

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

n° _____

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

NOM : DUMONT Prénoms : Thibault, Jean-Baptiste

Date et Lieu de naissance : 22/10/1987, Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 30 juin 2016

**ÉTUDE DES RELATIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU TERRITOIRE DE
GENNEVILLIERS/VILLENEUVE-LA-GARENNE :**

**Analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé
lors de l'adressage d'un patient.**

Président de thèse : Professeur Aubin Auger Isabelle

Directeur de thèse : Docteur Picard Hervé

DES de médecine générale

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

ABREVIATIONS

I. INTRODUCTION	8
A. Introduction	8
B. Contexte	11
B.1 Généralités : «La Santé pour tous» et les Soins Primaires	11
B.2 Évolution des lois de santé en France et du rôle du médecin généraliste	16
B.3 L'amélioration du parcours de soins	20
II. MATERIELS ET METHODE.....	29
A. Type d'étude	29
B. Population d'étude	29
C. Étude qualitative	30
C.1 Les MG interrogés	30
C.2 Entretiens semi-dirigés	31
C.3 Réalisation des entretiens.....	31
C.4 Retranscription et analyse de contenu	32
D. Étude quantitative.....	32
D.1 L'échantillon	32
D.2 Le questionnaire (cf annexes)	32
D.3 Recueil des données	33
D.4 Récupération des données : codification et saisie.....	34
D.5 Analyse statistique.....	34
III. RESULTATS	34
A. ETUDE QUALITATIVE.....	34

A.1 Déroulement des entretiens	34
A.2 Vue d'ensemble des entretiens : ressenti de l'enquêteur	34
A.3 Description des entretiens.....	35
A.4 Caractéristiques démographiques :	36
A.5 Caractéristiques d'exercice :	36
B. Présentation des résultats qualitatifs.....	36
B.1 État actuel de la communication des MG avec les autres professionnels de santé	36
B.2 Intégration du degré d'urgence dans le processus de communication	44
B.3 Les facteurs permettant une bonne communication	46
B.4 Les obstacles à une communication efficace	50
B.5 Les propositions d'amélioration.....	59
C. ETUDE QUANTITATIVE	65
C.1 Réalisation de l'enquête	65
C.2 Caractéristiques socio-démographiques.....	66
C.3 Etude de l'adressage et des supports de communication	72
C.4 Etude du mode d'écriture des lettres/ordonnances lors de l'adressage	85
C.5 Étude des retours.....	87
C.6 Fréquence des obstacles à la communication rencontrés par les MG lors de l'adressage de patients :	91
IV. DISCUSSION	93
A. Discussion	93
A.1 Discussion de la méthodologie	93
A.2 Discussion des résultats	101
B. Discussion Commune.....	126
B.1 La place du patient dans son parcours de soins.....	128

B.2 Le manque de temps et de ressources à consacrer à la communication interprofessionnelle	130
B.3 La méconnaissance de l'offre de soins.....	138
B.4 L'offre de soin est limitée.....	140
B.5 L'urgence : temps essentiel dans la communication, la coordination et le parcours du soin du patient.....	141
B.6 La coordination comme élément propre	148
V. CONCLUSION	170
A. Conclusion personnelle.....	170
B. Conclusion commune aux trois thèses :	172
B.1 Le manque de temps et de ressources :	173
B.2 La méconnaissance de l'Autre :.....	174
B.3 La communication et la coordination en tant qu'élément propre.....	175
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	179
VII. ANNEXES.....	188
A.1 ENTRETIENS	188
A.2 QUESTIONNAIRE	211

REMERCIEMENTS

Au Docteur Hervé PICARD, pour ses conseils, sa rigueur, sa bienveillance et sa disponibilité.

A Madame le Professeur Isabelle Aubin Auger d'avoir accepté de présider ce jury.

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre Aubert, et Monsieur le Docteur Julien Gelly de me faire l'honneur de constituer à ce jury.

A la Faculté de médecine Paris 7 et au département de médecine générale, qui m'ont accompagné jusqu'ici.

Aux médecins et professionnels hospitaliers, de ville, de m'avoir guidé et formé.

A Charlène Le Metayer et Koré Mognon, cothésards et amis pour leur soutien, leur motivation et leur patience à mon égard. Un grand Merci !

A ma maman Catherine, mon papa Olivier, mon frère Raphael de m'avoir aidé et supporté, à travers ce parcours. Je leur dois tout.

A tous ceux qui ont pris du temps pour relire et enrichir cette thèse.

A mes amis.

A la vie, pour la paix.

ABREVIATIONS

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARSIF : Agence Régionale de Santé Ile de France

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Assistante Sociale

CMS : Centre Médico-Social

CRH : Compte Rendu Hospitalier

DEI : Diplôme d'Etat Infirmier

DMP : Dossier Médical Partagé

ECP : Examens Complémentaires

ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération

ETP : Education Thérapeutique Personnalisée

G : Gennevilliers

GVLG : Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire.

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPC : Interprofessional Collaboration

IPE : Interprofessional Education

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

MK : Masseur Kinésithérapeute

MS : Médecin Spécialiste

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de Santé

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoire

PNMG : Professionnels Non Médecin Généraliste

PSUGVLG : Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers / Villeneuve-La-Garenne

RDV : Rendez-Vous

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

V : Villeneuve-la-Garenne

A noter,

certaines parties de l'introduction, de la discussion et de la conclusion sont communes aux thèses de T. Dumont, C. Le Métayer, K. Mognon portant sur l'étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne.

I. INTRODUCTION

A. Introduction

“ La santé pour tous “ pour une meilleure « justice sociale » est le discours à la base de la santé dans le monde depuis une quarantaine d’années (1).

Au centre de cette nouvelle approche de la santé : les “soins primaires”.

L’expression “soins primaires” est souvent utilisée pour parler de l’organisation du système de soins dans son ensemble, faisant référence aux notions de premier recours, d’accessibilité, de continuité et de permanence des soins en lien avec les autres acteurs de soins (paramédicaux, médecins spécialistes...). La médecine générale devient le socle de cette nouvelle organisation.

Malgré un système de santé traditionnellement organisé autour de l’hôpital depuis la loi de 1958 (2), un virage a été initié, avec retard, vers la santé primaire et ambulatoire à la fin des années 1990.

Dans ce cadre, trois axes majeurs ont été développés :

- La notion de médecin généraliste/”Gatekeeper” ;
- Le parcours de soins coordonnés ;
- La territorialisation du système de santé.

Le médecin généraliste est ainsi devenu la porte d’entrée du système de santé français et trois de ses sept missions définies par le code de la santé publique (2) sont :

- L’orientation des patients dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- La coordination des soins au sein du parcours de santé ;
- La synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.

Il se trouve ainsi au centre du parcours de soins coordonnés qui est défini par l'ARS comme: "La trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours a priori et calibrer et anticiper les ressources nécessaires "

Initié en 2003 (3) et développé dans la loi HPST de 2009 (4), le territoire de santé devient l'élément structurant l'organisation des soins. Il est envisagé comme un espace de concertation entre acteurs de santé au sens large. Son objectif est la mise en œuvre de projets médicaux sur un territoire donné pour organiser la prise en charge de patients et définir le rôle de chaque acteur de santé.

Le parcours de soins coordonnés par le médecin généraliste, au sein de territoires de santé, structure dorénavant l'organisation du système de santé français et définit les soins primaires étendus. (5)

L'objectif des soins primaires étendus est d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et la coordination des acteurs de soin autour et avec le patient.

Ainsi se développe en France des politiques de coordination des soins (réseau ville-hôpital, filière de soin spécialisée, protocoles de soins,...). Elles tentent de répondre aux enjeux du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des affections chroniques.

L'objectif est l'efficience de leur prise en charge au moindre coût.

La collaboration interprofessionnelle et la coordination des soins amènent aux notions de communication et d'adressage entre les professionnels de santé.

Paradoxalement, ces notions sont peu étudiées à l'échelle nationale et inexistantes à l'échelle locale. Or, celle-ci est indispensable à la mise en place d'une coordination cohérente et efficiente.

Nous avons décidé de nous intéresser au territoire de Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne (GVLG) qui accueille le pôle de santé universitaire (PSUGVLG) car il conduit une réflexion sur l'amélioration de la communication et de l'adressage entre les acteurs de santé au sein de ce territoire.



Dans cette démarche, un nouvel outil est en cours de développement : "Sharecollègues"; Il s'agit d'un annuaire interdisciplinaire partagé, en ligne et gratuit, destiné aux professionnels

de santé. Il fait suite à une étude menée au sein du PSUGLVG mettant en évidence l'intérêt des professionnels de soins primaires pour un tel outil.

L'objet de cette étude est d'interroger les médecins généralistes (MG) exerçant sur le territoire de GVLG sur la communication lorsqu'ils adressent un patient vers un autre professionnel de santé.

Le but est de mieux comprendre les modalités de communication des MG avec leurs partenaires et d'identifier les difficultés qu'ils rencontrent. Des pistes d'amélioration de la communication au sein du territoire pourront ainsi être proposées.

Pour mémoire, les deux autres thèses réalisées conjointement à cette étude apporteront un éclairage complémentaire à notre travail.

L'une de ces thèses étudiera le ressenti de la communication des professionnels de santé paramédicaux les infirmiers diplômés d'état (IDE) et masseurs-kinésithérapeutes (MK), vers lesquels les MG adressent leurs patients.

La seconde thèse décrira les flux de communication et d'adressage entre les acteurs de soin du territoire de GVLG afin de réaliser "une photographie" des échanges interprofessionnels.

B. Contexte

B.1 Généralités : «La Santé pour tous» et les Soins Primaires

1. Au niveau Mondial

Les soins de santé primaires (ou « soins de premier recours», «primary health care») répondent à un objectif de justice sociale. Ils ont été définis par l'Organisation mondiale de la Santé, à Alma Ata en 1978 (6) puis réaffirmés en 2008 (World Health Organisation, 2008) (7), et doivent garantir à tous un égal accès aux soins.

Les soins de santé primaires ont été définis au cours de cette conférence comme étant « des soins de santé essentiels ».

Les soins de santé primaires se définissaient par huit éléments :

- Une éducation concernant les problèmes de santé ;
- Une nutrition adéquate ;
- Des soins de santé maternelle et infantile ;
- Des mesures d'assainissement de base ;
- Un approvisionnement suffisant en eau salubre ;
- La vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
- La prévention et le contrôle des endémies locales ;
- Le traitement des maladies et blessures courantes ;
- La fourniture de médicaments essentiels.

Le niveau primaire des soins n'est pas segmenté, ni par âge, ni par sexe, ni par type de problèmes de santé, ni par capacité financière des patients. Il doit pouvoir répondre à 90 % des problèmes de santé. Inversement, les niveaux secondaires et tertiaires sont spécialisés et donc segmentés. Le niveau secondaire regroupe la médecine spécialisée au sens large (en ville ou à l'hôpital), et le niveau tertiaire est celui de la médecine de haute technologie (hôpitaux universitaires).

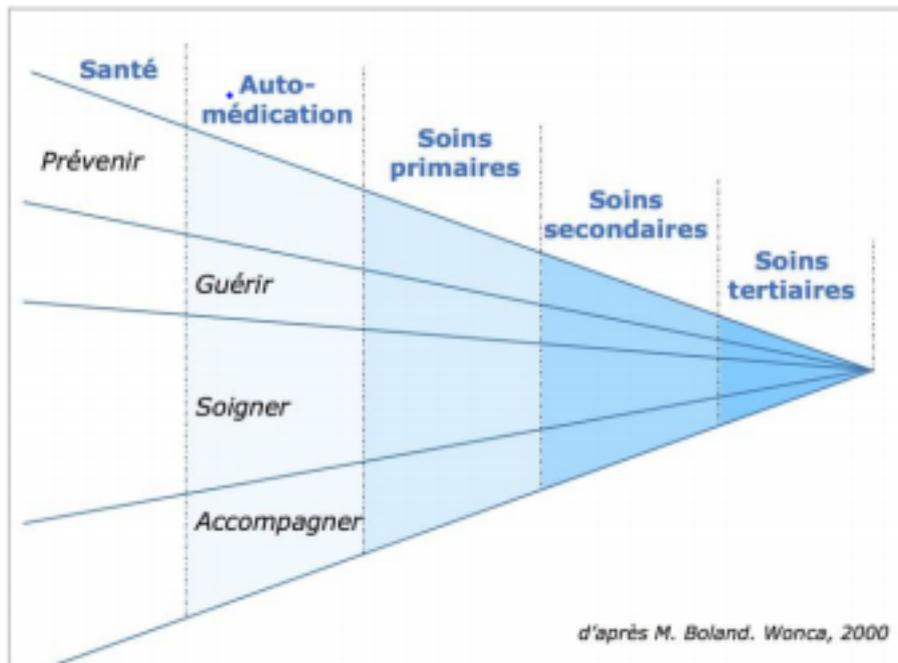


Figure 1 : Place des soins de santé primaires dans l'éventail des soins de santé

Dans les rapports 2009 de l'OCDE (8) et celui du Comité d'experts de l'Union Européenne (9), il a été souligné que les soins de santé primaires favorisaient l'équité et augmentaient la performance du système de santé. Des données scientifiques ont montré que des soins de santé primaires forts étaient associés à une meilleure santé de la population, à des taux inférieurs d'hospitalisations inutiles et à une moindre inégalité socio-économique en matière de santé perçue.

De nos jours, l'expression "soins primaires" est le plus souvent utilisée pour parler de l'organisation du système de soins dans son ensemble faisant référence aux notions de premier recours, d'accessibilité, de continuité et de permanence des soins en lien avec les autres secteurs ; la médecine générale en étant le socle et la porte d'entrée. (5)

Mais de plus en plus, on parle de "soins primaires étendus". Cette expression permet de faire le pont entre les soins primaires au sens de soins de médecine générale et les soins

primaires de la déclaration d'Alma Ata de l'OMS («justice sociale et accès de tous à des soins de base»).

On assiste actuellement à un vieillissement de la population avec une augmentation des pathologies chroniques. Ces deux phénomènes conduisent à une multiplication des acteurs intervenants dans le parcours de soin d'un patient, cela nécessite donc une évolution du système de santé vers un exercice collaboratif pluri professionnel.

Ainsi, il faut prendre en compte la reconnaissance de multiples professions et types d'interventions dans le champ des soins primaires, et leurs conséquences. D'où l'importance du développement des notions suivantes :

- La collaboration interprofessionnelle ;
- La coordination des interventions et intervenants autour et avec le patient.

Ces notions seront développées par la suite.

Il existe trois modèles-types de soins primaires :

- Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'état (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) ;
- Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande) ;
- Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation des soins primaires à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada, France).

Nous développerons uniquement le modèle français non hiérarchisé.

2. En France : Le modèle professionnel non hiérarchisé

Ce modèle est caractérisé par l'absence de projet global explicite des soins primaires, mais également par l'absence d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires, notamment au regard du secteur hospitalier.

Ces systèmes non hiérarchisés ont en commun la coexistence d'un système de financement collectif des dépenses de santé et d'une offre de soins privée.

Ils sont caractérisés principalement par les éléments suivants :

- L'existence d'une offre de soins spécialisés en ambulatoire avec un accès direct possible pour les patients, parfois assorti d'une pénalité financière ;
- Une pratique solo-dominante de la médecine générale ;
- Une coexistence de modes contrastés d'organisation des soins primaires avec majoritairement une médecine libérale payée à l'acte et des centres de santé, minoritaires, orientés vers des populations défavorisées.

Malgré un système de santé traditionnellement organisé autour de l'hôpital depuis la loi de 1958, le système de santé français a initié un virage vers la santé primaire et l'ambulatoire à la fin des années 1990.

Dans ce cadre, elle se rapproche progressivement, avec des lois successives, des deux autres systèmes de soins primaires ; même si elle conserve un retard d'une vingtaine d'années voire plus par rapport aux autres systèmes de santé européens.

B.2 Évolution des lois de santé en France et du rôle du médecin généraliste

1. Le parcours de soins

Définition du parcours de soins selon l'ARS

«Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours a priori et calibrer et anticiper les ressources nécessaires».

Objectifs

Les objectifs du parcours de soins sont :

- L'amélioration de l'organisation des soins ;
- La responsabilisation des acteurs du parcours de soins ;
- L'amélioration du pilotage du système de santé.

En valorisant l'entrée dans le parcours de soins par la ville, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST 2009) (4) place l'accessibilité des soins de premier recours au cœur de ses priorités.

Les soins de premier recours

Ainsi, la loi HPST de 2009 développe le processus amorcé en 2004 (par la loi Douste-Blazy, relative à la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 (3)) et donne une définition des soins de premier recours dans son titre II : « Accès de tous à des soins de qualité ».

Les soins de premiers recours comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé.

Le secteur des soins ambulatoires français est donc confronté actuellement à des évolutions importantes tant sur le plan de l'offre que de la demande de soins. Pour répondre à ces évolutions, l'une des solutions proposées a été de placer le médecin généraliste au centre du parcours de soins.

2. Évolution du rôle du médecin Généraliste

«Gatekeeper» : médecin pivot du parcours de soins coordonné

La notion de médecin traitant a été introduite par la convention du 4 décembre 1998. Le parcours de soins coordonné et le rôle de «gatekeeper» donné au médecin généraliste ont été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie.

Il consiste à confier à un médecin traitant l'organisation des différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

En juin 2006, 77 % des assurés de plus 16 ans (soit 38,3 millions de personnes) avaient un médecin traitant et plus de 98 % des consultations ont été effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés. (10)

Rappelons qu'avant la réforme, seules trois consultations de spécialistes sur dix étaient orientées par le médecin généraliste.

La loi HPST de 2009 (3) a permis de renforcer cette dynamique avec en 2011 un taux d'assuré ayant désigné un médecin traitant de 89,7%, le médecin généraliste étant choisi comme médecin traitant dans 95% des cas.

Tableau n° 1 : taux d'assurés ayant désigné un médecin traitant

	Fin 2007	Fin 2008	Fin 2009	Fin 2010	Fin 2011
Nombre de médecins traitants	92 514	94 954	95 896	95 677	94 909
Nombre d'assurés ayant désigné un médecin traitant	31 133 743	32 917 703	34 340 367	35 090 268	35 710 457
Taux	81,5 %	85,5 %	88,3 %	89,0 %	89,7 %

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Tableau n° 2 : consultations réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés

	2008 ¹⁴⁸	2009	2010	2011
Nombre de consultations dans le parcours et assimilées	182 049 874	186 176 955	186 459 831	188 180 616
Nombre de consultations hors parcours	26 703 835	22 250 373	19 446 103	18 729 804
% de consultations dans le parcours	87,2 %	89,3 %	90,6 %	91,0 %
Nombre de consultations exclues ¹⁴⁹	61 439 163	64 096 193	61 818 516	64 539 695

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Dans le but de « faciliter au quotidien le parcours de santé des Français », la loi de modernisation de santé de 2015 (11) propose de rassembler les acteurs de santé autour d'une stratégie partagée. Ainsi son second volet a pour premier chapitre «la promotion des soins primaires et la structuration des parcours de soins» avec pour acteur central le MG comme «Gatekeeper».

On y retrouve l'importance de “concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients, améliorer la visibilité de tous sur les parcours de santé, définir la spécificité de chacun et identifier les acteurs importants dans la prise en charge d'un patient”.

Missions et compétences du médecin généraliste

Parmi les missions et compétences du médecin généraliste décrites dans le code de la santé publique (article L. 4130-1 (2)), et dans le référentiel métier/compétence, on retrouve des missions relatives à la coordination et à la communication qui sont les suivantes :

- Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- Avoir une approche globale centrée sur le patient et une communication permettant la prise en charge des cas complexes ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques ;
- Promouvoir la continuité, le suivi et la coordination des soins.

Cependant les médecins généralistes ne sont pas les seuls à être concernés par ces missions de coordination.

Missions des professions paramédicales

Dans l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier (DEI), annexe II, (12) les missions et les compétences des infirmiers diplômés d'état, en rapport avec la coordination et la collaboration interprofessionnelle sont :

- Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
- Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
- Mettre en œuvre des actions à visée diagnostic et thérapeutique.

Nous retrouvons des notions similaires pour la plupart des autres professionnels de santé.

Ainsi, dans les différentes réformes de santé des dernières années et plus précisément dans la dernière réforme de 2015 (13), on retrouve une réorientation vers les soins primaires avec une approche territoriale et populationnelle du système de santé.

Dans cette optique, nombreuses sont les références à l'amélioration de la coordination et la collaboration entre les différents acteurs de santé.

B.3 L'amélioration du parcours de soins

1. La coordination, la collaboration et la continuité des soins

La coordination, définition et objectifs

La coordination vise à s'assurer que :

- Tous les moyens (ressources, services, compétences, etc.) nécessaires à l'organisation des soins soient disponibles ;

- L'accès aux biens et services proposés par l'organisation soit garanti ;
- Les différentes composantes de l'organisation interagissent harmonieusement, au cours du temps, les unes avec les autres.

Ainsi, la coordination désigne les interactions établies entre les différents professionnels de la santé participants au parcours de soin au service du patient. C'est pourquoi, la coordination des soins se situe depuis quelques années au centre de nombreux projets d'amélioration du système de santé. Cependant sa réalisation, en pratique, reste souvent floue.

En effet, il semble que beaucoup de professionnels de santé aient l'impression de travailler en coordination avec les autres professionnels de santé. Hors, le constat sur le terrain est autre. (14)

La difficulté à coordonner les actions et les contributions de chaque professionnel résulte probablement des fragmentations que connaît notre système de santé (sectorisation privé/public, ambulatoire/hospitalier, segmentation de la prise en charge en fonction de chaque spécialité...). (15)

“Cette situation est particulièrement inquiétante au moment où la maladie chronique, qui requiert la continuité des soins grâce à l'intervention coordonnée de tous les prestataires impliqués dans la prise en charge du patient, occupe une place de plus en plus importante dans le tableau épidémiologique”. (14)

La continuité des soins, définition

La continuité des soins désigne la perception du patient des soins qu'il reçoit, comme une succession d'événements cohérents et compatibles avec ses besoins et sa situation personnelle.

Le manque de coordination entre professionnels peut entraîner une rupture de la continuité des soins. (14)

Ces deux notions, coordination et continuité des soins sont liées et sont des éléments clés de la qualité et de l'efficacité du parcours coordonné.

Les réseaux de soins incluent ces deux notions dans leur organisation. Initialement mis en place comme relais entre la ville et hôpital, les réseaux sont un bon exemple d'organisation pluriprofessionnelle.

2. Les réseaux de soins

Définition

Le réseau de soins représente l'un des modes d'organisation pour la prise en charge des patients, définis dans les ordonnances du 24 avril 1996 (16) et du 04 septembre 2003 (17).

C'est une forme d'organisation, dont l'objectif est de favoriser la pluridisciplinarité et la collaboration des différentes structures de prise en charge tant en interne qu'en externe, au bénéfice du patient tout au long de sa maladie.

Les réformes successives du système de santé français ont préconisé l'organisation de réseaux permettant l'amélioration de la prise en charge des patients.

Un réseau est un ensemble :

- De plusieurs personnes physiques ou morales, dispersées dans un territoire ;
- De compétences différentes et complémentaires qui agissent pour un objectif commun, selon des valeurs et des normes partagées.

Objectifs

L'objectif principal des réseaux de santé est de coordonner les actions des professionnels.

Le Code de la santé publique, dans son article L. 6321- (2), (18) définit les réseaux de santé comme ayant pour objet de «favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations».

Depuis la fin des années 1990, les pouvoirs publics accordent une place très importante aux réseaux de santé, dans l'amélioration de l'organisation de la réponse aux besoins de santé de la population.

C'est ainsi qu'en 2007, nous comptons plus de 500 réseaux de santé participant à la prise en charge de plus de 200 000 patients. (18) Même si les réseaux de santé occupent une place incontournable dans l'offre de soins, ils n'ont pas résolu les dysfonctionnements du système de santé, en raison de la persistance du cloisonnement entre les acteurs de santé et les établissements de soins.(19)

Les réseaux permettent une organisation pluriprofessionnelle sur un territoire de santé donné. Cependant ils restent souvent centrés sur une pathologie ou une population ciblée or, la collaboration interprofessionnelle concerne des situations plus larges.

3. La collaboration interprofessionnelle

Définition

Le processus, appelé collaboration interprofessionnelle en soins de santé, consiste à fournir des services de santé complets aux patients par l'entremise de divers soignants qui collaborent afin de dispenser des soins de qualité au sein des établissements de santé et entre ceux-ci. Elle peut être mise en œuvre systématiquement en vue de contribuer au renouvellement et à l'amélioration de la viabilité du système de soins de santé.

Le terme "Interprofessionnalité" comprend :

- une formation interprofessionnelle (Interprofessional Education, IPE),
- une pratique collaborative ou interprofessionnelle (Interprofessional Collaboration,

IPC) centrée sur le patient qui découle de l'IPE.

La collaboration interprofessionnelle : une influence bénéfique au service du patient et des professionnels

La prise en charge des patients est une activité interdisciplinaire où différents professionnels de santé collaborent au sein d'une même équipe. Plusieurs études ont montré une relation entre la qualité des soins et l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle ; la performance d'une équipe joue un rôle capital dans la sécurité des patients (20), (21), (22). Une étude menée au Royaume-Uni dans le cadre de soins de premier recours, a révélé que

la qualité du travail d'équipe est directement corrélée à la qualité des soins administrés aux patients (23). La formation et l'implication des professionnels de santé permet l'accroissement de leur satisfaction professionnelle et améliore le suivi des patients.

Au niveau du système de santé, une diminution des hospitalisations est également observable (24).

En ambulatoire, cette collaboration s'organise toutefois le plus souvent sur des bases empiriques, plus proches d'une mutualisation des compétences que d'une réelle interprofessionnalité. Des études ont montré des divergences de vues et d'attitudes entre les professions concernant l'interprofessionnalité, représentant un obstacle majeur à sa réalisation (25), (26).

Les suggestions d'amélioration de l'interprofessionnalité sont les suivantes:

- Une vision commune du patient et de son parcours (27);
- La définition et la connaissance des rôles des professionnels ;
- Prévoir des rencontres d'équipe régulières ;
- Utiliser un dossier patient unique (si possible informatisé) ;
- Prévoir des formations interprofessionnelles ;
- Prévoir des rencontres hors du milieu de travail ;
- Évaluer les besoins de la patientèle et choisir les professionnels appropriés ;
- Développer des relations personnelles et professionnelles ;
- Favoriser un esprit d'équipe, basé sur une vision commune de la collaboration;
- Mettre en place des stratégies de communication et d'information commune ;
- Définir clairement les attentes et les rôles de chacun ;

- Réévaluer régulièrement les fondements de la collaboration ;
- Mettre au point des protocoles d'intervention ;
- Insérer l'équipe au sein d'une structure de soins locale ou territoriale, coordination avec le niveau médico-social existant ;
- Aménager des lieux physiques adéquats facilitant les interactions entre les différents professionnels, soignants et autres.

Du développement de la collaboration découle de nouveaux rapports entre les professionnels pour répondre à la demande de soins comme le transfert de tâches.

La délégation et le transfert de tâches : suite logique de la promotion de l'interprofessionnalité

La délégation et le transfert des tâches consistent en une nouvelle répartition des tâches entre les professionnels de santé pour d'améliorer la prise en charge des patients en adaptant l'intervention des professionnels. (28)

La redéfinition du rôle de chaque acteur de santé devrait permettre de faire face à la demande de soins. (Exemple des infirmières ASALEE) (29)

L'enjeu est d'assurer une nouvelle forme de coopération entre les professionnels de santé.

La collaboration nécessite des moyens de communication efficaces dans un contexte actuel de développement des outils de communication et du partage de l'information.

Les technologies de l'information et de la communication (TIC) au service de la coordination et de l'interprofessionnalité

L'utilisation d'outils de communication est primordiale pour permettre la collaboration et la coordination. Le développement récent des TIC permet la mise en place de systèmes d'information ayant pour but :

- De répondre aux nouveaux droits des patients ;
- De favoriser la coordination et la continuité des soins ;
- D'améliorer de la diffusion des connaissances ;
- D'améliorer l'accès aux soins et aux secteurs secondaires (par exemple grâce à télé-expertise) (30) ;
- D'envisager de nouvelles modalités d'exercice pour les professionnels de santé ;
- De promouvoir la formation médicale continue ;
- De généraliser l'utilisation du dossier médical partagé (DMP). (13)

Un dispositif financier a été mis en place pour encourager la coordination des soins entre les professionnels de santé : les nouveaux modes de rémunération (NMR).

Le financement de l'interprofessionnalité: l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Le souhait de développer l'interprofessionnalité est tel que des nouveaux modes de rémunération sont proposés. Ainsi les acteurs de santé faisant preuve d'un exercice interprofessionnel seront rémunérés pour cette activité.

“L’objectif de ces expérimentations est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l’acte favorisent la qualité et l’efficacité des soins de 1er recours en incitant les professionnels à s’organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes”. (31)

Le financement de l’interprofessionnalité et de la coordination n’a pas été un axe de développement avant les années 2000. Or comme le dit le rapport de l’OCDE 2009, (Études de l’OCDE sur les politiques de santé Obtenir un meilleur rapport qualité prix dans les soins de santé 2009, (32)), il est nécessaire de développer des nouveaux modes de rémunération pour les améliorer.

C’est dans ce cadre que L’article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 (31) a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations, ceux-ci pouvant compléter ou se substituer au paiement à l’acte.

La loi de modernisation de santé de 2015 (13) pérennise les ENMR, favorisant entre autres la coopération notamment pour la prise en charge des maladies chroniques. Ainsi, on a pu voir se développer les infirmières ASALEE (29), prodiguant des consultations d’éducation thérapeutiques. Ce programme, alliant la délégation de tâche et de temps, a montré son efficacité.

La tendance actuelle est au développement de l’exercice pluri professionnel ambulatoire, en plaçant le MG au centre de ces interactions. Dans ce contexte, un mode d’exercice pluridisciplinaire, au sein de maisons de santé pluri professionnelles est favorisé dans un but de rationalisation et d’optimisation des soins.

Dans ce cadre nous avons voulu explorer la coordination et la communication interprofessionnelle et leurs modalités sur un territoire précis, celui de Gennevilliers Villeneuve-la-Garenne.

L'objectif de ces trois thèses est d'interroger les professionnels de santé sur leur ressenti de la communication interprofessionnelle, leur souhait d'évolution, et les obstacles qu'ils peuvent rencontrer.

II. MATERIELS ET METHODE

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude exploratoire descriptive transversale sur un territoire de santé donné.

Cette recherche reposait sur une méthodologie mixte incluant :

- Un volet qualitatif exploratoire basé sur des entretiens semi-dirigés
- Un volet quantitatif basé sur une enquête observationnelle transversale déclarative par questionnaires auto-administrés

Ces deux volets, séquentiels, ont été développés de manière équilibrée avec une analyse plus approfondie du volet qualitatif.

B. Population d'étude

La population cible comprenait tous les MG recensés sur le territoire de GVLG.

La population source a été définie sur la base d'une liste exhaustive rédigée à partir des sources d'informations suivantes :

- Listing des professionnels de santé du PSUGVLG établi par Jean-Marie Nougairède, coordinateur du pôle.
- Listing fourni par Claire Tournoi, stagiaire à l'ARS ayant rédigé un mémoire sur les ressources de santé du territoire de GVLG. (33)
- Données fournies par les sites des mairies de GVLG.
- Récupération directe des informations auprès de certaines structures:
 - le centre de santé de Gennevilliers
 - Le centre de santé de la croix rouge à Villeneuve-La-Garenne
 - les Centres Médico-psycho-sociaux de Gennevilliers et Villeneuve-La-Garenne
 - Compléments d'informations grâce aux sites : AMELI.fr, pages-jaunes.fr

De la population cible ont été exclus les médecins généralistes n'ayant pas d'activité de médecine générale (exemple : activité d'ostéopathie uniquement, les MG inscrits à l'ordre et n'exerçant pas) et les MG travaillant à l'hôpital.

C. Étude qualitative

C.1 Les MG interrogés

Nous avons décidé d'interroger dix MG pris aléatoirement afin de définir les thèmes forts, saillants pour atteindre une certaine forme de saturation des données.

Les contraintes inhérentes à l'étude ont imposé cette limite. Cet effectif correspondait à environ 1/6 de la population source.

Nous nous étions assurés à posteriori que les caractéristiques démographiques et d'exercice des MG étaient suffisamment hétérogènes pour penser que leurs réponses étaient illustratives de la population source. Ils ont été contactés par mail ou par téléphone.

C.2 Entretiens semi-dirigés

Conception du guide d'entretien

Le guide était composé d'une phrase d'introduction, de cinq types de questions et de relances afin d'explorer plusieurs axes :

- Le premier visait à identifier le ressenti global du MG sur le déroulement de la communication avec le professionnel de santé.
- Le second permettait d'identifier les différents moyens de communication utilisés par le MG, les modalités de leur utilisation, la fréquence, leurs limites.
- Le troisième explorait les difficultés ressenties par le professionnel lors de l'élaboration de la communication.
- Le quatrième explorait les facteurs qui permettent une communication efficiente et les difficultés ressenties par le MG concernant son mode d'exercice. Il pouvait se comparer aux autres et identifier des obstacles ou remarques.

Ce guide a été testé auprès de trois MG ne faisant pas partie de la population d'étude, en entretien individuel.

Le but était de tester et d'améliorer la formulation des questions posées, de les hiérarchiser, d'améliorer la fluidité des entretiens en permettant leur standardisation.

C.3 Réalisation des entretiens

Ils ont été réalisés en septembre et en octobre 2014.

La prise de rendez vous a été fixé par téléphone.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu d'exercice des MG, dans une pièce calme.

Les MG avaient réservé une plage horaire dédiée à la réalisation de cette enquête.

Au début de chaque entretien était rappelée la nécessité de ne pas être dérangé (téléphone mis en silencieux) afin de ne pas rompre le processus de discussion.

L'anonymisation des entretiens fut garantie aux personnes interrogées afin de permettre la liberté d'expression. Les entretiens ont été enregistrés dans leur intégralité, avec l'accord des personnes interrogées à l'aide d'un dictaphone numérique, au format MP3.

L'entretien était arrêté lors de la saturation des données.

C.4 Retranscription et analyse de contenu

Chaque entretien a été retranscrit manuellement à l'aide du logiciel Word.

Nous avons utilisé une méthode d'analyse thématique classique, sans codage formel des données. Une seconde lecture indépendante a été réalisée par Charlène Le Métayer afin de vérifier le recueil des principales thématiques, et la réalisation d'un codage en aveugle.

D. Étude quantitative

Dans l'étude qualitative, des thèmes et sous thèmes communs ont été retrouvés.

Des comportements hétérogènes d'adressage et de communication ont été perçus.

Nous avons voulu prolonger cette réflexion à l'aide d'une étude quantitative par questionnaire.

D.1 L'échantillon

L'échantillon correspondait à la même population décrite précédemment : la population source.

D.2 Le questionnaire (cf annexes)

Le questionnaire quantitatif a été conçu à l'aide des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés. Il y avait onze questions.

Le premier groupe de question renseignait les caractéristiques démographiques des MG.

Le second groupe de question renseignait certaines caractéristiques du mode d'exercice du MG.

Le troisième groupe de question renseignait les moyens de communication utilisés par les MG.

Le quatrième groupe de question renseignait la fréquence des retours et le désir des MG à en avoir de la part des professionnels de santé.

La dernière question renseignait les obstacles à la communication perçus par les MG.

D.3 Recueil des données

Les questionnaires ont été distribués dès janvier 2015.

La date de clôture de récupération des données a été arbitrairement fixée au mois de juin 2015.

Ils avaient un format papier.

Les questionnaires ont été remplis en entretiens individuels, ou en auto-administrés.

Tous les MG ont été initialement contactés par mail (si celui-ci était connu) pour présenter l'étude et proposer une rencontre.

Puis, tous les MG ont été appelés pour que l'étude leur soit présentée, proposer une rencontre et prévenir du dépôt des questionnaires sur leur lieu d'exercice.

Il y a eu une relance par téléphone et par mail (si celui-ci était connu) et par dépôt des questionnaires accompagné d'une enveloppe affranchie.

Vingt quatre questionnaires ont été récupérés sur le lieu d'exercice des MG (au secrétariat ou récupérés en mains propres) ou lors de réunions interdisciplinaires par l'investigateur ou par un des participants réalisant une étude conjointe (K.Mognon).

Quatorze MG ont utilisé l'enveloppe affranchie avec le questionnaire rempli.

Douze MG ont rempli le questionnaire en entretien individuel.

D.4 Récupération des données : codification et saisie

Compte tenu du nombre relativement réduit de questionnaires et des ressources limitées, nous n'avons pas effectué de double saisie.

La saisie a été réalisée manuellement sur l'outil limesurvey.com à l'aide d'un masque de saisie que nous avons développé à cet effet.

D.5 Analyse statistique

L'analyse descriptive a été réalisée à l'aide de Microsoft Excel(R) après importation des données depuis limesurvey.

Les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du site internet biostaTGV.

Les analyses multivariées ont été conduites à l'aide du logiciel R, avec l'aide technique de notre directeur de thèse. (34)

III. RESULTATS

A. ETUDE QUALITATIVE

A.1 Déroulement des entretiens

Les entretiens sont numérotés de 1 à 10.

Leur durée moyenne est de 16 minutes.

La retranscription des entretiens figure en annexe.

A.2 Vue d'ensemble des entretiens : ressenti de l'enquêteur

Les MG interrogés ont tous été rencontrés sur leur lieu d'exercice professionnel. Un temps dédié d'au moins vingt minutes avait été fixé préalablement. Il a été dans l'ensemble facile d'obtenir ces rendez-vous, car les MG se sont montrés disponibles et intéressés par le sujet.

Les répondants se disaient contents qu'on s'intéresse à leur mode d'exercice, mais aussi à leurs avis et ressentis sur un sujet aussi important que la communication au sens large.

Durant les entretiens, les médecins parlaient volontiers ; notre ressenti est qu'ils s'exprimaient globalement sans barrière et avaient beaucoup de choses à dire sur le sujet de la communication interprofessionnelle. Les médecins n'avaient quasiment pas besoin de relance pour argumenter, approfondir, et s'exprimer sur les sujets abordés. La majorité des médecins généralistes a trouvé le sujet intéressant, et a souhaité avoir les résultats de l'étude, ainsi que les pistes d'amélioration soulevées.

Nous avons ressenti une grande satisfaction à rencontrer ces médecins généralistes ; toutefois, l'impression d'ensemble qui s'est dégagée de leur discours sur la communication interprofessionnelle, est que celle-ci n'était pas optimale, qu'elle pouvait être améliorée, mieux organisée. De nombreuses pistes ont été proposées pour la rendre plus efficiente.

A.3 Description des entretiens

Entretien	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
durée (min)	13,48	11,29	22,34	18,42	14,48	17,02	17,32	16,15	17,17	13,45
Sexe	F	H	H	H	F	H	F	F	F	F
Age	30	39	56	66	31	46	53	30	60	29
Lieu d'exercice (G)/(V)	G	G	V	G	G	G	G	G	V	V
Mode exercice : - CMS - MONO/PLURI - SEUL	CMS	CMS	MONO	MONO	CMS	SEUL	CMS	CMS	MONO	CMS
Appartenance à un réseau	oui	non	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui
Secrétariat : NON à distance (D) physique (P)	P	P	P	P	P	NON	P	P	D	P

A.4 Caractéristiques démographiques :

Six femmes et quatre hommes ont été interviewés.

L'âge moyen était de 44 ans.

A.5 Caractéristiques d'exercice :

La majorité des MG interrogés exerçaient à Gennevilliers (7/10).

6 des 10 MG exerçaient en structure de type CMS, 3 en cabinet de groupe, et 1 en cabinet de ville, exerçant seul.

8 sur 10 appartenaient à un réseau.

La majorité possédait un secrétariat (9 sur 10), dont 8 sur 9 étaient un secrétariat physique.

B. Présentation des résultats qualitatifs

B.1 État actuel de la communication des MG avec les autres professionnels de santé

L'adressage de patients vers d'autres professionnels des soins primaires :

Presque tous les médecins généralistes rencontrés paraissaient **intéressés** par la question de la **communication professionnelle** en soins primaires et avaient un avis sur le sujet.

“Je suis curieux de savoir ce que ça donne.” (E2)

Un seul n'avait que peu de chose à en dire, Le temps d'interview fut faible et il a dû être relancé plusieurs fois pour étayer son discours. Il semblait surpris du sujet proposé, comme si les questions soulevées n'avaient jamais été envisagées.

L'**adressage** de patients vers d'autres professionnels **paraissait "aller de soi"** pour ces MG, comme une évidence, lesquels précisaient d'ailleurs rarement les raisons pour lesquelles ils adressaient. Les motifs d'adressage n'ont pratiquement pas été évoqués.

"Quand j'adresse c'est que je me sens à la limite de mes compétences donc j'ai besoin d'un avis" (E8)

Certains décrivent la **communication** en termes plutôt opérationnels, comme un processus pragmatique où **le but est d'avoir une réponse**, un retour. Dans cette situation, **toutes les étapes intermédiaires**, de l'élaboration du message à sa transmission, sa réception, sa compréhension **sont occultées** :

"La communication est le fait d'avoir une prise en charge, une réponse." (E1).

D'autres en revanche, verbalisent le **processus de communication** comme une affaire de **liens interpersonnels et de motivation**.

En effet, connaître son interlocuteur permet d'être plus efficace et rapide :

"Ce qui se passe bien, c'est une histoire de volonté de personne qui veut communiquer et faire partie du réseau (...). Ceux qui n'ont pas envie, on le sent très vite, et ils ne sentent pas la volonté de travailler à plusieurs." (E10)

Rencontrer et connaître les professionnels permet de se **connaître** et d'avoir accès à des **moyens de communication privilégiés** :

"Certains ont mon numéro (...) c'est permis grâce à des rencontres." (E3)

Ces avis, **réponses, retours** sont décrits comme **nécessaires, intéressants, utiles**. Certains évoquent l'**évolution de la législation** permettant d'**augmenter la fréquence des retours** et donc le fluidité de l'information.

“C’est bien d’avoir des retours, même avec les kinésithérapeutes, quand on peut c’est utile, intéressant. On découvre des trucs et intellectuellement c’est intéressant.” (E2)

“La communication s’est améliorée car il y a eu une évolution de la législation vis à vis des patients, notamment les retours destinés aux médecins généralistes par l’hôpital.

Il y a une fluidité de l’information au service du patient.” (E7)

Il semble que le moyen d’adressage soit différent selon l’interlocuteur.

“Quand je m’adresse à des spécialistes, j’utilise le courrier (...) ou bien j’écris des mails pour un ou deux autres partenaires.” (E1)

Certains MG décrivaient sans hésitation et avec certitude des **éléments favorisant une bonne communication** tels que la **connaissance de l’autre, la proximité géographique et le travail dans un lieu commun**, ou dans une structure pluridisciplinaire.

“Le fait de se connaître et de travailler ensemble, notamment dans le CMS, fait que la communication entre les professionnels est meilleure qu’en dehors du centre, la proximité améliore la communication et permet d’être facilement joignable “ (E8)

Implication des MG dans le processus de communication :

Selon les situations, les MG s’impliquent différemment.

Le MG prend parfois lui-même les rendez-vous pour ses patients auprès des **spécialistes**, car parfois ceux-ci **ne veulent pas que ce soit les patients qui les contactent**.

“Je l’ai adressé à un psychiatre du CMS, qui ne prend des rendez vous que via un MG, donc j’ai pris le rendez-vous.” (E1)

La certitude d'élaborer un message clair n'est pas garantie, certains MG ne connaissent pas l'interlocuteur ni les informations dont il a besoin. Certains **MG ignorent si le message qu'ils rédigent est correct.**

“J'espère que c'est clair, quand on fait un courrier, on connaît la raison pour laquelle on adresse et il y a des éléments dont on ne parle pas et que la personne en face ne connaît pas.” (E2)

Implication des patients dans le processus de communication :

Les patients **peuvent être intégrés dans leur prise en charge**, il doit leur être fourni une information claire, appropriée pour leur permettre d'être acteur au sein de ces échanges. Des MG disent que si celui-ci n'est pas impliqué, alors sa prise en charge ne sera pas optimale, que l'**interaction entre les correspondants** sera délétère.

Ainsi l'implication du patient semble importante.

“Le patient doit être intégré à la démarche, faire partie du processus. Si le patient n'a pas compris, c'est embêtant, ça va mettre de mauvaise humeur le collègue, la relation va être mauvaise et le patient va être mal soigné.” (E4)

Le fait que le **patient soit acteur dans la communication**, lors de son adressage, paraît pour certains un **élément facilitateur** :

“Si on a bien expliqué au patient les choses se font.” (E4)

Lors de l'adressage d'un patient vers un autre professionnel de santé, le patient peut être chargé de **trouver lui-même le correspondant** :

Celui-ci peut lui être suggéré, le patient doit alors entrer en contact avec lui.

Parfois, le **MG ne connaît pas le correspondant.**

“Pour les ordonnances de kiné, je ne mets pas de nom, je dis qu'ils se débrouillent car c'est saturé sur Gennevilliers.” (E4)

Les **modalités d'organisation de l'adressage** étaient parfois ajustées en fonction des **capacités du patient** :

“Si ils sont paumés, j'imprime les pages jaunes ; si ils sont autonomes alors ils se débrouillent avec mes ordonnances.” (E4)

Le patient peut avoir le **rôle de vecteur** dans la transmission d'information, **d'interlocuteur** entre les différents professionnels :

“Les kinés n'envoient jamais de courrier mais ils passent par le patient.” (E9)

“Je fais la lettre pendant la consultation et je la donne au patient qui va voir le spécialiste.” (E3)

Rôle et implication des correspondants dans le processus de communication :

Pour orienter un patient, les MG doivent tenir compte des **caractéristiques d'exercice des interlocuteurs (secteur public, privé, dépassements d'honoraires etc)**.

Un MG déclare que le **secteur privé** permet d'obtenir des rdv **plus proches** mais à un coût plus élevé.

“Le secteur privé est plus rapide mais il y a des dépassements d'honoraires donc c'est un frein véritable.” (E1)

Certains professionnels de santé sont **difficiles à contacter** lorsqu'il s'agit de la prise en **charge d'enfants ou de personnes âgées**.

“Pour les orthophonistes, quand il s'agit d'une prise en charge des personnes âgées ou des enfants c'est difficile de les joindre.” (E3)

Entres confrères, il est aussi parfois difficile d'arriver à se joindre.

“J'ai un collègue MG, impossible de le contacter.” (E6)

Les moyens de communication et leurs modalités d'utilisation :

Les moyens de communication **utilisés par les MG sont divers** (téléphone, courrier/ordonnance, fax, mail).

“J'utilise le téléphone, sinon des courriers que je remets au patient quand c'est pour les spécialistes. Je n'utilise plus de fax car on n'a pas réussi à l'installer. On peut envoyer des mails.” (E9)

“Quels moyens de communication utilisez vous ?

- Le téléphone, les mails, les courriers, courriers papiers.” (E10)

“Le patient sort d'une chirurgie du genou. Il a pris contact avec son kinésithérapeute qu'il connaît déjà ; avec une ordonnance. Je n'ai pas passé de coup de fil.” (E1)

Du choix du moyen de communication dépend l'efficacité et le succès de la communication. Le **téléphone** peut **accélérer le processus de communication et permettre d'avoir une réponse immédiate.** Il est souvent utilisé lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence ou pour démêler une situation complexe car la conciliation est instantanée :

“Par téléphone on est vite d'accord.” (E3)

“Pour les urgences, je fais des appels systématiques, sinon c'est variable selon l'affinité” (E2)

“On a appelé pour prendre un rendez vous avec le cardiologue pour le patient et il a eu son rendez vous le jour même.” (E4)

Certains MG ne possèdent pas les moyens de communication considérés comme adaptés et efficaces et ne possèdent pas les technologies actuelles. Par exemple, **certains n'ont pas d'ordinateur ni internet.**

“L'évolution de la communication s'installe tout doucement. Des médecins ne sont pas encore développés, ils n'ont pas internet.” (E6)

L'âge a été évoqué comme frein à l'utilisation des nouvelles technologies telle que l'informatique :

“Certains médecins âgés ne veulent pas en entendre parler de la technologie.” (E6)

L'efficacité (rapidité, simplicité) de la communication peut dépendre du choix du moyen de communication :

“La télédermatologie a amélioré l'adressage rapide” (E1)

“Il faut communiquer par mail, c'est ce qu'il y a de plus simple.” (E2)

Le moyen et le support de communication peuvent être choisis en fonction du destinataire et de l'interlocuteur. Il peut exister un **moyen privilégié de communication** :

“Si on choisit bien le correspondant” (E4)

“Pour les spécialistes, je fais des lettres tapées sur ordinateur” (E6)

Pour que la communication soit **possible et efficace**, les MG déclarent devoir utiliser un support de communication commun aux interlocuteurs. En effet certains destinataires ne sont accessibles que par un moyen précis :

“Par mail je communique surtout avec l'hôpital et les gens que je connais.” (E3)

“Si on a le bon outil pour lui envoyer, ça ne sert à rien d'envoyer un mail si lui ne lit pas ses mails.” (E4)

Si le message est **complexe**, difficile à élaborer alors la rédaction peut être reportée, différée car l'enjeu est de transmettre des informations claires. Ce temps de rédaction, selon la complexité du message peut se faire lors des consultations ou en dehors.

“Si c’est compliqué, j’utilise la lettre mais je la fait en dehors des consultations pour faire des courriers plus élaborés.” (E3)

“Quand le sujet n’est pas compliqué, je fais la lettre pendant la consultation.” (E5)

L’impact souhaité détermine aussi le choix du moyen de communication, si par exemple le MG souhaite que le destinataire s’occupe de la prise en charge totale du patient alors il peut utiliser le mail (*“qui permet de transmettre beaucoup d’informations”*) :

“Par mail, avec l’hôpital, on envoie le dossier et ça fonctionne bien car ils se chargent d’appeler le malade, ça diminue la charge de travail et ils nous tiennent au courant.

On aura toujours des nouvelles lors des hospitalisations.” (E4)

A un mode d’exercice correspond un type de communication :

Les MG ont des **visions différentes de leur mode d’exercice idéal**.

“Après réflexions à trois, je n’imagine même pas travailler tout seul, c’est un peu solitaire, elle travaille à l’hôpital aussi, sinon on s’ennuierait.” (E9)

Grâce à la **proximité immédiate** entre les professionnels de santé (en centre de santé ou en cabinet de groupe), et l’organisation du lieu d’exercice, les consultations peuvent prendre plusieurs formes comme des **consultations inhabituelles** : en binôme ou successives.

“En rhumatologie, on voit les patients à deux. Ils prennent rendez vous avec l’un de nous deux et le kinésithérapeute dit : “appelle moi quand tu vois le patient et ensuite on le voit ensemble”, on décide ensemble et je vois un énorme avantage à faire ça.” (E1)

Présence d’un secrétariat :

L’existence d’un **secrétariat** permet la **délégation de tâches**, la **prise de rdv** et participe à l’amélioration de l’ambiance de travail, à l’**accueil du public**, à la **communication**.

C’est aussi un gain de temps pour le MG, du temps dégagé pour faire autre chose.

“On a une secrétaire que trente neuf heures par semaine, c’est important pour l’accueil du public et la communication, ça libère du temps pour les MG pour faire autre chose.” (E3)

“Problème de l’accueil des patients, car ici il n’y a pas de secrétariat vivant, en avoir, c’est une qualité pour les patients.” (E4)

Une minorité de MG ont un avis moins tranché, et pensent que leur action intérêt est modeste.

“Le secrétariat ne change pas grand chose car elles ne font pas les courriers, peut être car on est un peu moins dérangé par le téléphone.” (E5)

Appartenance à un réseau :

Le réseau peut être un **soutien au suivi du patient**, de la prise en charge des dépendances, des IVG par exemple.

“Agékanonix évalue et propose un suivi autour du patient dépendant : ergo, psy, interne, médecin. Ça existe depuis 10 ans.” (E7)

“Elle appartient à un réseau (...) et peut m’aider à trouver un contact, c’est plus simple par exemple pour les IVG, elle trouve plus rapidement “ (E9)

Le **réseau** peut faire la promotion des **rencontres interprofessionnelles** afin de connaître les interlocuteurs d’un même territoire et des formations.

“L’association Agékanonix a beaucoup changé les relations entre les professionnels car on se connaît et les formations aussi, on revoit les gens beaucoup et quand on parle des patients, le fait qu’on se connaisse ça aide, quand les intervenants sont inconnus...”

Dans cette petite ville ça aide...” (E9)

B.2 Intégration du degré d’urgence dans le processus de communication

Une situation d'urgence est parfois difficile à gérer par les MG car ils ont besoin d'avoir un avis, une réponse, un rdv rapide. **Ces situations d'urgence s'opposent aux situations de consultations classiques, courantes. Les créneaux ou les consultations dédiées pour les urgences sont rares** chez les correspondants ; comme les dentistes qui ne peuvent souvent pas recevoir les urgences.

“Avec les dentistes c'est aussi compliqué car les consultations sont saturées et il n'y a pas de plages d'urgence.” (E1)

“Ce qui n'est pas facile en tout cas c'est d'avoir un avis de spécialiste rapide quand la situation est urgente, soit on est désespéré et on écrit une grosse lettre et on espère que ça va avancer quand c'est urgent. Si ce n'est pas urgent on arrive toujours quand même à avoir un rendez-vous.” (E9)

Notifier le caractère “URGENT” sur certains messages **est utilisé pour faire accélérer la prise en charge**. Cette notification peut être écrite, elle correspond à une notification d'alarme.

“Parfois je mets sur l'ordonnance urgent, me communiquer les résultats quoi qu'il arrive”.
(E9)

La prise en compte du niveau d'urgence peut influencer les modalités de communication comme **la sélection du moyen de communication adapté à l'urgence** : le téléphone par exemple.

“Donc j'ai pris contact par téléphone car contexte d'urgence.”(E3)

Le téléphone est souvent utilisé lorsqu'il s'agit de **situations urgentes** ou graves nécessitant d'avoir un **avis direct**. Par ailleurs, le **critère relationnel humain** peut influencer le caractère “systématique” des appels.

“Pour les urgences, je fais des appels systématiques, sinon c’est variable selon l’affinité”
(E2)

“Ils téléphonent parfois si il y a des choses urgentes ou graves” (E4)

Les moyens de communication peuvent être **variés lors de ces situations d’urgence**. **L’utilisation du téléphone est fréquente, mais le mail ou le courrier peuvent être utilisés**, sans justification évidente.

“Quand je m’adresse à des spécialistes j’utilise le courrier, quand c’est non urgent, mais quand c’est urgent, je prend contact directement, j’appelle, ou j’écris des mails pour un ou deux partenaires.” (E1)

Pour certains MG, **exercer en CMS permet d’obtenir plus rapidement certains rdv** auprès de leurs confrères pour répondre à **des situations d’urgence**. En opposition avec d’autres modes d’exercice.

“C’est facile d’adresser en urgence dans le CMS, on se croise dans les couloirs, c’est donc plus simple d’avoir un rdv.” (E2)

B.3 Les facteurs permettant une bonne communication

Liés aux rencontres :

La communication est aisée lorsqu’il y a une **proximité géographique et que les professionnels se rencontrent**. Les CMS sont un lieu d’échange facile.

“Oui c’est facile d’adresser dans le CMS, on se croise dans les couloirs, c’est donc plus simple de se rencontrer.” (E2)

“Grâce à la proximité géographique, les spécialistes sont sur place...” (E5)

Les réunions de concertation pluridisciplinaire sont un **lieu de rencontre** favorisant l'émergence de "relations de confiance". **Identifier les interlocuteurs** physiquement peut se faire au sein de ces réunions.

"Pour bien adresser il faudrait réfléchir (...) à plusieurs." (E4)

"Ça fonctionne bien car sur le territoire il y a des réunions de concertation pluridisciplinaires, ainsi des relations de confiance se créent." (E3)

Argument géographique et historique :

Des MG déclarent que ce **territoire, inscrit dans un pôle universitaire**, attire des jeunes médecins, motivés et ayant envie d'améliorer les pratiques. Une **tendance des jeunes médecins est de travailler en groupe**.

"Après il y a des raisons historiques car c'est un pôle universitaire donc ça a amené des jeunes médecins qui ont eu envie de travailler entre eux." (E10)

Sur le territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne, il existe un **"noyau" de professionnels de santé motivés et entrepreneurs**. Une réflexion locale (territoriale) est nécessaire.

"Gennevilliers, c'est un microcosme.

Je peux les comparer avec les autres villes, ici tout le monde communique, beaucoup de médecins sont très moteurs et il y a un noyau moteur de médecins généralistes, pharmaciens, IDE, tout le monde communique." (E10)

"C'est hyper important la communication entre professionnels, je pense qu'elle doit être améliorée et c'est une question intéressante, réfléchir au niveau local car chaque territoire à sa façon de communiquer." (E8)

Liés au mode d'exercice :

Le mode d'exercice (en CMS notamment) influence la communication par le **lien social, les rencontres, le partage, la connaissance de l'autre, la proximité et la familiarité.**

Il y a un partage de connaissances, des groupes de travaux sont créés :

“En groupe, on profite des connaissances alentours. Il y a les groupes de travail, les rencontres pluridisciplinaires, les réseaux, ça améliore les liens et le tissu social.” (E3)

L'exercice en CMS permet d'échanger avec les professionnels, comme le dermatologues par exemple, permettant d'obtenir des **délais de rdv adaptés à la demande**, aux pathologies.

“Par exemple, en ville, je lui dis d'aller voir la dermatologue ; le rendez-vous est dans deux mois, alors que (...) en CMS, je vais la voir et lui explique qu'il faut un délai plus court alors elle sera d'accord pour la rajouter à sa consultation et donc ça facilite bien des choses.” (E1)

L'adressage est facile en CMS car les professionnels sont sur place, l'accès aux rdv est plus facile.

“Le biais est que comme je travaille en CMS, pour adresser au spécialiste, c'est assez facile.” (E8)

“C'est pratique de bosser en CMS car on se dépanne sur site, après, si il y a des soucis on travaille avec d'autres collègues.” (E7)

“Avec les kinésithérapeutes, les laboratoires, la radiologie dentaire, les IDE, mais en plus avec les dermatologues et gastroentérologues, les chirurgiens etc etc donc ça facilite grandement, par exemple pour le psychologue, je suis allé voir la secrétaire et j'ai bloqué un rendez-vous.” (E1)

“Pour les IDE c'est facile car elles sont au RDC et moi au premier donc si il y a la moindre question sur le plan infirmier type pansement, le rythme, si c'est faisable de faire ça ou ça, je descends tout simplement avec le patient pour demander et réciproquement, ça circule beaucoup mieux.” (E1)

Liés à la qualité de l'adressage initial par les MG :

Les MG semblent **décrire que la qualité de l'adressage initial est importante** pour les spécialistes et qu'**elle influe positivement sur les retours**.

“Donc si on fait des efforts pour être sympa avec les gens et on se force à écrire des lettres à peu près convenables, on a un retour positif mais c'est compliqué.” (E5)

“J'essaye de faire une bonne lettre, c'est important pour le spécialiste.” (E5)

Liés aux interlocuteurs :

Notion de **correspondant “adapté au patient”** : le choix du correspondant idéal par la sélection des **caractéristiques humaines du médecin contacté**, de ses compétences et spécificités de prise en charge (par exemple patient ayant une personnalité anxieuse) est important :

“Je l'ai adressé à un urologue, car c'est un médecin qui travaille bien, à l'écoute, qui serait adapté à la patiente car elle est anxieuse” (E1)

La **qualité relationnelle, la confiance** entre les professionnels est importante. Elle **est gage de retours de qualité, fréquents et spontanés** :

“C'est un travail en confiance (...) je veux des bonnes relations pour avoir des retours spontanés et qu'elles n'hésitent pas à m'appeler.” (E3)

Liés aux retours :

La **présence de réponses et de retours** lors de l'adressage **est pour une majorité de MG essentielle**, elle **peut conditionner les relations futures** et la poursuite de l'adressage avec ce correspondant :

“On choisit des correspondants qui nous envoient de bonnes réponses, qui répondent sinon on n'en envoie plus, c'est un échange.” (E4)

La garantie de retours satisfaisants est liée à l'élaboration initiale d'un message de **qualité** :

“Donc si on fait des efforts pour être sympa avec les gens et on se force à écrire des lettres à peu près convenables, on a un retour positif.” (E4)

Les retours sont **formateurs** et permettent de mieux suivre le patient :

“Pour les IDE, pour gérer les glycémies, sur ce qu'ils font, c'est bien d'avoir des retours, même les kinésithérapeutes, quand on peut c'est utile, intéressant. On découvre des trucs et intellectuellement c'est intéressant.” (E3)

Certains MG déclarent que la **qualité et la fréquence des retours dépend des correspondants**.

“Les services hospitaliers font d'assez bon retours.” (E5)

B.4 Les obstacles à une communication efficace

Les freins à cette communication **sont nombreux, multifactoriels** : liés au coût, à la disponibilité des correspondants, aux patients.

“Par exemple pour la neurologie, il n'y en a pas sur le territoire donc il faut les adresser à Saint Denis et il faut tout leur expliquer, comment y aller etc ...

C'est lié au faible niveau scolaire, c'est le plus grand frein et éventuellement le coût financier, le secteur 2 et les délais. Ils sont trop peu nombreux donc les délais sont longs.” (E5)

Non respect du rôle de pivot, coordinateur du MG :

La position pivot et centrale du MG n'est parfois pas respectée : le MG est parfois non consulté et le patient consulte directement un spécialiste.

“Quand les patient y vont directement (voir le spécialiste), il n'y a pas de retour.” (E6)

Le patient peut avoir recours à plusieurs professionnels sans avoir été adressé par le MG. **L'absence de cette coordination peut être délétère** pour le patient car il peut fournir des messages contradictoires.

“En fonction des divers spécialistes les réponses changent ; le libéral conseille le scanner, tout le monde n'a pas les mêmes réponses pour les mêmes patients.” (E10)

Liés aux contraintes inhérentes à la communication :

Communiquer est **chronophage** ; le traitement des données, leur **stockage** (classement, informatique) et leur utilisation **est une charge de travail importante, longue.**

“Ça prend 4 à 5 heures par semaine pour scanner les CRH, les lettres, ça prend beaucoup de temps.” (E4)

“Je reviens en dehors du temps de travail, pour retrouver les informations éparpillées dans le dossier.” (E3)

“Quelquefois, dans les retours, le spécialiste va me joindre mais l'espace temps est le problème.” (E9)

“Ce qui prend du temps est le traitement de ses retours et de les informatiser.” (E7)

Liés aux caractéristiques des correspondants :

Pour un adressage optimal, le **choix du correspondant adapté au patient** est essentiel, mais **c'est une contrainte lourde** car celui ci doit répondre à plusieurs critères (humain, financier, disponibilité, compétences médicales)

“Le choix du correspondant dépend de la discipline, des actes pratiqués, de son secteur d'activité et de son contact humain.” (E4)

Les visites à domicile des professionnels de santé sont rares. Connaître les professionnels qui en réalisent est important :

"J'appelle les IDE et je me trouve devant beaucoup de refus de l'intervention de personnel au domicile." (E3)

Liés à l'offre de soin :

Une **démographie médicale faible** et l'**éloignement géographique** des professionnels de santé du lieu de résidence des patients compliquent l'accès aux soins.

Il y a une pénurie de spécialistes, notamment dans le secteur public. Il est souvent décrit par les MG que **les délais dans le secteur privé sont moins importants que dans le secteur public.**

"La démographie des professionnels, si il y en a et la distance." (E3)

"Je pense que le problème est le manque quantitatif de professionnels de santé, mais les moyens de communication sont adaptés." (E1)

"Ce n'est pas lié à la qualité des gens mais à la pénurie des ophtalmos, psychiatres, médecins du travail." (E7)

"Avec l'orthopédie pédiatrique, car si pour un kinésithérapeute à l'APHP les rendez-vous sont longs et le secteur privé est plus rapide, il y a des dépassements d'honoraires donc c'est un frein véritable." (E1)

Les consultations sont saturées, les **délais de rdv** sont importants :

"Les CMP sont en saturation totale par la file active à Gennevilliers." (E1)

"Il y a un problème de délai de prise de rendez-vous car à trois semaines, les patients reviennent sans rendez-vous" (E1)

La prise des rdv est compliquée :

"Je l'ai adressé à un psychiatre du CMS, qui ne prend des rendez vous que via un MG, donc j'ai pris le rendez-vous." (E1)

Le coût de la consultation limite l'accès au professionnel :

“Il y a peu de spe libéraux en secteur 1 donc ils passent par l'hôpital.” (E5)

Les contraintes liées à l'adressage peuvent entraîner une **modification des pratiques** ; par exemple les délais d'obtention des rdv longs peuvent modifier la stratégie de prescription du MG. Celui ci peut **prescrire de la kinésithérapie avant même de réévaluer le patient** (sur le plan médical et de la douleur notamment.)

Il y a donc des risques à prescrire à tort ; pour faire gagner du temps au patient face à la faible disponibilité des kinésithérapeutes.

“Les délais sont longs donc ma pratique est modifiée : je fais les prescriptions de kinésithérapie et d'antalgiques en même temps” (E1)

Liés à l'absence d'outils fiables pour connaître l'offre de soins :

Les MG répondants se plaignent que l'**offre de soin est méconnue**, qu'il n'y a pas d'outils synthétisant l'offre de soins.

Il n'y a pas de données exhaustives concernant les caractéristiques d'exercice (horaires, actes pratiqués, visites à domicile), et les caractéristiques individuelles (formation, spécificité, sélection de patientèle ...).

“On ne sait pas les caractéristiques des professionnels, donc c'est du bouche à oreille par les patients ou par les autres médecins pour rechercher les tarifs, si ils acceptent les CMU.” (E3)

“J'ai des problèmes pour connaître les caractéristiques des autres professionnels.

Je suis limité au bottin et aux annuaires téléphoniques.” (E3)

“Pour les orthophonistes, c'est très difficile car je ne sais pas si ils sont en sous effectif mais c'est difficile.” (E9)

“Peu d'IDE se déplacent à domicile, elles sont débordées.” (E1)

Les correspondants sont **difficilement joignables**, même entre confrères généralistes.

L'**ignorance des coordonnées** ou des moyens de communication utilisés par les correspondants altère l'accès aux interlocuteurs.

“J'ai un collègue MG, impossible de le contacter.” (E6)

“Les hôpitaux ne fournissent pas de réponse, il y a une errance téléphonique de standard en standard.” (E1)

“C'est compliqué à gérer donc on travaille sur un annuaire.” (E5)

“Il y a le problème de l'annuaire à améliorer, surtout pour les remplaçants et les travailleurs intérimaires.” (E4)

Les aspects légaux et **les règles de partage** des informations médicales rendent l'utilisation de certains moyens de communication délicate. Les professionnels ne sont pas tous au fait des notions juridiques. L'utilisation de moyens de communication non sécurisés est fréquente (mail, envoi de photo par téléphone portable...).

“Les échanges par mail pourraient être bien, mais est-ce autorisé de parler des patients par mail ?” (E2)

“Le problème est pour les mails car ils ne sont pas cryptés, mais on le fait quand même.” (E4)

“Il y a l'exemple de la télétransmission pour la dermatologie par internet, avec un code spécial via une messagerie cryptée.” (E2)

Liés à l'absence de codes, de protocoles, de coordination :

Les **règles de communication** et le mode d'exercice des autres professionnels **sont inconnus**. Il est parfois difficile de les joindre car le moyen utilisé n'est pas celui du correspondant :

“Pour les paramédicaux, par ex les IDE à domicile qui suivent les diabétiques, il est difficile de les avoir au téléphone. Je pense qu’elles doivent être surchargées, je pense que le téléphone n’est peut être pas le meilleur moyen mais dès que je les sollicite elles me répondent.” (E8)

Le **message adressé** au destinataire est **incomplet**, peut être vague, flou. Les éléments nécessaires du message ne sont pas toujours mentionnés :

“Quand on fait un courrier, on connaît la raison pour laquelle on adresse et il y a des éléments dont on ne parle pas et que la personne en face ne connaît pas.” (E2)

“Pour bien adresser il faudrait réfléchir à nouveau au motif de l’adressage ; parfois sur le petit texte explicatif, parfois sur la problématique. On n’est pas content du courrier quand on le relit et on gagnerait, pour la santé du patient, il faudrait réfléchir à plusieurs.” (E4)

Il n’y a **pas de règles de communication ni de protocoles** clairs sur les méthodes et la manière de communiquer :

“Mais nous-même, nous ne sommes pas très organisés ; il n’y a pas de démarche standard ni de protocole sur comment communiquer quand ça va mal. On ne leur dit pas comment faire non plus.” (E4)

“Pareil pour la prise en charge par les kinésithérapeutes car la prise en charge est non formalisée.” (E3)

Liés à une relation interprofessionnelle pauvre et complexe :

Établir des **liens réguliers** entre les professionnels est difficile :

“On n’arrive pas à établir des liens de communication réguliers sur des motifs médicaux.” (E4)

La variabilité interhumaine et **la personnalité** des interlocuteurs peuvent compliquer la communication, l'entente :

“Pour trois d'entre eux (IDE), il n'y a aucun souci dans les deux sens, on s'appelle au moindre problème. Pour la dernière équipe, ils prennent des initiatives et laissent traîner des choses ; c'est une question de personnalité et pas de moyen.” (E3)

Les professionnels de santé (IDE par exemple) ne font pas de retours. Les **échanges peuvent être pauvres ou inexistant**s alors que la prise en charge est **pluridisciplinaire, notamment dans les situations compliquées**.

“Une famille a téléphoné à un IDE pour un malaise et une hypoglycémie, cette famille a appelé, car la personne âgée est retrouvée dans son lit, au milieu de ses selles, l'IDE est passée mais n'a pas prévenu le médecin.” (E4)

“On est en plein dans le parcours des patients complexes à domicile.” (E10)

Contacter les autres professionnels **est difficile** :

“J'ai fait du lien avec le médecin traitant, il fallait faire du lien avec l'APA.

- *Comment l'avez vous contacté ?*
- *C'était hyper difficile, il ne répond pas au téléphone, j'ai même hésité à passer chez lui.” (E10)*

“Je n'ai pas de retour car ils (les patients) ne donnent pas les lettres ou bien car je ne donne jamais mon mail dans le courrier donc peut être qu'ils n'arrivent pas à me joindre. Au CMS on n'a pas de ligne directe non plus.” (E8)

Liés au patient :

Le patient ne remplit pas toujours son rôle de **transmetteur** et il n'est parfois **pas informé**, souvent passif et non intégré dans sa prise en charge :

“Avec les orthophonistes, le fameux bilan on l’a, il est globalement toujours fait à l’issue des séances mais les patients ne l’apportent que rarement.

Il faudrait qu’il soit adressé directement par un autre moyen que par l’intermédiaire du patient.” (E3)

Les patients **n’arrivent parfois pas à prendre leur rdv** et peuvent avoir des difficultés à transmettre les informations et les retours des professionnels.

“Il y a une difficulté des patients à prendre leur rendez-vous.” (E2)

“C’est lié au faible niveau scolaire, c’est le plus grand frein avec éventuellement le coût financier et le secteur 2 et les délais”

“Si ils sont perdus, je demande au spécialiste de me donner une réponse écrite si les patients sont peu fiables.” (E5)

La prise en charge des patients aux **situations médicosociales complexes est compliquée.**

“Ca ne va pas quand la situation devient complexe, c’est difficile pour le professionnel de se débrouiller tout seul. Complexe au sens de précaire, de refus de soin, d’avoir des aides (...) ça dysfonctionne.” (E10)

“On n’a pas de difficultés, les plus importantes sont sociales, l’invalidité, les prestations non versées, les indemnités, il y a donc des AS qui débrouillent les dossiers difficiles.” (E7)

“Mais comme c’est un patient compliqué, j’ai booké un rendez-vous avec lui et comme je travaille le même jour, j’ai dit à l’ortho de m’appeler “ (E8)

Liés aux retours :

Malgré des courriers, très fréquemment, **les retours**, les réponses des professionnels (ville ou hôpital) **ne sont pas systématiques.**

L'absence de retours, d'accusés de réception, d'échanges nuit à une communication de qualité :

“La difficulté que j'ai est d'avoir des retours par le professionnel de santé lui-même en ville ou à l'hôpital, j'ai l'impression de faire beaucoup de lettres, je n'adresse jamais sans lettre et je n'ai pas de retour, j'ai le retour du patient mais la communication entre professionnels est difficile.” (E8)

“On a exceptionnellement des retours, ils ne sont jamais systématiques.” (E4)

“Les orthophonistes n'envoient jamais de bilan en retour, seulement deux par an alors qu'elles ont eu une ordonnance et qu'elles connaissent les coordonnées, elles savent qui les a adressés.” (E1)

“Quand il y a des difficultés d'équilibration de diabète ; avec les IDE, ils font leur truc et il n'y a pas d'échange.” (E3)

“J'aimerais avoir des retours mais je n'en ai pas.” (E5)

Si des retours sont reçus, les **délais** peuvent être **importants**.

“Il y a un problème de délai de prise de rendez-vous car à trois semaines les patients reviennent sans rendez-vous ni de bilan initial de kinésithérapeute.” (E1)

Le patient, vecteur d'information, **ne remplit pas toujours son rôle**, notamment dans le sens retour de l'information, vers le MG :

“Souvent quand on envoie un courrier, on a un retour. Quand les patients y vont directement, il n'y a pas de retour.” (E6)

“Avec les orthophonistes, le fameux bilan on l'a, il est globalement toujours fait à l'issue des séances mais les patients l'apportent rarement.” (E3)

B.5 Les propositions d'amélioration

Devant les obstacles et difficultés à adresser des patients à d'autres professionnels, **certains MG ont changé leurs pratiques**, leur mode d'adressage en sélectionnant d'autres correspondants ou structures qui répondaient à leurs attentes.

“Pour la psychiatrie, je ne travaille plus avec le CMP mais avec les psychologues et les psychiatres du CMS et CMP à Paris. Les difficultés d'adressage ont modifié mes pratiques.”

(E1)

“Avec les urgences de Beaujon j'ai beaucoup de difficultés et je n'adresse plus aux urgences mais je passe par l'hospitalisation directement.” (E1)

La communication pourrait être améliorée. Chaque étape peut bénéficier de changements, de modifications. L'intervention de tous les acteurs pourrait être revue (patient compris). Cela permettrait d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient dans son parcours de soins, ainsi que la relation interpersonnelle, et la **connaissance des modalités d'exercice des différents intervenants**.

“C'est hyper important la communication entre professionnels, je pense qu'elle doit être améliorée, on doit réfléchir à la façon de communiquer.” (E8)

“Il faut l'améliorer et tout le monde y gagnera, en temps, en qualité de soins, pour les patients. nous, quand on communique on continue à se former donc c'est intéressant.” (E8)

La loi au service de la communication : Des MG déclarent que légiférer et ajouter des règles a permis d'avoir des retours quasi systématiques de l'hôpital, d'avoir des comptes rendus d'hospitalisation dans un temps et une forme clairs et adaptés.

“La communication s'est améliorée car il y a eu une évolution de la législation vis à vis des patients, notamment les retours destinés aux médecins généralistes par l'hôpital.

Il y a une fluidité de l'information au service du patient.” (E7)

L'instauration de retours systématiques avec un délai défini est une piste d'amélioration. Tout comme les CRH, chaque contact d'un patient avec un professionnel de santé pourrait être accompagné d'un compte rendu destiné au MG. Les MG souhaitent des retours systématiques.

“Je suis dans l'attente de retour quand j'adresse, pour n'importe quel acteur de santé.” (E2)

“De manière générale j'ai des retours mais le problème est qu'ils peuvent être très tardifs comme deux mois après l'hospitalisation.” (E9)

Le patient ne transmet pas toujours les informations. **Transmettre le message directement au MG sans passer par le patient pour garantir un retour efficace peut être envisageable.**

“Avec les orthophonistes, le fameux bilan on l'a, il est globalement toujours fait à l'issue des séances mais les patients l'apportent rarement.”

Il faudrait qu'il soit adressé directement par un autre moyen que par l'intermédiaire du patient.” (E3)

Rémunérer l'action de communiquer pourrait être une aide à leur promotion :

“Certains spécialistes ont une cotation pour répondre, ils coteront C2, avis d'expert, ils seront payés double pour nous répondre.” (E4)

L'optimisation du circuit d'adressage semble nécessaire.

L'offre de soins étant limitée, **la délégation des tâches** pourrait permettre de diminuer les délais des rendez vous et le temps des consultations : consultation d'orthoptie puis d'ophtalmologie.

“Problème avec l’ophtalmologie, mais (on a) réussi à alléger les délais de prises de rendez vous grâce à des pré-consultations d’orthoptie, on a modifié le circuit d’adressage donc ça a bien fonctionné avec ça.” (E1)

La position “pivot” du MG doit être respectée. Le MG est l’émetteur mais aussi la personne qui reçoit en retour l’information.

Le trajet de l’information et le rôle de chacun pourraient être clairement définis.

“Il faudrait qu’il soit adressé directement par un autre moyen que par l’intermédiaire du patient, la prise en charge par les kinésithérapeutes est non formalisée.” (E3)

Améliorer les conditions d’hospitalisation des patients : éviter les urgences. Proposer des circuits simples d’hospitalisation.

Pour l’hospitalisation des patients, les MG ne fonctionnent pas tous pareil, il n’y a pas de schéma clair d’orientation des patients de la ville vers l’hôpital. Eviter le passage aux urgences pour des patients stables pour qui le diagnostic est établi est souhaitable.

L’adressage à l’hôpital n’est pas défini.

“Avec les urgences de Beaujon j’ai beaucoup de difficultés et je n’adresse plus aux urgences mais je passe par l’hospitalisation directement.

Je ne passe par les urgences que si il existe un flou diagnostique et si j’ai besoin d’une réponse rapide diagnostique.” (E1)

Ces difficultés ont fait contourner ma stratégie d’adressage.” (E1)

Améliorer la prise en charge des patients en perte d’autonomie **vivant à domicile** pour les soins et les consultations de spécialistes car certains professionnels n’interviennent pas à domicile.

“J’appelle les IDE et je me trouve devant beaucoup de refus de l’intervention de personnel au domicile.” (E3)

Créer des outils adaptés pour **centraliser les données médico-administratives** pourrait être développé, avec notamment le **dossier partagé**. La transmission des informations entre les professionnels n’est pas tout le temps efficiente et les informations retrouvées ne sont pas toujours adaptées. La présence d’une **base de données permettrait d’éviter la fuite des informations** et de **sélectionner celles dont il a besoin**.

“On communique par papier grâce au logiciel structuré, ce qui permet de donner des infos parfois trop d’infos mais il faut améliorer la saisie de nos dossiers.” (E4)

“Il faut avoir les bons contacts et quand il y a un problème avec des spécialistes, ce n’est pas simple de trouver le bon interlocuteur, les coordonnées, quand tu n’as pas le nom tout de suite, il manque un truc centralisé pour les problèmes médicaux et sociaux : MDPH, sécu, surtout pour les paramédicaux, pour savoir comment trouver le bon interlocuteur, il manque un répertoire.” (E8)

La création d’un **répertoire exhaustif** des professionnels de santé et collaborateurs médicaux (assistantes sociales ...) permettrait pour les MG de **trouver le correspondant adapté au patient** (selon son âge, sa prise en charge sociale, son budget, sa localisation, ses délais de rendez-vous, son autonomie...) :

“La connaissance du bon correspondant pour le patient” (E4)

“Il manque un truc centralisé pour les problèmes médicaux et sociaux : MDPH, sécu, surtout pour les paramédicaux, pour savoir comment trouver le bon interlocuteur, il manque un répertoire.” (E8)

L'intégration du patient au centre du processus de communication doit être recherchée à l'aide d'une information claire et adaptée. Celui-ci a un rôle de vecteur et transmetteur de l'information ; il fait aussi le lien entre les professionnels, son adhésion doit être recherchée.

“La bonne communication passe par la manière dont on explique bien au patient ce qu'il peut attendre de la personne, à qui on l'adresse, pourquoi on l'adresse, les questions qu'on a posées et il doit être intégré à la démarche, si le patient fait partie du processus.” (E4)

“C'est très rare de ne pas avoir de retour car dès l'instant qu'on dit bien au patient qu'il est important de mettre dans son dossier les CRH alors il y a des retours.” (E7)

L'instauration de rencontres interprofessionnelles permettrait aux professionnels de se rencontrer, de se connaître, d'élaborer des réflexions communes. L'échange permet de trouver des solutions : de nouvelles conduites à tenir, des protocoles lors de l'adressage pourraient émerger, comme la formulation claire du motif d'adressage.

“Pour bien adresser il faudrait réfléchir à nouveau au motif de l'adressage ; parfois le petit texte explicatif, la problématique, on n'est pas content du courrier quand on le relit et on gagnerait pour la santé du patient. Il faudrait réfléchir à plusieurs.” (E4)

“En groupe, on profite des connaissances des autres, (...) ça améliore les liens et le tissu social.” (E3)

“Les kinésithérapeutes à domicile qu'on rencontre le plus souvent sont ceux qui viennent aux réunions donc c'est l'occasion d'échange. Ceux des maisons de retraite, on les voit en direct donc c'est pratique.” (E3)

La formation interprofessionnelle est demandée par certains MG car elle permettrait la cohésion et l'alliance interprofessionnelle, l'amélioration des rapports humains et l'élaboration de projets au profit du patient :

“Car on connaît bien les gens qu’on croise lors de réunion. Les rencontres professionnelles, sur des temps dédiés à la rencontre entre professionnels, jouent beaucoup.” (E8)

“Je voudrais que tous les professionnels discutent ensemble. La situation n’est pas évidente. Je demande comment on peut prendre cette femme en charge en HDJ.” (E9)

“Il y a cette réunion mensuelle (...), on présente des patients et tous les gens qui s’en occupent sont convoqués, même les AS. Tout le monde ne vient pas mais tout le monde peut venir même les pharmaciens si ils ne s’en sortent plus. (...). Donc ces réunions permettent de communiquer.” (E9)

“Pour une bonne relation interprofessionnelle, il faut des projets communs.” (E3)

Le souhait d'**humaniser les rapports** et les contacts humains est fréquent. Les MG évoquent fréquemment l'isolement et l'absence de rencontre :

“Il faut autre chose que des contacts téléphoniques, c’est permis grâce à des rencontres.” (E3)

“Ceux des maisons de retraite (les kinésithérapeutes), on les voit en direct donc c’est pratique.” (E3)

L’intégration de la notion d’urgence pour la prise de Rdv est importante. Ces plages d’urgence sont rares et trouver un correspondant disponible pour recevoir un patient dans ces situations est complexe.

“Avec les dentistes c’est aussi compliqué car les consultations sont saturées et il n’y a pas de plages d’urgence.” (E1)

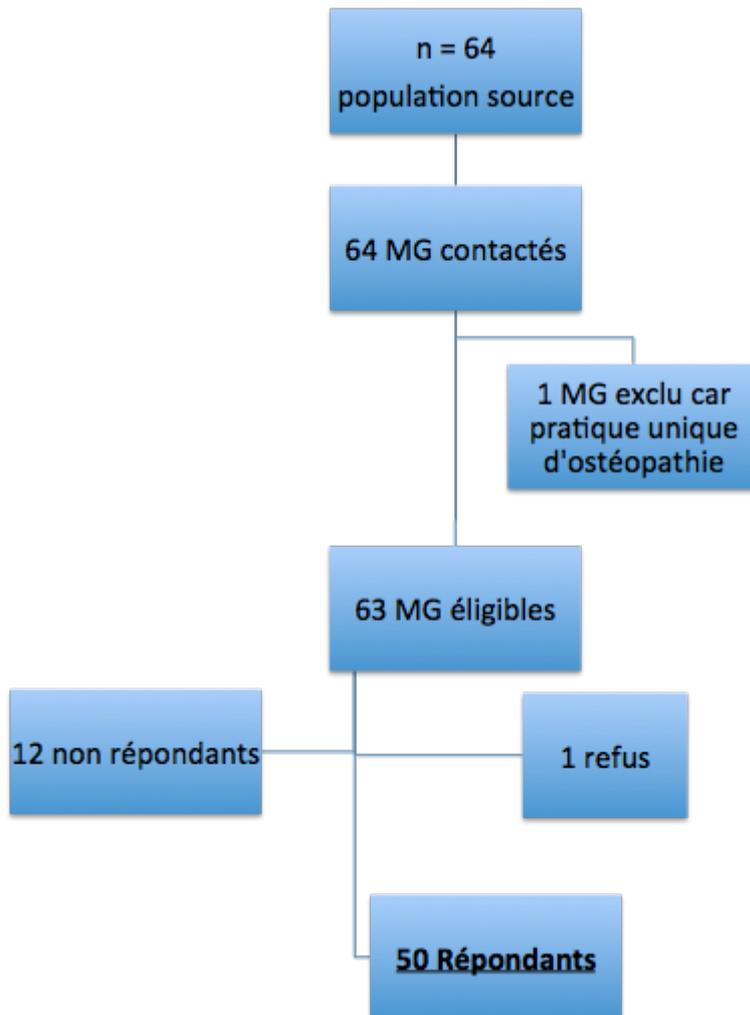
“La télédermatologie a amélioré l’adressage rapide, et ça a permis la correction des délais quand la dermatologue voit la photo, que ce soit verbal ou par mail, si il faut voir les gens plus rapidement, elle développe une consultation d’urgence.” (E1)

C. ETUDE QUANTITATIVE

C.1 Réalisation de l'enquête

1. Taux de réponse

Le taux de réponse est de 79.4 % (50/63).

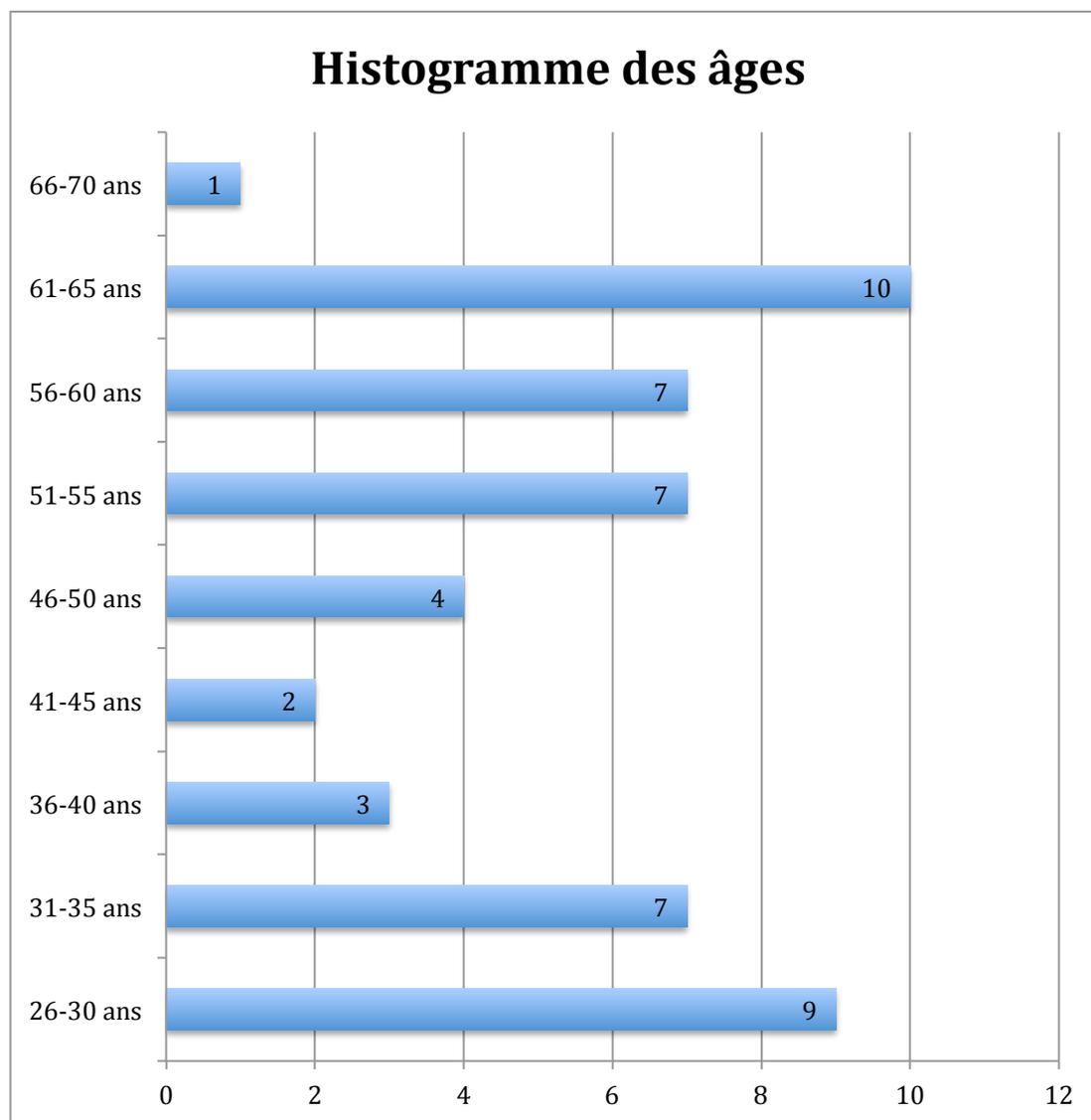


C.2 Caractéristiques socio-démographiques

1. Genre

62% des répondants sont des femmes (31/50).

2. Âge



La moyenne d'âge est de 47,04 ans.

La médiane d'âge est de 49 ans.

L'âge minimum est de 28 ans, l'âge maximum est de 66 ans.

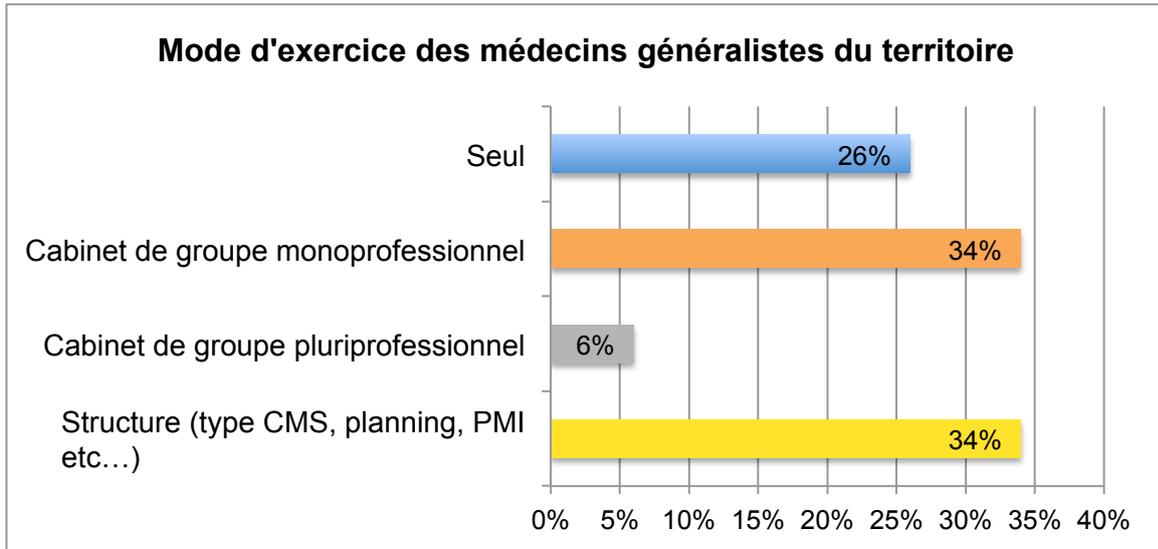
3. Ville d'exercice

70 % des MG exercent à Gennevilliers (35/50) et 30% à Villeneuve-la-Garenne (15/50).

4. Mode d'exercice

26 % exercent seuls dans des cabinets contre 74 % selon un exercice en groupe :

- 34 % exercent dans des cabinets de groupe monoprofessionnel ;
- 6 % exercent dans des cabinets de groupe pluriprofessionnel ;
- 34 % exercent dans des structures.



5. Existence d'un secrétariat

74 % des MG possèdent un secrétariat (37/50).

Existence d'un secrétariat

	Absence de secrétariat	Secrétariat physique	Secrétariat à distance	total
Effectif	13	23	14	50
Fréquence	26%	46%	28%	100%

6. Mode d'exercice des médecins généralistes et existence de secrétariat

Comparaison des modes d'exercice et de l'existence de secrétariat :

	Secrétariat physique		Secrétariat à distance		Absence de secrétariat		Total	
	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq
Seuls	2	15 %	2	15 %	9	70 %	13	100%
Cabinet de groupe monoprofessionnel	6	35 %	9	52 %	2	13 %	17	100%
Structures	14	82 %	2	12 %	1	6 %	17	100%
Cabinet de groupe pluriprofessionnel	1	33 %	1	33 %	1	33 %	3	100%

30 % des MG exerçant seuls possèdent un secrétariat (4/13). Il est physique dans 50% des cas (2/4) et à distance dans 50% (2/4).

87 % des cabinets de groupe monoprofessionnels possèdent un secrétariat (15/17). Il est à distance dans 60% (9/15) et physique dans 40% (6/15).

94 % des structures possèdent un secrétariat (16/17). Le secrétariat est physique dans 82 % (14/17) des cas et à distance dans 12 % (2/17).

66 % des cabinets de groupe pluriprofessionnels possèdent un secrétariat (2/3). Il peut être physique 50% (1/2) ou à distance 50% (1/2).

Comparaison de la présence de secrétariat entre le mode d'exercice seul et les autres

modes d'exercice :

	Secrétariat		Pas de secrétariat		TOTAL	
	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq
Seul	4	30%	9	70%	13	100%
Cab mono/pluripro, structure	33	89%	4	11%	37	100%

30% des MG exerçant seuls ont un secrétariat contre 89 % des MG exerçant en cabinets mono/pluriprofessionnels et structures. ($p= 0,000139 < 0.05$ test de Fisher).

Il existe une différence significative entre les modes d'exercice : les médecins exerçant seuls possèdent significativement moins de secrétariat que ceux exerçant en groupe ou en structure.

7. Mode d'exercice des médecins et genre

Comparaison du genre et des modes d'exercice seuls et des autres modes d'exercice:

	Femme		Homme		TOTAL	
	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq
Seul	3	23%	10	77%	13	100%
Cab mono ou Cab pluri ou Structure	28	75%	9	25%	37	100%

23% des MG exerçant seuls sont des femmes contre 75 % des MG exerçant en cabinets mono/pluriprofessionnels et structures. ($p= 0,001854 < 0.05$ test de Fisher).

Il existe une différence significative entre les genres pour les modes d'exercice seul et en groupe ou en structure. Les femmes exercent plus en groupe ou en structure que dans des cabinets seuls.

8. Mode d'exercice et classe d'âge

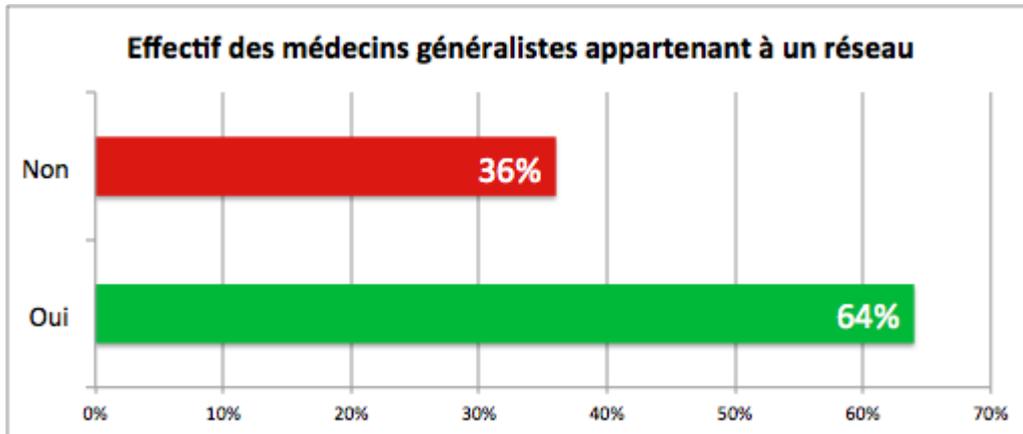
Comparaison de la classe d'âge et des modes d'exercice :

	Age inférieur à 49 ans		Age supérieur à 49 ans		Total	
	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq
Seul	2	15%	11	85%	13	100%
Cabinet de groupe mono/pluriprofessionnel Structure	23	62%	14	38	37	100%

85 % des MG exerçant seuls ont plus de 49 ans contre 38 % des MG exerçant en cabinets de groupe mono/pluriprofessionnel ou en structure. ($p= 0,00829 < 0.05$ test de Fisher).

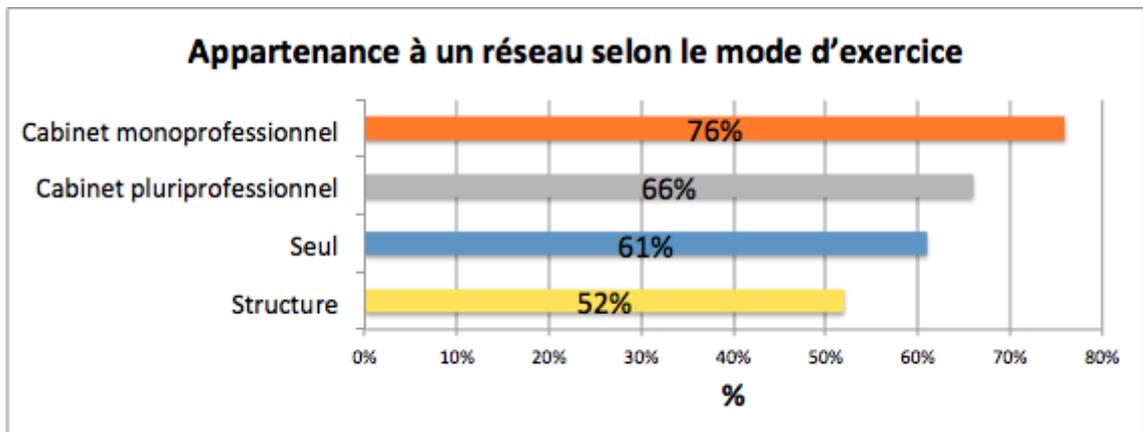
Il y a une différence significative entre l'âge et le mode d'exercice : les MG de moins de 49 ans travaillent plus en cabinet de groupe mono/pluriprofessionnel ou en structure que les plus âgés.

9. Appartenance à un réseau



64% des MG appartiennent à un réseau (32/50).

10. Appartenance des MG à un réseau selon leur mode d'exercice



Il n'existe pas de différence significative entre les structures et les autres modes d'exercice concernant l'appartenance à un réseau : (52 % versus 76 %, $p=0.3518$ test de Fisher).

Tableau : Effectif appartenant à un réseau selon le mode d'exercice

	Appartenance à un réseau	
	Effectif	Fréquence
Cabinet mono/pluriprofessionnel	15/20	75%
Seul	8/13	61%
Structure	9/17	53%

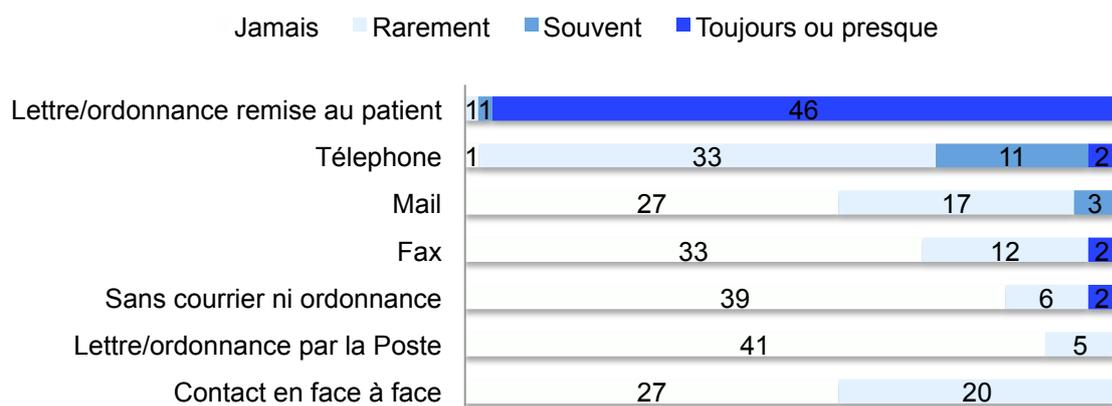
C.3 Etude de l'adressage et des supports de communication

1. Adressage de manière générale

La question était : **En général (hors urgence), quels sont les supports de communication que vous utilisez quand vous adressez un patient vers ce professionnel ?**

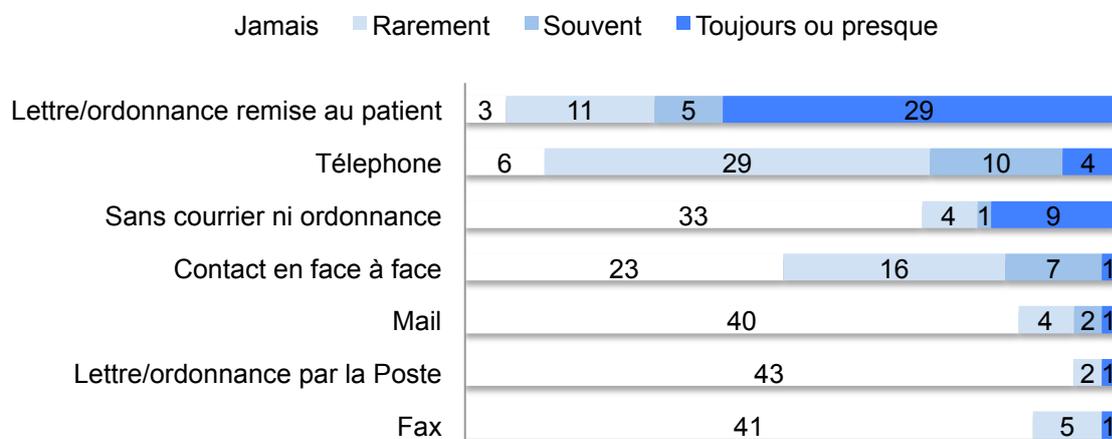
A des Médecins spécialistes :

Adressage de manière générale vers des médecins spécialistes : supports de communication



A des Professionnels Paramédicaux (Kinésithérapeutes, IDE) :

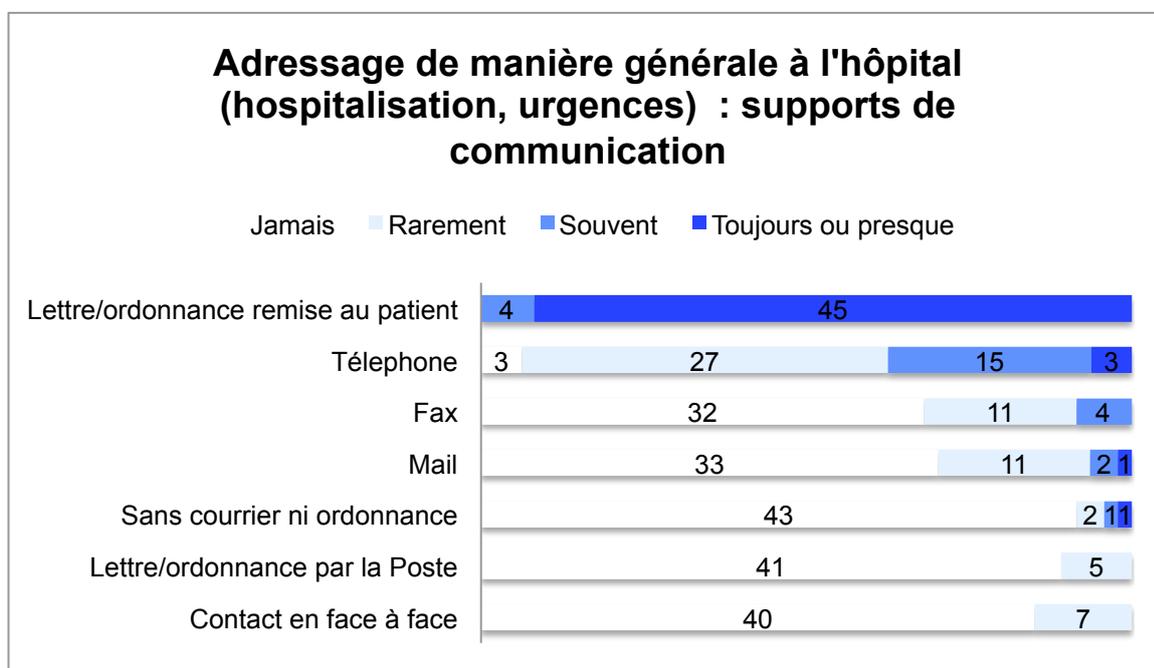
Adressage de manière générale à des Professionnels paramédicaux (Kinésithérapeutes, IDE) : supports de communication



Dans 70 % des cas, les MG déclarent adresser à l'aide d'une lettre/ordonnance qui est remise au patient.

Dans 29 % des cas, le contact est téléphonique.

A l'hôpital (hospitalisation, urgences) :



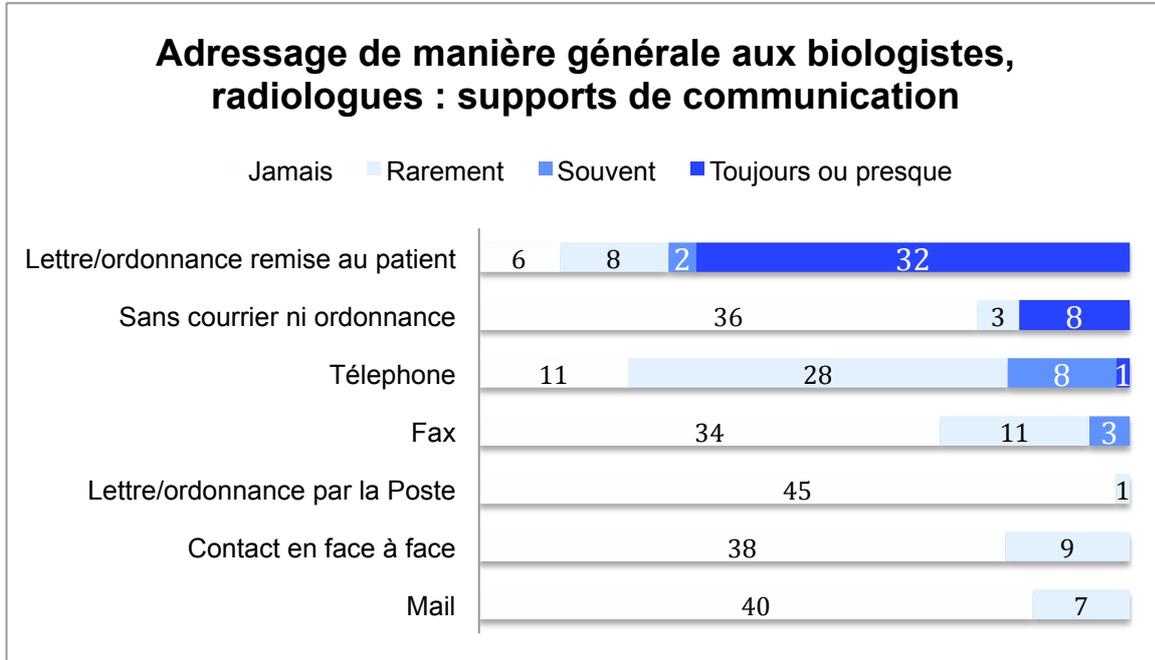
Dans 100 % des cas, les MG déclarent adresser à l'aide d'une lettre/ordonnance qui est remise au patient.

Dans 37.5 % des cas, le contact est téléphonique.

Dans 9% des cas, le contact est par fax.

Dans 6% des cas, le contact est par mail.

Aux biologistes, radiologues :



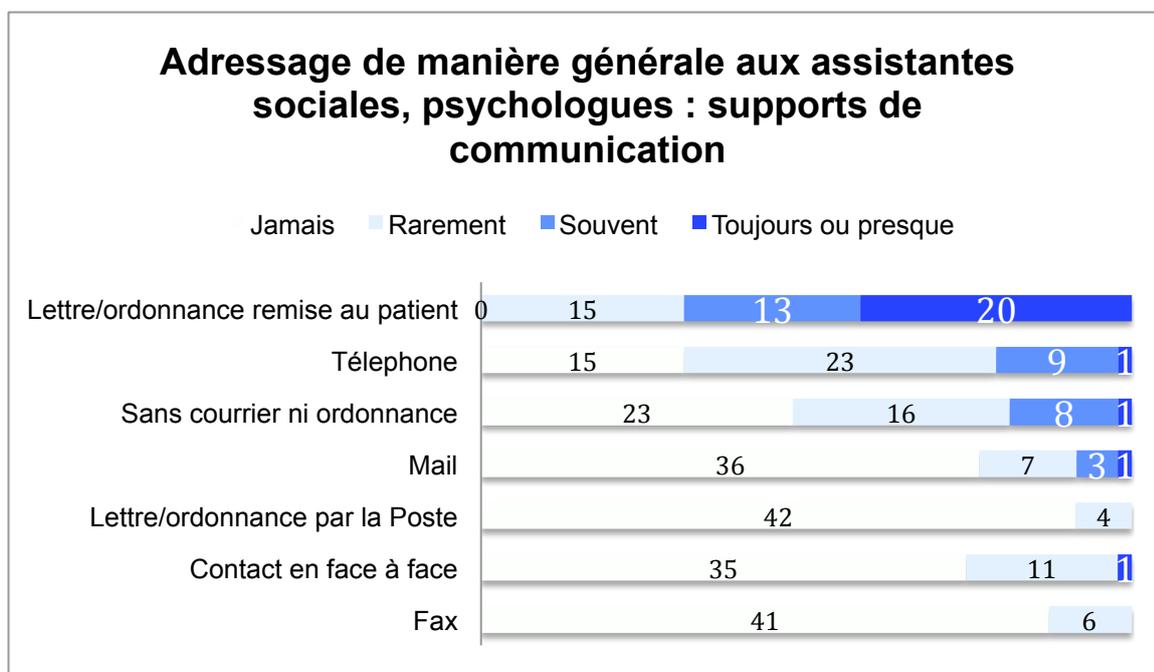
Dans 70 % des cas, les MG déclarent adresser à l'aide d'une lettre/ordonnance qui est remise au patient.

Dans 19 % des cas, des cas, le contact est téléphonique.

Dans 17 % des cas, l'adressage se fait sans courrier ni ordonnance.

Dans 9% des cas, le contact est par fax.

Aux Assistantes sociales, Psychologues :



Dans 68 % des cas, les MG déclarent adresser à l'aide d'une lettre/ordonnance qui est remise au patient.

Dans 20 % des cas, le contact est téléphonique.

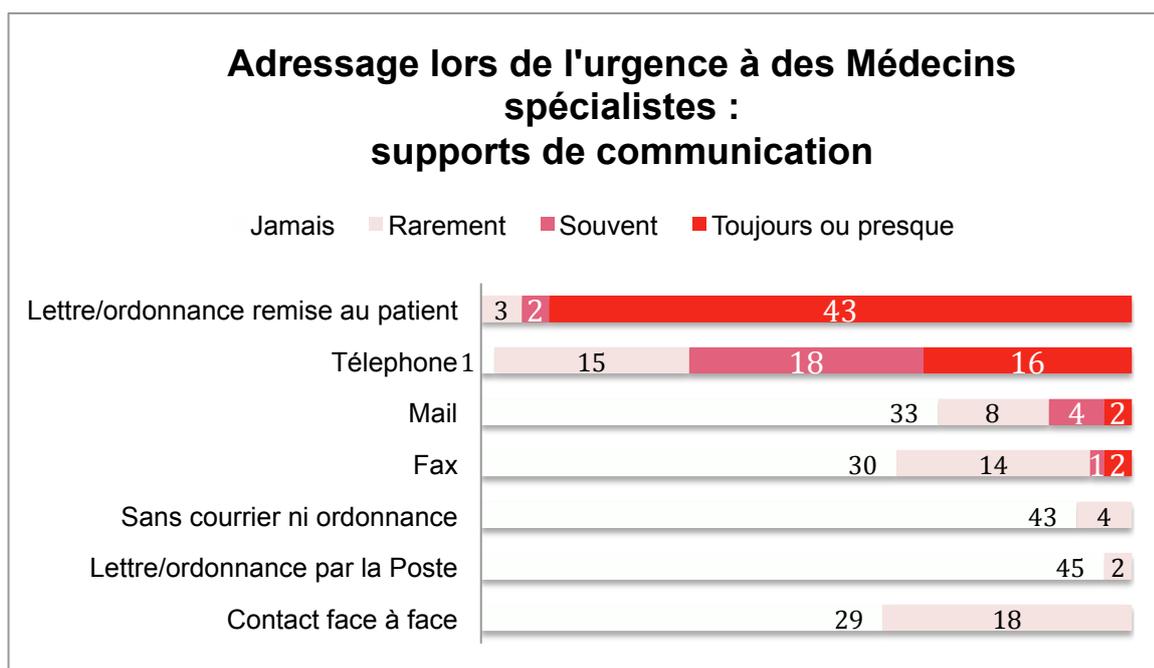
Dans 19 % des cas, l'adressage se fait sans courrier ni ordonnance.

Dans 9% des cas, le contact est par mail.

2. Adressage dans un contexte d'urgence

La question était : **Lors de l'urgence, quels sont les supports de communication que vous utilisez quand vous adressez un patient vers ce professionnel ?**

A des médecins spécialistes :



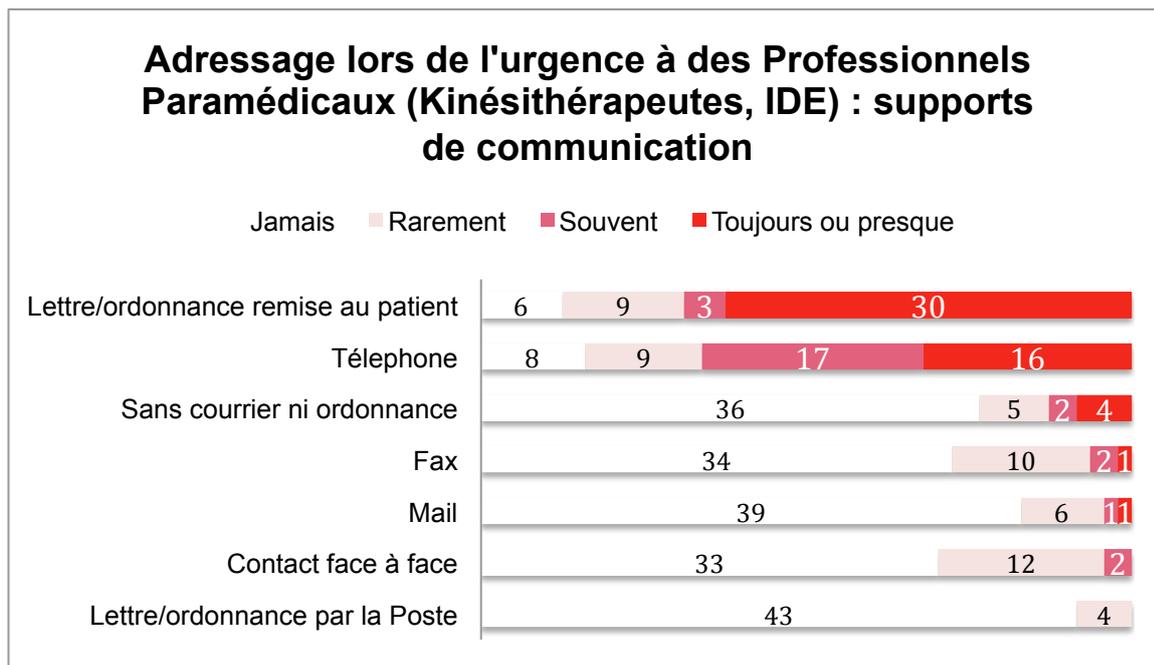
Dans 93 % les MG déclarent adresser à l'aide d'une lettre/ordonnance qui est remise au patient.

Dans 68 % des cas, le contact est téléphonique.

Dans 13 % des cas, le contact est par mail.

Dans 6 % des cas, le contact est par fax.

A des Professionnels Paramédicaux (Kinésithérapeutes, IDE) :

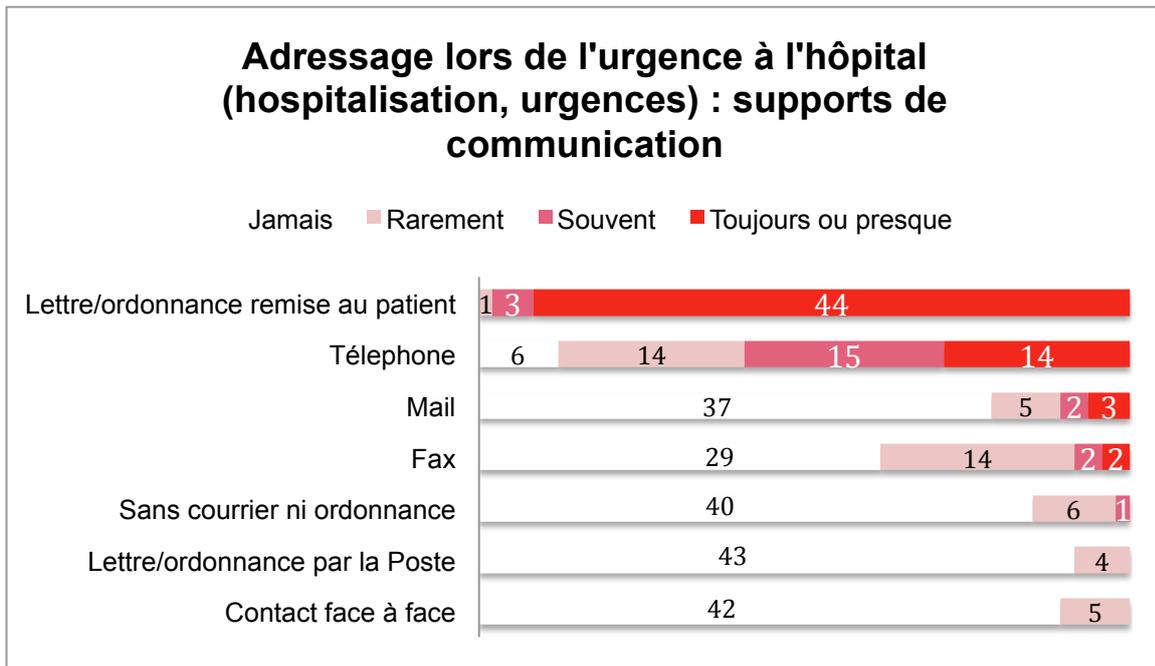


Dans 69% des cas, les MG déclarent adresser à l'aide d'une lettre/ordonnance qui est remise au patient.

Dans 66% des cas, le contact est téléphonique.

Dans 13 % des cas, l'adressage se fait sans courrier ni ordonnance.

A l'hôpital (hospitalisation, urgences) :



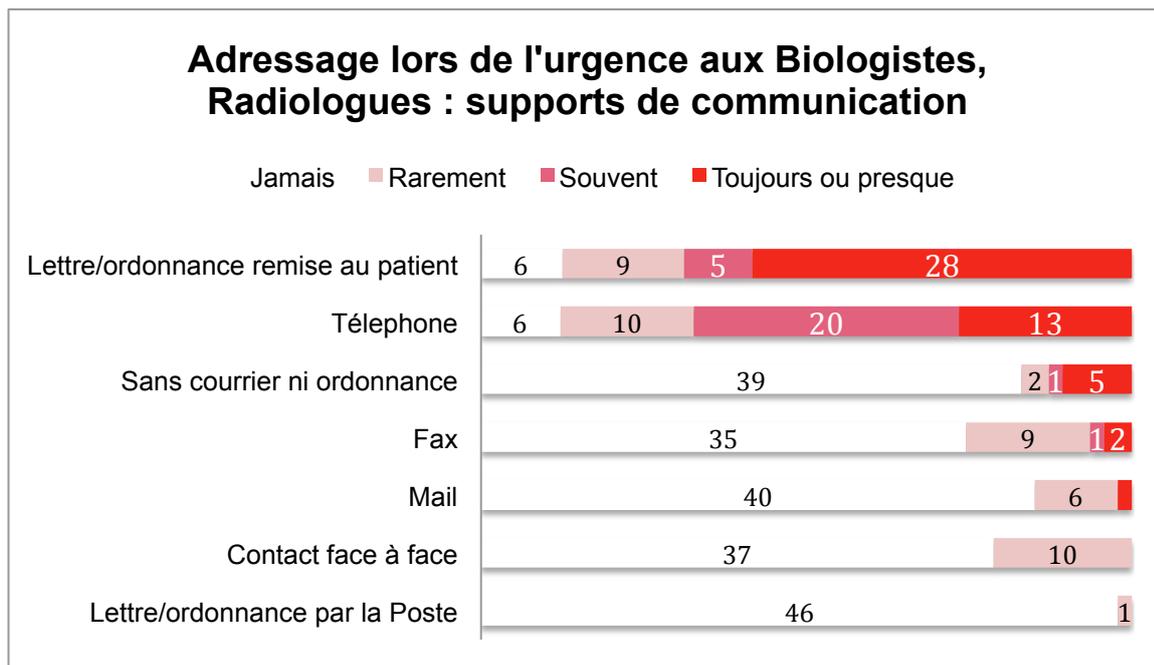
Dans 98 % des cas, les MG déclarent adresser à l'aide d'une lettre/ordonnance qui est remise au patient.

Dans 60% des cas, le contact est téléphonique.

Dans 10 % des cas, le contact est par mail.

Dans 8 % des cas, le contact est par fax.

A des Biologistes, Radiologues :

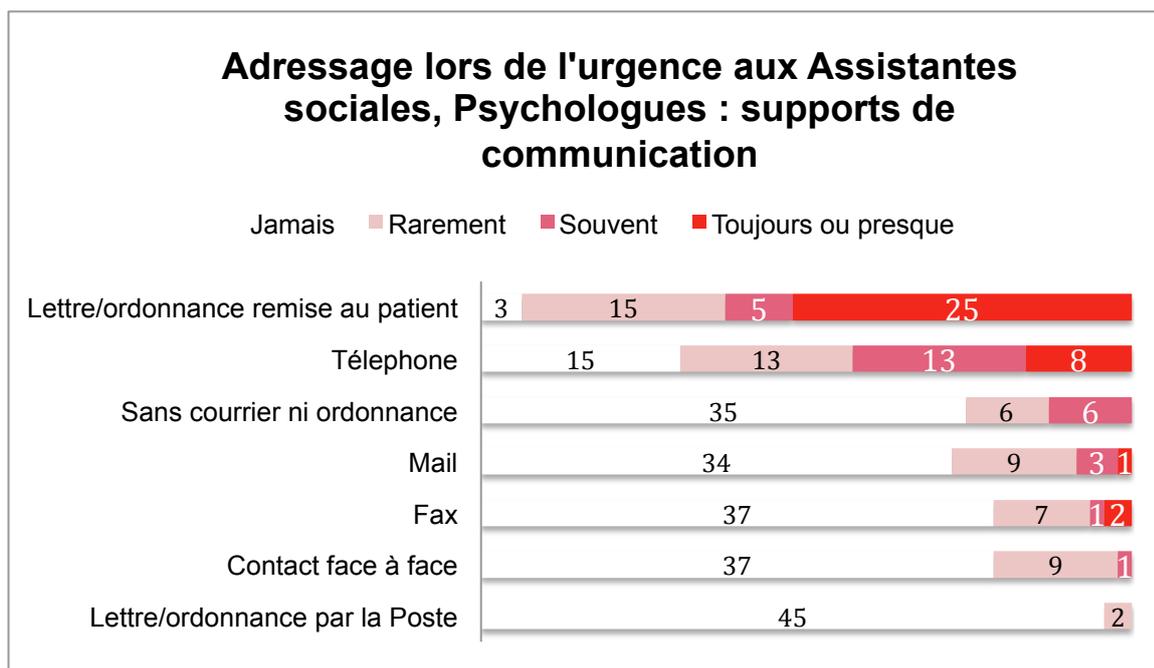


Dans 69 % des cas, les MG déclarent adresser à l'aide d'une lettre/ordonnance qui est remise au patient.

Dans 68% des cas, le contact est téléphonique.

Dans 13 % des cas, l'adressage se fait sans courrier ni ordonnance.

Dans 6 % des cas, le contact est par fax.



Dans 62 % des cas, les MG déclarent adresser à l'aide d'une lettre/ordonnance qui est remise au patient.

Dans 43% des cas, le contact est téléphonique.

Dans 13 % des cas, l'adressage se fait sans courrier ni ordonnance.

Dans 8 % des cas, le contact est par mail.

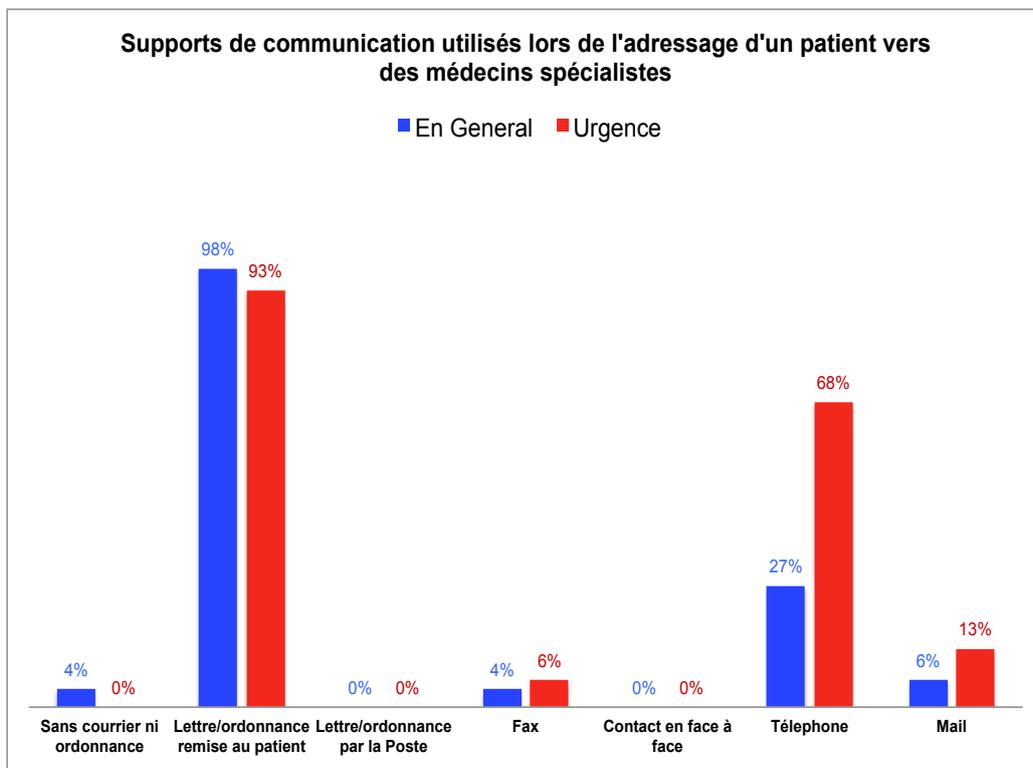
Dans 6 % des cas, le contact est par mail.

3. Comparaison des supports de communication utilisés lors de l'adressage de patients vers les professionnels de santé en général et en urgence.

Pour chaque support de communication, et en direction de chaque catégorie professionnelle, nous avons calculé un score (compris entre 0% et 100%) indiquant de manière globale à quel point ce moyen de communication est déclaré comme souvent utilisé lors de l'adressage de patients vers des professionnels de cette catégorie. Deux scores ont été

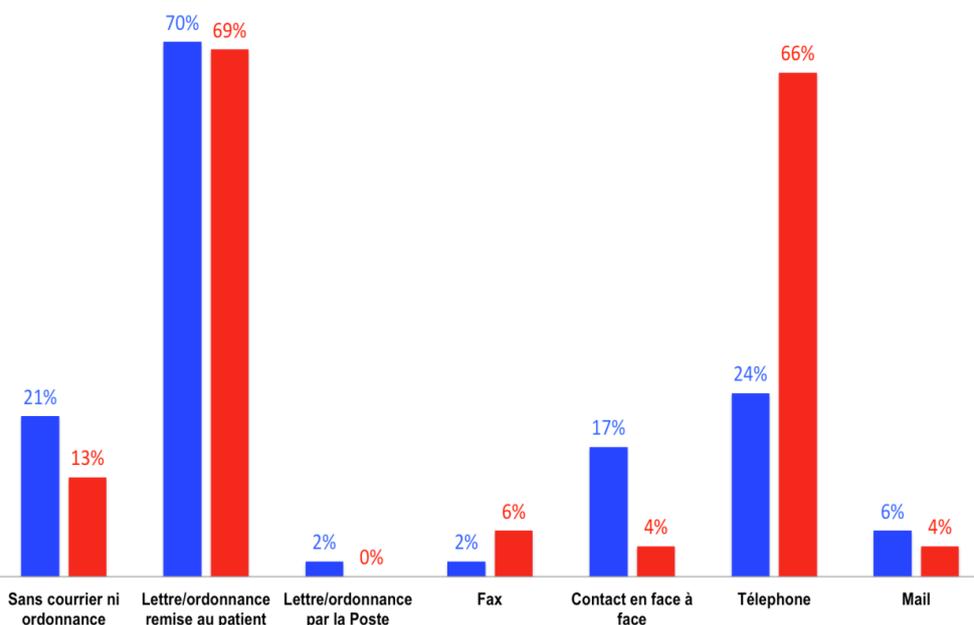
calculés séparément à chaque fois : communication hors urgence et communication en urgence.

Techniquement, les réponses “toujours ou presque” ont été cotées 3 points, les réponses “souvent” 2 points, les réponses “rarement” à 1 point et les réponses “jamais ou presque jamais” 0 point. La somme des points a été calculée et rapportée à son maximum théorique (i.e. la valeur qui aurait été obtenue si tous les répondants avaient choisi “toujours ou presque”) afin d’obtenir un score final compris entre 0% (tous les répondants disent “jamais ou presque jamais”) et 100% (tous les répondants disent “toujours ou presque”).



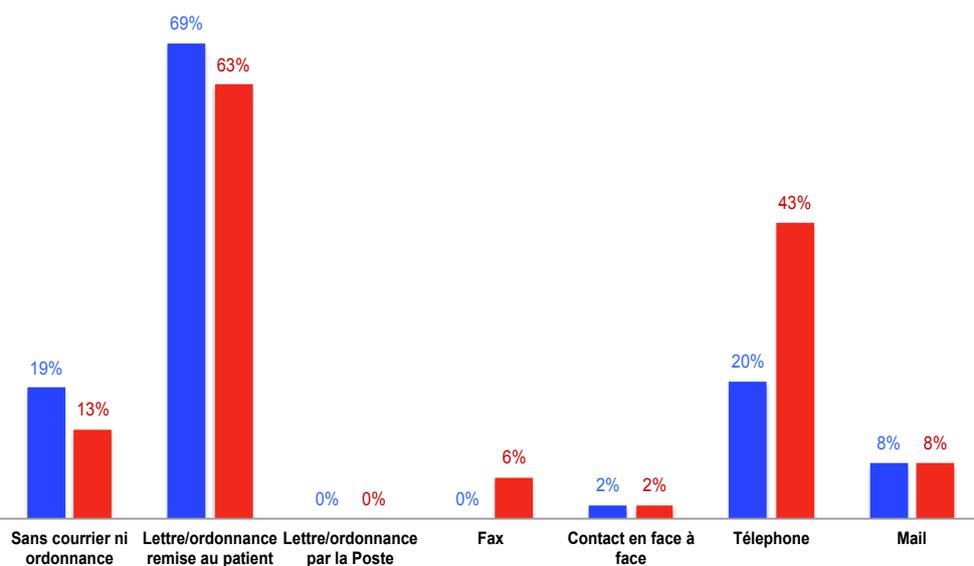
Supports de communication utilisés lors de l'adressage d'un patient vers des paramédicaux (IDE et Kinés)

■ En General ■ Urgence



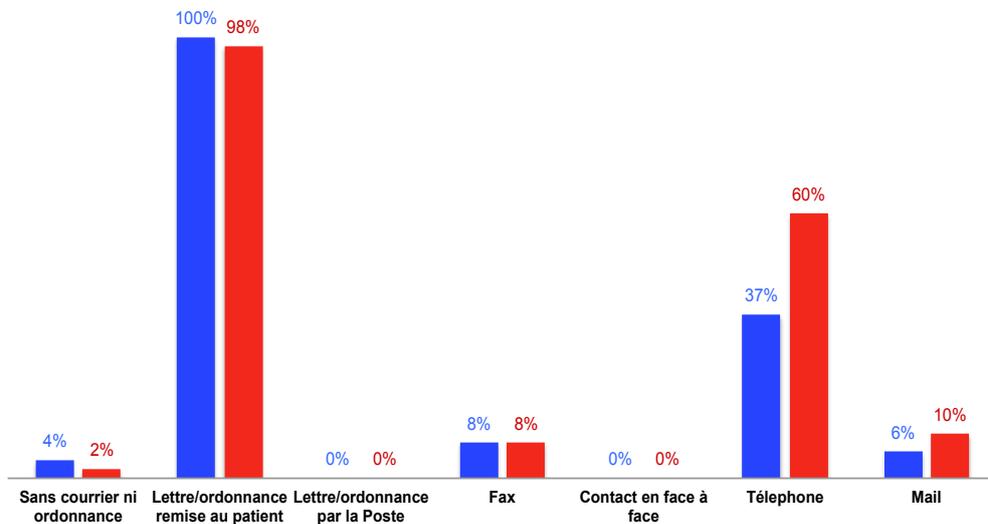
Supports de communication utilisés lors de l'adressage d'un patient vers des assistantes sociales et des psychologues

■ En General ■ Urgence



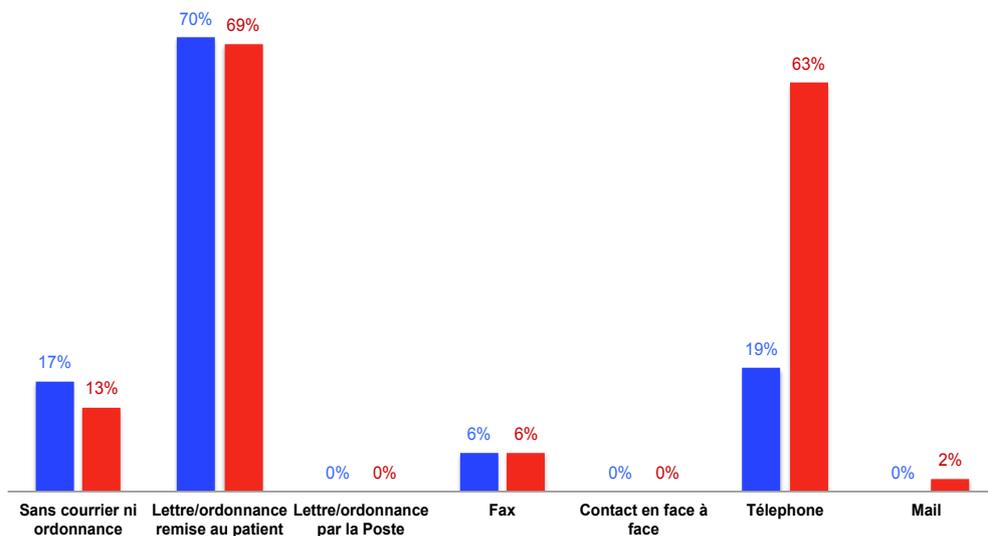
Supports de communication utilisés lors de l'adressage d'un patient vers l'hôpital (hospitalisation, urgence)

■ En General ■ Urgence



Supports de communication utilisés lors de l'adressage d'un patient vers les biologistes et radiologues

■ En General ■ Urgence



C.4 Etude du mode d'écriture des lettres/ordonnances lors de l'adressage

	Effectif	Fréquence
Informatisée	25	50%
Manuscrite	14	28%
Les deux	11	22%
Total	50	100%

1. Mode d'écriture selon le mode d'exercice :

	Informatisée		Manuscrite		Les deux		Total	
	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq
Cabinet mono professionnel	9	52 %	3	18 %	5	30 %	17	100%
Structure	12	70 %	0	0 %	5	30 %	17	100%
MG Seul	2	15 %	10	77 %	1	8 %	13	100%
Cabinet pluri professionnel	2	66 %	1	34 %	0	0 %	3	100%

2. Mode d'écriture selon la classe d'âge :

	Informatisée		Mixte		Manuscrite		Total	
	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq
Inférieure à 49 ans	17	34 %	5	10 %	3	6 %	25	50%
Supérieure à 49 ans	8	16 %	6	12 %	11	22 %	25	50%

Comparaison des modes de rédaction des lettres/ordonnances selon l'âge

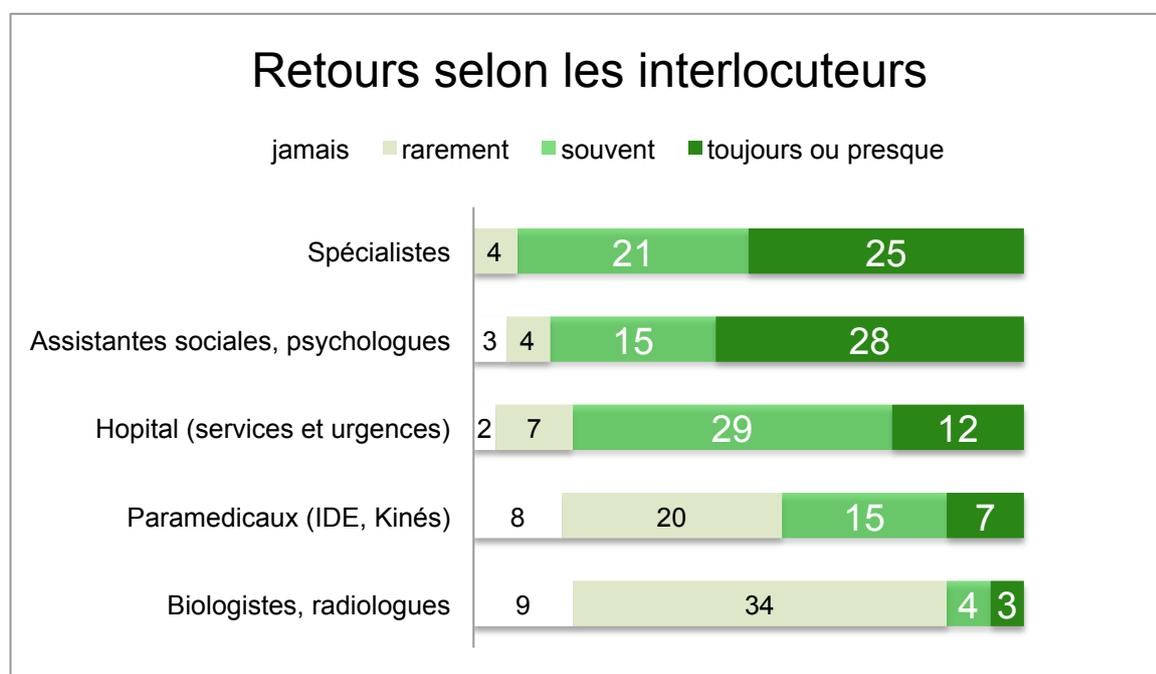
	Rédaction informatisée et mixte		Rédaction manuscrite uniquement		Total	
	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq	Effectif	Fréq
Âge inférieur à 49 ans	22	88%	3	12%	25	100%
Âge supérieur à 49 ans	14	56%	11	44%	25	100%
Total	36	72%	14	28%	50	100%

12 % des MG de moins de 49 ans contre 44 % des MG de plus de 49 ans déclarent n'écrire que de manière manuscrite ($p=0,02547 < 0.05$ test de Fisher).

Il y a une différence significative entre l'âge et le mode d'écriture : les MG de plus de 49 ans écrivent plus des lettres/ordonnances manuscrites que les plus jeunes.

C.5 Étude des retours

1. Étude de la fréquence des retours



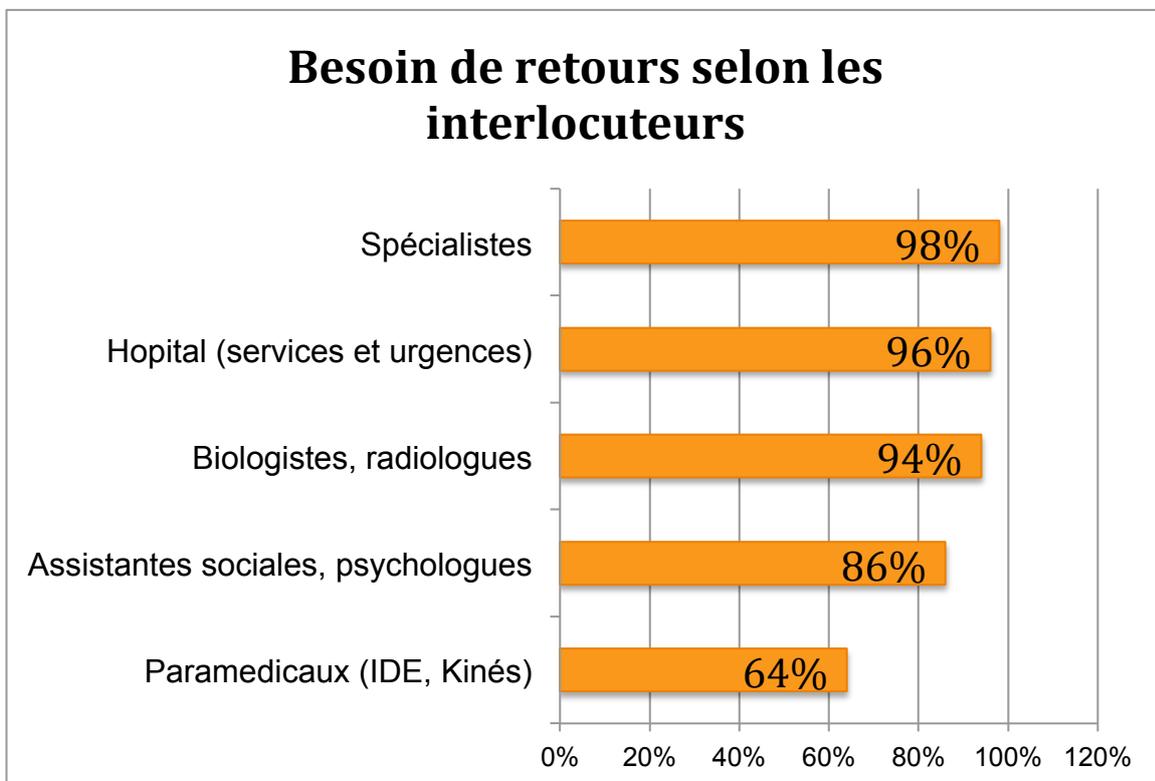
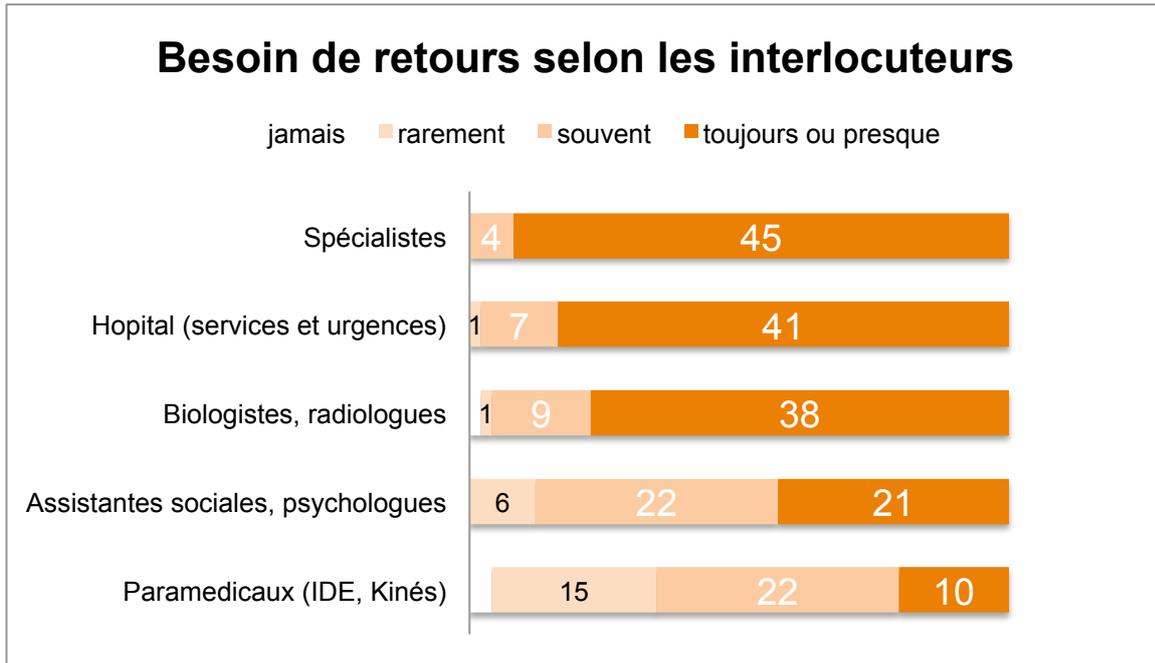
Pour synthétiser les réponses, nous avons comptabilisé pour réponses positives : les réponses souvent et toujours ou presque, et pour les réponses négatives : les réponses jamais ou presque et rarement.

Retours selon les interlocuteurs	Intervalles de confiance IC 95 %
Médecins spécialistes	(84,4% ; 99,6%)
Assistants sociales, psychologues	(76,3% ; 95,7%)
Hôpital (hospitalisation, urgences)	(71,2% ; 92,8%)
Paramédicaux (IDE, Kiné)	(30,1% ; 57,9%)
Biologistes, radiologues	(4,3% ; 23,7%)

Il y a trois intensités de retours, les différences entre ces trois groupes sont significatives :

- les retours fréquents des médecins spécialistes, des assistantes sociales, psychologues et de l'hôpital ;
- les retours moyennement fréquents pour les paramédicaux ;
- les retours faibles pour les biologistes et radiologues.

2. Étude du besoin de retours selon les interlocuteurs

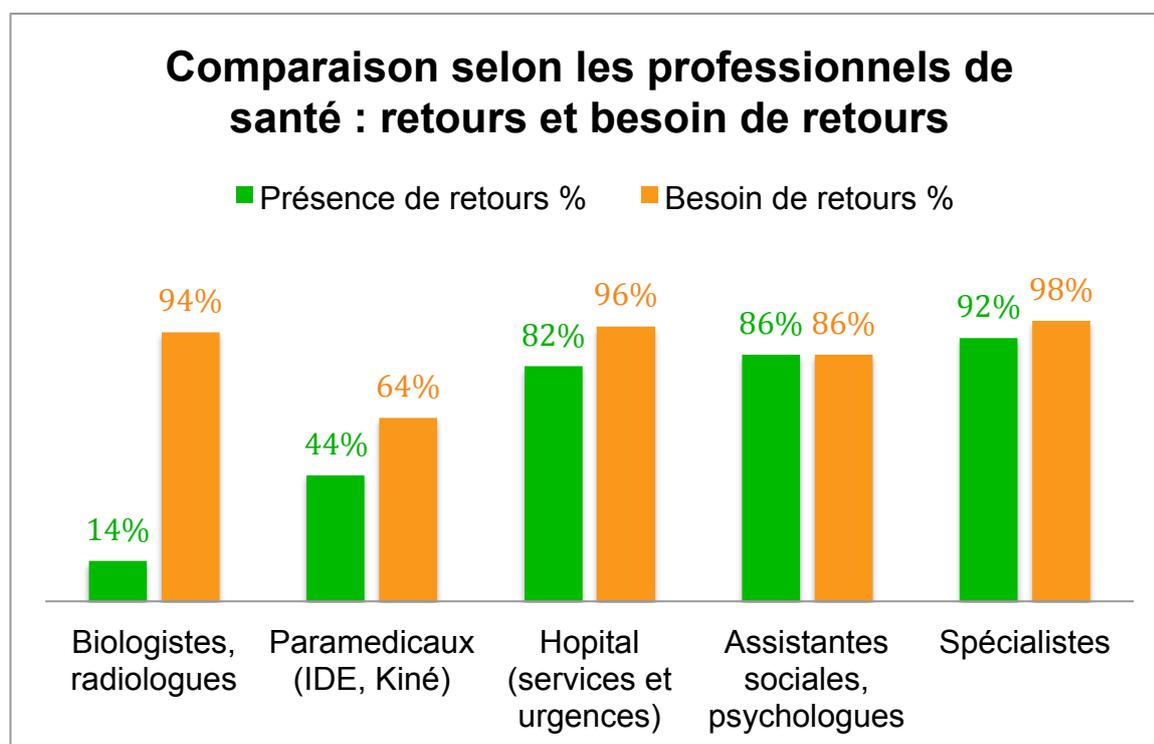


Besoin de retours selon les interlocuteurs	Intervalles de confiance IC 95 %
Médecins spécialistes	(100% ; 100%)
Hôpital (hospitalisation, urgences)	(94% ; 102%)
Biologistes, radiologues	(90.3% ; 101.5%)
Assistantes sociales, psychologues	(78.5% ; 97%)
Paramédicaux (IDE, Kiné)	(51.8% ; 78.8%)

Il y a une différence significative du besoin de retours entre les paramédicaux et les médecins spécialistes, l'hôpital, les biologistes et radiologues.

Les MG ont moins besoin des retours des paramédicaux.

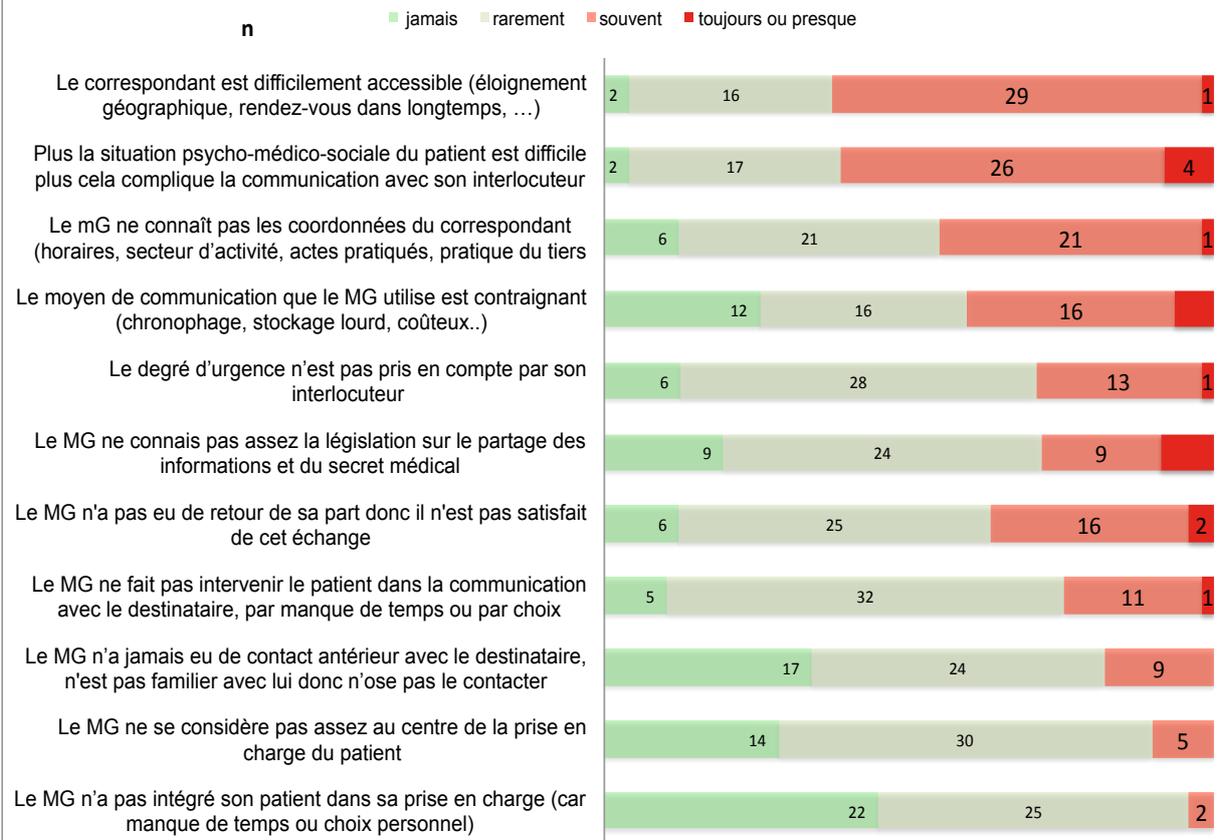
3. Illustration de la présence et du besoin de retours



C.6 Fréquence des obstacles à la communication rencontrés par les MG lors de l'adressage de patients :

L'accessibilité, la disponibilité du professionnel de santé est limitée (éloignement géographique, rendez-vous dans longtemps, ...)	63 %
La situation psycho-médico-sociale difficile du patient complique la communication avec les interlocuteurs	62 %
Les coordonnées du correspondant sont inconnues, incomplètes (horaires, secteur d'activité, actes pratiqués, pratique du tiers payant...)	45 %
Le support de communication utilisé est contraignant (chronophage, stockage lourd, coûteux...)	41 %
Le degré d'urgence n'est pas pris en compte par le professionnel de santé (pas de rendez-vous d'urgence, pas de hiérarchisation des demandes...)	30 %
Le MG est freiné par la mauvaise connaissance des règles du partage d'information, de la législation sur les moyens de communications utilisés (mail non sécurisé, téléexpertise...)	29 %
L'échange n'est pas satisfaisant car le MG n'a pas eu de retour lors de l'adressage	27 %
Le MG n'intègre pas le patient dans la communication car le patient N'ARRIVERA PAS à transmettre le message (difficultés liées au patient)	25 %
Le MG n'ose pas contacter un professionnel de santé car il n'a jamais eu de contact avec lui, il ne le connaît pas	18 %
Le MG ne se considère pas assez au centre de la prise en charge du patient	10 %
Par manque de temps ou choix personnel, le MG n'intègre pas le patient dans sa prise en charge	4 %

Obstacles ressentis par les médecins généralistes lors de l'adressage des patients



IV. DISCUSSION

A. Discussion

A.1 Discussion de la méthodologie

1. Choix des professionnels interrogés : les médecins généralistes

Pour étudier l'élaboration de la communication au cours d'une relation d'adressage de patient, il paraissait évident d'interroger à la fois les MG et ses correspondants lors de l'adressage. Charlene Le Metayer a choisi d'interroger la catégorie professionnelle paramédicale pour son sujet de thèse traité. Il semblait que les IDE et MK représentaient des interlocuteurs particulièrement importants lors de l'adressage de patient par le MG. Les travaux de recherche actuels (35) (36) et les nouveaux dispositifs organisationnels de collaboration pluriprofessionnelle mettent particulièrement l'accent sur la collaboration entre les MG et IDE/MK.

Seuls les MG titulaires ont fait partie de l'étude. Le point de vue des MG remplaçants aurait pu être intéressant car ceux-ci interviennent aussi dans ce processus de communication entre les professionnels et que leur nombre à l'échelle nationale est en augmentation (37). Ils n'ont par ailleurs pas été cités lors des entretiens.

Il s'agissait d'étudier le rôle de médecin pivot des généralistes et d'acteur coordinateur au sein du parcours de soins des patients. Cette fonction a été réaffirmée dans la loi de modernisation du système de santé français et ses compétences ont été redéfinies (13). La dénomination de " soins primaires " renvoie aux notions de premier recours, d'accessibilité, de proximité et de permanence des soins. Les MG en sont partout des acteurs essentiels, mais selon les organisations en vigueur, d'autres professionnels peuvent également y être impliqués, notamment les infirmières.

La population d'étude pour les études qualitatives et quantitatives était la même, n'exposant pas les résultats au biais de sélection. Seuls les MG titulaires ont été inclus. Etaient exclus les MG remplaçants ou vacataires occasionnels car ils n'ont jamais été cités. Ayant un

exercice parfois éphémère et itératif, il serait intéressant d'étudier leur vision de la communication et leur implication.

Devant l'absence de données exhaustives et de source officielle de l'ensemble des MG exerçant au sein du territoire, il est possible que malgré nos efforts pour minimiser la perte d'information, certains MG n'ont pas été recensés (ce qui correspondrait à un biais de recrutement).

2. Le choix du territoire d'étude : GVLG

Comme expliqué dans l'introduction, le PSUGVLG développe actuellement un nouvel outil utile à la coordination interprofessionnelle sur le territoire des deux villes de Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne. C'est dans ce cadre que l'étude des relations entre les acteurs de santé exerçant sur ce territoire nous a été proposée par le PSUGLVG afin de réaliser une «photographie» des flux de communication existant entre les professionnels de santé. Étude qui pourrait leur être utile dans leur quête d'amélioration de la coordination.

De plus, ce territoire ne nous était pas inconnu, car deux d'entre nous avaient réalisé au cours de leurs études des stages en médecine ambulatoire et en centre de santé dans les deux villes. Des professionnels du pôle ont été interrogés dans cette étude ; leur implication aux questions de coordination doit être prise en compte.

3. Choix de la méthode mixte

Objectifs

Ce travail de recherche repose sur une méthode mixte équilibrée et séquentielle :

Le volet qualitatif, fondé sur des entretiens semi-dirigés a permis de décrire le phénomène complexe de la communication et de ses modalités entre le MG et les autres professionnels de santé. (38)

Le second volet quantitatif, fondé sur une enquête observationnelle déclarative par questionnaires auto-administrés a permis de décrire et valider les éléments mis en évidence lors la phase initiale qualitative.

Cette démarche exploratoire, selon la classification de Creswell et Plano Clark de 2007 (39), qualitative puis quantitative apporte des éclairages différents et complémentaires sur la communication. Une méthode complémentaire a été choisie pour l'interprétation des résultats : les résultats qualitatifs et quantitatifs sont présentés séparément puis discutés ; les éléments du volet qualitatif ont contribué à l'élaboration de l'étude quantitative. Chacun des éléments de l'un propose l'exploration, l'explication et/ou la compréhension des autres.
(40)

Forces de l'étude mixte

La population cible pour ces deux études est la même, ce qui garantit une certaine homogénéité.

Un travail de recherche approfondi a pu être réalisé en analysant les différents points de vue des professionnels de santé, pour une analyse globale du sujet de la communication au sein de ce territoire. Cette collaboration conjointe a permis ce travail de recherche grâce au soutien mutuel et à la distribution des tâches.

Le taux satisfaisant de professionnels participants a pu être influencé par notre lien avec le pôle de santé de ce territoire.

Ces deux études ont été menées par un investigateur unique limitant les biais d'interprétation.

Nous avons choisi cette méthode car il a été décrit que les méthodes mixtes engendraient souvent des résultats de recherche supérieurs aux méthodes uniques (Johnson et Onwuegbuzie, 2004).

Notre intention était de bénéficier des différents avantages des méthodes qualitatives (détails, profondeur du discours) et quantitatives (généralisation des résultats) réduisant ainsi les faiblesses de chacune par la complémentarité de l'autre.

Selon un article sur les méthodes mixtes *Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs* de 1989 (41) :

“Les cinq principales attributions de la méthode mixte sont :

- La triangulation, qui vise la convergence ou la corroboration des résultats issus de différentes méthodes dans une optique de validation des interprétations ;
- La complémentarité, qui vise à conforter, à illustrer ou à clarifier les résultats d'une méthode par ceux d'une autre ;
- Le développement qui cherche à utiliser les résultats d'une méthode pour aider à en développer une autre ;
- L'initiation, qui cherche à faire émerger les paradoxes ou les contradictions des résultats d'une méthode grâce aux résultats d'une autre ;
- L'expansion qui vise à étendre le champ d'application des résultats d'une méthode en utilisant ceux d'autres méthodes.”

Limites de l'étude mixte

Le choix d'une méthode mixte nous a exposés à des difficultés de mise en œuvre, nécessitant un important travail préparatoire d'articulation de ces études et d'anticipation de la seconde partie à partir du contenu de la première.

L'absence de données exhaustives sur les MG titulaires exerçant au sein du territoire a rendu difficile le recensement des MG. Les données provenaient de plusieurs sources. C'est un biais de recrutement.

Ce type de recherche (travail conjoint à trois) a permis d'avoir une vision large de la situation de recherche au détriment d'une possible perte de rigueur et d'effectifs par dispersion.

Par ailleurs, les deux parties de notre étude reposent sur un contenu déclaratif (entretiens et questionnaires) constituant le principal biais. Nous avons donc procédé à une analyse du discours et non à la mise en évidence « d'une réalité objective de la communication », si tant est qu'un tel objet d'étude existe.

Notre inexpérience dans ce domaine fait également partie des faiblesses de l'étude.

4. Volet qualitatif de l'étude

Objectifs

Cette recherche qualitative s'attachait à comprendre les modalités d'exercice des MG, le fonctionnement de leur communication avec les autres professionnels de santé. Les MG titulaires exerçant au sein du territoire de GVLG et ayant une activité de médecine générale ambulatoire étaient la population d'étude.

Le but était d'évaluer des éléments non mesurables, des données verbales comme leur ressenti. L'outil fut l'entretien individuel semi-dirigé. (42)

Nous n'avons pas recherché la représentativité mais la diversité des participants recrutés (selon des critères socio-démographiques, de modes d'exercice) afin de recueillir une grande variété de points de vue, à l'aide notamment de questions ouvertes.

Le guide d'entretien a été conçu à l'aide d'un ouvrage : « *L'entretien, d'Alain Blanchet et Anne Gotman, 2ème édition, édition Armand Colin* » qui a apporté les règles et méthodes de réalisation d'un entretien qualitatif à usage exploratoire en vue de la réalisation d'un questionnaire.

Ces entretiens sont intervenus après une phase de réalisation d'entretiens préliminaires auprès de MG extérieurs au territoire ; pour l'entraînement et l'appropriation de la technique d'interview ainsi que pour déterminer le temps nécessaire à leur déroulement.

Le mode de contact des MG pour ces entretiens a été standardisé : tous les MG dont les mails étaient connus ont été contactés. Les MG répondants positivement et volontaires à la

réalisation de l'entretien participaient à l'étude. Contacter les MG et obtenir un entretien individuel fut difficile car ils étaient en général peu disponibles et difficilement joignables.

Les médecins acceptant les entretiens individuels parlaient volontiers, sans barrière et avaient beaucoup de choses à dire, leur discours était fluide.

Les entretiens se sont déroulés dans un environnement semblable.

Forces de l'étude

Nous avons réalisé dix entretiens et les avons arrêtés dès la perception de saturation des données. Celle-ci a été atteinte rapidement.

L'investigateur unique a permis l'uniformisation des entretiens ainsi que leurs retranscriptions. Une seconde lecture indépendante a été réalisée afin de vérifier les thématiques abordées lors des entretiens.

Les résultats de cette recherche qualitative répondent aux critères de qualité mis en avant par Green (41). Ils semblaient crédibles du point de vue du participant. Ils pouvaient être généralisés et transférables à d'autres situations. Le contexte dans lequel la recherche a eu lieu avait été pris en compte (fiabilité). Les résultats pouvaient être confirmés ou corroborés par d'autres, notamment par une étude quantitative complémentaire par exemple.

Limites de l'étude

Les personnes interrogées étaient les MG volontaires, disponibles et accessibles par mails ou par téléphone, il y avait donc un biais de recrutement. Un biais de déclaration était présent car les MG répondants connaissaient le thème de l'étude, ce qui a pu entraîner une anticipation des réponses. Cependant les informations fournies avant l'entretien étaient volontairement succinctes. Les entretiens se sont déroulés sur leurs lieux de travail, il y a pu avoir une perte d'information malgré la garantie de leur anonymat.

Comme vu précédemment, notre inexpérience dans ce domaine fait partie des faiblesses de l'étude mais nous avons essayé, tant que possible, de nous former aux entretiens semi dirigés. Ainsi le guide d'entretien a été conçu à l'aide de l'ouvrage cité ci-dessus. Ce manuel

nous a apporté les règles et méthodes de réalisation d'un entretien qualitatif à usage exploratoire en vue de la réalisation d'un questionnaire. De plus, un test préliminaire a été réalisé dans cette optique.

Concernant l'analyse thématique, nous n'avons pas utilisé d'outil de codage, type in vivo, pour deux raisons :

- Le faible nombre d'entretiens, analysable à la main ;
- L'objectif principal de l'étude qualitative, qui était surtout de « débrouiller » le discours des MG dans l'optique de réaliser un questionnaire.

5. Volet quantitatif de l'étude

Objectifs

Le but de l'étude quantitative était de pouvoir généraliser les réponses retrouvées dans les entretiens à toute la population cible.

Le second objectif était de confirmer ou bien d'infirmer les informations ressorties du discours des MG en réalisant une estimation quantitative.

Forces de l'étude

Nous avons visé l'exhaustivité en distribuant ce questionnaire à tous les MG éligibles exerçant sur le territoire de GVLG. Il n'y a pas eu de biais d'attrition car tous les MG ont été contactés et ont eu le questionnaire.

L'étude quantitative a été réalisée à partir du discours des personnes cibles et non à partir des a priori de l'investigateur.

En effet, les questionnaires ont été rédigés à partir de l'analyse des entretiens semi-dirigés et des thématiques qui y ont été abordées mais aussi à partir de données de la littérature afin de ne pas omettre certaines informations.

Les questionnaires ont été distribués et recueillis entre janvier et juin 2015. La relance et la longue période de récupération des questionnaires ont permis d'optimiser le nombre de

répondants en permettant d'avoir les réponses des MG s'étant absents (par exemple si ils étaient en congés).

Limites de l'étude

Par construction et de manière inévitable, certains professionnels ont reçu deux questionnaires, celui de la présente thèse et de celle de Koré Mognon (K). On peut imaginer que cela a entraîné un biais de remplissage avec une perte possible dans la qualité du recueil.

Le mode de remplissage et de récupération du questionnaire a été hétérogène car une minorité a été réalisée en présence de l'investigateur et l'autre sans lui. La majorité des questionnaires fut récupérée sur leur lieu de travail, ou lors des rencontres interprofessionnelles, par envoi postal. Un autre investigateur pouvait récupérer les questionnaires si les MG les lui rendaient. Le manque de temps et de disponibilité des MG était un frein aux entretiens et aux rencontres mais lorsqu'ils nous recevaient, le temps mis à disposition était adapté. On peut supposer que la présence de l'investigateur, même pour une minorité, a pu influencer les réponses.

La complémentarité avec l'étude de C.Le Metayer aurait probablement pu être plus développée.

La saisie des données a été réalisée par un investigateur unique. Cela comporte un risque d'erreur dû à l'absence de seconde vérification.

La validité interne (soit le degré de correspondance entre les données et la réalité) et la validité externe (ou le degré de généralisation) restent à prouver par d'autres études, notamment sur des territoires différents.

Le biais majeur de cette étude est qu'il s'agissait d'une enquête déclarative.

L'interprétation différente du terme "adresser" par les professionnels de santé (par rapport à communiquer, orienter, coordonner, contacter..) a pu être un biais.

6. Travail de recherche à trois

Forces de l'étude à trois

Ce travail regroupant trois études sur un thème commun a permis l'apport d'éclairages complémentaires et des regards croisés sur ce thème.

Cette collaboration a permis la réalisation de ce long travail de recherche grâce à une répartition des tâches et un soutien mutuel constant.

Les bénéfices de la dynamique de groupe sont multiples : soutien et motivation, apport des différences de points de vue et de lecture, débats créant une mise en tension dialectique.

Limites de l'étude à trois

Nous avons rencontré des difficultés inhérentes au travail de groupe telles que la contrainte organisationnelle (disponibilités différentes de chacun, rythmes de travail différents, méthodes de travail différentes..).

Notre statut de MG a pu limiter et influencer les réponses.

A.2 Discussion des résultats

Les phrases écrites en italique font référence aux études réalisées conjointement. Les citations sont accompagnées de la lettre (C) pour la thèse de Charlène Le Métayer analysant le discours des IDE et kinésithérapeutes concernant la communication avec les MG lors de l'adressage de patients, et la lettre (K) pour celle de Koré Mognon, décrivant les flux de communication et d'adressage existants entre les acteurs de soins au sein du territoire de GVLG et réalisant "une photographie" des échanges interprofessionnels.

Le processus de communication décrit dans ce travail de recherche se fonde sur plusieurs concepts de communication. (43) (44)

Les différentes étapes du processus de communication mentionnées ci dessous, entre le MG et son interlocuteur, organisent la discussion.

Le MG élabore un message (oral ou écrit), puis le transmet : soit directement soit par l'intermédiaire du patient, qui est alors le transmetteur. Le moyen/support de communication peut être matériel (comme le téléphone, le courrier postal), ou oral (en face à face). Le MG est l'initiateur du message et s'adresse à un professionnel de santé (non MG).

Cet adressage occasionne un impact (à minima la réception du message) qui peut être multiple : élaboration d'une réponse, d'un retour, d'un accusé de réception à la prise en charge du patient.

Le patient peut transmettre l'information "aller" comme celle "retour".

La durée moyenne des entretiens de 16 minutes illustre l'engouement et les ressources disponibles des MG à ce sujet.

79.4 % des MG du territoire ont répondu au questionnaire. Ce résultat est satisfaisant et peut être lié au thème de l'étude tenant à coeur aux MG.

1. Choix des correspondants des MG

La répartition des professionnels de santé en catégories professionnelles a été faite selon les fréquences d'apparition lors des entretiens. Cinq catégories ont été définies : médecins spécialistes, biologistes et radiologues (examens complémentaires), l'hôpital avec les urgences (en opposition à l'ambulatoire), les paramédicaux (IDE et MK) et les assistantes sociales et psychologues (AS). Les pharmaciens n'ont pas été inclus car ils n'ont été évoqués qu'une seule fois lors des entretiens et ne constituaient pas un correspondant significatif (détaillé ci-dessous).

2. Choix des supports de communication

Lors des entretiens ont été identifiés sept supports de communication notables utilisés lors de l'adressage de patients par les MG. Ce choix est corroboré par une étude de 2012 relative au recensement des difficultés et des possibilités d'amélioration de la communication

d'informations médicales entre médecins où les supports de communication retrouvés sont similaires. (45)

3. Âge et mode d'exercice

La médiane d'âge des MG ayant répondu au questionnaire est de 49 ans avec une moyenne d'âge de 47,04 ans, plus jeune que celle des MG inscrits à l'ordre en France en 2014 qui était de 51,6 ans. (37). Cela peut être lié à la présence de PSUGVVG qui attire des jeunes médecins récemment diplômés.

Dans l'étude quantitative, la répartition des MG entre les deux villes du territoire est plutôt adaptée à leur population ; la majorité des MG (70%) exerçait à Gennevilliers, en lien avec une population de 42919 habitants (population en 2012) contre 30 % de MG à Villeneuve la Garenne, comprenant 25725 habitants (population en 2012). (46)

Cette répartition de l'offre de soins des MG entre ces deux villes conforte la notion de territoire avec une répartition homogène des ressources de soins de premier recours.

Le mode d'exercice en groupe dominait : 74 % des MG interrogés exercent à plusieurs au sein du même endroit contre 26 % seuls. Les femmes travaillaient plus en groupe que les hommes ; les MG plus âgés (au delà de 49 ans) exerçaient plus souvent en cabinet seul que les plus jeunes. Le territoire de GVLG est parfois décrit comme un microcosme composé de jeunes médecins dynamiques, entrepreneurs, en lien, selon les MG, avec l'existence d'un pôle de santé universitaire : le PSU-GVLG (47). Cette répartition des âges selon les modes d'exercice peut se conformer avec la tendance actuelle au regroupement chez les jeunes MG.

Il pourrait être intéressant de comparer l'offre de soins avec d'autres territoires (intégrant ou non un pôle de santé universitaire).

4. L'exercice en groupe

Les politiques de santé actuelles font la promotion de l'exercice en groupe, du rassemblement des professionnels de santé au sein de lieux d'exercices communs. (13)

En effet, 94 % des structures, 87 % des cabinets de groupe monoprofessionnels possèdent un secrétariat, contre 30 % des MG exerçant seuls. L'argument financier est avancé par les MG. L'exercice à plusieurs permettrait d'optimiser les dépenses, les charges et la mise en commun des ressources (matérielles et humaines) nécessaires, comme le secrétariat.

5. Le secrétariat

Certains MG déclarent que le secrétariat permet de gagner du temps, de réaliser certaines tâches administratives, d'accueillir le public, de répondre au téléphone. Cette délégation de tâche fait gagner du temps de consultation au MG. En étant moins sollicité, le MG accorderait plus de temps aux patients ; la prise en charge du patient et la communication avec les autres professionnels seraient améliorées.

En revanche, son accessibilité serait limitée car *"le secrétariat isolerait le MG, serait une barrière, un filtre"* (C). Lors des entretiens, l'existence d'un secrétariat ne semblait pas intervenir dans le processus de communication initial (d'adressage du MG vers les autres professionnels) ; par exemple il ne permettait pas de participer à l'hospitalisation d'un patient ou d'obtenir l'avis d'un cardiologue. Mais les MG déclarent qu'il intervient dans le traitement du retour de l'information : réception et stockage des informations, des retours par exemple. Selon (C) *"le secrétariat pouvait soit être une barrière à la communication avec le MG, ou dans d'autres cas faciliter la transmission des informations en laissant un message par exemple."*

Ainsi le secrétariat permettrait de faire gagner du temps au MG, par sa participation à des tâches non strictement médicales. Ce gain de temps pourrait être investi à la coordination et la communication moyennant une meilleure gestion du retour d'information car le secrétariat est décrit par les IDE et kinés comme une barrière et un filtre.

6. La communication semble aller de soi

Le processus de communication entre les professionnels paraît “aller de soi” pour les MG. Il ne semble pas suivre de règles. Des MG décrivent la communication en termes plutôt opérationnels, comme un processus pragmatique où le but est d’avoir une réponse, un retour. Souvent, les étapes intermédiaires, de l’élaboration du message à sa transmission, sa réception, sa compréhension, sont occultées. Chaque étape de la communication semble ne pas être définie, être d’aléatoire. Un sentiment de passivité, d’échec et de communication non optimale est perceptible dans les échanges, comme si le thème abordé évoquait des problèmes récurrents, quotidiens mais sans possibilité d’amélioration.

Rares sont les questionnements et l’autocritique des MG concernant leur méthode de communication. Certains MG déclarent que la garantie de retours est liée à l’élaboration initiale d’un message de qualité et que recevoir ces retours permet de pérenniser la relation interprofessionnelle. Une étude de 2010 sur les modalités de constitution du carnet d’adresses des médecins généralistes mentionnait que “dans le choix de l’interlocuteur dépendait la bonne communication orale et écrite.” (48)

Ne faudrait-il pas introduire des règles, des protocoles pour permettre d’optimiser la communication, la collaboration et répondre aux besoins de chaque professionnel ?

Le rapport ANAES 2001 (49) recommandait à l’hôpital la mise en place systématique de comptes rendus hospitaliers, indispensables “à la prise en charge ultérieure du patient”. Dans cette étude, les MG semblent satisfaits du retour de la communication de l’hôpital, et évoquent la réception fréquente de comptes rendus. Cette législation serait-elle la source de cette communication retour efficace de l’hôpital ?

7. Un des principaux obstacles : le manque de temps

Les MG déclarent qu’un des grands freins à la communication est le manque de temps, que communiquer est chronophage. Le temps serait-il une contrainte modifiable face à une file

active de patients grandissante ? La modification de l'environnement médical, humain et matériel pourrait être une piste pour rendre la prise en charge des patients plus efficient.

8. L'adressage doit évoluer

La notion d'adressage devrait être clairement définie. Ce terme adressage du verbe adresser (50) illustre une action, vers quelqu'un, quelque chose. A ce terme n'y sont ni associés l'impact, ni la motivation initiale du MG pour prendre en charge son patient, ni la nécessité de retours et de coordination. (51)

La comparaison serait le transport du patient de mains en mains, d'acteurs en acteurs, or cet adressage est plus élaboré, plus complexe et multifactoriel. Connaître les différentes étapes et les intervenants semble nécessaire.

9. La communication : une compétence

Les missions et les compétences du médecin généraliste décrites dans le Code de la santé publique (article L. 4130-1) (52) et dans le référentiel métier/compétence sont nombreuses et certaines sont relatives à la coordination et la communication :

- Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.

Un rapport de L'IRDES (53) mentionnait qu'au sein de l'organisation en territoire, la médecine de ville (entre autre) n'était pas encore suffisamment intégrée dans la réflexion territoriale globale. La loi de modernisation du système de santé de 2016 (13) prolonge la confirmation du rôle du MG, au centre des soins primaires.

Les rôles de coordinateur, de communicant, de pivot et d'organisateur sont laissés aux MG alors qu'ils n'y sont pas formés. Plus largement, la communication, par sa complexité et ses multiples facettes serait une compétence en soi (48). Au sein du cursus universitaire, un module lié à la communication, à l'apprentissage de l'exercice des autres professionnels

(horaires, besoins, rémunération, compétences), et à la coordination nous semble nécessaire.

10. Le rôle central du MG

La position pivot du MG au sein du territoire, est plutôt respectée Dans cette étude quantitative, seulement 10 % des MG ne se considèrent pas au centre de la prise en charge de leurs patients. Néanmoins, ils disent que des patients vont parfois voir directement des professionnels, sans passer par le MG ; cela altérerait la communication car dans ces situations, les retours des professionnels de santé sont moins fréquents.

L'étude de K. Mognon (K) va dans ce sens : *"Les MG sont les acteurs de soin ayant les scores d'adressage et de communication les plus importants vers les autres professionnels de santé. Inversement ils sont leurs premiers interlocuteurs dans l'adressage et la communication."* Les MG sont les professionnels d'où émane le plus de messages et sont les plus grands récepteurs d'information au sein du territoire.

11. L'Offre de soin est méconnue

Un des obstacles majeurs ressenti par les MG est la méconnaissance de l'offre de soins. D'après (K), *"ils font partie des professionnels exprimant le plus de difficulté à adresser et communiquer."* En effet, presque un MG sur deux (45 %) déclare ne pas connaître les coordonnées des correspondants recherchés (horaires, secteurs d'activité, actes pratiqués, pratique du tiers payant...). Les MG semblent vouloir avoir à leur portée l'ensemble des informations concernant l'offre de soin. La création d'outils permettant la centralisation des professionnels médicaux, ainsi que d'un répertoire, semble nécessaire. Certains sont en cours.

Plusieurs études ont mis en évidence le besoin des MG d'avoir des informations fiables, actualisées et personnalisées de leurs correspondants et ont révélé la nécessité de répertoires professionnels (54).

"Le MG agirait en véritable chef d'orchestre gérant au besoin un collectif de correspondants médicaux, paramédicaux et sociaux. Les choix faits par les MG pour constituer ce carnet de correspondants s'inscriraient avant tout dans une démarche éthique, de partage et de coordination cohérente des soins pour le patient avec pour but principal d'agir dans l'intérêt du patient (48)". De plus, les liens personnels entretenus par les médecins avec leurs collègues comptent dans leur pratique, et sont retrouvés dans d'autres études (54) (cela sera décrit ci-dessous dans le paragraphe "rencontre et formation interprofessionnelles").

La sélection des professionnels lors de l'adressage semble nécessaire. Dans cette dynamique, un répertoire des professionnels, en ligne, partagé, a été élaboré par le PLSU VLG : "*Sharecolleagues*" (55). Dans notre étude, choisir le "bon" correspondant permettrait d'optimiser la prise en charge du patient. En effet, dans l'étude de (C), *les kinés parfois se transmettent des patients, car ils n'ont pas certaines compétences (pédiatrie, sport..)*. Une meilleure orientation initiale est préférable.

Par ailleurs, des données sur les professionnels de santé existent mais sont limitées et incomplètes : le site de l'Assurance Maladie : *ameli-direct* (56), propose un moteur de recherche de professionnels de santé et d'établissements de soins, destiné en premier lieu aux patients.

12. L'offre de soin est limitée et les professionnels sont peu accessibles

63 % MG déclarent que leur correspondant est difficilement accessible (éloignement géographique, délais de rendez-vous longs...). L'absence de consultations disponibles serait la conséquence directe du dysfonctionnement du secteur libéral incompatible avec une population active en quête de rapidité. Une enquête IFOP (57) retrouvait que "les délais pour obtenir une consultation de médecins spécialistes (hors MG) étaient longs et étaient pour les patients le facteur le plus important de refus de consultation, suivi du coût des consultations puis de l'éloignement géographique".

Une étude du regard et de la pratique des médecins spécialistes en médecine générale sur l'organisation du parcours de soins des patients (58) illustre "qu'un des freins fréquemment cité par les MG était le délai de rendez-vous (40 %)".

Devant ce constat, un outil comme le Répertoire Opérationnel des Ressources d'Île-de-France (ROR-IF) créé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France (ARHIF) destiné aux professionnels de santé s'inscrit dans les axes de la stratégie nationale de santé (SNS) en contribuant au développement des systèmes d'information de santé.

Pour répondre à ces délais grandissants, le phénomène de délégation de tâches, par exemple des ophtalmologistes aux orthoptistes (59), a vu le jour pour améliorer l'accès des français aux soins (ophtalmologiques), "en adaptant le parcours de soins de premier recours aux nouvelles technologies disponibles et en favorisant la collaboration entre les professionnels de santé."

Dans l'étude qualitative, certains MG déclarent même devoir changer leurs pratiques pour faire face à ces délais ; par exemple, lors d'une entorse de cheville, ils peuvent prescrire de la kinésithérapie à la première consultation, prenant le risque que le patient ne revienne pas se faire réévaluer cliniquement. Le changement des pratiques des professionnels serait-il une solution ? Nous verrons dans le chapitre évoquant l'urgence les conséquences directes de ces délais importants et l'importance d'intégrer cette notion.

13. Les moyens/supports de communication

De cette offre méconnue influencerait la communication en général. L'utilisation de différents supports de communication par les MG a été étudiée dans deux situations : en général et lors de l'urgence. En effet, dans des entretiens, ce critère d'urgence semble modifier toute l'organisation de la communication due au besoin d'agir plus vite et efficacement. Dans l'étude qualitative, un des éléments semblant influencer le choix du support de communication par le MG, est la catégorie professionnelle de l'interlocuteur. Or cela est infirmé dans l'étude quantitative : en majorité, les mêmes moyens de communication sont utilisés avec une majorité du courrier/ordonnance suivi du téléphone indépendamment de la

catégorie professionnelle. Ces résultats étaient cohérents avec l'étude de (C) : *"94% des répondants affirment recevoir du MG une ordonnance comme moyen d'adressage, le second support déclaré par 38% des IDE-MK étant le courrier."*

De l'efficacité et du succès de la communication semblait dépendre le choix du support de communication par le MG. En effet, lors de l'urgence, l'utilisation du téléphone augmente beaucoup quelque soit l'interlocuteur.

Il serait intéressant de s'interroger sur ce support de communication papier : l'ordonnance et le courrier ont été présentés comme une même entité dans cette étude, et séparés dans la thèse de C.Le Metayer (C). Dans l'étude qualitative, les MG évoquent le courrier et l'ordonnance comme support, sans distinction. Or dans l'étude de (C), les IDE et MK parlent uniquement de l'ordonnance. L'explication serait que les MG assimileraient l'ordonnance aux courriers. Ceci serait révélateur de la volonté des MG à fournir des informations complémentaires à la prescription médicale. Les paramédicaux exerçant via la prescription du médecin l'appelleraient "ordonnance".

La différence sémantique est évidente mais reflète l'absence de consensus. Cela pourrait être la source et ou entretenir des défauts dans la communication car une "ordonnance" demande la réalisation d'un acte technique et ne nécessiterait pas forcément de retour, alors que les MG en sont demandeurs... Par ailleurs, un courrier, permettant le partage de plus d'informations (antécédents, le problème actuel...) attendrait-il une réponse ? Dans l'étude qualitative, les MG utilisent ces termes de courrier, ordonnance, mais sans distinction. En revanche, ils ne semblent pas, lors de l'adressage, faire parvenir ces deux supports simultanément.

Entres confrères, il est convenu de rédiger un courrier de qualité afin de « faciliter » la prise en charge du patient par le correspondant. Mais la situation n'était-elle pas similaire lors de

l'adressage vers un paramédical ? (sachant que dans cette situation, il y a la responsabilité du MG avec sa prescription...)

Cette terminologie distincte pourrait être la cause de raisons administratives (les remboursements par la sécurité sociale étant principalement basés sur la preuve écrite de l'ordonnance), la méconnaissance des MG de l'exercice des autres professionnels (comme les informations utiles au paramédical pour réaliser des soins) est une entrave à la bonne qualité de travail. De plus, le rapport hiérarchique plus ou moins conscient (les professions paramédicales étant des exécutants des prescriptions médicales) et le manque de temps peuvent y contribuer.

Les autres supports de communication (mails, fax, oral, envoi par la poste) sont peu utilisés. A quoi cette utilisation massive des ordonnances/courriers pourrait être liée ? Leur facilité d'utilisation, leur grande répartition chez les professionnels de santé, l'inexistence d'autres moyens plus adaptés, le faible coût par rapport aux autres moyens disponibles et la traçabilité pourraient l'expliquer.

41% des MG déclarent que les supports de communication utilisés en général étaient contraignants, chronophages. Ces éléments sont aussi retrouvés dans d'autres études (60) (61). Donc malgré leur grande utilisation, des contraintes inhérentes à ces supports persistent.

Les motivations pour le choix du support n'ont pas été étudiées, mais des MG déclarent que le téléphone permet la rapidité des échanges, d'avoir des avis instantanés, une conciliation efficace, et la certitude que le message est "arrivé", reçu.

D'après une étude sur la coopération au sein d'un réseau de santé (62) "Le message écrit induirait des interprétations du fait du support écrit, les intentions du lecteur seraient déformées. Le message pourrait envahir la scène relationnelle car il restait et pourrait être relu à l'envie. Une recommandation pourrait être interprétée comme un ordre, une demande

d'information comme une curiosité ou un ordre de faire. Les malentendus peuvent ainsi perturber la communication plus que la servir. La parole favoriserait une rétroactivité avec une possibilité d'ajuster son propos immédiatement face à la réaction de la personne..." Cela va dans le sens, en urgence, de la forte utilisation du téléphone.

L'émergence de nouveaux outils de communication (télémédecine, réception des résultats de biologie intégrés au logiciel médical...) via les Technologies de l'Information et de la Communication TICS (63) pourrait être freinée par la méconnaissance des règles de partage des informations (respect du secret médical notamment) ; 29% des MG déclarent que c'est un obstacle à leur utilisation. Les contraintes inhérentes à l'utilisation des supports de communication peuvent expliquer leur nombre limité ainsi que la difficulté de modification des habitudes des MG.

De plus "en 2011, environ 20 % des médecins généralistes n'avaient pas de connexion Internet au cabinet et environ 70 % n'utilisaient pas de messagerie sécurisée" (64). Il semblerait qu'il faille créer des outils intégrant les règles de partage de l'information pour satisfaire ces contraintes légales, car c'est un frein pour les MG.

Améliorer les supports de communication, en facilitant leur utilisation, leur stockage et en assurant une traçabilité optimale semble nécessaire. Il pourrait être envisageable de créer un outil, destiné aux professionnels de santé, pouvant valider et effectuer la traçabilité de l'adressage (une preuve matérielle de l'adressage, de la prescription médicale) ; par exemple d'un appel téléphonique, d'un avis à distance (vidéoconférence, télémédecine...) Cela permettrait d'éviter le doublon du courrier/ordonnance souvent associé au téléphone.

De plus, la centralisation des données lors de ces échanges pourrait avoir une importance épidémiologique par l'apport de nouvelles sources de données, en flux continu, pour faire de l'épidémiologie en temps réel, progrès considérable pour la surveillance sanitaire de la population.

Les supports de communication (courrier/ordo et téléphone) utilisés par les MG vers les autres professionnels sont similaires. Ainsi, si des modifications devaient s'opérer alors elles bénéficieraient à l'ensemble des acteurs de santé.

14. Les rapports humains

Dans les entretiens, les MG déclarent que les rapports humains entre les professionnels (incluant les caractéristiques telles que la personnalité, les compétences, la motivation, la familiarité) influencent le choix des supports de communication et la communication plus largement : en la facilitant ou la freinant. Pour une minorité de MG, ne pas connaître l'interlocuteur est un frein à l'échange. A l'inverse, ils déclarent qu'avoir un bon contact, connaître l'autre, lui être familier améliore la communication. La rencontre antérieure de l'interlocuteur facilite la communication et ainsi l'utilisation du téléphone facilitée. Ces notions de l'intérêt pour les relations humaines sont aussi décrites dans l'étude de (C), selon les IDE et kinés.

La connaissance de l'autre est donc importante dans le processus de communication ; les formations interprofessionnelles peuvent être un temps dédié aux rencontres, au partage d'expériences, dans une démarche de mieux connaître l'autre (ses compétences, caractéristiques, personnalité, modalités d'exercice).

15. Le message et son contenu

Le contenu du message, notamment nécessaire à un adressage de qualité, n'a pas été étudié dans cette étude quantitative mais doit probablement influencer le déroulement de la communication.

Des "règles" sont explicitées dans un rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des médecins (65). Par ailleurs, dans les entretiens qualitatifs, des MG déclarent que la rédaction d'un message initial de qualité permet d'avoir fréquemment des retours.

D'après une étude sur la communication entre MG et psychiatres (66), "le premier adressage serait essentiel pour poser la nature des échanges entre les professionnels. Certains MG déclaraient ignorer si le message qu'ils rédigeaient était satisfaisant ; cela suggérerait de connaître les attentes des autres professionnels et d'avoir des items clairs à renseigner lors de l'élaboration d'un message."

Une différence significative est mise en évidence dans la rédaction des courriers/ordonnances : les MG plus âgés écrivent plus de manière manuscrite que les jeunes. Cela peut s'expliquer par le défaut d'informatisation des MG plus âgés mais n'a pas été étudié. L'informatisation des MG était une préoccupation politique. Ainsi "des aides financières, intégrées à la rémunération sur objectifs, pour la promotion (et l'amélioration) de la tenue du dossier médical, l'intégration des téléservices de l'Assurance Maladie, l'amélioration des prescriptions ont été mis en place." (67)

L'informatique permet de transmettre une multitude d'informations (antécédents, histoire de la maladie, constantes vitales, prescriptions). Il facilite la rédaction de courriers détaillés, participerait à "une meilleure qualité de communication entre les professionnels de santé." (45)

Mais se pose la question des informations à partager ; une sélection semble essentielle. Il ne doit être transmis que les informations médicales nécessaires à l'intervention diagnostique ou thérapeutique. Ainsi, connaître les informations dont les autres professionnels ont besoin est essentielle.

D'après un rapport du conseil de l'ordre (65), "la transmission des informations à l'aide de l'informatique, en ce qui concerne le respect du secret, pourrait être facilitée par l'obligation de standardisation du message, en y intégrant les données nécessaires à chaque catégorie professionnelle."

Selon (C), "*les IDE et kinés souhaiteraient voir dans les messages qui leurs sont adressés certaines informations comme, le motif, les antécédents...*" Il serait envisageable, lors de la rédaction de courriers informatisés, que le logiciel adapte les informations transmises à la catégorie professionnelle.

Dans l'étude de (C), les IDE et kinés déclarent que "*les ordonnances, principales supports de la communication, étaient mal perçues car peu lisibles (...), 56% déclaraient ne pas être satisfaits des informations fournies par le MG.*"

Un contenu inadapté et/ou peu lisible pourrait être une piste expliquant une communication faisant défaut ainsi que le faible nombre de retours de leur part.

Selon (C), les pistes d'amélioration pour les MG suggérées par les IDE et MK sont : *"améliorer la lisibilité des prescriptions et rédiger des comptes rendus patient (incluant les antécédents, les traitements, les contre-indications..)."*

16. La communication et l'urgence

Selon une étude de 2007 étudiant les nouveaux comportements de santé et notamment les consultants aux urgences relevant de la médecine générale (68) " Les consultants identifiés "non appropriés" se révèlent être jeunes et bien insérés socialement : 67,8 % ont un emploi, 80,4 % ont une couverture sociale et 82,8 % ont un médecin traitant. Plus des deux tiers y allaient de leur propre initiative car le recours aux urgences représenterait la filière de soins la plus efficace pour régler leur problème nécessitant, selon eux, un avis médical rapide pour la gêne et/ou la douleur occasionnée. Ces consultants ont conscience de ne pas relever de l'urgence au sens vital du terme mais expriment un réel sentiment d'urgence. Ainsi la notion de consultation "non appropriée" est difficile à définir mais ils évaluent à 33 % la proportion de ces consultations. Elles seraient la conséquence directe du dysfonctionnement du secteur libéral incompatible avec une population active en quête de rapidité et en proie à un certain consumérisme médical. Les solutions préconisées seraient une réorganisation du système de soins (55,8%) notamment la création de consultation de médecine générale dans les établissements de santé, l'information/éducation du public (53 %) et une sanction financière (38,2 %)."

Un rapport de la cour des comptes de 2013 (69) "envisageait des solutions pour permettre une réorganisation du système de soins, notamment par la création de consultation de médecine générale dans les établissements de santé, la création de maisons médicales de garde, l'information du public.

Certaines de ses recommandations étaient :

- recentrer l'action du ministère de la santé sur le pilotage global et la régulation du système, notamment en définissant sans délai les modalités d'une meilleure articulation des urgences et de la permanence des soins ambulatoires ;
- confier aux agences régionales de santé la responsabilité générale de l'organisation des gardes de tous les professionnels de santé (permanence des soins ambulatoires, gardes pharmaceutiques, gardes ambulancières) ;
- engager une action vigoureuse d'information et de sensibilisation du public aux nouveaux modes d'organisation de la permanence des soins."

Cependant ces réformes, visant à promouvoir la diminution des consultations aux services d'urgences, répondront-elles au besoin des médecins en ambulatoire d'améliorer leur communication avec les autres professionnels dans l'urgence et aux délais grandissants d'avis ou de consultations spécialisées ?

Serait-il envisageable de mettre en place une procédure d'urgence permettant de joindre plus facilement les interlocuteurs ?

La situation d'urgence est le moment dans l'adressage qui semblait modifier l'utilisation des supports de communication par les MG, indépendamment des interlocuteurs par :

- une diminution faible de l'utilisation du courrier/ordonnance ;
- une utilisation massive du téléphone.

Les diagrammes en étoile réalisés à l'aide du Score permettent une visualisation des supports de communication selon l'urgence et selon les professionnels de santé. Les supports de communication (utilisation importante du courrier/ordonnance et du téléphone) entre les interlocuteurs étaient similaires en général et en urgence.

Cette urgence est le moment où tout le processus de communication semble être modifié, les MG déclarent qu'à chacune de ces étapes, il y a des embûches : de l'absence d'interlocuteurs disponibles à l'offre de soin pauvre en rendez-vous destinés à l'urgence, aux difficultés d'orientation des patients (notamment vers l'hôpital).

Par ailleurs, lors de l'urgence, les IDE et MK déclarent selon (C) "*arriver à joindre le MG par téléphone*", allant dans le sens de la disponibilité et l'accessibilité nécessaire du professionnel lors de l'urgence.

De plus, dans l'urgence (et en général), le passage du patient de la médecine de premier recours à la médecine de second recours est difficile car le parcours de soins n'est ni clair ni défini.

Les MG se plaignent de l'offre de soins indisponible. Dans une étude identifiant (70) "les motifs de recours des médecins généralistes, d'analyser l'adéquation de la demande en fonction de la prise en charge au service d'accueil des urgences : la majorité des demandes (52%) des MG concernait la demande d'exploration complémentaire en urgence. Celle-ci était justifiée pour 88% des patients et seulement 38% nécessitaient un avis spécialisé. Les médecins urgentistes avaient estimé que des examens ou une consultation spécialisée en ville auraient été plus propices chez 30% des patients, une hospitalisation directe dans 7% des cas. "

Une autre étude évaluant "le taux de succès d'hospitalisation désirée par le MG, seules 40 % ont pu être programmées. Les motifs d'échec étaient dans 31 % l'absence d'interlocuteur compétent disponible et l'absence de place dans 24 %". (71)

Lorsque le pronostic vital n'est pas en jeu et que le diagnostic initial est fait, le passage par le service des urgences préfère parfois être évité par les MG via une hospitalisation directe, mais ce parcours dans l'urgence est difficile à mettre en place. Une enquête a permis d'établir un état des lieux des programmations d'hospitalisation dans les services de médecine et d'en appréhender les principaux obstacles (72) : "il s'agissait surtout d'impossibilité d'obtenir des places dans un délai raisonnable, d'accessibilité limitée aux consultations spécialisées, de difficultés à joindre les personnes responsables des admissions. Il était donc proposé la transmission des demandes de programmation via un standard téléphonique spécialisé et le développement du dossier médical en ligne sécurisée, accessible au médecin généraliste, permettrait un réel décloisonnement ville/hôpital."

Le motif de l'adressage n'a pas été étudié dans cette étude. Or, intégrer le niveau d'urgence à la demande (urgent / non urgent : délai court ou délai long) peut être une piste d'amélioration pour l'organisation des consultations du patient en vue de réduire les délais : le fond d'oeil annuel pour un patient au diabète, bien équilibré et sans rétinopathie, n'est pas une urgence...

Dans ce contexte de prévention des hospitalisations inutiles ou évitables proposé dans la loi de modernisation du système de santé, ne serait-il pas envisageable que ce soit le MG qui, via une plate-forme territoriale informatisée regroupant toutes les consultations/prise en charge disponibles, octroie au patient une consultation, hiérarchisée selon le niveau d'urgence ?

17. L'intégration du patient dans sa prise en charge

Les MG déclarent que plus la situation médico-sociale est complexe, plus les parcours sont complexes, les intervenants nombreux et la coordination difficile. 62% des MG déclarent que la complexité du patient rend difficile la communication avec les autres professionnels. Dans les entretiens, les MG déclarent parfois prendre eux-mêmes les rendez-vous pour les patients auprès des spécialistes (ceux-ci ne voulant pas être contactés par les patients).

Dans cette étude, le point de vue des patients, leur ressenti n'est pas étudié. Il serait intéressant de mettre en évidence les points saillants de leur rôle au sein du processus de communication ainsi que leurs besoins lors des différentes étapes (intermédiaire/vecteur d'information lors de l'adressage, choix du support de communication utilisé par le MG...).

Certains MG déclarent que l'intégration du patient dans sa prise en charge (si celui-ci en est capable) est bénéfique à communication. Les rapports entre les professionnels peuvent même en être améliorés. Dans le paragraphe 74 de la loi de modernisation du système de santé (13), "les ARS sont chargées d'organiser l'appui aux professionnels assurant une prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes pour lesquels il y a intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux."

Or dans l'étude de (C) *“le patient, souvent intermédiaire de la communication avec le MG peut être un obstacle à la communication. Il pouvait parfois être perçu par les IDE et MK comme néfaste en raison de problèmes de compréhension. De plus, celui-ci peut modifier l'information orale remise par le MG aux IDE et MK.”*

Dans les entretiens, les MG déclarent que les patients ne respectent parfois pas le parcours de soins et consultent de leur propre chef. Cela participerait aux difficultés de compréhension et de transmission des informations.

Or, d'après un ancien rapport du Conseil de l'ordre (52), *“le patient n'est pas obligé de faire la transmission des informations qui lui sont remises”*. C'est ainsi que la Cour de Cassation en 1963 a estimé que : *“du principe d'ordre public du libre choix du médecin par le malade, il résulte que le client recevant une lettre destinée à lui servir d'introduction auprès d'un autre praticien, n'est tenu ni de consulter ce dernier, ni, par suite, de lui remettre ladite lettre d'introduction”*. Il n'y a donc pas délit de suppression de correspondance. Ainsi il pourrait être envisageable, avec l'accord du patient, de transmettre le message et les informations directement au professionnel sous réserve que celui-ci soit connu. Cela pourrait limiter le risque de perte de l'information.

18. Les réseaux : un soutien ?

64 % des MG appartenaient à un réseau, indépendamment de leur mode d'exercice. Selon une étude sur la coopération au sein des réseaux (62), le rôle des MG serait *“de répondre à un certain nombre de besoins en étant un relais et en permettant au médecin surchargé de voir son malade pris en charge. Ils constitueraient un appui non négligeable pour un type de malade requérant énormément de temps et de disponibilité. Il ne requerrait pas vraiment un engagement et soulagerait plutôt le médecin dans son activité, lui ôtant provisoirement le suivi chronophage de malades, ceci sur un domaine de spécialité pointue pour laquelle les médecins généralistes n'apparaissent pas suffisamment armés.”* Dans une autre étude de 2012 (45), *“les réseaux n'ont pas apporté d'amélioration dans les échanges entre les*

professionnels de santé. En fait, ils sont perçus par les professionnels de santé comme un prolongement de leur activité, ne modifiant en rien l'organisation de leur travail."

Ainsi l'adhésion moyenne des MG aux réseaux serait-elle le reflet de leur efficacité ? Lors des entretiens, les MG en parlent très peu, si ce n'est pour la description de prises en charge de patients (complexes). Dans ces situations les réseaux étaient dépassés.

Un des effets des réseaux serait de dégager du temps, hors cela n'est pas décrit par les MG. Mais, face à une file active importante de patients pour les MG, ce temps ne serait-il pas absorbé par les autres patients ?

19. La proximité au sein du lieu d'exercice et la connaissance de l'autre

Les MG déclarent que la proximité géographique des MG et des autres professionnels, au sein de cabinets de groupe ou en structure de type CMS, facilite les échanges et permet de connaître l'autre. De plus, lors de l'urgence, cette proximité permet de répondre plus facilement (que lors d'un exercice isolé ou monoprofessionnel) au besoin d'avis rapides, à la délivrance de rendez-vous avec des délais adaptés au niveau d'urgence et à la disponibilité accrue des interlocuteurs.

La loi de modernisation du système de santé français fait la promotion des centres de santé/maisons de santé. Nous nous interrogeons sur les bienfaits de cette proximité dans la communication.

Selon étude de (K) *"il semblerait que le mode d'exercice en groupe ne met pas en évidence de différence, pour les MG, avec les autres modes d'exercice pour les fréquences d'adressage et de communication, ni les difficultés qui leurs sont inhérentes ni leur désir de collaboration"*. Cela signifie que le mode d'exercice en groupe ne produit pas plus de communication ou d'adressage.

Une des hypothèses est que le mode d'exercice en groupe permet une amélioration de la qualité de la communication. Dans notre thèse, les MG ne déclarent pas plus communiquer, mais mieux communiquer. Cette proximité permet même d'envisager de nouveaux styles de

consultations : à plusieurs, ou successives pour mieux accompagner le patient. Cela est permis par la disponibilité géographique immédiate des professionnels.

Il semble aussi que les MG ne connaissent pas bien les autres professionnels de santé. Un des freins déclarés est le faible nombre de rencontres et de formations interprofessionnelles. Les MG semblent n'avoir qu'une idée de l'exercice des autres.

Dans notre étude, les MG semblent ne pas bien connaître, d'une part, les différents professionnels (l'offre de soin et leurs coordonnées) et de l'autre, leurs modes d'exercice (compétences, fonctionnement). Cette méconnaissance peut expliquer leur difficulté à les joindre et aussi à adresser des patients. Les MG ont des attentes de retours toujours supérieures aux retours effectivement reçus, autrement dit, ils ne reçoivent pas assez de retours. Bien communiquer avec un professionnel de santé semble passer par la connaissance de son métier, de son organisation, de ses compétences.

Ainsi, la rencontre semble être un moyen possible et demandé par les MG pour découvrir leurs interlocuteurs.

20. Rencontres et formations interprofessionnelles

Ne serait-il pas envisageable d'instaurer des formations dédiées aux métiers des autres par la réalisation de stages d'immersion pour les étudiants en médecine générale, par la création d'une compétence universitaire : la communication en médecine (bien que la relation médecin-malade existe) ?

Une méta analyse réalisée en 2010 (73) avait démontré l'efficacité d'une bonne communication entre généralistes et spécialistes, lorsque cette dernière comportait des rencontres, des consultations conjointes, etc. Elle avait par exemple mis en évidence un meilleur équilibre du diabète ou encore une amélioration du syndrome dépressif.

Connaître l'autre et ses pratiques via des rencontres et une formation initiale sur les métiers de la santé permettrait d'accorder la communication entre le MG et les autres acteurs, de

répondre aux attentes des uns et des autres. Par ailleurs, l'efficacité d'une bonne collaboration entre les soignants sur la prise en charge des patients a été confirmée par plusieurs expériences menées en Belgique (74). Il s'agit d'expériences dans des systèmes locaux de santé débutées en 1994 et plus largement menées depuis 2004, favorisant des rencontres régulières entre médecins généralistes, spécialistes et responsables hospitaliers afin d'analyser les situations. Ces rencontres avaient par exemple abouti à l'élaboration d'une liste commune d'antibiotiques pour les généralistes et les urgentistes.

Mais dans l'étude qualitative de (C) les IDE et MK "*déclaraient ne pas vouloir communiquer plus avec les MG. Le manque de moyens et de temps était le principal frein.*"

A la vue de ces résultats, ne faudrait-il pas améliorer l'attrait et l'accès à la collaboration entre les MG et les IDE et Kinés ? (par exemple par une rémunération du temps passé à la collaboration..). Les MG déclaraient que le mode d'exercice en groupe, pluriprofessionnel, participait à une meilleure communication entre ces intervenants.

21. Relation interprofessionnelle

Dans un rapport du conseil de l'ordre des médecins la réciprocité des échanges est recommandée, or la différence des besoins et retours dans cette étude illustre l'inégalité des échanges. Ceci est conforté par l'étude de (K) : "*Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères.*"

Quelle est la relation entre les professionnels ? Dans l'étude de (C) "*le manque de disponibilité des MG et le sentiment de rivalité interprofessionnelle étaient ressentis par les IDE et kinés. Une bonne entente permettait d'améliorer la communication mais il n'y avait plus de relation interpersonnelle ni extraprofessionnelle, uniquement une relation de soins.*"

Les relations humaines semblent pauvres et n'entourent que le milieu professionnel. Il semble

aussi y avoir des rivalités entre certains professionnels. L'humain et les différentes personnalités affectent la prise en charge du patient car des MG déclarent qu'avec certains IDE ça marche tandis qu'avec d'autres la relation est inexistante et même délétère par l'absence d'échange.

22. Les retours, une nécessité

Les MG déclarent qu'un des critères de communication satisfaisant est l'obtention de retours. Ils peuvent conditionner la relation ultérieure. Ils sont essentiels. Ce désir se trouve confirmé par les données d'une étude sur le réseau des MG (74), "indiquant que pour choisir leurs correspondants spécialistes, la majorité des généralistes prennent en compte la certitude qu'ils les tiendront informés."

Leur contenu, leur qualité, les délais n'étaient pas ou peu abordés par les MG. Il semble que seule l'obtention de retours soit importante. Pourtant, dans une étude de la communication entre les MG et les psychiatres (66), des critères de qualité de retour ont été retenus. Il s'agissait "de la présence du traitement, du projet de soins et l'organisation de la prise en charge." Une des hypothèses pour laquelle le contenu des retours n'a pas été abordé est que la seule présence d'un retour attestait de la lecture du message, de sa réception, que l'étape initiale d'adressage du MG était réussie.

D'après une étude de 2012 (45) recensant les difficultés et les possibilités d'amélioration de la communication entre les MG et les autres professions libérales, il a été mis en évidence que "les MG recevant des courriers et des réponses avant de voir leur patient étaient plus nombreux à vouloir que ce critère s'améliore. Ceci suggérait que l'obtention de retours dans des délais rapides serait un critère de qualité."

Dans l'étude quantitative, les retours les plus fréquents viennent de l'hôpital, des spécialistes, des assistantes sociales et psychologues. Avec l'hôpital, ce peut être en partie expliqué par l'encadrement législatif de ceux-ci : l'article 95 de la loi de modernisation du système de santé de 2016 place une lettre de liaison obligatoire entre les services de soins en ville et à l'hôpital. La fréquence des retours des paramédicaux est moyenne. Ce résultat

est par ailleurs conforté dans l'étude de (K) : *“les IDE et MK déclaraient peu de retour vers le MG.”* Une des hypothèses émise par (K) est leur position possible d'exécutant, suggérant l'absence de feed back. Selon (C) *“une majorité des IDE et Kinés décrivent ne pas donner de retours ; et que le manque de temps et le désintérêt des MG pour les retours en seraient la cause.”* Le besoin de retour le plus faible était pour les paramédicaux. Ils disaient selon (C) : *“avoir le rôle d'exécutant des prescriptions du MG. De plus les paramédicaux décrivaient la communication comme minimaliste, insatisfaisante, et qu'ils regrettaient le manque de communication avec le MG, souvent relatif à un manque de transmission d'information.”*

La fréquence des retours la plus faible est pour les biologistes et radiologues (catégorie professionnelle des examens complémentaires). Comment interpréter ces retours faibles et ces besoins si importants ? Ce contraste n'est pas retrouvé dans l'étude alors que c'est la catégorie professionnelle où le contraste est le plus marqué. Cela ne semble pas être en lien avec la réalisation d'examens complémentaires. Cela illustrerait-il la pauvreté des contacts humains et professionnels ?

Un rapport du conseil national de l'ordre des médecins attachait beaucoup d'importance à *“la circulation de l'information dans les deux sens.”* (75)

Concernant l'étude des besoins de retours, celui-ci est toujours plus important que les retours effectivement reçus. Cela est valable pour tous les interlocuteurs. En revanche, le besoin le plus faible de retours est pour les paramédicaux (IDE et kinés).

Devant ces résultats, peut-on affirmer que les MG n'ont pas besoin de communiquer avec les IDE et kinés pour prendre en charge le patient ? La méconnaissance de l'autre est, selon nous, une des explications de ce faible besoin de retours. Ne pas connaître l'exercice de l'autre en diminuerait le besoin. Doit-on en déduire que, des professionnels sélectionnés comme interlocuteurs dans cette étude, les IDE et kinés sont ceux dont l'exercice est le moins connu ?

La balance entre le besoin de retours et les retours effectifs était plutôt à l'équilibre pour : l'hôpital, les médecins spécialistes et les assistantes sociales et les psychologues. Cela peut expliquer une relation plutôt satisfaisante pour les MG. La thèse de (K) confortait que *“les hôpitaux et les médecins spécialistes étaient les acteurs les plus importants après les MG pour les autres professionnels de santé dans le cadre de l'adressage et la coordination.”*

Les MG déclarent qu'avec l'hôpital la difficulté est dans l'accès des patients aux services hospitaliers (développé dans la discussion commune).

Les MG sont dans l'attente d'accusés de réception, d'une réponse, de visualiser l'impact provoqué par leur adressage. Cela explique en général le fort besoin de retours.

Le patient a un rôle important dans ces retours. Parfois il ne transmet pas le message.

Élaborer des règles précises de communication entre les interlocuteurs, issues des besoins de chacun, créer des protocoles pourrait être une piste pour communiquer plus et mieux.

Se pose la question des limites d'un encadrement trop strict de la communication. Dans la discussion d'une étude sur la communication entre les MG et les cardiologues (76), la rédaction de courriers-types lors de l'adressage initial avait été suggérée, mais les participants qui y étaient opposés proposaient d'autres pistes, moins intrusives et plus acceptables par les cardiologues via "des éléments humains : connaître les cardiologues, organiser des réunions de formation médicale continue...".

Toutes ces difficultés dans les attentes des uns et des autres pourraient s'expliquer par la coopération entre acteurs "qui gardent chacun un degré d'autonomie et poursuivent des intérêts qui ne sont pas forcément convergents" (77).

B. Discussion Commune

Au cours de ce travail, nous avons constaté l'absence de consensus sur les notions basiques de communication. En effet, dès le début de nos recherches, nous avons été confrontés à des divergences de perception et de définition d'une notion principale traitée dans notre travail : **l'adressage**.

Le terme «adressage» du verbe adresser, signifie «faire parvenir quelque chose à quelqu'un ou diriger quelqu'un vers une autre personne». Par exemple, comme nous l'avons vu dans la thèse de K. Mognon (K), les médecins ne déclarent pas systématiquement adresser leur patient vers les pharmaciens, or ils prescrivent tous les jours des médicaments.

Comment explique-t-on les différentes visions existantes de l'adressage ?

La réflexion autour de la définition des rôles de chaque intervenant dans le système de santé peut apporter des éléments de réponses. Le parcours de soins d'un patient inclut la participation de nombreux professionnels de santé (MG, médecins spécialistes, paramédicaux, pharmaciens, ECP, AS..) ; il paraît donc essentiel que chacun ait une position bien définie pour que la coordination soit optimale.

En effet, la coopération se fonde sur l'appariement entre un professionnel dit « captant », qui considère devoir assurer le suivi du patient tout au long des étapes du parcours de soin et d'autres professionnels qui conçoivent leur intervention comme ponctuelle et limitée à une étape de la trajectoire thérapeutique. Cependant l'existence de ces délimitations et partages de "pouvoir" peut entraîner une lutte de juridiction, source de compétition, et limiter la coopération. Les logiques de division du travail et de compétition renvoient au type de position et d'engagement professionnel que les intervenants ont choisi d'embrasser.

Les études sociologiques rapportent l'existence d'un cadre culturel commun à tous les professionnels libéraux constitué d'un triple idéal :

- le travail en équipe construit sur le modèle hospitalier ;
- l'autonomie professionnelle ;
- les approches relationnelles avec les patients.

Mais ces éléments ne correspondent pas aux pratiques et à la réalité du terrain. En effet, des mécanismes de régulation maintiennent un équilibre interrelationnel entre les groupes, limitant ou favorisant les échanges, par exemple :

- par l'existence de règles de disponibilité (à l'égard des patients ou entre professionnels), de l'obligation d'échange d'informations sur le patient, de retour du patient et de l'obligation de communiquer ;
- par la présence de contraintes telles que la superposition de territoires professionnels et la concurrence ;
- par l'existence d'un besoin réciproque de décharge (secondaire aux émotions liées à l'activité professionnelle), de partage (des décisions et des responsabilités), de délégation des actes, de se prémunir contre le risque social et juridique en créant des relations de confiance. Ces relations de confiance reposant elles-mêmes sur des rapports affinitaires ou solidaires.

Le médecin généraliste voit donc son rôle de "captant" se renforcer par les études de santé publique, après avoir été mis de côté pendant des années. A l'inverse, la place et le rôle du patient sont souvent mésestimés. Or, le patient est parfois le principal organisateur de son parcours, il effectue un travail important d'articulation, de lien entre les soignants, de transfert et de transmission de l'information (sur son diagnostic ou son traitement et « sur » les professionnels).

Il est donc important de travailler sur la communication, la notion d'adressage et la répartition des rôles de chaque intervenant (professionnel de santé et patient inclus).

Dans ce but, ce travail commun a permis de mettre en évidence des obstacles à la communication ressentis par les professionnels de santé et des pistes d'amélioration.

Les principaux obstacles étant :

- le manque de temps et de ressources à consacrer à la communication interprofessionnelle ;
- la méconnaissance de l'autre dans le champ interprofessionnel en santé ;
- une coordination/communication insuffisamment pensée comme élément propre de la qualité de soin.

Avant tout, l'un des éléments importants mis en évidence dans notre analyse et en particulier celles de T.Dumont (T) et C.Le Métayer (C), est l'intégration du patient dans sa prise en charge, celle-ci apparaît **primordiale mais complexe**.

B.1 La place du patient dans son parcours de soins

Le rôle du patient dans la communication interprofessionnelle et ses capacités d'intégration sont des thèmes très souvent développés dans nos entretiens, mettant en évidence une véritable problématique.

En effet, le patient est souvent décrit comme un vecteur d'informations entre le MG et d'autres professionnels de santé. Il peut transmettre des informations orales, ou écrites. L'information transmise par le MG peut cependant être modifiée, perdue, oubliée, volontairement non donnée par le patient. Cela interfère dans la communication. Par ailleurs le patient peut être plus qu'un intermédiaire, à savoir être émetteur d'informations à son sujet (par exemple si le MG a omis certaines informations importantes lors de son adressage). Il a aussi un rôle de lien (et d'entente) entre les différents professionnels de santé. Encore faut-il que le patient puisse jouer correctement ce rôle de vecteur.

En effet, des difficultés inhérentes et présentées par un patient (problème de langage, déficience intellectuelle, compréhension...) et sous-estimées par le MG, peuvent entraîner un défaut de communication entre celui-ci et ses correspondants. D'où l'importance de la prise

en compte du contexte psycho-socio-intellectuel du patient pour adapter un maximum son adressage.

"A l'inverse des IDE et MK qui décrivent souvent un patient interférant, le MG décrit l'importance d'un patient intégré dans la communication et vecteur d'informations.

Selon le MG, cette intégration permet une amélioration de sa prise en charge. Cependant ce propos est nuancé par les résultats de l'étude quantitative dans laquelle 25% des MG déclarent ne pas faire intervenir le patient dans sa prise en charge car celui-ci ne transmettrait pas correctement l'information, en raison de difficultés/troubles de compréhension et d'incapacité.

Toujours selon les MG, 62 % d'entre eux déclarent que plus la situation psycho-médico-sociale du patient est difficile plus cela complique la communication avec leur interlocuteur."

(T)

Globalement l'intégration du patient dans la communication, le choix des modalités d'adressage et le choix du correspondant peuvent dépendre des caractéristiques du patient.

Ainsi l'adressage doit être personnalisé à chaque patient.

La question de l'importance de l'intégration du patient dans la communication interprofessionnelle est abordée dans plusieurs études (78) dont celle menée par le département de MG de Liège (79), les différents professionnels de santé interrogés (exerçant dans les soins au domicile) tiennent un discours assez unanime sur la nécessité de centrer leur attention sur le patient, qui doit devenir un acteur de ses propres soins. Un changement de modèle qui fait passer le patient d'une situation passive à une position active est en train de s'opérer.

Depuis une dizaine d'années et dans le prolongement de la loi de 2002 (80) émergent les associations de patients, les réseaux (45) qui placent le patient comme acteur central des soins ; la principale innovation étant l'éducation thérapeutique.

Le patient devient enfin un acteur central dans l'organisation de son propre parcours de soins. Cependant pour que cette intégration soit optimale, il ne faut pas avoir une attitude "naïve" sur cette question et oublier les limites inhérentes au "patients/soignants".

La diversité des individus (des patients) nécessiterait une prise en charge globale et personnalisée.

Un autre élément important mis en évidence dans le rapport de L'IGAS 2014 est que : " Si le patient est le bénéficiaire final de la coordination territoriale il ne peut en être l'acteur principal. La possibilité d'être l'acteur de la coordination de ses soins risque de créer de la confusion car il pourrait mettre en concurrence tous les professionnels susceptibles d'intervenir, sans qu'aucun ne puisse faire la synthèse de sa situation. Au reste, en cas de contradiction entre le souhait du patient et l'analyse du professionnel de santé, qui l'emportera? La coordination ne peut régler tous les problèmes auxquels un patient doit faire face s'il n'y a pas un lien entre l'accès aux soins et son parcours dans le système de santé. En outre, si le patient était l'acteur de la coordination, il serait maître de la définition des services qu'il en attend (logement, allocation chômage, voire procédure de divorce, etc.)."

A la vue de ces éléments, il faudrait donc en évaluer l'intérêt et les limites.

B.2 Le manque de temps et de ressources à consacrer à la communication interprofessionnelle

Le manque de temps et de ressources est un thème souvent abordé tant par les IDE/MK que par les MG. Les professionnels de santé déclarent ne pas avoir de temps à accorder à la communication interprofessionnelle, qu'ils décrivent comme chronophage (*T*) et ôtant du temps de soins destiné au patient (*C*).

La coopération pluriprofessionnelle, par la mise en place d'espaces de rencontre et de temps dédiés pourrait favoriser la communication. Schématiquement, la coopération entre les professionnels de santé emprunte deux formes : des modes d'exercice collectifs d'une part et un partage de tâches entre les acteurs de soins d'autre part. En France, ces démarches sont encore marginales, notamment dans le secteur ambulatoire, car elles nécessitent de faire évoluer certains principes d'exercice libéral.

Le **mode exercice pluriprofessionnel** est décrit dans nos études qualitatives (T) et (C) comme favorisant la proximité et l'échange, donc pourvoyeur d'espace de communication commun. L'essence même des centres et maisons de santé réside dans un mode d'exercice pluriprofessionnel. Cela est-il suffisant pour une coordination et une coopération réellement efficaces ?

La coopération renvoie à un large spectre de modes d'exercice collectifs : du cabinet formé de deux praticiens partageant le secrétariat à des équipes intégrées de soins pluriprofessionnelles. Pour l'ensemble des acteurs de santé libéraux, le regroupement intraprofessionnel (entre membres d'une même profession) constitue la forme d'exercice prédominante. Une majorité de médecins généralistes exerce actuellement en groupe dans des cabinets de petite taille (2 à 3 médecins) (81). Le regroupement pluriprofessionnel en ambulatoire (associant des membres de différentes professions) est moins fréquent. Il existe les "centres de santé", constitués d'une équipe de professionnels salariés, qui représentent le mode le plus ancien d'exercice pluriprofessionnel intégré (82) et les "maisons de santé pluridisciplinaires", créées en 2007, qui regroupent des professionnels volontaires sous un statut libéral. Les communautés professionnelles territoriales de santé anciennement appelées "pôles de santé pluridisciplinaires" ont pour objectif, depuis 2009, (31) d'organiser dans un bassin de vie des cabinets médicaux et paramédicaux sur la base du volontariat. Cette organisation s'inscrit plutôt dans une logique de coordination territoriale. Ces

structures, qui présentent des caractéristiques organisationnelles et fonctionnelles aux configurations variées (83), sont inégalement réparties sur le territoire (82), (81).

Selon un rapport de l'IRDES 2009 (84): "Les regroupements (intra ou interprofessionnels) améliorent la permanence des soins, les conditions de travail des professionnels et leur implication dans la formation continue".

Une étude de l'IRDES 2015, (85) sur "l'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé participant à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) valide l'hypothèse selon laquelle l'intégration pluriprofessionnelle des soins et services de première ligne est génératrice de gains d'efficacité en matière de dépense ambulatoire, comparativement à l'exercice standard. Les caractéristiques de proximité physique, la colocalisation sur un même lieu et la coopération pluriprofessionnelle sont donc associées à une moindre dépense ambulatoire".

Une étude complémentaire de l'IRDES 2015 (86) sur "l'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes d'après une évaluation de maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) montre que les généralistes des maisons, pôles et centres de santé ont une meilleure qualité de pratiques pour la quasi-totalité des indicateurs considérés qui sont basés sur des critères proches de ceux de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), et s'intéressent à quatre grandes dimensions de la pratique des généralistes : le suivi des patients diabétiques de type 2, la vaccination, le dépistage et la prévention, ainsi que l'efficacité de la prescription. Les différences entre types de sites restent assez faibles".

Ces résultats confirment donc les hypothèses émises selon une plus grande efficacité de ce mode d'exercice. D'autant plus que le mode d'exercice collectif apparaît attractif. En effet, les jeunes médecins, qui aspirent à des conditions de travail leur assurant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, s'installent surtout dans des structures groupées ("Près de 80 % des médecins de moins de 40 ans déclarent exercer en groupe en 2009",

(81) "Le renouvellement générationnel, qui aura lieu dans les vingt prochaines années chez les médecins généralistes (87) sera sans doute une véritable opportunité pour l'essor des coopérations."

Cependant, selon une analyse de différence développée dans un rapport de l'IRDES 2015 (85) "ces résultats tiennent presque essentiellement aux différences initiales observées entre sites regroupés pluriprofessionnels ou non et ne sont donc pas directement imputables à l'entrée dans les ENMR".

Nous pouvons remarquer aussi que dans l'ensemble de nos enquêtes quantitatives, n'est pas retrouvée de différence significative, en terme d'amélioration de la communication, pour les professionnels de santé exerçant en milieu pluriprofessionnel.

Ces recherches sur l'impact du regroupement pluriprofessionnel en matière de qualité des soins doivent donc être complétées par des travaux étudiant la satisfaction des patients en terme d'expérience de soins et au-delà par des recherches se fondant sur des données issues des dossiers patients informatisés.

La proximité engendrée par l'exercice pluriprofessionnel permet une coopération via les **réunions pluridisciplinaires**.

Notamment 74% des IDE et MK déclarent les réunions pluriprofessionnelles comme une piste d'amélioration de la communication. Selon eux, les réunions créent un lien relationnel, en permettant des rencontres physiques (et notamment la rencontre des nouveaux arrivants sur le territoire). Par ailleurs, elles permettent le partage d'informations sur les cas complexes (réassurance, lutte contre l'isolement libéral), favorisent la formation continue et la formation interprofessionnelle (sur les compétences professionnelles), permettent la rédaction et la mise en place de protocoles de soins (urgence incluse). Tous ces éléments sont décrits comme améliorant la communication et le quotidien du professionnel. (C)

Cependant, toujours pour les mêmes raisons vues précédemment, ce temps et cet espace de réunion ne sont pas aisés à mettre en place. Selon le rapport de l'IGAS 2014, la coordination et les réunions pluriprofessionnelles sont plus faciles à mettre en œuvre au sein d'une même structure. Leur mise en place peut être favorisée par **les NMR (nouveaux modes de rémunération)** (85) rémunérant le temps passé à la coordination. Cet élément est essentiel pour favoriser l'implication des professionnels.

"Des expérimentations ont été menées pour rémunérer des efforts de coordination conduits dans un cadre collectif. C'est l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération prévus par la loi de financement de la sécurité sociale. Le premier forfait (module 1) rémunère l'ensemble des actions pluridisciplinaires qui exige l'intervention de plusieurs types de professionnels et leur coordination, le second forfait (module 2) cible l'éducation thérapeutique, le dernier forfait (module 3) vise le développement de la coopération entre professionnelles de santé ayant pour objectif d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès des patients". Le principal élément est l'éducation thérapeutique avec le développement par exemple des infirmières ASALEE.

Les NMR ont été testés dans le cadre d'un dispositif expérimental. Une étude de l'IRDES 2014 (88) montre que "comme dans d'autres pays, des formes nouvelles d'exercice regroupé pluriprofessionnel, couplées à de nouveaux modes de rémunérations (89) (90) peuvent constituer des leviers pour engager une transformation de l'organisation et des pratiques des médecins généralistes en lien avec celles des professionnels paramédicaux ."(91) (92)

Dans les sites étudiés, les négociations sur les modalités de redistribution des NMR entre les différents types de professionnels constituent un moteur important du processus d'innovation qu'engendre le travail pluriprofessionnel. En effet, en matière de financement, le paiement collectif détermine la dynamique d'innovation et c'est en jouant sur l'équilibre entre paiement forfaitaire collectif et paiement individuel que l'extension du travail pluriprofessionnel peut être envisagée. Dans ce cadre, le mode de calcul des NMR devrait mieux prendre en

compte le nombre et l'investissement temporel des professionnels paramédicaux et administratifs. Sa dimension territoriale justifierait l'extension du financement au-delà de la seule patientèle des médecins traitants ».

"Les transformations culturelles (93) nécessaires et attendues dans le cadre d'une politique publique qui souhaite promouvoir le travail pluriprofessionnel doivent être pérennisées dans un cadre protecteur et stable pour les acteurs qui s'y engagent (94). Ce cadre facilitera leur développement, permettra de consolider les acquis et la capitalisation des connaissances sur l'efficacité et l'efficience des pratiques pluriprofessionnelles dans la perspective de l'évolution générale de l'organisation des soins".

La deuxième proposition pour pallier le manque de temps décrit par les MG est l'optimisation de **la répartition des tâches, voire la délégation de certaines activités** à d'autres professionnels de santé (IDE, pharmacien par exemple).

Ce transfert de tâche a commencé à l'hôpital, au début des années 2000, l'objectif étant de répondre au problème de démographie des praticiens (95) mais cette idée est toujours débattue. En effet, leur mise en œuvre est complexe et se heurte à de nombreux freins et résistances, qui concernent tant les professionnels que les usagers. Elle soulève d'importantes questions relatives à l'identité professionnelle, aux pratiques et à la rémunération.

De plus, les transferts d'activité sont parfois perçus comme un risque pour la qualité des soins, (96) laissant craindre l'installation, à terme, une médecine à deux vitesses. Ces questions appellent donc des réponses sur les plans juridiques et financiers mais également en matière de formation. Ainsi la loi HPST de 2009 (31) ouvre des perspectives en matière d'évolution des métiers : par exemple, les pharmaciens ont désormais le droit, sous certaines conditions, de renouveler des ordonnances, de réajuster le traitement, et se voient reconnaître un rôle dans l'éducation thérapeutique.

Alors que la France s'est récemment engagée dans la promotion des différentes formes de coopération, les expériences étrangères, plus anciennes, et développées dans le champ des soins primaires peuvent nourrir utilement la réflexion.

Ainsi dans les pays anglo-saxons et scandinaves, les structures d'exercice collectives et pluridisciplinaires sont ainsi prédominantes et le champ d'intervention des infirmiers est particulièrement large. Par exemple, les infirmiers peuvent assurer un appui technique au médecin (vaccinations, etc) ou jouer un rôle de "triage" (97) en évaluant l'état de santé du patient. Les infirmiers deviennent alors la principale porte d'entrée dans le système de soins.

Quant au système de santé québécois (97) ; (98) ; (99) il a amorcé, ces dernières années, certaines transformations, en particulier le développement d'approches interprofessionnelles.

Ainsi trois nouveaux rôles infirmiers attirent particulièrement l'attention : celui de l'infirmière dans les groupes de médecine de famille (GMF), de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) et de l'infirmière pivot en oncologie (IPO).

En Allemagne ou aux Pays Bas, (97) il existe les assistantes médicales, travaillant uniquement sous la responsabilité des médecins, qui peuvent leur déléguer un nombre d'actes relativement important. Ainsi, les cabinets médicaux allemands offrent des services plus étendus qu'en France, notamment des explorations biologiques simples par exemple. Elles peuvent également participer à l'organisation administrative.

Afin d'améliorer la coordination des professionnels, l'infirmier s'est vu également confier, dans certains pays, la planification des soins : ainsi au Royaume-Uni il existe les Community Matrons (97) et aux Etats-Unis des rôles infirmiers novateurs tels que le gestionnaire de cas « Case Manager » ou le « Nurse Navigator ». Ces nouveaux rôles comportent le plus souvent deux volets : l'un, d'intervention clinique et l'autre, de coordination pour assurer des soins continus et aider les utilisateurs de soins et leurs familles à naviguer dans le système de santé (cf chapitre suivant).

En France, le rapport Hénart de 2011 (100), rappelle l'évolution démographique et l'émergence de cas complexes poly-pathologiques qui nécessitent la mise en place de métiers intermédiaires en santé. Cela se développerait principalement à partir des métiers paramédicaux et principalement dans le cadre des soins de premier recours, le vieillissement et les personnes âgées, les maladies chroniques et le cancer. Les résultats d'une étude de 2006 sur l'expérimentation de la délégation de tâches entre professionnels de santé (83), rejoignent les conclusions de la littérature internationale sur le "skill mix".

" Les méta-analyses réalisées dans le cadre du groupe Cochrane ainsi que la récente étude de l'OCDE relèvent que la plupart des rares études recensées concluent que des infirmières formées de façon appropriée peuvent délivrer des soins d'aussi bonne qualité que les médecins et atteindre des résultats de soins équivalents ".

Depuis 2006, les choses n'ont que peu évolué en dehors de l'apparition d'une filière universitaire spécialisée pour les infirmières (par exemple master en science clinique). Cependant ces formations ne constituent que des diplômes universitaires et non des diplômes d'exercice dans la mesure où aucune profession reconnue ne correspond à une telle formation pratique avancée. **Il faudrait peut-être s'interroger sur le positionnement, le rôle (et donc le pouvoir) de chaque professionnel de santé pour aller vers un objectif commun : l'amélioration des soins.**

Selon certaines études sociologiques (101) "Il importe de comprendre de quelle manière les médecins – dont le pouvoir influence largement l'action des autres professionnels – soutiennent ou non le déploiement de ces nouveaux rôles. La question se pose d'autant plus que ces rôles émergents impliquent un nouveau partage des prérogatives professionnelles. Or, le succès de l'expansion des nouveaux rôles infirmiers semble dépendre, pour une certaine part, de la volonté des médecins de soutenir ce déploiement, d'où l'importance de comprendre les dynamiques de pouvoir à différents niveaux du processus décisionnel."

En effet, selon Coburn (101), "la profession médicale est au sommet de la pyramide des professions de la santé et celle-ci agit comme intermédiaire dans les relations entre l'État et

les autres professions. De par la position privilégiée qu'ils occupent au sein du système de santé, les médecins ont la possibilité de contrôler le travail des autres professionnels de la santé, en particulier celui des infirmières".

L'introduction de nouveaux rôles nécessite que soient redéfinis les espaces d'autorité exercés par la profession médicale sur la prestation de l'ensemble des services de santé, incluant les services infirmiers. La question du pouvoir médical, aussi délicate soit-elle, est d'autant plus importante que la négociation des frontières entre la profession infirmière et la profession médicale se présente comme un incontournable pour maximiser le plein potentiel de ces rôles et atteindre les objectifs poursuivis en termes d'accessibilité, de globalité et de qualité des services. La négociation des frontières juridictionnelles entre la profession médicale et la profession infirmière se présente comme un enjeu de premier plan pour qu'un véritable travail de collaboration se forme.¹.

Plusieurs propositions pour pallier le manque de temps seraient :

- **Le mode d'exercice pluriprofessionnel ;**
- **Le soutien financier via les NMR ;**
- **Le transfert de tâche.**

Ces éléments sont en cours de développement et d'application.

B.3 La méconnaissance de l'offre de soins

Une des difficultés exprimées par les MG est liée à la méconnaissance de l'offre de soins.

¹ Sydney A. Halpern (1992)²¹: les phénomènes de compétition entre spécialités ne relèvent pas tous d'une « lutte de juridiction » visant principalement la confiscation de la prise en charge d'un trouble ou d'une pathologie par une spécialité aux dépens d'une (des) autre(s) qui jusqu'alors monopolisai(en)t

Selon l'étude de T.Dumont (T), presque un MG sur deux déclare ne pas connaître les coordonnées des correspondants recherchés. La difficulté est multiple car le MG doit trouver un interlocuteur pour prendre en charge son patient, dans un contexte où l'offre de soin est limitée, parfois inconnue et tenir compte de ses exigences et de ses caractéristiques.

Il doit ainsi faire face à une demande et doit pouvoir y répondre, l'objectif étant d'adresser un patient vers un professionnel compétent pouvant le recevoir. Les souhaits et caractéristiques des patients interviennent dans le choix des destinataires. En effet, des MG déclarent que si le patient est capable de trouver lui-même le correspondant, alors bien souvent le MG rédige un message qu'il lui remet.

Il serait intéressant d'étudier la fréquence d'adressage vers un partenaire précis par rapport aux adressages en général (et aussi ceux réussis).

Les MG n'ont pas d'outils efficaces pour connaître les caractéristiques exhaustives des professionnels à qui ils pourraient adresser des patients (horaires, secteurs d'activité, actes pratiqués, pratique du tiers payant, accès aux handicapés, carte bleue, visites à domicile...). Il existe pourtant des données sur les professionnels de santé : le site de l'Assurance Maladie : Ameli-direct, proposant un moteur de recherche de professionnels de santé et d'établissements de soins destiné en premier lieu aux patients, mais aussi aux professionnels.

Ce défaut de données altère la communication, la coordination et la prise en charge des patients car il règne une part d'aléatoire, d'absence de traçabilité et de parcours du soin décousu.

La création de nouveaux outils permettant la centralisation des données des professionnels médicaux, la création de répertoires est nécessaire. Plusieurs études ont mis en évidence le besoin des MG d'avoir des informations fiables, actualisées et personnalisées de leurs correspondants et des autres professionnels (54). Certaines menées auprès de MG, ont révélé la nécessité de répertoires professionnels dans la communication.

Le MG agirait en véritable chef d'orchestre gérant au besoin un collectif de correspondants médicaux, paramédicaux et sociaux. Les choix faits par les MG pour constituer ce carnet de

correspondants s'inscriraient avant tout dans une démarche éthique, de partage et de coordination cohérente des soins avec pour but principal d'agir dans l'intérêt du patient. Dans cette dynamique, un répertoire des professionnels en ligne, partagé, a été élaboré par le PLSUVLG : "Sharecolleagues" permettant in fine à améliorer la communication entre les interlocuteurs, en permettant une orientation efficiente. Il permet d'optimiser le parcours de soins et pallie la méconnaissance de l'autre via une mise à disposition des activités et des compétences de chaque professionnel. Ne sont pas évoqués ici les bénéfices à la constitution de liens interprofessionnels propices à l'échange.

B.4 L'offre de soin est limitée

En effet, dans l'étude de (T) 63 % des MG déclarent que le correspondant est difficilement accessible pour le patient (éloignement géographique, délais de rendez-vous importants...).

L'absence de consultations disponibles serait la conséquence de dysfonctionnements et d'une offre de soins limitée ambulatoire, et hospitalière (pour des avis, des consultations) incompatibles avec une population active demandeuse et en quête de rapidité.(102) L'enquête IFOP de 2014 retrouve que les délais pour obtenir une consultation de médecins spécialistes (hors MG) étaient trop longs et que pour les patients, c'était le facteur le plus important de refus de consultation, suivi du coût et de l'éloignement géographique des consultations.

Une autre étude (103) allant dans le même sens illustre qu'un des freins les plus fréquemment cités par les MG sont les délais de rendez-vous trop longs (40 %).

Devant ce constat, des outils ont été créés, comme le Répertoire Opérationnel des Ressources d'Île-de-France (ROR-IF) réalisé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France (ARHIF) destiné aux professionnels de santé et qui s'inscrit dans les axes de la stratégie nationale de santé (SNS) en contribuant au développement des systèmes d'information de santé pour répondre à une meilleure prise en charge du patient.

Devant ces délais de consultation s'allongeant, le phénomène de délégation de tâche, par exemple des ophtalmologistes aux orthoptistes (104) voyait le jour.

Le but était d'améliorer l'accès des français aux soins (ophtalmologiques). Cela fut possible en adaptant le parcours de soins de premier recours aux nouvelles technologies disponibles et en favorisant la collaboration entre les professionnels de santé.

L'offre de soins disponible étant limitée, l'évaluation du niveau de gravité et d'urgence s'impose pour réguler le flux des demandes de consultations, et permettre un accès égal aux soins.

Est-ce le rôle des MG ? Les professionnels de santé doivent-ils filtrer les demandes ? Doivent-ils réorganiser leur emploi du temps pour mettre en place des plages d'urgence ? (à noter, cela est devenu une obligation lors de la création d'une maison de santé).

Un outil unique permettant de connaître les consultations disponibles en ambulatoire tenant compte du degré d'urgence ne semble-t-il pas nécessaire ?

B.5 L'urgence : temps essentiel dans la communication, la coordination et le parcours du soin du patient

Une étude de 2007 (102) étudiant les nouveaux comportements de santé et notamment les consultants aux urgences relevant de la médecine générale, décrit que "Les consultants identifiés "non appropriés" se révèlent être jeunes et bien insérés socialement : 67,8 % ont un emploi, 80,4 % ont une couverture sociale et 82,8 % ont un médecin traitant. Plus des deux tiers y allaient de leur propre initiative car le recours aux urgences représenterait la filière de soins la plus efficace pour régler leur problème nécessitant, selon eux, un avis médical rapide pour la gêne et/ou de la douleur occasionnée. Ces consultants ont conscience de ne pas relever de l'urgence au sens vital du terme mais expriment un réel sentiment d'urgence. Ainsi la notion de consultation « non appropriée » est difficile à définir mais ils évaluent à 33 % la proportion de ces consultations. Elles seraient la conséquence

directe du dysfonctionnement du secteur libéral incompatible avec une population active en quête de rapidité et en proie à un certain consumérisme médical."

Un rapport de la cour des comptes de 2013 (69) "envisageait des solutions pour permettre une réorganisation du système de soins, notamment par la création de consultation de médecine générale dans les établissements de santé, la création de maisons médicales de garde, l'information du public.

Certaines de ses recommandations étaient :

- recentrer l'action du ministère de la santé sur le pilotage global et la régulation du système, notamment en définissant sans délai les modalités d'une meilleure articulation des urgences et de la permanence des soins ambulatoires ;
- confier aux agences régionales de santé la responsabilité générale de l'organisation des gardes de tous les professionnels de santé (permanence des soins ambulatoires, gardes pharmaceutiques, gardes ambulancières) ;
- engager une action vigoureuse d'information et de sensibilisation du public aux nouveaux modes d'organisation de la permanence des soins."

Cependant ces réformes, visant à promouvoir la diminution des consultations aux services d'urgences, répondront-elles au besoin des médecins en ambulatoire d'améliorer leur communication avec les autres professionnels dans l'urgence et aux délais grandissant d'avis ou de consultations spécialisées ?

Dans l'étude de K.MOIGNON (K), celui-ci a étudié les flux dans une situation de communication classique, usuelle (en moyenne). Or, il serait intéressant de reproduire cette étude en y intégrant la notion d'urgence.

Dans les études de T.DUMONT et C. Le METAYER, les notions de temps et d'urgence sont récurrentes et influent sur le processus de la communication, les besoins et l'organisation des professionnels. Les MG déclarent qu'à chacune des étapes de la communication dans

l'urgence, ils retrouvent des embûches multiples : absence d'interlocuteurs disponibles, offre de soin pauvre et difficultés d'orientation des patients (notamment vers l'hôpital).

Ainsi dans un contexte d'urgence, l'utilisation des supports de communication par les MG (T) est modifiée, ils déclarent un usage massif du téléphone qui permet un échange rapide et une conciliation instantanée.

Par ailleurs, lors de l'urgence les IDE et MK déclarent selon (C) *arriver à joindre le MG par téléphone*. Cela va dans le sens de la disponibilité et l'accessibilité nécessaires du professionnel lors de l'urgence.

D'après (K), les flux sont inégaux entre les MG et les autres professionnels de santé. En effet les MG adressent et communiquent beaucoup, sans réciprocité. Or selon (T), les MG expriment un fort besoin de retours. Selon eux, l'information doit circuler dans les deux sens (d'après un rapport du conseil de l'ordre : si un cas urgence est constaté par le radiologue, la communication doit se faire par téléphone pour que les suites à donner soient décidées rapidement ; de même, le prescripteur d'un examen demandé en urgence ne doit pas se désintéresser des résultats mais les attendre pour prendre les décisions nécessaires).

Selon l'étude de (K), dans un contexte d'adressage en général, *"les MG déclarent que communiquer avec l'hôpital est difficile, alors que c'est un partenaire avec lequel ils souhaitent plus communiquer."* Il serait intéressant d'étudier le ressenti des professionnels dans le cadre spécifique de l'urgence, avec l'hôpital notamment.

Dans une étude identifiant les motifs de recours des médecins généralistes aux urgences (71) :

"La demande principale des médecins généralistes concernait dans 52% des cas l'exploration complémentaire en urgence ; elle était justifiée pour 88% des patients bénéficiant d'examen complémentaires et 38% nécessitant d'un avis spécialisé.

Les médecins urgentistes avaient estimé que des examens ou une consultation spécialisée en ville auraient été plus propices chez 30% des patients, et qu'une hospitalisation directe était possible dans 7% des cas."

Dans une autre étude évaluant le taux de succès d'hospitalisations désirées par le MG (72): "seules 40 % ont pu être programmées. Les motifs d'échec étaient dans 31 % l'absence d'interlocuteur compétent disponible et l'absence de place dans 24 %. Lorsque le pronostic vital n'est pas en jeu et que le diagnostic initial était fait, le passage par le service des urgences devrait parfois être évité par une hospitalisation directe. Cette enquête a permis d'établir un état des lieux des programmations d'hospitalisation dans les services de médecine et d'en appréhender les principaux obstacles : il s'agissait surtout d'impossibilité d'obtenir des places dans un délai raisonnable, d'accessibilité limitée aux consultations spécialisées et, de difficultés à joindre les personnes responsables des admissions. Il était donc proposé la transmission des demandes de programmation via un standard téléphonique spécialisé et le développement du dossier médical en ligne sécurisé, accessible au médecin généraliste, permettrait un réel décloisonnement ville/hôpital. "

Une fois encore, malgré la volonté du MG à éviter les urgences pour hospitaliser son patient, il se trouve face à de multiples difficultés : accessibilité restreinte et offre de soins méconnue et limitée.

Dans ce contexte de prévention des hospitalisations inutiles ou évitables proposées dans la loi de modernisation du système de santé, ne serait-il pas envisageable que ce soit le MG qui, via une plate-forme territoriale informatisée regroupant toutes les consultations/prises en charge disponibles puisse orienter le patient après avoir eu l'aval d'un correspondant hospitalier disponible ?

A la méconnaissance de l'offre de soins s'ajoute la méconnaissance de l'Autre au sens large, à savoir : la méconnaissance du mode d'exercice et des compétences professionnelles de chacun ; et la méconnaissance d'autrui en terme relationnel.

Cette méconnaissance de l'exercice de l'autre est retrouvée dans une thèse sur la communication entre le MG et le médecin scolaire comme le principal frein de la

communication (65). Le rapport Démographie des professions de santé 2002 de Berland mettait évidence que "l'univers des professions de santé demeurerait sans conteste un monde cloisonné où les acteurs d'une spécialité, d'une discipline, ne connaissent que peu de choses des autres intervenants." Il devrait pourtant exister davantage de liens entre les différents métiers. Cette méconnaissance est un frein ; "Afin de pallier cette méconnaissance, il est impératif de redéfinir d'une manière globale, pour tous les métiers de la santé, les contenus et les champs de compétences".

Ainsi dans l'étude (C), les IDE et MK déclarent que les MG connaissent peu leurs compétences et leurs champs d'action. Cela peut être responsable d'un manque de transmission d'informations lors de l'adressage, ainsi qu'un sentiment de dévalorisation ressenti par les paramédicaux. De même, les MK déclarent avoir chacun des domaines d'activités spécifiques amenant parfois un MK à réorienter son patient vers l'un de ses confrères. Cela renvoie à un défaut d'adressage initial. Ceci est confirmé par les résultats de l'étude de (K), où les MK sont les principaux interlocuteurs de l'adressage des autres MK.

Les IDE et MK déclarent également que la connaissance préalable des MG et l'existence de rapports privilégiés améliorent leur communication avec le MG.

Dans le même sens, certains MG déclarent qu'être familier et connaître leur interlocuteur favorise la communication et l'échange. Cependant, ils ne semblent pas être sensibles aux notions de compétences et de modes d'exercice de chacun. Selon (T), la qualité relationnelle et la confiance entre les professionnels sont essentielles. Elles sont gages de retour de qualité couplée à une communication efficace. En revanche, établir des liens réguliers entre les professionnels est difficile, et ce d'autant plus, que la variabilité des personnalités individuelles peut compliquer ou favoriser la communication.

L'une des principales solutions pour répondre à la méconnaissance des compétences de chacun et de l'Autre est la formation interprofessionnelle.

Son objectif est l'apprentissage des compétences professionnelles ainsi que les besoins et les attentes de tous les acteurs de soins (105). Cela permettra d'améliorer la finesse et la précision de l'adressage (on adressera mieux son patient si on sait ce que l'autre

professionnel peut lui apporter) ainsi que la qualité de la communication en adaptant les informations transmises à son interlocuteur (selon sa profession notamment).

Ainsi en Suisse, selon le SCLO, "les curricula des écoles de médecine, de soins infirmiers et d'autres professions de la santé se basent aujourd'hui sur un référentiel commun, préconisant le développement de compétences transversales telles que celles de collaborateur et de communicateur" (106). L'éducation interprofessionnelle (EIP) réunit des membres de deux ou plusieurs professions dans une formation commune, qu'elle soit pré ou postgraduée. Dans cette formation, les membres d'une profession acquièrent des connaissances grâce aux autres professionnels.

L'OMS, qui préconise l'EIP depuis 1978, réaffirmait très récemment son soutien pour l'éducation et la pratique interprofessionnelles, les positionnant comme des stratégies ayant à la fois le potentiel de favoriser de meilleurs résultats cliniques pour le patient et celui de permettre la gestion efficace de la crise mondiale en personnel de santé (107) (108).

Trois facteurs expliquent l'intérêt croissant pour l'EIP :

- les exigences en matière de qualité des soins et de sécurité des patients : la prise en charge des patients est une activité interdisciplinaire où différents professionnels de la santé collaborent au sein d'une même équipe, la performance jouant un rôle capital dans la sécurité des patients (109). Plusieurs études ont montré une relation entre la qualité des soins et l'efficacité de la collaboration entre les professionnels de la santé (110) (111);
- l'évolution des types de soins aux patients : répondant à une population vieillissante et souffrant de multiples problèmes de santé chroniques, souvent plus complexes. Dans ce contexte, le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé affirme qu'*aucune profession ne possède à elle seule toute l'expertise requise pour répondre de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe de besoins de nombreux usagers des services de santé ni garantir des soins prenant en compte la totalité des besoins du patient* (112). Si les soins aux patients deviennent plus complexes et requièrent davantage d'intervenants, il semble logique que les professionnels de la santé soient préparés à travailler efficacement en équipe (113) ;

- la pénurie en professionnels de la santé (114) : en effet les prédictions pessimistes en la matière (115) nous invitent à poursuivre la réflexion sur l'étendue de la pratique professionnelle, les compétences transversales (skill mix) et l'utilisation efficiente des ressources soignantes. L'OMS considère également l'EIP comme un des moyens de répondre à cette pénurie ; elle argumente qu'une collaboration interprofessionnelle efficace peut augmenter la satisfaction des professionnels, faciliter le recrutement et améliorer la rétention. (108) (116)

En 2007, une revue Cochrane (117) a examiné les effets de l'EIP sur la pratique professionnelle et sur différents paramètres cliniques. Sur ces six études, quatre montraient un impact favorable des activités d'EIP, avec notamment une réduction du nombre d'erreurs dans un département d'urgences. Une autre étude a démontré l'impact positif de l'EIP sur la satisfaction des patients (118). Enfin, sous l'angle du système, une diminution des hospitalisations est observable (24). Par contre, elle conclut que la difficulté de mesurer l'impact de l'EIP comme telle sur des bénéfices et non de la pratique réelle reste un défi méthodologique.

En France, la mise en place du développement professionnel continu (DPC) rentre en partie dans cette logique. Selon (T) et (C), les MG et IDE/MK déclarent que les rencontres pluriprofessionnelles améliorent les liens et le tissu social et relationnel. Nous assistons dans le même temps, à la multiplication des congrès et formations sur l'interprofessionalité, pour apprendre à travailler ensemble.

Au niveau de la formation initiale commune, certaines facultés développent des programmes de formation commune principalement médecins-IDE (par exemple l'université de médecine paris 12 Créteil). Cependant, ces initiatives restent locales et peu évaluées.

B.6 La coordination comme élément propre

Comme nous l'avons vu dans nos différentes thèses, le médecin généraliste est perçu comme au centre de la coordination du parcours de soin par les professionnels de santé. (K) Cependant, plusieurs études (119) montrent qu'en pratique les médecins généralistes ne s'impliquent pas tous dans cette mission, pour des raisons pratiques, le manque de compétence ou l'intérêt limité.

Une revue systématique de la littérature publiée en 2007 (120) définit la coordination des soins comme "l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins".

La coordination est située à l'interface du secteur sanitaire et social, entre institution et domicile, entre privé et public, entre les professionnels de santé et du social. C'est une fonction primordiale et transversale des soins primaires.

Les coordinations dans le champ de la santé se déclinent selon trois niveaux, dont la complémentarité est indispensable au fonctionnement de la structure ou de l'organisation :

- La coordination de proximité : formalisant un projet de soins personnalisé et veillant à sa mise en œuvre. Elle est le plus souvent attribuée au médecin généraliste et en partie au réseau de santé ;
- La coordination d'appui : permettant l'articulation entre expertise, conseil, soutien, compagnonnage et facilitation. Elle est tournée vers les équipes de proximité. Elle n'a pas une fonction de substitution mais de complémentarité ;
- Le pilotage : dont le rôle est dévolu à l'ARS, la CPAM et au ministère de la santé.

La coordination regroupe de nombreux intervenants dont l'un des premiers acteurs est le « réseau » au sens large.

Les réseaux et plus globalement la coordination se développent, en France, depuis les années 1980. L'objectif premier était de permettre aux pouvoirs publics une amélioration des soins associée à une diminution des coûts. Pour les MG, cela représentait un moyen de résoudre tout un ensemble de problèmes de santé spécifiques à des populations ou des pathologies « cibles » difficiles à prendre en charge dans le cadre de la médecine libérale ou hospitalière (en premier lieu les malades du SIDA mais aussi les patients toxicomanes ou diabétiques). (121)

Les réseaux permettaient donc le rapprochement d'initiatives locales à une logique macro-économique. Ils étaient principalement dédiés à des populations ou des pathologies précises et pas à une coordination globale.

La loi de 2002 donne légitimité aux « réseaux » pour être la 3ème voie permettant de faire le lien entre la ville et l'hôpital. Comme le dit POUTOUT dans *Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens* (122) : "Le réseau est en quelque sorte extraterritorialisé : ni en ville, ni à l'hôpital, ni médical, ni social, le réseau est tout cela à la fois, permettant la valorisation de l'ensemble des compétences et leur intégration organique en son sein."

Les réseaux répondaient donc à une demande réelle avec des espoirs importants.

"Une nouvelle divinité s'installe [...] : partout la figure du réseau s'impose pour réenchanter la vie quotidienne et réinterpréter le monde contemporain ".²

Dans la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin, il est dit que "les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires...."

L'optique de cette loi était large avec :

- La mise en place de passerelles entre les différents secteurs de la santé et une coordination de l'ensemble du système ;

² Musso, 2003, p. 5

- Une modification des pratiques professionnelles, une transformation des relations entre les professionnels de santé portant notamment sur les mécanismes de coopération, de coordination et de formation ;
- Des transferts de compétences et les délégations de tâches entre professionnels de santé.

Mais dès le début, des voix discordantes déclarent qu'il serait préférable de se reposer sur des structures plus modestes à l'échelle des maisons de santé ou groupes pluri professionnels pour assurer cette coordination. Cette opposition est aussi en lien avec une lutte de pouvoirs et de définitions des rôles des différents professionnels dans le système de soin (sentiment de « perte » d'une partie de la coordination décrit par les MG).

La coordination via le modèle du réseau, renforcée par la loi de 2002, devient protéiforme. Ainsi de nombreux réseaux voient le jour, comme les MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer), les CLIC (centres locaux de d'information et de coordination gérontologique), etc.. Ces organisations se sont multipliées selon des plans de santé publique successifs, pathologies par pathologies, avec des modalités de prise en charge particulières et spécifiques. L'ensemble forme un patchwork dont l'efficacité est très difficile à évaluer.

Ainsi selon le rapport de l'IGAS 2006 (123), le "constat est très décevant".

En 2012, la Direction générale de l'offre de soins publie un guide méthodologique : *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* Il met en avant des réussites locales avec une réelle utilité des réseaux dans la prise en charge de cas complexes (par exemple le réseau SCOPE, de soin palliatif) mais aussi et surtout beaucoup de limites.

La plus importante limite des réseaux semble être l'insuffisante collaboration avec les professionnels locaux et en particulier les médecins généralistes. (Rapport du DRESS 2009).

D'autres éléments décrits comme limitant sont : un vocabulaire spécifique rébarbatif pour les professionnels, une population éligible restreinte et difficile à définir, une complication de l'offre et des rapports difficiles avec les médecins libéraux (124). Dans une étude de 2009 sur les CLIC en Pays de Loire, les médecins généralistes soulignaient un manque de retour (notion très importante dans la thèse de T.DUMONT) et leur manque de disponibilité (en lien avec la méconnaissance de l'autre, vu auparavant).

Le rapport de l'IGAS 2014 notait que les médecins généralistes étaient plus satisfaits des coordinations à proximité de leurs lieux d'exercice via par exemple les maisons de santé pluriprofessionnelles (avec les NMR). **Cette approche recentrée sur les équipes locales de soins primaires est très importante dans le succès des projets de coordination.**

Ainsi on pourrait dire que la conclusion de Anne Buttard dans *L'évaluation du réseau en santé : Des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques* est prophétique :

"Si l'on reconnaît communément aux réseaux la capacité d'organiser un parcours plus rationnel de patients bénéficiant d'une prise en charge globale et concertée, la mesure précise de cet apport présumé fait défaut. Certes, la complexité et la diversité des réseaux, induites notamment par leur mise en œuvre hésitante dans le système de santé français, rend d'autant plus délicate leur évaluation. Cependant, les conséquences d'une évaluation insatisfaisante sont lourdes pour les réseaux, dont l'avenir est questionné en raison de leur caractère dispendieux et de leur apport effectif insuffisamment démontré et non objectif" (125).

L'une des causes de cette multiplicité est la pluralité des acteurs-états sensés coordonner ces projets. En effet, dans une logique cloisonnée, on retrouve une concurrence inefficace entre l'état et l'assurance maladie, les administrations de l'état et la caisse nationale de la sécurité sociale, entre la ville et l'hôpital...et même au sein des ARS locales.

Dans *Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins* de Henri Bergeron et Patrick Castel (126), nous trouvons une synthèse des problématiques des réseaux : "En fin de compte, soit ces réseaux formels imposés « de l'extérieur » par les tutelles fonctionnent parce qu'ils actualisent des appariements captants/non captants

stabilisés de longue date, soit ils restent des « coquilles vides » ou sont le lieu d'une compétition entre acteurs qui tentent de s'arroger le monopole de la définition de la stratégie thérapeutique, ou qui, au contraire, refusent d'en assumer la charge".

Concrètement, les initiatives locales arrivent à développer des projets, en opposition avec les instances plus larges.

De plus, les réseaux sont très dépendants de leaders locaux et donc « trop » liés aux personnes. Une viabilité dans le temps semble précaire. Tous ces éléments expliquent en partie la faible appartenance des professionnels de santé non médecin généraliste à un réseau, retrouvé dans la thèse de K. Mognon et C. Le Métayer (21% seulement pour les IDE et MK). Cela permet aussi de comprendre les faibles fréquences d'adressage, de communication et désir de collaboration des médecins généralistes vers les réseaux (K). Il est aussi à noter que ces réseaux sont en concurrence avec des programmes "ville-hôpital" gérés par des hospitaliers, ceci pourrait expliquer la moindre utilité de ces réseaux.³ (Exemple des PRADO que nous développerons plus loin)

C'est dans ce cadre que la loi HPST 2009 puis le **guide 2012 de la DGOS et le rapport de l'IGAS 2014 préconisent de placer le médecin généraliste au centre du dispositif de coordination associé à des notions de Communautés Hospitalières de Territoire et des formes de Groupement de Coopération Sanitaire d'activité de soins.**

³ L'étude des réseaux de prise en charge du sida dans la région bordelaise (Langlois, 2007) confirme pareille analyse : après une première période pendant laquelle, alors que la lutte contre le sida se structurait, certains médecins généralistes se sont spécialisés sur cette pathologie et ont espéré entretenir des relations plus équilibrées avec leurs homologues hospitaliers que dans le contexte d'autres pathologies, Emmanuel Langlois pointe la frustration qu'ils expriment aujourd'hui vis-à-vis d'une situation où l'hôpital a regagné sa place centrale dans des réseaux « pyramidaux »

La coordination de proximité se fera : soit par le médecin généraliste lui-même ou des professionnels travaillant au sein de la même structure, soit par un coordinateur tiers au plus près du MG et désigné par celui-ci. Selon le même schéma, la coordination d'appui devra se faire en partenariat avec les médecins généralistes. Au mieux, le rapport préconise de développer cette coordination au sein de structures pluriprofessionnelles en se basant sur le couple médecin généraliste-infirmière. Ce faisant, on se rapproche fortement des modèles existants dans les pays anglo-saxons avec des couples médecins/infirmières « cases managers ».

Dans cette logique, nous retrouvons nombre de ces éléments dans la loi de modernisation de santé de 2015 (article 74) qui se veut un moyen de rationaliser la coordination (via par exemple la création de la Plateforme Territoriale d'Appui à la Coordination (PTAC)) (13).

La PTAC est décrite dans le rapport de janvier 2016, *PARCOURS DE SOINS, PARCOURS DE SANTÉ, PARCOURS DE VIE - Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers – Lexiques des parcours de A à Z* (127) publié par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales : "La plateforme fédère l'ensemble des acteurs de santé du territoire œuvrant dans la coordination d'appui, autour d'un projet de coordination, un système d'information, avec une direction et un conseil d'administration. Elle rassemble les pôles de santé de territoire (PST ou communauté territoriale de professionnel), les coordinations des établissements sanitaires ou médico-sociaux, les dispositifs APA, MAIA, PRADO, GIE IMPA et les centres de ressources apportant une expertise et des compétences spécialisées aux professionnels de santé sur des thématiques (réseaux périnatalité, diabète, santé mentale) ou des populations (personnes âgées, personnes handicapées). Elle favorise la qualité et la coordination de la prise en charge (aides, services, etc.). La plateforme est une structure physique unifiée (lieu et téléphone uniques), et aussi un dispositif qui comprend des structures très différentes : structures physiques, mode d'organisations, portails internet. Elle héberge préférentiellement les anciens coordonnateurs administratifs des réseaux de santé en les faisant évoluer vers une coordination généraliste et non plus thématique. Ils deviennent ainsi coordonnateurs d'appui

au premier recours (Coordination d'appui de type ARESPA). (...) La PTAC vise à faciliter l'exercice des professionnels de santé de premier recours dans la gestion du parcours des patients en difficulté, en mettant à leur disposition des fonctions d'appui selon trois niveaux : la réponse aux demandes d'informations pour organiser le parcours du patient, l'intervention concrète d'assistance à l'organisation des parcours (coordonnateurs d'appui), et enfin la facilitation de la coopération entre professionnels".

L'un des éléments importants de la coordination locale devient donc le pôle de santé.

Celui-ci assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Le pôle de santé est un espace fonctionnel de coordination dans le cadre d'une organisation territoriale des professionnels de santé pour assurer des services d'appui et des interfaces dans le parcours du patient.

La création des PTAC reposant sur la fusion des réseaux d'un côté et les pôles de santé de l'autre pose des questions de hiérarchie organisationnelle et de fonctionnement opérationnel qui pour l'instant ne sont pas clairement établis.

D'après cette loi, **les médecins généralistes sont au cœur du projet de coordination.**

Mais ces projets/structures dépendront des enjeux locaux et des individualités ressources de chaque territoire. L'autre enjeu majeur sera, comme nous l'avons vu précédemment, de neutraliser le cloisonnement et la concurrence interprofessionnels.

Les médecins généralistes arriveront-ils à dépasser ces questions et ainsi réinventer la coordination, leurs pratiques et leur vision de l'interprofessionnalité dans ce domaine ?

Ces nouvelles structures auront-elles les moyens financiers pour exister ?

Les relations avec l'hôpital sont décrites comme difficiles mais très importantes pour tous les professionnels de santé (K) (C) (T). L'inspection générale des affaires sanitaires et sociales, dans son rapport sur l'organisation des soins de 1^{er} recours dans le cadre de sa contribution à la stratégie nationale de santé de juin 2013, le confirme ainsi : "les établissements de santé occupent une place de premier rang dans la réponse aux problèmes de santé des Français :

une personne sur six est hospitalisée dans l'année, soit en hospitalisation complète, soit en hospitalisation partielle. Mais le recours global à l'hôpital est beaucoup plus important : soit au titre des soins d'urgence (environ 16 millions de passages par an), soit au titre des séances et cures (dialyse, radio et chimiothérapies), soit encore au titre des 33 millions d'actes dits «externes». Ce recours massif à l'hôpital concerne toutes les tranches d'âge. L'attachement historique aux principes de la liberté d'installation et du paiement à l'acte ont conduit (...) à un manque de coordination entre professionnels de santé. Ainsi le rapport du HCAAM souligne par exemple la multiplicité des intervenants autour d'une personne âgée et leur manque de coordination".

Les enjeux de la relation ville-hôpital ont plusieurs facettes : l'accès à des avis spécialisés, l'hospitalisation en soi, ainsi que le retour vers les soins primaires du patient et de l'information.

Nos différentes thèses ont mis en évidence la difficulté d'accès à l'hôpital que ce soit en termes d'adressage de patient ou de communication. En effet, c'est la première difficulté dans la coordination du parcours de soins déclarée par l'ensemble des professionnels de santé.

En général, l'accès à l'hospitalisation et aux consultations externes dépend souvent de l'adressage des MG. D'où l'importance de la prise en compte des difficultés ressenties par les MG à adresser ou communiquer avec les praticiens hospitaliers. Les rapports hospitalo-ambulatoires sont souvent basés sur des relations décrites comme hiérarchiques fondées sur un système historiquement vertical. Cela engendre un discours péjoratif des soignants de ville sur le monde hospitalier. Le vocable particulier inhérent à l'hôpital majore ce ressenti d'infériorité. De plus, les professionnels de soins primaires décrivent des difficultés dans la compréhension du mode organisationnel hospitalier.

L'ensemble de ces éléments favorise la création de réseaux informels (128) avec un cercle restreint de praticiens hospitaliers avec qui ils développent des relations cordiales, quoique peu fréquentes, qui leur permettent de satisfaire leur besoin d'hospitalisation ou d'avis spécialisé. En l'absence de ce réseau, les médecins généralistes se voient souvent

contraints d'accéder à l'hospitalisation ou à un avis via les urgences, ce qui est pour l'ensemble des acteurs contre-productif.

Dans ce cadre, des solutions simples seraient possibles :

- L'amélioration de l'accessibilité aux secrétariats médicaux (heure d'ouverture adaptée aux horaires des médecins, options alternatives d'accès au téléphone, ligne dédiée...);
- L'amélioration du délai d'obtention d'un rendez-vous pour son patient (plages dédiées, substitution de praticiens...);
- L'amélioration de la disponibilité des praticiens (numéro d'accès direct du sénior de garde);
- La mise en place d'un unique interlocuteur médical par service et la création de protocoles spécifiques de prise en charge (globaux, pour avis et hospitalisation) pour certaines pathologies.

Au niveau de la communication et du retour patient/information, différentes études (129) (130) mettaient en évidence les besoins des médecins généralistes vis à vis de l'hôpital : "

- Amélioration du délai de transmission de l'information médicale ;
- Amélioration du niveau d'information donné au patient ;
- Participation du MG à la décision de sortie ;
- Disponibilité des médecins hospitaliers et stabilité des correspondants internes ;
- Amélioration de la structuration et de la lisibilité des comptes rendus."

Ces éléments sont en partie retrouvés dans les thèses de T. Dumont (T) et C. Le Métayer (C).

Cependant, l'insatisfaction n'est pas principalement liée à la fréquence du retour (qui apparaît plutôt élevée (T)) mais à son délai de réception et à la pertinence du contenu. L'information transmise est souvent inadaptée à la médecine de ville et ne fournit pas aux professionnels de santé les moyens pour une prise en charge cohérente en ambulatoire. Ainsi, on retrouve pour les infirmières et pour les pharmacies (C) (K) un besoin important de

communiquer avec les hôpitaux afin d'adapter la prise en charge ou les traitements à l'ambulatoire.

Dans le contexte post-hospitalisation du patient, on a vu se développer, comme avec les réseaux, de nombreuses filières spécifiques ville-hôpital souvent différentes en fonction de chaque région. Depuis 2010, la CNAMT a développé les PRADO dont l'objectif est de raccourcir la durée d'hospitalisation des patients permettant de répondre en premier lieu à une réduction des coûts et dans le même temps à une demande des patients. Trois programmes sont actuellement développés et devraient être ultérieurement complétés : PRADO maternité, PRADO orthopédie et PRADO insuffisance cardiaque.

Tous ces programmes ou filières de soin ont une efficacité relative et doivent être réévalués.

Du côté hospitalier, le rapport IGAS 2014 déjà cité, note que « les établissements peuvent se trouver face à une juxtaposition de plusieurs dispositifs non coordonnés et nécessitant à chaque fois des travaux spécifiques qui peuvent être dissuasifs et décourageants ». Il serait donc souhaitable que les professionnels de santé de soins primaires se rapprochent pour permettre ainsi aux établissements de santé d'avoir eux aussi un nombre d'interlocuteurs « limités » et bien définis.

Selon la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) : « Fin 2013, les médecins exerçant dans les pôles et maisons de santé représentaient 400 équipes et environ 10% des professionnels de soins primaires étaient organisés en équipes structurées autour d'un système d'information et d'un projet de soins ». En 2015, on compte un total de plus de 1023 Pôles et Maisons de Santé actives ou en projet. Cela montre que la dynamique en cours permettra peut-être à terme de faciliter les rapports villes-hôpitaux.

Des exemples étrangers et français de parcours post-hospitalisation, retrouvés dans *la note d'appui méthodologique à l'amélioration de la coordination de l'HAS 2014 (131)* montrent l'intérêt de ces programmes :

« Aux États-Unis, où la « navigation » hôpital-domicile s'est développée depuis une quinzaine d'années, les situations et pathologies concernées sont les personnes âgées

atteintes de poly-pathologies, les insuffisants cardiaques et les patients ayant fait un AVC. Les interventions durent de 1 à 18 mois. Les « navigateurs » sont pour l'essentiel des infirmières formées aux pratiques avancées et positionnées en soins primaires. Six des neuf études incluses dans une revue systématique (132) montrent une réduction des hospitalisations non programmées ou du nombre de jours d'hospitalisation. Cinq études rapportent des coûts diminués grâce à un moindre recours à l'hôpital. Le début de l'intervention avant la sortie, si possible dès l'admission, le caractère actif de l'intervention et l'implication des soignants habituels paraissent être des facteurs importants de succès.

Le Boston Medical Center (États-Unis) a développé un modèle standardisé innovant de sortie d'hospitalisation (le projet RED) en 11 étapes de l'admission au retour à domicile. L'éducation au patient, la coordination des soins avec l'équipe de santé primaire, la prise de rendez-vous de consultations de suivi sont réalisées par une infirmière durant le séjour du patient. Un pharmacien, qui complète l'équipe, assure le suivi après le retour au domicile du patient en appelant le patient 2 à 4 jours après la sortie et davantage si besoin. Cette évaluation a montré que le taux de réhospitalisation à 30 jours des patients suivis était inférieur de 30 % à celui du groupe-contrôle. Le taux de passage aux urgences était également inférieur de 33 %. Les patients ont par ailleurs une meilleure compréhension des enjeux liés au retour à domicile et de la nécessité de consulter rapidement leur médecin traitant en cas de besoin (133) ».

Le projet « Enfin chez soi » a été conçu au Canada, afin de faciliter le retour au domicile de patients âgés fragiles. Le transport de l'hôpital au domicile est assuré par un employé de la structure porteuse du projet. Le patient est accompagné par un assistant-support qui se charge de la préparation du repas et de l'assister dans sa réinstallation. L'assistant va également chercher les médicaments, prescrits à la sortie et des produits d'épicerie de base. Il reste avec le patient jusqu'à l'arrivée d'un proche. »

L'intervention d'infirmières de coordination intrahospitalières a été expérimentée par l'INCA dans 35 établissements de santé entre 2010 et 2011 auprès de 9 200 patients atteints de cancer. L'infirmière avait quatre fonctions : évaluer les patients, les informer, leur apporter

une écoute et un soutien, faciliter le parcours et la coordination ville-hôpital. Une infirmière a suivi en moyenne 200 à 250 patients par an, en coordination avec l'assistante sociale si besoin. Les cancers concernés étaient surtout les cancers du sein, du poumon, les cancers digestifs et ORL. Un PPS (programme personnalisé de soin) a été remis à 74 % des patients et un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) à 44 %. Une fragilité sociale a été détectée chez 32 % des patients et une prise en charge psycho-oncologique ou une aide à l'emploi ont été initiées pour moins de 10 %. L'évaluation auprès de 1 748 patients a montré un taux de satisfaction élevé. Les professionnels hospitaliers ont apprécié positivement ce dispositif qui a facilité une relation d'équipe, et a amélioré la sensibilisation aux problèmes sociaux et la relation avec les patients. Cependant, aucun médecin traitant n'a été impliqué dans l'élaboration du PPAC pour ses patients, et seulement une minorité a été sollicitée pour participer à la surveillance alternée (134) ».

Tous ces projets et exemples de coordination ville-hôpital illustrent que de réels bénéfices sont possibles à tous les niveaux : amélioration des soins pour les patients, diminution des coûts pour l'état, simplification et amélioration concrète de l'exercice quotidien des professionnels hospitaliers et ambulatoires. Cependant, ils ne seront possibles qu'en intégrant les médecins généralistes et en dépassant les idéologies dominant/dominé entre la ville et l'hôpital. D'un côté, les hospitaliers doivent s'adapter à l'ambulatoire. De l'autre côté les acteurs de soins primaires ne doivent pas entretenir un ressentiment d'inutilité ainsi qu'une possible volonté de revanche engendrée par le virage ambulatoire les replaçant au centre du système de soin.

Pour une bonne coordination au-delà de la seule fonction du soin, les supports de communication (dont les outils informatiques) et leur qualité sont indispensables et regroupés sous l'acronyme TICS pour technologies de l'information et de la communication en santé.

Le rapport de l'OCDE 2009 mettait en évidence une pénétration des technologies de l'information faible dans de nombreux pays et ce, malgré les efforts déployés par les pouvoirs publics dans ce domaine et une amélioration significative de ces technologies. Il semblait que le partage, entre les prestataires, de l'information sur les antécédents médicaux et les besoins des patients ne soit « fréquent » que dans la moitié des pays répondants seulement. Les prestataires semblaient peu souvent équipés de moyens informatiques. Les dossiers patients électroniques n'étaient présents que dans un tiers des pays. Les pays estimaient par ailleurs que l'étude de l'importance de la transmission d'informations sur la qualité des soins était peu fréquente (12 % des pays « reconnaissent » qu'elle existe), ce qui reflétait très vraisemblablement le fait que beaucoup de pays ne pratiquaient pas encore le recueil d'information sur la qualité au niveau des praticiens.

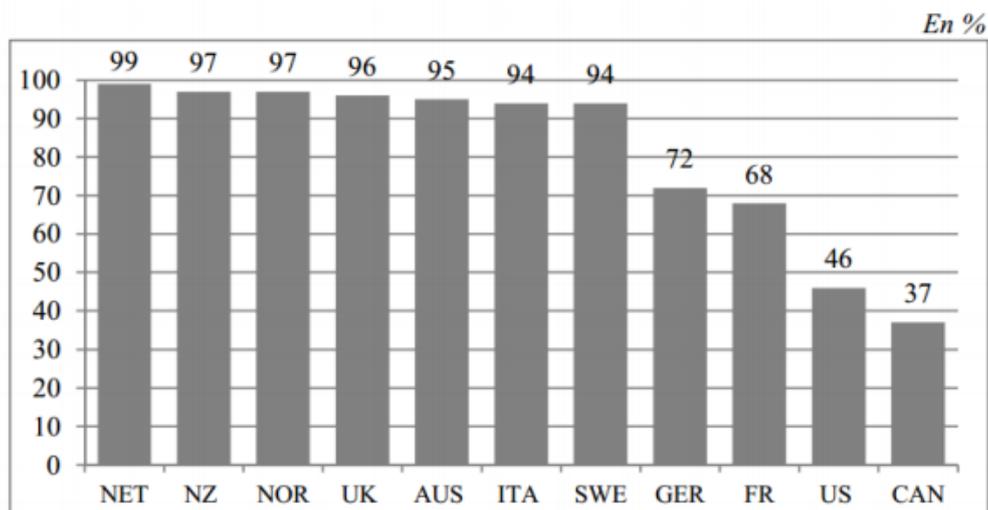
Même si les décideurs s'y intéressent davantage et si les groupes de patients et de consommateurs y opposent moins de résistance (mais n'en demeurent pas moins préoccupés par la question de la « confidentialité »), les systèmes TICS peuvent être coûteux, exigeant un lourd investissement initial et générant des coûts de fonctionnement et de maintenance non négligeables. Les avantages ne deviennent tangibles qu'à moyen ou long terme, il est donc difficile de déterminer les avantages marginaux d'un accroissement de la disponibilité et de la transmission de l'information.

En France, les TICS se développent et rentrent dans les institutions avec la loi HPST 2009. Le développement des systèmes d'information a été dévolu à une nouvelle structure l'ASIP santé. Elle a pour mission de développer l'usage des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé et le secteur médico-social. C'est dans ce cadre qu'a été mis en place la démarche « territoire de soins numériques » dont le but est de promouvoir aux niveaux des ARS des projets innovants intégrés à la pratique des professionnels et acceptés par eux.

Les enjeux stratégiques liés à la qualité des systèmes d'informations, qui intéressent les professionnels comme les patients et l'autorité publique selon le rapport de l'IGAS 2014, sont : « le partage sécurisé d'informations entre les professionnels de la coordination, la gestion

opérationnelle des parcours individuels, l'accès à l'information des patients eux-mêmes, et enfin le retour d'informations pour les financeurs».

Graphique 5 : Proportion de médecins utilisant en 2009 des dossiers médicaux électroniques



Source : 2009 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians et pour la CNAMTS « La convention médecins-assurance maladie : un nouveau partenariat en faveur de la qualité des soins ».

L'enquête de l'OCDE 2009 mettait en évidence le retard de la France dans le domaine des TICS via une étude de l'utilisation des dossiers médicaux électroniques. L'enquête 2014 Votre pratique professionnelle de l'informatique réalisée par l'URPS Médecins (60) montre que "sur un échantillon de 8 000 médecins libéraux franciliens, 93% des répondants sont informatisés, en moyenne depuis 15 ans avec un logiciel métier de gestion de dossiers médicaux dans 86% des cas." Il y a donc une amélioration notable et rapide depuis quelques années dans ce domaine. Cependant, cette étude montre aussi que "les médecins libéraux continuent à recevoir les éléments médicaux essentiellement par courrier (à 81% pour les examens de biologie, 97% pour les comptes rendus et 84% pour les résultats d'imagerie). L'e-mail, même sécurisé, est le moyen le moins utilisé. Le fax reste utilisé à 42%". Ces éléments illustrent les tendances retrouvées dans la thèse de T. Dumont.

Mais la coordination ne peut être améliorée sans un partage informatique et sécurisé des dossiers médicaux. Or, cette étude met en évidence que seulement 40% des médecins libéraux la pratique et dans la majorité des cas seulement au sein de leur structure et/ou avec des confrères de la même spécialité. L'étude nationale 2015 sur les Rémunérations sur

objectifs montrait chez les médecins généralistes une informatisation du cabinet avec la tenue de dossiers médicaux chez 88% d'entre eux.

Ces chiffres illustrent les difficultés qu'il reste à franchir dans le développement des TICS, alors qu'ils ne prennent pas en compte les autres professionnels de santé où la pénétration des TICS semble encore plus faible.

Dans ce cadre, on peut définir plusieurs objectifs de développement :

Les dossiers partagés et autres systèmes de partage d'information :

Comme nous l'avons vu, les logiciels métiers avec partage de dossiers informatiques au sein des structures se développent et sont soutenus via des aides financières (les ROSP).

Mais l'apparition d'un dossier médical partagé national semble en France remise à demain. En effet, l'échec du Dossier Médical Partagé grand espoir lancé en 2000 semble avoir été acté. Le faible nombre de dossiers établis (moins de 1% de l'objectif en Ile de France en 2014), son coût, le manque d'intérêt pratique des dossiers et la faible participation des médecins libéraux⁴ ont eu raison d'un projet dont l'utilité était et est toujours reconnue par de nombreux acteurs de santé. Le DMP2 se veut moins ambitieux et plus adapté aux professionnels de santé. Un décret est sensé le relancer en Juin 2016.

Les pharmaciens ont réussi eux, à développer un outil concret et efficace avec le dossier pharmaceutique. Lancé en 2007, il regroupe l'historique sur les quatre derniers mois des médicaments délivrés au patient dans toutes les officines reliées au dispositif. Au 31

⁴ « C'est une tâche supplémentaire non rémunérée (un quart d'heure en moyenne pour créer le document selon les syndicats de médecins), dont l'utilité directe pour le généraliste en exercice individuel est jugée peu manifeste en raison de ses contraintes techniques, de ses fonctionnalités et de son organisation, selon les déclarations syndicales comme selon les opinions exprimées à la mission de l'IGAS en région (...). Même si l'argument est moins ouvertement invoqué, ils sont aussi réticents à utiliser des systèmes d'information ouverts à l'assurance maladie ». Rapport IGAS 2014

décembre 2013, le DP était sur 98,3% sur l'ensemble du réseau de pharmacie et plus de 30 millions de patients avaient déjà ouvert un DP.

Dans une même logique, le Volet Médical de Synthèse (VMS) a été créé en 2011 sur la base des travaux de la HAS et réalisé avec les représentants des médecins généralistes et de l'ASIP Santé. Le volet médical de synthèse est disponible sur les logiciels métiers habituels des professionnels de santé. Il est censé être utile pour le suivi de patients souffrant d'une pathologie chronique. Il contient les coordonnées du patient, ses antécédents médicaux et chirurgicaux personnels et familiaux, ses allergies, ses antécédents iatrogéniques, ses pathologies et les résultats des principaux examens diagnostiques, les traitements en cours, les facteurs de risque et points d'attention particuliers. Il doit être consultable facilement, notamment en cas d'urgence à l'hôpital. Selon l'étude des ROSP 2015 (135), 83% des médecins généralistes élaborent une synthèse annuelle pour leur patientèle « médecin traitant » à partir du dossier informatisé et la mette à leur disposition sur demande. Mais nous n'avons pas de chiffre mesurant le partage en ligne de cette synthèse ce qui limite l'analyse de son utilité.

La messagerie sécurisée et transfert de l'information :

Selon le rapport de l'IGAS 2014, les messageries sécurisées de santé sont encore notablement sous utilisées. Il y a 61000 utilisateurs de messageries sécurisées qui sont elles-mêmes nombreuses. Un service de messagerie sécurisée national, «MS Santé», est désormais disponible depuis juin 2013 pour tous les professionnels de santé dotés d'une carte CP mais très peu utilisé.

Dans le même temps, 95% des professionnels n'ont pas d'adresse de messagerie sécurisée. Les raisons invoquées pour expliquer cet échec sont multiples : la barrière technique difficile à franchir sans un accompagnement conséquent. La majorité des professionnels, notamment les médecins libéraux, préfèrent leurs outils métiers ou personnels (outils grand public : smartphones, web mail etc. voire réseaux sociaux) pour communiquer. Les professionnels de santé ne sont que très peu sensibles aux notions de

sécurité. C'est une différence notable avec les pays anglo-saxons. Dans ces domaines, les professionnels de santé ont encore beaucoup de progrès à faire.

Les répertoires partagés :

Comme nous l'avons vu dans la thèse de T. Dumont, ils répondent à un besoin réel des professionnels de terrain car les coordonnées et prestations des possibles interlocuteurs sont souvent inconnues.

Au niveau régional, on retrouve une hétérogénéité de projets de gestion et d'information des ressources médicales, sociales et médico-sociales d'un territoire qui peuvent prendre une forme multiple (papier, tableau Excel). Nombre de ces projets sont soutenus par les ARS locales et font concurrence aux projets nationaux. Le projet « Sharecolleagues » rentre dans cette optique de projets locaux se voulant fonctionnels et adaptés aux besoins de professionnels.

Le ministère de la santé a financé en même temps deux projets de répertoire informatisé :

- Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), conçu à l'origine en 2006 pour fluidifier la médecine d'urgence mais désormais destiné à s'ouvrir à tous les professionnels de la coordination y compris la médecine de ville et le secteur social et médico-social. Le ROR est un service informatisé qui fournit aux professionnels de santé une aide à l'orientation des patients vers l'offre de soin la plus adaptée. Il doit permettre d'accéder au détail de l'offre de soins des établissements de santé, au sens de l'offre en lits d'hospitalisation, d'accès aux plateaux techniques mais aussi de la Permanence Des Soins des Etablissements de Santé (PDSES), tant en MCO qu'en SSR. Il fonctionne comme un moteur de recherche standard. (124) Le ROR (payant) est pour l'instant sous utilisé par les professionnels de terrain en concurrence avec les répertoires papiers et les initiatives locales.

- Le site TRAJECTOIRE, conçu à l'origine en 2005 pour fluidifier les parcours vers les SSR à la sortie de l'hôpital est ouvert depuis 2014 au secteur social et médico-social. Il est principalement utilisé par les établissements de santé.

L'ensemble de ces initiatives nécessite un soutien financier et technique. Dans cette logique, le rapport de l'IGAS 2014 note l'efficacité d'une assistance technique de proximité à l'utilisateur qui ressort nettement du programme américain «Meaningful Use», signifiant littéralement « utilisation efficace », particulièrement dans les petites structures avec peu de ressources humaines. Cette approche est développée aux Etats Unis, suite au constat en 2008 d'une trop faible utilisation des technologies de l'information dans la santé « Health IT ». Elle a pour but de faciliter notamment le fonctionnement collectif des équipes; seulement 9% des hôpitaux et 17% des professionnels de santé sont concernés. En 2009 le gouvernement fédéral fait adopter l'American Recovery and Reinvestment Act (ARRA, aussi dénommée « stimulus bill ») dotée de 27 milliards de dollars en primes pour ceux qui adopteraient des systèmes informatiques « DMP compatibles » et les utiliseraient régulièrement. Les résultats obtenus en quatre ans paraissent spectaculaires : selon les évaluations Medicare et Medicaid effectuées en Juillet 2013, 80% des hôpitaux et 60% des professionnels de santé étaient devenus éligibles à cette prime. Toutefois, on constate la persistance d'un « fossé numérique » entre les utilisateurs, qui se limitent aux fonctionnalités de base, et ceux qui utilisent tous les outils, y compris les échanges d'information et l'accès du patient au dossier. La formation et l'appui technique réduisant rapidement ces écarts.

L'ensemble de ces éléments sont en partie retrouvés dans la loi de modernisation de la santé 2015 (136) (13).

Il ressort, encore une fois, que pour une adhésion de l'ensemble des professionnels de santé, il faut partir localement et proposer des mesures simples et concrètes adaptées à la pratique quotidienne associée à un soutien financier et technique.

Selon le rapport de l'OCDE 2009 et comme nous avons pu le voir avec les nombreux éléments cités plus haut, la coordination est une tâche à part entière, qui fait appel à des compétences, des méthodes propres et de nombreux intervenants. Autrement dit,

la coordination est un métier (8) et cela mériterait d'être réaffirmé dans les différents modèles de soin.

Ce rapport met en évidence que « dans ce contexte, on a observé que la promotion d'une « culture partagée » au sein des équipes atténuait en partie la résistance des prestataires médicaux envers l'activité pluridisciplinaire. (137) Il est donc nécessaire d'adapter les profils des professionnels de la santé (en particulier ceux impliqués dans la coordination des soins) aux multiples aspects du défi que constituent le traitement et l'accompagnement des patients atteints d'une affection chronique »

On ne peut pas s'improviser coordinateur de structures ou d'organisations dans le champ de la santé (même si c'est encore le cas en général en France). La formation à la fonction de coordination est primordiale pour éviter les échecs passés et permettre la transformation des pratiques professionnelles.

C'est dans cette optique que se développent des formations à la coordination en tant que métier propre ou en tant que complément de cursus le plus souvent pour des professionnels de santé (médecin, infirmière et travailleuses sociales dans la majorité des cas). Cependant, il est dommageable que pour l'instant, bien qu'étant un élément central de la marguerite des compétences des médecins généralistes, la coordination ne soit pas intégrée dans le cursus initial au titre de compétence.

Mais cette nouvelle coordination comprend de nombreux aspects avec des objectifs différents (cf schéma ci-dessous). Cela implique donc des profils différents : des soignants mais aussi des professionnels provenant d'autres domaines avec des formations

différentes.(138)

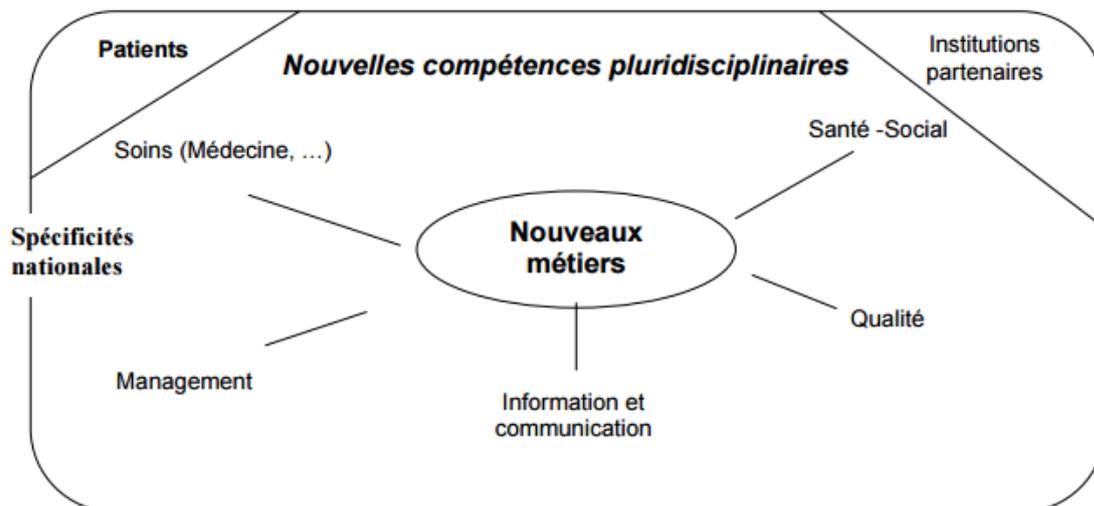


Schéma 2 : De nouveaux métiers transversaux exigeant des compétences pluridisciplinaires

La coordination prend donc deux voies : l'une de coordination des soins et l'autre de soutien des soins. La coordination, comme nous l'avons vu, regroupe de nouveaux métiers relatifs à : l'évaluation/gestion/administration de structure et de projet, la gestion informatique et la coordination des soins au sens strict.

Évaluation/gestion/administration de structure et de projet :

Au départ, cantonnée aux réseaux, le métier de coordonnateur se développe en parallèle de la multiplication des pôles et des maisons de santé. Son rôle est multiple et encore peu défini : gestion financière, gestion des conflits, gestion du savoir, management, animation, communication, administration. Il peut être dévolu à un soignant formé (souvent un médecin avec une diminution de ses activités médicales en Angleterre par exemple) mais aussi à un professionnel non médical.

La gestion informatique :

Comme nous l'avons vu, la coordination ne peut plus se faire sans les nouvelles technologies de l'information. Or pour les utiliser, il faut des compétences propres : de

gestion du partage des données, d'optimisation des moyens de communication interne et externe, de développement d'outils informatiques.

Ce champ des nouveaux métiers peut se mélanger avec celui des coordonnateurs.

La coordination des soins au sens strict :

Les assistants de parcours ou gestionnaires de situations complexes sont un exemple de nouveaux métiers en coordination. Provenant des pays anglo-saxons, les cases managers sont très développés aux États-Unis avec trois grands profils différents :

- Le clinical case manager, basé au sein d'un établissement de santé. Cette fonction est occupée par des infirmières de niveau Master. Elles sont obligatoirement expérimentées en pratique clinique et en case management. Les patients sont inclus dans le programme souvent dès la phase de préadmission et jusqu'à la sortie d'hospitalisation. Elles sont en charge de la coordination des soins et de la gestion des ressources (gestion des rendez-vous et planification des interventions). Elles sont dotées d'une certaine autonomie ;

- La nurse case manager, ou community matron. Ce métier est né aux États-Unis et a été développé dans le but de réduire le nombre d'hospitalisations en urgence chez les patients chroniques. Elles sont souvent basées dans une maison de santé pluriprofessionnelle, un hôpital, ou dans une autre structure. Leurs fonctions sont : réaliser des évaluations cliniques spécialisées, coordonner les soins, gérer les médicaments, et permettre aux patients de maintenir une certaine qualité de vie. Cette fonction est occupée exclusivement par des infirmières expérimentées de niveau Master, et formées au case management ;

- Le case manager, sans prestation de soins, est issu principalement d'une formation de travailleur social, de niveau Master et expérimenté. Cela peut être également une infirmière avec une orientation médico-sociale ou sociale. Il travaille principalement dans le milieu du handicap, quel qu'il soit, de la santé mentale, des addictions, et des personnes âgées. Les gestionnaires de cas MAIA sont rattachés à ce profil.

Une relation de qualité entre le case manager et le médecin traitant, et plus largement les professionnels de santé dans la sphère primaire, est l'un des principaux facteurs de réussite d'un programme de case management.

Nous voyons donc une évolution possible de la coordination des soins se partageant entre les médecins généralistes aux quotidiens et des infirmières dans les situations complexes.

V. CONCLUSION

A. Conclusion personnelle

Cette étude a été conduite pour tenter de comprendre la communication au sens large entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé, au sein du territoire de Gennevilliers/Villeuneuve-la-Garenne (GVLG), dans un contexte d'adressage de leurs patients.

L'hypothèse initiale était que la communication et l'adressage de patient n'étaient pas semblables au sein des différents territoires de santé français ; en lien possible avec des différences socio-démographiques, d'offres de soin, de politiques.

L'impression générale était que pour les médecins généralistes (MG), la communication semblait aller de soi mais qu'elle était perfectible.

Communiquer avec les autres professionnels de santé était ressenti par les MG comme peu efficace et chronophage :

45% des MG déclaraient difficile de trouver le professionnel adapté à la prise en charge de leur patient. Pour cause, des délais de rendez-vous trop longs et inadaptés, l'absence d'offre de soins disponible en secteur 1, l'éloignement géographique des professionnels...

De plus, l'offre de soins était méconnue, notamment attribuée à l'absence d'outils recensant ; 63% des MG déclaraient ne pas connaître les coordonnées des professionnels, leurs compétences professionnelles, les actes pratiqués, leurs modalités d'exercice (la réalisation de visites à domicile, l'accessibilité des locaux professionnels...).

Lors de l'adressage, les MG souhaitaient connaître le devenir et l'impact de l'information émise, notamment à l'aide des retours faits par leurs interlocuteurs. La fréquence des retours variait de 14 à 92 % selon la catégorie professionnelle : en tête les médecins spécialistes, les assistantes sociales et psychologues et l'hôpital. Certains MG attestaient que l'élaboration d'un message de qualité influençait positivement l'obtention de retours.

Cette nécessité d'avoir des retours était supérieure aux retours effectifs, pour toutes les catégories professionnelles. En revanche, ce besoin de retours était moins marqué pour les paramédicaux (IDE et Kinésithérapeutes).

Quelque soit l'interlocuteur, les MG déclaraient utiliser les mêmes supports de communication : le courrier/ordonnance suivi du téléphone.

Les MG déclaraient utiliser en premier lieu les courriers/ordonnances puis le téléphone. Les autres supports de communication (mail, fax, courrier postal, contact direct en face à face) et les technologies de l'information et de la communication de la santé (TICS) voyaient leur utilisation minoritaire.

L'urgence semblait être l'élément qui pouvait en modifier leur usage : dans cette situation nous pouvions observer une plus nette utilisation du téléphone ; attribuée à la volonté d'efficacité de l'adressage et de la conciliation rapide. A noter que malgré une communication déclarée par téléphone, la rédaction d'un courrier/ordonnance pouvait y être associée.

Des pistes d'amélioration ont été soulevées par les MG visant l'amélioration de la communication.

Les MG déclaraient que connaître leurs interlocuteurs permettait de mieux communiquer avec eux. La mise en place de rencontres et de formations interprofessionnelles serait le lieu et le temps d'échanges pour "humaniser" les rapports personnels et professionnels en établissant une alliance interprofessionnelle et des projets, protocoles communs.

Les MG souhaitaient que leur position pivot, centrale qui leur est attribuée soit améliorée. Cela par la garantie d'une bonne transmission des informations (par les patients et les

professionnels), par l'augmentation des retours, par l'optimisation des circuits d'adressage (notamment lors des hospitalisations) et par la délégation de certaines tâches.

L'intégration du patient au sein du processus d'adressage pourrait, selon les MG, optimiser la transmission des informations et conditionner positivement la relation interprofessionnelle. Les MG déclaraient que la complexité médico-psycho-sociale du patient rendait sa prise en charge difficile.

La création d'outils innovants et adaptés pour centraliser les données médico-administratives des patients (un dossier médical partagé) et des professionnels de santé (un répertoire exhaustif) était essentielle pour les MG car elle permettrait l'accès à une multitude d'informations nécessaires à la prise en charge de leurs patients.

L'intégration de la notion d'urgence dans la prise des rendez-vous et des avis était suggérée par les MG car ce temps d'urgence modifiait leur manière de communiquer, d'adresser et de s'organiser. Ceci s'expliquait par le besoin de réponses rapides, efficaces.

La réalisation d'études similaires dans d'autres territoires de santé permettrait l'extrapolation nationale en vue d'une amélioration des pratiques des professionnels de santé pour la compétence "Communication".

Il serait intéressant d'étudier ces pistes d'amélioration pour mesurer leur impact sur la communication lors de l'adressage des patients, selon les points de vue du MG, du patient et des professionnels de santé.

B. Conclusion commune aux trois thèses

La quantification des flux d'adressage de patients et de communication entre les acteurs de soins primaires du territoire de santé de Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne révèle que les médecins généralistes sont bien au centre, donc les pivots du parcours de soins des patients. Néanmoins, la qualité de la coordination au sein de ces parcours dépend de

l'implication de l'ensemble des acteurs et de la qualité de leur communication. Les obstacles à une bonne coordination/communication se regroupent en trois grands axes :

1. Le manque de temps et de ressources à consacrer à la communication interprofessionnelle ;
2. La méconnaissance de l'Autre dans le champ interprofessionnel ;
3. Le fait que la communication ne soit pas suffisamment pensée comme élément propre de la qualité des soins.

Nous allons développer plus en détail ces trois axes.

B.1 Le manque de temps et de ressources

Un grand nombre de professionnels pointe le fait que le temps de la communication autour du patient est insuffisamment valorisé (à la fois autant en termes de temps disponible pour communiquer que de rémunération). De plus, dans le discours de ces professionnels, l'élaboration de la communication est souvent représentée comme chronophage.

Dans le domaine des ressources allouées à la communication, des marges d'amélioration existent très certainement (nous y reviendrons plus bas). Mais certaines contraintes paraissent difficilement modifiables dans l'état actuel du tissu de l'offre de soins - ainsi, de nombreuses catégories professionnelles déclarent simplement "avoir trop de patients à soigner pour avoir le temps de communiquer".

Les pistes possibles d'amélioration qui se dégagent sont notamment :

- Le développement de temps et d'espaces de coordination : réunions et formations interprofessionnelles, qui pourraient être rémunérées (en particulier dans le cadre des nouveaux modes de rémunération) ;
- La libération d'un temps dédié à la communication et à la coordination :
 - Soit par la création de nouveaux métiers y étant destinés ;

- Soit par le biais de la délégation et du transfert de tâches, qui permettrait d'augmenter le temps disponible pour communiquer en déchargeant les médecins généralistes de certains actes (exemple de l'éducation thérapeutique avec les infirmières "ASALEE"). Il existe cependant à ce niveau des enjeux de pouvoir dans les espaces professionnels obligeant à la prudence.
- Le développement de modes d'exercice pluriprofessionnels, sur lesquels il est toutefois nécessaire d'avoir un recul sur les bénéfices attendus mais aussi sur les limites⁵.

B.2 La méconnaissance de l'Autre

Dans ce territoire de santé, les professionnels impliqués dans les soins primaires se connaissent peu les uns les autres.

D'une part les médecins généralistes, orientant et adressant les patients n'ont pas une connaissance immanente de l'offre de soins : Vers quel dermatologue exerçant en secteur 1 adresser un patient ? Quelle infirmière fait des visites à domicile le week-end ?

A ce niveau, un répertoire partagé fondé sur le paradigme des réseaux sociaux, comme le projet "Sharecolleagues", paraît être une piste d'amélioration.

D'autre part, la réalité quotidienne du métier des autres professionnels du territoire, échappe souvent aux acteurs de santé : Quelles sont les contraintes de temps qui s'imposent à une

⁵ Ainsi, dans le discours des professionnels que nous avons rencontrés lors d'entretiens qualitatifs, le fait de travailler dans une structure pluri professionnelle est souvent perçu comme un facteur de meilleure communication. Cependant les volets quantitatifs de nos travaux n'ont pas mis en évidence de différences significatives sur les grands indicateurs de communication, en fonction du mode d'exercice mono- versus pluri- ou multi-professionnel.

infirmière faisant des visites à domicile ? Comment se déroulent concrètement les séances de kinésithérapie des patients ? C'est dans ce cadre que l'éducation et les formations interprofessionnelles prennent sens, permettant de développer la connaissance de l'autre et établissant dès la formation initiale des ponts entre les cultures professionnelles.

Enfin, la communication est un processus humain et de ce fait, il ne faut pas négliger l'importance du relationnel en marge des rapports professionnels.⁶

B.3 La communication et la coordination en tant qu'élément propre

Depuis une quinzaine d'années, des lois et des politiques de santé encadrent et tentent de développer le parcours de soin. Cependant, il n'y a pas d'analogie de la coordination et de l'optimisation de la communication. Le parcours de soins commence à être pensé comme un sujet à part entière. Mais notre système de santé n'a pas encore atteint un point d'équilibre qui serait un consensus clair et défini concernant la ou les structures en charge d'assurer cette coordination/communication et son mode de fonctionnement.

Comme le révèle la thèse de K. Mognon, par "défaut", les acteurs et les autorités de santé ont désigné, en France, le médecin généraliste comme porteur de cette fonction.

Or, la coordination requiert des compétences spécifiques pour lesquelles le médecin généraliste n'est pas formé, ce qui entraîne une coordination/communication sous optimale.

L'intégration réelle et effective de la communication/coordination au sein de la marguerite des compétences des médecins généralistes par des formations initiales et continues paraît indispensable.

⁶ A ce niveau également, il existe un décalage entre les résultats qualitatifs et quantitatifs. En effet, on ne retrouve pas l'aspect relationnel comme principal élément d'amélioration dans les résultats quantitatifs. Il y a donc probablement d'autres critères plus fins sur le plan sociologique et psychologique à intégrer pour faire ressortir ces éléments dans les études de santé publique.

Ces problématiques sont l'affaire de tous. Il s'agit donc de viser aussi à une profession "diffuse" de la coordination/communication reposant sur une amélioration propre de chacun des acteurs de soins. Il serait donc envisageable de mener des campagnes de santé publique et de formation sur ces questions auprès des professionnels.

L'autre enjeu qui pose de véritables questions politiques et pratiques est celui de la création de nouveaux métiers de coordination (coordinateur, secrétaire de coordination) ou de nouvelles structures, comme par exemple les réseaux⁷, ayant pour vocation de faire de la coordination et à suppléer les médecins généralistes par exemple. Mais il faudrait déterminer leur rôle : facilitation ou de substitution. Encore une fois se pose la question de la définition et des limites des rôles de chacun, et en particulier celui du médecin généraliste. Répondre à ces questions dès maintenant semblerait nécessaire, au risque de voir se reproduire l'échec partiel des réseaux.

A l'ère des nouvelles technologies, les moyens de communication actuels en santé demeurent artisanaux (répertoires manuscrits, fichiers Excel des contacts, courrier envoyé par la Poste...). Les projets d'innovation sont multiples mais connaissent des difficultés de réalisation et d'adhésion (exemple du Dossier Médical Partagé). Il est important de concrétiser rapidement ces différentes expériences. En effet, sans outils efficaces, les médecins généralistes, même formés à la coordination/communication, ne pourront pas mener à bien les missions qu'on leur a attribuées.

Plus simplement, des mesures sur le contenu de l'information transmise lors de l'adressage d'un patient permettraient une amélioration rapide et concrète de la coordination (amélioration de la lisibilité de l'ordonnance, création d'ordonnances/courriers types incluant par exemple les antécédents et adaptés à la catégorie professionnelle). Des

⁷ Il faut noter que selon l'étude de K. Mognon, les professionnels de santé appartiennent peu aux réseaux de santé sauf pour les MG. Mais dans l'ensemble, les acteurs de soin déclarent travailler très peu avec eux et ne semblent pas avoir d'appétence particulière à l'amélioration de leurs collaborations.

recommandations sur les bonnes pratiques de communication en santé auraient autant de sens que celles faites sur la prise en charge de certaines pathologies. De plus, si elles provenaient d'initiatives locales, ces recommandations auraient d'autant plus de chance d'être suivies.

D'autres facteurs sont importants mais l'amélioration de ces trois éléments est à la base d'une meilleure coordination/communication en santé.

Un autre élément essentiel de la communication semble être, pour les professionnels de santé, **la notion d'urgence : celle-ci entraînant des besoins spécifiques**. Pour ce faire, la mise en place de protocoles spécifiques à l'urgence pourrait être développée afin d'y répondre ; en particulier avec les hôpitaux et les médecins spécialistes.

Pour l'ensemble des acteurs de santé, l'hôpital conserve une place primordiale dans le parcours de soins des patients. En effet, les flux d'adressage et de communication vers les hôpitaux sont importants. Le ressenti des difficultés et le désir d'amélioration sont également fréquemment mentionnés. Il serait donc nécessaire de réfléchir au virage ambulatoire actuel en plaçant la relation Ville-Hôpital au cœur du projet.

Le grand oublié de cette coordination est le patient lui-même. Il est reconnu par les acteurs de santé comme partie prenante dans la communication interprofessionnelle et la transmission des informations. Cependant, pour ces professionnels, il peut être difficile de lui donner un rôle précis au sein de son parcours de soins car son intervention peut être perçue comme facilitante, mais peut aussi s'avérer délétère. Il apparaît que son intégration doit probablement se faire au cas par cas en intégrant les capacités propres de chaque patient.

Pour une véritable évolution, il faudrait une implication de tous les acteurs et la mise en place de politiques de santé concrètes axées sur ces questions, tant sur le plan national que local. La coordination et la communication sont considérées par tous (les professionnels de santé et les pouvoirs publics) comme des enjeux majeurs pour l'amélioration des soins primaires, avec au centre le médecin généraliste.

Même si les moyens ne sont pas encore tous présents, cette prise de conscience n'a jamais été aussi forte avec une conjecture « idéale » : un soutien politique, une validation scientifique (à poursuivre), une prise en compte des échecs passés, la mise en place de moyens financiers (NMR et autres), techniques (développement des TICS) et humains (nouveaux métiers de soutien).

« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile. Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, les assistants et les choses extérieures y concourent. » Hippocrate

Les médecins généralistes sont revenus au cœur de ces questions, seront-ils à la hauteur de ces enjeux ?

Il serait intéressant de compléter nos études par :

- Une étude quantitative de traçabilité du parcours réel des patients à l'aide des données de la sécurité sociale pour une analyse factuelle et non déclarative ;
- Une étude qualitative et quantitative du ressenti des patients sur leur parcours de soin ;
- Des études similaires étendues à d'autres territoires pour réaliser une extrapolation ;
- Des études explorant l'utilité et l'efficacité des pistes d'amélioration proposées;
- Une étude des types de coordination selon les différents modes d'exercice ;
- Une étude spécifique à la coordination/communication entre les médecins généralistes et les professionnels de la psychiatrie sur le territoire de GVLG ;
- Une étude qualitative et quantitative du ressenti des professionnels hospitaliers sur la communication et la coordination avec les professionnels ambulatoires.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Tabah L. Les Conférences mondiales sur la population. Bull Mens Inf Inst Natl D'Études Démographiques. 1994 Mai;
2. Legifrance. Code de santé publique - Document généré le 22 février 2016, 2016.
3. La réforme du système de santé en France Plan Douste-Blazy, août 2004. 2015
4. Loi Bachelot « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». IRDES; 2015.
5. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Quest Déconomie Santé. 2009 Avril;(141).
6. Les soins de santé primaires Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata. Organisation Mondiale de la Santé; Septembre 1978.
7. Welt gesundheits organisation, editor. Maintenant plus que jamais: les soins de santé primaires. Genève : Organisation Mondiale de la Santé; 2008. 125 p. (Rapport sur la santé dans la monde).
8. Améliorer l'efficacité des systèmes de santé : Optimiser l'utilisation des ressources. Conférence commune Commission européenne / OCDE 7 Septembre 2008. Hôtel Bedford, Bruxelles: Commission européenne / OCDE; 2008 Sep. Report No.: DELSA/HEA/EFF(2008)
9. Europe WRO for. Rapport sur la santé en Europe 2009 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2016 Mar 3]. Available from: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=631716>
10. « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie ». Cours des comptes; février 2013.
11. Druais P-L. «La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé ». Mars 2015.
12. BO Santé – Protection sociale – Solidarités n° 2009/7. Annexe II Diplôme d'état infirmier, référentiel des compétences. Août 2009.
13. Loi de modernisation de notre système de santé Pôle de documentation de l'Irdes – Marie-Odile Safon. Février, 2016.
14. Schaller P, Gaspoz J-M. Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique. Revue Médicale Suisse. 2008; (N° 172):2034–9.
15. OCDE, OMS. Sous dir. Colombo F, Zum P, Oxley H. Examen de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse. 2006. (Paris : Editions de l'OCDE,).

16. Legifrance. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Sect. JORF n°98 avril, 1996 p. page 6324.
17. Legifrance. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Sect. JORF n°206 Sep 6, 2003 p. page 15391 texte n° 26.
18. Legifrance. Code de santé publique 2016.
19. Aillavez-Bachelor V. Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire. 2010.
20. Manser. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*.. 2009;(53(2)):143–51.
21. Gittell, Bierbaum, Fairfield, Head, Jackson, Kelly. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay : a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*. 2000;(38):807–19.
22. Wiegmann, El Bardissi, Dearani, Daly, Sundt. Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors : an exploratory investigation. *Surgery*. 2007;(142):658–65.
23. Borrill, West, Dawson, Shapiro, Rees, Richards. Team working and effectiveness in health care : findings from the health care team effectiveness project. Birmingham, UK : Aston Centre for Health Service Organization Research, University of Aston. 2002;
24. Barrett, Curran, Glynn, Godwin. Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité. Ottawa : FCRSS. 31 p. 2007;
25. Rapport du groupe thématique „Interprofessionnalité Office fédéral" de la santé publique OFSP Liebefeld. Octobre 2013.
26. Braithwaite, Westbrook, Nugus, Greenfield, Travaglia, Runciman, et al. Continuing differences between health professions' attitudes: the saga of accomplishing system-wide interprofessionalism,. *Int J Qual Health Care*. 2013;25:8–15.
27. Jablow. How to Foster Interprofessional Collaboration Between Physicians and Nurses ? Robert Wood Johnson Foundation – Incorporating lessons learned in pursuing a consensus, Prgram Results Grant # 70224. 2013;
28. Recommandation HAS en collaboration avec l'Observatoire national de la Démographie des Professionnels de Santé : Délégation, transferts, nouveaux métiers. Conditions des nouvelles réformes de coopération entre professionnels de santé. 2007 Jan. Report No.: Rapport d'étape.
29. Gautier J. Rencontre HAS, ASALEE. 2007.
30. Dusserre L. Rapport validé par le conseil national de l'ordre des médecins : La téléexpertise, une acte médical à reconnaître et à rémunérer. Janvier 1999.

31. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Sect. JORF n°0167 du juillet, 2009 p. page 12184.
32. Études de l'OCDE sur les politiques de santé. Obtenir un meilleur rapport qualité prix dans les soins de santé. 2009.
33. Tournois C. La coordination des professionnels de santé à Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne : un levier pour la mise en œuvre des parcours de santé sur ce territoire. Mars 2015.
34. R Core Team (2014). R: A language and environment for statistical computing. Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>
35. Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières - L'apport d'expériences européennes et canadiennes Mars 2006.
36. Perrier. Collaboration infirmières-médecins : un déterminant de la qualité des soins ? Rev Med Suisse. 2005;42.
37. Rault J. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil national de l'ordre des médecins; 2014.
38. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. 2006.
39. Creswell, Plano Clark. Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007
40. Guével M-R, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration [Internet]. Santé Publique; 2012. Disponible sur: www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-1-page-23.htm
41. Greene, Caracelli, Graham. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. Educational. Eval Policy Anal. 1989;
42. Moreau A. S'approprier la méthode du focus group. 2004;
43. Weaver W, Shannon C. Théorie mathématique de la communication (Les Classiques des sciences humaines). Broché; 1975.
44. Cazeneuve J. Qu'est-ce que la communication ? Les cahiers de la publicité; 1963.
45. Binard H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. 2012
46. Insee, CLAP. Insee, CLAP (connaissance locale de l'appareil productif) commune de Genevilliers [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=com-92036>
47. Psugvlg [Internet]. Disponible sur: <http://www.psugvlg.org/>

48. Sejourne E, Pare F. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Pratiques et Organisation des Soins; 2010
49. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles des établissements de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé [Internet]. 2001. Disponible sur: www.has.fr
50. adresser, définition. Larousse;
51. Bourgeois I. Approches sociologiques de la médecine générale. État des recherches récentes et perspectives. 2006.
52. Les missions du médecin généraliste de premier recours [Internet]. Code de la santé publique (article L. 4130-1); 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
53. Coldefy M, Lucas V. Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. IRDES; 2008.
54. Krikorian L. Le carnet d'adresses du médecin généraliste : vers un outil en ligne partagé ? 2013.
55. Sharecolleagues [Internet]. Disponible sur: <https://www.sharecolleagues.org/>
56. AnnuaireSante [Internet]. Disponible sur: <http://annuaireSante.ameli.fr/>
57. L'Observatoire de l'accès aux soins Enquête auprès des Français et des professionnels de santé. IFOP; 2011.
58. Regard et pratique des médecins spécialistes en médecine générale sur l'organisation du parcours de soins des patients. La lettre de l'Union; 2014.
59. Yssup Research. Etude nationale d'évaluation du délai d'obtention d'un rendez-vous de consultation en OPHTALMOLOGIE. 2016.
60. URPS médecins Île-de-France. Votre pratique professionnelle de l'informatique. URPS médecins Île-de-France; 2014.
61. Corchia L. Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge des enfants âgés de 3 à 18 ans atteints de maladies chroniques et/ou de handicaps dans le département du Val d'Oise. 2014
62. Bercot R. La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles. [Internet]. 2006. Disponible sur: www.cairn.info/revue-negociations-2006-1-page-35.htm
63. Gonnod-Boissin F. Technologies de l'information et de la communication et pratiques informationnelles des médecins généralistes: quelles données en France? pédagogie Médicale; 2005.
64. Dufrene J. Dematerialisation des échanges d'information entre médecins : La Messagerie Sécurisée de Santé utilisée par les Médecins Généralistes. 2011.

65. Mercat X. Les courriers entre médecins. Conseil National de l'Ordre des médecins; 1998
66. Hardy-Baylé M. Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres-médecins généralistes: Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie;
67. Informatisation [Internet]. AMELI; 2015. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale-questions-reponses/informatisation.php>
68. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013 : la permanence des soins. Cour des comptes; 2013
69. Gentile S, Durand A. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. journal européen des urgences; 2007
70. Vendeoux A. Motifs de consultation et parcours aux urgences des patients adressés par le médecin généraliste : une étude prospective au centre hospitalier d'Etampes. 2014.
71. Andronikof M. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste : Évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. Masson; 2005.
72. Le Gall A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. 2010.
73. Foy R, Hempel S. Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. Annals of Internal Medicine; 2010.
74. Bournot. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. DREES; 2008.
75. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013 : la permanence des soins. Cour des comptes; 2013.
76. Acket A. Évaluation du ressenti et des attentes des médecins généralistes concernant leur collaboration avec les cardiologues. 2013
77. Friedberg E. Le Pouvoir et la Règle. 1993.
78. Sarradon-Eck, Vega, Faure, Humbert-Gaudart, Lustman. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. Revue D'Épidémiologie Santé Publique. 2008
79. Richard C, Lussier, Galarnéau, Jamouille. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale. 2010;
80. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. mars 5, 2002.

81. Berland Y, Gausseron T. Démographie des professions de santé. :2009
82. Berland. Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et des compétences . 2003;
83. Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé. 2006;
84. Bourgueil Y. "Évolution des métiers de la santé. Coopérations entre professionnels",. Actualité Dossier En Santé Publique N° 70. 2010;
85. Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) de l'IRDES. Quest D'économie Santé. juin 2015;(n° 210).
86. Mousquès J, Daniel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), IRDES. Quest D'économie Santé. juillet-août 2015;(n° 211).
87. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales »,. Études Résultats n° 679.
88. Bourgueil Y, Mousquès J. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. 2014 Décembre. Report No.: 559.
89. Vilbrod, Douguet. Le métier d'infirmière libérale. Drees, série Études et Documents, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille avril 2006;Tome 1 et 2.(n° 58,).
90. Bonnal, Mathal, Micheau. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux,. Rapp D'étude Drees L'Observatoire Natl Démographie Médicale. Décembre 2009;
91. Micheau, Matharan Matharan, Rigal. Le métier de masseur kinésithérapeute. Plein Sens ONDPS. 2009;
92. Vega A. Rapports professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés (médecine générale, gériatrie, urgence, gastro-entérologie, psychiatrie) Post-enquête "Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé." 2005 juin
93. Vanmeerbeek, Duchesnes, Massart, Belche, Denoël,. Pluridisciplinarité, continuité et qualité des soins en 1ère ligne : quelles attentes des professionnels ? Groupement pluraliste liégeois des Services et soins à domicile (GLS); 2009.
94. Dupont C. Coopérer pour s'entendre ou s'affronter pour vaincre ? NEG Négociations. 2006;5(1):93–114.

95. DRUZ. Identification des obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soins lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire. *Human health and pathology*. 2011;
96. D'Amour D, Tremblay D, Proulx M. « Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical ». *Rech Sociographiques*. 2009;50.
97. Bourgueil Y, Marek, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada. *Quest D'économie Santé » L'Irdes*. 2005 juin;n° 95
98. D'amour. Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions. *Rupture Rev Transdiscipl En Santé*. 2001;8.
99. Elbaum. Les enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Haute Autorité de santé. 2007;
100. Henart L, Berland Y, Cadet D. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. *Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : pistes pour avancer*. 2011 janv.
101. Coburn D. « The development of Canadian nursing professionalization and proletarianization », *Int J Health Serv*. 1988;18, 3:437-56.
102. Gentile S, Durand A. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. *journal européen des urgences*; 2007.
103. Regard et pratique des médecins spécialistes en médecine générale sur l'organisation du parcours de soins des patients. *La lettre de l'Union*; 2014.
104. Yssup Research. Etude nationale d'évaluation du délai d'obtention d'un rendez-vous de consultation en OPHTALMOLOGIE. 2016.
105. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Rech Soins Infirm*. 2011;106(3):40.
106. SCLO : Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools. 2008;
107. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva : WHO.
108. Learning together to work together for health. Report of a WHO study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel : the team approach. WHO, Technical Report Series N°. 769, Geneva. 1988
109. Manser. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009;(53(2)):143-51

110. Gittell, Bierbaum, Fairfield, Head, Jackson, Kelly. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay : a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*. 2000;(38):807–19.
111. Wiegmann, El Bardissi, Dearani, Daly, Sundt. Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors : an exploratory investigation. *Surgery*. 2007;(142):658–65.
112. Canadian Interprofessional Health Collaborative. CIHC Statement on the definition and principles of Interprofessional Education. 2007 Avril;
113. CAIPE: Center for the advancement of Interprofessional Education. 2002.
114. Barr, Koppel, Reeves, Hammick. Effective interprofessional education : Argument, assumption and evidence. Oxford, UK : Blackwell Publishing. :2005.
115. Rapid Scaling Up of Health Workforce Production. Fifty-Ninth World Health Assembly. A59/23, 37–38. Geneva : WHO. 2006.
116. IPC : InterProfessional Care : a blueprint for action in Ontario. Interprofessional care steering committee. Gov Ont. 2007;
117. Reeves, Zwarenstein, Goldman, Barr, Freeth, Hammick. Interprofessional education : Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. 2008;
118. Campbell, Coben, McLoughlin, Dearwater, Nah, Glass, et al. An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Academic Emergency Medicine*. 8(2) : 131–138. 2001;
119. Aubry R. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. *Santé Publique*. 2007;19(0):73.
120. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination) [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 [cité 20 mai 2016]. (AHRQ Technical Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>
121. Bungener M, Poisson-Salomon A-S. Travailler et soigner en réseau, Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VI H en région parisienne. In Pierre Huard; 1998. (Sciences sociales et santé; vol. 17).
122. Poutout G. Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens. *Sociol Prat*. 2005;11(2):33.
123. Daniel C, Delpal B, Lannelongue C. Contrôle et évaluation du fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSC) et de la dotation de développement des réseaux (DDR). IGAS; 2006 Mai. Report No.: 2006 022.
124. Blanchard P, Eslous L, Yeni I. Evaluation_coordination_appui_soins. IGAS; Report No.: IGAS 2014-010R.

125. Buttard A. « L'évaluation du réseau en santé », Des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques. In 2008. (Politiques et management public).
126. Bergeron H, Castel P. Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins. In: Sociologie du Travail. Elsevier; 2010. p. 441-60.
127. « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie - Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers – Lexiques des parcours de A à Z » [Internet]. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales; 2016 janv. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
128. Cuyot J. Difficulté de communication et hôpital. Commun Organ. 1994;
129. Feintrenie C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes,. 2010.
130. Domard C, Clavero J. La continuité des soins de ville après une hospitalisation,. 2006.
131. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? ». HAS; 2014 sept.
132. Manderson B, McMurray J, Piraino E, Stolee P. Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature. Health Soc Care Community. mars 2012;20(2):113-27.
133. Eldercare Workforce Alliance, National Coalition on Care Coordination. Care coordination & older adults [Internet]. New-York; Disponible sur :http://www.eldercareworkforce.org/files/EWA_and_N3C_Care_Coordination_Issue_Brief_-_FINAL.pdf
134. Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer. Synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes.: [Internet]. France: INCa; 2012. Disponible sur: http://www.ecancer.fr/component/docman/doc_download/9375- resultats-des-experimentations-du-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer-synthese-nationale-des-bilans-a-un-an-des-35-sites-pilotes
135. La rémunération sur objectifs de santé publique une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Caisse nationale de l'assurance maladie; 2016 avril.
136. Rapport: Loi de modernisation de notre système de santé. IRDES; 2016.
137. Coxon, K. et al. Inter-professional working and integrated care organizations. Long-Term Care in Integrating Health and Social Care Services for Older Persons, Evidence from Nine European Countries, European Centre, Vienna. Ashgate. OCDE; 2007.
138. Bourret C, Salzano G, Caliste J-P. Nouveaux métiers dans le domaine de la santé: maîtrise de l'information, transversalité des compétences et autres exigences. In Ile Rousse, France; 20

VII. ANNEXES

A.1 ENTRETIENS

Entretien 1

13 minutes 48

- Racontez-moi les trois dernières situations où vous adressez un patient vers un autre acteur de santé ?

- C'était un adressage à un urologue à Bichat, ça c'est bien passé, ça avait l'air fluide, je l'ai adressé à un médecin qui travaille bien, qui est à l'écoute, qui serait adapté à la patiente car elle est anxieuse. Je l'ai fait par courrier, pour prendre un rendez-vous à Bichat.

A un kinésithérapeute car il sort d'une chirurgie du genou, j'ai pris contact avec son kinésithérapeute qu'il connaît déjà, par une ordonnance, je n'ai pas passé de coup de fil.

A un psychiatre du CMS qui ne prend pas de contact direct, que via un MG, donc j'ai pris le rendez-vous.

- Que pensez-vous des retours ? En avez-vous eus ?

- Non car je l'ai fait ce matin mais j'ai des retours anciens des médecins quand ils ont vu le patient.

- Quels moyens de communication utilisez-vous ?

- Le moyen de communication le plus fréquent est via le plus souvent des ordonnances pour les paramédicaux, avec des renseignements cliniques.

Quand je m'adresse à des spécialistes, j'utilise le courrier, quand c'est non urgent mais quand c'est urgent, je prends contact directement, j'appelle, ou j'écris des mails pour un ou deux partenaires.

- Y a-t-il des relations d'adressage qui vous vont ont posé problème ?

- Oui, avec les kinésithérapeutes car énormément de patients n'ont pas réussi à prendre contact avec eux.

Il y a un problème de délai de prise de rendez-vous car à trois semaines les patients reviennent sans rendez-vous ni de bilan initial de kinésithérapeute.

A un tel point que je fais des prescriptions anticipées, à l'avance, car ils vont mettre un mois à trouver un kinésithérapeute.

Par exemple, pour des lombalgies, on traite par des médicaments puis on prend des rendez-vous mais du coup les délais sont longs donc ma pratique est modifiée : je fais les prescriptions de kinésithérapie et d'antalgiques en même temps.

Pour la psychiatrie, je ne travaille plus avec le CMP mais avec les psychologues et les psychiatres du CMS et CMP à Paris, ils sont non sectorisés.

Les difficultés d'adressage ont modifié mes pratiques, et j'ai des difficultés à avoir un retour. Avec les urgences de Beaujon j'ai beaucoup de difficultés et je n'adresse plus aux urgences mais je passe par l'hospitalisation directement.

Je ne passe par les urgences que si il existe un flou diagnostique et si j'ai besoin d'une réponse rapide diagnostique.

Par exemple, lors d'une suspicion d'AVC, elle prévient les neurologues qui sont au courant et ils iront le voir aux urgences car dans le courrier il y a un mot qui explique qu'ils sont prévenus. Ces difficultés ont fait contourner ma stratégie d'adressage.

- Quels sont les obstacles à un bon adressage ? Dans quelles conditions la communication se passe-t-elle bien ?

- Dans l'adressage, est-ce que ça va faire mouche ? Est-ce qu'il va avoir lieu ? Les délais de consultation, le dépassement d'honoraire, je n'ai pas trop cette problématique là, mais par exemple, pour la dermatologie, comme les délais sont longs, ils vont voir d'autres confrères. Le problème est surtout le dépassement d'honoraires.

Aussi avec l'orthopédie pédiatrique, car si pour un kinésithérapeute à l'APHP les rendez-vous sont longs et le secteur privé est plus rapide, il y a des dépassements d'honoraires donc c'est un frein véritable.

La communication est le fait d'avoir une prise en charge, une réponse.

Les CMP sont en saturation totale par la file active à Gennevilliers.

Encore une fois les kinésithérapeutes posent problème car ils sont peu nombreux donc il y a des problèmes d'accès jusqu'au praticien avec en plus des difficultés de communication. Les orthophonistes n'envoient jamais de bilan en retour, seulement deux par an alors qu'elles ont eu une ordonnance et qu'elles connaissent les coordonnées, elles savent qui les a adressés. Dans la communication, ça fonctionne assez bien mais les gens sont difficilement joignables par téléphone. Pour les avis, les hôpitaux ne fournissent pas de réponse, il y a une errance téléphonique de standard en standard.

- Les moyens de communication utilisés pour chaque catégorie d'ACSS sont-ils adaptés ?

- Je ne vois pas ce qu'on pourrait faire d'autre, je ne vais pas appeler tous les kinésithérapeutes : est-ce que vous êtes sûr ?

Ils ne pourront pas s'en sortir car ils passeraient leur journée au téléphone, mais pas d'intérêt par mails car je ne vais pas dire et obliger le patient à voir tel ou tel kinésithérapeute. Je pense que le problème est le manque quantitatif de professionnels de santé, mais les moyens de communication sont adaptés.

- Comment travaillez-vous ? Votre mode d'exercice permet-il une bonne communication ? Que faut-il améliorer pour avoir un adressage efficient ?

- Oui surtout pour la qualité au sein de la structure qui est pluri professionnelle et au sein des médecins et des spécialistes.

Oui, avec les kinésithérapeutes, laboratoires, en radiologie dentaire, ide, mais en plus avec dermatologues, gastroentérologues, chirurgiens etc etc donc ça facilite grandement. Par exemple pour le psychologue, je suis allé voir la secrétaire et ai bloqué un rendez-vous.

Du coup, c'est un gain de temps car je m'assure que l'adressage est bien fait.

Par exemple quelqu'un est adressé en ville, je lui dis d'aller voir la dermatologue et si on lui dit que le rendez-vous est dans deux mois, je n'aurai pas beaucoup d'action là-dessus, alors que si dans deux mois pour la dermatologie du CMS, alors je vais la voir et lui explique qu'il faut un délai plus court alors elle sera d'accord pour la rajouter à sa consultation et donc ça facilite bien des choses.

Pour les IDE c'est facile car elles sont au RDC et moi au premier donc si il y a une moindre question sur le plan infirmier type pansement, le rythme, si c'est faisable de faire ça ou ça, je descends tout simplement avec le patient pour demander et réciproquement, ça circule beaucoup mieux.

Mais le problème actuel est avec les kinésithérapeutes car on a un tiers de nos kinésithérapeutes habituels, le mieux est de faire des consultations à plusieurs, comme en rhumatologie, on voit les patients à deux, ils prennent RDV avec l'un de nous deux et le kinésithérapeute dit : "appelle moi quand tu vois le patient et ensuite on le voit ensemble", on décide ensemble et je vois un énorme avantage à faire ça.

- Avec quels partenaires de santé l'adressage se passe-t-il bien ou au contraire y a-t-il des difficultés, des problèmes ?

- A nouveau, avec la kinésithérapeute, car c'est non fonctionnel au sein de la structure donc nous sommes confrontés à la faible quantité de kinésithérapeutes disponibles sur le territoire, à ceux qui ne prennent pas le tiers payant, ici ils prennent le Tiers payant intégral. Ils n'avancent pas les frais, des gens ne peuvent pas se le permettre et si on se lance dans quinze séances, on ne va pas se lancer dans deux séances car ils ne pourront pas financer les quinze séances, donc c'est un frein financier et un désert paramédical donc.

J'ai des problèmes avec les dermatologues et avec l'ophtalmologie, mais ils ont réussi à alléger les délais de prises de rendez-vous grâce à des préconsultations d'orthoptie, on a modifié le circuit d'adressage donc ça a bien fonctionné avec ça.

La télédermatologie a amélioré l'adressage rapide, et ça a permis la correction des délais ; quand la dermatologue voit la photo, que ce soit verbal ou par mail, si il faut voir les gens plus rapidement, elle développe une consultation d'urgence.

Donc ce sont des choses qui se sont améliorées mais qui restent compliquées, et avec les dentistes c'est aussi compliqué car les consultations sont saturées et il n'y a pas de plages d'urgence.

Il y a des problèmes avec les urgences, je ressens que les patients sont maltraités mais ce n'est pas un problème d'adressage. Quand on appelle les ambulances pour envoyer les patients à certains endroits aux urgences, ce sont les ambulanciers qui choisissent la destination hospitalière, donc c'est un dysfonctionnement dans l'adressage, sachant qu'ils ont été prévenus donc ce sont de vraies difficultés.

Entretien 2

11minutes 29

- Racontez-moi les trois dernières situations où vous adressez un patient vers un autre acteur de santé.

- La dernière ; je l'ai adressé à un allergologue, juste avant, par courrier, je n'ai pas eu de retour encore. C'était à celui du centre car c'est pratique par courrier papier.

A un gynécologue par un adressage papier et téléphonique car la personne a été rajoutée à la consultation de gynécologie.

- Quels moyens de communication utilisez-vous ?

- Pour les urgences, je fais des appels systématiques sinon c'est variable selon l'affinité.

Les gens sont appelés directement ou bien des messages sont laissés mais je rédige tout le temps un mot pour le dossier.

- Y a-t-il des situations d'adressage qui vont ont posé problème ?

- C'est un problème pour les patients de prendre rendez-vous, notamment avec les kinésithérapeutes, et les spécialistes, ils sont difficiles à avoir pour des raisons financières, la prise de rendez-vous, et pour les radio scanner et IRM. Il y a une difficulté des patients à prendre leur rendez-vous. Et je n'ai pas toujours de retours notamment lors les consultations. Les problèmes sont possibles à chaque étape.

- Quels sont les obstacles à un bon adressage ?

- Les échanges par mail pourraient être bien, mais est-ce autorisé de parler des patients par mail ? Il y a l'exemple de la télétransmission pour la dermatologie par internet, avec un code spécial via une messagerie cryptée. Peut-on communiquer les pathologies ? Les noms des personnes ? Il faut communiquer par mail, c'est ce qu'il y a de plus simple.

- Avec quels ACSS la communication est-elle efficiente ?

- Ca dépend des personnalités des gens. Je ne connais pas tous les partenaires mais on sait que les spécialistes répondent par courrier. Je suis dans l'attente de retour quand j'adresse, pour n'importe quel acteur de santé.

Pour les IDE, pour gérer les glycémies, sur ce qu'ils font, c'est bien d'avoir des retours, même les kinésithérapeutes, quand on peut c'est utile, intéressant.

On découvre des trucs et intellectuellement c'est intéressant.

- Comment travaillez-vous ? Votre mode d'exercice permet-il une bonne communication ? Que faut-il améliorer pour avoir un adressage efficient ?

- Je travaille en CMS et en PMI. Oui c'est facile d'adresser en urgence dans le CMS, on se croise dans les couloirs, c'est donc plus simple de se rencontrer.

- Pour le contenu du message, des choses peuvent-elles être améliorées ?

- J'espère que c'est clair, quand on fait un courrier, on connaît la raison pour laquelle on adresse et il y a des éléments dont on ne parle pas et que la personne en face ne connaît pas.

- Avez-vous des réactions ?

- Je suis curieux de savoir ce que ça donne.

Entretien 3

22 minutes 34

- Racontez-moi les trois dernières situations où vous adressez un patient vers un autre acteur de santé.

- Il fallait trouver de l'oxygène en urgence, à domicile et des aérosols au cabinet car le patient était en détresse respiratoire et avec ma collaboratrice on ne savait pas si on pouvait prescrire ces traitements en ville, donc j'ai appelé le pharmacien pour des conseils et si à

domicile c'était possible d'être livré. Ça a été mis en place dans la journée. Donc j'ai pris un contact par téléphone car c'était un contexte d'urgence.

Le téléphone marche beaucoup.

J'ai appelé une IDE car une vieille dame, sans aides à domicile, et autonome, qui consultait au cabinet a chuté à domicile et elle s'est fêlée le sacrum, j'envisageais le retour à domicile (avec un refus d'hospitalisation) mais le problème était les difficultés au domicile.

Sa fille est venue appeler le docteur. J'appelle les IDE et je me trouve devant beaucoup de refus de l'intervention de personnel au domicile. La patiente a accepté de voir une IDE à domicile pour des piqûres et la préparation des médicaments.

J'ai tous les portables des IDE de la ville et de Gennevilliers.

Ça fonctionne bien car sur le territoire, il y a des rencontres de concertations pluridisciplinaires physiques et il y a des relations de confiance qui se créent.

Par téléphone, on est vite d'accord. Pour les chirurgiens dentiste : certains ont mon numéro et n'hésitent pas à appeler si il y a un souci et sinon il y a des échanges par mail, pas sur les informations patient mais pour échanger sur des protocoles sur les extractions dentaires sous AVK avec certains car il faut d'autres choses que des contacts téléphoniques et c'est permis grâce à des rencontres.

Pour les kinésithérapeutes, on ne les voit pas beaucoup, ils sont tous surchargés.

Une lettre parfois accompagne l'ordonnance sauf avec les kinésithérapeutes à domicile qu'on rencontre le plus souvent et ce sont eux qui viennent aux RCP donc c'est l'occasion d'échange. Ceux des maisons de retraite, on les voit en direct donc c'est pratique.

Je n'ai pas les mails des kinésithérapeutes ni leur adresse postale mais une lettre accompagne la prescription.

Pour les orthophonistes, si ils prennent en charge les personnes âgées ou les enfants c'est difficile de les joindre.

Pour les spécialistes, je fais des lettres tapées sur ordinateur et quand le sujet n'est pas compliqué je fais la lettre pendant la consultation et je la donne au patient qui va voir le spécialiste. Si c'est compliqué, j'utilise la lettre mais je la fais en dehors des consultations pour faire des courriers plus élaborés pour l'hôpital.

Je reviens en dehors du temps de travail, pour retrouver les informations éparpillées dans le dossier. Par mail je communique surtout avec l'hôpital et les gens que je connais.

- Quels moyens de communication utilisez-vous ?

- Le fax, le téléphone, mon portable, internet, la télétransmission : dans le cadre d'une expérimentation, j'ai un iPhone donc je peux le faire aisément mais je ne le fais pas beaucoup car la dermatologie ne me pose pas trop de problèmes.

- Quels sont les obstacles à un bon adressage ?

- La démographie des professionnels, si il y en a, et la distance.

A Villeneuve il y a un ORL, c'est 80 euros la consultation et il fait la tête aux CMU du coup j'adresse ailleurs et on ne sait pas les caractéristiques des professionnels, donc c'est du bouche à oreille par les patients ou par les autres médecins pour rechercher des tarifs normaux, CMU.

J'ai des problèmes pour connaître les caractéristiques des autres professionnels.

Je suis limité au bottin et annuaires téléphoniques.

- Y a-t-il des situations d'adressage qui vous ont posé problème ?

- C'est une histoire de personnes, par exemple des équipes d'IDE, il y en a quatre.

Pour trois d'entre elles, il n'y a aucun souci dans les deux sens, on s'appelle au moindre problème. Pour la dernière équipe, ils prennent des initiatives et laissent traîner des choses ; c'est une question de personnalité et pas de moyen.

J'ai un portable unique et tout le personnel a mon numéro et ils m'appellent.

- Comment travaillez-vous ? Votre mode d'exercice permet-il une bonne communication ? Que faut-il améliorer pour avoir un adressage efficient?

- Nous sommes deux MG et dans trois mois il y aura trois cabinets de consultation et une pièce qui pourra accueillir une IDE ASALE. C'est donc destiné à devenir un cabinet de groupe. Nous n'avons une secrétaire que trente neuf heures par semaine, c'est important pour l'accueil du public et la communication. Ça libère du temps pour les MG pour faire autre chose. Des IDE peuvent l'appeler sans passer par le docteur, le secrétariat aide pour communiquer avec tout le monde, les gens ont mon portable mais si je ne réponds pas ils appellent au cabinet.

En groupe, on profite des connaissances alentours et l'avantage, plus de groupes de travail, de rencontres pluridisciplinaires de réseau donc ça améliore les liens et le tissu social.

Avec le pôle, sur un territoire donné avec les professionnels avec qui on travaille beaucoup, on se met d'accord sur des procédures et protocoles.

Quand il y a des difficultés d'équilibration de diabète ; avec les IDE, ils font leur truc et il n'y a pas d'échange. Avec le pôle : on fait des projets ensemble.

Pour une bonne relation interprofessionnelle, il faut des projets communs.

- Que pensez-vous des retours ?

- Avec les orthophonistes, le fameux bilan on l'a, il est globalement toujours fait à l'issue des séances mais les patients l'apportent rarement. Il faudrait qu'il soit adressé directement par un autre moyen que par l'intermédiaire du patient.

Pareil pour la prise en charge par les kinésithérapeutes car la prise en charge est non formalisée. Le retour avec les IDE est ce qui se fait le mieux car c'est un travail en confiance avec eux, je sais ce qu'elles peuvent apprendre du patient et je veux des bonnes relations pour avoir des retours spontanés et qu'elles n'hésitent pas à appeler.

Entretien 4

18 minutes 42

- Racontez-moi les trois dernières situations où vous adressez un patient vers un autre acteur de santé.

- C'est un patient d'EHPAD qui posait problème pour une anémie, il a 98 ans, on se posait la question de : faut-il faire une fibroscopie, une coloscopie ? Il avait un VGM à 60, une Hb à 8 g/dl. Que faut-il faire de plus dans son bilan biologique? J'avais un correspondant gastro qui disait qu'il fallait faire un scanner. Un gériatre que j'ai vu lors d'une réunion disait : il faut faire la fibroscopie et la coloscopie ; donc en fonction des divers spécialistes les réponses changent ; le libéral conseille le scanner, tout le monde n'a pas les mêmes réponses pour les mêmes patients.

Une famille a téléphoné à un IDE pour un malaise et une hypoglycémie, cette famille a appelé, car la personne âgée est retrouvée dans son lit, au milieu de ses selles, l'IDE est passée mais n'a pas prévenu le médecin. Donc on va appeler les IDE pour comprendre. De nombreuses fois des hypoglycémies ont été retrouvées et les IDE n'ont pas appelé donc une réunion avec les IDE a été faite, pour expliquer les problèmes.

Les IDE passent pour renouveler les ordonnances et malgré les appels répétés pour insister sur la surveillance des glycémies, on n'a aucun retour sauf si ils passent pour renouveler leurs ordonnances et faire signer une ordonnance.

On n'arrive pas à établir des liens de communication réguliers sur des motifs médicaux.

On a exceptionnellement des retours mais jamais systématiques, il faut qu'il y ait un autre motif de réponse.

Je pense qu'ils n'ont pas le temps, ni de vraie volonté de communiquer donc c'est un problème pour la qualité des soins. Mais nous-mêmes, nous ne sommes pas très organisés, il n'y a pas de démarche standard ni de protocole sur comment communiquer quand ça va mal, on ne leur dit pas comment faire non plus.

Il y a des exemples positifs, pour les pharmaciens, sur les ordonnances, on s'applique et la pharmacie fait régulariser les ordonnances, ils nous aident même si ils vendaient moins de boîtes, certains sont contents de partager un peu.

Avec un cardiologue, un homme âgé, en ACFA a été mis sous XARELTO lors d'une hospitalisation, puis, après sa sortie de l'hôpital, il arrête ses traitements durant deux mois ; on a appelé pour prendre un rendez-vous avec le cardiologue pour le patient et il a eu son rendez-vous le jour même. Donc si on fait des efforts pour être sympa avec les gens et on se force à écrire des lettres à peu près convenables, on a un retour positif mais c'est compliqué.

- Quels moyens de communication utilisez-vous ?

- Téléphone, par mail, avec l'hôpital, on envoie le dossier et ça fonctionne bien car ils se chargent d'appeler le malade, ça diminue la charge de travail et ils nous tiennent au courant. On aura toujours des nouvelles lors des hospitalisations.

Le téléphone marche bien si on a la ligne directe, ça ne marche pas tellement avec l'hôpital. Le fax pour des demandes ponctuelles. On communique par papier grâce au logiciel structuré, qui permet de donner des infos parfois trop d'infos mais il faut améliorer la saisie de nos dossiers.

La télédermatologie, un tout petit peu, ça nous amuse beaucoup. Il n'y a pas trop de problèmes avec la dermatologue mais la maison où elle exerce est en vente donc il n'y aura plus de dermatologie, et celui du CMS est overbooké, les secteurs 2 vont quitter Gennevilliers. Mais la télédermato a de l'avenir.

- Dans quelles conditions la communication se passe-t-elle bien ?

- La connaissance du bon correspondant pour le patient, le choix du correspondant dépend de la discipline et des actes pratiqués et de sa manière, de son secteur d'activité et de son contact humain.

C'est compliqué à gérer donc on travaille sur un annuaire.

Le temps en consultation, l'intérêt du logiciel structuré pour récupérer des données permet de gagner du temps, il en manque parfois. Pour bien adresser, il faudrait réfléchir à nouveau au motif de l'adressage ; parfois le petit texte explicatif, la problématique, on n'est pas content du courrier quand on les relit. On gagnerait pour la santé du patient, il faudrait réfléchir à plusieurs. Le problème est pour le mail car ils ne sont pas cryptés mais on le fait quand même. Si on a du temps, si on choisit bien le correspondant, si on a le bon outil pour lui envoyer, ça ne sert à rien d'envoyer un mail si lui ne lit pas ses mails. La bonne communication passe par la manière dont on explique bien au patient ce qu'il peut attendre de la personne à qui on l'adresse, pourquoi on l'adresse, les questions qu'on a posées et il doit être intégré à la démarche, faire partie du processus. Si le patient n'a pas compris, c'est

embêtant, ça va mettre de mauvaise humeur le collègue, la relation va être mauvaise et le patient va être mal soigné.

- Comment travaillez-vous ? Votre mode d'exercice permet-il une bonne communication ? Que faut-il améliorer pour avoir un adressage efficient ?

- En cabinet de groupe, trois médecins avec un remplaçant, trois associés et un collaborateur, et des internes. On aura une IDE ASALE de santé publique, elle est recrutée. On a un secrétariat téléphonique. Il y a le problème de l'annuaire à améliorer, surtout pour les remplaçants et les travailleurs intérimaires. Pour la mise à jour de l'annuaire personnel et pour le partage des infos sur la même commune. Il y a un problème de l'accueil des patients, car ici il n'y a pas de secrétariat vivant or c'est une qualité pour les patients. L'accueil physique est important car règle des problèmes, aide à la com avec les autres correspondants. En rappelant, la secrétaire peut veiller aux tâches à faire, et en prenant des rendez vous.

- Que pensez-vous des retours ?

- Ca prend 4 à 5 heures par semaine pour scanner les CRH, les lettres, ça prend beaucoup de temps. Depuis 30 ans, il y a une amélioration des CRH en retour. On choisit des correspondants qui nous envoient de bonnes réponses, qui répondent sinon on n'adresse plus, c'est un échange. Certains spécialistes ont une cotation pour répondre, il cotera C2, avis d'expert, il est payé double pour nous répondre. Ca fait partie de l'acte, donc ça fait partie de la prise en charge.

- Avez-vous des réactions ?

- Ils téléphonent parfois si il y a des choses urgentes ou graves, que ce soit les pharmaciens, ça dépend du rythme de travail. C'est lié à l'activité, il faut gagner sa vie, on demande trop de choses aux IDE, ça peut basculer mais ne permet pas de dégager du temps pour réfléchir à ce qu'ils font ou pour échanger avec d'autres personnes. Pourtant c'est primordial pour la santé des gens.

Entretien 5

14 minutes 48

- Racontez-moi les trois dernières situations où vous adressez un patient vers un autre acteur de santé ?

- Quand j'adresse à des spécialistes, je fais systématiquement un courrier avec le motif, les antécédents et tout ça. A des kinés, je fais des ordonnances. En fait globalement, je fais un adressage par écrit. J'ai fait un courrier mais je n'ai pas encore de réponse.

Hier j'ai adressé à un gastroentérologue du CMS, ils viennent de Louis Mourier donc je n'ai pas mis de nom sur l'enveloppe, donc si il n'y a pas de rendez vous disponible, je lui ai dit de s'adresser à Louis Mourier. Pour les ordonnances de kiné je ne mets pas de nom, je dis qu'ils se débrouillent car c'est saturé sur Gennevilliers. Les patients disent qu'il n'y a pas de place. Je ne les connais pas, je ne les ai jamais rencontré. Si ils sont paumés, j'imprime les pages jaunes, si ils sont autonomes alors ils se débrouillent via ordonnances.

J'ai adressé à un rhumato mais je ne l'ai pas nommé.

- Comment se passe l'adressage ?

- Je donne au patient la lettre, informatisée donc tapée avec un papier à entête, je fais mon courrier dans une enveloppe soit avec la spécialité soit avec le nom du MG.

Sur le territoire, on n'est pas trop mal loti avec les spécialistes mais ils ne sont pas nombreux.

Il y a un biais car je travaille en CMS, donc les patients passent beaucoup par les médecins spécialistes au sein du CMS. Il y a peu de spécialistes libéraux en secteur 1 donc ils passent par l'hôpital.

- Que pensez-vous des retours ?

- Leur nombre est assez variable. Avec les kinés, il n'y a aucune communication particulière, je fais une ordonnance et je n'ai jamais de retours sauf une fois car la patiente était trop douloureuse, donc il voulait savoir si on poursuivait ou pas la kiné. J'aimerais avoir des retours mais je n'en ai pas. J'adresse peu aux dentistes. J'adresse aux laboratoires via des ordonnances, mais il n'y a pas de communication médicale sauf avec le laboratoire du CMS, j'appelle la biologiste pour discuter et si il faut faire cet examen en urgence. Pour les orthophonistes, il n'y a jamais de retour de bilan.

Les médecins du travail, je les appelle pour les situations compliquées, on a une bonne communication par téléphone, un premier contact par courrier puis l'appel se passe bien.

Avec les IDE libérales, je communique peu, je fais une ordonnance pour les soins.

Mais les IDE du CMS m'appellent si elles ne comprennent pas, pas forcément pour des données médicales. Ça fait deux ans et demi et je n'ai jamais eu de lien direct avec elles, sauf pour un patient en soins palliatifs.

- Quels moyens de communication utilisez-vous ?

- J'utilise le courrier écrit, pas le mail car je n'ai pas de boîte mail sécurisée. J'ai utilisé la télédermato. Dans 95% par écrit sinon par téléphone si j'ai besoin d'appeler pour des rendez-vous.

- Pourquoi la communication se passe-t-elle bien ?

- Grâce à la proximité géographique ; quand les spés sont sur place, tout ce qui est à proximité de Gennevilliers.

- Quels sont les obstacles à un bon adressage ?

- J'essaie de faire une bonne lettre, c'est important pour le spécialiste. Le principal frein est que les patients ne sortent pas de Gennevilliers. Par exemple pour la neurologie, il n'y en a pas sur le territoire donc il faut les adresser à Saint Denis et il faut tout leur expliquer, comment y aller etc ... C'est lié au faible niveau scolaire, c'est le plus grand frein et éventuellement le coût financier et le secteur 2 et les délais, ils sont trop peu nombreux donc les délais sont longs. Il y a l'absence de retour ou de réponse. Pareil pour le kiné qui ne donne jamais de retour et certains spécialistes. Il n'y a donc pas de vraie communication.

- Comment travaillez-vous ? Votre mode d'exercice permet-il une bonne communication ? Que faut-il améliorer pour avoir un adressage efficient ?

- Je travaille en CMS. Le secrétariat ne change pas grand chose car elles ne font pas les courriers, mais on est un peu moins dérangé par le téléphone. Je suis entourée de spécialistes, ce qui aide donc les patients : passez par l'accueil et prenez un rdv. Avec la Kiné du CMS la communication est possible et il y a des retours.

- Avez-vous des réactions ?

- Les spécialistes libéraux ne font pas beaucoup d'effort, c'est variable, c'est un critère de sélection car pour le rhumato avec qui je fais des lettres, si je n'ai pas de retours alors je ne donne plus son nom et je ne m'adresse plus à lui. Les services hospitaliers font d'assez bons retours. Tout ce qui est paramédical, il n'y a aucune communication, c'est dommage.

Entretien 6

17 minutes 02

- Racontez-moi les trois dernières situations où vous adressez un patient vers un autre acteur de santé ?

- Pour une fibroscopie gastrique à l'hôpital d'Argenteuil, j'ai appelé le service directement car j'avais la ligne directe vers les gastro de garde pour le patient qui avait une hématomérose. Il a eu une fibro il y a deux mois HP + qui a été éradiqué et traité par IPP. C'est un saignement suite à un arrêt du traitement par IPP. Je n'ai pas eu de retour.

J'ai eu un contact avec un service social de Gennevilliers qui souhaitait placer un monsieur isolé non autonome dans un EHPAD donc ils m'ont appelé pour appuyer la demande et prescrire un bon de transport pour voir si le logement lui convenait. C'est un contact par téléphone. Il est diabétique, isolé et a besoin d'IDE trois fois par jour, les soins sont très lourds. J'ai essayé d'appeler un kiné pour faire le point mais je ne l'ai pas eu car il n'était pas disponible, donc injoignable. J'avais son numéro.

- Quels moyens de communication utilisez-vous ?

- Mon portable privé qui prend les appels, et les ordonnances (dessus il y a mon mail, fax, téléphone mobile et privé). J'ai enlevé l'adresse mail car ça ne sert à rien, c'était pour les labos si ils veulent faxer ou un service hospitalier mais même par sécurité et je ne veux pas voir ma boîte piratée, c'est une vraie poubelle à pub. J'écris par mail.

Le formulaire est fait sur espacepro, je fais tout en télétransmission pratiquement.

- Racontez-moi des situations d'adressage qui ne se sont pas bien passées ?

- J'ai eu deux cas dans les trois mois suite à une demande d'hospitalisation à l'hôpital Francobritannique de Levallois, un jour un patient n'allait pas bien, je n'arrivais pas à le gérer, j'ai appelé les urgences et j'ai eu le médecin, un jeune qui disait on est bourré de travail, je ne voulais pas accrocher avec lui et ça c'est mal passé, il fait de la sélectivité alors que j'envoie des patients en consultation.

Une dame âgée qui se plaignait de stomatite avec des aphtes importants qui a été hospitalisée une fois, je l'ai envoyé en gériatrie pour faire un bilan général et effectivement ils l'ont gardé et ont trouvé une maladie de Behcet et ils ont envoyé une conduite à tenir vis à vis de ses traitements. Ce fut une satisfaction. Car avant au téléphone, ils disaient que ça ne nécessitait pas d'hospitalisation donc j'ai appelé pour prendre une hospitalisation. Elle a été programmée, on m'a dit de l'envoyer tel jour et je l'ai envoyé tel jour.

Ils l'ont gardée finalement et elle va beaucoup mieux maintenant.

- Quels sont les obstacles à un bon adressage ?

- Pour avoir la personne via le téléphone il n'y a pas de problème.

Pour les IDE, il y a un problème d'effectif sur la région, ils sont surchargés donc on n'arrive pas à en trouver. Pour la kiné, ça ne va pas trop mal.

Les ambulances, c'est un problème à régler par les autorités car quand on appelle les ambulances pour avoir un vsl, ils envoient une ambulance donc c'est un problème. Pour les médicaux on a les rendez-vous sans problème, même en urgence.

- Que pensez-vous des retours ?

- Je n'ai pas de retours systématiques. La cardiologie à Gennevilliers et la Rhumato à Clichy et les urgences oui on a des retours mais les autres pas souvent.

- Voudriez-vous en avoir ?

- Bah oui, c'est enrichissant, on sait de quoi il s'agit, souvent quand on envoie un courrier, on a un retour. Quand les patients y vont directement, il n'y a pas de retour.

- Comment travaillez vous ? Votre mode d'exercice permet-il une bonne communication ? Que faut-il améliorer pour avoir un adressage efficient ?

- En cabinet libéral seul, sans secrétariat. C'est une création depuis 2 ans. Il ne tourne pas à 100 % encore. Je prendrai un secrétariat ; pour sortir les appels, je le fais, mais pour les entrées d'appel oui.

- Que peut-on améliorer dans la relation d'adressage ?

- L'évolution de la communication s'installe tout doucement. Des médecins ne sont pas encore développés, ils n'ont pas internet .. J'ai un cardio avec qui je communique par mail, il m'envoie les CRH c'est plus rapide et intéressant. Les labos faxent, ou envoient par mail, mais d'autres médecins n'ont pas cette habitude informatisée. Si eux s'améliorent sur la communication, on va enfin communiquer par mail ou sur un réseau ..

Certains médecins âgés ne veulent pas entendre parler de la technologie. J'ai un collègue MG, impossible de le contacter.

Entretien 7

17 minutes 32

- Racontez-moi les trois dernières situations où vous adressez un patient vers un autre acteur de santé ?

- C'est un patient de 58 ans, qui a fait un AVC, isolé depuis plusieurs années, je veux qu'il soit pris en charge sur Asnières, il refuse les soins, sa situation sociale est catastrophique. Je l'avais signalé à la mairie d'Asnières et le réseau Agékanonix s'en est occupé donc c'est gagné. Il fallait remettre une prise en charge à domicile qui soit optimale.

Donc j'ai communiqué avec la mairie d'Asnières qui a une charte ville hôpital, avec la sécurité sociale mais ce n'est pas facile car les interlocuteurs se perdent les uns avec les autres. Agékanonix évalue et propose un suivi autour du patient dépendant : ergo, psy, interne, médecin. Ça existe depuis 10 ans.

Il y a un interlocuteur mais ils appellent sur les horaires de consultation donc ce n'est pas très pratique ou par mail, sinon ils font des réunions de concertation.

Les difficultés sont avec les urgences ophtalmo. Si l'ophtalmo est présent sur le CMS ça va, sinon avec les libéraux les délais sont énormes.

Donc le réseau intervient grâce aux conventions ou ceux qu'on a connus via le centre, il y a donc des référents ophtalmo. Ils répondent vite et prennent les urgences.

Donc c'est un réseau informel avec qui on a gardé des contacts, c'est pratique de bosser en CMS car on se dépanne sur site. Si il y a des soucis on travaille alors avec d'autres collègues. Ce sont les patients qui choisissent.

On n'a pas de difficultés, les plus importantes sont sociales, l'invalidité, les prestations non versées, les indemnités, il y a donc des AS qui débrouillent les dossiers difficiles.

Le problème principal est le problème social des gens.

On lui propose la retraite à 67 ans avec 400 euros par mois, il ne veut pas s'arrêter mais il n'est pas prêt donc on travaille sur la retraite par inaptitude, je l'envoie à la caisse vieillesse et l'AS de la sécu.

L'IDE appelle rapidement si il y a un souci vis à vis du diabète, de l'anticoagulation, elles passent prendre les ordonnances. Il y a depuis 10 ans une avancée par rapport au diagnostic infirmier qui fait qu'on s'adresse plus facilement à elles.

- Quels moyens de communication utilisez-vous ?

- Le téléphone, internet, mail et si ils sont loin, isolés et que je ne peux pas me déplacer, les patients ont mon mail. J'utilise peu la télédermatologie mais pour la majorité, j'appelle ma collègue qui jette un coup d'oeil.

- Quels sont les obstacles à un bon adressage ?

- La pénurie de médecin dans le secteur psy. Le non remboursement des psy donc on passe par le secteur institutionnel et c'est plus long. Ce n'est pas lié à la qualité des gens mais à la pénurie des ophtalmo, psychiatres, médecins du travail.

- La communication se passe-t-elle bien ?

- Je ne sais pas. La communication s'est améliorée car il y a eu une évolution de la législation vis à vis des patients, notamment les retours destinés aux médecins généralistes par l'hôpital. Il y a une fluidité de l'information au service du patient. On peut ne pas aimer les

gens mais je n'ai pas de problème. L'APHP parlait de mails sécurisés mais c'est tombé à l'eau donc on les reçoit par courrier donc c'est plus long.

- Y a-t-il une catégorie de ACSS avec qui il est difficile de communiquer ?

- Non

- Que pensez-vous des retours ? En avez-vous ?

- Oui. Si on fait un courrier on me répond dans 99,99% par courrier ou téléphone.

C'est très rare de ne pas avoir de retour car dès l'instant qu'on a adressé une lettre gentille et que on dit bien au patient qu'il est important de mettre dans son dossier les CRH alors il y a des retours. Ce qui prend du temps est le traitement de ces retours et de les informatiser. On avait des dossiers pluridisciplinaires. Si on s'astreint à mettre les CRH dans l'ordinateur. Si le retour d'info ne se fait pas il faut se poser la question. Il y a un respect qui s'améliore envers les généralistes, on est reconnu.

Le CMS est géré par la ville, c'est une activité à plein temps de service publique.

- Comment travaillez vous ? Votre mode d'exercice permet-il une bonne communication ?

- Oui. Ça dépend de l'individu et comment on s'en sert.

Le CMS est un travail de groupe, on se réunit plusieurs fois par mois, ce qui a permis de replacer le rôle de l'IDE avec un rôle de diagnostic infirmier etc...

- Avez-vous des réactions ?

- La situation économique de la sécu, est un système à deux vitesses il faut respecter le secteur 1 pour les patients, il ne faut pas être isolé car si on a des soucis on en parle entre collègues. Si le patient est lourd, il n'est pas perdu et on peut l'adresser vers un autre professionnel du centre. Les difficultés sont les signalements au procureur de la république mais bon là on est démuni, le téléphone sonne dans le vide, les fax on ne sait pas si ils sont lus.

Entretien 8

16 minutes 15

Je travaille en PMI et je fais des bilans soit en PMI soit dans les écoles maternelles, je vois tous les enfants de quatre ans.

- Racontez-moi les trois dernières situations où vous adressez un patient vers un autre acteur de santé ?

- Une maman est venue en consultation pour un bilan orthophonique, j'ai fait une lettre et imprimé les coordonnées de l'orthophoniste à Gennevilliers, mais je n'ai pas fait plus pour rentrer en contact avec l'orthophoniste.

Le biais est que comme je travaille en CMS, pour adresser au spécialiste, c'est assez facile. Il y a un monsieur qui a beaucoup d'antécédents, qui a un problème pour marcher en raison d'un surpoids, d'une neuropathie alcoolique et diabétique et il fallait qu'il voit un orthopédiste donc je lui ai fait une lettre et j'ai pris rendez-vous avec un orthopédiste qui consulte au CMS, il consulte une fois tous les 15 jours. Mais comme c'est un patient compliqué, j'ai booké un rendez-vous avec lui et comme je travaille le même jour j'ai dit à l'ortho de m'appeler, je lui ai fait une lettre. Donc on a fait une consultation à trois, grâce à des liens directs, c'est bien.

A l'hôpital, j'essaye d'organiser une hospitalisation dans un service de médecine interne, donc j'ai appelé le gériatre de Louis Mourier que j'avais déjà eu au téléphone pour d'autres situations. J'ai demandé à lui parler directement pour organiser l'hospitalisation et on a fait le bilan ensemble par téléphone.

- Quels moyens de communication utilisez-vous ?

- Le plus souvent, c'est le courrier d'adressage sur ordonnance si je suis à la PMI.

Au CMS, comme c'est informatisé, il y a des courriers type que je donne au patient.

J'écris sur l'enveloppe non cachetée le nom du collègue à qui je l'adresse et des fois je donne les coordonnées si elles sont perdues. Je demande au spécialiste de me donner une réponse écrite si les patients sont peu fiables.

Je n'utilise pas trop les mails car au sein du CMS, on fonctionne par courrier et que ça c'est toujours bien passé et j'ai eu des bonnes réponses. J'utilise plus les mails pour l'hôpital quand je demande des compléments d'information ou pour les sensibiliser à des situations complexes. C'est toujours en deuxième intention ; quand je n'arrive pas à joindre le spécialiste par téléphone en direct et que je tombe sur son secrétariat, si je n'ai pas réussi à avoir le contact directement.

- Y a-t-il des situations d'adressage qui vont ont posées problème ?

- La difficulté est dans le retour et pas dans l'adressage car si on a bien expliqué au patient les choses se font. La difficulté que j'ai est d'avoir des retours du professionnel de santé lui-même en ville ou à l'hôpital, j'ai l'impression de faire beaucoup de lettres, je n'adresse jamais sans lettre et je n'ai pas de retour, j'ai le retour du patient mais la communication entre professionnels est difficile.

- Pourquoi ?

- Car ils ne donnent pas les lettres ou bien car je ne donne jamais mon mail dans le courrier donc peut-être qu'ils n'arrivent pas à me joindre, au CMS on n'a pas de ligne directe non plus.

- Quels sont les obstacles à un bon adressage ?

- Il faut avoir les bons contacts et quand il y a un problème avec des spécialistes, ce n'est pas simple de trouver le bon interlocuteur, les coordonnées, quand tu n'as pas le nom tout de suite. Il manque un truc centralisé pour les problèmes médicaux et sociaux : MDPH, sécu, surtout pour les paramédicaux, pour comment trouver le bon interlocuteur, un répertoire manque. Le fait de se connaître et de travailler ensemble notamment dans le CMS, la communication entre les professionnels est meilleure qu'en dehors du centre, la proximité améliore la communication et permet d'être facilement joignable mais l'absence de ligne directe fait que les correspondants doivent passer par le standard qui nous transfère l'appel etc. Le frein est que je ne dois peut être pas beaucoup utiliser les mails.

- Votre mode d'exercice permet-il une bonne communication ? Que faut-il améliorer pour avoir un adressage efficient?

- Je suis persuadé que quand on connaît les gens il est plus facile de les appeler, il y a moins cette gêne de dire je le dérange durant sa consult, qu'est ce que tu ferais ... quand le spécialiste est là, en dermato notamment, je l'appelle, je lui dis vient voir, et elle trouve toujours le temps, ça prend quatre minutes mais de connaître les gens, il y a une complicité de travail plus grande et la proximité géographique est un critère.

Car on connaît bien les gens qu'on croise lors de réunion. Les rencontres pro sur des temps dédiés à la rencontre entre professionnels jouent beaucoup.

- Que pensez-vous des retours ?

- Je veux des retours, ça c'est sûr, car quand j'adresse c'est que je me sens à la limite de mes compétences donc j'ai besoin d'un avis et du coup quand je demande un avis c'est que j'ai des questions donc j'ai besoin de réponses.

Pour les paramédicaux, par exemple les IDE à domicile, qui suivent les diabétiques, il est difficile de les avoir au téléphone, je pense qu'elles doivent être surchargées, je pense que le téléphone n'est peut être pas le meilleur moyen mais dès que je les sollicite elles me répondent. Pour adapter un traitement, elles auraient dû m'appeler, je ne pense pas qu'elles soient gênées de le faire. Est ce un manque de temps ? Il faudrait un endroit pour partager des infos médicales sécurisées par mails par exemple un moyen physique aussi mais il y a

un manque de temps ; un site, un truc facile d'accès car je n'aime pas l'informatique, pour qu'il n'y ait pas le biais de l'outil difficile qui limite son utilisation.

- Avez-vous des réactions ?

- C'est hyper important la communication entre professionnels, je pense qu'elle doit être améliorée et c'est une question intéressante, réfléchir au niveau local car chaque territoire a sa façon de communiquer. Avec l'hosto, c'est un problème en soi et avec les professionnels, au niveau local c'en est un autre.

Il faut l'améliorer et tout le monde y gagnera, en temps, en qualité de soins, pour les patients, nous, quand on communique on continue à se former donc c'est intéressant.

Entretien 9

17 minutes 17

- Racontez-moi les trois dernières situations où vous adressez un patient vers un autre acteur de santé ?

- Récemment, la dernière visite, c'était une patiente avec problème psy suivie au CMP, j'ai essayé de contacter Agékanonix, vous devez connaître, c'est une situation qui dure depuis deux ans, il y a eu une tentative de suicide. J'ai rappelé Agékanonix en demandant qu'elle puisse être prise en charge et que le psy l'hospitalise.

C'est un vide, c'est un truc qui n'a pas réussi. J'essaye de faire venir les IDE quatre fois par jour sachant qu'elle prend des médicaments quatre fois par jour même la nuit, donc je n'ai pas réussi même si Agékanonix est venu une fois. Je n'ai pas réussi à résoudre cette situation. Son mari ne peut pas la laisser seule. Je voudrais que tous les professionnels discutent ensemble. La situation n'est pas évidente. Je demande comment on peut prendre cette femme en charge en HDJ. Voilà ça c'est un de mes cas ratés.

Pour les labos, dès qu'il y a un souci, ils m'appellent, en rapport avec une prescription d'examen biologique, si il y a un souci, si quelque chose ne va pas, ils ont toujours fait ça, je trouve ça normal. Parfois je mets sur l'ordonnance "urgent, me communiquer les résultats quoi qu'il arrive" et si j'appelle le labo en disant c'est bizarre, il a des globules blancs dans ses urines qu'est-ce que vous en pensez, ils sont très accessibles et très sympas.

C'est une très petite ville Villeneuve, alors on se connaît tous par coeur. Donc entre médecins, entre labos, il y a cette réunion mensuelle notamment avec le réseau Agékanonix, donc on est amené à se voir régulièrement donc si on oublie d'appeler quelqu'un, à l'occasion de cette réunion, cette rencontre des IDE de ville et la croix rouge, privé, libéral, tout, si le kiné à besoin d'un avis. On présente des patients et tous les gens qui s'en

occupent sont convoqués même les AS. Tout le monde ne vient pas mais tout le monde peut venir, même les pharmaciens si ils ne s'en sortent plus, les pharmaciens sont assez coopérants par exemple pour apporter les médicaments à domicile si nécessaire. Donc ces réunions permettent de communiquer. Ce qui est difficile pour moi est d'obtenir le kiné même si j'appelle le kiné, ils sont gentils mais sont en net sous effectifs depuis quelques années donc, à part les bronchiolites, on ne va pas obtenir de kiné en urgence. Pour les orthophonistes c'est très difficile car je ne sais pas si ils sont en sous effectifs mais c'est difficile. Il y a une réunion où je les ai rencontrés, ce qui a permis de mettre les pieds dans l'école ce qui n'était pas le cas avant, enfin il y a 15 ans, je peux retourner dans l'école si je suis invité par les parents mais je ne savais pas que ce doit être à eux de m'y inviter. Sinon il y a une bonne communication entre médecins. Les spécialistes sont quasi injoignables notamment car ils sont tous partis de Villeneuve, le dermato est parti, le rhumato, l'ORL. Il ne reste que le dermato du centre de la croix rouge, donc on est une équipe hyper réduite et il n'y plus de spécialistes, donc pour les spe on va soit vers les hôpitaux. C'est plus rapide de faire hospitaliser quelqu'un. Pour avoir un spécialiste un peu sérieux c'est très difficile, il faut passer des coups de téléphone et passer beaucoup de barrières comme le standard de l'hôpital Beaujon. C'est voué à l'échec presque.

- N'avez-vous pas leurs coordonnées ?

- Les mails non, sauf si je me suis fait mes contacts personnels.

- Qu'est-ce qui ne marche pas ? Ou marche très bien ? Que peut-on améliorer dans la relation d'adressage ?

- Ce qui n'est pas facile en tout cas c'est d'avoir un avis de spécialiste rapide quand la situation est urgente, soit on est désespéré et on écrit une grosse lettre et on espère que ça va avancer quand c'est URGENT. Si ce n'est pas urgent on arrive toujours quand même à avoir un rendez-vous.

Parfois ils donnent des avis mais n'ont pas de place, donc si on envoie le patient à l'hôpital de garde les patients se sont fait disputer et si vous les appelez directement, il arrive qu'ils disent : "non il n'y a pas de place", donc on les envoie en disant urgent, ce qui est une attitude où il y a dix ans, on téléphonait dans le service et on avait un accueil direct dans le service. Et c'est très embêtant car ça incite à envoyer directement le patient aux urgences avec un vrai courrier même en ayant appelé, mais pour des patients qui n'auraient pas besoin d'attendre aux urgences.

Pour le social et les maladies professionnelles, c'est très très compliqué d'avoir un interlocuteur tels que la CPAM. On a une plateforme où ils ne répondent pas, on ne connaît pas le nom du médecin, donc quiproquo, il y a un numéro patient et un numéro pour les pro,

donc on se fait passer pour le patient puis après on dit qu'on est le médecin, c'est anormal d'être obligé de mentir.

- Quels moyens de communication utilisez-vous ?

- Le téléphone, sinon des courriers que je remets au patient si c'est pour les spécialistes. Je n'utilise plus de fax car on n'a pas réussi à l'installer. On peut envoyer des mails.

- Que pensez-vous des retours ? En avez-vous ?

- J'ai toujours envie d'en avoir même si ils sont allés seul aux urgences.

De manière générale j'ai des retours mais le problème est qu'ils peuvent être très tardifs comme deux mois après l'hospitalisation. Quelquefois, dans les retours, le spécialiste va me joindre avec son téléphone personnel directement mais l'espace temps est le problème.

Les kinés ne communiquent pas tellement, j'ai peu de retour mais je ne leur téléphone pas pour leur demander, je laisse un peu passer. Parfois il enverra un message, il dit au patient d'interroger le médecin. Ils n'envoient jamais de courrier mais ils passent par le patient.

Avec les IDE, on communique par téléphone des deux cotés et je fais des courriers pour les libéraux, c'est très facile.

- Pourquoi la communication se passe-t-elle bien ? Est-elle efficace ?

- Si on se connaît en général, quand on s'est vu un petit peu. L'association Agékanonix a beaucoup changé les relations entre les professionnels car on se connaît. Les formations aussi, on revoit les gens beaucoup et quand on parle des patients, le fait qu'on se connaisse ça aide, quand les intervenants sont inconnus... Dans cette petite ville ça aide...

- Comment travaillez-vous ?

- Je travaille dans un cabinet, on est trois médecins, avec un secrétariat téléphonique.

- Votre mode d'exercice permet-il une bonne communication ? Que faut-il améliorer pour avoir un adressage efficace ?

- Oui, une de mes collègues fait des IVG à deux endroits dont un qui est un centre de toxicomanie, addictions donc pour ces cas spécifiques, elle appartient à un réseau et elle est pointue là dessus et si j'ai un souci on peut en parler et m'aider à trouver un contact, c'est plus simple par exemple pour les IVG, elle trouve plus rapidement et après réflexions à trois : "as-tu pensé à ça et à ça", donc je n'imagine même pas travailler tout seul, sinon c'est un peu solitaire, elle travaille à l'hôpital aussi, on s'ennuierait.

Entretien 10

13 minutes 45

Je vois des patients à domicile et je les évalue à domicile, on est en plein dans le parcours des patients complexes à domicile. On organise des RCP, des réunions de partenaires, je ne suis pas prescripteur, on fait le lien entre les professionnels de santé.

- Racontez-moi les trois dernières situations où vous adressez un patient vers un autre acteur de santé ?

- C'est un monsieur avec des troubles cognitifs et qui vit à domicile, qui n'avait pas vu de médecin depuis trois ans et j'ai été appelé par une assistante sociale pour avoir un avis sur une protection juridique, donc on est allé ensemble chez lui, j'ai fait un courrier pour appuyer cette demande et plus tard je l'ai envoyé en HDJ pour faire le point sur ses pathologies médicales et on a trouvé plein de choses. Il fallait mettre en place une IDE pour lui donner ses médicaments donc j'ai cherché une IDE qui était d'accord pour se déplacer. Il y a une IDE de coordination au sein du réseau qui s'occupe des liens et qui a un listing. Elle connaît les spécificités des IDE, celles qui font le pilulier, celles qui acceptent de faire des toilettes. Son travail est de faire le lien avec le SSIAD, l'HAD..

C'est difficile à trouver car peu d'IDE se déplacent à domicile, elles sont débordées donc j'ai appelé l'IDE qui est d'accord, elle y est allée hier mais je n'ai pas eu de retour.

- Que pensez-vous des retours ?

- Si je ne fais pas les démarches, elle ne m'en donnera pas.

Je communique beaucoup avec les AS, notamment des visites à domicile. Un monsieur avec des problèmes cognitifs, qui était en refus de soins, j'ai fait du lien avec le médecin traitant, il fallait faire du lien avec l'APA.

- Comment l'avez-vous contacté ?

- C'était hyper difficile, il ne répondait pas au téléphone, j'ai même hésité à passer chez lui.

- Quels moyens de communication utilisez-vous ?

- Le téléphone, les mails, les courriers, les courriers papiers.

- Quels sont les obstacles à un bon adressage ? Pourquoi la communication se passe-t-elle bien ? Est-elle efficiente ?

- Ce qui se passe bien, c'est une histoire de volonté de personne qui veut communiquer et faire partie du réseau. Et ceux qui n'en ont pas envie, on le sent très vite ; ils ne sentent pas la volonté de travailler à plusieurs. Après, à Gennevilliers c'est un microcosme.

Je peux les comparer avec les autres villes, ici tout le monde communique, beaucoup de médecins sont très moteurs et il y a un noyau moteur de médecins généralistes, pharmaciens, IDE, tout le monde communique. Il y a d'autres endroits où il n'y a aucune organisation des médecins entre eux, aucun ne fait des visites à domicile. Il n'y a pas de motivation entre certains pour s'organiser alors qu'à Gennevilliers c'est fédérateur.

Après il y a des raisons historiques car c'est un pôle universitaire donc ça a amené des jeunes médecins qui ont eu envie de travailler entre eux. A Clichy il y a beaucoup moins de médecins qui sont maîtres de stage.

- Que pensez-vous des retours ?

- Moi je dois aller chercher les gens pour leur faire des retours.

- Faites-vous systématiquement des retours ?

- Oui avec les médecins traitants car c'est la charte des réseaux de mettre les médecins traitants au centre. Avec les autres professionnels on communique au fur et à mesure.

- Qu'est-ce qui ne marche pas ? Ou au contraire marche très bien ?

- Ça ne va pas quand la situation devient complexe ; plus c'est difficile pour le professionnel de se débrouiller tout seul, complexe au sens de précaire, de refus de soin, d'avoir des aides, notamment du psychiatrique en plus des problèmes somatiques, ça dysfonctionne.

A.2 QUESTIONNAIRE

Le pôle de santé de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne, cherche à faciliter et améliorer la qualité des échanges entre l'ensemble des acteurs de santé médico-psycho-sociaux du territoire. Dans ce cadre, trois internes de médecine générale réalisent leur thèse sur les relations entre les différents acteurs de santé sur le territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne à travers trois questions de recherche.

Comment les généralistes communiquent-ils avec les autres professionnels de santé lorsqu'ils leur adressent un patient ?

Merci de nous accorder une dizaine de minutes pour nous aider à mieux travailler ensemble.

Votre Mode d'exercice

1) Vous êtes?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- un Homme
- une Femme

2) Quel est votre âge (entre 20 et 90) ?

Veillez écrire votre réponse ici :

3) Dans votre lieu d'exercice principal, vous exercez : Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Seul
- Dans un cabinet de groupe uniquement avec des médecins généralistes
- Dans un cabinet de groupe avec d'autres professionnels de santé
- Dans une structure (type CMS, planning, PMI etc...)

4) Avez-vous un secrétariat dans votre lieu d'exercice principal ? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non
- Un secrétariat physique
- Un secrétariat à distance

5) Appartenez-vous à un réseau (Scop, Ares...)? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Vos relations avec les autres professionnels de santé:

6) De MANIERE GENERALE (hors urgence), quand vous adressez un patient vers ce professionnel, ces situations se présentent-elles ?

Jamais = 0

Rarement = 1

Souvent = 2

Toujours ou presque = 3

Ecrire le chiffre équivalent à la réponse.

	médecin spécialiste, chirurgien libéral	Infirmière, kiné, para médicaux	service hospitalier et urgences	biologiste, radiologue	assistante sociale, psychologue
Je ne remets ni lettre ni courrier ni ordonnance au patient, je lui dis d'aller voir ce professionnel et c'est tout	-	-	-	-	-
Je lui écris un courrier (ou une ordonnance) que je remets au patient	-	-	-	-	-
Je lui envoie une lettre par la poste	-	-	-	-	-
Je lui envoie un fax	-	-	-	-	-
Je vois ce professionnel en face à face	-	-	-	-	-
Je lui téléphone	-	-	-	-	-
Je lui envoie un mail	-	-	-	-	-

7) Dans un contexte d'URGENCE, quand vous adressez un patient vers ce professionnel, ces situations se présentent-elles ?

Jamais = 0

Rarement = 1

Souvent = 2

Toujours ou presque = 3

Ecrire le chiffre équivalent à la réponse.

	médecin spécialiste, chirurgien libéral	Infirmière, kiné, para médicaux	service hospitalier et urgences	biologiste, radiologue	assistante sociale, psychologue
Je ne remets ni lettre ni courrier ni ordonnance au patient, je lui dis d'aller voir ce professionnel et c'est tout	-	-	-	-	-
Je lui écris un courrier (ou une ordonnance) que je remets au patient	-	-	-	-	-
Je lui envoie une lettre par la poste	-	-	-	-	-
Je lui envoie un fax	-	-	-	-	-
Je vois ce professionnel en face à face	-	-	-	-	-
Je lui téléphone	-	-	-	-	-
Je lui envoie un mail	-	-	-	-	-

Dans le cas où vous écrivez une lettre, est-elle manuscrite ou écrite à l'ordinateur via le logiciel médical? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Manuscrite
- Informatisée
- Les deux
- Je n'écris pas de lettre

Selon le professionnel contacté, (quel que soit le moyen de communication utilisé) : AVEZ

VOUS-EU des réponses, retours, accusés de réception de la part de ce professionnel ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais ou presque jamais	Rarement	Souvent	Toujours ou presque
Médecin spécialiste				
Infirmière, kinésithérapeute				
Service hospitalier et urgences				
Biologiste, radiologue (examens complémentaires)				
Social (assistante sociale, psychologue...)				

10) AVEZ-VOUS BESOIN de réponses, de retours ou d'accusés de réception de la part de ce professionnel ? Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais ou presque	Rarement	Souvent	Toujours ou presque
Médecin spécialiste				
Infirmière, kinésithérapeute				
Service hospitalier et urgences				
Biologiste, radiologue (examens complémentaires)				

11) Lors des entretiens avec des médecins généralistes du territoire, j'ai mis en évidence certains obstacles. Avez-vous déjà rencontré ces obstacles (dans une relation d'adressage de patient)? Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais ou presque	Rarement	Souvent	Toujours ou presque
Je ne connais pas assez la législation sur le partage des informations et du secret médical (par exemple faut-il répondre par mail crypté ? Peut-on partager ces informations médicales ?...)				
Le correspondant est difficilement accessible (éloignement géographique, rendez-vous dans longtemps)				
Les coordonnées du correspondant me sont inconnues (horaires, secteur d'activité, actes pratiqués, pratique du tiers payant...)				
Je n'ai jamais eu de contact antérieur avec ce professionnel, je ne suis pas familier avec lui donc je n'ose pas le contacter				
Je n'ai pas de retour de sa part donc je ne suis pas satisfait de cet échange				
Je ne fais pas intervenir le patient car IL N'ARRIVERA PAS à prendre un rendez-vous ou à transmettre mon message (patient non capable pour de multiples raisons)				
Je n'ai pas intégré mon patient dans sa prise en charge (manque de temps, choix personnel)				
Plus la situation psycho-médico-sociale du patient est difficile, plus cela complique la communication avec mon interlocuteur				
Je ne me considère pas assez au centre de la prise en charge du patient				
Le moyen de communication que j'utilise est contraignant (chronophage, stockage lourd, coûteux..)				
Le degré d'urgence pour la prise en charge de mes patients n'est pas pris en compte				

ETUDE DES RELATIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE DU TERRITOIRE DE GENNEVILLIERS/VILLENEUVE-LA-GARENNE: Analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé lors de l'adressage d'un patient sur le territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne.

Introduction : L'évolution du système de santé en France tend de plus en plus à donner une position centrale et pivot au médecin généraliste (MG). Cela sous-entend une collaboration efficiente entre les acteurs de soins. Nous avons étudié le discours de ces acteurs sur la communication interprofessionnelle au sein de ce territoire de santé. Trois thèses complémentaires ont été réalisées afin d'apporter des éclairages croisés sur ce thème. La première (K.Mognon) visait à estimer les flux d'adressage et de communication entre les différents acteurs. La seconde (C.Le Métayer) interrogeait le discours des IDE et masseurs kinésithérapeutes (MK). Cette thèse était le pendant de cette dernière puisqu'elle interrogeait le point de vue des médecins généralistes sur les modalités de communication avec les autres professionnels de santé du territoire lors de l'adressage d'un patient.

Méthodologie : Nous avons conduit une méthode mixte incluant un volet qualitatif comportant 10 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes suivi d'une enquête par questionnaires auto-administrés adressée à l'ensemble des MG du territoire ayant une activité de médecine générale ambulatoire (n=63). 50 questionnaires ont été recueillis.

Résultats : Les MG ressentaient leur communication avec les autres professionnels de santé du territoire comme peu efficace et chronophage : 45% des MG déclaraient difficile de trouver le professionnel adapté à la prise en charge de leur patient (disponibilité, coût, coordonnées inconnues...). Lors de l'adressage, ils ne connaissaient pas systématiquement le devenir de l'information, l'obtention de retours (souhaitée) variait de 14 à 92 % selon la catégorie professionnelle contactée. Quel que soit l'interlocuteur, les MG déclaraient utiliser les mêmes supports de communication : le courrier/ordonnance suivi du téléphone. L'urgence semblait être l'élément qui pouvait en modifier leur usage, les technologies de l'information et de la communication (TIC) et les autres supports étant peu utilisés. Des pistes visant l'amélioration de la communication (notamment lors de l'urgence) ont été soulevées : humaniser les rapports par les rencontres et les formations interprofessionnelles, créer des outils pour centraliser les données médico-administratives des patients et les caractéristiques des professionnels de santé, instaurer des retours systématiques, mieux intégrer le patient dans sa prise en charge.

Conclusion : Les MG semblent communiquer de la même manière avec les professionnels de santé. Ils ressentent le besoin d'améliorer la communication (avec une pondération selon l'interlocuteur) et de mieux connaître leurs correspondants pour optimiser l'orientation de leurs patients dans leurs parcours de soins.

Mots clés : Médecin généraliste, parcours de soins, communication interprofessionnelle, supports de communication, méthode mixte, territoire de santé