

Quel est le type d'exercice en groupe dans lequel vous-êtes libéral ?

- Equipe de soin primaire (ESP)
- Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)
- Autre

Avez-vous un secrétariat ?

- Secrétariat physique
- Télésecrétariat
- Secrétariat physique et Télésecrétariat

B - Connaissance de l'autre

Quels moyens logistiques utilisez-vous pour rechercher un correspondant ?

	0	1	2
Moteurs de recherche (Google, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annuaire Améli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annuaire santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Site internet des Centres hospitaliers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annuaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annuaire personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quels autres moyens logistiques utilisez-vous pour rechercher un correspondant ?

Que diriez-vous de votre relation avec vos confrères hospitaliers ?

	0	1	2	3
Ma relation avec les praticiens hospitaliers est excellente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je participe chaque année à des formations/réunions afin de faciliter mes échanges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps améliore mes relations avec mes correspondants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je manque de relation avec le monde hospitalier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis globalement satisfait du suivi de mes patients, en lien avec mes confrères hospitaliers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque trop fréquent de coordination avec mes confrères hospitaliers impacte la bonne prise en charge de mes patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens souvent seul pour gérer certaines situations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve facilement des correspondants libéraux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve facilement des correspondants hospitaliers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'aurai besoin d'un annuaire facile d'accès et détaillé pour trouver mes correspondants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comment jugez-vous la relation ville-hôpital dans votre exercice quotidien ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Etes-vous adhérent d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou d'un autre réseau de soins/communauté de médecins ?

- Oui
- Non

Visible si "non" à la question : "Etes-vous adhérent d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou d'un autre réseau de soins/communauté de médecins ?"

Y a-t-il une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) dans votre secteur ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous les missions des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ?

- Oui
- Oui un peu
- Non

Visible si "oui" ou "oui un peu" à la question : "Connaissez-vous les missions des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ?"

Pourraient-elles améliorer la communication ville-hôpital selon vous ?

- Oui
- Non

Visible si "oui" à la question : "Etes-vous adhérent d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou d'un autre réseau de soins/communauté de médecins ?"

Etes-vous actif dans votre communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ?

- Oui
- Non

Est-elle utile dans le développement de la relation ville-hôpital ?

- Oui
- Non

Avez-vous connaissance des missions des URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) ?

- Oui
- Non

Avez-vous connaissance des missions des PCME (Président de la Commission Médicale de l'Établissement) et des PCMG (Président de la Commission Médicale de Groupement) ?

- J'ai connaissance des missions des PCME

- J'ai connaissance des missions des PCMG
 J'ai connaissance des missions des PCME et PCMG
 Non

Avez-vous connaissance des missions des DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) ?

- Oui
 Non

Pensez-vous que le manque de connaissance dans les instances qui vous entourent est un frein à la coordination des soins ?

- Oui
 Non

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Connaissance de l'autre" ?

C - Organisation pratique coordination ville-hôpital

Comment situez-vous la communication avec vos **correspondants hospitaliers et cliniques** ?

	0	1	2	3
Médecins Hôpital publique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecins de clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A quelle fréquence communiquez-vous avec les médecins des établissements ?

	0	1	2	3
Communication avec des médecins hospitaliers (écriture et envoi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Communication avec des médecins hospitaliers (réception et lecture)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visite à vos patients hospitalisés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quels moyens de communication utilisez-vous avec les médecins hospitaliers pour un bilan en vue d'une **hospitalisation directe** ?

	0	1	2
Téléphone par le standard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone par le biais de numéros directs institutionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone direct personnel (dont portable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie santé sécurisée (Apicrypt, MSSanté, Mailiz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie instantanée non sécurisée santé informelle (WhatsApp, SMS, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-mail professionnel non sécurisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-mail personnel non sécurisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Télé-expertise (Conex, Omnidoc, Viapatient, Mailachat, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FAX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléconsultation (Visio en présence du patient) (Zoom, Microsoft Teams, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outils de partages (Parceo, entr'Actes, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DMP (Dossier Médical Partagé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aucun, les patients son adressés aux urgences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Utilisez-vous un autre moyen de communication pour échanger avec les médecins hospitaliers pour un bilan en vue d'une hospitalisation directe ?

Quels moyens de communication utilisez-vous avec les médecins hospitaliers pour un avis spécialisé **sans hospitalisation** ?

	0	1	2
Téléphone par le standard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone par le biais de numéros directs institutionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone direct personnel (dont portable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie santé sécurisée (Apicrypt, MSSanté, Mailiz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie instantanée non sécurisée santé informelle (WhatsApp, SMS, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-mail professionnel non sécurisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-mail personnel non sécurisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Télé-expertise (Conex, Omnidoc, Viapatient, Mailachat, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	0	1	2
FAX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléconsultation (Visio en présence du patient) (Zoom, Microsoft Teams, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outils de partages (Parceo, entr'Actes, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DMP (Dossier Médical Partagé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quels autres moyens de communication utilisez-vous le plus souvent pour échanger avec les médecins hospitaliers pour un avis spécialisé sans hospitalisation ?

Quels moyens de communication utilisez-vous le plus souvent pour échanger avec les médecins hospitaliers concernant le suivi d'un patient ?

	0	1	2
Téléphone par le standard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone par le biais de numéros directs institutionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone direct personnel (dont portable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie santé sécurisée (Apicrypt, MSSanté, Mailiz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Messagerie instantanée non sécurisée santé informelle (WhatsApp, SMS, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-mail professionnel non sécurisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-mail personnel non sécurisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Télé-expertise (Conex, Omnidoc, Viapatient, Mailachat, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FAX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléconsultation (Visio en présence du patient) (Zoom, Microsoft Teams, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outils de partages (Parceo, entr'Actes, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DMP (Dossier Médical Partagé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quels autres moyens de communication utilisez-vous le plus souvent pour échanger avec les médecins hospitaliers concernant le suivi d'un patient?

Le dossier médical partagé (DMP) qui alimente mon espace santé du patient, vous semble-t-il adapté en pratique pour communiquer ?

- Oui
 Non

A quelle fréquence utilisez-vous le dossier médical partagé (DMP) pour la communication ?

- Systématiquement
 Souvent
 Rarement

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Organisation pratique coordination ville-hôpital" ?

D - Initiatives/Bonnes idées

Participez-vous à des projets de coopération ville-hôpital ?

- Oui depuis longtemps
 Oui depuis récemment
 Non mais c'est en projet
 Non, j'aimerais bien mais je ne sais comment faire
 Non mais cela m'intéresserait
 Non c'est inutile

Visible si "Oui depuis longtemps" ou "Oui depuis récemment" à la question : "Participez-vous à des projets de coopération ville-hôpital ?"

De quelle manière y participez-vous?

- Réunions thématiques ville/hôpital
 Formations médicales communes
 Conduite de projets ville/hôpital
 Gouvernance de structures ambulatoires (CPTS, DAC, ...)
 Relations interpersonnelles
 Autre

Quel mode de communication utilisez-vous pour participer à des projets de coopération ville-hôpital ?

	0	1	2
Téléphone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visio-conférence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réunion présentielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Système d'information partagé (dossier patient, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Messagerie instantanée

0 1 2

Comment est la communication avec un correspondant hospitalier ou libéral après une rencontre physique ou par visio-conférence ?

- Très améliorée
 Améliorée
 Inchangée
 Ne se prononce pas

Seriez-vous prêt à dégager du temps pour des rencontres avec les praticiens hospitaliers ?

- Oui
 Non

Seriez-vous prêt à participer à des formations sur les nouveaux outils mis en place dans le domaine de la communication entre la ville et l'hôpital ?

- Oui
 Non

Quels seraient les moyens pour renforcer les coopérations ?

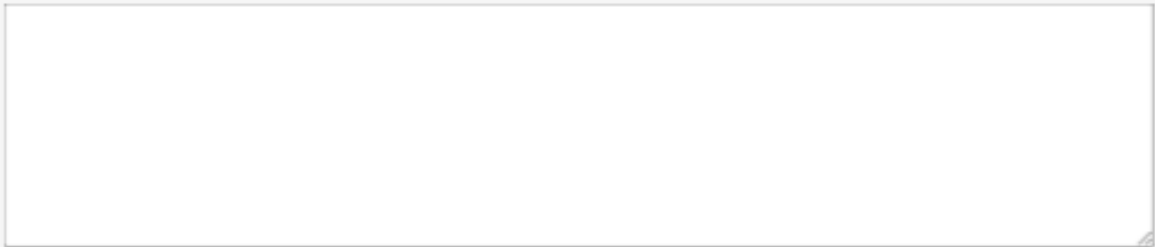
- Rendre obligatoire les réunions de coopérations pour tous les professionnels
- Fixer des objectifs communs en terme de santé
- Mettre en place un financement au parcours de soins
- Installer des "chargés de mission" responsables du développement de l'écosystème entre l'hôpital et la ville
- Impliquer obligatoirement l'ensemble des professionnels de santé dans le fonctionnement des communautés professionnelles territoriale de santé (CPTS), quels que soient leurs mode d'exercice
- Mieux valoriser les coopérations
- Imposer une gouvernance partagée à tous les acteurs
- Donner de réels moyens aux professionnels pour développer les coopérations (temps, assistants, ...)
- Outils de partage d'activité (tableau de bord local d'activité des libéraux et des urgences)
- Autre

E - Votre expérience pour faire vivre le lien ville-hôpital

Quel sont vos retours concernant les réunions de concertations auxquelles vous participez ou que vous avez pu observer ?

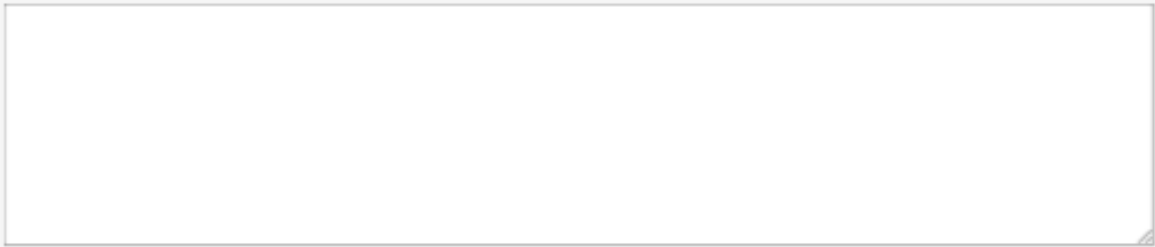


Parlez-nous des projets dans votre territoire ?



Comment pourrait-on selon vous améliorer le lien ville-hôpital dans votre territoire ?

Ex : Communauté professionnelles territoriales de santé, réunions, développement de la télé-expertise, outils de communication plus performants, ...



Quelles sont vos attentes concernant cela ?



Quels pourraient être les pièges à éviter ?

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Votre expérience pour faire vivre le lien ville-hôpital" ?

Envoyer

©2023 - Réalisation technique et graphique de l'enquête : Trabtek.com

C. Annexe 3 : Commentaires libres des médecins de ville

Quel est le type d'exercice en groupe dans lequel vous-êtes libéral ? (Autre texte libre)
Collab
scm
Pôle de santé
future MSP en cours labelisation
association
Centre santé
Clinique
cabinet médical
associés
SOS médecin
cabinet de groupe
Cabinet de groupe
Association
Association de deux généralistes
collaboratrice libérale
Quels autres moyens logistiques utilisez-vous pour rechercher un correspondant ?
Doctolib

Tel directs donnes par l'hopita
pages jaunes
Compte rendu patients
téléphone
confrères
Annuaire papier du centre hospitalier
doctolib : souvent/toujours car possibilité d'adressage direct
annuaire papier des hopitaux Colmar et Mulhouse
Appel a un ami
réseau du remplacé (laisse parfois une liste de spé avec lesquels il travaille)
doctolib
Praticien suivant déjà le patient
Annumedic (nouvel annuaire URPS)
Collegues
Réseau privé
Logiciel médical
PAGES JAUNES pour les spécialistes de ville nouvellement installés
Après de mon collègue
Les autres confrères / connaissances
Rien

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Connaissance de l'autre" ?
les strates changent trop souvent avec changements des missions, il faut du personnel dans les cabinet libéraux pour coordonner ou jour le jour, et plus de personnel dans les hôpitaux pour faire le job.
Avoir un nombre incalculable d'intermédiaires entre les médecins de ville et hospitaliers n'est je pense pas une bonne idée. Un accès direct téléphonique avec les médecins hospitaliers est beaucoup plus efficace ou des secrétaires qui seraient " briffées " pour passer rapidement le message au médecin afin qu'il nous rappelle des que possible.
Besoin d'adresses mail directes, de portables de garde, de lignes téléphoniques dédiées aux médecins
après une carrière de 16 ans comme PH, mon "réseau personnel" est assez fourni
un réseau ne se constitue pas du jour au lendemain ,il faut du temps
Un annuaire des professionnels avec numéro direct ou adresse mail sécurisé, régulièrement mis a jour ,serait souhaitable.
Dégradation des relations au fil des années et dégradation de la prise en charge hospitalière et des retours aux libéraux.
Globalement ça se passe très bien dans la région de Saverne.
coordination des soins=temps administratif supplémentaire,attente de réponses qui ne viennent pas prise de tête....alors qu on croule sous le travail CPTS:lors de la 1ere réunion création cpts j ose demander si la cpts se charge de trouver des rendez-vous spécialistes et imagerie dans des délais raisonnables ?pas du tout.... On tombe toujours sur le même problème :manque de tout
Je ne ressens pas du tout l'envie de collaborer plus avec les administratifs qui nous inondent tous les jours. Bientôt les médecins qui ne soignent pas vont être plus nombreux que les soignants. C'est " la fin des haricots". Les CPTS ne sont rien d'autre que la volonté des administratifs (ARS et autres) de mettre encore plus la main sur les médecins. IL NE FAUT PAS ACCEPTES CA. Notre système de santé n'a jamais été autant en déficit que depuis qu'il est dirigé par des non médecins.

J'aurai besoin de numeros réservés aux professionnels de santé (ou de mails) pour communiquer avec les autres spécialistes libéraux avec qui je partage mes patients. Les correspondants hospitaliers (Colmar pour moi) sont accessibles via des lignes qui nous sont réservées (type 06...) et ça a été une véritable évolution pour notre communication.

La multiplicité de structures différentes n'aide pas.

Il est plus facile de joindre et connaître les interlocuteurs libéraux (par rapport aux hospitaliers publics). Les relations sont très personnes dépendantes. Plus ils sont débordés moins ils sont accessibles. Donc sans libérer du temps, impossible d'améliorer la communication.

Toutes ces commissions n'ont qu'un seul intérêt : dépenser l'argent des contribuables et justifie le salaire d'incompétents

Installé ici depuis 48 ans, après 3 années de remplacement sur le même site, mon problème est essentiellement lié au fait du départ à la retraite progressive depuis une décennie, de mes anciens correspondants habituels, aussi bien hospitaliers que libéraux, avec lesquels j'avais pu établir des lien au fil des années à l'occasion de réunions organisées par des labos pharmaceutiques. Tout ceci a disparu et faire encore de la FMC le soir à 76 ans c'est plus du tout mon truc ... Mais bon on fait avec ! Et puis dans mon petit coin d'Outre-Forêt alsacienne ça ne va pas encore trop mal ! J'avoue aussi être aujourd'hui tres mal renseigné sur les possibilités d'aide sociale et socio-médicale locale et des textes qui régissent tout cela, alors j'oriente les patients sur une assistante sociale de secteur et je la laisse gérer les problèmes qui relèvent de son exercice professionnel.

Les relations entre les praticiens dépendent des personnes et non pas de « l'hôpital » certaines relations sont excellentes et d'autres nulles. Certains praticiens communiquent et pas d'autres . Et la prise en charge ne changent pas « grâce à la communication entre praticien de ville et hôpital !! La prise en charge médicale dépend de la compétence des praticiens !!. La bonne relation permet la fluidité et la continuité de soins du patient et facilite la prise en charge entre les praticiens mais pas parcequ'on fait des réunions scientifiques ! Parce qu'on prend le téléphone et on s'appelle entre nous sans intermédiaire . Parce qu'on prévient le correspondant de l'état du patient , des anomalies ou la surveillance qu'il faut faire etc ... pas plusieurs intermédiaires . D'où les bonnes et mauvaises relations

Utilisez-vous un autre moyen de communication pour échanger avec les médecins hospitaliers pour un bilan en vue d'une hospitalisation directe ?

courrier papier et RV du patient chez ce médecin

- dect de garde - un portable d'astreinte dans certains services

Non, utilisent t ils seulement autre chose que le téléphone ?

Réseau personnel et privé

Quels autres moyens de communication utilisez-vous le plus souvent pour échanger avec les médecins hospitaliers pour un avis spécialisé sans hospitalisation ?

Lettre

Email non sécurisé de secrétariat (le seul fourni par les services hospitaliers)

Réseau privé personnel

COURRIER si l'avis n'est pas urgent

Quels autres moyens de communication utilisez-vous le plus souvent pour échanger avec les médecins hospitaliers concernant le suivi d'un patient?

Courrier

Le courrier papier

Réseau privé personnel

COURIER

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Organisation pratique coordination ville-hôpital" ?
Organiser des rencontres tous les deux ans par exemple, ville hôpital. Avoir un référent hospitalier pour que le référent ville puisse communiquer
le DMP est utile s'il est alimenté quand on n'as pas eu le courrier par messagerie sécurisé mais ce n'est pas un outil de communication plus de coordination
Les outils qui se déploient (DMP, Parceo) répondent à un besoin mais sont encore sous-utilisés
L'hétérogénéité et la multiplicité des supports numériques de communication variant d'un établissement à un autre, variant d'un service à un autre au sein d'un même établissement est source de tracas pour le médecin généraliste pour obtenir un avis au plus rapide.
Contacteur n confrère hospitalier est très chronophage (au moins 15 min), j'y renonce trop souvent pour cette raison
Le DMP peut être un bon outil, encore faut-il qu'il soit exploitable par les hospitaliers.
Ces nouveaux outils (MMSanté, DMP) sont intéressants: il faudra que je m'y mette sérieusement: c'est pas évident de changer de mode de communication...
Très difficile de joindre des médecins du CHU. Le système "téléphone" du CHU est d'un autre âge. Certains services de mon hôpital de référence, n'ont qu'une ligne téléphonique, très souvent occupée; une grande perte de temps, inacceptable pour nous. Et ceci depuis longtemps. Inacceptable en 2023. Certaines secrétaires des services hospitaliers, commencent leur travail à 9h (nous à 8 heures...) : c'est le "monde à l'envers". Donc, beaucoup de commentaires négatifs.
Utilisation du DMP = jamais
Les libéraux communiquent directement via les moyens sus-cités. Alors que les hospitaliers délèguent ces moyens de communication à leur secrétariat. Cela agit comme un filtre que seul le téléphone peut palier
Jamais
Ayant toujours refusé de m'équiper d'un terminal pour lecture de carte VITALE je j'alimente aucun DMP De toute façon je considère que le principe même du DMP est une vaste fumisterie et que cela ne peut aboutir à terme qu'à un recueil de "données foutoir", personne n'ayant actuellement le temps de le structurer.
Échec systématique quand je veux ouvrir le dmp des patients... Du coup ça ne facilite pas l'utilisation de cet outil de communication.
Je suis très variée dans mes relations avec les cliniques et hôpitaux avec qui je travaille Avec certains services j'ai de très bonnes relations et contact direct et hospitalisation directe et avec d'autres impossible de joindre et donc impossible d'hospitaliser ! Donc la réponse à vos questions sont difficiles ! Globalement contact téléphonique et envoi doc par mmsante sécurisé

De quelle manière y participez-vous? (Autre texte libre)
réseaux

Quels seraient les moyens pour renforcer les coopérations ? (Autre texte libre)
Se parler
changement de mentalités dès l'enseignement universitaire +++
APPRENDRE AUX GENS CE QU'EST LE BON SENS.
Libérer du temps aux hospitaliers débordés
Me donner les moyens d'embaucher une secrétaire pour dégager du temps médical.

Quel sont vos retours concernant les réunions de concertations auxquelles vous participez ou que vous avez pu observer ?
Il est important de bien préciser la question à traiter et la composition du groupe de travail
J'ai participé il y a qlq années à des projets améliorant la prise en charge des personnes âgées dans notre territoire. Dès que qlq chose commençait à prendre forme ac certaines structures, elles disparaissaient ou les interlocuteurs changeaient de poste.... Il lien avait commencé à se mettre en place avec l'hôpital....arrêt du projet car subitement plus de subventions ou mission terminée pour les confrères hospitaliers donc arrêt des rencontres. Si seulement il pouvait y avoir une stabilité, une vision à au moins moyen terme plutôt que des projets qui utilisent une énergie folle aux participants, qui gonflent et qui, comme un souffler au fromage, tombent d'un coup !
faible mobilisation de certains médecins
Les réunions pluri professionnelle sont toujours très utiles au patient
je pratique de l'addictologie et je rencontrer de temmps en temps le csapa, ce sont les patients qui en tirent les bénéfices!
positifs, permet d'éviter le déplacement des patients, permet une meilleure coordination
peut apporter du mieux
Bonnes
Que les gens sont lents à acquérir le bon sens.
Je visite systématiquement mes patients hospitalisés et ce depuis plus de 30 ans... Et apparemment, selon les retours des hospitaliers que je rencontre quasiment à chaque fois, je suis le seul à faire cela ! A l'inverse, la venue des hospitaliers à notre séance mensuelle de notre FMC locale est plus qu'épisodique alors même que l'ambiance entre les praticiens n'est pas mauvaise. D'un côté comme de l'autre, cela suppose un investissement supplémentaire et désintéressé que personne n'est visiblement prêt à faire. Et je n'ai pas l'impression que la génération arrivante soit prête à plus d'investir sur le plan professionnel !
Cela a permis de trouver le référent hospitalier qu'il faut contacter
Les réunions de concertation sont un point positif arce qu'elles permettent de se connaitre et facilitent les contacts ultérieurs
Réseau personnel privé
Quelles réunions ?
Je ne participe pas à ces réunions
Aucune participation à quoi que ce soit depuis mon passage au statut de Retraité-Actif il y a 11 ans
Je n'ai aucun retour
Pas assez de temps accordé en RCP pour approfondir les dossier, mais valeur consultative intéressante
Je n'ai pas fait de réunion ville hôpital mais ville post hospitalisation ! Sac de noeud
Pas assez de professionnels présents que ve sont ka ville ou l'hôpital

Quel sont vos retours concernant les réunions de concertations auxquelles vous participez ou que vous avez pu observer ?
Il est important de bien préciser la question à traiter et la composition du groupe de travail
faible mobilisation de certains médecins
peut apporter du mieux
Bonnes
Que les gens sont lents à acquérir le bon sens.

Je visite systématiquement mes patients hospitalisés et ce depuis plus de 30 ans... Et apparemment, selon les retours des hospitaliers que je rencontre quasiment à chaque fois, je suis le seul à faire cela ! A l'inverse, la venue des hospitaliers à notre séance mensuelle de notre FMC locale est plus qu'épisodique alors même que l'ambiance entre les praticiens n'est pas mauvaise. D'un côté comme de l'autre, cela suppose un investissement supplémentaire et désintéressé que personne n'est visiblement prêt à faire. Et je n'ai pas l'impression que la génération arrivante soit prête à plus d'investir sur le plan professionnel !

Cela a permis de trouver le référent hospitalier qu'il faut contacter

Les réunions de concertation sont un point positif arce qu'elles permettent de se connaitre et facilitent les contacts ultérieurs

Quelles réunions ?

Aucune participation à quoi que ce soit depuis mon passage au statut de Retraité-Actif il y a 11 ans

Je n'ai aucun retour

Je n'ai pas fait de réunion ville hôpital mais ville post hospitalisation ! Sac de noeud

Pas assez de professionnels présents que ve sont ka ville ou l'hôpital

Parlez-nous des projets dans votre territoire ?

La CPTS travaille naturellement sur les échanges d'information avant, pendant et après l'hospitalisation. Une réflexion est également en cours sur la permanence des soins avec mise en place d'une maison médicale de garde.

projet de mieux se connaitre et mieux communiquer sur le GHT entre liberaux et hospitaliers ?

Je ne sais pas

Non.

ESP créée par notre association médicale et projet de CPTS en cours.

Nous avons un projet de cpts. L'hôpital dobernai a mis en place de bon echzngge ville hopital lors des hospit.

L'URPS-ML organise un annuaire pour trouver les professionnels de santé et leurs spécificités, ainsi que les outils de communication qu'ils utilisent. C'est Annumeic. Démarrage en ce moment (mai 2023) La communication avec plusieurs hopitaux du 67, dont le CHU, est assez bonne avec mails par lifen et courriers dans le DMP

Je n'en connais pas

je crois savoir qu'une CPTS s'est crée dans mon coin, mais je ne me sens plus concerné par tout cela ! J'exerce en secteur 2 depuis 1985, actuellement encore uniquement sur RV, à raison de 3 demi-journées par semaine, 2 RV maxi par heure, sans aucune visite à domicile....évidement mes tarifs ne sont pas ceux de la sécu, faute de quoi je n'aurais pas exercé une heure de plus au delà de la date de ma prise de retraite...bref le paradis médical, sans aucun rapport avec les contrainte d'exercice de tous mes confrères du secteur et ailleurs ...

Non

Ne connais pas

Je ne les connais pas

Comment pourrait-on selon vous améliorer le lien ville-hôpital dans votre territoire ?

Annuaire des tel,des mails de tous les professionnels ville hôpital

dans le cadre des CPTS développer des staff thématiques avec des hospitaliers : pe gériatrie, soins pal , ABT , psychiatrie, diabète, pédiatrie, Urgences

La CPTS y contribue positivement

Par le biais de formations Plus de médecins hospitaliers !

CPTS et rencontres entre les acteurs
Usage d'un outil unique de communication pour tous les acteurs d'un même territoire. Une filière bien définie pour les partages d'avis et les demandes d'hospitalisation direct programmée dans chaque service (sans pour autant entrer en concurrence avec les demande d'hospitalisation des confrères urgentistes) Valoriser financièrement les demandes d'avis non présentiel des confrères hospitaliers du public. Participation à des groupes de pairs incluant des confrères ville/hôpital Plus de participation des médecins généralistes aux RCP de leurs patients ce qui implique de connaître les dates et les horaires des RCP (probablement non compatible avec nos horaires de consultations pour que l'on soit en présentiel :usage d'un outil de visioconférence que l'on pourrait re visionner de façon sécurisée)
Favoriser la téléexpertise avec visio incluse
Lignes directes ou mail direct d'avis et d'hospit (avec réponse)
moyens de communication direct : que les spé donnent leur portable et pas juste le généraliste pour éviter d'attendre à sa platerforme de télésecrétariat valoriser (financièrement) les avis spécialisés donnés par les spé valoriser les hospit directes sans passer par les urgence
télé expertises
Une réponse téléphonique et éviter de multiplier les dispositifs
APPRENDRE AUX GENS CE QU'EST LE BON SENS.
Arrêter de multiplier les moyens de communication, en garder UN et le generaliser partout, partout, partout. Rémunérer la communication (au début) pour instaurer des habitudes.
Retrouver le sens de l' éthique médicale ! Mais vaste projet... Redonner du sens aux mots « collectif », « communauté » mais même réflexion qu'à la ligne précédente !
Avec un référent hospitalier à contacter .
- Idéalement, avoir accès aux portables des correspondants et à aux mails qu'ils lisent par annumedic (ou autre mise à disposition, notamment les établissements - Avoir un professionnel de santé (case manager) à qui on confie une situation et qui la gère en trouvant le ressource adéquate dans l'établissement - Des sites des établissements orientés vers l'information pratique
?
Outils de communication performants et simples d'utilisation Rencontre avec les médecins hospitaliers
Aucune idée Faisant partie de la "vieille garde" je trouve tout cela tres lourd, et loin de l'idée que je me faisait la médecine ils a 50 ans
Il faudrait un meilleur partage des dossiers de patients que nous avons en communs, plus de considération de la part des hospitaliers (qu'ils arrêtent pour certains de nous dénigrer après des médecins en formation), un vrai échange d'égal à égal. Il faudrait aussi des outils plus performants, qui ne rament pas, ergonomique. Peut-être des espèces de Zoom de quelques minutes pour faire le point sur des patients en communs. Peut-être mélanger les médecin de ville et d'oral pour les réseaux tel que soins palliatifs, had...
améliorer la coordination: exemple: anticiper un retour à domicile pour assurer le suivi: un retour à domicile pour un patient est encore trop fréquent en veille de week-end et c'est la galère...
Éviter les réunions pour ne rien dire Trop d'outils de communication tuent la communication ! Le téléphone et au Max un mail pour confirmer est largement suffisant pas le temps pour plus que ça !! Celui qui a le temps ne peut pas consulter en même temps c'est un médecin qui fait du bureau !! Évitions les intermédiaires inutiles : Prado etc .. Évitions la paperasserie inutile Engageons du personnel adapté aux postes adaptés : plus de personnel aux urgences (Medecin /Ide) Engageons plus de secrétaires médicales dans les services hospitaliers pour que les médecins et internes aient moins de travail administratif Libérons les soignants de leur tâche « papier » Revenons à la base de notre Métier : le soin !! La communication le plus facile : téléphone, courrier même manuscrite et mail éventuellement ! Et c'est tout !!! Arrêtons de compliquer les choses

Outils plus performants

Quelles sont vos attentes concernant cela ?
--

pouvoir éviter passages au urgences inutile, augmenter la pertinence des recours.

Nous dégager du temps dédié à la coordination et aux rcp Améliorer les délais pour les courriers post hospit ou post consultation

pouvoir joindre un Hospitalier quand on en a besoin (avis, coordination des soins, hospit)
--

plus grand chose vu l'avancée des déserts ,on est foutu

Une meilleure considération de la pratique libérale par les hospitaliers.

UNE AMELIORATION

Je n'y crois plus.

Les quelques années restantes me font renoncer à toute attente !
--

Mise en place d'un organigramme avec numéro direct
--

- Que la facilité d'information des patients et des médecins par les sites des hôpitaux soit une priorité et fassent partie de l'évaluation des structures
--

Aucune

Annuaire avec numéros direct des spécialistes pour s'appeler en direct ou organiser un rendez-vous en visio Communication sur les outils déjà existants Soirée de formation avec des professionnels hospitaliers pour présenter les équipes

Aucune, et je suis sans illusion sur l'évolution de l'exercice de la médecine dans la prochaine décennie
--

Une amélioration de la communication, une meilleure connaissance des pratiques médicales (quelqu'un qui n'a fait que de l'hôpital ne peut pas savoir comment ça se passe en ville...)

Ce plus haut J'ai mis pêle-mêle mes idées

Améliorer la prise en charge des patients

Quels pourraient être les pièges à éviter ?
--

multiplier les outils, (pas de nouvelle messagerie sécurisé !) penser que en "communiquant mieux" tout sera résolu : il faut du personnel et de l'argent pour le payer ! penser qu'on peut remplacer les médecins et paramédicaux par des start-up informatique et mettre tout l'argent là dedans.
--

Multiplier les réunions

Changer à tout bout de champs d'interlocuteurs. Il faut de la constance

Augmenter les paperasseries

Mails et tel sans réponse (amplitudes horaires inadaptées)
--

trop d'outils tue l'outil

perdre trop de temps

Diviser la communauté médicale

DE SE REPOSER SUR SES LAURIERS

Créer un N-ième outil de communication.

Penser que l' »argent » pourrait être utile !

Saturation des téléphones

Créer des administratifs en plus alors qu'on a besoins de soignants !!
--

Mettre en place des dispositifs chronophages.

Trop de plates-formes ou d'outils de communication, différents d'un hôpital à l'autre, qui risquent donc de nous "noyer" sous les informations et au final de n'utiliser aucun outil
--

Je ne sais pas, mais évitons l'hospitalisa-centrisme à tout prix cher à nos politiques de tout bord.
--

La réunionite inutile.

De faire trop compliqué quand on peut faire simple dr tomber dans la bureau et technocratie !!
--

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Votre expérience pour faire vivre le lien ville-hôpital" ?
L'hôpital et l'ambulatorio restent très différents et les barrières ne tombent pas du jour au lendemain
Plus de médecins Des secrétaires plus aimables et des heures d'ouverture plus larges
C'est indispensable pour le suivi des patients, on est encore à l'âge de pierre!
faut du temps
Dans l'ensemble je suis quand même content.
Les hospitaliers ne voient pas les libéraux comme une prolongation de leurs soins en ville. Du coup, on crée des postes d'IPA plutôt que de communiquer avec des libéraux médicaux et paramédicaux qui exercent à proximité d'un patient. La fracture est trop profonde pour se refermer selon moi et les institutions (administrations des hôpitaux, ARS, ministère) souffrent de la même cécité. Ils opposent même libéraux et hôpitaux, leur budget, leur tarification, etc.
Non
Il faut faire du partage d'info une priorité absolue
Non
Je pense qu'une meilleure communication, une vraie connaissance de la pratique de chacun pourrait améliorer le lien sans nous faire perdre du temps, bien au contraire.
c'est compliqué
Enlever les intermédiaires non médicaux non nécessaires Courage pour votre travail

D. Annexe 4 : Commentaires libres des médecins hospitaliers

De quelle manière participez-vous à des projets de coopération ville-hôpital ? (Autre texte libre)
équipe mobile
CA ADIRAL, Maison de Santé Béthel...
cellule medicosociale du 15
procreation medicale assistee

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Vos relations institutionnelles avec la médecine de ville" ?
Refus absolu de la ville de participer à la continuité des soins pour les patients relevant de leur établissement
Du fait de mon activité de médecin réanimateur, je ne suis pas en première ligne pour des échanges concernant les patients avec la ville (sortie directe vers le domicile de nos patients, quasi-impossible !)
très peu de coopération dans ma spécialité
Pour le Fax, il s'agit de "l'inondation" quotidienne des résultats de labo de ville
de plus en plus difficile d'avoir un contact avec les médecins traitants (plus de secrétariat messages répondeur sans possibilité de laisser soi même un message
difficulté à joindre nos confrères quand nous ne disposons pas de leur 06 ou leur adresse mail
nous sommes joignables 7j/7 24h24 mais les SSR sont très difficilement joignable surtout les privés qui ne nous aident que très très peu pour faire sortir les patients
Concerne principalement des dépannages de stocks- penurie- info de pharmacovigilance

Tout le monde est débordé en ville comme à l'hôpital avec la désagréable impression que Certains médecins considèrent que les médecins hospitaliers ont "plus le temps" ou d'autres se déchargent des patients vers l'hôpital sans se poser de questions ou chercher à y répondre.

Service de pédiatrie générale donc spécificités qui ne sont pas toutes prises en compte dans les organisations de médecine ambulatoire

juste sur le méthodologie : mis à part pour la première réponse , pas d'explications sur le sens de réponse des cercles à cocher . j'espère que le oui ou le plus est près de la marge et le non ou le moins près du texte .

mon telephone portable personnel est aussi sollicité un outil fourni par l hôpital serait justifié

l'hôpital gere tres mal l'hôpital n'a pas apicrypt... l'hôpital ne fait pas suivre les examens complémentaires aux médecins traitants l'hôpital interdit les admissions directes en service et fait tout transiter par les urgences, car ne fait pas confiance aux médecins de ville l'hôpital ne sait transmettre les examens de labo jusqu'en ville (non mais alo on est en 2023)

nous avons des excellent relation avec l'HAD et realisons au niveau du service de reunions reguliere de coordination au niveau de l'équipe soignante (medical si besoin)

en zone de pénurie.. on fait ce que l'on peut !

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Vos relations personnelles avec la médecine de ville" ?

Mes réponses sont adaptées à mon activité (Médecin Réanimateur au CHU)

je n'ai pas acces à ma connaissance au DMP

je suis surprise de voir apycrypt parmi les moyens de communication puisque nous ne sommes censés (aux dernières nouvelles) ne l'utiliser que pour la transmission des courriers de liaison.

Toute admission devrait être discuté de médecin à médecin par téléphone - en aucun cas par fax - en aucun cas par mail - et on n'adresse pas un patient aux urgences pour qu'il soit ensuite hospitaliser dans un service : perte de temps pour tout le monde s'il y a une place dans le service

sur le plan pratique, il manque une partie de l'intitulé des différents choix pour les questions , il est donc impossible d'y répondre

Le DMP n'est pas déployé à la PUI

Je ne sais pas comment me connecter sur le DMP. Il n'y a pas de lien institutionnel vers le DMP à ma connaissance

J'ai l'impression d'être un objet de consommation le plus souvent car l'autre en face n'a pas le temps (dit il) et ne sait pas (je le vois)et c'est tous le s jours pire (avec 40 ans d'expérience dans ma discipline) La seule chose qui marche un peu c'est le contact direct si on arrive a l'établir.

Nous envoyons les CR du SAU sur le DMP, mais j'ai peu de retour

difficile de contacter les praticiens de clinique (ligne payante, lorsque leur secrétariat est accessible, le praticien est toujours occupé et ne répond en général jamais)

Particularité de la pédiatrie ne rentrant pas dans le cadre de ce questionnaire discussion avec les pédiatres de ville et les médecins généralistes libéraux mais adressage facile aux pédiatres hospitaliers par une majorité des médecins généralistes pour des problématiques qui relèvent de la médecine ambulatoire

nous n'avons pas accès au DMP

en génétique le dossier partagé n a pas vraiment lieu d'être du fait de la confidentialite tres particuliere

tres bonnes relations avec les médecins de ville, du moment qu'on prend la peine d'entrer en contact avec eux je n'utilise jamais le DMP je ne sais pas ce que c'est la proposition jamais n'est pas sur votre formulaire un courrier fonctionne mieux qu'un acronyme imbitable le navigateur n'est pas a jour, je ne sais pas quoi correspond a quoi cocher, il y a juste des ronds a cocher je ne sais pas ce qu'ils signifient l'évaluation des rapports entre médecine d'hôpital et médecine de ville serait meilleur si nous avions des navigateurs a jour

Le DMP n'est pas utilisable depuis le GHRMSA, ou en tous cas nous ne savons pas du tout comment faire !

Quelles sont les bonnes initiatives que vous avez vécues ou observées ?

formation à la demande des médecins ambulatoires au fil de la prise en charge

mise en place de la télé expertise sur une plateforme dédiée (omnidoc)

Aucune

Priorisé les contacts physiques et entretenir le culte des réseaux qui apporte bien plus d'efficience et d'agilité. Développer des filières bien authentifiées.

Création de la CPTS COzen, qui a été ensuite anéantie par SOS médecins pour des raisons clairement financières et d'Ego de leur connard de président.

CPTS Mossig vignoble et CH saverne travaillent ensemble pour améliorer les parcours: admission directe des patients, amélioration de la transmissions des informations médicales et soignantes à l'entrée et à la sortie de l'hopital

-La collaboration avec la med gen au moment des premières vagues de covid -Les 06 d'appel à un sénior hospitalier pour discuter d'un cas, envisager une Cs urgente ou semi-urgente, ou une hospitalisation urgente ou semi-urgente -Les réunions régulières (tous les 2-3 mois)avec les référents de secteur de med gén , le WhatsApp d'échange du groupe

mise en place d'un reseau medicosocial traitant principalement des situations complexes

collaboration

-réunions conjointes de FMC -réunions lors de congrés -rencontres organisées par les labo

expérience très ancienne (années 2000) très intéressante mais tombée dans l'oubli

réunin médecin généralistes / spécialistes

je n'en connais pas

formation continue

Staff extérieur à l'hôpital organisé par des labos

Formations médecins avec le FAQSV Formations avec l'association ReVIH RCP lors que les médecins de ville viennent...

Tout est voué à l'échec si les praticiens (ville et hôpital) sont en sous effectifs et/ou organisent le sous effectif (travail partiel, temps de travail réduit) Les échanges que nous pratiquions par le passé et qui marchaient très bien ne fonctionnent plus faute de participants. Le problème est que tout ce que l'on met en place via internet ou tout moyen informatique est survolé oublié etc ... comme la formation des enfants sur les tablettes . Aucune évaluation de ces modes de communications qui foisonnent n'a été correctement effectuée.

création du CPTS Envoie des CR via DMP

Aucune

Réunions de formation

HAD, JALMAV

rccp obligatoire en cancérologie permettant un lien direct entre les membres de la filière. organisation dans notre ville d'une rccp commune publique privé - fonctionnelle depuis plus de 20 ans par contre lien avec la médecine générale plus lointaine

aucun modèle institutionnel. Simple habitude des médecins généralistes à nous joindre directement par téléphone ou mail qui s'est développé puisque nous répondions facilement, directement à leur appel ou mail
aucune
que des expériences mitigées, d'admission réalisées n'importe comment, d'énerverment entre urgentiste et médecins de ville vu l'absence d'admission directe
Réunions y compris en visio pour découvrir et échanger avec les différents partenaires de santé autour du neurodéveloppement pour améliorer l'articulation des différents intervenants, qui fait cruellement défaut et débouche sur des prises en charge doubles ou triples avec gaspillage des ressources en santé déjà minces
Soirées sur une thématique organisées à l'hôpital avec invitation des confrères libéraux
RCP digestive commune ville-hopital connaissance perso de spécialistes de ville et de qq généraliste bon collaboration avec l'HAD bon collaboration avec les epuie liberales IDE, sociale et de centre d econvalescence SSR du territoire
coopération lors de la période COVID

Quels sont les projets ville-hôpital réussis dans votre territoire ?
EMSP
Aucun
La filière AVC Pour notre pratique, la filière OHB, la filière transplantation hépatique et la filière hémato-cancéro en appui des filières concernées
Aucun
projet encore en cours d'élaboration, cependant les groupes de travail qui ont amenés à l'élaboration de ces projets ont plutôt été une réussite
-la collaboration des néphrologues hospitaliers avec les labos de ville -la collaboration de la pharmacie hospitalière avec les pharmaciens d'officine pour les chimios PO -la maison médicale de garde au SAU
pas trop
cf avant
non connus de ma petite personne
communication du numéro d'astreinte de pneumologie pour nous joindre directement
je n'en connais pas
formation continu avec ASSSFORMED
Aucun sur le plan pharmaceutique: intérêt? Certains médicaments ne sont disponibles qu'en ville d'autres qu'à l'hôpital.
Projets FAQSV, ReVIH, assistant partagé ville hôpital
Inconnus
CSNP, CPTS
les projets hopital-hopital fonctionnent avec le CHU de Strasbourg
Réunion ville hopital plusieurs fois par an
idem
prise en charge du diagnostic prenatal (filiere d excellence) Prise en charge de la procréation médicalement assistée prise en charge des demandes d'img (cpdpn hebdomadaire:centre pluridisciplinaire de diag prenatal)
hopital de proximité
pas d'informations a ce sujet

a colmar l'hôpital a su faire un annuaire qui est distribué aux médecins de ville les médecins de ville peuvent appeler directement les spécialités de l'hôpital de colmar cela permet de surseoir a certaines hospitalisations et permet de faire des admissions directes a Mulhouse, on arrive pas a faire cela juste faire un annuaire avec les numéros des services, ca semble simple... c'est tres efficace pour communiquer entre ville et hôpital recenser les numéros de téléphone est un bon début dans mon service j'ai fait l'inverse, j'ai constitué des listes avec adresses et telephone des médecins de ville sans cette liste on ne ferait rien initiative remarquable : connaitre les numéros de téléphone des correspondants on en est pas encore la il faudrait commencer par la a colmar, ca marche tres bien et c'est efficace

voir ci dessus

je cherche encore

Quelles sont vos principales attentes concernant la communication ville-hôpital ?

plus de facilité à joindre les médecins libéraux, par exemple en mettant en place des lignes spécifiques dédiées aux professionnels de soins

mise en place des outils techniques avec partage des informations de façon sécurisée

Arriver à réguler les flux intempestifs de patients aux urgences Impliquer les libéraux dans la prise en charge de la permanence des soins ce qui permettrait de retrouver un dialogue plus constructif. Réduire les écarts de revenus public / libéral

Que la médecine générale comprenne que la médecine d'urgence n'est pas la solution a tous leurs problèmes organisationnels et que quand on dit que l'on pas de solution à proposer, ben ce n'est pas une raison pour se décharger systématiquement sur les urgences.

-Transfert automatique du compte rendu clinique et examen complémentaires faits aux urgences au médecin traitant (Via un onglet directement disponible sur Dxcare, serveur des urgences Strasbourg) Notamment important lorsque des examens seront à réaliser en ville et prescrit aux urgences, ou lorsque une consultation de réévaluation est nécessaire -Accès au DMP depuis les urgences lorsque le médecin traitant n'est pas disponible et que le patient ne peut nous apporter les informations nécessaires -arrêter les admissions aux urgences pour « AEG »..., encore moins le soir ou week-end. Amélioration la communication directe entre libéraux et internistes, gériatres.

Fluidifier la PEC patient (limiter l'accès via les urgences, optimiser la transmission d'information patient), limiter la répétition des examens complémentaires similaires, gagner du temps médecin

-améliorer l'implication des spécialistes de deuxième recours libéraux dans les soins non programmés en particulier l'accès à des prestations le samedi matin ou en soirée évitant le recours indu au SAU pour un med gen ayant besoin d'un avis ou d'un examen semi-urgent -améliorer les outils informatiques de communication entre professionnels -accroître les contacts en présentiel entre professionnels de tous bords

un moyen de joindre facilement les medecins traitants

le bien du patient

-Avoir un dossier patient informatisé partagé

aucune

que le libéral arrête pour certains de "jeter" le patient à l'hôpital sans prévenir par "manque de temps" car le temps en libéral c'est de l'argent

communication instantanée via une application sécurisée

Nous devrions viser une communication commune à l'intention des petites concernant les modalités d'approvisionnement des médicaments et leur disponibilité.

des accès informatiques partagés plus développés cf Omnidoc

Je souhaiterai qu'il y ait plus de contact entre la ville et les spécialistes de l'hôpital, de nombreux passages au SAU serait évité. Ex: adressé pour transfusion chez un patient qui tolère bien l'anémie (RAD avec RDV HDJ) etc...
Assez désabusé par mes expériences, je n'ai aucun espoir réaliste.
Facilitation de la communication directe
ce que je constate dans ma pratique, c'est que la plupart des patients vu en consultation spécialisée n'a plus de médecin traitant, et donc le spécialiste fait office de médecin traitant. les téléconsultations privent les quelques derniers médecins traitants des consultations rapides, facile (infection virale de l'enfant, certificat médical etc...) pour ne leur laissé en présentiel que les pathologies chroniques, chronophages
Prise en compte des problématiques pédiatriques dans la CPTS, notamment sur les troubles du neurodéveloppement
lien à favoriser avec la médecine générale - intégration du MT dans les outils de télésurveillance (CUREty) - consultation de conciliation médicamenteuse avec les officines de ville- accès plus aisé avec l'intervention de IPA .
simplifier et améliorer la prise en charge des patients
aucune attente
travailler plus efficacement
Fluidifier les parcours de soins, recevoir des demandes de consultation neuropédiatrique argumentées pour faciliter leur programmation dans l'intérêt de l'enfant
de plus en plus de malades n'ont plus de médecin traitant, car bcp secteur en déficite: sundgau, St louis..., mais même a Mulhouse: 3 départ en retrait au 1/7/23 non remplacé, = 6000 malades sans med traitant ! cela devient difficile, car plus d'interlocuteur en ville c'est le principale probleme, la communication est certes important mais c'est pas le principal souci, si il y personne avec qui communiquer !
une participation du privé à la permanence des soins
meilleur adressage des patient et meilleurs organisation des examens complémentaires. amélioration de la prise en charge des patients ayant une pathologie chronique et éviter notammen des passages aux urgences.

Quels sont selon vous les pièges à éviter ?
ne pas imposer des modes de fonctionnement : liberté de choisir avec qui on partage les infos
Ne pas prendre en considération les remarques précédentes !
Que l'hôpital dise oui a tout et à tout le monde.
-penser que le problème se limite aux SAU et aux med gén; on besoin de l'implication de tous ! - accroitre le fossé entre "l'ambulatoire" et l'hospitalier en confondant l'apprentissage d'un métier et celui d'un exercice
perte du temps
-confidentialité -droits d acces
les mauvaises manipulations de téléphone qui vous font perdre un correspondant qui lui se décourage de vous joindre.
mettre toute la continuité des soins sur le dos de l'hôpital public
Que la PUI de l'hôpital se substitue au grossiste répartiteur
Fournir des numéros de téléphone et des accès sans les conditionner à certaines demandes urgentes ou prioritaires
Pléthore d'outils (DMP- jamais utilisé, videoconférences- plutôt des mauvaise expériences, messageries crptés - life, apycrypt) qui finalement risquent de pénaliser la communication directe

la téléconsultation mettre la clinique et l'hôpital sur un pied d'égalité dans l'admission des patients, arrêter la possibilité de tri des patients avec les pathologies spécialisées sur des patients légers pour les cliniques, le reste pour l'hôpital un pied d'égalité dans la permanence des soins : la radiologie interventionnelle, pourquoi imposer un 24/24 7/7 à l'hôpital, et protéger la clinique de cette permanence des soins

Ne pas financer le temps nécessaire à ces prises en charge complexes qui favorise le réadressage hospitalier pour des problématiques qui pourraient être gérées en ambulatoire mais qui ne le sont pas, faute de temps et de financement

Transfert de compétences inadaptées . le tout informatique : le lien humain est souvent un vecteur de bonne prise en charge

généraliser des plates formes téléphoniques alors que la communication locale passe bien dans mon lieu de travail

1) le sentiment de persécution des différents protagonistes qui finissent par s'énerver les uns les autres alors qu'ils ont les mêmes objectifs 2) la création de nouveaux acronymes qui mettent du bazar rajoutent du travail et ne règlent aucun problème 3) oublier l'essentiel étant noyé dans le bazar administratif

une politisation des "affaires médicales"

éviter un adressage systématique pour toute pathologie au CH participation des spécialistes de ville de manière équitable au dépistage augmentation de la charge de travail alors que le nombre de praticien est en baisse

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Votre expérience pour faire vivre le lien ville-hôpital" ?

Investir dans les rapports physiques (un nom - un visage)...

communiquer dans la bienveillance , comprendre les problématiques des libéraux et des hospitaliers pour être moins jugeants

organiser des réunions régulières par labo pharmaceutique ville hôpital (car le bénévolat a ses limites)

RIEN A ESPERER DE LA VILLE

Avoir plus de temps pour le faire et valoriser ce temps aujourd'hui pris sur nos heures libres

Le problème c'est le manque de médecins et cela ne changera pas tant que le nombre diminuera car nous allons tous manquer de temps par rapport à la demande

Rencontre annuelle

Il faut des effectifs de gens motivés...préalable à tout. Le point de non retour est atteint dommage... ça marchait ... Le simple fait que ce questionnaire existe est en soit une preuve d'échec de tout le système.

augmentation du nombre de médecins que ce soit en libéral comme à l'hôpital

Etre disponible lors des appels des médecins généralistes

rappeler l'objectif : aider les patients le reste n'est que détail technique

les ARS et la CPAM devraient cesser leur maltraitance de la médecine générale pour favoriser l'installation de généraliste sur notre territoire Malheureusement l'ensemble de la politique de santé va dans la mauvaise direction

par expérience, sans moyens, c'est un vœu pieux

Quels seraient les moyens pour renforcer les coopérations ? (Autre texte libre)

PDS pour tous les libéraux

obliger les cliniques à prendre en charge les patients

augmenter l'effectif médical

Avez-vous un commentaire à laisser pour cette partie "Vos attentes concernant les relations ville-hôpital" ?

rétablir la PDS obligatoire pour tous les professionnels de santé hospitaliers et libéraux

inculquer cette notion de responsabilité populationnelle à partager à l'ensemble de la communauté médicale dès les 1er jours des études médicales. Développer la déclinaison de toutes ces organisations tout au long des études médicales... Au total, anticiper les futurs "mode de pratique" possible pour un médecin et rétablir l'idée que chacun est un maillon d'une seule chaîne au service du patient, principale victime des défaillances du système de santé actuellement

rendre obligatoire les gardes PDSA pour les médecins généralistes (territoire à découper en gros secteurs) pour que ça fasse 1/ mois

Ce problème est récurrent , connu des institutions. Il y a donc un moment ou c'est aux instances dirigeantes de prendre en charge la résolution du problème. J'apprécie la démarche de me demander mon avis, mais c'est un problème dont l'ARS a conscience , notamment concernant les médecin intervenant en EHPAD (j'en ai parlé a une réunion en 2018) et a aucun moment des solutions ont été proposées. Il est donc facile de dire, ben quand il n'y a pas de solutions, les urgences le feront. STOP, il y a un moment c'est non et ca suffit. Donc dans la difficulté , chacun doit prendre ses responsabilités. Un administratif qui ne prend aucune décision, même si impopulaire, abouti au chaos vécu depuis plusieurs années, par tout le monde d ela médecine d'urgence, qui est le tampon organisationnel et administratif a toutes les insuffisances professionnelles de chacun.

Non mais remarque pour la question sur la spécialité que je ne pouvais pas compléter: je suis en santé publique

marre des administratifs qui foutent le dawa dans des choses qui marchaient bien (exemple : deconstruction annoncée des MAIA entrainant des démissions en masse de personnes très compétentes.... pour finalement prolonger sur 3 ans des structures qui sont maintenant exsangues)

Un parcours simple et clair pour nos patients

PLUS DE MEDECINS FORMES SVP (nous sommes au niveau de l'Azerbaïdjan actuellemnt en nombre de médecins formés par habitant...) cf ALERTE DE L'OMS

Il ne faut pas rajouter de la gouvernance et des systèmes qui ne fonctionneront avec les jeunes générations que si l'effectif est la. Tous ces systèmes modernes sont des pansements sur une plaie non traitée. Avec des effectifs , (et de l'argent) ces systèmes peuvent être intéressants sinon NON!! Le temps de travail et le mode de fonctionnement des jeunes générations justifient un doublement RAPIDE du nombre des praticiens qui doit s'ajouter a un doublement qu'il aurait fallu faire sur 20 ans des médecins du fait du vieillissement de la population et des nouveaux mode d'exercice (temps partiels, travail dans l'industrie etc..). Ceci revient a expliquer a la population que les "cotisations" doivent au minimum doubler (trois fois en Suisse!). Dans le cas contraire il faut accepter de dire que l'on travaille avec des emails et que l'espérance de vie va baisser considérablement...

il n'y a pas de probleme important dans les relations ville hôpital il faut faire un annuaire et ça suffit annuaire de l'hôpital disponible en ville, et inversement, les humains se parlant entre eux reglent naturellement les déconvenues et œuvrent naturellement vers leur objectif commun de soin imposer des complications obligatoires ne simplifiera pas la situation dépenser des moyens pour créer des acronymes compliqués ne soigne pas les gens, c'est de l'énergie perdue

ameliorer l'exercice de la medecine generale: payer correctement la consultation 35 a 50 EUR cela permet de payer (ou garder) une secrétaire au cabinet, qui est capital pour la coordination de soins ville-hopital (prise de RDV, faxer les documents, etc) il est illusoire de croire que le medecins g deja surcharge peuvent encore s'implique plus dans la coordination/communication, supprimer les ROSP, Vos proposition ci dessus sont sorti direct du "catalogue" des ARS, on connait bien leur fonctionnement: "rendre obligatoire", "objectives", "parcour de soins", "obligatoirement", "imposer",... c'est du bla bla administrative sorti direct du "new public management", il faut l'oublier, cela n'a pas marché dans le passé, ça marchera pas dans le future !

plus de moyens pour la santé publique svp merci d'avance !

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 [Internet]. 13 août 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005824192>
2. Ministère de la Santé. Parcours de soins coordonnés [Internet]. 2009 [cité 6 juin 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf
3. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 [Internet]. 21 juill 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>
4. Ministère de la Santé. Plaquette HPST grand public [Internet]. 2011 [cité 6 juin 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
5. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2011-940 [Internet]. 10 août 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024457033>
6. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 [Internet]. 26 janv 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
7. ARS Grand Est. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) [Internet]. 2024 [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-0>
8. ARS Grand Est. Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) [Internet]. 2018 [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-ght>
9. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 [Internet]. 24 juill 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260>
10. ARS Grand Est. Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) : à votre service pour trouver des solutions dans les situations complexes [Internet]. 2024 [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/dispositif-dappui-la-coordination-dac-votre-service-pour-trouver-des-solutions-dans-les-situations>
11. Ministère de la Santé. Dossier médical partagé (DMP) [Internet]. [cité 29 avr 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/mon-espace-sante/article/dossier-medical-partage-dmp>
12. ARS Grand Est. Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté) : un espace de confiance partagé [Internet]. 2025 [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/messagerie-securisee-de-sante-mssante-un-espace-de-confiance-partage>
13. ARS Grand Est. INS : fiabiliser l'identité de vos patients [Internet]. 2025 [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/ins-fiabiliser-lidentite-de-vos-patients>

14. Ministère de la Santé. Feuille de route : « Accélérer le virage numérique » [Internet]. 2019 [cité 4 juin 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf
15. Li E, Tsopra R, Jimenez G, Serafini A, Gusso G, Lingner H, et al. General practitioners' perceptions of using virtual primary care during the COVID-19 pandemic : An international cross-sectional survey study. *PLOS Digit Health*. 16 mai 2022;1(5):e0000029. doi:10.1371/journal.pdig.0000029
16. Cornille G. Impact de la pandémie de SARS CoV-2 sur la pratique de la téléconsultation en médecine générale dans la Manche [thèse de médecine] [Internet]. Université de Caen-Normandie; 2022 [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03969431v1>
17. Sory A. La téléconsultation à l'ère de la crise sanitaire du Covid-19, entre essor fulgurant et freins persistants [mémoire de master en droit et politiques de santé] [Internet]. Université de Lille; 2020 [cité 4 juin 2025]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_Droit/2020/LILU_DMDT_2020_023.pdf
18. Agence du Numérique en Santé. Le Ségur du numérique en santé pour les médecins de ville [Internet]. 2025 [cité 9 juill 2025]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/segur/medecin-de-ville>
19. Ministère de la Santé. Mon Espace Santé - Le carnet de santé numérique de tous les citoyens [Internet]. 2022 [cité 29 avr 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/mon-espace-sante/article/mon-espace-sante-le-carnet-de-sante-numerique-de-tous-les-citoyens>
20. Cordonnier J. Mise au point 2021 sur le DMP à partir d'une enquête de 2019 auprès de 2487 médecins généralistes [thèse de médecine] [Internet]. Université de Strasbourg; 2021 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_CORDONNIER_Jean.pdf
21. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. 28 févr 2007;297(8):831. doi:10.1001/jama.297.8.831
22. Dupont S. La transmission de l'information Hôpital-Ville à la sortie des patients ayant une maladie thrombo-embolique veineuse : Une nécessaire amélioration [thèse de médecine] [Internet]. Université Grenoble Alpes; 2008 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://santhese.univ-grenoble-alpes.fr/2008GRE15034-dupont-suzy-LT-arc.pdf>
23. Giraud M. Coopération ville-hôpital : Le point de vue des médecins généralistes [thèse de médecine] [Internet]. Université Grenoble Alpes; 2010 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://santhese.univ-grenoble-alpes.fr/2010GRE15112-giraud-marion-MP-arc.pdf>
24. Feintrenie C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Une enquête auprès des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien. [thèse de médecine] [Internet]. Université Henri Poincaré Nancy 1; 2010 [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: https://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_FEINTRENIE_CELINE.pdf
25. Signol B. La communication ville-hôpital en 2016 : constat et pistes d'amélioration [thèse de médecine] [Internet]. Université de Bourgogne; 2016 [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/927d64d5-a0d3-43c7-a494-0fbd2a258d21>

26. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées [thèse de médecine] [Internet]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 29 avr 2025]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/683/>
27. Nazroo A. Communication ville-hôpital en 2020 dans les Alpes-Maritimes : les préférences des médecins généralistes [thèse de médecine] [Internet]. Université de Nice Sophia-Antipolis; 2020 [cité 11 avr 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03113644v1>
28. Jacqmin G. Communication Ville-Hôpital : Point de vue des médecins généralistes du bassin minier concernant les voies d'amélioration de la collaboration avec le Centre Hospitalier de Montceau-les-Mines [thèse de médecine] [Internet]. Université de Bourgogne; 2023 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/b4ec9326-bbd2-4c20-a3fc-cf75a4a71c23>
29. Ricord A, Monnet-Poupon T. Réseau et communication ville-hôpital au sein du pays Salonais : Attentes et besoins des médecins généralistes libéraux ainsi que des médecins hospitaliers. Étude quantitative transversale [thèse de médecine] [Internet]. Université d'Aix Marseille; 2022 [cité 28 mai 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03668907v1>
30. Masson F. Relation ville/hôpital dans le suivi des patients traités par anticancéreux oraux : vers une information partagée sur le parcours du patient [thèse de pharmacie] [Internet]. Université de Lorraine; 2018 [cité 25 avr 2025]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297609v1>
31. Gerbaud LH. Etude de la relation entre les médecins généralistes et l'hôpital de Rochefort, quels moyens de communication pour optimiser la prise en charge ? [thèse de médecine] [Internet]. Université de Poitiers; 2019 [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/77dbf026-43cf-44a8-8544-d5fbb1d7117a>
32. Berrezaie R. Optimisation du lien Ville-Hôpital sur le territoire ploërmelais : étude avant-après du taux de réhospitalisations des patients de plus de 75 ans suite à l'introduction de moyens de communication entre médecine de ville et médecine hospitalière [thèse de médecine] [Internet]. Université de Rennes; 2023 [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04865691>
33. Enzinger L. Coopération Ville-Hôpital : Evaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile [thèse de médecine] [Internet]. Université Grenoble Alpes; 2018 [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925265/document>
34. Melin A. Évaluation d'un annuaire partagé ville-hôpital par les médecins généralistes de la région Dracénoise : une étude qualitative [thèse de médecine] [Internet]. Université Cote d'Azur; 2021 [cité 28 mai 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03429451v1>
35. Moreau M. Annuaire téléphonique d'avis hospitalier : quelle utilisation par les médecins généralistes d'Ile de France pour les avis spécialisés et les demandes d'hospitalisation ? [thèse de médecine] [Internet]. Université Paris Cité; 2021 [cité 28 mai 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04443632v1>
36. Lamotte L, Fassier M. Évaluation de l'annuaire des avis semi-urgents du Centre Hospitalier Métropole Savoie, auprès des médecins concernés de Savoie, à quelques mois de sa diffusion [thèse de médecine] [Internet]. Université Grenoble Alpes; 2024 [cité 11 avr 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04547144v1>

37. Beyrne M. Évaluation de SPICO Discussions comme outil de communication dans le cadre de la sortie d'hospitalisation dans les Pyrénées-Orientales. Enquête auprès des médecins généralistes [thèse de médecine] [Internet]. Université de Montpellier; 2022 [cité 11 avr 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03795453v1>
38. Castel M. Lien médecine de ville-hôpital : une évaluation des besoins et de la satisfaction des médecins généralistes du Douaisis via l'étude prospective de leurs recours à la hotline de la filière gériatrique du Centre Hospitalier de Douai [thèse de médecine] [Internet]. Université de Lille; 2023 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-41431>
39. Bochet E. Organisation de la filière « montagne » au centre hospitalier d'Albertville : Obtention de consensus par la méthode Delphi pour en améliorer l'efficacité [thèse de médecine] [Internet]. Université Grenoble Alpes; 2023 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04238666v1>
40. Marie L. Relation Hôpital-Ville : satisfaction et attentes des médecins généralistes envers le Pôle de gériatrie du Centre Hospitalier de Pau [thèse de médecine] [Internet]. Université de Bordeaux - Victor Segalen; 2018 [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01801456>
41. Toute l'Europe. L'Europe en région Grand Est : financements, programmes et aides de l'UE [Internet]. 2024 [cité 14 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.touteleurope.eu/l-europe-en-region/l-europe-en-region-le-grand-est/>
42. Handidonnées Grand Est. Population - Grand-Est - 2025 [Internet]. 2025 [cité 22 juill 2025]. Disponible sur: <https://grand-est.handidonnees.fr/page/population>
43. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2025. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1lz38w1/cnom_atlas_demographie_2025_tome_1.pdf
44. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. 2025 [cité 23 juill 2025]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo_gen_tot.act_reg&s=2025&selcodgeo=67&view=map10
45. Projections d'effectifs de médecins en Alsace [Internet]. 2023 [cité 23 juill 2025]. Disponible sur: https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins/_w_f75f33a1d068491ab9e09c3c5d3b04ee/#tab-5552-1
46. Paschy A. Communication Ville - Hôpital dans la Région Lorraine [thèse de médecine] [Internet]. Université de Lorraine; 2024 [cité 17 déc 2025]. Disponible sur: https://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED_T_2024_1049_PASCHY_ANTOINE.pdf
47. Coppée J. Communication Ville-Hôpital dans la région Champagne Ardenne [thèse de médecine] [Internet]. Université de Reims; 2023 [cité 17 déc 2025]. Disponible sur: https://www.urpsmlgrandest.fr/data/doc-358/20231208/15485_1.pdf
48. Pernossi V. Lien ville-hôpital: le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixoïis [thèse de médecine] [Internet]. Université Grenoble Alpes; 2018 [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01762208v1>

49. Agence du Numérique en Santé. Annuaire santé [Internet]. [cité 17 déc 2025]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/produits-services/annuaire-sante>
50. ARS Île-de-France. Annuaire santé Améli [Internet]. 2024 [cité 17 déc 2025]. Disponible sur: <https://datalogue.iledefrance.ars.sante.fr/catalogue/annuaire-sante-ameli>
51. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Tableau de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 17 déc 2025]. Disponible sur: <https://tableau.ordre.medecin.fr/recherche-avancee>
52. URPS ML Grand Est. Quels outils de coordination dans le Grand Est ? [Internet]. 2024 [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: https://myemail-api.constantcontact.com/Quels-outils-de-coordination-dans-le-Grand-Est----Congr-s-de-la-Maison-des-URPS---Nancy-les-15-et-16-f-vrier-2024.html?soid=1113912258394&aid=dgJ8f1_gOmw
53. Schlienger F. Annuaire des compétences ciblé pour la téléexpertise et travail complémentaire focus sur la médecine du sport : Intérêt pour les médecins de la région Grand Est et mise en place pratique avec « Annumedic » [thèse de médecine] [Internet]. Université de Strasbourg; 2023 [cité 17 déc 2025]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_SCHLIENGER_Franck.pdf
54. Agence du Numérique en Santé. APICRYPT-APICEM [Internet]. [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/produits-services/mssante/panorama-offres-mssante/apicem>
55. Agence du Numérique en Santé. Mailiz [Internet]. [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/produits-services/mssante/panorama-offres-mssante/mailiz>
56. Lifen. L'intelligence des données au service des soignants [Internet]. 2024 [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.lifen.fr>
57. Ministère de la Santé. L'espace de confiance MSSanté [Internet]. 2021 [cité 29 avr 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/article/l-espace-de-confiance-mssante>
58. DREES. E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans [Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale] [Internet]. janv 2020 [cité 18 déc 2025]. Rapport No. Disponible sur: <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p070194c.pdf>
59. Agence du Numérique en Santé. Messagerie Sécurisée de Santé professionnels et citoyens (MSSanté) [Internet]. [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/reglementation/fiches-reglementation/messagerie-securisee-de-sante-professionnels-et-citoyens-mssante>
60. Arriuberge P. Messageries Sécurisées de Santé et échanges d'informations médicales : enquête de pratique auprès de médecins généralistes libéraux du département des Landes [thèse de médecine] [Internet]. Université de Bordeaux; 2022 [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03670271v1>
61. Ajoodha A. Usage des moyens de communication numérique des médecins généralistes : étude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais [thèse de médecine] [Internet]. Université de Lille; 2023 [cité 18 déc 2025]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM006.pdf

62. Libération. Grève des médecins, budget de la sécu [Internet]. 6 janv 2026 [cité 29 janv 2026]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/sante/greve-des-medecins-liberaux-en-realite-la-plupart-des-mesures-qui-les-touchaient-directement-nont-pas-ete-adoptees-20260105_SMGLL2BZXVHRBC55HVETLVK6MU/
63. ARS Grand Est. e-CPS & Pro Santé Connect [Internet]. 2025 [cité 19 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/e-cps-pro-sante-connect>
64. Omnidoc. Solution de téléexpertise et de e-RCP [Internet]. 2025 [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://omnidoc.fr//medecins-generalistes/>
65. L'Assurance Maladie. La téléexpertise [Internet]. 2025 [cité 29 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>
66. Chevallier F, Chambrion C, Fuasset JV, Senebier B, de Smedt S, Lebreton J, et al. État des lieux des soins non programmés en soins primaires. Une étude descriptive prospective dans le Vexin. Vol. 36. 2024;36(5):109-17. doi:doi:10.3917/spub.245.0109
67. DREES. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés [Internet]. janv 2020 [cité 19 déc 2025]. Rapport No. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
68. Capelle S. Prise en charge des soins non programmés en médecine générale : Enquête auprès de 445 médecins généralistes en Alsace. [thèse de médecine] [Internet]. Université de Strasbourg; 2018 [cité 19 déc 2025]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2018/2018_CAPELLE_Stephanie.pdf
69. URPS ML Grand Est. Accès aux soins et disponibilité médicale : Résultats de l'enquête sur les délais de rendez-vous auprès des médecins généralistes. déc 2025. Rapport No.
70. Mutualité Française Grand Est. Accès aux soins dans les territoires : place aux chiffres du Grand Est [Internet]. oct 2020 [cité 14 janv 2026]. Rapport No. Disponible sur: <https://grandest.mutualite.fr/actualites/acces-aux-soins-dans-les-territoires-place-aux-chiffres-du-grand-est/>
71. ARS Grand Est. Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire [Internet]. 2019 [cité 22 déc 2025]. Rapport No. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/33546/download?inline>
72. ARS Grand Est. Déploiement des Services d'accès aux soins en Grand Est [Internet]. 2024 [cité 22 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/deploiement-des-services-dacces-aux-soins-sas-en-grand-est>
73. Speckel T. Prise en charge des soins non programmés dans le territoire du Centre Alsace [thèse de médecine] [Internet]. Université de Strasbourg; 2023 [cité 22 déc 2025]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_SPECKEL_Timothee.pdf
74. Bilbault P, Bronner C, Etienne A, Goudour J, Dagtekin S, Maire B, et al. BASCULE study : Is it possible to refer patients after triage in an emergency department to community medicine from a capacity standpoint for general medicine ? Ann Fr Médecine D'urgence. déc 2025;15(6):382-90. doi:10.1684/afmu.2025.0694

75. URPS ML Grand Est. Evolution des Gouvernances des CPTS [Internet]. nov 2025 [cité 14 janv 2026]. Rapport No. Disponible sur: https://www.urpsmlgrandest.fr/data/doc-358/20251127/18384_1.pdf
76. Nassif S. Analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé [thèse de médecine] [Internet]. Université Paris Est Creteil; 2021 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03392271v1>
77. Pestre C. Perception et intérêt des médecins généralistes à l'égard des communautés professionnelles territoriales de santé de leur territoire [thèse de médecine] [Internet]. Université Paris Est Creteil; 2025 [cité 23 déc 2025]. Disponible sur: <https://ecampus.u-pec.fr/front/publicLink/publicDownload.jsp?id=6d4751bc-0404-4e13-a7c6-43be9b5f93aaff646456-8754-4f18-88ea-88918be02eb6>
78. Lenoir V. Les représentations des étudiants de médecine générale inscrits à la faculté de médecine de Tours sur l'exercice coordonné au sein d'une CPTS [thèse de médecine] [Internet]. Université de Tours; 2023 [cité 23 déc 2025]. Disponible sur: https://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2023_Medecine_LenoirVictoria.pdf
79. Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Projet PANDA : l'expérimentation au service de la filière gériatrique de territoire [Internet]. 2025 [cité 3 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.chru-strasbourg.fr/projet-panda-lexperimentation-au-service-de-la-filiere-geriatrique-de-territoire/>
80. CPTS Mulhouse Agglo. Parcéo, outil e-parcours régional [Internet]. [cité 3 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.cpts-mulhouse-agglo.fr/parceo/>
81. Cureety. Cureety [Internet]. [cité 13 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.cureety.com/>
82. Strasbourg Eurométropole. Le Spot Santé [Internet]. [cité 3 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/spot-sante>

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : CLAUDE Prénom : Valentine

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Strasbourg, le 03/02/2026

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : La communication entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers est un élément essentiel pour garantir une prise en charge optimale des patients. L'objectif principal de cette thèse est l'évaluation quantitative des préférences des médecins généralistes de la région Alsace, concernant les moyens de communication et de coordination avec leurs confrères hospitaliers, et réciproquement. L'objectif secondaire est d'étudier les initiatives intéressantes concernant le lien ville-hôpital de la région Alsace. Une attention particulière a été portée aux attentes des différents médecins.

Matériel et méthodes : Deux questionnaires ont été envoyés, l'un à destination des médecins de ville et le second à destination des médecins hospitaliers de la région Alsace, par messagerie électronique entre mai et juillet 2023. Trois entretiens avec des acteurs institutionnels du territoire ont ensuite été réalisés entre avril 2025 et janvier 2026. La méthodologie est mixte, associant une analyse quantitative et une analyse qualitative des résultats obtenus.

Résultats : 106 médecins ont répondu aux questionnaires, dont 50 libéraux et 56 hospitaliers. Ils jugent leur relation plutôt bonne mais pouvant être améliorée. Ils mentionnent des difficultés de communication et un manque de coordination entre ville et hôpital. Le téléphone est le moyen de communication privilégié des médecins alsaciens. Il existe à ce jour une méconnaissance des outils informatiques de communication qui restent peu utilisés. Les médecins s'accordent sur le fait qu'il faudrait que les pouvoirs publics et les institutions investissent dans ce lien en valorisant les coopérations et en octroyant plus de moyens à cet effet.

Conclusion : En conclusion, la relation ville-hôpital est jugée comme moyenne par les 106 médecins qui ont participé à notre étude. On note davantage un manque de connaissance face aux outils numériques qui se multiplient et un manque de moyens logistiques et humains, plutôt qu'un désinvestissement des médecins dans la coordination. Ils montrent un fort intérêt pour l'amélioration de la relation et sont prêts à y consacrer du temps. Cependant, la complexité du système de soins et leur manque de connaissance de l'écosystème de santé semblent être un obstacle à la coopération. On note également des tensions entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers qui s'inscrivent dans un contexte plus large de surcharge de travail et de dégradation des conditions d'exercice qui pèsent sur l'ensemble du système de santé. En définitive, cette étude souligne que le renforcement du lien ville-hôpital constitue un enjeu majeur pour la qualité et la continuité des soins. Son amélioration ne pourra toutefois se faire sans une meilleure adéquation entre les politiques de santé et les besoins réels des médecins.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : communication, ville-hôpital, coordination, médecine générale, continuité des soins

Président : Professeur Emmanuel ANDRES

Assesseurs : Docteur Claude BRONNER (docteur en médecine générale), Docteur Romain HELLMANN (docteur en médecine générale), Docteur Philippe HILD (professeur associé de médecine générale)

Adresse de l'auteur : 5 rue de la Vignette, 67000 STRASBOURG