

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : Le Métayer Prénoms : Charlène, Cécile

Date et Lieu de naissance : 22/04/1987 à Clamart

Présentée et soutenue publiquement le : 30 Juin 2016

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

**Analyse du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sur leur
communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient.**

Présidente de thèse : Professeur AUBIN-AUGER Isabelle

Directeur de thèse : Docteur PICARD Hervé

DES de Médecine générale

Table des Matières

Remerciements.....	4
Abréviations	8
I. Introduction	10
II. Contexte.....	14
A. Généralités : «La Santé pour tous» et les Soins Primaires.....	14
A.1 Au niveau Mondial.....	14
A.2 En France : Le modèle professionnel non hiérarchisé	16
B. Évolution des lois de santé en France et du rôle du médecin généraliste.....	17
B.1 Le parcours de soins.....	17
B.2 Évolution du rôle du médecin Généraliste	18
C. L'amélioration du parcours de soins	21
C.1 La coordination et la continuité des soins.....	21
C.2 Les réseaux de soins	22
C.3 La collaboration interprofessionnelle	23
III. Matériel et Méthode : une méthode mixte.....	29
A. Type d'étude	29
B. Population étudiée	29
C. Volet qualitatif	30
C.1 Les professionnels rencontrés	30
C.2 Entretiens semi dirigés.....	30
C.3 Retranscription et analyse de contenu	31
D. Volet quantitatif	31
D.1 Professionnels interrogés.....	31
D.2 Le questionnaire	31
D.3 Recueil des données.....	32
D.4 Codification et saisie des données	33

D.5 Analyse statistique	33
IV. Résultats.....	34
A. Etude Qualitative : Analyse des Entretiens	34
A.1 Déroulement des entretiens	34
A.2 Sentiment global : point de vue de l'interviewer.....	34
A.3 Caractéristiques des répondants	35
A.4 Analyse des entretiens et thématiques principales	36
B. Étude quantitative	71
B.1 Taux de réponses	71
B.2 Représentativité	72
B.3 Données socio-démographiques.....	75
B.4 État des lieux et ressenti de la communication avec le MG	82
V. Discussion.....	98
A. Méthodologie.....	98
A.1 Choix de la population cible.....	98
A.2 Choix de la méthode mixte:.....	101
A.3 Volet qualitatif :.....	103
A.4 Volet quantitatif :	105
A.5 Travail de recherche à trois	106
B. Résultats.....	107
B.1 Les supports de la communication	107
B.2 Les facteurs influençant la communication	123
B.3 Le patient comme intermédiaire de la communication : vecteur ou interférant ?....	141
B.4 La relation ville / hôpital : au cœur de la coordination pluri professionnelle.....	142
C. Discussion Commune.....	144
C.1 La place du patient dans son parcours de soins.....	146

C.2 Le manque de temps et de ressources à consacrer à la communication interprofessionnelle	148
C.3 La méconnaissance de l'offre de soins.....	156
C.4 L'offre de soins est limitée.....	157
C.5 L'urgence : temps essentiel dans la communication, la coordination et le parcours de soins du patient	158
C.6 L'Interprofessionnalité	162
C.7 La coordination comme élément propre	164
VI. Conclusion	185
A. Conclusion de l'étude	185
B. Conclusion commune aux trois thèses	186
B.1 Le manque de temps et de ressources.....	186
B.2 La méconnaissance de l'Autre	187
B.3 La communication et la coordination en tant qu'élément propre	188
Liste des Graphiques	192
Liste des Tableaux	192
Bibliographie	194
Annexe 1 : Guide d'Entretien.....	201
Annexe 2 : Entretiens.....	202
Annexe 3 : Questionnaire	219
Annexe 4 : Marguerite des compétences	222
Annexe 5 : Résultats quantitatifs en fonction des caractéristiques secondaires.....	223

Remerciements

Le tout premier de mes « Merci », est évidemment destiné à notre directeur de thèse, le Docteur Hervé Picard, notre grand chef, qui a orchestré dans la joie et la bonne humeur notre travail à quatre. C'est en partie grâce à toi que j'ai pris beaucoup de plaisir à ce travail, toutes nos réunions et nos discussions, resterons un très bon souvenir ! En plus de nous avoir appris les « bases » de santé publique, tu nous as appris à travailler ensemble, à garder une certaine cohésion et surtout à apprécier ce que l'on faisait. Un énorme Merci, et je n'ai pas de doute quant à la poursuite de nos rencontres pour refaire le monde.

Je remercie Madame le Professeur Isabelle Aubin Auger d'avoir accepté aussi simplement et rapidement de présider ce Jury, surtout dans ce contexte inhabituel.

Je remercie bien sûr Monsieur le Professeur Jean Pierre Aubert, et Monsieur le Docteur Julien Gelly de me faire l'honneur d'être présents à ce jury.

Un Merci tout particulier à Toi, en face de moi, qui me fait des clins d'œil par-dessus mon ordinateur. Tu auras épaulé ce travail du début à la fin, supporté mes instants d'angoisse. Je n' imagine plus ma vie sans toi, ton écoute patiente après une journée difficile, et surtout ton incroyable capacité à me redonner le sourire. Bientôt finies les thèses ...A nous les projets !!

Un Merci à mes parents qui n'ont pas perdu une seule miette de ce travail !

Vous, qui avez toujours été présent, dans les bons comme les moins bons moments, que ferais-je sans vous ? Merci de toujours répondre à ce fameux coup de fil d'aide à la gestion de crise, dont je suis reine ! Merci de m'avoir toujours permis de m'épanouir dans mes passions, de m'avoir donné le si bon gout de la vie, des autres, des voyages, de la curiosité et de la découverte. Tout cela dans tant d'amour.

Un grand merci pour votre participation à ce travail, merci papa pour ton aide à la mise en page, et maman pour ton aide sur les entretiens. Je vous aime.

Merci à ma sœur, notre rayon de soleil, qui nous illumine de sa bonne humeur et de son rire communicatif. A toi et à toute ta petite famille bien sûr : Camille, Antoine et Bruno.

Merci au reste de ma famille, Demazoin et Le Métayer mélangée, oncles, tantes et une grosse pensée à mes grands-parents, qui m'ont toujours soutenus et qui je le pense, seraient très fiers aujourd'hui.

Merci à ceux qui m'ont convaincu dans l'envie d'exercer ce beau métier, par leur exemple :
Merci à mes maîtres de stage : le Docteur Daniel Thiollier, le Dr David Ouanounou, le Dr Benêt, le Dr Djouab. Je suis bien chanceuse d'avoir découvert la médecine générale à vos côtés.

Merci à mes copines de galère grâce à qui ces années d'internat furent trois très belles années pleines de souvenir, en particulier à Maria, Linda, Clémence, Caro et Marie. A tous ces apéros que nous avons bien pu prendre ensemble pour « débriefier » la journée et partager nos inquiétudes et nos expériences. Vous êtes mes sauveuses et la vie active ne fait que commencer, c'est le début de notre histoire ! Un merci tout particulier à ma Maria, ma jumelle de questions existentielles , heureusement que tu étais là pour moi !

Merci à mes amis du tout début, depuis nos premières années à Bichat, vous êtes toujours là alors qu'il s'en est passé du temps depuis les amphes : merci à Viannette, Cilou et Thibault.

Et puis évidemment, on en vient toujours à vous, Merci à mes "F", présentes à mes côtés depuis belles lurettes et qui le resteront je l'espère encore longtemps : Camille, Alex et Polux, vous qui m'avez vu évoluer depuis si longtemps, c'est en partie grâce à vous que je suis

devenue celle d'aujourd'hui, Merci de m'avoir soutenue dans cette voie, je ne m'y serais probablement pas dirigé sans vous les filles !

Et pour finir un joyeux et sincère Merci à mes cothésards, si différents l'un de l'autre qui m'ont apporté bien plus qu'un travail en commun. Pendant deux ans nous avons évolué ensemble, partagé nos projets, discutés sur tous les sujets possibles de nos vies respectives. Maintenant cela va me faire un grand vide, de ne plus recevoir vos messages quotidiens, de ne plus me rendre à nos réunions du soir et de ne plus goûter au bons plats de Thibault. Mais l'aventure n'est pas complètement finie.

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

Abréviations

ARSIF : Agence Régionale de Santé Ile de France

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP : Agence des Systèmes d'Information de santé Partagés

ATCD : Antécédents

CMS : Centre médico-social

CNAMT : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

DEI : Diplôme d'état infirmier

DMP : Dossier médical partagé

ENMR : Expérimentation de nouveaux modes de rémunération

ETP : Education thérapeutique personnalisée

FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé

GVLG : Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne

HPST : Hôpital, patient, santé et territoire.

IDE : infirmier diplômé d'état

IFOP : Institut français d'opinion publique

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INCa : Institut national du cancer

IPC : Interprofessional Collaboration

IPE : Interprofessional Education

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale

LMD : Licence, Master, Doctorat

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

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

ONPDS : Observatoire National de la Démographie des Professions de santé

PDSA : Permanence de soins ambulatoire

PNMG : Professionnels non médecin généraliste

PPS : Programme personnalisé de soins

PPAC : Programme personnalisé d'après cancer

PRADO : Programme d'Accompagnement du retour à Domicile

PSUGVLG : Pôle de santé universitaire de Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne

RDV : Rendez-vous

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

SSR : Soins de suite et de rééducation

TICS : Technologies de l'information et de la communication en santé

I. 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 santé (paramédicaux, médecins spécialistes...). La médecine générale devenant 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 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 « Hôpital, patient, santé et territoire » (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, coordonné 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)

Cette expression « soins primaires étendus » 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»). L'objectif des soins primaires étendus est d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et la coordination des acteurs de soins 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 étant l'efficacité des prises en charge au moindre coût.

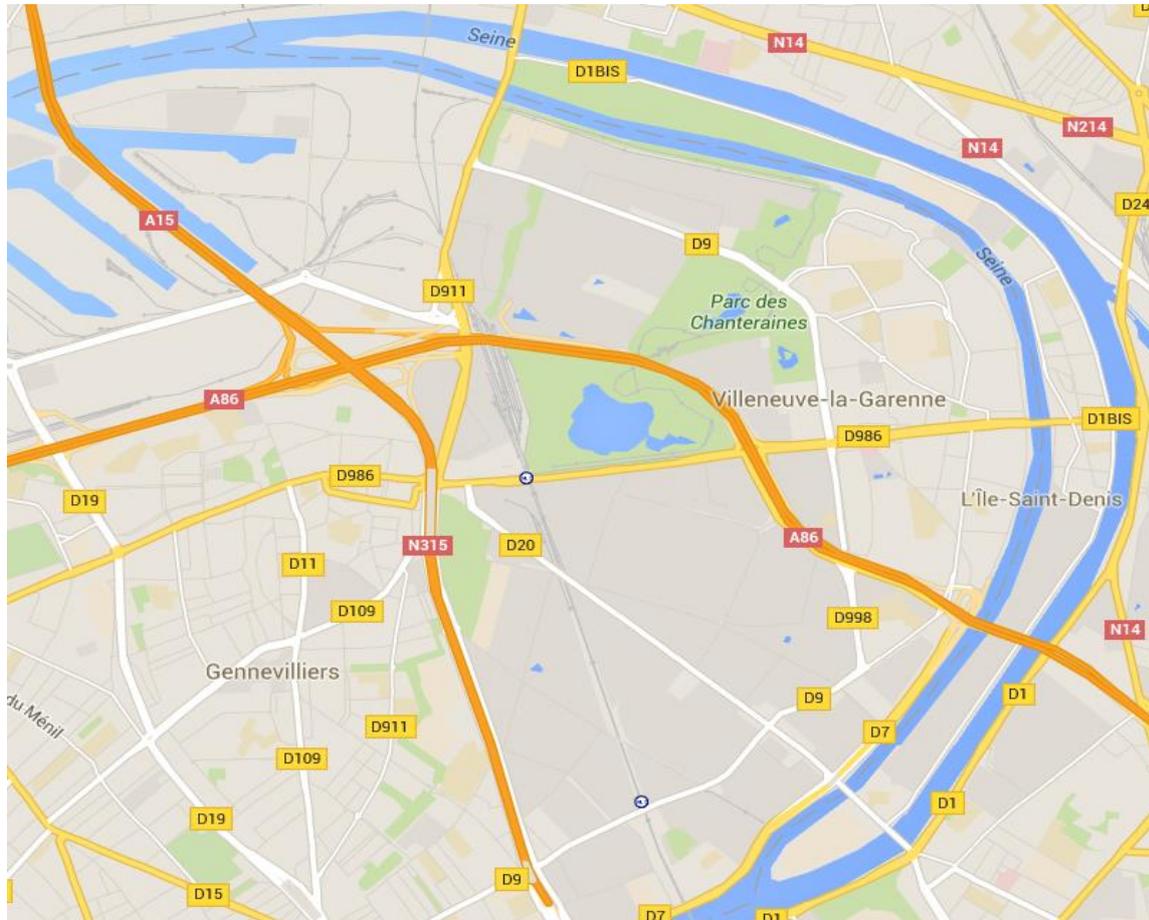
La collaboration interprofessionnelle et la coordination des soins impliquent les notions de communication et d'adressage entre les professionnels de santé.

Paradoxalement, ces notions sont peu étudiées à l'échelle nationale et inexistantes à l'échelle locale. Or, celles-ci sont indispensables à la mise en place d'une coordination cohérente et efficace.

Nous avons décidé de nous intéresser au territoire de Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne (GVLG) qui accueille le pôle de santé universitaire de Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne

(PSUGVLG) car celui-ci conduit une réflexion sur l'amélioration de la communication et de l'adressage entre les acteurs de santé au sein de ce même territoire.

Fig. 1 : Territoire de Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne



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 PSUGVLG mettant en évidence l'intérêt des professionnels de soins primaires pour un tel outil.

Dans ce cadre, le PSUGVLG nous a proposé de mener un travail de recherche collectif et descriptif pour analyser l'adressage et la communication entre les acteurs de santé du territoire.

Au sein du territoire de GVLG, notre étude descriptive et exploratoire a pour but :

- De faire une « photographie » ou un état des lieux des flux d'adressage et de communication déclarés entre les différents professionnels de santé autour du patient dans son parcours de soins.
- D'étudier la relation d'adressage entre les médecins généralistes (MG) et les autres acteurs de soins :
 - En étudiant le point de vue du médecin généraliste,
 - En étudiant le point de vue des Infirmiers diplômés d'état (IDE) et des masseurs-kinésithérapeutes (MK).

II. Contexte

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

A.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 » et ils incluent 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 problème 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).

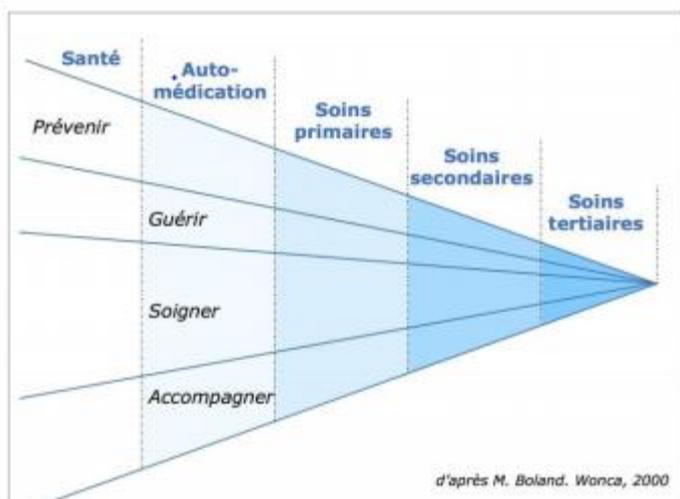


Fig. 2 :Place des soins de santé primaires dans l'éventail des soins de santé

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.

On assiste actuellement à un vieillissement de la population avec une augmentation des pathologies chroniques. Ces deux phénomènes conduisent à une multiplication des intervenants dans le parcours de soin d'un patient, cela implique 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.

A.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 spécialisée 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 (2), 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. Évolution des lois de santé en France et du rôle du médecin généraliste

B.1 Le parcours de soins

B.1.1 Définition 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».

B.1.2 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.

B.1.3 Les soins de premier recours

La loi HPST de 2009 (4) 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 ».

Ainsi 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.

B.2 Évolution du rôle du médecin Généraliste

B.2.1 «Gatekeeper» : médecin pivot du parcours de soins coordonnés

La notion de médecin traitant a été introduite par la convention du 4 décembre 1998. Le parcours de soins coordonnés et le rôle de «gatekeeper» donné au médecin généraliste ont ensuite été mis en place par la loi du 13 août 2004 (3), 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 (4) a permis de renforcer cette dynamique avec en 2011 un taux d'assurés ayant désigné un médecin traitant de 89,7%, le médecin généraliste étant choisi comme médecin traitant dans 95% des cas.

	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. 1 : Taux d'assurés ayant désigné un médecin traitant

	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

Tableau. 2 : Consultations réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés

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 médecin généraliste 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 ».

B.2.2 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) (18), 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.

B.2.3 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 diagnostique 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.

C. L'amélioration du parcours de soins

C.1 La coordination et la continuité des soins

C.1.1 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).

C.1.2 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 de soins coordonnés.

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 pluri professionnelle.

C.2 Les réseaux de soins

C.2.1 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 en 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.

C.2.2 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 90, les pouvoirs publics accordent une place très importante aux réseaux de santé, dans l'optique d'améliorer 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 d'un cloisonnement entre les acteurs de santé et les établissements de soins (19).

Les réseaux permettent une organisation pluri professionnelle 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.

C.3 La collaboration interprofessionnelle

C.3.1 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.

C.3.2 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 (27) :

- Définir une vision commune du patient et de son parcours ;
- Préciser 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 ou la délégation des compétences.

C.3.3 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 afin 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 croissante de soins (exemple des infirmières ASALEE) (29). L'enjeu étant d'assurer une nouvelle forme de coopération entre les professionnels de santé.

La collaboration nécessite des moyens de communication efficaces. Cela est favorisé par le contexte actuel de développement d'outils innovants de communication et de partage de l'information.

C.3.4 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 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).

C.3.5 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 (32), (*Études de l'OCDE sur les politiques de santé : Obtenir un meilleur rapport qualité prix dans*

les soins de santé), il est nécessaire de développer des nouveaux modes de rémunération pour améliorer la coordination.

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 thérapeutique. Ce programme, alliant la délégation de tâche et de temps, a montré son efficacité.

La tendance actuelle est donc au développement de l'exercice pluri professionnel ambulatoire, en plaçant le médecin généraliste 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.

L'objet de cette étude est d'interroger les infirmiers (IDE) et masseurs-kinésithérapeutes (MK) exerçant sur le territoire de Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne sur leur ressenti de la communication établie avec le médecin généraliste (MG) lorsque celui-ci leur adresse un patient.

Elle s'attache en particulier aux modalités de communication et plus précisément les supports utilisés par le MG et les informations qu'il transmet aux IDE et MK lors de cet adressage.

L'objectif est également de mettre en évidence les difficultés et obstacles existants au cours de la communication interprofessionnelle et de proposer des pistes d'amélioration de celle-ci au sein du territoire.

Les deux autres thèses réalisées conjointement à cette étude apporteront un éclairage complémentaire à ce travail.

L'une d'elle étudiera le discours du MG sur sa communication avec les professionnels de santé vers qui il adresse ses patients.

Et une autre décrira les flux de communication et d'adressage existants entre les acteurs de soin au sein du territoire de GVLG afin de réaliser « une photographie » des échanges interprofessionnels.

III. Matériel et Méthode : une méthode mixte

A. Type d'étude

Cette thèse porte sur les relations entre les médecins généralistes (MG) et les infirmiers (IDE) et masseurs-kinésithérapeutes (MK) exerçant sur le territoire de santé de Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne (GVLG).

Il s'agit d'une étude exploratoire qui repose sur une méthode mixte incluant :

- un volet qualitatif réalisé à partir d'entretiens semi dirigés ;
- et un volet quantitatif basé sur une enquête observationnelle transversale déclarative auprès des professionnels de santé avec questionnaires auto-administrés.

B. Population étudiée

La population cible regroupe tous les IDE et MK exerçant 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 Pôle de Santé Universitaire de Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne (PSUGVLG) établie par Jean-Marie Nougairède, coordinateur du pôle ;
- listing fourni par Claire Tournois, stagiaire à l'Agence Régionale de Santé Ile de France (ARSIF) établie dans le cadre de son travail de mémoire sur les ressources de santé du territoire de GVLG en 2015 (33) ;
- données fournies par les sites des mairies de Gennevilliers et de Villeneuve-la-Garenne ;
- récupération directe des informations auprès de certaines structures :
 - o le centre de santé de Gennevilliers
 - o Le centre de santé de la croix rouge à Villeneuve-la-Garenne
 - o Les centres médico-psycho-sociaux de Gennevilliers et de Villeneuve-la-Garenne
- compléments d'informations grâce aux sites : AMELI.fr, pages-jaunes.fr.

Cette liste a été révisée *in fine* par le Professeur Michel Nougairède, médecin généraliste installé sur ce territoire depuis 1976 et membre du PSUGVLG.

La population source ainsi définie comporte :

- 30 IDE (20 IDE installés sur Gennevilliers et 10 IDE sur Villeneuve-la-Garenne).
- 30 MK (21 à Gennevilliers et 9 à Villeneuve-la-Garenne).

C. Volet qualitatif

C.1 Les professionnels rencontrés

Les professionnels de santé rencontrés dans le cadre de ce travail ont été choisis au hasard parmi la population source.

En pratique, un professionnel présent sur la liste était choisi au hasard, puis contacté par téléphone afin de lui proposer un entretien. Cette procédure était reproduite, de telle sorte qu'il y ait une alternance entre MK et IDE, et reconduite jusqu'à arrêt pour saturation des données.

C.2 Entretiens semi dirigés

C.2.1 Conception du guide d'entretien

Le guide d'entretien était similaire pour les infirmiers et les kinésithérapeutes. Il visait à les interroger sur leur perception des informations qui leur sont transmises lorsqu'un MG leur adresse un patient. Il portait sur plusieurs axes (cf. annexe 1) :

- un premier axe concernant les supports de communication (ordonnance, courrier, téléphone..) et la nature des informations transmises par les médecins généralistes ;
- un second axe interrogeant sur les facteurs qui leur paraissent clefs pour une meilleure communication interprofessionnelle autour de l'adressage d'un patient ;
- un troisième axe portant sur les difficultés qu'ils ressentent dans leur communication avec le médecin généraliste.

Avant de débiter les entretiens, le guide a été testé auprès d'un IDE d'un centre de santé de Gennevilliers (les données du test n'ont pas été intégrées à l'analyse globale). L'intérêt de ce

test était d'adapter la grille d'entretien et de permettre à l'enquêteur, inexpérimenté pour ce type de travail, d'acquérir une première expérience.

C.2.2 Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été menés par un unique investigateur. Le lieu, la date et l'heure du rendez-vous étaient choisis par les participants.

Tous les entretiens ont été menés sur le lieu d'exercice des personnes interrogées, entre septembre et octobre 2014.

Chaque entretien a été enregistré dans son intégralité, avec l'accord des personnes interrogées, à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrits manuellement sur logiciel Word.

Le nombre d'entretiens à conduire n'a pas été déterminé à l'avance : on s'est arrêté à saturation des données.

C.3 Retranscription et analyse de contenu

Nous avons utilisé une méthode d'analyse thématique classique, sans codage formel des données recueillies : une première lecture exhaustive des entretiens a permis d'identifier les principales thématiques récurrentes. Une deuxième lecture indépendante a été réalisée en aveugle par mon co-thésard Thibault Dumont, afin de vérifier la cohérence des thématiques identifiées. Chaque entretien a ensuite été relu plusieurs fois, dans un processus itératif permettant de préciser le découpage des thématiques et des idées clés que nous avons répété jusqu'à stabilisation de notre analyse.

D. Volet quantitatif

D.1 Professionnels interrogés

Nous avons visé l'exhaustivité en adressant le questionnaire à l'ensemble des individus de la population source définie précédemment.

D.2 Le questionnaire

Le questionnaire quantitatif était basé sur les thèmes et sous thèmes identifiés à l'issue de l'étude qualitative.

Il était structuré de manière suivante :

- le premier groupe de questions concernait les caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé ;
- le second groupe interrogeait sur les informations transmises par le médecin généraliste lors de l'adressage de son patient : support (courrier, ordonnance...) et nature des informations (motif d'adressage, antécédents...) ;
- le troisième groupe explorait le ressenti global des professionnels interrogés sur leur facilité à communiquer avec les MG ;
- la dernière partie traitait des facteurs favorisant une bonne communication et les éléments de son amélioration.

D.3 Recueil des données

Les questionnaires ont été distribués en janvier 2015.

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

Le schéma de contact était ainsi défini:

- Visite sur le lieu d'exercice de chacun des professionnels de santé concernés. Si le professionnel était présent, proposition d'entretien pour soumission du questionnaire (immédiat ou ultérieur).
- Si l'entretien physique était non réalisable ou le professionnel de santé était absent de son lieu d'exercice, le questionnaire était laissé au professionnel de santé ou bien envoyé par mail ou courrier avec enveloppe de retour timbrée et fiche explicative.
- Si les questionnaires n'étaient pas remplis et renvoyés, une première relance téléphonique était réalisée (avec message vocal) puis une deuxième relance téléphonique avant arrêt des relances.

D.4 Codification et saisie des données

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 à l'aide d'un outil 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 après importation des données depuis Limesurvey. Les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du site internet « vassarstat.net ». Les analyses multivariées ont été conduites à l'aide du logiciel R^[*] avec l'aide technique de notre directeur de thèse (34).

IV. Résultats

A. Etude Qualitative : Analyse des Entretiens

A.1 Déroulement des entretiens

Chaque entretien durait environ 15 à 20 minutes. Tous les entretiens se sont déroulés aux cabinets des professionnels de santé pour des raisons pratiques. Un seul entretien (E10) a été réalisé par téléphone mais les conditions de l'entretien furent similaires (durée, enregistrement, suivi du guide d'entretien). Les entretiens sont numérotés de E1 à E11.

La retranscription des entretiens figure en annexe.

A.2 Sentiment global : point de vue de l'interviewer

Les entretiens des IDE et MK ont eu lieu après une prise de rendez-vous téléphonique. Le sujet de l'entretien était explicité de manière succincte lors ce premier contact afin de favoriser une réelle spontanéité de réponse. Le choix des modalités de rencontre fut facile, chaque intervenant se rendant un maximum disponible.

L'accueil était très souvent cordial, voire sympathique. A une exception près, nous n'avons pas été dérangés lors des entretiens.

Les répondants se disaient contents qu'on s'intéresse à leurs ressentis sur un sujet aussi important que leur relation avec le MG. Les interviewés parlaient avec fluidité, sans retenue ni barrière ; de ce fait il a été peu nécessaire de les relancer au cours de ces entretiens.

Globalement, les personnes ayant accepté les entretiens se disaient intéressées par le sujet de la communication avec les MG et beaucoup ont demandé à connaître les résultats de cette étude, ainsi que les pistes d'amélioration soulevées.

A.3 Caractéristiques des répondants

Les caractéristiques regroupées dans le tableau ci-dessous ont été systématiquement demandées aux interviewés :

ID	Genre	Profession	Âge	Ville d'exercice	Mode d'exercice
E1	Femme	IDE	35 ans	Gennevilliers	CMS
E2	Femme	IDE	52 ans	Gennevilliers	CMS
E3	Femme	IDE	56 ans	Gennevilliers	CMS
E4	Femme	MK	40 ans	Gennevilliers	Cabinet Monoprofessionnel
E5	Homme	IDE	49 ans	Gennevilliers	Cabinet Monoprofessionnel
E6	Homme	MK	70 ans	Villeneuve-la- Garenne	Seul
E7	Femme	MK	53 ans	Villeneuve-la- Garenne	Cabinet Monoprofessionnel
E8	Homme	MK	39 ans	Villeneuve-la- Garenne	Cabinet Monoprofessionnel
E9	Femme	MK	39 ans	Villeneuve-la- Garenne	Cabinet Monoprofessionnel
E10	Femme	IDE	29 ans	Gennevilliers	Cabinet Monoprofessionnel
E11	Femme	MK	44 ans	Gennevilliers	Cabinet Monoprofessionnel

Ces données démographiques semblent assez illustratives de notre population source.

Les caractéristiques suivantes sont représentées de manière équilibrée :

- les deux professions (5 IDE, 6 MK)
- les deux tranches d'âge (6 personnes \leq 45ans et 5 personnes $>$ 45ans)
- les deux villes d'exercice (7 à Gennevilliers et 4 à Villeneuve-La-Garenne).

Les femmes sont plus nombreuses, (8 femmes vs 3 hommes), et le mode d'exercice en cabinet monoprofessionnel est le plus souvent représenté (7 en Cabinet monoprofessionnel, 3 en CMS et 1 en cabinet seul).

A.4 Analyse des entretiens et thématiques principales

Les thèmes récurrents concernent :

A.4.1 Des méthodes d'adressage souvent ressenties comme minimalistes

Les supports de la communication rapportés par les IDE et MK sont multiples : ordonnance, courrier, téléphone mais quels qu'ils soient, ils les décrivent souvent comme minimalistes.

A.4.1.1. L'ordonnance et son manque de lisibilité

Le patient est le plus souvent adressé par le MG, par le biais d'une ordonnance : le MG communique avec ses partenaires de soins, IDE et MK, principalement via une prescription par ordonnance.

"Tout ce passe par ordonnance " (E10)

"Les patients viennent ici, nous présentent une ordonnance et prennent rendez-vous" (E3)

L'ordonnance est décrite comme le principal moyen de communication avec le MG. Par ce moyen le MG adresse le patient aux professionnels paramédicaux afin qu'ils réalisent les soins qu'il juge nécessaires.

"On communique principalement par les ordonnances. C'est comme ça que les médecins s'adressent aux infirmières" (E2)

"Principalement par le biais d'une prescription médicale, parce que le médecin a besoin que je fasse un soin" (E1)

"Le départ c'est toujours une ordonnance, on ne peut pas faire autrement " (E6)

Cependant la plupart des interviewés font une description plutôt négative de ce mode d'adressage : **les informations transmises par le MG via l'ordonnance sont souvent décrites comme incomplètes et imprécises.**

" C'est vrai qu'on a souvent des problèmes de prescription incomplète " (E2)

“On a tout de même souvent des problèmes d’ordonnance” (E5)

Certains répondants décrivent un sentiment d’impuissance dû à ce manque de précision. Une amélioration du partage des informations par les MG est souhaitée.

“On aimerait juste que ce soit un petit peu plus précis” (E10)

“Je ne peux pas deviner, le médecin lui à tout le dossier sous les yeux, moi je n’ai rien juste une ordonnance” (E4)

Malgré son manque de précision, certains répondants semblent satisfaits de ce moyen d’adressage, et ne souhaitent pas de support d’information supplémentaire, excepté dans des cas particuliers, souvent « à risque de complications ».

“Non, en général c’est succinct mais la plupart du temps c’est suffisant” (E10)

“Oui ça va on n’a pas besoin de courrier complémentaire, sauf comme je vous l’ai dit tout à l’heure, pour des patients à risque de complications” (E10)

“Parfois on a quelques ordonnances un peu plus orientées” (E9)

Une ordonnance illisible peut influencer le ressenti des correspondants sur les compétences du MG, “une ordonnance mal écrite désigne un médecin nul”.

“Avec certains MG on ne comprend rien de ce qui est écrit, on ne connaît pas leurs patients et on se demande s’ils les connaissent aussi” (E2)

L’ordonnance étant le principal vecteur de la communication, sa lisibilité est un critère majeur de bonne communication et d’efficacité des soins. Cela implique pour le MG d’améliorer ses prescriptions tant sur le contenant (écriture lisible) que sur le contenu (qui doit être clair et précis), afin de les rendre compréhensibles aux récepteurs de l’information.

“Voilà les ordonnances en ville! Voilà tu vois, voilà un défaut, on comprend rien, pour nous c’est gravissime” (E2)

“ Pour moi ce qui est important c’est déjà au départ que l’ordonnance soit claire avec tout ce qu’il faut pour nous pour qu’on puisse faire l’acte sans problème ” (E3)

A.4.1.2. L'utilisation des autres moyens de communication (téléphone et courrier) dépend de la relation préalable existante entre le MG et les paramédicaux.

Le mode de communication semble être modifié par le degré de connaissance du MG avec ses partenaires paramédicaux. Ainsi des modalités plus élaborées de communication paraissent réservées aux professionnels ayant des rapports plus privilégiés avec les MG. Par exemple **le MG utilise plus souvent le téléphone lorsqu'il connaît personnellement son interlocuteur.**

“ (Au CMS), ils nous appellent pour venir voir le patient” (E2)

“De temps en temps on peut avoir des coups de téléphone de médecins, ceux qu'on connaît particulièrement” (E8)

“Soit se sont les patients qui nous appellent pour qu'on vienne chez eux et ils ont une ordonnance, soit se sont les médecins qui nous appellent pour nous dire : voilà j'ai tel patient, il a ça, est ce que tu peux aller le voir tel jour et parfois ils nous demandent conseil” (E10)

Ce moyen de communication, le téléphone, est souvent associé à un bon relationnel dans les entretiens.

“Avec le Dr M juste à côté, c'est plutôt amical, on se voit tous les jours donc on discute, s'il a des urgences, il nous appelle. Quand la relation existe ils vont plus nous appeler” (E8)

“Voilà pour ce qui est des autres médecins qui m'adressent des patients, même si je ne les côtoie pas physiquement, on a des contacts réguliers au téléphone, je m'entends bien avec eux. Il n'y a aucun généraliste avec qui ça se passe mal” (E10)

Il arrive que le MG utilise le téléphone pour des situations particulières : en cas d'urgence ou en cas de prise en charge spécialisée. Ces situations interviennent lorsqu'une communication plus approfondie existe entre le MG et le professionnel de soins. L'adressage est alors plus affiné, souvent vers un professionnel désigné pour ces compétences.

“Donc quand ils ont des patients particuliers qui nécessitent un traitement particulier, dans ce cas-là ils nous appellent ou ils disent aux patients d’aller voir tel kiné pour telle chose, plus spécialisée” (E8)

“Les généralistes quand ils ont vraiment envie qu’on prenne quelqu’un et qu’ils veulent nous dire quelque chose, ils prennent leur téléphone, ils appellent et puis voilà. Certains se déplacent, avec les généralistes pas de problème, avec les pédiatres parfois on n’est pas sur la même longueur d’onde après voilà” (E7)

A.4.1.3. La proximité géographique permet un mode de communication privilégié au sein des structures pluridisciplinaires

Le mode de communication physique, en tête à tête, est décrit principalement dans les entretiens des professionnels exerçant dans une structure pluri disciplinaire (CMS) ou un cabinet pluri professionnel. **La communication a lieu lors des réunions quotidiennes, des séances d’éducation thérapeutique ou bien simplement en se rencontrant dans les couloirs de la structure.**

“De par ma pratique ETP, l’adressage se fait via une feuille d’orientation pour l’éducation thérapeutique” (E1)

“(Au CMS l’adressage se fait..) souvent par courrier soit par téléphone ou en tête à tête” (E1)

La structure pluri professionnelle est décrite comme un lieu permettant les rencontres physiques. Donc facilitant l’échange et améliorant la communication.

“C’est vrai que dans la structure c’est plus facile, quand tu connais les médecins, que tu as un contact régulier, que vous vous voyez, ça améliore” (E1)

“Avant, le cabinet de consultation de médecine générale était collé à l’infirmierie. On voyait la salle d’attente du médecin, on pouvait communiquer très vite avec le médecin, gérer les urgences par exemple” (E1)

“Souvent, pour joindre le Dr B. je prends mon téléphone, je l’appelle, comme elle est dans la structure, c’est évidemment beaucoup plus simple” (E1)

Un autre lieu facilitant les rencontres physiques est le domicile du patient. Cependant le domicile est décrit comme peu adapté à l'échange d'informations et à la communication, pour des raisons de manque de temps, ou de secret professionnel.

" Il y a aussi les médecins que l'on rencontre parfois chez les patients mais c'est pareil c'est peu d'échange " (E3)

"(On se voit) si les médecins viennent se faire soigner chez nous et quand nous on va chez eux. C'est dans une relation soignants/soignés qu'on se côtoie le plus. Quand on fait du domicile aussi " (E7)

" Je fais aussi quelques visites à la maison de retraite donc je rencontre quelques médecins, on se croise, on se voit en réunion et là c'est vrai que c'est plus facile " (E4)

Dans nos entretiens la rencontre physique, et plus globalement **la proximité géographique, est présentée comme un facteur relationnel important, créant un lien humain et facilitant la communication avec le MG.**

*"Avec le Dr M juste à côté, c'est plutôt amical, on se voit tous les jours donc on discute" (E8)
(concernant la Permanence d'accès aux soins ambulatoires) "Tu vois c'est comme ça qu'on connaissait les médecins généralistes du territoire. C'est plus facile tu échanges, tu mets un visage" (E2)*

"Si on pouvait se rencontrer ça permettrait de mettre en relation nos attentes" (E11)

La rencontre physique permet une certaine convivialité et familiarité propice à la communication.

"Au début de ma carrière j'étais avec des gens qui étaient mes aînés que je respectais et que je connaissais tous. Une fois par an au minimum, j'allais les voir et on discutait de la pluie du beau temps de la famille mais aussi du boulot" (E6)

"Quand je suis arrivé, j'ai fait le tour des médecins, je les ai rencontrés, c'était sympa de pouvoir les voir" (E7)

“Avec les médecins de mon cabinet, je les connais, donc pas de problème on s’entend même plutôt bien” (E10)

A.4.1.4. Le patient comme intermédiaire de la communication peut être perçu comme responsable d’un défaut de communication

Selon les professionnels paramédicaux que nous avons rencontrés, **il arrive souvent que le patient vienne par lui-même sans aucune information transmise par le MG** : le patient s’adresse par lui-même aux professionnels de santé, secondairement ou non aux conseils d’un MG.

“La grande voie générale, c’est les patients qui viennent d’eux-mêmes” (E8)

Le patient devient donc un intermédiaire fréquent de la communication entre le MG et les professionnels de santé paramédicaux.

“Oui, le vecteur c’est le patient, on communique des fois par patient interposé” (E8)

“On ne se rencontre pas. Donc la communication se fait par les patients, les courriers et appels” (E8)

“J’ai des infos par les patients” (E7)

Ainsi **les IDE et MK apprennent à connaître les MG via le discours que les patients tiennent sur lui et inversement** (les MG se basent souvent sur l’avis de leurs patients concernant les professionnels paramédicaux).

“Je connais les médecins plus par rapport à mes patients, par ce qu’ils en disent” (E8)

“Sinon c’est principalement par les patients mais aussi par leurs prescriptions, par le type de patient qu’ils nous envoient (certains font plus les enfants, d’autres plus les seniors) qu’on les connaît” (E8)

“Dr X a arrêté de travailler et on la su par les patients” (E2)

“Après c’est vrai qu’on ne se rencontre pas forcément, moi ça fait 10 ans que je travaille ici et je connais les médecins plus par rapport à mes patients, ce qu’ils en disent. Je suis né ici, j’ai vécu à Villeneuve, je connais donc beaucoup de monde c’est un peu différent” (E8)

Cette relation triangulaire peut entraîner des problèmes de communication : les problèmes de langage, de compréhension, de retransmission de l'information par le patient peuvent être un frein à la communication entre les professionnels de soins et le MG.

Les IDE et MK décrivent parfois un sentiment d'échec de leur communication avec le MG : surtout lorsque les patients qui leur sont adressés, ne leur donnent que les informations qu'ils peuvent ou veulent bien transmettre.

“Ça fait un relationnel très perturbé, je n'ai pas besoin d'intermédiaire pour mon relationnel” (E6)

“Grosse inconnue aussi sur les dossiers patients, ces derniers ne peuvent pas nous expliquer soit parce qu'ils ne parlent pas français soit parce qu'ils n'ont pas compris” (E2)

“J'ai eu une patiente la semaine dernière qui ne parle pas du tout un mot de français, qui le comprend mais ne le parle pas, elle est venue toute seule, et elle a des séances de rééducation pour ses genoux et je ne savais pas du tout ce qu'elle avait” (E4)

“ Il est de plus très difficile d'interroger certains patients, la population ici à Gennevilliers ne parle pas forcément français et du coup on est embêté. Ils ne savent pas nous dire et nous répondre” (E10)

“On est obligé de croire le patient, et ça c'est aléatoire, les gens ne disent pas tout et ça on le sait bien” (E11)

Il arrive que le MG adresse son patient vers les paramédicaux sans transmission (ni écrite ni orale). Les IDE et MK affirment parfois faire de même quand ils ré-adressent le patient vers son MG. **Les répondants affirment ré-adresser très souvent le patient directement au MG, sans contact direct, ni par courrier, ni par contact téléphonique.** Les raisons de cet adressage direct sont variées : souvent par manque de temps mais aussi parfois dans l'intérêt du patient, afin de l'inclure dans sa prise en charge et ainsi de le responsabiliser.

“Pour les autres patients, ça les responsabilisent entre guillemets, en leur disant d’aller voir leur médecin. Parce que si on met le doigt dans cet engrenage, on fait tout, il faut quand même qu’il soient un peu responsabilisés” (E5)

“(Vous écrivez souvent des courriers ?) Si on sent que les gens n’ont pas compris ce qu’il y a à transmettre, on fait, sinon on ne fait pas, souvent par manque de temps” (E7)

Cela nous amène à nous poser la question des retours de communication vers le MG et en particulier des difficultés ou obstacles rencontrés par les professionnels de santé pour contacter le MG.

A.4.1.5. Une communication souvent unidirectionnelle : les professionnels de santé décrivent des difficultés à communiquer avec les MG

Certains répondants décrivent une absence de communication avec le MG.

“On a très peu de rapport avec les médecins, c’est plutôt nous qui les contactons pour un renseignement, une ordonnance” (E3)

Les MK et IDE doivent parfois rendre compte de leur activité au MG. **Cependant ce retour n’est que rarement réalisé. En effet ce retour est décrit comme chronophage par le professionnel de santé et pas forcément attendu par le MG** (également pour des raisons de manque de temps et d’intérêt du MG).

“Nous on est censé faire, mais on ne fait pas assez souvent d’ailleurs. Selon les pathologies, on doit envoyer un courrier au médecin, un retour sur le nombre de séance réalisées, ce qui franchement n’est pas fait suffisamment régulièrement” (E8)

“On a eu de toute façon des retours de certains médecins qui n’en voulaient pas spécialement par ce qu’ils ne les lisaient pas ; ils n’y comprenaient pas forcément grand-chose” (E8)

Malgré cela, les professionnels de santé sont souvent amenés à ré-adresser les patient vers leur MG. **L’une des difficultés décrite par les répondants réside dans le manque d’accessibilité et disponibilité du MG** (manque de temps, absence du cabinet...)

“Ça fait 2 jours que j’essaie de joindre le médecin, je ne rentre pas dans le détail” (E3)

“(Vous arrivez à les joindre sans problème ?) Oui si on fait une lettre, par téléphone c’est plus difficile” (E11)

Ainsi les secrétariats sont décrits parfois comme des barrières à la communication avec le MG.

“J’avoue je n’appelle pas beaucoup, il y a la barrière des secrétariats” (E4)

“Il y a des filtres au niveau des téléphones, les secrétariats, des fois j’ai beau être l’infirmier elles n’en ont rien à foutre. Ce n’est pas grave parce que je circule tellement que je passe devant chez eux, il suffit d’aller frapper à leur porte et point final” (E5)

Ou bien le secrétariat peut être un intermédiaire de la communication.

“Oui bien sûr si j’ai besoin d’une précision, je les appelle, s’ils ne sont pas disponibles je laisse un message à la secrétaire et quand je lui dis que je suis une infirmière libérale et que je m’occupe d’un de ses patients, elle me passe le médecin assez rapidement”(E10)

“Généralement quand on dit que c’est le kiné, même pour les centrales téléphoniques, on arrive à joindre le praticien relativement facilement quand même” (E8)

Dans l’urgence, les répondants déclarent avoir moins de souci pour contacter le MG.

Le mode de contact utilisé dans les cas urgents est majoritairement le téléphone.

“Si je n’ai pas les informations suffisantes j’appelle” (E6)

“Sur place, Je prends mon téléphone et j’appelle le médecin. Voilà sur l’urgence j’appelle “ (E10)

“Nous on appelle les médecins si jamais on a besoin d’une précision sur les pathologies, sur le comportement d’un patient” (E8)

“Par contre s’il y a besoin, c’est évident que je prends contact avec le médecin” (E6)

L’accessibilité du MG est facilitée si le professionnel de santé entretient une relation privilégiée avec le MG : par exemple si le professionnel connaît les coordonnées personnelles du MG.

“Je l’ai appelé sur son portable en lui demandant qu’elle me rappelle dans la journée” (E2)

En l'absence d'urgence, la voie de communication privilégiée est le courrier adressé au MG, directement ou par l'intermédiaire du patient.

“Oui lorsqu'il y a un problème, on les renvoie (les patients) avec un courrier” (E1)

“Si je vois que ce n'est pas clair pour lui ou elle, je fais un courrier (au MG)” (E4)

“Pour un simple renouvellement d'ordonnance, par contre, je laisse des mots” (E10)

“On leur envoie un courrier pour un renouvellement” (E8)

“Le courrier (cacheté) est souvent remis aux patients qui le remet à son médecin, c'est fréquent” (E2)

Ou bien parfois les professionnels se déplacent afin de rencontrer physiquement le MG.

“Ce n'est pas grave parce que je circule tellement que je passe devant chez eux, il suffit d'aller frapper à leur porte et point final, pour moi c'est beaucoup plus simple (E5)

“S'il y a un souci on va voir le Dr N ou les autres médecins peu importe” (E5)

“C'est plus facile de faire 100 mètres que d'avoir le médecin au téléphone” (E5)

En dehors des situations d'urgence, les IDE et MK déclarent appeler les MG pour combler un manque d'information, préciser la demande, ou bien discuter du patient (signaler une situation inquiétante).

“Il m'est arrivé de contacter le médecin pour lui dire que je ne comprenais pas ce qu'il voulait faire, par rapport à mes tests” (E9)

“On appelle le médecin si on voit qu'un patient âgé se dégrade” (E8)

“Par exemple pour une personne hémiplegique si on constate que son comportement a changé, que son état se dégrade, comme les médecins les voient moins que nous, on leur dit qu'il serait bien de faire un bilan supplémentaire parce que ça ne va pas” (E8)

Les répondants déclarent parfois contacter le MG à la place du patient, qui pour de multiples raisons (langage, incompréhension..), ne le fait pas.

“En fait quand je dis aux patients de recontacter leur médecin, ils ne le font pas toujours donc je préfère le faire si je vois qu'au bout de deux jours ce n'est toujours pas fait” (E10)

“J'appelle aussi des fois pour les INR, j'avais dit à la patiente de le faire, elle ne l'a pas fait et il fallait équilibrer son traitement” (E10)

Le moyen d'adressage utilisé par le MG et son contenu sont souvent considérés comme minimalistes.

A.4.2 Le contenu de la communication est ressenti comme manquant de précision

Les informations transmises par le MG sont souvent décrites comme “manquantes”, “inutiles”, “incomplètes”. Les informations décrites comme manquantes sont de plusieurs types et posent différentes problématiques.

A.4.2.1. Le manque d'informations transmises par le MG concernant le patient (ses antécédents, ses traitements) : génère un impact négatif sur la PEC du patient.

Le manque d'information décrit par les répondants impacte la prise en charge du patient, surtout les lacunes concernant les informations relatives au patient, ses pathologies actuelles et antérieures et ses traitements en cours.

“Je dois faire la SANDOSTATINE une fois par mois pendant six mois, point. Je ne sais pas pourquoi ce patient est suivi” (E1)

“Si on pouvait me préciser la pathologie, si on la connaît” (E4)

“Ça m'arrive aussi de les rappeler, il manque ci, il manque ça ! Pouvez-vous me faxer une nouvelle ordonnance? Moi je ne peux pas lui faire son soin parce que je n'ai pas de dosage !” (E1)

Selon certains répondants, ils doivent **corriger ce manque d'information par un nouvel interrogatoire du patient. Cette vérification est parfois essentielle afin d'éviter les erreurs de prise en charge** (erreurs de prescription ou existence de contre-indications aux soins).

"On fait parler le patient sur ce qu'il sait, ce qu'on lui fait, est-ce qu'il sait vraiment pourquoi il a ce traitement. Cela permet aussi de vérifier s'il n'y a pas des erreurs, car des fois ça arrive aussi" (E1)

"On est obligé de le questionner, pour savoir s'il y a un problème circulatoire ou cardiaque. Il y a des choses que l'on ne peut pas faire si la personne a, par exemple, des problèmes circulatoires" (E11)

Cet interrogatoire à la recherche des informations utiles à leur prise en charge fait partie des compétences et des devoirs du professionnel de santé, mais cela n'est pas toujours facile (problème de langage, de compréhension..)

" Il manque souvent le traitement, les antécédents. Après il y a les petits soins, on n'a pas besoin de connaître tout cela mais pour certains cas on est obligé d'appeler " (E3)

"(Quelle sont les infos qui vous manque le plus souvent ?). Deux types d'infos, sur la pathologie et sur la personne, sur la pathologie la plupart du temps j'arrive à capter, sur la personne je suis un vieux routier" (E6)

" Nous on fait un interrogatoire médical auprès des patients, mais ils ne sont pas obligés de nous répondre. On n'a aucune notion des médicaments pris par nos patients. On est obligé de croire le patient, et ça c'est aléatoire, les gens ne disent pas tout et ça on le sait bien" (E11)

A.4.2.2. Le manque d'information sur les contre-indications aux soins : mise en danger du patient

Les IDE et MK décrivent souvent un manque d'information relatif aux contre-indications aux soins qu'ils sont amenés à réaliser.

“Voilà, c’est important pour nous que le médecin signale des choses comme ça, sur le contexte du patient. Généralement ils pensent à noter femme enceinte, diabète, obésité, des choses qui peuvent nous empêcher de faire faire une reprise d’activité aux gens. C’est bien si c’est signalé” (E7)

“(le pacemaker), ce genre de chose devrait être précisée sur l’ordonnance parce que cela peut entraîner des fautes plus ou moins importantes” (E9)

A.4.2.3. Des informations transmises minimalistes : manque d’informations sur le motif d’adressage et les soins à faire

Les répondants déclarent aussi un manque d’information sur le motif d’adressage et les soins à réaliser, responsable d’un ressenti minimaliste de la communication avec le MG.

Certains répondants déclarent cependant ne pas avoir besoin systématiquement des informations du MG, car ils sont capables de faire leur propre bilan diagnostique.

“Les ordonnances sont très souvent évasives du style : rééducation bronchique. Donc nous on fait le point avec le patient, son historique, voir s’il y a réellement un besoin. Ça c’est la majorité des ordonnances” (E9)

“Une personne vient, elle prend rendez-vous. On ne regarde pas forcément la provenance, qui nous a adressé le patient. L’intitulé des ordonnances nous orientent, après nous automatiquement, on est obligé de faire un bilan, voir vraiment ce qui ne va pas. Le généraliste nous envoie généralement des cas bien précis : mal de dos, tendinites, kiné respiratoire”. (E11)

“On est maintenant tellement habitués à se débrouiller, c’est en questionnant le patient que l’on apprend” (E9)

Cependant même s’ils reconnaissent leurs capacités à réaliser leur propre expertise, ils se retrouvent parfois en difficulté, surtout pour les patients présentant des défauts d’expression/compréhension (en particulier dus à la barrière de la langue).

“On peut questionner les gens en direct, mais des fois on a du mal à les interroger. Ça dépend des gens” (E6)

" On est souvent confronté en ce moment à des ordonnances type "rééducation des membres inférieurs", sans savoir ce qui se passe, sans avoir de pathologie, ni rien du tout. Je suis d'accord que les kinés doivent avoir leur diagnostic mais quand on a des patients qui arrivent avec leur ordonnance, qui n'ont pas leurs radios, qui ne parlent pas très bien français, là on doit se débrouiller " (E4)

"De plus, il est très difficile d'avoir un échange avec certains patients, la population ici à Gennevilliers ne parle pas forcément français et du coup on est embêté. Ils ne savent pas nous dire ni nous répondre" (E10)

Une autre difficulté concerne les patients sortant d'hospitalisation.

" Souvent c'est très restrictif parce que si c'est un patient que l'on ne connaît pas on n'a rien, pas de renseignements, idem pour les patients qui sortent de l'hôpital, on n'a jamais de compte rendu d'hospitalisation ou alors très rarement et en questionnant le patient ce n'est pas facile parce que soit ils ne veulent pas parler soit ils ne savent pas vraiment. On a des renseignements que par petits bouts" (E3)

A.4.2.4. Le manque d'information sur les ATCD psychiatriques peut mettre en danger le professionnel de santé

D'après certains entretiens, le manque d'information peut les mettre en insécurité surtout en ce qui concerne le manque d'information relatif aux pathologies psychiatriques.

Les troubles psychiatriques sont souvent décrits comme manquants dans les informations données par le MG. Ce thème a été abordé par les soignants ayant eu des expériences négatives avec des patients atteints de pathologie psychiatrique. Cette information semble, pour les professionnels qui l'ont abordé être une information primordiale pour leur sécurité et ils considèrent le MG comme responsable.

" Je suis allée chez lui pour faire le pansement et quand je suis arrivée chez lui il était en pleine décompensation. Il était schizo, il m'a agressé. J'aurai bien aimé être prévenu de l'état de ce patient " (E10)

" Non, par exemple quand je me suis faite agressée, je ne savais pas que la patiente était psychotique, elle est venue, bien gentille et au fur et à mesure des soins elle est devenue infecte. Si j'avais su qu'il y avait un terrain, je me serais méfiée " (E11)

Un autre type d'information est souvent retrouvé dans les entretiens en particulier chez les IDE : les informations administratives sont souvent omises par le MG surtout par manque de formation.

A.4.2.5. Les précisions administratives : décrites comme importantes mais souvent omises par le MG

Les IDE et MK, tout comme les MG, sont payés à l'acte. **L'activité des IDE et MK étant directement dépendante des prescriptions médicales, le manque de précision de celles-ci peut influencer directement la rémunération des professionnels. Les IDE en particulier, ont besoin de prescriptions précises avec des "mots clefs" importants sur le plan administratif.**

"Il y a souvent des manques d'information sur la durée, le domicile, ou la mention "à faire par IDE" (E3)

"On a intérêt à ce que les actes correspondent bien avec les prescriptions, surtout que la plupart du temps ils sont en ALD. Éventuellement il faudrait aussi quelques précisions sur les ordonnances, surtout sur les pansements, il y a plusieurs types de pansements et qui correspondent à une cotation différente" (E5)

"Pour la sécu, si ce n'est pas marqué, ils ne paient pas" (E5)

" (...) parce que moi après je suis coincée au niveau administratif" (E4)

Ce manque de précision est souvent lié à un manque de formation des MG dans ce domaine administratif.

"Prise de tension", "pose de bas de contention", "distribution des médicaments" ne sont pas des actes remboursés par la sécurité sociale" (E5)

A contrario certaines informations sont rapportées comme inutiles, ce qui dénote peut être un défaut de connaissance des besoins de chaque professionnel dans leur prise en charge.

" Il nous manque la moitié des informations nécessaires ou inversement des choses complètement inutiles " (E3)

Les professionnels décrivent leur communication avec le MG comme minimaliste, tant sur le plan des supports d'adressage que sur le contenu des informations transmises. De ce sentiment peut naître une perception dévalorisante de leur "position" dans la prise en charge du patient. Certains IDE et MK se perçoivent en effet comme des exécutants des prescriptions du MG.

L'utilisation de la prescription par ordonnance comme principal moyen de communication place le professionnel de santé comme un "technicien de soins" et rappelle une certaine hiérarchie des compétences.

A.4.3 Vécu de la relation avec le MG : les professionnels se perçoivent comme des exécutants

A.4.3.1. Rapport hiérarchique ressenti par rapport au MG

Dans nos entretiens, certains MK et IDE se considèrent comme des exécutants des prescriptions du MG. Ce positionnement hiérarchique n'est pas toujours bien ressenti.

"Mais là aussi la hiérarchie existe, je suis un subalterne, je suis quelqu'un qui fait ce que l'on me demande, si si c'est la réalité. Il faut que je reste à ma place et le supérieur c'est le médecin qui est là et qui exige. Je suis conscient de ça" (E6)

"Je suis un serviteur" (E6)

"Et puis vous êtes des exécutants, vous exécutez, vous ne pensez pas, vous ne posez pas de questions, y en a certains qui sont comme ça, on fait avec" (E7)

"On fait ce qui est prescrit mais c'est vrai qu'il fait des hypoglycémies, donc on est emmerdé" (E2)

Cette position d'exécutant est néanmoins décrite comme associée à une moindre responsabilité.

“J'ai le plus beau métier du monde, je suis avec une responsabilité très limitée. Ce n'est pas moi qui décide des choses et je vais presque toujours vers la réussite c'est vachement sympa ça” (E6)

Cette relation prescripteur/exécutant peut parfois être mal vécue ou source de conflit :

“Avoir une hiérarchie je ne supporterais pas” (E4)

“On envoie des courriers et certains médecins ne le prennent pas forcément bien parce qu'on ne reste pas à notre place” (E8)

“Le médecin a appelé le cabinet et j'ai été dans l'obligation d'aller voir le toubib pour m'excuser d'avoir diagnostiqué à sa place” (E6)

Ce rapport hiérarchique est également relayé par le discours du patient :

“Les gens râlent parce que c'est jamais la faute du médecin” (E2)

“Il faudrait que les patients soient au courant qu'on ne peut rien faire si l'ordonnance est mal faite parce que souvent ils le prennent mal. Ils pensent que l'on ne fait pas d'effort. Nous on se couvre aussi pour ne pas faire de bêtises” (E3)

A.4.3.2. Respect des rôles professionnels : facteur optimisant la communication avec le MG

En dépit de ce sentiment, le respect des rôles est souvent décrit comme un facteur important dans l'élaboration d'une communication optimale avec le MG : savoir rester dans son domaine d'activité et ne pas interférer avec le travail de l'autre.

“(Et vous ça vous arrive d'adresser des patients vers d'autres praticiens?). Ce n'est pas mon rôle, chacun sa place, ceux qui le font sont dans l'erreur, il ne faut pas. Il ne faut pas faire des trucs qui ne sont pas de sa place ” (E6)

“ Je crois qu'il faut rester humble par rapport à son domaine, pas chercher à empiéter sur le domaine des autres et faire son travail correctement ” (E11)

A.4.3.3. La connaissance des compétences professionnelles de chacun : permet d'améliorer la communication

Certains répondants se décrivent comme des exécutants des prescriptions médicales, cependant **ils estiment avoir leurs compétences propres, différentes de celle du MG**. Les compétences des professionnelles de santé sont différentes de celles du MG :

“On voit nos patient 2 à 3 fois par semaine et on a l'habitude, on touche les patients, ce que ne font plus beaucoup les médecins” (E8)

“Un médecin qui voit un jeune patient pour un problème de membre inférieur, de cuisse. Il ne sait pas vraiment ce qu'il a donc il demande au patient de voir un kiné, « il va vous dire directement ce que vous avez, moi je ne peux pas dire si c'est claquage, déchirure... ». Voilà ça se fait assez naturellement” (E8)

“On aimerait des fois que le médecin se penche sur les médicaments de nos patients (liste de médicaments énorme), ce n'est pas notre domaine” (E7)

La reconnaissance du professionnel de santé comme un expert de soins ayant ses propres compétences, conduit parfois le MG à omettre la transmission d'informations importantes.

“Souvent quand j'ai ce type d'ordonnance, j'ai l'impression que le médecin ne sait plus trop quoi faire, il dit au patient allez-vous faire des séances de kiné ça va vous faire du bien et nous on ne sait pas trop ce qui se passe” (E4)

Cependant, il est vrai que parfois **les IDE et MG déclarent ne pas avoir besoin du MG**.

“A travers le traitement on arrive à savoir ce qui se passe” (E5)

“Généralement on pose beaucoup de questions à nos patients, on arrive à bien les situer” (E7)

“L'ordonnance est adaptée pour moi oui, nous on se débrouille en fait, si l'intitulé de l'ordonnance ne convient pas, de toute façon nos nomenclatures sont fixes” (E11)

“Auparavant, quand un patient arrivait avec un problème de pied mais qui en fait avait un problème de hanche, on devait faire modifier le libellé de l'ordonnance donc retour obligé vers le médecin. Mais maintenant, on a une nomenclature fixe qui nous permet de ne pas renvoyer les gens chez le généraliste” (E11)

Ainsi certains répondants déclarent une prise d'initiative fréquente dans leur prise en charge, et cela sans communiquer ni faire de retour vers le MG.

“De ma propre initiative, je vais à l'encontre de l'ordonnance. Je fais des trucs qui le soulagent et je vais voir ce que ça donne. Si ça marche c'est bien, si ça ne marche pas, on réétudiera. Mais je suis dans un truc merdeux” (E6)

“Généralement ça se passe bien, si je vois qu'au bout de 4 séances ce n'est pas très efficace, j'arrête. Sans consulter le médecin ce qui doit être un tort. On est pris par le temps, tous les ¼ d'heure, ça tourne” (E11)

“Souvent on les renvoie vers les urgences, on leur dit “Mr il faut que vous retourniez aux urgences, ça ne va pas” ! (E1)

Malgré tout l'activité des IDE et MK est dépendante des prescriptions du MG :

“Certains enfants, après 3 ou 4 jours, retombent malades donc il faut retourner voir le médecin pour une nouvelle ordonnance avant de venir nous voir, donc ce n'est pas génial” (E8)

Les MK et IDE soutiennent que les MG ne connaissent pas leurs domaines d'activités. Cette méconnaissance peut être responsable de rivalité et d'un sentiment de dévalorisation du professionnel de santé.

“C'est juste que les médecins n'ont pas encore compris que dans les prises en charge kiné on est censé, nous professionnels, estimer le nombre de séances. Donc les médecins ne sont pas obligés de le mentionner. Ce n'est pas encore rentré dans les mœurs” (E8)

“Hum ! ça dépend des médecins il y en a plus ou moins susceptible sur l'ostéo moi ça fait un moment que je suis là mais quelques-uns, sont réfractaires” (E9)

“C'est vrai que les médecins, en matière de kiné, ils ne s'y connaissent pas du tout, il y a un cloisonnement très important. Même si maintenant, au niveau des écoles, ils ont une première année commune, ça ne change pas grand-chose. Personnellement j'ai même connu une espèce de rivalité, maintenant plus trop. C'était surtout entre rhumato et kiné. Aujourd'hui on

est plus sur on fait des boulots complémentaires et si on arrivait a un peu plus de connexion entre nous ce serait mieux” (E11)

Il semble que **si les MG avaient une meilleure connaissance des compétences des IDE et MK cela permettrait une valorisation de leurs compétences et de la complémentarité de leurs professions**. Et par ce biais une amélioration de la relation avec le MG.

“Les médecins le savent que je suis ostéo, et ils en tiennent compte dans leur adressage et les patients sont au courant que ce sont des actes non pris en charge” (E9)

L'exercice dans une structure pluri professionnelle est déclaré comme un moyen d'améliorer ce ressenti “d'exécutant” décrit par les professionnels de santé en favorisant le travail coordonné en équipe pluridisciplinaire.

A.4.4 Le mode d'exercice pluridisciplinaire décrit comme propice à une bonne communication

A.4.4.1. La proximité géographique facilite la communication

Selon les répondants, être partenaires dans une structure de santé pluri disciplinaire, c'est à dire avoir un lieu de travail commun, facilite les rencontres et donc la communication, soit physique, soit par téléphone, soit par notes ou courriers interposés dans le dossier :

“Ou aussi quand on se croise dans le couloir ou le midi, il nous arrive de communiquer comme ça” (E2)

“Globalement sur le centre (CMS) ça se passe plutôt bien et puis de toute façon si on a un souci ce n'est pas compliqué on passe un coup de fil, on demande au médecin de venir voir le patient si on a besoin de son avis pour un pansement ou de nous donner les infos plus précises par téléphone” (E2)

“ Ils ont le dossier et ils nous répondent, ça c'est la proximité, c'est facile”(E2)

De manière plus globale la rencontre des MG dans leurs cabinets respectifs ou dans le quartier favorise la communication en créant un lien de proximité. Ce contact simplifie la communication par une facilité d'accès au MG et des rencontres plus fréquentes.

(et les médecins vous allez les voir?) "Oui, oui parce qu'ils sont tous dans le coin déjà, on passe devant chez eux au moins 2 ou 3 fois dans la journée donc on a des habitudes."(E5)

"Mais c'est dans la rue quand on se croise" (E9)

"Bien sûr quand on croise le médecin dans la rue, qu'on le reconnaît, c'est souvent l'occasion d'aborder des questions en cours" (E4)

"Le contact que j'ai, c'est avec des praticiens du coin, que je connais pour certains, qui sont eux aussi saturés. Ils essaient de ne pas trop m'emmerder mais ils me demandent parfois (E6)

A.4.4.2. Le travail coordonné en équipe pluridisciplinaire améliore la communication

D'après les entretiens, le travail en équipe favorise des liens relationnels privilégiés et améliore la prise en charge des patients. En effet le partage d'une relation privilégiée est ressenti comme facilitant la communication interprofessionnelle.

"Globalement quand tu travailles ensemble c'est plus simple" (E2)

"(au CMS), le soir ils nous arrivaient de parler de certains patients, autour d'un café, un moment convivial" (E3)

" Avec les médecins de mon cabinet je les connais donc pas de problème on s'entend même plutôt bien " (E10)

"Oui je travaille dans un cabinet composé de trois médecins, une pédicure et une autre infirmière, de ce fait il y a pas mal de contacts, si je dois les solliciter pour un de leur patient je l'es appelle bien sûr mais je les vois aussi physiquement, ou je leur laisse un mot dans leur bannette" (E10)

L'union autour d'un projet commun de soins de premiers recours, la coordination des soins et la collaboration, sont des notions mises en évidence lors des entretiens comme des éléments essentiels de la relation avec le MG.

“Oui de tout façon ça va se jouer entre le médecin traitant, l’infirmière, le kiné quand il y a besoin et le pharmacien. Il faut qu’on soit tous bien au même diapason parce que de toute façon on bosse ensemble par définition. Faut mettre de l’huile dans les rouages” (E5)

La complémentarité des compétences, est décrite comme permettant une prise en charge du patient plus adaptée.

“Aujourd’hui on est plus sûr, on fait des boulots complémentaires et si on arrivait à un peu plus de connexion entre nous ce serait mieux” (E11)

“La personne rentre, et on regarde son indication. Dans le cabinet nous sommes trois et nous avons chacun des spécialités, donc on envoie le patient vers celui qui correspond au besoin du patient” (E7)

L’exercice pluridisciplinaire permet, en plus du partage de connaissance, de partager ses craintes et ses doutes autour de cas complexes. Cela fait partie de la formation continue et est important pour la pérennisation des compétences professionnelles.

“Si on a un souci on peut en parler assez librement avec les différents intervenants” (E2)

Cependant dans un cadre pluri professionnel, les réunions peuvent parfois porter sur d’autres sujets que la collaboration professionnelle.

“Au cabinet on se réunit plutôt autour de raisons administratives, on ne parle pas trop de nos patients respectifs” (E10)

L’entente interindividuelle est un élément récurrent des entretiens, la relation MG/paramédicaux est une relation humaine qui dépend donc des personnalités et caractères de chaque intervenant.

A.4.5 La communication est dépendante des personnalités de chacun

A.4.5.1. Importance du relationnel dans l'élaboration de la communication

Les rapports interprofessionnels sont souvent décrits comme dépendants des personnalités de chacun. Si les caractères des intervenants sont compatibles, il en résultera une bonne entente ou au contraire une mésentente si incompatibilité, comme dans tout rapport humain :

" Avec certains médecins c'est plus difficiles qu'avec d'autres, c'est vraiment médecin dépendant, ça dépend quel médecin tu as " (E2)

"Déjà c'est une communication interpersonnelle donc le courant il passe ou il ne passe pas" (E5)

"Après ça dépend des personnalités, il y a des gens qui n'aiment pas être remis en cause, des gens qui ne veulent pas d'interaction et d'autres qui veulent bien" (E7)

"Ca dépend des médecins. Quand je suis arrivée, j'ai fait le tour des médecins, je les ai rencontré, c'était sympa de pouvoir les voir. Maintenant, avec l'habitude, on sait comment travail untel et untel...On sait ce qu'on peut demander, pas demander etc " (E7)

"Ça dépend du caractère des gens, c'est rarement professionnel. On sait très vite si untel travaille plus pour gagner sa vie, ou si untel a plus une conscience professionnelle parce que ça se voit assez vite en fait" (E11)

"Pas de problème; il (le MG) me dit va te faire foutre, il me dit oui, il me dit non, on est dans le simple. Le relationnel il est comme ça" (E6)

A.4.5.2. Certaines personnalités sont sources de difficultés de communication

Certaines personnalités peuvent être responsables de conflit ou de sentiment de rivalité interprofessionnelle. Ces conflits peuvent être néfastes à la prise en charge du patient.

"Ça se passe mal quand je fais un courrier et que l'on me dit que je suis une pauvre ostéo et que j'y connais rien !!! C'est arrivé, c'est un peu dommage parce que quand je fais un courrier c'est pour le bien être du patient. C'est arrivé 2 ou 3 fois avec un médecin qui est vraiment particulier, misogynne anti-ostéo, la complète quoi !" (E9)

"Personnellement j'ai même connu une espèce de rivalité " (E11)

"Ce côté suspicieux et un peu dénigrant c'est embêtant" (E2)

"Il faudrait qu'on appelle le DR V, mais voilà particulièrement quelqu'un de compliqué, c'est vraiment le médecin qui doit avoir énormément de patients" (E2)

Les difficultés relationnelles liées aux personnalités individuelles peuvent endommager définitivement la communication.

"Il (le médecin) m'a viré une fois de chez un patient et ça je ne l'ai pas digéré. Avec lui les relations sont rompus" (E5)

"On a appelé le médecin, mais il nie la prescription, il joue quel jeu? Les relations là elles sont un peu détériorées " (E2)

"Je crois qu'il faut rester humble par rapport à son domaine, ne pas chercher à empiéter sur le domaine des autres et faire son travail correctement. Je pense que c'est par rapport à ça s'il y a des heurts, des rumeurs etc" (E11)

Dans d'autres circonstances, les caractères individuels peuvent au contraire être à l'origine d'une bonne entente, et de la création d'un lien privilégié propice aux relations extra professionnelles.

A.4.5.3. Une bonne entente interindividuelle peut créer un lien professionnel privilégié favorisant une relation de confiance

Les relations extra professionnelles décrites dans les entretiens correspondent majoritairement à une époque antérieure, dépassée.

"Au début de ma carrière j'étais avec des gens qui étaient mes aînés que je respectais et que je connaissais tous. Une fois par an au minimum, j'allais les voir et on discutait de la pluie du beau temps de la famille mais aussi du boulot" (E6)

"Avant on avait un relationnel qui était très sympathique, très agréable, dans le monde médical on ne se faisait jamais payé, on se faisait des cadeaux, on se faisait des invitations, on était

content de se voir, on avait un plaisir à être ensemble pour le boulot et d'autres choses ce qui c'est beaucoup perdu" (E6)

"La clientèle est très mouvante dans la région, ma popularité était très grande à une époque, je suis toujours là et je n'ai plus de popularité" (E6)

Certains répondants, à l'inverse, évitent la mise en place de relations extra professionnelles, au profit d'une relation exclusivement professionnelle mais de qualité.

"Je ne suis pas du genre à taper à leur porte pour faire la causette, je préfère me faire connaître par mon travail. Pas de rapport de copinage, mais des rapports professionnels " (E11)

L'existence de ces relations professionnelles privilégiées favorise la mise en place d'une relation de confiance, facteur décrit par les répondants comme nécessaire à l'optimisation de la communication avec le MG.

La confiance est un sentiment qui se développe au cours du temps, grâce à des expériences de travail en commun et des rapports professionnels réguliers. Elle améliore la communication et diminue le ressenti "d'exécutants" perçu parfois par les IDE et MK.

"La confiance est importante (..) si les médecins comprennent nos demandes de complément d'ordonnance ou de prolongation de traitement" (E4)

"(Pour vous quels sont les facteurs qui font que la communication se passe bien?) La confiance avec les différents praticiens, mais aussi que chacun reste à sa place" (E7)

L'instauration de cette confiance interindividuelle, peut créer un autre type de relation : une **relation de soins entre le MG et ses partenaires de soins**. Le MG faisant confiance aux compétences du paramédical, il peut lui confier sa propre santé et vice versa.

"(on se voit) si les médecins viennent se faire soigner chez nous et quand nous on va chez eux. C'est dans une relation soignants/soignés qu'on se côtoie le plus. Quand on fait du domicile aussi" (E7)

"Ceux qu'on connaît particulièrement, ceux que j'ai soigné surtout" (E8)

“C’est quand je vois mon médecin traitant que j’échange sur quelques sujets, un autre parce que je travaille beaucoup avec lui en ostéo” (E9)

Cette relation de confiance mutuelle n’a pas encore trouvé sa place entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire. L’hôpital reste, pour la plupart des répondants, inaccessible à toute communication.

A.4.6 La communication est décrite comme impossible avec le milieu hospitalier

A.4.6.1. Les prescriptions hospitalières sont non applicables en ambulatoire
Les prescriptions hospitalières sont souvent décrites par les répondants comme en décalage avec la réalité du milieu ambulatoire. Cette inadéquation de moyens et les difficultés de communication avec les praticiens hospitaliers sont responsables d’un cloisonnement ville/hôpital.

Les répondants décrivent des prescriptions incohérentes, non applicables en ambulatoire :

" Là où on a les plus gros soucis c’est surtout avec les prescriptions hospitalières, ils ne se rendent pas compte du matériel qu’on a en ambulatoire, des moyens qu’on a, du temps qu’on a, des horaires, du coût, ils ne se rendent pas compte de tout ça et parfois on a des prescriptions complètement incohérentes, joindre un médecin hospitalier c’est la croix et la bannière " (E2)

“C’était pour le patient et les infirmières, irréalisable et ça c’est assez fréquent que l’on se retrouve devant ce genre de demande avec des prescriptions pas claires, pas adaptées à la ville” (E2)

“Vous avez aussi des prescriptions des hôpitaux ? Oui et c’est calamiteux, ils sont dans leur monde et ce qui se passe à l’extérieur c’est un grand mystère” (E5)

“Je ne comprends pas bien pourquoi on lui a donné ce traitement, c’est un peu bizarre, c’est l’hôpital qui l’a donné” (E3)

En plus de l’incohérence des ordonnances, la communication avec les professionnels hospitaliers est difficile voire inexistante.

A.4.6.2. Le contact avec les médecins hospitaliers est difficile

Les répondants décrivent un **fort sentiment hiérarchique avec les praticiens hospitaliers.**

“On ne peut jamais les joindre (l'hôpital) et si on fait un petit mot quand les patients y retourne, il faut passer de la pommade pour attirer l'attention sur le problème, de toute façon généralement ils ne répondent pas” (E7)

Surtout avec les médecins spécialistes et **en particulier avec les chirurgiens :**

“Avec les chirurgiens on a deux ou trois intouchables, vous ne pouvez pas les déranger. Vous les appelez parce que vous ne comprenez pas l'ordonnance ou parce qu'il n'y a pas de compte rendu opératoire et généralement ce sont les mauvais qui sont comme ça et je pense qu'ils sont comme ça parce qu'ils ne veulent pas s'expliquer sur une erreur éventuelle” (E7)

“Les seules indications qui peuvent manquer c'est auprès des chirurgiens, on n'a pas toutes les données et ça nous agace” (E7)

“Certains ne connaissent pas trop ce qui suit après leur opération, ils nous font quelque chose d'assez global” (E7)

“Moi ça me concerne plus, par rapport aux orthopédistes, pour les rééducations, s'il y a des choses spécifiques après des opérations” (E8)

“C'est surtout dans le cas des suites opératoires qu'il y a problème. Si le chirurgien a utilisé une technique particulière qui modifie les délais classiques, il est nécessaire qu'ils les précisent” (E9)

Ils décrivent aussi de grandes difficultés à contacter, et de manière plus globale, à communiquer avec les médecins hospitaliers. Ces éléments sont responsables d'une quasi inexistence de liens de communication avec l'hôpital :

“A l'hôpital c'est encore pire pour joindre un médecin”, “s'il faut renvoyer les gens à l'hôpital pour faire modifier l'ordonnance c'est complexe” (E3)

(Vous avez déjà essayé de les contacter les praticiens hospitaliers ou pas ?) "Ouh ! C'est même pas la peine, c'est jamais le même, on sait pas où on est, et puis ils s'en foutent, ils ont d'autres chats à fouetter" (E5)

La communication est biaisée par le fait que le professionnel de santé ne connaît pas son interlocuteur.

"Mais son médecin traitant je ne sais pas qui sait, on me l'a adressé par un hôpital" (E6)

Du coup les soignants déclarent souvent se tourner vers le MG pour pallier aux difficultés avec le milieu hospitalier, le MG étant considéré comme le relais de la prise en charge hospitalière.

"(Concernant les prescriptions hospitalières) C'est du genre vous allez voir l'infirmière, sans ordonnance, donc quand c'est des petits trucs je fais. Mais je dis au patient que pour continuer il me faut impérativement une ordonnance. Et c'est le médecin traitant qui est sollicité car c'est le généraliste qui continue les soins en dehors de l'hôpital" (E5)

"Moi ça fait longtemps que je suis sorti de l'hôpital mais je pense qu'ils sont un peu speed, il faut faire du rendement et ils ont autre chose à faire que de s'occuper du patient qui n'est plus à l'hôpital. De tout manière c'est bien défini comme ça après c'est le rôle du médecin traitant" (E5)

Cette absence de lien, conduit les soignants en ville à un sentiment d'isolement et de solitude, décrit comme responsable d'une perte d'intérêt pour le travail en équipe pluri disciplinaire.

" Quand tu es libéral tu travailles tout seul dans ton coin et tu ne vois pas l'intérêt de mutualiser les infos " (E2)

"Je ne connais personne et tout le monde est dans son coin et s'ignore complètement et somptueusement" (E6)

"Le libéral c'est sympa on est son propre patron, mais il y a aussi des inconvénients, on est tout seul, il faut gérer ses patients, on ne peut pas s'arrêter comme ça" (E4)

A.4.6.3. Les Réseaux : permettent une mise en relation interprofessionnelle, mais peu d'appartenance aux réseaux par manque de temps

Les difficultés de communication avec l'hôpital pourraient être améliorées grâce à l'existence des réseaux, par exemple les réseaux ville/hôpital. Les IDE et MK déclarent un intérêt pour les réseaux et le souhait d'en faire partie.

Mais le manque de temps est décrit comme un frein à leur participation.

De plus les professionnels de santé voient l'appartenance au réseau comme un apport supplémentaire de charge de travail et de patients.

“Après à Villeneuve il y a une mise en relation des différents personnels de santé pour les personnes âgées, « agékanonix », nous on y participe pas franchement parce que on est déjà débordé et on ne veut pas avoir de patientèle supplémentaire” (E8)

“Le plus gros souci c'est le temps. Par exemple la femme du Dr P. qui s'occupe du réseau “agekanonix” elle nous envoie toujours pleins de trucs, c'est super sympa, l'idée est bonne mais on n'a pas le temps, on est ouvert de 7 à 20h, on a un délai de 3 mois, dans l'absolu c'est super, on aimerait bien le projet est très bien. On reçoit des invitations mais c'est impossible de libérer du temps” (E7)

A.4.7 Manque de temps et de moyen pour le travail pluridisciplinaire

A.4.7.1. Manque d'intérêt lié au cloisonnement des professions

La méconnaissance des MG sur les compétences des IDE et MK, est responsable d'un cloisonnement professionnel. Ce sentiment d'incompréhension est responsable d'une perte d'envie de communiquer.

“Ils (les médecins) n'y comprenaient pas forcément grand-chose” (E8)

“ C'est vrai que les médecins en matière de kiné, ils ne connaissent pas du tout, il y a un cloisonnement très important ” (E11)

La connaissance des compétences de chacun est retrouvée dans les entretiens comme un facteur permettant une communication optimale. Il semble important que le MG connaisse les domaines d'activités des IDE et MK pour un adressage adapté. Et inversement que les professionnels de santé connaissent des méthodes de prise en charge du MG.

“Les médecins le savent que je suis ostéopathe, et ils en tiennent compte dans leur adressage” (E9)

Ces connaissances s'acquièrent avec le temps, et l'expérience de prise en charge commune autour du patient.

“Avec l'habitude on sait comment travail untel et untel... On sait ce qu'on peut demander, pas demander etc” (E7)

A.4.7.2. Manque de temps et de disponibilité

Le manque de temps, tant pour les MG que pour les IDE et MK est décrit dans quasiment tous les entretiens. Les professionnels de santé se sentent débordés de travail.

“On est pris par le temps, tous les ¼ d'heure, ça tourne” (E11)

“Quand tu les appelles pendant leurs consultations ils ont autre chose à faire” (E2)

“Les gens m'appellent mais je suis saturé” (E6)

“Après c'est délicat car on a toujours un délai d'attente” (E8)

“Sur Villeneuve ils savent à peu près tous qu'on est débordés, on n'est pas assez de kiné. Ils le savent parce qu'ils ont les retours des patients à qui on dit que l'on n'a pas de place avant 2015” (E8)

La communication est ressentie comme chronophage. **Le facteur temps est considéré comme en partie responsable de la perte de relation avec le MG.**

“Je n'ai plus de contact avec le Docteur X, mais c'était très limité, toujours entre deux patients, on ne discutait jamais” (E3)

“Après on ne communique pas plus que ça parce qu'on est débordé les uns les autres” (E8)

“Notre amplitude de travail est très importante et laisse peu de temps” (E9)

Or le facteur temps est considéré comme un facteur important dans la communication avec le MG.

(Quels sont les facteurs qui font que la relation avec les médecins se passent bien ou pas ?)

“Généralement ça se passe bien quand les deux ont le temps, ce qui est rare en même temps, pour vous comme pour nous” “ Le plus gros souci c’est le temps” (E7)

Le manque de temps retenti également sur la prise en charge du patient qui devient non optimale. En effet le manque de temps est responsable d’une absence de retour de communication au MG.

“Si je vois qu’au bout de 4 séances ce n’est pas très efficace, j’arrête. Sans consulter le médecin ce qui doit être un tort” (E11)

“On a été vite débordé, la kiné respiratoire est très bouffeur de temps, certains cabinets ne le font pas” (E7)

Pour pallier au manque d’intérêt et de moyen pour la mise en place d’un travail coordonné avec le MG, certains éléments, basés sur l’amélioration de la communication avec le MG ont été évoqués par les répondants.

A.4.8 Piste d'amélioration de la communication avec Le MG

A.4.8.1. Le dossier médical partagé pour faciliter le partage d’informations.

Le dossier médical partagé qui existe déjà dans les structures pluridisciplinaires est décrit par les répondants comme un facteur de cohésion, facilitant la communication :

" On a accès à Clinidoc et du coup si on a une question on voit avec le médecin et on a une cohésion bien plus facile " (E2)

Pour les professionnels libéraux, n’exerçant pas dans un cadre pluridisciplinaire, le DMP serait un gain de temps et un moyen de pallier au manque d’informations transmises par le patient et son MG.

" Ce serait bien qu’il y ait un petit dossier qu’on puisse consulter, qu’on ne soit pas obligé de faire un interrogatoire avec un patient qui réponde ce qu’il veut et ou ce qu’il sait." (E11)

Le point positif du DMP est également l'accès direct aux examens complémentaires. En effet les IDE et MK se sentent souvent tributaires du MG ou du patient pour l'accès aux résultats des examens complémentaires.

“ Ils (les patients) mettent souvent trois jours à nous donner leurs résultats d'analyses” (E2)

“ On demande en même temps les examens complémentaires pour savoir exactement ce qu'il y a” (E4)

“Je suis souvent obligée de dire aux patients : “quand vous venez consulter pour vos soins, pour un spécialiste ou pour un kiné, venez avec vos radios”(E4)

“Les patients d'eux même viennent sans documents, on est obligé de leur demander de nous apporter ce qu'ils ont, radio ou autre” (E11)

Or ces résultats modifient parfois leur prise en charge. **Un accès direct aux résultats pourrait être facilitant. Sinon le professionnel est parfois obligé de ré-adresser le patient vers son MG.**

“ On a besoin d'avoir des examens complémentaires car la prise en charge n'est pas la même” (E8)

“On lui demande de retourner voir le médecin, faire des examens complémentaires” (E7)

“En Ostéo, pour avoir des examens complémentaires en fonction de mes propres examens et des doutes que je peux avoir. Je demande au médecin de réaliser des examens” (E9)

“On communique par courrier quand on demande des examens complémentaires” (E8)

Comme nous l'avons déjà souligné, la rencontre physique est décrite comme un facteur influençant la communication avec le MG, or les répondants affirment manquer de temps pour ces rencontres. Les staffs, réunions pluridisciplinaires, gardes communes, etc pourraient être une réponse à ces difficultés en créant des liens de communication pluri professionnelle.

A.4.8.2. Les réunions pluri professionnelles : un temps de communication privilégié avec le MG

Les gardes ambulatoires entrant dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), sont décrites comme créatrices d'un lien entre les professionnels de santé d'un même territoire. Plus spécifiquement elles permettent les rencontres entre professionnels exerçant en structure et en libéral :

" La PDSA créait un lien avec les libéraux " (E2)

Cela permet aussi aux MG libéraux pratiquant des gardes dans les structures de santé, de découvrir ces structures et d'avoir accès aux compétences proposées. Cela permet aussi de dépasser les sentiments de concurrence existants.

"L'information de l'existence du dépistage des rétinopathies au CMS a été donnée à tous les médecins mais on n'a pas eu une seule prescription de rétinographie. C'est complètement fou car il n'y a pas d'ophtalmo en ville. On ne va pas leur piquer leurs patients, c'est l'infirmière qui le fait, c'est transparent au niveau des médecins. Mais les médecins n'envoie pas facilement sur le centre de santé" (E2)

Les réunions pluridisciplinaires, décrites par les répondants exerçant en structure, sont décrites comme des moments privilégiés d'échanges et de partages d'expériences, au cours desquelles on peut discuter des cas complexes.

"En plus de ça on a les NMR (nouveaux modes de rémunération), qui font qu'on peut parler des patients avec qui on a des difficultés puis ça nous permet de nous rencontrer, de discuter des cas un peu difficiles" "les NMR, c'est vachement bien parce qu'on peut rencontrer les médecins du CMS mais aussi les médecins libéraux du coin qui veulent parler de certains dossiers qui leur posent problème" (E2)

"Les réunions, elles ont l'avantage qu'on se voit qu'on se parle, qu'on échange nos expériences" (E2)

Pour les réunions, une fois par mois il n'y a que les médecins généralistes. Moi j'essaie d'y être parce que je trouve que c'est important d'avoir notre regard à nous" "dans les réunions le noyau c'est les médecins généralistes et une infirmière" (E2)

Les professionnels de santé exerçant en libéral semblent aussi de cet avis ;

" Ce qui existe à l'hôpital, les staffs, ce serait bien de l'avoir au moins une fois par mois en libéral, dans un quartier de vie mais c'est difficile à mettre en place, je pense" (E11)

"Quand tu es libéral tu travailles tout seul dans ton coin et tu ne vois pas l'intérêt de mutualiser les infos. Les réunions, elles ont l'avantage que l'on se voit que l'on se parle, que l'on échange nos expériences" (E2)

"Le dialogue est toujours bien" (E1)

A.4.8.3. La rencontre physique étant décrit comme un facteur relationnel important, la rencontre avec les nouveaux arrivants sur un territoire donné pourrait améliorer la communication.

"C'était une démarche volontaire, c'était moi qui allait les voir pour essayer d'avoir du relationnel, je trouvais ça très utile. Et puis petit à petit ces gens-là sont partis, des nouveaux sont arrivés, que j'ai cherché à connaître, la démarche a été moins facile et puis maintenant le relationnel il n'y en a pratiquement plus" (E6)

Tableau. 3 : Tableau de Synthèse de l'analyse Qualitative

Thèmes	Points développés
MOYENS DE COMMUNICATION AVEC LE MG	Ordonnance, moyen d'adressage privilégié des MG vers les MK et IDE Le Patient, intermédiaire de la communication entre le MG et les MK et IDE Le téléphone, utile dans l'urgence, et en retour de la communication vers le MG Autres : courrier, utile si médecin peu accessible.
INFORMATIONS TRANSMISES PAR LE MG	Manque de précision dans les informations transmises. Manque d'information sur le patient (pathologies et traitements). Manque d'information sur le motif d'adressage et les soins à réaliser. Manque d'information sur les pathologies psychiatriques. Manque d'information administrative. Informations inutiles.
LES LIEUX DE RENCONTRE AVEC LES MG	Domicile du patient. Partenaires dans une structure de santé. Existences de relations professionnelles privilégiées. Rencontre dans les cabinets respectifs ou dans le quartier. Rapport de soin, le MG étant lui-même le patient des IDE et MK ou inversement. Relation extra professionnelle.
LE RETOUR DE LA COMMUNICATION VERS LE MG	Contact téléphonique surtout si urgence. Courrier si problème d'accessibilité au MG. Secrétariat : barrière à la communication ou facilitant. Travail sur même lieu de travail : facilite communication avec MG. Ré adressage direct du patient vers MG sans contact.
LES PROBLÈMES DE COMMUNICATION	Avec les patients, souvent intermédiaires de la communication avec le MG. Avec le milieu hospitalier : prescriptions hospitalières souvent en décalage avec la réalité du milieu ambulatoire. Sentiment d'isolement des soignants en ville. Sentiment de rivalité interprofessionnelle. Sentiment de hiérarchisation des rapports interprofessionnels Méconnaissance des compétences de chacun. Manque de temps et de disponibilité.
FACTEURS FACILITANT UNE BONNE COMMUNICATION	La proximité géographique. Lisibilité des informations transmises par le MG. Confiance entre professionnels. Importance du relationnel et bonne entente : rapport interprofessionnel souvent dépendant des personnalités de chacun. Respect des rôles. Connaissance des compétences de chacun. Union autour d'un projet commun : complémentarité. Disponibilité du MG.
LES PISTES D'AMÉLIORATION DE LA COMMUNICATION AVEC LES MG	Le dossier médical partagé. Réunion pluridisciplinaire, garde: créatrices de liens de communication. La Rencontre physique. Accès direct aux examens complémentaires. Appartenance à un réseau de santé.

B. Étude quantitative

B.1 Taux de réponses

Fig. 3 : Taux de réponses des professionnels de santé

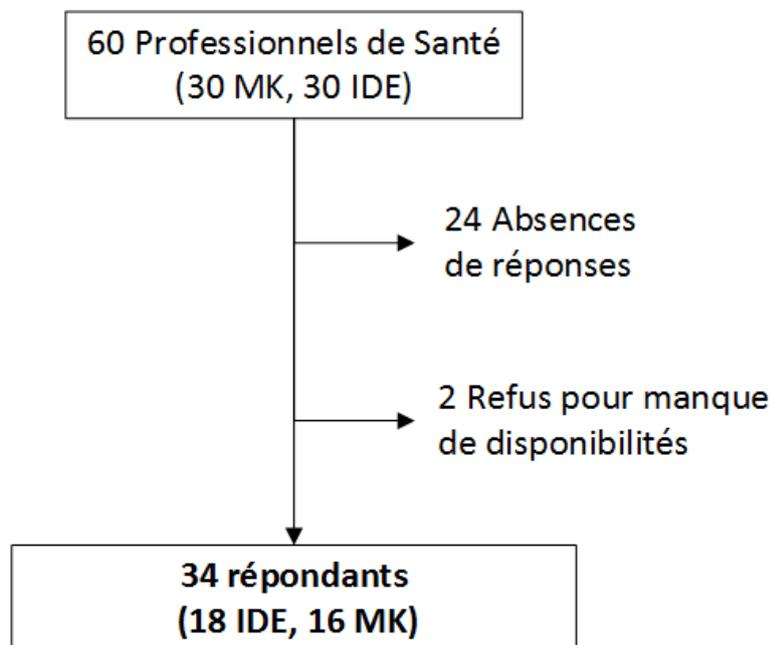
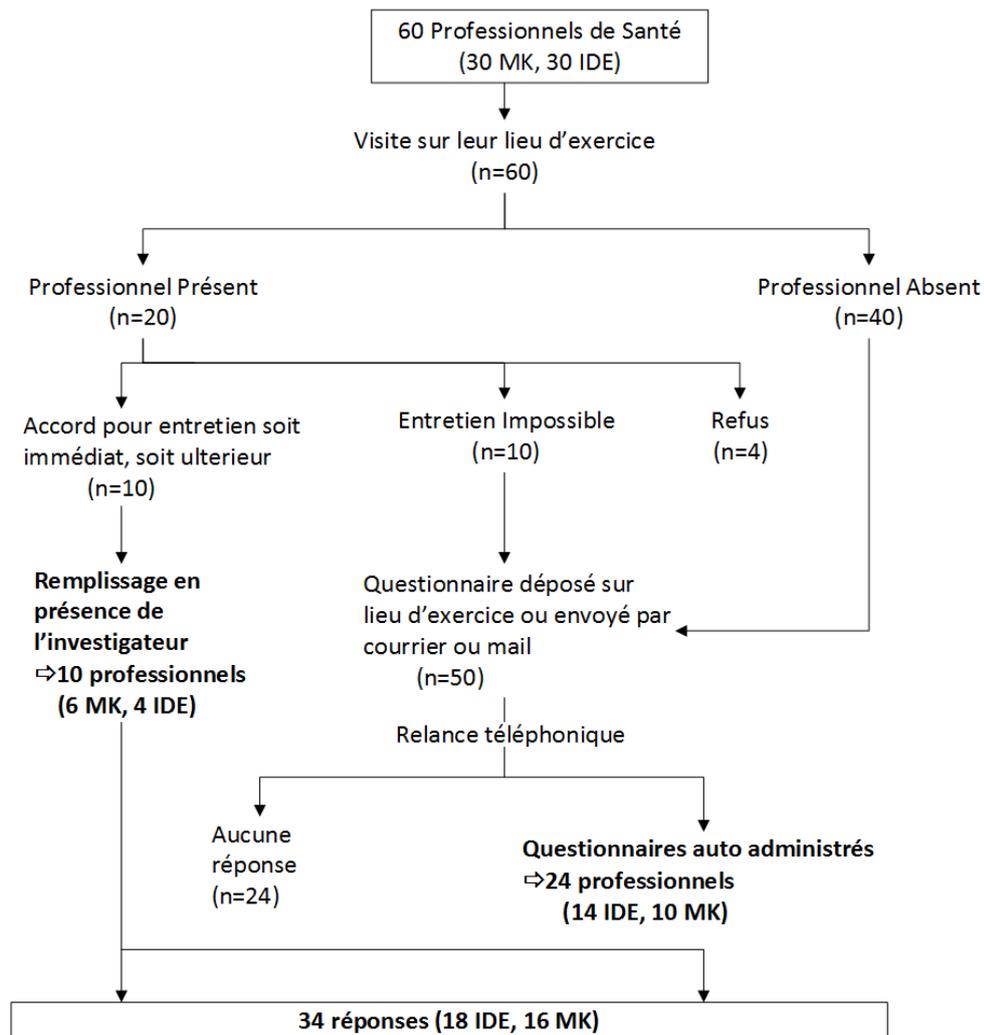


Fig. 4 : Mode de contact et récupération des questionnaires



NB : Les résultats ont été arrondis à la décimale supérieure. L'effectif de la population source étant inférieur à 100, nous avons jugé que cela n'aurait pas de sens d'avoir des résultats avec plusieurs décimales.

B.2 Représentativité

B.2.1 Genre

Dans notre échantillon 82% des répondants sont des femmes (28/34).

Dans la population cible, 60% sont des femmes (36/60).

73% des IDE (22/30) et 47% des MK (14/30) de la population cible sont des femmes.

Tableau. 4 : Genre dans la population source

	Femmes		Hommes		Total
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	
IDE	22	73%	8	27%	30
MK	14	47%	16	53%	30
Total	36	60%	24	40%	60

B.2.2 Profession

Dans notre échantillon la répartition entre IDE et MK est respectivement de 53% (18/34) et 47% (16/34). Cette répartition est représentative de la population source qui contient autant d'IDE (30/60) que de MK (30/60) soit 50% chacune.

B.2.3 Ville d'exercice

Dans notre échantillon 76% des professionnels (26/34) exercent sur Gennevilliers soit 14 IDE et 12MK. Notre échantillon est illustratif de la population source dans laquelle environ 2/3 des effectifs totaux, IDE et MK, exercent à Gennevilliers (41/60 soit 69%).

Tableau. 5 : Ville d'exercice et profession dans l'échantillon

	IDE	MK	Total	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Gennevilliers	14	12	26	76%
VLG	4	4	8	24%
Total	18	16	34	100%

Tableau. 6 : Ville d'exercice et profession dans la population source

	IDE	MK	TOTAL	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Gennevilliers	20	21	41	68%
VLG	10	9	19	32%
Total	30	30	60	100%

B.2.4 Mode d'exercice

Dans notre échantillon, 41% des répondants exercent dans un cabinet monoprofessionnel (14/34), 35% exercent en structure (12/34), 15% exercent en cabinet pluriprofessionnel (5/34), et 9% exercent seul en cabinet (3/34). Dans notre population cible, 58% des individus (MK et IDE réunis) exercent en cabinet monoprofessionnel (35/60), 17% en structure (10/60), 15% seul (9/60) et 10% en cabinet pluriprofessionnel.

Tableau. 7 : Mode d'exercice et profession dans la population source

	IDE	MK	TOTAL	
	Effectif	Effectif	Effectif	Fréquence
Structure	4	6	10	17%
Cabinet Pluriprofessionnel	6	0	6	10%
Cabinet Monoprofessionnel	15	20	35	58%
seul	5	4	9	15%
Total	30	30	60	100%

B.3 Données socio-démographiques

B.3.1 Genre

82% des répondants sont des femmes (28/34).

Tableau. 8 : Genres

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Effectif	6	28	34
Fréquence	18%	82%	100%

B.3.2 Profession

La répartition entre IDE et MK paraît équilibrée (respectivement 53% vs 47%)

Tableau. 9 : Profession dans l'échantillon

	IDE	MK	TOTAL
Effectif	18	16	34
Fréquence	53%	47%	100%

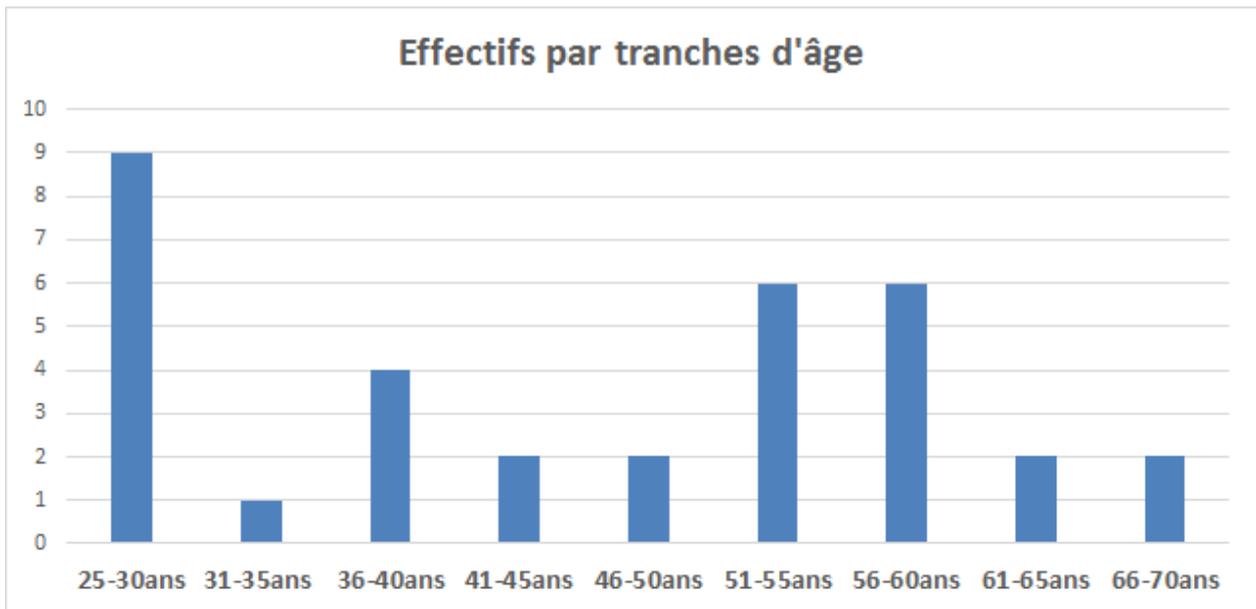
B.3.3 Age

Les âges vont de 25 à 70 ans.

L'âge moyen est de 45 ans, l'âge médian de 47.5 ans.

Dans ce qui suit, nous distinguons deux catégories d'âge : les \leq 45ans et les $>$ 45ans.

Fig. 5 : Histogramme effectifs par tranches d'âges

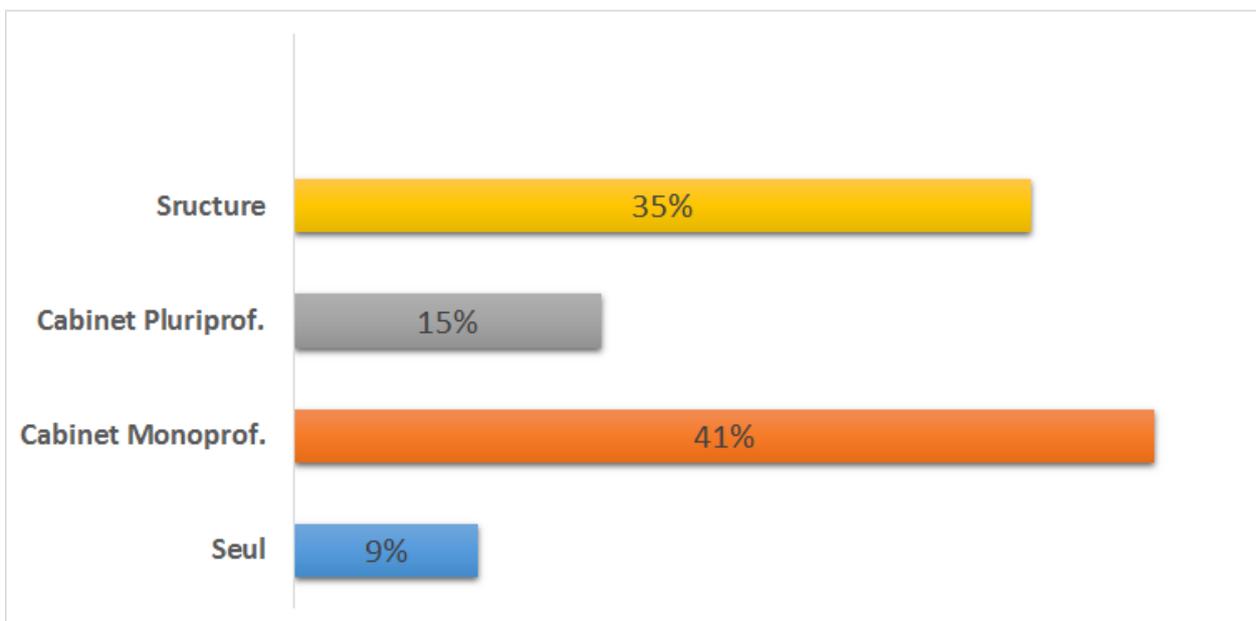


B.3.4 Le mode d'exercice principal

B.3.4.1. Mode d'exercice dans l'échantillon

41% des répondants exercent dans un cabinet monoprofessionnel (14/34), 35% exercent en structure (12/34), 15% exercent en cabinet pluriprofessionnel (5/34), et 9% exercent seul en cabinet (3/34).

Fig. 6 : Histogramme mode d'exercice



B.3.4.2. Mode d'exercice selon la profession

Dans notre échantillon, 33% des IDE exercent en structure (6/18) et 33% en cabinet monoprofessionnel (6/18). Pour le reste 22% exercent en cabinet pluriprofessionnel et 11% exercent seul.

Les MK exercent pour 50% d'entre eux dans des cabinets monoprofessionnel (8/16). 38% travaillent en structure (6/16) et 6% exercent en cabinet pluriprofessionnel (1/16) ou seul (1/16).

Tableau. 10 : Mode d'exercice selon la profession

	IDE		MK	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Structure	6	33%	6	38%
Cabinet Pluriprofessionnel	4	22%	1	6%
Cabinet Monoprofessionnel	6	33%	8	50%
Seul	2	11%	1	6%
TOTAL	18	100%	16	100%

On peut distinguer deux modèles d'exercices différents :

- Un modèle pluriprofessionnel incluant : les structures et les cabinets pluriprofessionnels
- Un modèle monoprofessionnel incluant : les cabinets monoprofessionnels et l'exercice seul en cabinet.

Ainsi, 56% des IDE (10/18) et 44% des MK (7/16) exercent dans un cadre pluriprofessionnel.

Il n'y a pas de différence significative entre les IDE et MK en ce qui concerne un mode d'exercice pluri ou monoprofessionnel (test de fisher $p = 0.73186$)

Il n'y a pas d'effet de la profession sur le mode d'exercice.

B.3.4.3. Mode d'exercice selon l'âge

Dans notre échantillon, les IDE et MK âgés de plus de 45 ans exercent principalement en structure (7/18 soit 39%) ou en cabinet monoprofessionnel (6/18 soit 33%).

Les professionnels plus jeunes en dessous de 45 ans exercent en cabinet monoprofessionnel (8/16 soit 50%), et en structure (5/16 soit 31%).

Tableau. 11 : Mode d'exercice selon l'âge

	≤45ans		>45ans	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Structure	5	31%	7	39%
Cabinet Pluriprofessionnel	2	13%	3	17%
Cabinet Monoprofessionnel	8	50%	6	33%
Seul	1	6%	2	11%
TOTAL	16	100%	18	100%

Si on distingue comme précédemment, deux modèles d'exercices :

- Un modèle pluriprofessionnel incluant : les structures et les cabinets pluriprofessionnels
- Un modèle monoprofessionnel incluant : les cabinets monoprofessionnels et l'exercice seul.

Ainsi, 44% des ≤45ans (7/16) et 56% des >45ans (10/18) exercent dans un cadre pluriprofessionnel).

Il n'y a pas de différence significative entre les ≤45ans et >45ans en ce qui concerne un mode d'exercice pluri ou monoprofessionnel (test de fisher p =0.73186). Il n'y a donc pas d'effet de l'âge sur le mode d'exercice.

B.3.5 Existence d'un secrétariat

L'absence de secrétariat prédomine dans notre enquête (74% soit 25/34).

S'il est présent, le secrétariat est physique (26% soit 9/34).

Tableau. 12 : Présence et type de secrétariat

	PAS DE SECRÉTARIAT	SECRÉTARIAT PHYSIQUE	SECRÉTARIAT A DISTANCE	TOTAL
Effectif	25	9	0	34
Fréquence	74%	26%	0%	100%

B.3.6 Appartenance à un réseau

B.3.6.1. Appartenance à un réseau dans notre échantillon

79% de notre échantillon ne fait pas partie d'un réseau (27/34).

Tableau. 13 : Appartenance à un réseau

	APPARTENANCE RÉSEAU	NON APPARTENANCE RÉSEAU	TOTAL
Effectif	7	27	34
Fréquence	21%	79%	100%

B.3.6.2. Appartenance à un réseau selon la profession

72% des IDE et 87% des MK n'appartiennent pas à un réseau. Il semble que la profession n'a pas d'effet significatif sur l'appartenance ou non à un réseau (test de fisher : $p= 0.4054$).

Tableau. 14 : Appartenance au réseau selon la profession

	IDE		MK	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Appartenance réseau	5	28%	2	13%
NON appartenance réseau	13	72%	14	87%
TOTAL	18	100%	16	100%

B.3.6.3. Appartenance à un réseau selon le mode d'exercice

Les IDE et MK qui exercent seuls ou en structure ne font pas partie de réseau (respectivement 0/12, 0/3 soit 0%). 43% des professionnels exerçant en cabinet monoprofessionnel appartiennent à un réseau (6/14), 20% des professionnels exerçant en cabinet pluriprofessionnel appartiennent à des réseaux (1/5).

Tableau. 15 : Appartenance à un réseau selon le mode d'exercice

	APPARTENANCE RÉSEAU		NON APPARTENANCE RÉSEAU		TOTAL
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	
Structure	0	0%	12	100%	12
Cabinet Pluriprofessionnel	1	20%	4	80%	5
Cabinet Monoprofessionnel	6	43%	8	57%	14
Seul	0	0%	3	100%	3
Total	7	20%	27	80%	34

Ainsi, 6% des professionnels qui exercent dans un cadre pluriprofessionnel (structure et cabinet pluriprofessionnel) appartiennent à un réseau (1/17).

Et 35% des professionnels qui exercent dans un cadre monoprofessionnel (cabinet monoprofessionnel et l'exercice seul) appartiennent à un réseau (6/17).

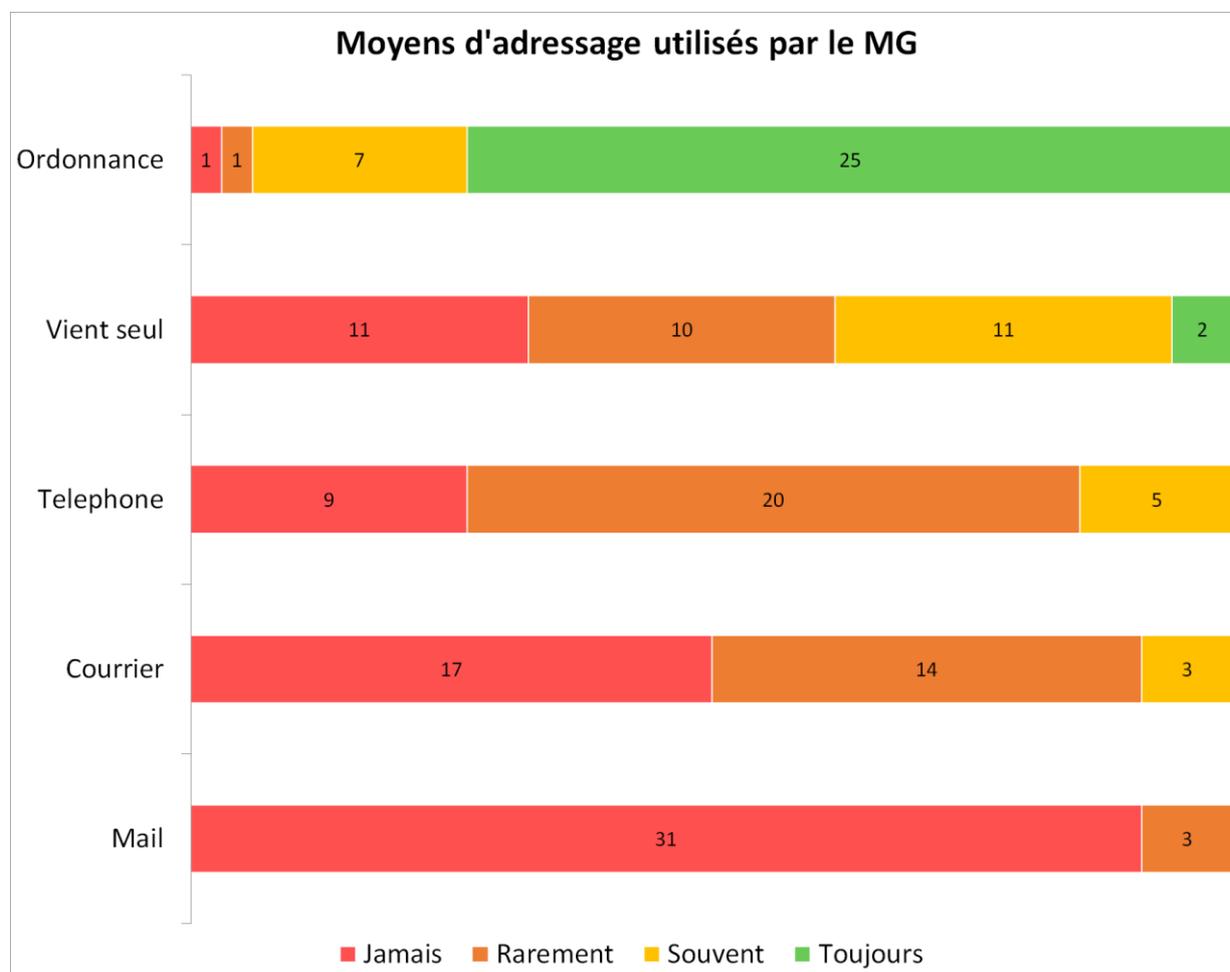
Il n'y a pas de différence significative entre les professionnels exerçant en pluri ou monodisciplinarité en ce qui concerne l'appartenance ou non à un réseau (test de fisher $p=0,08544$).

B.4 État des lieux et ressenti de la communication avec le MG

B.4.1 Moyen d'adressage utilisé par le MG

La question était : “ Par quel moyen le médecin généraliste vous transmet-il des informations concernant le patient? “

Fig. 7 : Histogramme moyens d'adressages utilisés par le MG



L'ordonnance paraît être le support de communication le plus souvent employé lorsqu'un MG adresse un patient vers un IDE ou un MK : 94% de ces paramédicaux déclarent qu'une ordonnance accompagne le patient "toujours" ou "souvent".

Il n'est pas rare cependant que le patient vienne chez le paramédical de lui-même, sans aucun support de communication émanant du généraliste (38% de "toujours" ou "souvent").

Tableau. 16 : Fréquence des moyens d'adressage utilisés par le MG

Moyens d'adressage	% Oui
Ordonnance	94%
Vient seul	38%
Téléphone	15%
Courrier	9%
Mail	0%

NB : %Oui est la somme des % "toujours" et "souvent"

B.4.2 Satisfaction globale sur les informations transmises par le MG

La question était : "Lorsqu'un patient vous est adressé par un médecin généraliste, avez-vous, en général, toutes les informations dont vous avez besoin pour sa prise en charge ?"

56% des personnes interrogées ne sont pas satisfaites des informations transmises par le MG (19/34).

Tableau. 17 : Satisfaction globale sur les informations transmises par le MG

	SATISFAITS	INSATISFAITS	TOTAL
Effectif	15	19	34
Fréquence	44%	56%	100%

Tableau. 18 : Satisfaction globale sur la transmission d'information selon la profession

	SATISFAITS		INSATISFAITS		TOTAL
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	
IDE	8	44%	10	56%	18
MK	7	44%	9	56%	16

56% des IDE (10/18) et 56% des MK (9/16) déclarent ne pas être satisfaits des informations transmises par le MG.

Il n'y pas de différence significative entre les IDE et MK concernant leur satisfaction des informations transmises par le MG (test de fisher $p=1$).

Tableau. 19 : Satisfaction globale sur la transmission d'information selon le mode d'exercice

	SATISFAITS		INSATISFAITS		Total
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	
Structure	3	25%	9	75%	12
Cabinet Pluriprofessionnel	3	60%	2	40%	5
Cabinet Monoprofessionnel	7	50%	7	50%	14
Seul	2	67%	1	33%	3
TOTAL	15	100%	19	100%	34

65% des professionnels exerçant dans un cadre pluriprofessionnel (cabinet pluriprofessionnel et structure) ne sont pas satisfaits des informations transmises par le MG (11/17).

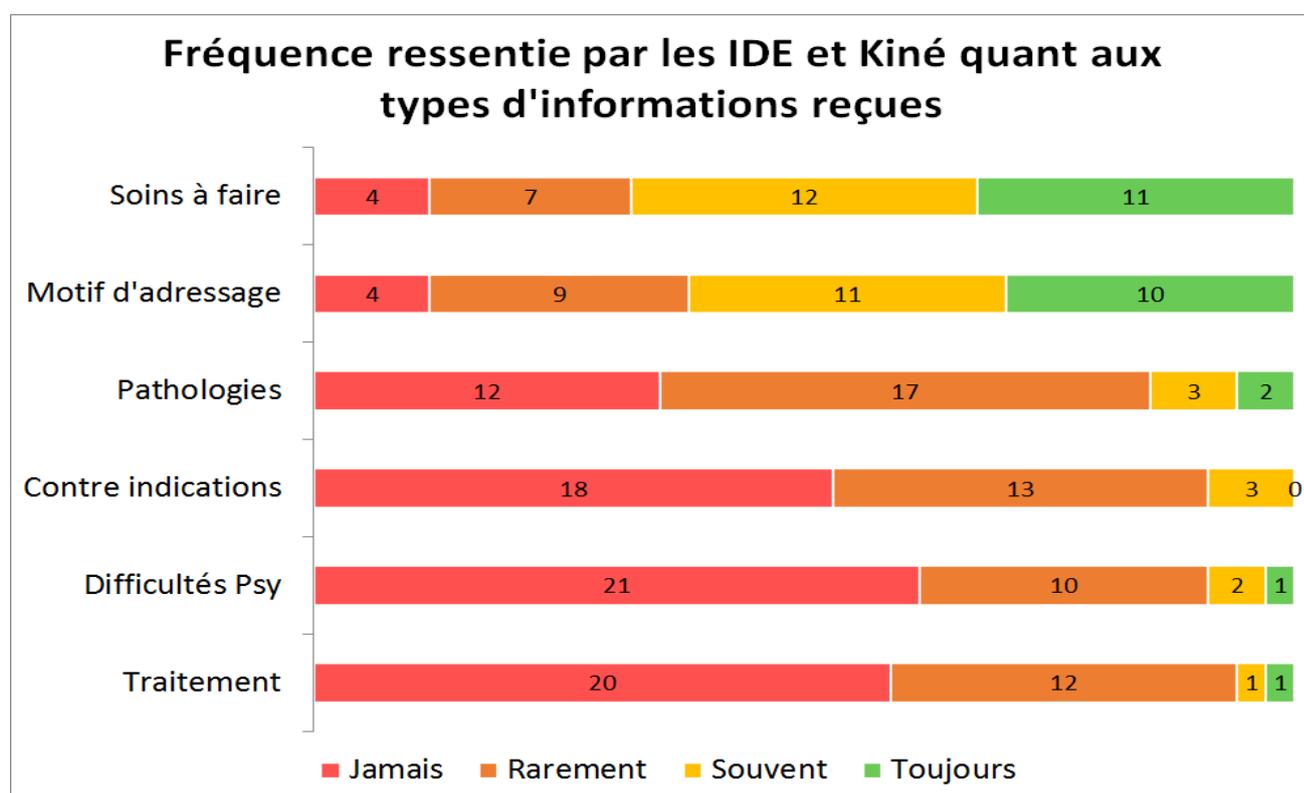
47% des professionnels exerçant dans un cadre monoprofessionnel (cabinet monoprofessionnel et seul) sont insatisfaits des informations transmises par le MG (8/17).

Le mode d'exercice pluri ou monoprofessionnel n'a pas d'influence significative sur la satisfaction des professionnels concernant les informations transmises par le MG (test de fisher $p=0.49053$).

B.4.3 Fréquence des informations transmises par le MG

La question était : “A quelle fréquence vous sont transmises les informations suivantes par le médecin généraliste ?”

Fig. 8 Histogramme 2 : Fréquence ressentie des informations reçues



Pour simplifier la lecture des résultats nous avons assemblé les réponses “toujours” et “souvent” en réponses positives (%OUI).

68% des IDE et Kiné déclarent recevoir l'information “soins à faire”, 62% déclarent recevoir l'information “motif d'adressage”, 15% l'information “pathologies du patient”, puis 9% les “difficultés psychologiques / psychiatriques”, 9% “les contre-indications aux soins” et enfin 6% “les traitements”.

Tableau. 20: Fréquences des informations déclarées comme reçues par les IDE et Kiné

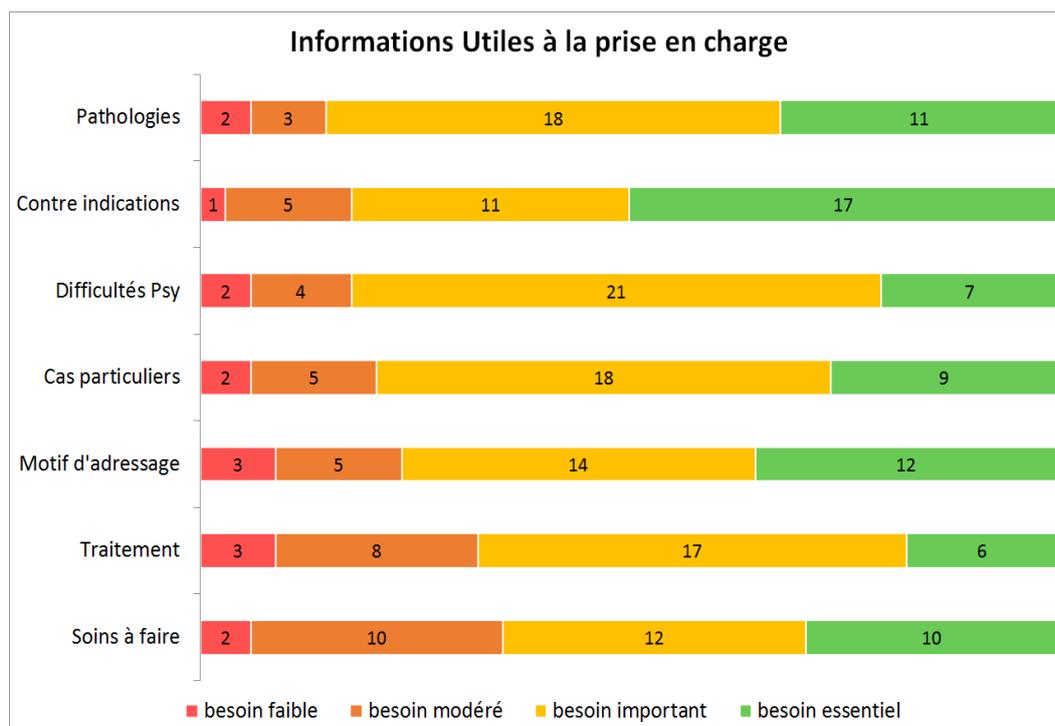
Fréquence des informations reçues	% Oui
Soins à faire	68%
Motif d'adressage	62%
Pathologies	15%
Contre indications	9%
Difficultés psy	9%
Traitement	6%

Nb : %Oui est la somme des % "toujours" et "souvent"

B.4.4 Informations nécessaires non transmises par le MG

La question était : "Parmi ces informations, quelles sont celles dont vous avez besoin et qui sont manquantes ?"

Fig. 9 : Histogramme 3 : Fréquence des informations utiles mais manquantes



Les réponses "besoin important" et "besoin essentiel" ont été additionnées pour faciliter la lecture et donner un pourcentage de réponses positives (%Oui).

85% des IDE et Kiné déclarent que l'information "les pathologies du patient" est importante mais souvent manquante, 82% déclarent que les informations "difficultés psychologiques/psychiatriques" et "les contre-indications aux soins" sont manquantes quoique importantes. Pour les autres informations importantes mais manquantes : 76% pour "le motif", 68% pour le "traitement" et 65% pour le "soins à faire".

Tableau. 21 : Fréquence des informations ressenties comme importantes mais manquantes

Informations utiles et manquantes	% Oui
Pathologies	85%
Contre indications	82%
Difficultés psy	82%
Cas particuliers	79%
Motif d'adressage	76%
Traitement	68%
Soins à faire	65%

NB : %Oui est la somme de "besoin important" et "essentiel"

Tableau. 22 : Fréquence des informations considérées comme utiles et manquantes selon la profession.

	IDE (n=18)		MK (n=16)	
	Effectif	%Oui	effectif	%Oui
Pathologies	16	89%	13	81%
Contre-indication	17	94%	11	69%
Difficultés psychologiques	14	78%	14	82%
Cas particuliers	16	89%	11	69%
Motif d'adressage	13	72%	13	81%
Traitement	15	83%	8	50%
Soins à faire	16	89%	6	38%

Les IDE déclarent avoir besoin principalement des informations suivantes : “contre-indication”, “pathologies”, “cas particuliers” et “soins à faire”.

Les MK déclarent avoir besoin principalement des informations suivantes : “difficulté psychologiques”, “pathologies” et “motif d’adressage”.

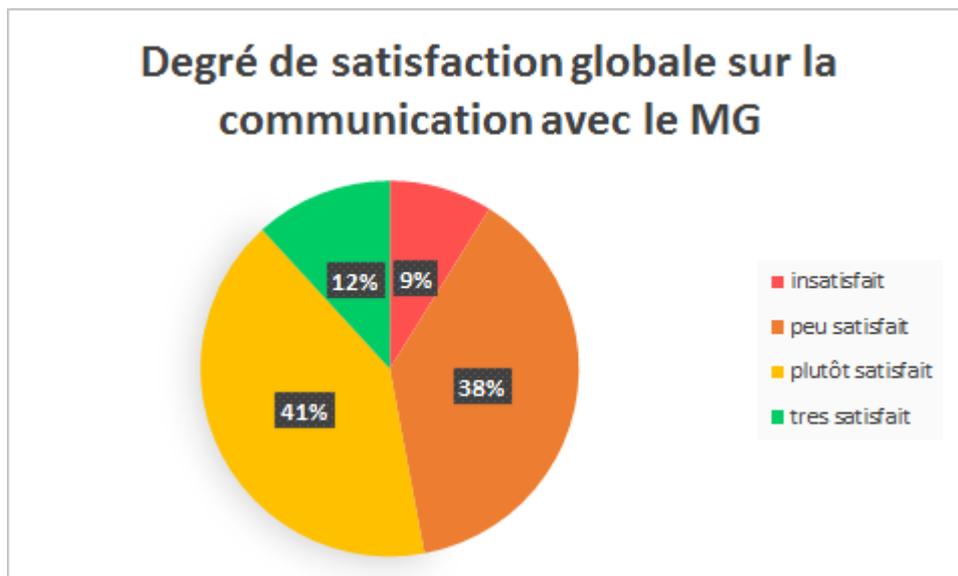
L’information “soins à faire” est décrite comme importante et manquante, plus souvent par les IDE (89%) que par les MK (38%) avec un test de fisher $p=0.00334$.

C’est la seule différence significative retrouvée, les autres informations n’étant pas significativement différente entre les MK et IDE (cf.tableau annexe sur l’analyse des résultats en fonctions des caractéristiques).

B.4.5 Satisfaction globale sur la communication avec le MG

La question était : “En général, êtes-vous satisfait de la communication avec les médecins généralistes? “

Fig. 10 : Degré de satisfaction globale sur la communication avec le MG



53% des IDE et MK déclarent être satisfaits de leur communication avec les MG (soit 18/34, après addition des réponses “très satisfait” et “plutôt satisfait”).

Tableau. 23 : Satisfaction globale sur la communication selon la profession

	SATISFAITS		INSATISFAITS		TOTAL
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	
IDE	10	56%	8	44%	18
MK	8	50%	8	50%	16

44% des IDE (8/18) et 50% des MK (8/16) déclarent ne pas être satisfaits de la communication avec le MG.

Il n'y a pas de différence significative entre les IDE et MK concernant la satisfaction de la communication avec le MG (test de Fisher $p=1$).

Tableau. 24 : Satisfaction globale sur la communication selon le mode d'exercice

	SATISFAITS		INSATISFAITS		Total
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	
Structure	4	33%	8	67%	12
Cabinet Pluriprofessionnel	4	80%	1	20%	5
Cabinet Monoprofessionnel	8	57%	6	43%	14
Seul	2	67%	1	33%	3
TOTAL	16	100%	18	100%	34

53% des professionnels exerçant dans un cadre pluriprofessionnel (cabinet pluriprofessionnel et structure) ne sont pas satisfaits de la communication avec le MG (9/17).

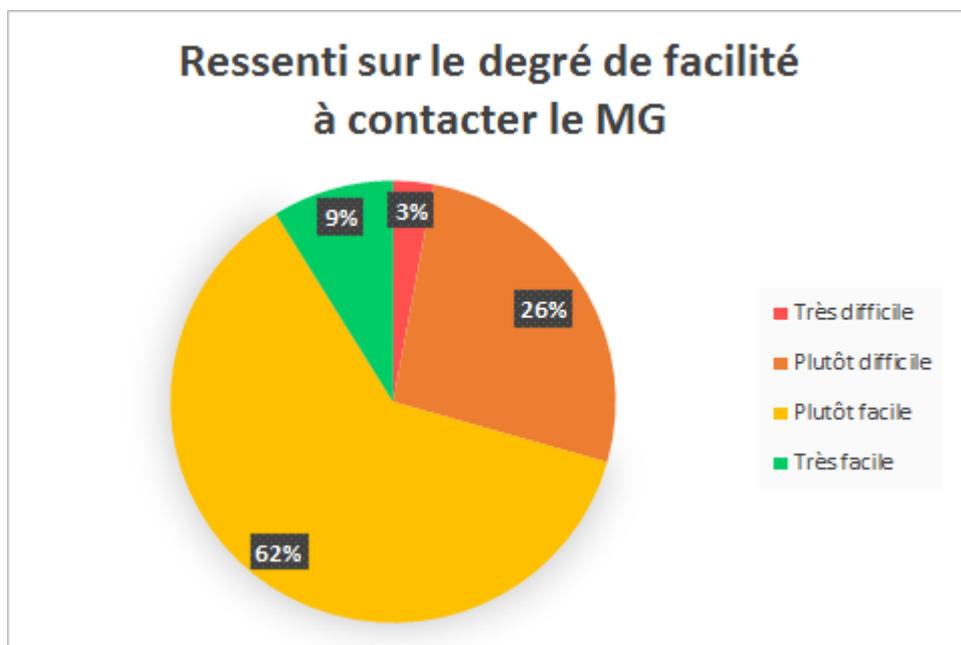
41% des professionnels exerçant dans un cadre monoprofessionnel (cabinet monoprofessionnel et exercice seul) sont insatisfaits de la communication avec le MG (7/17).

Le mode d'exercice pluri ou mono professionnel n'a pas d'influence significative sur la satisfaction de la communication avec le MG (test de fisher $p=0.73186$).

B.4.6 Facilité à contacter le MG

La question était : "Lorsque vous avez besoin de contacter un médecin généraliste, cela vous est-il facile?"

Fig. 11 : Ressenti sur le degré de facilité à contacter le MG



71% des IDE et MK déclarent facile de contacter le MG (soit 24/34, après addition des réponses "très facile" et "plutôt facile"), versus 29% de réponses combinées "très difficile" et "plutôt difficile" (10/34).

Tableau. 25 : Ressenti sur le degré de facilité à contacter le MG selon le mode d'exercice

	FACILE		DIFFICILE		Total
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	
Structure	8	67%	4	33%	12
Cabinet Pluriprofessionnel	5	100%	0	0%	5
Cabinet Monoprofessionnel	8	57%	6	43%	14
Seul	3	100%	0	0%	3
TOTAL	24	100%	10	100%	34

76% des professionnels exerçant dans un cadre pluriprofessionnel (cabinet pluriprofessionnel et structure) déclarent qu'il est facile de communiquer avec le MG (13/17).

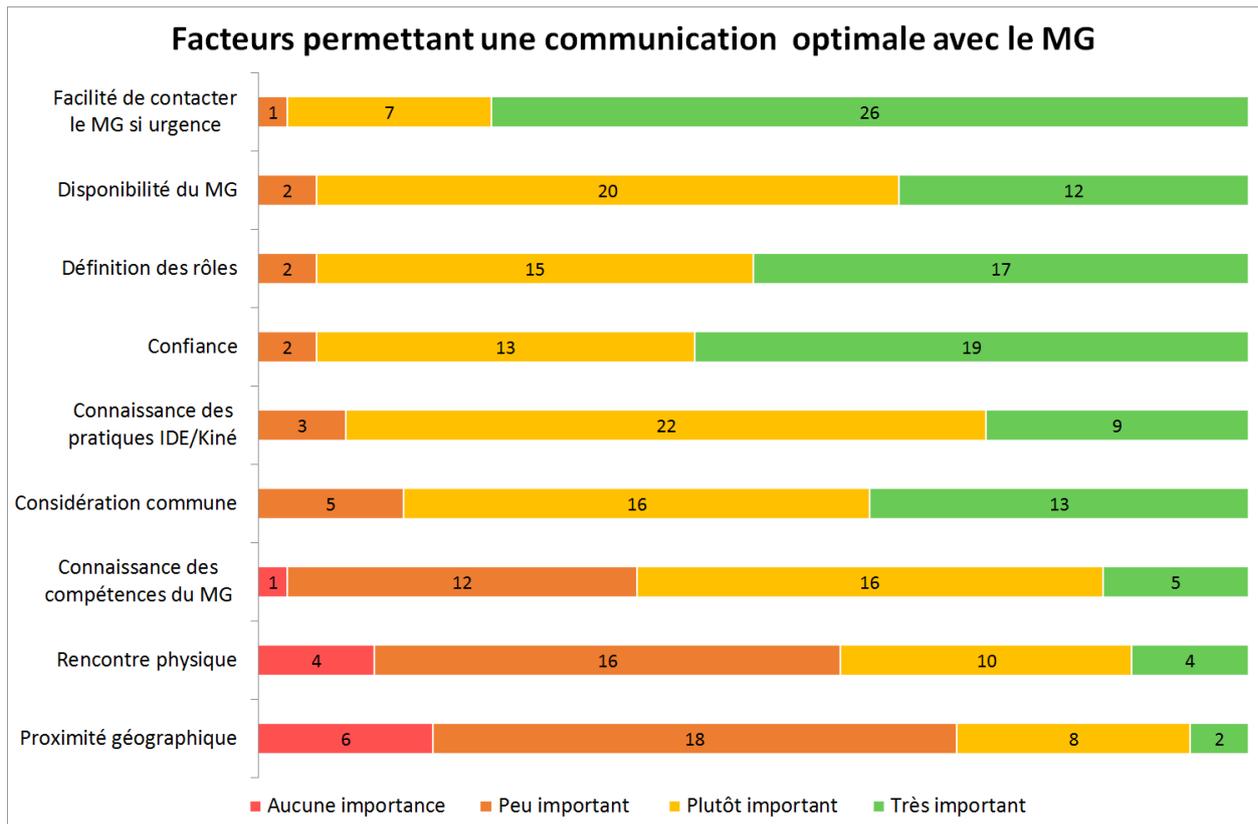
65% des professionnels exerçant dans un cadre monoprofessionnel (cabinet monoprofessionnel et exercice seul) déclarent qu'il est facile de communiquer avec le MG (11/17).

Le mode d'exercice pluri ou mono professionnel n'a pas d'influence significative sur la facilité de la communication avec le MG (test de fisher $p=0.707985$).

B.4.7 Facteurs nécessaires à une communication optimale avec le MG

La question était : "Parmi les facteurs suivants, lesquels sont nécessaires pour une communication optimale avec les médecins généralistes ?"

Fig. 12 : Histogramme 4 : Facteurs ressentis comme permettant une communication optimale



Comme précédemment les réponses “plutôt important” et “très important” ont été combinées pour donner une fréquence de réponses positives (%Oui).

D’après 97% des répondants le facteur “facilité de contacter le MG si urgence” est important pour la communication avec le MG.

94% des IDE et MK déclarent que “la disponibilité du MG”, “la définition des rôles” et “la confiance” sont des facteurs importants. En ce qui concerne les autres facteurs importants : 91% pour “la connaissance des pratiques des IDE et Kiné”, 85% pour “la considération commune”, 62% pour la “connaissance des compétences du MG”, 41% pour “la rencontre physique”, et 29% pour la “proximité géographique”.

Tableau. 26 : Fréquences des facteurs ressentis comme permettant une communication optimale avec le MG

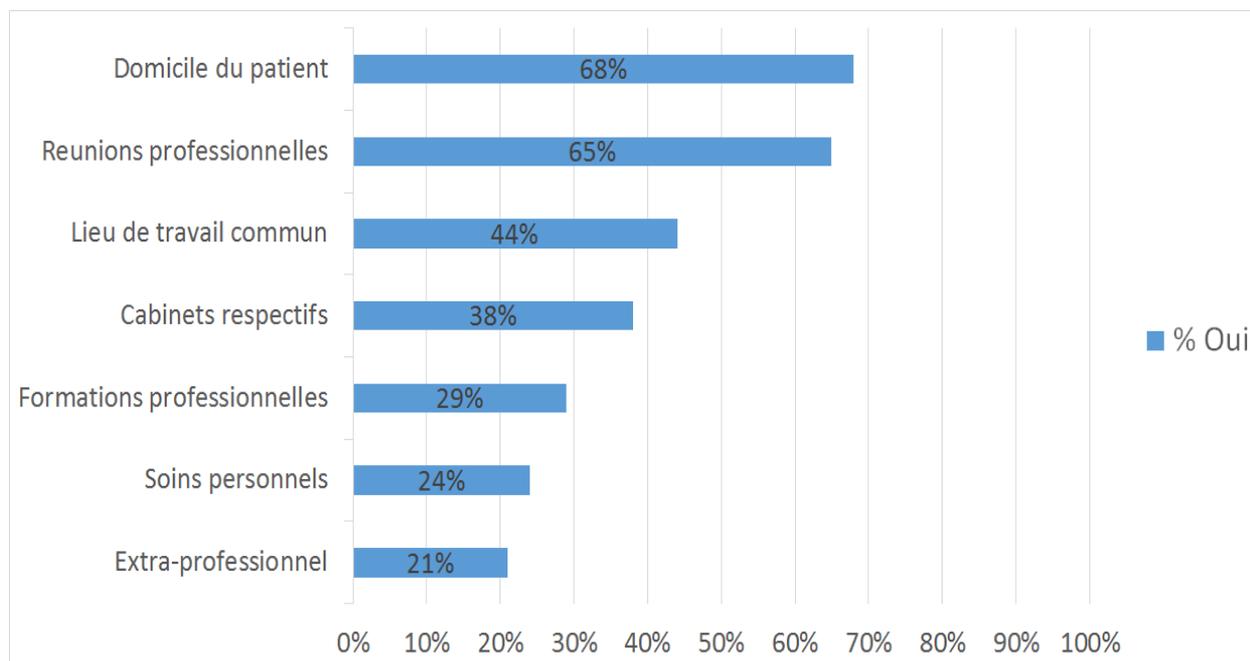
Facteurs améliorant communication avec MG	% Oui
Facilité de contacter le MG si urgence	97%
Disponibilité du MG	94%
Définition des rôles	94%
Confiance	94%
Connaissance des pratiques des IDE/Kiné	91%
Considération commune	85%
Connaissance des compétences du MG	62%
Rencontre Physique	41%
Proximité géographique	29%

NB : %Oui est la somme des % “plutôt important” et “très important”

B.4.8 Espaces de rencontre avec les MG

La question était : “Dans quels espaces rencontrez-vous les médecins généralistes ?”

Fig. 13 : Histogramme : Fréquence des lieux de rencontre avec le MG



68% de réponses positives déclarent “le domicile du patient” comme lieu de rencontre avec le MG, 65% pour “les réunions professionnelles”, 44% pour “le lieu de travail commun”, 38% pour “les cabinets professionnels”, 29% pour les “formations professionnelles”, 29% dans le cadre d’une “relation de soin” et enfin 21% dans le cadre de “relations extra professionnelles”.

Tableau. 27 : Fréquences des lieux de rencontre avec le MG

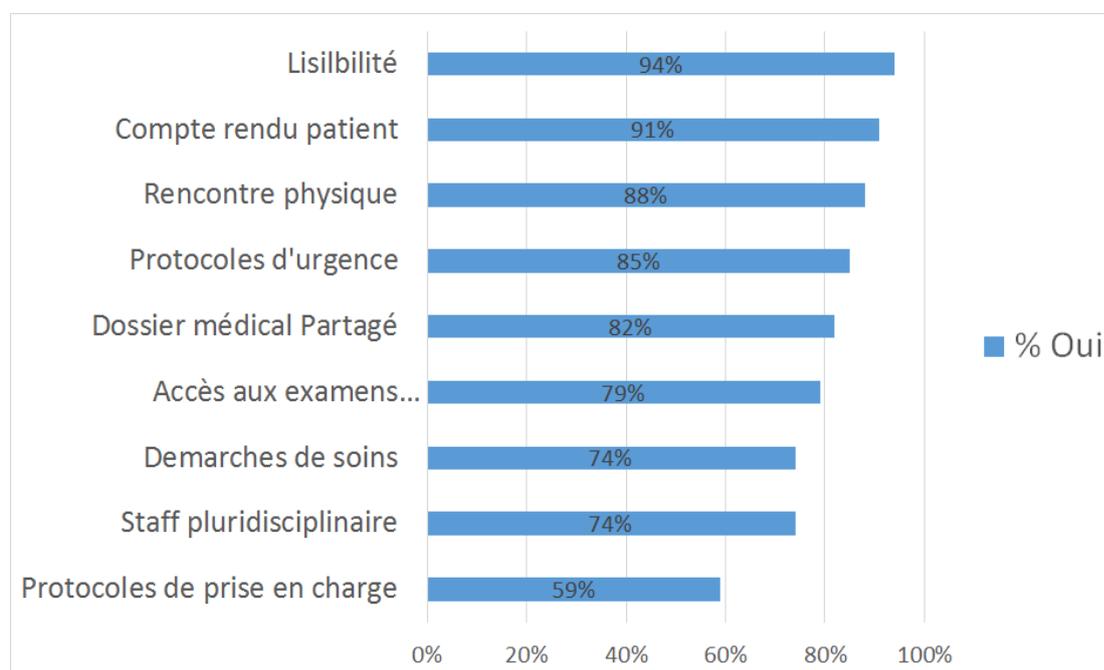
Lieux de rencontre avec le MG	% Oui
Domicile du patient	68%
Reunions professionnelles	65%
Lieu de travail commun	44%
Cabinets respectifs	38%
Formation professionnelle	29%
Soins personnels	24%
Extra-professionnel	21%

NB : %Oui est le % de réponses positives

B.4.9 Facteurs pouvant améliorer la communication avec les MG

La question était : “Parmi ces propositions, quels éléments pourraient améliorer la qualité de votre communication avec les médecins généralistes ?”

Fig. 14 : Histogramme : Pistes d’amélioration de la communication avec le MG



Globalement les IDE et MK déclarent que toutes les pistes d'amélioration proposées sont intéressantes. Cependant certaines pistes d'amélioration font plus consensus, telles que : "la lisibilité" et "le compte-rendu patient" déclarés comme importants chez 94% des répondants. "La rencontre physique des nouveaux arrivants", "les protocoles d'urgence" et "le dossier médical partagé" sont aussi retrouvés (respectivement dans 88%, 85% et 82% des réponses positives).

Tableau. 28 : Pistes proposées pour améliorer la communication avec le MG

Pistes d'amélioration communication avec MG	% Oui
Lisibilité	94%
Compte rendu patient	94%
Rencontre physique des nouveaux professionnels	88%
Protocoles d'urgence	85%
Dossier médical partagé	82%
Accès aux examens complémentaires	79%
Demarches de Soins	74%
Staff pluridisciplinaire	74%
Protocoles de prise en charge	59%

NB : %Oui est le % de réponses positives

B.4.10 Analyse des réponses en fonction des caractéristiques du professionnel.

Nous avons de manière systématique recherchée l'existence d'association entre les caractéristiques du professionnel et ses réponses aux différentes questions sur la communication.

Les résultats de cette analyse sont présentés sous forme de tableau de synthèse situé en annexe.

Dans les caractéristiques professionnelles, disposées en colonnes nous avons :

- le genre (X1 Femme, X2 Homme),
- l'âge (X1 ≤ 45 ans, X2 > 45 ans),
- la profession (X1 IDE, X2 MK),
- le mode d'exercice monoprofessionnel (X1 seul et cabinet monoprofessionnel) versus pluriprofessionnel (X2 structure et cabinet pluriprofessionnel),
- le mode d'exercice libéral (X1 seul, cabinet mono et pluriprofessionnel) versus salarié (X2 structure),
- l'existence d'un secrétariat (X1 oui, X2 non),
- l'appartenance à un réseau (X1 oui, X2 non).

Dans les lignes, étaient disposées, les réponses aux questions suivantes :

- les moyens d'adressage utilisés par le MG
- la fréquence des informations transmises par le MG
- la fréquence des informations importantes mais manquantes
- les lieux de rencontre avec le MG
- les facteurs permettant une communication optimale avec le MG
- les pistes d'amélioration de la communication avec le MG

Pour se prémunir contre l'inflation du risque alpha, nous n'avons retenu que les $p\text{-value} < 0,001$.

Les constats suivants ont été mis en évidence par cette analyse :

L'information "soins à faire" est décrite comme importante et manquante, plus souvent par les IDE (88,9%) que par les Kiné (37,5%) avec un risque relatif RR 2.3704, $P=0.00334$.

Le domicile du patient comme lieu de rencontre avec le MG est déclaré plus souvent chez les IDE (94,4%) que chez les Kiné (37,5%) avec un risque relatif RR 2.5185, $P=0.00063$.

Le domicile du patient est déclaré comme lieu de rencontre plus souvent chez les professionnels n'ayant pas de secrétariat (88%) que ceux n'en ayant pas (11,1%) avec un risque relatif inversé RR 0.1263, P=0.00007.

Le lieu de travail commun est décrit comme lieu de rencontre avec le MG dans une plus grande proportion par les répondants exerçant en structure ou en cabinet pluriprofessionnel (76,5%), que par les professionnels exerçant seul ou en cabinet monoprofessionnel (11,8%) avec un risque relatif inversé RR 0.1538, P=0.00036.

Le lieu de travail commun est déclaré plus souvent par les professionnels ayant un secrétariat (88,9%) que ceux n'en ayant pas (28%) avec un risque relatif RR 3.1746, P=0.00242.

V. Discussion

Les phrases écrites en italiques font références aux études réalisées conjointement. Les citations sont accompagnées de la lettre (T) pour la thèse de Thibault Dumont analysant le discours du MG sur sa communication avec les professionnels de santé vers qui il adresse ses patients, et la lettre (K) pour celle de Koré Mognon, décrivant les flux de communication et d'adressage existants entre les acteurs de soin au sein du territoire de GVLG.

A. Méthodologie

A.1 Choix de la population cible

A.1.1 Le choix des professionnels étudiés : IDE ET MK

Pour étudier l'élaboration de la communication au cours d'une relation d'adressage patient, il paraissait évident d'interroger à la fois les MG (sujet de thèse traité par Thibault Dumont) et un autre acteur de santé, vers qui le MG adresse ses patients. Concernant cet autre acteur, notre choix s'est porté arbitrairement sur la catégorie professionnelle paramédicale, afin d'avoir un « effet miroir » de la relation d'adressage.

Le code de la santé publique (18) décline une typologie en 3 catégories des professions de la santé : les professions médicales (médecins, sages-femmes et odontologistes), les professions de la pharmacie (pharmaciens, préparateurs en pharmacie) et les professions d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues..).

Notre choix s'est également appuyé sur les données de l'INSEE concernant la répartition des professionnels paramédicaux sur le territoire national en 2011 : les IDE et Le MK sont les deux professions ayant les effectifs les plus élevés, avant les pédicures-podologues.

Les professions IDE et MK ont été choisies à partir de la perception de l'investigateur selon laquelle ces deux professions paramédicales représentaient des interlocuteurs particulièrement important de l'adressage d'un patient par son MG.

Les travaux de recherche actuels (35) (36) et les nouveaux dispositifs organisationnels de collaboration pluri professionnelle mettent particulièrement l'accent sur la collaboration entre MG et IDE/MK, ce qui laisse supposer de réels besoins et attentes concernant ces relations interprofessionnelles.

Ainsi le développement « les maisons de santé pluridisciplinaires sont, par définition, composées au minimum de deux médecins généralistes et un paramédical (infirmier, kiné, ...) qui ont défini en commun un projet de santé ». (Article L. 6323-3 Code de santé publique) (18)

La dénomination de « soins primaires » renvoie aux notions de premier recours, d'accessibilité, de proximité et de permanence des soins. Les médecins généralistes en sont partout des acteurs essentiels, mais selon les organisations en vigueur, d'autres professionnels peuvent également y être impliqués, notamment les infirmières. (5)

De manière contre intuitive l'étude de Koré Mognon sur les flux d'adressage (K) a cependant montré que les professionnels vers qui les MG adressaient le plus fréquemment étaient les médecins spécialistes, l'hôpital et les kinésithérapeutes (60% des scores d'adressage). Ce travail suggère donc que les IDE ne font pas partie des principaux professionnels avec qui les MG déclarent communiquer.

Une hypothèse pour expliquer ces résultats est une question de langage et de définition de la notion d'adressage. En effet il est possible que ce terme « adressage » n'inclue pas les IDE dont les actes sont principalement « prescrits ».

Même si les actes des MK sont également réalisés sur prescription, on peut émettre l'hypothèse qu'il existe une différence entre les relations MG-MK et MG-IDE, par exemple de par l'existence d'une première année d'étude en tronc commun.

Il semblait donc intéressant de choisir ces deux professions de soignants pour plusieurs raisons :

- Deux rapports relationnels différents avec le MG, alors que leurs activités dépendent toutes deux des prescriptions du MG, selon le code de santé publique (18) ;
- L'intégration de ces deux professions dans le développement actuel des projets d'exercice pluri professionnel (centres et maisons de santé) ;
- Le recours fréquent à leurs compétences et l'importance de leurs relations de soins avec les patients.

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

A.1.2 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 : 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 existants entre les professionnels de santé. Etude qui pourrait leur être utile dans leur quête d'amélioration de la coordination.

La généralisation des résultats à partir de ce territoire d'étude est probablement limitée.

En effet ces deux villes, Gennevilliers et VLG, sont le siège d'un pôle de santé universitaire, le PSUGVLG. L'implication dans ce pôle de santé de plusieurs professionnels de santé interrogés peut modifier la représentativité de notre population d'étude par rapport à la population générale car ils peuvent être plus sensibilisés aux questions de coordination.

A.2 Choix de la méthode mixte:

A.2.1 Objectifs

Ce travail de recherche repose sur une méthode mixte, équilibrée, séquentielle.

Le premier volet qualitatif, fondé sur des entretiens semi-dirigés a permis de décrire le phénomène complexe de la communication et de ses modalités lorsque le MG adresse un patient vers les IDE et MK. Le choix de la méthode s'est porté naturellement et dès le début, vers une méthode qualitative, son objectif étant de révéler l'expression d'un ressenti.

Le second volet, quantitatif, fondé sur une enquête observationnelle déclarative par questionnaires auto-administrés, a permis de décrire et de valider les éléments mis en évidence lors la phase initiale qualitative. Par ailleurs ce projet étant réalisé par 3 cothésards, et dans le but de conserver une certaine cohésion méthodologique, nous avons décidé de compléter notre analyse qualitative par une étude quantitative.

Selon la classification de Creswell et Plano Clark de 2007 (37), nous avons choisi un protocole exploratoire, à savoir la réalisation d'une étude qualitative précédant l'étude quantitative, elle-même construite à partir des résultats de l'étude qualitative.

Ses objectifs étaient :

- explorer un phénomène dont les caractéristiques ne sont pas connues ;
- évaluer si les résultats qualitatifs peuvent être généralisés.

Les résultats qualitatifs et quantitatifs sont présentés séparément puis discutés. Une méthode complémentaire a été choisie pour l'interprétation des résultats. Chacun des éléments de l'un propose l'exploration, l'explication et/ou la compréhension de l'autre.

A.2.2 Forces de l'étude mixte

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

Cette démarche qualitative puis quantitative apporte des éclairages différents et complémentaires sur la communication. En effet 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 (38) : « 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. »

A.2.3 Limites de l'étude mixte

Le choix d'une méthode mixte nous a exposé à une difficulté de mise en œuvre, nécessitant un important travail préparatoire pour articuler ces deux études et anticiper la seconde partie à partir du contenu de la première. Cela impliquant une longue durée de réalisation.

Par ailleurs les deux parties de notre étude repose sur un contenu déclaratif (entretiens et questionnaires auto administrés). 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.

A.3 Volet qualitatif :

A.3.1 Objectifs

Cette recherche qualitative s'attachait à interroger les MK et IDE sur les modalités de communication et les informations transmises par le MG lors de l'adressage d'un patient.

Le but était d'évaluer des éléments non mesurables comme leur ressenti.

A.3.2 Forces de l'étude

Les IDE et MK interrogés ont été choisis au hasard parmi une liste exhaustive de tous les professionnels de santé recensés sur le territoire de santé de GVLG. La liste concernant les IDE et MK exerçant sur le territoire regroupait 60 professionnels mixtes (30 IDE et 30 MK). Le contact des professionnels a été réalisé ainsi : les premiers professionnels de cette liste ont été contactés, en alternant les IDE et MK, afin d'avoir un groupe de répondant illustratif de la population cible.

L'outil utilisé pour cette étude fut l'entretien individuel semi-dirigé par un unique investigateur.

Afin de recueillir une grande variété de points de vue, les questions étaient ouvertes.

Les entretiens se sont déroulés dans un environnement semblable (sur le lieu de travail des interviewés).

Nous avons réalisé 11 entretiens et arrêté les entretiens dès la perception de saturation des données par l'investigateur. La saturation des données a été atteinte rapidement, car les discours semblaient identiques et les points saillants étaient récurrents.

L'investigateur unique a permis l'uniformisation des entretiens et de leur retranscription. Une seconde lecture indépendante a été réalisée afin de vérifier les thématiques abordées lors des entretiens.

A.3.3 Limites de l'étude

Les IDE et MK ayant accepté les entretiens étaient tous volontaires, ce qui peut influencer les réponses. Les volontaires étaient informés avant l'entretien de l'objet de l'étude, ce qui a pu

entraîner une anticipation des réponses. Cependant les informations fournies avant l'entretien étaient volontairement minimales.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des répondants, cela aurait pu entraîner une perte d'information lié à des perturbations extérieures. En pratique aucun élément perturbant n'est survenu.

Les IDE et MK ont pu être limités dans leurs réponses par mon statut de MG. En effet certains ont pu modérer leurs discours (par courtoisie), ou à l'inverse l'exagérer (par revendication).

Il est possible que si l'investigateur avait été un IDE ou un MK, le discours aurait été autre (peut-être moins nuancé et plus revendicatif par exemple).

On peut imaginer, au contraire, que mon statut de MG intéressé par leur ressenti, ai permis de s'engager dans un vrai rapport de volonté d'amélioration et ai favorisé un discours réaliste, au plus proche de la vérité.

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 d'un ouvrage : *L'entretien, d'Alain Blanchet et Anne Gotman, 2ème édition, édition Armand Colin*. 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, donc plus facilement analysable à la main ;
- Et l'objectif principal de l'étude qualitative, qui était surtout de « débrouiller » le discours des IDE et MK dans l'optique de réaliser un questionnaire.

A.4 Volet quantitatif :

A.4.1 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 IDE et MK en réalisant une estimation quantitative.

A.4.2 Forces de l'étude

La population cible était la même que pour l'enquête qualitative afin d'augmenter la représentativité. Nous avons visé l'exhaustivité en distribuant ce questionnaire à tous les IDE et MK exerçant sur le territoire de GVLG. 57% de la population cible a répondu à l'enquête (principalement due à une faible disponibilité et accessibilité de la population cible).

L'étude quantitative a été réalisée à partir du discours des personnes cibles et non à partir des aprioris 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. Ainsi certains éléments d'amélioration n'ont pas été abordés dans l'étude qualitative mais proviennent de la lecture bibliographique préalable à notre étude.

Les questionnaires ont été distribués et recueillis entre janvier et juin 2015, cette longue période visant à récupérer un maximum de questionnaires et à réaliser une relance.

A.4.3 Limites de l'étude

La réponse spontanée au questionnaire était assez faible, probablement à cause d'une contrainte de temps et de travail. Mais nous avons tenté, via l'administration du questionnaire

par envoi postal (avec lettre de retour affranchie) et via des relances téléphoniques de pallier cette faiblesse.

La réponse au questionnaire étant basée sur le volontariat, il faut relever que les professionnels ayant répondu aux questionnaires sont probablement différents de ceux n'y ayant pas répondu. Ce qui implique une perte d'information de cette partie de la population, mais cela fait partie des limites inhérentes à l'utilisation de ce type de questionnaire.

Par construction et de manière inévitable, certains professionnels ont reçu deux questionnaires, celui de la présente thèse et de Koré Mognon (K). On peut imaginer que cela a entraîné un sentiment de lassitude des répondants avec une perte potentielle de qualité.

La mode d'administration du questionnaire a été quelque peu hétérogène car dans 24 cas ils ont été auto-administrés et dans 10 cas ils ont été réalisés en présence de l'investigateur. Or on peut supposer que la présence de l'investigateur a pu influencer les réponses, et que ceci est responsable d'un manque d'homogénéité dans la méthode de recueil.

La complémentarité et la correspondance avec l'étude de T. Dumont auraient probablement pu être plus développées.

Concernant la saisie des données, elle a été réalisée par un investigateur unique. Ce qui comporte en revanche un risque d'erreur en l'absence d'une seconde vérification.

A.5 Travail de recherche à trois

A.5.1 Forces de l'étude à trois

Ce travail regroupant trois études sur un thème commun a permis d'apporter des éclairages complémentaires et un regard croisé 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 du métier, débats créant une mise en tension dialectique.

A.5.2 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..).

B. Résultats

B.1 Les supports de la communication

B.1.1 Une communication avec le MG ressentie comme minimaliste

B.1.1.1. Ressenti global

Majoritairement les IDE et MK décrivent une communication minimale avec le MG. Ce constat est confirmé par l'étude de (K) selon laquelle : *Les infirmières ont un score global de communication de 21% (les MG étant les premiers avec un score de communication des infirmières de 50%, avant les examens complémentaires (43%) et les pharmaciens (37%)). Les kinésithérapeutes ont un score global de communication de 10%, ce qui est l'un des plus faibles scores de communication sur l'ensemble des différentes catégories professionnelles interrogées. C'est vers les MG que le score de communication des kinésithérapeutes est le plus élevé (30%).*

Selon une autre étude sur les rapports professionnels de A. Vega en 2005 (39): « L'absence de véritable communication toucherait finalement surtout les paramédicaux ».

B.1.1.2. L'ordonnance est le principal support de la communication avec le MG

Selon les entretiens des MK et IDE, l'ordonnance est le principal mode d'adressage utilisé par le MG pour leur adresser des patients. Cela est confirmé par l'étude quantitative dans laquelle

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).

Ces résultats sont concordants avec les déclarations des MG (T) : L'ordonnance/courrier est décrit, par 70% des MG, comme le premier support d'adressage vers les IDE et MK, avant le téléphone (28% des réponses).

Il est intéressant de s'interroger sur ces deux modes de communication : l'ordonnance et le courrier. Ces deux supports ont été présentés séparément dans la présente thèse, et considéré ensemble dans la thèse de T Dumont (T). Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans nos entretiens respectifs, les IDE et MK parlent uniquement de l'ordonnance alors que dans l'esprit des MG l'ordonnance et le courrier sont similaires. Qu'est-ce que cela signifie ? Quelle différence existe-t-il entre ces deux moyens de communication ?

- L'ordonnance est le support d'une prescription (« Faire par.. »). Elle contient un adressage pour la réalisation d'un acte technique, elle est donc adressée aux professions paramédicales, et aux examens complémentaires (radiologie, biologie). Elle ne nécessite pas forcément de retour.

- Le courrier peut être le support d'un adressage pour une prise en charge (exemple de l'adressage aux urgences), ou une demande d'avis (exemple de l'adressage aux spécialistes). Un courrier permet le partage plus exhaustif d'informations (les antécédents, le problème actuel), on peut y poser des questions plus précises. Elle peut entraîner une attente de réponse/retour.

Mise à part cette différence sémantique, il existe aussi une différence de « niveau de communication ». En effet il ne viendrait pas à l'esprit d'un MG de « prescrire un avis cardiologique », même si l'adressage concerne la réalisation d'un acte technique comme la réalisation d'un ECG par exemple. Entre « confrères », il est convenu de rédiger un courrier de qualité afin de « faciliter » la prise en charge du patient par le correspondant. Mais pourquoi ne retrouve-t-on pas le pendant du courrier pour l'adressage vers un paramédical ?

En effet les IDE et MK ne déclarant recevoir un courrier que dans 28% des cas.

Un autre travail de thèse réalisé en 2012, s'est intéressé au *recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral* (40). Selon cette étude les IDE et MK reçoivent de la part des médecins généralistes, essentiellement des ordonnances (67-71%) ou dans une faible mesure des courriers simples (11-16%), alors que les médecins spécialistes reçoivent majoritairement des courriers détaillés (70 à 81% des médecins).

On pourrait invoquer plusieurs explications pour ces résultats :

- **Une raison administrative** : le remboursement, par la sécurité sociale, des actes réalisés par les professionnels paramédicaux nécessite une prescription médicale (une ordonnance pour obtenir un soin à domicile ou une séance de rééducation). L'article L 4311-1 du Code de santé publique (18) précise : « est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ». De même « La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. Ils agissent sur prescription médicale dans le cadre d'un décret d'actes ».

- Le **format de l'ordonnance** est peu propice à la rédaction d'un texte détaillé en dessous de la prescription. L'ajout d'un courrier en plus de l'ordonnance ne semble pas être une priorité, étant donné que le plus important reste la prescription en tant que telle, dans le contexte d'adressage du patient vers un professionnel de santé réalisant des actes techniques spécifiques.

- Un **manque de temps** et une rédaction de courrier décrite comme chronophage par le MG (*discours du MG dans la thèse de T. Dumont (T)*). Le manque de temps fera l'objet d'un chapitre de la discussion commune.

- **Une méconnaissance des compétences** des MK et IDE par le MG. Ainsi les besoins et attentes des IDE et MK en termes d'informations utiles pour réaliser les soins, sont souvent méconnus des MG. Nous développerons ce sujet par la suite.

- **Un rapport hiérarchique** plus ou moins conscient : les professions paramédicales se décrivent comme des exécutants des prescriptions médicales. Ce sujet fera également l'objet d'un chapitre propre de la discussion.

L'ordonnance est certes le mode de communication le plus utilisé par le MG lors de l'adressage de ses patients vers les IDE et MK, elle n'en reste pas moins vivement critiquée par ces derniers.

B.1.1.3. L'ordonnance : un mode de communication très critiqué

Selon notre étude quantitative, 47% des IDE et MK se disent insatisfaits de la communication avec le MG. Et 56% se disent insatisfaits des informations transmises par le MG lors de l'adressage.

Ce constat global est alarmant. Nous avons essayé de comprendre pourquoi l'ordonnance ne plait pas, est-ce le principe même de l'ordonnance ou bien un problème de manque d'informations ?

Dans les entretiens des IDE et MK les critiques concernent :

- Le contenant de l'ordonnance : décrit comme illisible ;
- Le contenu de l'ordonnance : manque d'informations essentielles, imprécision voire incohérence, en particulier les prescriptions hospitalières ;
- Le principe de l'ordonnance en tant que telle : responsable d'un sentiment d'infériorité du professionnel paramédical, celui-ci devenant l'exécutant des prescriptions du MG.

B.1.1.4. L'ordonnance et son manque de lisibilité

L'ordonnance est décrite comme illisible sur plusieurs plans :

- Manque de lisibilité, dans le sens difficile à lire ou mal écrite (exemple des ordonnances manuscrites). Il est important de noter que selon l'étude de T. Dumont *28% des MG écrivent uniquement en manuscrit (T)*.

- Manque de lisibilité dans le sens difficile à comprendre (par exemple prescription imprécise, peu claire).

Une ordonnance illisible influence le ressenti du correspondant sur la qualité et les compétences du MG. En effet une ordonnance mal écrite est souvent associée à un « médecin nul ». Ce qui note l'importance de la lisibilité sur le sentiment d'efficacité de la communication. Le code de déontologie (18) fait obligation au médecin de « formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. » (Article R. 4127-34 du Code de la Santé Publique). En effet un défaut de lisibilité peut engendrer une cascade d'erreurs médicales, mauvaise prescription de médicament par le pharmacien, exécution d'un autre acte que celui souhaité par les paramédicaux, dont la victime sera forcément le patient et dont la responsabilité incombe au MG mais aussi aux autres acteurs de soins participants. Le MG doit donc être conscient qu'il est le garant de la sécurité du patient mais aussi des autres acteurs de santé qu'il implique dans la prise en charge de son patient.

B.1.1.5. L'ordonnance est incomplète et manque d'informations

L'ordonnance est souvent décrite comme incomplète dans l'étude qualitative et le manque d'information est développé plus en détail dans l'étude quantitative.

Le manque d'information ressenti concerne autant les informations qui semblent basiques, soins à faire et motif d'adressage, que les informations portant sur le patient et sa pathologie (ATCD, pathologies et traitement). Nous avons tenté de comparer les informations dont les IDE et MK ont besoin aux informations réellement reçues.

Ainsi on se rend compte que 68% des IDE et MK déclarent recevoir l'information « soins à faire », 62% le « motif d'adressage », 15% les « pathologies du patient », 9% les « difficultés psychologiques / psychiatriques », 9% « les contre-indications aux soins » et enfin 6% « les traitements ». Alors que ces dernières informations « pathologies du patient », « difficultés psychologiques/ psychiatriques », « contre-indications aux soins » et « traitement » sont décrites comme utiles et manquantes pour respectivement 85%, 82% et 68% des IDE / MK.

Ainsi les MG ne transmettent pas les informations dont les MK et IDE déclarent avoir le plus besoin.

Il semble que les IDE et MK, experts dans leur domaine de compétence, n'ont pas besoin systématiquement de tout savoir sur le patient. Mais au cas par cas, c'est-à-dire en fonction du patient qui leur est adressé (son niveau socio-éducatif, ses capacités d'expression/compréhension, la maîtrise de la langue..), ils ont besoin de plus d'informations, même les plus élémentaires.

Ils attendent du MG que celui-ci leurs donnent les informations nécessaire à une réalisation des soins en toute sécurité, pour eux et pour le patient.

Le MG est donc considéré comme le garant de leur sécurité, c'est lui qui est responsable des actes prescrits mais aussi des informations qui permettront de réaliser l'acte technique en toute sécurité pour le professionnel et le patient. En fonction de la qualité de sa communication avec le professionnel paramédical, la prise en charge sera ainsi plus ou moins optimale.

Au contraire dans leurs discours, les MG portent peu de regard critique sur le contenu des informations qu'ils transmettent lors de l'adressage. Cependant ils remarquent quand même que la qualité du message qu'ils transmettent influence le retour d'adressage, dont ils sont très demandeurs. Plus l'adressage sera de qualité, plus ils auront le retour désiré.

Certains déclarent ne pas toujours savoir quelles informations transmettre, en particulier par défaut de connaissance des besoins de leurs interlocuteurs (T).

Le manque d'information peut être expliqué par les mêmes raisons vues précédemment, à savoir : la méconnaissance de l'autre, le manque de temps, et la considération du professionnel paramédical comme exécutant technique, donc ne nécessitant pas d'informations supplémentaires que l'acte en lui-même.

B.1.2 Des comportements modifiés lors de l'urgence

Les comportements et modes de communication des professionnels de santé, tant MG que paramédicaux, semblent être modifiés dans les situations considérées comme urgentes. Il

semble logique que les relations interprofessionnelles autour du parcours d'un patient dépendent de multiples facteurs : type de pathologie, type de patient, et contexte global, dont l'urgence fait partie.

La prise en charge des situations « urgentes » occupe une large place dans le domaine médical (existence d'un secteur particulier à l'urgence, protocoles spécifiques, etc..) et il est essentiel pour tous les acteurs de soins d'avoir accès rapidement aux moyens et ressources existantes pour répondre à une demande urgente. Par définition, l'urgence est : « ce qui exige d'être réglé sans délai et nécessite d'agir vite »¹, ce qui peut engendrer une situation anxiogène pour chacun des intervenants et être délétère si la communication n'est pas optimale et ne répond pas au contexte. D'où l'importance du choix du mode de communication plus ou moins adapté à la situation.

B.1.2.1. Utilisation privilégiée du téléphone en cas d'urgence

Ainsi dans nos études nous avons retrouvé une augmentation de l'utilisation du téléphone dans le contexte urgent.

Selon ces résultats de l'étude (T) le comportement des MG est modifié en cas d'urgence, en effet le téléphone est significativement plus utilisé, lors de l'adressage d'un patient vers les IDE et MK (66% en cas d'urgence Vs 28% hors urgence).

Ce constat est également relaté dans les entretiens des MK et IDE qui déclarent utiliser préférentiellement le téléphone si urgence. Ce moyen permet d'avoir un contact rapide, direct et oral avec l'intervenant souhaité, permettant ainsi une réponse immédiate. Ce qui répond au mieux à l'urgence de la situation.

B.1.2.2. Les facteurs influençant la communication en situation d'urgence

Selon une étude canadienne datant de 2010 sur les compétences en communication professionnelle (41) : « La communication interpersonnelle réussie, dans une relation professionnelle, suppose une coopération entre les participants. Elle repose sur : la maîtrise d'un répertoire de comportements communicationnels ; la capacité d'adaptation aux différents

¹ Définition Petit Larousse

interlocuteurs et aux contextes communicationnels (dont l'urgence) et la capacité d'atteindre ses buts professionnels et relationnels d'une manière compatible avec les buts et besoins du patient ou de tout autre interlocuteur rencontré dans l'exercice de ses fonctions ». Cela explique que le contexte d'urgence soit aussi souvent abordé par le MG et décrit comme facteur modifiant sa communication. En effet la communication est dépendante du contexte et pour être réussie elle nécessite que le MG s'adapte à la situation (en modifiant son mode de communication par exemple). Cependant le MG a également besoin de moyens pour répondre à la demande urgente, ainsi *au cours de leurs entretiens les MG déplorent un manque de disponibilité des professionnels de santé et l'absence de plages de consultations d'urgences ainsi que l'impossibilité de notifier l'urgence lors de l'adressage pour avoir un rendez-vous (T). Malheureusement dans la thèse de (K), le contexte d'urgence n'a pas été étudié. Cela aurait permis de savoir si l'adressage et la communication sont déclarés comme plus difficiles en cas d'urgence.*

Les professionnels de santé semblent contacter plus facilement les correspondants qu'ils connaissent le mieux et en qui ils ont confiance lors de l'adressage d'un patient et cela encore plus en cas de situation estimée urgente. Les IDE et MK déclarent s'adresser, dans l'urgence, plus facilement aux MG qu'ils connaissent au préalable. *Les MG déclarent pareillement qu'il est plus facile d'adresser en urgence s'ils connaissent personnellement leur interlocuteur (T).*

La proximité géographique et le mode d'exercice pluri professionnel font également partie des facteurs décrits comme favorisant dans l'urgence. (C) (T)

En effet selon les professionnels l'exercice sur un lieu commun ou à proximité permet de faire appel aux compétences de plusieurs acteurs de santé et cela en particulier dans l'urgence (demande d'avis téléphonique ou consultation groupée, obtention d'une consultation rapide..). *Cependant le mode d'exercice pluri professionnel n'a pas été validé sur le plan statistique par l'étude (K) comme diminuant les difficultés d'adressage ou de communication, mais le degré d'urgence n'a pas été étudié.*

Ces deux thèmes, connaissance interindividuelle et proximité géographique, seront à nouveaux abordés dans la suite de la discussion.

B.1.3 L'ordonnance peut être perçue comme responsable d'un ressenti dévalorisant

Dans les entretiens, les MK et IDE se décrivent parfois comme des exécutants des prescriptions médicales. La relation MG-MK/IDE est en effet établie de la sorte : les MG adressent leurs patients vers les IDE et MK pour qu'ils exécutent des prescriptions médicales (en effet ne parle-t-on pas de professionnel para-médical ?)

Ce rapport hiérarchique, décrit dans les entretiens des IDE et MK (tout âge concerné), nous amène forcément à la notion de pouvoir et de responsabilité.

En effet, dans la mesure où ils établissent le diagnostic, les MG demeurent maîtres de la « trajectoire » du patient (42) et les actes délégués ou prescrits sont toujours réalisés sous la responsabilité du médecin, de sorte que l'autonomie des professionnels de santé n'est pas vraiment renforcée. Les fonctions des professionnels de santé sont définies par l'arrêté du 6 janvier 1962 (43) (périodiquement actualisé). La liste des actes possibles pour les auxiliaires médicaux est limitative et ces actes ne peuvent être effectués que dans deux circonstances bien identifiées par cet arrêté : « sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment », ou « sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci ». L'organisation des professions qui en résulte est relativement figée, les frontières entre les professions étant, de ce fait, relativement étanches. Cette organisation ne prend pas non plus en compte la compétence effective des professionnels, ce qu'ils savent réellement faire, mais uniquement leur qualification, attestée par leur diplôme. Le MG est, en quelque sorte, toujours considéré comme le détenteur du savoir théorique, et les paramédicaux comme les experts techniques, exécutant des « ordres » inscrits sur « ordonnance ».

Pour rappel la définition de l'ordonnance² est : « ce qui est prescrit par une autorité compétente ou une personne ayant le droit ou le pouvoir de le faire ». Ce pouvoir est détenu principalement par le médecin, mais celui-ci s'étend progressivement aux sages-femmes, et même aux IDE qui, comme nous le verrons plus tard, ont le droit de prescrire des dispositifs médicaux et même une contraception.

Il ne semble pas que ce soit le principe même de l'ordonnance qui soit responsable de ce ressenti dévalorisant mais son contenu. En effet l'utilisation de l'ordonnance limite fortement l'ensemble des informations transmises par le MG aux paramédicaux. Le MG peut ainsi prescrire des séances de kiné tout comme il prescrirait un médicament quelconque. L'ordonnance appelle donc à un acte et non à une réponse.

Or le paramédical est-il seulement un exécutant ? Ne prend-il pas en charge le patient dans sa globalité tout comme le MG ou bien le médecin spécialiste ? L'expertise du MK ou de l'IDE en retour de l'adressage ne serait-il pas enrichissante pour le MG, pour le patient concerné mais aussi pour sa pratique en général ?

La différence est d'autant plus flagrante que lorsque le MG adresse un patient à un confrère spécialiste, il ne lui viendrait pas à l'idée de « prescrire un avis ou une prise en charge ». Il est justifié de se questionner sur l'existence d'un rapport hiérarchique, issu probablement du milieu hospitalier et lié à l'évolution historique des métiers de santé, surtout dans le cadre actuel de recherche de coopération et de redéfinition des rôles professionnels.

Malgré le développement actuel de la coopération pluriprofessionnelle, favorisé par les lois de santé (HPST 2009 (31), loi de modernisation de 2015 (13)), la relation de dépendance de l'IDE et du MK au médecin reste forte, comme nous pouvons le ressentir d'après les discours retrouvés dans nos entretiens. Il aurait été intéressant de quantifier ce ressenti, et de rechercher une différence potentielle entre les modes d'exercice mono ou pluriprofessionnel,

² Définition du petit Larousse

afin de savoir si la collaboration ou l'exercice pluriprofessionnel plébiscité comme tel peut réduire les conflits hiérarchiques.

Ce ressenti dévalorisant peut être expliqué, en partie, par la méconnaissance de l'autre.

Ainsi selon l'ONDPS *Étude sur le métier de masseur-kinésithérapeute* de 2009 (44) : « La prescription médicale est le plus souvent très sommaire. Les masseurs-kinésithérapeutes rendent en retour peu compte de leur bilan. Se dessine ainsi un cadre autonome de fait, peu regardé par les médecins, pas ou peu contrôlé par les organes de contrôle potentiel. La profession a parfois le sentiment d'être insuffisamment reconnue. Elle se pense très peu connue de tiers quant aux tenants et aux aboutissants de sa pratique de soin (..) Dans le cas des médecins généralistes, le « vide » de la prescription vient de ce qu' « ils ne connaissent rien à la kiné ». Certains kinésithérapeutes interprètent cela comme une forme de mépris. Mais le problème ne serait pas tant là, car, après tout, chacun a son domaine d'expertise. Ce qui est plus contestable, c'est que manifestement, les éléments de diagnostic, les radios, les comptes rendus opératoires sont très généralement absents. Les kinésithérapeutes rencontrés en semblent mécontents ».

La volonté actuelle est de développer l'exercice pluridisciplinaire, mais encore faudrait-il que les professionnels se connaissent. Les connaissances à développer concernent plusieurs plans :

- La connaissance des compétences professionnelles de chacun (comment travaille un IDE, que fait un MK ?)
- La connaissance personnelle des individus exerçant à proximité, comme nous le verrons par la suite, l'existence d'un rapport intime ou privilégié améliore le ressenti de la communication.

Les MG déclarent également que la méconnaissance de l'autre est responsable d'un flou sur le rôle de chacun (T). Cela peut être perturbant dans le cadre de leur rôle central dans la coordination des soins, car s'ils ne connaissent pas l'autre, comment peuvent-ils savoir vers qui adresser leur patient ?

Les relations entre les médecins, les infirmiers et autres professionnels tendent à évoluer vers la collaboration et le travail en équipe, à l'image de nos pays voisins qui sont bien en avance sur nous en matière de coopération pluriprofessionnelle (dont nous développerons quelques exemples dans la discussion commune). **Les pistes de réflexions qui pourraient améliorer la méconnaissance de l'Autre, à savoir : la délégation ou le transfert de compétences, la définition des rôles de chacun (via la mise en place de protocoles par exemple), les formations et réunions interprofessionnelles** seront développés en détail dans la suite de la discussion.

B.1.4 Le retour de la communication est souhaité par le MG, mais rarement réalisé par les IDE et MK.

Dans nos études, 71% des IDE et MK trouvent facile de contacter le MG. Ils déclarent contacter le MG lorsque des informations nécessaires sont manquantes et que le patient n'est pas dans la capacité de leurs répondre ; ou lors de situations inquiétantes ou urgentes (situations médicales compliquées nécessitant un avis médical rapide par exemple).

Le retour d'information sur les actes prescrits par le MG, est assez rare. Les IDE et MK expliquent ce faible taux de retours par un manque de temps pour eux et un manque d'intérêt du MG.

Contrairement au ressenti des IDE et MK, les MG sont demandeurs de retour. L'absence de retour sur leur adressage est ressentie comme une communication non aboutie, limitant leur capacité de coordination. En effet une bonne communication inclue un retour, et celui-ci détermine souvent les relations interprofessionnelles futures (le choix du correspondant dépendant de la présence et de la qualité de ses retours) (T).

Paradoxalement les MG ne déclarent pas particulièrement de besoin de retour des IDE et MK : seulement 66% des MG déclarent un besoin de retour des IDE et MK, soit plus faible que pour les autres professionnels. Ce point est confirmé par une autre thèse portant sur la communication interprofessionnelle de H. Binard (40) : « Concernant le retour de communication souhaité par les MG : une différence plus marquée apparaît, entre les

partenaires de santé médicaux d'une part, et les paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmières) d'autre part, pour lesquels de simples courriers semblent suffire, pour 50% à 75% des généralistes pour le suivi de leurs patients ».

Pourtant en ce qui concerne les MK, le retour d'information vers le médecin prescripteur est bien notifié dans le code de la santé publique et modifié par un décret de juillet 2009 (45): « Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur. Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retrace dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix. Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsque apparaît une complication pendant le déroulement du traitement».

Selon l'ONDPS *Étude sur le métier de masseur-kinésithérapeute* de 2009 (44) : « En ville, les relations (des MK) avec les médecins prescripteurs sont le plus souvent distantes et anonymes, somme toute peu établies dans un système de soin qui se voudrait intégré. La situation est aujourd'hui la suivante : peu de bilans sont réalisés par les kinésithérapeutes libéraux, ou bien ils sont faits mais de façon irrégulière, dans des formats différents, sont rédigés mais non envoyés... Cette contrainte légale jugée absurde au fond en raison de son systématisme est d'autant plus mal perçue qu'elle est mise en regard de la qualité de la prescription qui est jugée globalement médiocre sinon déficiente. Ceux-ci arguent en plus du fait que les médecins ne les demandent pas, voire disent ne pas souhaiter recevoir ces bilans car ils sont déjà « noyés sous la paperasse ».

Ainsi la fréquence de retour est symétrique à la qualité des informations transmises. On retrouve cette notion d'amélioration de fréquence du retour de communication si le moyen d'adressage est de qualité dans les entretiens des MG (T). Malgré tout il semble que les MG

n'ont pas besoin du retour des MK et IDE pour le suivi de leur patient (*selon les déclarations des MG de l'étude de T. Dumont*).

Globalement, comme vu précédemment, les IDE et MK déclarent communiquer très peu avec les MG sur leurs patients.

Cependant quand ils tentent de communiquer, certains IDE et MK déclarent avoir des difficultés pour le faire. En effet les obstacles décrits sont multiples : l'accès du MG est parfois limité par la barrière des secrétariats, les MG sont décrits comme peu disponibles (absents du cabinet ou occupés en consultation) et n'ayant pas le temps de communiquer avec les IDE/MK.

B.1.5 Les pistes d'amélioration des supports de la communication

B.1.5.1. Elaboration de recommandations et règles de communication

Les IDE et MK décrivent un défaut de lisibilité et un manque d'informations transmises par le MG lors de l'adressage d'un patient.

En parallèle les MG *déclarent que devant l'absence de règle de communication établie, ils ne savent pas toujours comment communiquer avec les autres professionnels de santé (T)*. Il serait donc important de changer les pratiques d'adressage en améliorant tant le contenu que le contenant des informations transmises par le MG.

Ces améliorations pourraient être envisagées via : des formations de communication interprofessionnelle, la rédaction de protocoles de communication et d'adressage adaptés aux différents professionnels de santé, la rédaction de « courriers ou ordonnances types » incluant les informations nécessaires au professionnel ciblé et en précisant le degré d'urgence.

Certains de ces éléments sont déjà mis en place, comme les courriers types ou les synthèses médicales disponibles grâce à certains logiciels médicaux.

Cependant il est démontré **que pour que ces règles soit applicables et suivies par les différents acteurs de soins, il faut que ces propositions soit développées à partir**

d'initiatives locales et qu'elles ne soient pas imposées, car cela ne marchera probablement pas. Ainsi il serait pertinent que ces « protocoles et courriers types » soient rédigés en collaboration avec chaque profession de santé concernée afin que ceux-ci soient le plus proches possible de la réalité du quotidien (protocoles clairs, lisibles, concis et dont le contenu soit adapté au professionnel concerné par l'adressage).

Dans cette optique, les nouvelles technologies de communication pourraient améliorer la transmission d'informations entre les professionnels de santé, autour du patient.

B.1.5.2. Améliorer la lisibilité des supports d'adressage du MG par les technologies d'information et de communication en santé (TICS)

Afin de répondre aux demandes d'évolution de la société, aux nouveaux droits des patients, de favoriser la coordination des soins et d'encourager l'émergence de nouvelles modalités d'exercice pour les professionnels de santé, il est nécessaire de mettre en place des systèmes d'information de santé adaptés. Ces évolutions exigent une mise en commun d'informations entre tous les acteurs du système de santé et le patient. **Le développement récent des technologies de l'information et de la communication (TIC) permet aujourd'hui de tels échanges. Cela dans le but d'améliorer la prise en charge, la coordination et la continuité des soins du patient ainsi que la diffusion des connaissances.**

Cette évolution est accélérée par la diffusion rapide et massive de l'Internet. En effet celui-ci modifie les comportements : les patients demandent de plus en plus d'informations sur la santé et les malades, mieux informés, se prennent en charge de manière plus active et désirent être associés aux décisions de soins les concernant. Ils demandent aussi un accès plus large aux informations de leur dossier médical.

L'intérêt que portent les médecins et les personnels de santé aux TIC est révélateur : en effet contrairement à ce qui est souvent avancé, ils sont favorables à l'intégration des TIC dans les pratiques en santé. La profession médicale a adopté les technologies de l'information assez

facilement car ils sont extrêmement demandeurs de communication d'informations médicales numérisées (tels que les courriers entre praticiens, les synthèses, les comptes rendus d'imagerie, les comptes rendus opératoires, les résultats de biologie). En effet dans l'étude (T) *une minorité des MG (28%) écrit de manière manuscrite et cela de manière significativement plus fréquente chez les professionnels âgés de plus de 49ans. Ce qui laisse présager une amélioration dans le futur.*

Ainsi les outils qui sont, pour la plupart, en cours de développement concernent :

- L'informatisation des cabinets des professionnels libéraux, elle a déjà permis un important mouvement de dématérialisation des données de santé (composants de base du dossier électronique du patient). L'informatique permet de transmettre une multitude d'informations (antécédents, histoire de la maladie, constantes vitales, prescriptions). Elle facilite, via l'utilisation de logiciels médicaux, la rédaction de courriers détaillés et participerait à une meilleure qualité de communication entre les professionnels de santé (40) ;
- Le « dossier informatique » du patient : il fut l'un des grands enjeux dans l'évolution du système de santé, mais il n'a malheureusement pas connu le sort qui lui était initialement prévu. Un DMP2 est en cours de création. A une échelle plus petite, l'existence de dossiers médicaux, partagés dans une structure pluridisciplinaire, sont décrits par les MK et IDE comme favorisant la communication (par la facilité d'accès aux informations concernant le patient).
- La vidéoconférence permettant des staffs à distance et des télé-expertises : ils ont fait leur entrée, depuis plusieurs années, dans la panoplie des moyens utilisés par les professionnels de santé. Le développement de la télémédecine permet par exemple d'élargir l'offre de soins et le développement des soins à domicile, mais cela demande néanmoins la mise en place d'un dossier patient partagé et accessible.

Cependant les TICS imposent quelques réflexions sur la confidentialité des données médicales et la sécurité des systèmes d'information. De plus sur le plan technique l'outil informatique reste encore un obstacle important (pour exprimer ces difficultés d'adaptation, on parle aujourd'hui de « fracture numérique »), cela explique un degré inégal d'informatisation

des professionnels de santé en France (probablement lié à l'aspect générationnel). De plus il faudrait réfléchir à l'installation de TICS accessibles et adaptés à l'ensemble des professions de santé intervenant au cours du parcours de soins du patient (médical et paramédical).

Pour finir l'hétérogénéité des logiciels médicaux (on en dénombre 150 en France pour la médecine libérale alors qu'en Angleterre ce nombre s'est déjà réduit à une quinzaine) peut être un facteur limitant à son déploiement.

B.1.5.3. Améliorer la communication en cas d'urgence

Il serait utile de réfléchir à un moyen de notifier l'urgence lors de l'adressage (degré d'urgence) quel que soit le support utilisé.

Par ailleurs il serait intéressant de connaître les capacités de prise en charge en urgence des professionnels de santé. Capacités qui pourraient être notifiées (Cf annuaire des professionnels exerçant sur le territoire développé plus loin) dans le listing des compétences des professionnels (par exemple existence de plages de RDV en urgence, coordonnées si besoin urgent..).

B.2 Les facteurs influençant la communication

La « facilité à contacter le MG si urgence » et « la disponibilité du MG » sont décrits comme les principaux facteurs optimisant la communication avec le MG selon respectivement 97% et 94% des IDE et MK.

« La définition des rôles » et « la confiance » sont également des facteurs importants (déclarés par 94% des IDE et MK).

En ce qui concerne les autres facteurs importants : 91% pour « la connaissance des compétences des IDE/MK », 85% pour « la considération commune », 62% pour la « connaissance des compétences du MG », 41% pour « la rencontre physique », et 29% pour la « proximité géographique ». Nous détaillerons chacun de ces facteurs.

B.2.1 Le facteur temporel

B.2.1.1. Le manque de temps et de ressources

Le manque de temps est décrit comme l'un des principaux facteurs limitant la communication dans la majorité des entretiens des IDE/MK et des MG.

Les IDE et MK se déclarent souvent « surbookés ». La majeure partie de leur travail étant destinée aux soins des patients, et une autre partie aux démarches administratives, ils déclarent sincèrement ne pas avoir de temps à consacrer à la communication interprofessionnelle. D'autant plus que s'ils devaient prendre du temps pour communiquer cela se ferait au détriment du temps de soins passé auprès des patients. **Le temps est décrit comme le principal frein à la communication avec le MG.**

En parallèle le MG, est lui-même décrit par les IDE/MK comme peu disponible par manque de temps. Cela est confirmé par le discours des MG : *qui déclarent qu'un des grands freins à la communication est le manque de temps, et que communiquer est chronophage (T).*

Ce manque de temps est indirectement lié à l'offre de soins existante sur le territoire et favorisé par un déficit en nombre des professionnels de santé exerçant sur le territoire.

Les MG se plaignent en effet d'un manque de ressources : *63 % des MG déclarent que leur correspondant est difficilement accessible (éloignement géographique, délais de rendez-vous éloignés...)* (T).

Dans l'étude des flux d'adressage (K), les MG déclarent une forte difficulté d'adressage vers les MK (en 2ème position après les psychiatres).

Cela peut être expliqué par une faible densité de MK sur le territoire : en effet selon la DRESS en 2014, on dénombre 91 MK sur 100 000 habitants sur le plan national et 30 MK sur 62 000 habitants sur GVLG (soit un rapport de 1,82).

En plus d'une offre de soins limitée, les professionnels de santé déclarent ne pas avoir connaissance de l'offre existante. Ce manque d'information peut être pallié par la création de nouveaux outils permettant la centralisation des données sur les professionnels médicaux,

tels que **la création de répertoires professionnels**. En effet une étude réalisée sur le territoire de GVLG *Le carnet d'adresses du médecin généraliste : difficultés et besoins, vers un outil en ligne partagé?* par L. Krikorian en 2013 (46) a mis en évidence le besoin des MG d'avoir des informations fiables, actualisées et personnalisées de leurs correspondants et de l'intérêt de la mise en place d'un répertoire professionnel. Dans cette dynamique, un répertoire des professionnels en ligne, partagé, gratuit a été élaboré par le PSUGVLG : "Sharecolleagues" dans le but de faciliter la communication autour du patient au sein du territoire de GVLG.

Les autres propositions incluant les IDE et MK, et pouvant permettre de pallier au manque de temps des professionnels de santé pourraient être :

- Un transfert de compétences des MG vers les paramédicaux : permettant un gain de temps pour les MG et une revalorisation de l'exercice des IDE et MK. Cependant dans l'état actuel des choses, les IDE et MK n'ont pas forcément la possibilité de réaliser ces nouvelles activités (également par manque de temps et de formation). Il serait donc intéressant de réfléchir à la création de nouveaux métiers (IDE clinicienne par exemple).
- Le renforcement de la coordination et collaboration pluriprofessionnelle (via les réseaux, les réunions interprofessionnelles..).

B.2.1.2. La Délégation des tâches ou transfert de compétences

Le rapport *Démographie des professions de santé* de Y. Berland (47) précise que : des « chevauchements observés entre activités parmi plusieurs professions de santé constituent des redondances inutiles et des pertes d'efficacité. Au fil du temps, les professionnels ont acquis des compétences et des savoir-faire de plus en plus larges sans pour autant confier ou déléguer à d'autres professionnels ce qui pouvait l'être. Cette commission a observé que l'univers des professions de santé demeure sans conteste un monde cloisonné où les acteurs d'une spécialité, d'une discipline, ne connaissent que peu de chose 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. Par cette redéfinition, on valorise l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte technique et on tire vers le haut chaque profession qui devra abandonner ce qui n'est plus de son niveau de compétence pour se consacrer à son cœur de métier. Il convient pour ce faire de déléguer certaines activités à d'autres professions médicales ou paramédicales dont plusieurs sont à créer. Dans cette optique, des passerelles professionnelles entre les différents métiers de la santé doivent être organisées afin de répondre de manière rapide à l'exigence de nouveaux besoins de santé publique et rendre plus réactive l'offre de soins, pour répondre au désir de réorientation de certains professionnels et répondre au souhait légitime de promotion professionnelle de certains acteurs ».

Ainsi certaines activités ou compétences (déjà partagées par les professionnels) pourraient être « officiellement » transférées du MG à un autre professionnel de santé compétent. La création de nouveaux métiers de santé pourrait aussi être envisagée, tels que les infirmiers spécialisés. Prenons par exemple la nouvelle fonction d'infirmière en neuro-oncologie expérimentée à la Pitié Salpêtrière. Ce projet a vu le jour en 2001 avec l'aval de la direction de l'hôpital, il a été conforté en 2003 par le plan cancer, et a été inspiré des « nurses practitioners » en Amérique du Nord. L'évaluation positive de la HAS sur ce projet montre que cette coopération médico-infirmière participe à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de tumeur cérébrale et que cette expérimentation pourrait être reproduite à d'autres spécialités.

Ces nouveaux métiers pourraient, dans certains cas, constituer pour les professionnels de santé paramédicaux une possibilité d'évolution de carrière dans le soin et favoriser l'attractivité de ces professions.

Le transfert de tâche a commencé, en France, à l'hôpital au début des années 2000. Son objectif était alors de répondre aux problèmes de démographie des praticiens (nombre et répartition géographique) en dégageant du temps médical pour les actes où leur expertise est la plus essentielle (48). À partir de 2003, une dizaine d'expérimentations de coopération sont ainsi lancées au niveau national. Ces délégations portaient sur un acte technique identifié, une

mission préventive, ou un segment de prise en charge des maladies chroniques. Dans ce contexte la loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004 (49) , suivie par deux arrêtés de décembre 2004 et du 30 mars 2006, autorisait la dérogation temporaire dans un cadre expérimental. Ainsi 5 expérimentations ont été lancées, dans le cadre de l'ONDPS : Infirmière experte en hémodialyse (exemple de l'hôpital de Lisieux en Normandie (48)), le suivi des patients traités pour une hépatite chronique C par une infirmière experte, la coopération entre manipulateur en électroradiologie et médecins radiothérapeutes, la collaboration ophtalmologiste/orthoptiste en cabinet de ville et la coopération entre médecins spécialistes et diététiciens pour le traitement des diabètes de type 2. En juin 2006, le *rapport Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé* de Berland et Bourgueil (50) concluait que : « même si ces expérimentations révélaient des limites méthodologiques, elles avaient le mérite de démontrer la faisabilité, en toute sécurité des patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés. Elles révélaient également une très forte motivation des acteurs médicaux et paramédicaux impliqués dans le soin, de voir évoluer les pratiques vers plus de collaboration entre tous ces acteurs de santé. Ces expérimentations étaient en ce sens exemplaires et marquaient une étape historique dans l'organisation du système de soins en France. En effet, elles démontraient souvent que les résultats obtenus au bénéfice des patients étaient réels par rapport à la pratique médicale habituelle, elle-même non évaluée d'ailleurs ».

Peu nombreuses, ces expérimentations sont souvent l'apanage du secteur hospitalier, au sein duquel les équipes pluridisciplinaires peuvent partager certaines missions de manière informelle. De plus, les acteurs étant salariés, un glissement d'activité n'est pas synonyme de transfert de revenu. Les résultats de ces expérimentations ont été satisfaisants du point de vue de l'attractivité des professions concernées, de la qualité des soins (51) et de l'efficience globale du système, bien qu'elles nécessitent un fort investissement financier à court terme (52).

Cependant, 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 d'identité professionnelle, de pratiques et de rémunération. Au-delà, les transferts d'activité sont parfois perçus comme un risque pour la qualité des soins, laissant craindre l'installation, à terme, d'une médecine à deux vitesses. Ces questions appellent donc des réponses sur les plans juridique et financier mais également en matière de formation. Ainsi la loi HPST de 2009 (4) 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 d'éducation thérapeutique. De même depuis le 31 mars 2012 (18), les IDE sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée de façon limitative par l'arrêté du 20 mars 2012 (JO du 30 mars 2012). Ils sont autorisés à prescrire « lorsqu'ils agissent pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers et dans le cadre de l'exercice de leur compétence [...] sauf en cas d'indication contraire du médecin ». Par ailleurs, l'article L.4311-1 du code de la santé publique (18) très controversé, précise que les IDE sont « autorisés à renouveler, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable, les prescriptions des médicaments contraceptifs oraux datant de moins d'un an, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé ». Cette initiative est cependant débattue tant du côté des médecins (certains syndicats de médecins généralistes invitant même à boycotter cette mesure en inscrivant sur l'ordonnance initiale prescriptive une mention « non renouvelable », estimant que « les infirmières, comme les pharmaciens, n'ont pas, dans les conditions actuelles, les moyens de pouvoir procéder au renouvellement de la contraception en toute sécurité ») mais aussi du côté des paramédicaux (les syndicats infirmiers, via Béatrice Galvan, vice-présidente de l'Onsil, s'interroge ainsi en 2010 : « On a le droit de renouveler la pilule, mais on n'a pas le droit de prescrire de la Bétadine! [...] De plus, c'est encore un acte gratuit, alors que la prescription relève nécessairement d'une consultation »).

Il semble donc que autant du point de vue des MG que des professionnels à qui de nouvelles tâches sont proposées, les avis sont mitigés (peur de perte de pouvoir pour certains, nouvelles

responsabilités et charge de travail pour d'autres), la délégation des tâches doit donc être accompagnée :

- d'une formation essentielle à l'apprentissage des nouvelles compétences (ce qui répondrait à la majorité des critiques des MG, et des paramédicaux) ;
- d'une définition et délimitation des compétences de chacun (afin d'éviter les conflits et luttes de juridiction).

Dans la discussion commune ce thème sera à nouveau abordé, en particulier via la présentation de nombreux exemples internationaux ayant déjà mis en place des transferts de compétences ou créé de nouveaux métiers de santé (par exemple les infirmières spécialisées, cliniciennes ou praticiennes) ou des métiers de coordination (par exemple case manager, nurse manager..).

B.2.1.3. Définition et respect des rôles professionnels

Malgré leur ressenti d'exécutant, les IDE et MK décrivent dans leurs entretiens, le respect des rôles de chacun comme un facteur de bonne entente avec le MG. La « définition des rôles » est, pour 94% des répondants, un facteur d'optimisation de la communication avec le MG.

Cela confirme qu'une collaboration pluridisciplinaire doit être associée à une définition précise des rôles de chacun, par les professionnels eux même. Or comme nous l'avons vu précédemment il n'est pas évident de définir les rôles et les limites d'action de chaque profession existante et encore plus dans le cadre de l'apparition de nouveaux métiers dont le rôle doit être, pour le coup, complètement « inventé ».

En effet concernant la définition du champ de compétences des acteurs paramédicaux, le rapport de 2010 *Les coopérations entre professionnels : actualité et enjeux* de Y. Berland (53), précisait également : « qu'il était nécessaire de cesser de codifier les domaines d'activité des différents métiers par des listes d'examens, d'actes ou de thérapeutiques susceptibles d'être réalisés ou prescrits. Les textes réglementaires devront plutôt s'attacher à décrire les contours

des métiers dans leurs grands principes et à donner aux acteurs les moyens d'exercer leur profession en fonction d'une compétence acquise au travers d'une formation qui aura, au préalable, défini ses objectifs ». Enfin, pour ce qui est de la formation continue, le rapport jugeait indispensable d'exiger la formation continue pour tous les métiers médicaux et paramédicaux.

La délimitation des champs d'action professionnels, via les textes réglementaires étant peu adaptée aux pratiques, celle-ci peut être abordée par :

- **La mise en place de protocoles** : dans ce contexte l'art. L. 4011-2 al. 3 de la loi HPST 2009 (4) propose : « La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. (...) On peut même sans doute considérer que la HAS pourrait devenir à terme, l'acteur-clé du système de la définition des professions de santé à la place du ministre de la Santé dans la mesure où, par voie d'extension de protocole, le dernier mot quant à la définition des possibilités d'intervention des professionnels lui appartient. On imagine mal, cependant, que la HAS puisse œuvrer sans tenir compte des prises de position des professionnels ainsi que les institutions les représentant, au premier rang desquels les ordres professionnels, chargés de défendre les intérêts des différentes professions ».

Cependant la prise en charge des patients peut-elle se réduire à un inventaire « protocolisé » des activités de chacun?

-**La formation (initiale et continue)** : elle tient un rôle prédominant dans la création des nouveaux métiers mais aussi dans l'évolution des métiers actuels. Ainsi selon la loi HPST 2009 (4) : « La formation devra, dans le système LMD, être revisitée pour répondre aux nouvelles compétences des acteurs de santé susceptibles d'intervenir sur de nouvelles tâches à partir de référentiels métiers. Pour ce qui est des nouveaux métiers, elle devra associer à leur construction les professionnels de santé, le ministère chargé de la Santé et celui chargé de l'Enseignement supérieur. (...) Cette nouvelle organisation nécessite des modifications

profondes de la formation des professionnels et du cadre juridique dans lequel ils interviennent ».

B.2.1.4. Renforcement de la coordination via les réseaux, réunions pluriprofessionnelles et financement de la coordination (NMR)

Les MK et IDE déclarent vouloir participer aux réseaux mais le manque de temps et la peur d'avoir des patients supplémentaires sont décrits comme des freins à leur participation. Seulement 21% des IDE et MK appartiennent à un réseau.

Selon l'étude (T) 64 % des MG appartiennent à un réseau, indépendamment de leur mode d'exercice. Les réseaux sont décrits par les IDE/MK et par les MG comme un lieu de rencontre interprofessionnel sur le territoire.

Son rôle de coordination est reconnu par l'ensemble des professionnels de santé, (54) mais son action est parfois limitée à une pathologie ou à une population en particulier (réseau de soin palliatif, réseau diabète) (55). Or la médecine générale inclue des prises en charge bien plus larges et complexes (56), **les réseaux ne répondent donc pas forcément aux besoins existants en ambulatoire de par leur complexité (mode organisationnel, langage propre), leur difficulté d'accès, leur spécificité et le manque d'information sur leur existence.** Il aurait été intéressant d'interroger nos répondants sur les raisons de leur appartenance ou non aux réseaux, leurs facteurs limitants et ce qu'ils en attendent. Les réseaux seront à nouveau abordés dans la discussion commune.

Par ailleurs 74% des IDE et MK décrivent les réunions pluriprofessionnelles comme une piste d'amélioration de la communication.

Selon eux, les réunions créent un lien relationnel, permettent des rencontres physiques (et notamment la rencontre des nouveaux arrivants sur le territoire). Elles permettent le partage d'informations sur les cas complexes (réassurance, lutte contre l'isolement de l'exercice libéral), favorise la formation continue et la formation interprofessionnelle, et permettent la rédaction et la mise en place de protocoles de soins (urgence incluse). Tous ces éléments

permettent l'amélioration du quotidien du professionnel, et favorisent la coordination par une meilleure communication.

Cependant comme pour les réseaux, le manque de temps est un frein à la mise en place et au suivi des réunions pluriprofessionnelles. **Les professionnels exerçant sur un même lieu de travail semblent reconnaître plus de facilité à se réunir que ceux exerçant seuls ou éloignés.**

L'une des pistes développées actuellement pour dégager du temps de coordination sont les nouveaux modes de rémunération (NMR). Le temps passé à la coordination et communication interprofessionnelles est rémunéré afin de limiter les pertes financières et vise à favoriser l'attrait vers la coordination.

Une recommandation HAS sur la notion de coopération des professions de santé, intitulée *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* (57) parue en avril 2008 confirme que : « Les conditions de financement et de rémunération des professionnels de santé doivent inciter au développement de nouvelles formes de coopération (..) Dans le secteur ambulatoire, il convient d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération qui laissent une place à d'autres éléments que le paiement de l'acte ».

Le thème des NMR fera également l'objet d'un chapitre dans notre discussion commune.

B.2.2 La connaissance de l'autre

B.2.2.1. Une connaissance intime ou des rapports privilégiés entre professionnels peuvent améliorer la communication

Comme nous l'avons vu précédemment le degré de connaissance des professionnels modifie les modes de communication (selon le discours des MK et IDE mais *aussi des MG, surtout dans l'urgence (T)*). L'existence d'une relation préalable semble améliorer la communication dans le sens où le MG communique plus d'informations au professionnel de santé et en contrepartie le professionnel peut plus facilement communiquer avec le MG. *Ce ressenti est confirmé par les entretiens des MG (T) : ils déclarent que les rapports humains entre les*

professionnels (incluant la personnalité, les compétences, la motivation, la familiarité) influencent le choix des supports de communication et la communication plus largement en la facilitant ou en 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 l'utilisation du téléphone peut donc être facilitée.

Selon une étude qualitative sur les relations interprofessionnelles menée par A. Vega en 2005 (39): « Tous les médecins sont amenés par connaissances à se construire des réseaux « les relations professionnelles, on les noue au fur et à mesure des années », « à force, on finit par tous se connaître ». L'idéal recherché est de travailler avec ceux avec qui ils partagent « la même vision des choses ». Car bien travailler, c'est pouvoir avoir « des discussions rapides » « pour ne pas perdre de temps » dans ses propres soins (la proximité géographique étant également très appréciées comme nous le verrons plus tard et la notion de « disponibilité » au centre de tous les discours). Les relations interpersonnelles sont au centre des questions portant sur la collaboration : «Les choses qui fonctionnent le mieux, ce sont les liens interpersonnels ».

Selon la même étude : « Les parcours professionnels dévoilent des préférences à travailler avec des médecins connus puis l'entretien de relations d'affinités et de sociabilités, garants d'une meilleure qualité du travail (..) Il est difficile d'avouer pour les enquêtés de ne pas avoir de collaborateurs (le bon médecin a des réseaux pour ses patients « pour vérifier si on se trompe pas », « pour solutionner des cas complexes »), mais aussi difficile de répondre précisément à la question des collaborations qui permet aussi à chaque médecin de « se décharger », de « s'appuyer », de « se couvrir ». Autrement dit d'avouer des besoins de réassurance palliant finalement les limites du savoir médical (principal non-dit vis-à-vis des patients mais également entre médecins). D'où l'importance de médecins « confidentiels », voire l'idéal d'une recherche de solution sur Internet, garantissant l'anonymat : « ça serait bien d'avoir des sites quand on rencontre une difficulté sur un patient d'avoir la réponse

pratiquement en instantané...ni vu ni connu ». Et la perpétuation des soirées formations, congrès dans la construction des réseaux, « plus l'occasion de se retrouver, de discuter d'un patient, de manger ensemble », « en plus, on est tranquille aussi, c'est pas des confrères qu'on connaît ».

Dans le cadre des relations interprofessionnelles, des réseaux informels se mettent en place. Ces réseaux reposent sur les relations établies entre divers correspondants pour répondre au coup par coup à une difficulté rencontrée dans leur pratique. Pour les définir, Marc Fourdrinier³ leur consacre les termes « d'interpersonnel, d'affinité et de ressource potentielle. Ces réseaux sont constitués de membres entre lesquels des relations personnelles se développent et qui peuvent être mobilisés dans le cadre de leurs fonctions et de leurs rôles professionnels. Ces relations sont propres à chacun et ne reposent pas sur des appartenances institutionnelles. Ces structures informelles peuvent se construire aussi bien dans ses relations privées que dans ses relations professionnelles : c'est l'un des aspects du fonctionnement informel des organisations. Et bien souvent, ce sont les arrangements construits par les réseaux qui permettent de faire face aux situations». (58)

Pour les médecins généralistes, ces réseaux de soins informels semblent réunir plusieurs concepts qui leurs sont chers : travail en équipe, autonomie, réciprocité. Mais surtout, les interrelations existantes permettent aux médecins de se prémunir dans certaines situations. Leur exercice de généraliste les confronte quotidiennement aux «difficultés de la décision solitaire engageant sa responsabilité, aux incertitudes et aux limites du savoir médical, aux risques d'erreur médicale. En se rapprochant de personnes ressources, le médecin généraliste répond à son besoin de «se protéger juridiquement mais aussi d'être confirmé dans son savoir, d'être rassuré sur ses compétences techniques, relationnelles.» (59)

³ Sociologue. Maître de Conférences à l'Université de Reims, Champagne -Ardennes

Les relations interpersonnelles professionnelles permettent l'élaboration de ces réseaux informels et ont des bénéfices multiples : réassurance, protection juridique, partage de responsabilité, sentiment de sécurité, aide à la prise de décision dans les situations complexes...

La relation de confiance est également un facteur important décrit par les IDE et MK. Certains déclarent même avoir établi une relation de soignant/soigné avec le MG (dans les deux sens). Quant aux relations extraprofessionnelles, elles sont décrites dans nos entretiens comme appartenant au passé, les rapports actuels étant décrits comme uniquement professionnels.

B.2.2.2. La communication dépend des personnalités individuelles

La relation professionnelle, comme toute relation humaine dépend beaucoup de l'entente interindividuelle. Certaines personnalités sont compatibles, permettant une bonne entente et une communication fluide. Tandis que d'autres personnalités peuvent être source de conflits.

Le bon déroulement d'une communication entre le MG et les autres acteurs de soins, dépend donc de la personnalité de chaque intervenant. Pour que les informations circulent, il faut que chaque intervenant respecte les règles de communication. *Les MG semblent d'accord avec cet item. (T)*

B.2.2.3. Connaissance des compétences interprofessionnelles est décrite par les MG et les IDE/MK comme un facteur essentiel de la communication

Comme vu précédemment la connaissance des compétences de chacun pourrait être un élément d'amélioration de la communication (via l'adaptation des informations communiquées lors d'un adressage). Cela est compatible avec nos résultats : pour 91% des IDE et MK, la connaissance des compétences interprofessionnelles est un facteur optimisant la communication. *Les MG reconnaissent l'importance des compétences ou spécificités de chacun (type de patientèle par exemple). Le choix de son correspondant (selon ses caractéristiques humaines ou bien le secteur de soins dans lequel il exerce) dépend du patient qui est adressé. Les caractéristiques des professionnels sont donc importantes pour le choix*

de l'intervenant. (T) Cependant, dans 45% des cas le MG déclare ne pas connaître les caractéristiques d'exercice de ces correspondants. (T)

A ce propos une analyse sociologique du métier d'infirmier libéral publié dans un rapport de la DREES datant de 2006 (60), déplore dans son préambule : « le manque encore criant de précision dans la connaissance des contours mêmes de ce métier ».

Les résultats de nombreux travaux mettent en évidence les difficultés d'échanges entre professionnels de santé. Ainsi une étude menée sur la prescription de séances de kinésithérapie par les médecins généralistes dans un rapport de la DREES en 2009 (61), met en évidence la méconnaissance des MG du champ d'expertise des MK : « La rééducation d'une cheville, c'est un peu comme l'interprétation d'une échographie, la réfection d'un pansement complexe, l'analyse posturale... les connaissances des généralistes ont des limites qui ne leur permettent pas de rédiger de courriers circonstanciés appropriés. Ils préfèrent se contenter d'une prescription simple mais efficace ».

Les professionnels soulignent et regrettent leurs trop grandes ignorances mutuelles, y compris dans les cas où la proximité ne fait pas défaut (44), (39). L'inexistence d'un vocabulaire sinon commun, du moins mutuellement accessible aux différentes professions de santé, nourrit les cloisonnements, dont les patients peuvent pâtir. La singularité de chaque formation, la perception de hiérarchies entre les professions, les particularités liées au statut d'exercice peuvent constituer des freins conséquents dans ce domaine.

Ainsi la méconnaissance des compétences des IDE et MK par le MG peut entraîner des défauts d'adressage. En effet dans nos entretiens les MK déclarent souvent avoir des compétences spécialisées (en traumatologie, rhumatologie, kiné du nourrisson, kiné périnéale...). Cela est parfois responsable d'un « ré-adressage » du patient entre différents MK, ce qui explique les résultats de l'étude de (K) *montrant que les premiers professionnels vers qui les MK adressent sont les MK eux-mêmes.*

La connaissance des compétences de chaque professionnel par le MG permet donc un adressage affiné, évitant des « ré-adressages » multiples.

Le discours des soignants (62), permet également de relever des carences qui ne sont pas spontanément exprimées : méconnaissance des dispositifs sociaux améliorant l'accessibilité aux soins et leur coût, de la législation relative à la concertation multidisciplinaire, du rôle des centres de coordination et des coordinatrices de soins. Ici encore des actions d'information peuvent être initiées ou poursuivies.

Le développement de métiers dédiés à la coordination pourrait permettre d'établir des liens. Une meilleure interconnaissance des compétences des uns et des autres, soit au moment de la formation initiale, soit dans le cadre de la formation continue, devrait en même temps mieux en légitimer la nécessité.

Mais comment faire en sorte que chaque profession, et donc chaque professionnel, puisse agir efficacement dans son champ de compétence, avec les moyens d'aujourd'hui, pour agir auprès de la population de demain?

Le débat est actuellement ouvert en ce qui concerne la formation (commune ou non) des nombreuses professions appartenant au domaine médical. En effet la mise en évidence de compétences communes à quelques professions paramédicales peut permettre la construction de passerelles professionnelles basées sur l'acquisition des compétences manquantes, c'est-à-dire les compétences spécifiques à chacune des professions. Selon le modèle étranger, le choix actuel est de permettre aux paramédicaux d'accéder à des diplômes universitaires sur la base de leur grade de licence.

Le but des réformes de formation étant de trouver comment construire des diplômes pour qu'ils demeurent « professionnalisant » tout en les faisant évoluer vers une formation plus universitaire leur conférant ainsi un niveau plus élevé et en conséquence les attributions liées aux diplômes de l'enseignement supérieurs.

Ce qui a été fait pour les infirmiers se poursuit pour les autres professions à travers une construction identique. Ainsi pour les MK (44) la formation initiale est en cours de réforme de façon à l'inscrire dans le cadre européen du LMD.

Le thème de l'interprofessionnalité et de la formation interprofessionnelle sera abordé également dans la discussion commune.

B.2.3 La proximité géographique modifie la communication

B.2.3.1. Proximité et rencontre physique : facteurs importants de la communication

Dans cette étude, la proximité entre les acteurs de santé est décrite par les IDE et MK comme facilitant la communication. En effet les moyens de communication sont décrits comme plus nombreux (téléphone, rencontre physique, DMP). La proximité est également décrite comme un facteur rassurant (surtout dans les cas complexes sources d'incertitudes).

La rencontre physique est décrite dans les entretiens comme un facteur d'optimisation de la communication. En effet les relations humaines restent physiques même dans notre monde moderne ou prône le virtuel. La rencontre « en tête à tête », « mettre un visage sur un nom » reste un facteur important de communication, et un besoin ressenti par les professionnels de santé. *L'importance de la proximité et de la rencontre physique est confirmée par le discours des MG : ils décrivent eux aussi une amélioration de l'adressage et de la communication dans ce contexte (T). Pour 18% des MG l'absence de contact physique avec ses interlocuteurs entraîne un frein à la communication. (T)*

Paradoxalement dans les résultats quantitatifs, la rencontre physique arrive en fin de liste des facteurs optimisant la communication (uniquement 41% de réponses positives). Cependant la rencontre des nouveaux arrivants est décrite par 88% des répondants comme une piste d'amélioration de la communication (arrivant en 3^{ème} position après l'amélioration de la lisibilité des ordonnances et la rédaction de compte rendu patient).

Il semble donc que le médecin et l'infirmier préfèrent s'expliquer de vive voix et cela est confirmé par d'autres études sur la communication interprofessionnelle. Ainsi selon C. Dupont dans *Coopérer pour s'entendre ou s'affronter pour vaincre ?* (63) : « On peut noter à l'appui de ce choix que le message écrit induit des interprétations. Du fait du support écrit et aussi parce que le mail est utilisé de manière moins formelle que la lettre, les subtilités de langage et d'expression sont moindres. En outre, la parole favorise une rétroactivité. Il est possible d'ajuster son propos immédiatement lorsque l'on perçoit la réaction de la personne. Ce n'est pas le cas pour la communication par internet ; le poids des mots écrits alourdit la communication et les intentions du locuteur peuvent être déformées. Le message peut envahir la scène relationnelle car il reste et peut être relu à l'envie. Il finit par développer sa propre existence indépendamment de l'intention qui l'a produit. Une recommandation peut 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 ».

Ce besoin de rencontre est décrit dans d'autres études sur les relations interprofessionnelles comme celle de A. Vega (39) : « Le besoin de contacts, de connaissances est important: « y'en a qu'on connaît bien, parce qu'on a l'occasion de se rencontrer sur des congrès, ou qu'on connaissait de la fac – et puis y'en a d'autres qu'on découvre, mais régulièrement avec mes correspondants, on essaye de se voir quand même pour discuter et effectivement mieux se connaître, mais c'est pas souvent, on n'a pas le temps ».

Les IDE et MK déclarent rencontrer les MG au cours des visites à domicile, mais la tendance actuelle est à la diminution progressive de ce mode d'exercice. Ceci est contrebalancé par une augmentation de l'exercice pluriprofessionnel, lui-même considéré comme un nouveau lieu de rencontre physique et favorisant la communication.

B.2.3.2. Le mode d'exercice pluriprofessionnel améliore la communication

Le mode d'exercice en groupe ou pluridisciplinaire est décrit dans les entretiens comme une piste d'amélioration de la communication, que ce soit pour les IDE/MK ou le MG. *Le mode*

d'exercice pluriprofessionnel est décrit par les MG comme améliorant la connaissance de l'autre, permettant la réalisation de consultations groupées et la hiérarchisation des consultations, et facilitant l'adressage et la prise en charge des cas urgents (T).

Selon la loi HPST 2009 (4) : le regroupement des professionnels améliore la coordination dans l'idée que « plus on est proche, mieux on se parle, mieux on travaille ensemble »

Cependant l'étude de (K) ne va pas dans ce sens *car il semblerait que le mode d'exercice en groupe ne permet pas une augmentation significative des fréquences d'adressage ou de communication.*

En effet contrairement aux idées reçues et aux discours tenus dans les entretiens, l'exercice pluriprofessionnel ne change pas la communication. Dans notre étude quantitative le mode d'exercice pluri ou mono professionnel n'a pas d'influence significative sur la satisfaction de la communication avec le MG (65% des professionnels exerçant en pluriprofessionnel sont insatisfait vs 47% en monoprofessionnel, test de fisher $p=0.73186$). Cependant les critères de satisfaction devraient être plus précis et intégrer d'autres facteurs sociologiques (évaluant le sentiment de confort professionnel par exemple). Comme nous le verrons dans la discussion commune de nombreuses autres études vont dans ce sens.

L'une des hypothèses serait que le mode d'exercice en groupe permettrait une amélioration de la qualité de la communication (sans amélioration de la fréquence). Dans notre thèse, les MG ne déclaraient pas, plus communiquer, mais mieux communiquer. Cette proximité permettait même d'envisager de nouveaux styles de consultations : à plusieurs, ou successives pour mieux accompagner le patient. Ceci était permis par la disponibilité géographique immédiate des professionnels.

L'amélioration ressentie est probablement plus importante pour les professionnels que pour les patients. Il serait donc intéressant d'étudier quantitativement et sur une population cible plus large le ressenti décrit par les professionnels de santé (incluant le MG), selon lequel l'exercice en structure pluriprofessionnelle améliore la communication et la coordination (64).

B.3 Le patient comme intermédiaire de la communication : vecteur ou interférant ?

Le patient est souvent décrit par les IDE et MK comme un intermédiaire dans leur communication avec le MG. Le patient est souvent vecteur d'informations orales, ou écrites, transmises initialement par le MG ou bien par lui-même (il devient alors émetteur d'information). Dans le premier cas, l'information transmise par le MG peut cependant être modifiée, perdue ou oubliée par le patient. Ce qui peut interférer la communication lors de l'adressage du patient par le MG.

En effet des difficultés de langage ou de compréhension présentées par un patient et sous-estimées par le MG, peuvent entraîner un défaut de communication entre celui-ci et ses correspondants. D'où l'importance d'une évaluation et une vérification systématique de la compréhension du patient avant l'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 (T).*

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 la communication interprofessionnelle, celui-ci pouvant être un mauvais transmetteur de l'information de part des difficultés/troubles de compréhension. (T)

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 son interlocuteur (T).

Selon l'étude de l'ONDPS sur *le métier de masseur-kinésithérapeute (44)*, **le manque de communication entre les professionnels de santé implique que le patient devienne, de fait, le principal émetteur d'information à son sujet** (il devient ainsi son propre dossier médical). Cette situation se retrouve très souvent à la sortie de l'hôpital. Dans cette même étude les quelques praticiens hospitaliers interrogés confirment d'ailleurs l'absence de liaison pensée avec la prise en charge libérale.

B.4 La relation ville / hôpital : au cœur de la coordination pluri professionnelle

Les entretiens des MK et IDE décrivent des rapports avec l'hôpital compliqués et une communication difficile voire inexistante. En effet les praticiens hospitaliers sont décrits comme inaccessibles, et leurs connaissances sur le milieu ambulatoire comme souvent inadaptées. Le MG devient alors l'intermédiaire de la communication entre les paramédicaux libéraux et l'hôpital. Cela ne rentre-t-il pas dans un véritable rôle de coordination ?

L'étude des flux de communication (K) est assez parlante : Les infirmières ont un score global de difficulté de communication de 33%, ce qui est l'un des plus élevés de toutes les catégories professionnelles interrogées. C'est vers les hôpitaux que le score de difficulté de communication des infirmières est le plus élevé 60%. On peut noter que les scores de fréquence d'adressage et de difficulté d'adressage sont similaires vers l'hôpital. Or celui-ci est l'une des cibles principales de l'adressage des infirmières. C'est donc l'un des axes de flux d'adressage à améliorer pour les infirmières.

Selon la même étude (K) c'est vers les hôpitaux que le score de difficulté d'adressage des kinésithérapeutes est le plus élevé (37%). C'est également vers les hôpitaux que le score de difficulté de communication des kinésithérapeutes est le plus élevé (50%). Les kinésithérapeutes déclarent souhaiter travailler en « plus étroite collaboration » avec les hôpitaux 53%.

Les résultats de l'étude de (K) sont concordants avec le discours des IDE et MK sur leur ressenti de la communication avec l'hôpital. Cependant une analyse plus approfondie de cette relation n'a pas été développée dans notre étude quantitative.

Selon les entretiens des IDE et MK, la communication est décrite comme impossible avec le milieu hospitalier. **Le manque de connaissance du milieu ambulatoire des médecins hospitaliers entraîne des prescriptions hospitalières inadaptées à la médecine de ville. Les difficultés d'accès aux praticiens hospitaliers** (médecins injoignables, exerçant sur

plusieurs structures, non disponibles par contact direct, barrières de l'accueil et du secrétariat, horaires de présence différentes...) et le ressenti chronophage des tentatives de communication sont autant de raisons qui expliquent l'absence de communication Ville/Hôpital. Ce cloisonnement entraîne un sentiment d'isolement des professionnels exerçant en ambulatoire.

Dans leurs entretiens les IDE et MK désignent le MG comme le relai de leur communication avec le milieu hospitalier. Le MG rectifie les ordonnances incohérentes, corrige les défauts d'information de l'hôpital et joue le rôle d'intermédiaire avec les professionnels libéraux, cela renforce son rôle de pivot de la coordination pluriprofessionnelle. *En effet selon l'étude de (K) les MG semblent être au centre des flux. De manière générale, les scores de fréquence d'adressage et de difficulté d'adressage sont élevés ce qui traduit le fait que les médecins généralistes déclarent être les principaux« adresseurs » du champ sanitaire et social sur le territoire mais qu'ils font aussi partie de ceux exprimant le plus de difficultés dans l'orientation de leurs patients (même si le score de difficulté global d'adressage reste peu élevé). Selon la même étude les MG déclarent un score de difficulté d'adressage vers les hôpitaux de 51% (2ème après les psychiatres) et un score de difficulté de communication de 66% vers les hôpitaux (toujours 2ème après les psychiatres).*

Les politiques de santé actuelles tendent vers le développement du milieu ambulatoire. Or selon la thèse (K), 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 est donc nécessaire de réfléchir ce virage ambulatoire en plaçant la relation Ville-Hôpital au cœur du projet.

C. 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 de l'adressage retrouvées dans nos études?

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, pharmacien, examens complémentaires, Assistante sociale..) ; 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 soins 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 ressources et de temps 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**.

C.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. Ceci interfère 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 dans la compréhension/expression...) 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 (59) dont celle menée par le département de MG de Liège (62), 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 (66) émergent les associations de patients, les réseaux 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 ».

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.) ».

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

C.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 résident 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 (65) : 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) (47). 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 (67) 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 (67), sont inégalement réparties sur le territoire (47).

Selon un rapport de l'IRDES 2009 (51) « 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, (68) 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'efficience 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 (69) 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 laquelle le mode d'exercice pluriprofessionnel permet une meilleure efficacité. 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, ainsi « Près de 80 % des médecins de moins de 40 ans déclarent exercer en groupe en 2009 », (47) donc « Le renouvellement générationnel, qui aura lieu dans les vingt prochaines années chez les médecins généralistes (70) 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 (68) « 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, (71) et d'autres études (72), 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)** (73) qui rémunèrent le temps passé à la coordination. Cet élément est essentiel pour favoriser l'implication des professionnels.

Les NMR sont définis ainsi : « 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 professionnel de santé ayant pour objectif d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'acte de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès des patients ».

L'un de ces principaux éléments est l'éducation thérapeutique avec le développement par exemple des infirmières ASALEE (74).

Les NMR ont été testés dans le cadre d'un dispositif expérimental. Une étude de l'IRDES 2014 (75) montre que « comme dans d'autres pays, des formes nouvelles d'exercice regroupé pluriprofessionnel, couplées à de nouveaux modes de rémunérations peuvent constituer des leviers pour engager une transformation de l'organisation et des pratiques des médecins généralistes en lien avec celles des professionnels paramédicaux ». Selon cette même étude, 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 (62) 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 (63). 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 au 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 (64) 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, (76) 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 (4) 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 "trilage" (77) 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 (77) ; (78) ; 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, (77) 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 (77) 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 (79), rappelle l'évolution démographique et l'émergence de cas complexes poly-pathologiques qui nécessitent la mise en place de métiers intermédiaires en santé. Ceci 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 (50), 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 peu évolué en dehors de l'apparition d'une filière universitaire spécialisée pour les infirmières (par exemple un 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 (80) : « 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 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 (80), « 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.⁴.

⁴ Sydney A. Halpern (1992): 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) autres(s) qui jusqu'alors a monopolisé(en)t. Certaines compétitions juridictionnelles visent plus volontiers la captation, c'est-à-dire l'affirmation institutionnelle d'un engagement plus manifestement captant, sans que cette captation ne signifie nécessairement l'exclusion de la prise en charge des autres spécialités. Une telle approche permet ainsi de faire dialoguer plus efficacement les niveaux institutionnels (spécialités, segments, etc.) et d'organisation et de division locale du travail.

Ainsi certaines propositions pour pallier au manque de temps seraient :

- **Le développement des modes d'exercice pluriprofessionnel ;**
- **Un soutien financier via les NMR ;**
- **Le transfert et la délégation des compétences.**

Ces éléments sont en cours de développement et d'application.

C.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.

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 des exigences et des caractéristiques du patient.

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 recevoir le patient. 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 et celui-ci est autonome.

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 déclarent ne pas avoir d'outils efficaces pour connaître les caractéristiques exhaustives des professionnels à qui ils pourraient adresser des patients (horaires, secteur d'activité, actes pratiqués, pratique du tiers payant, accès aux handicapés, 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 peut altérer la communication, la coordination et la prise en charge des patients car il règne une part d'aléatoire, d'absence de traçabilité et un parcours de soins décousu.

La création de nouveaux outils permettant la centralisation des données des professionnels médicaux, par exemple via la **création de répertoires** paraît 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 (46). 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 principal but d'agir dans l'intérêt du patient. Dans cette dynamique, un répertoire des professionnels en ligne, partagé, a été élaboré par le PLSUVLG : "Sharecolleagues" (81) permettant *in fine* à améliorer la communication entre les interlocuteurs, en permettant une orientation efficiente. Il permet d'optimiser le parcours de soins et palie à 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.

C.4 L'offre de soins 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 (82). Une enquête IFOP de 2014 montre que les délais pour obtenir une consultation de médecins spécialistes (hors MG) étaient souvent 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 (83) allant dans le même sens illustre que l'un des freins les plus fréquemment cités par les MG était des délais de rendez-vous trop long (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, des phénomènes de délégation de tâche, par exemple des ophtalmologistes aux orthoptistes (84) ont ainsi vu le jour. Le but étant d'améliorer l'accès des français aux soins ophtalmologiques. Ceci 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 égal accès aux soins.

Quel est le rôle des MG ? Les professionnels de santé doivent-ils filtrer l'accès aux soins ? Si oui qui devrait ou pourrait le faire ? Les MG doivent-ils réorganiser leur emploi du temps pour mettre en place des plages d'urgence ? A noter que ceci est devenu un critère obligatoire lors de la création d'une maison de santé. Il semble donc que les questions sont nombreuses concernant la réorganisation de l'offre de soins primaires et en particulier dans le contexte de l'urgence.

C.5 L'urgence : temps essentiel dans la communication, la coordination et le parcours de soins du patient

Une étude de 2007 (82) 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 efficiente 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 (85) « 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 maison médicales de garde, l'information du public. Certaines de ses recommandations étaient :

- de 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 ;
- de 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) ;
- et d'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.Mognon (K), celui-ci a étudié les flux dans une situation de communication classique, usuelle. Or, il serait intéressant de reproduire cette étude en y intégrant la notion d'urgence.

Dans les études de T. Dumont et C. Le Métayer, 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. Ceci 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.

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 (86) : « 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'hospitalisation désirée par le MG (87): « 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, 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, permettraient 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 soin méconnue et limitée.

Dans ce contexte de prévention des hospitalisations inutiles ou évitables proposées dans la loi de modernisation du système de santé (13), 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 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 (88). 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 chose 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 rapport 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 mode 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. 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.

C.6 L'Interprofessionnalité

Son objectif est l'apprentissage des compétences professionnelles ainsi que les besoins et les attentes de tous les acteurs de soins (89). 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 » (90). L'éducation interprofessionnel (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 (91) (92).

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 (93). Plusieurs études ont montré une relation entre la qualité des soins et l'efficacité de la collaboration entre les professionnels de la santé (94) (95) ;

- 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* (96). 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 (97) ;

- la pénurie en professionnels de la santé (98) : en effet les prédictions pessimistes en la matière (99) 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. (92) (100) »

En 2007, une revue Cochrane (101) 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 (102). 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 bénéficiaires 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'interprofessionnalité, 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.

C.7 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 soins par les professionnels de santé. (K)

Cependant, plusieurs études (103) montrent qu'en pratique les médecins généralistes ne s'impliquent pas tous dans cette mission, pour des raisons pratiques, un manque de compétence ou un intérêt limité.

C.7.1 La coordination en France par le prisme des réseaux

Une revue systématique de la littérature publiée en 2007 (104) 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 » difficile 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). (105)

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* (106) : « 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 ré-enchanter la vie quotidienne et réinterpréter le monde contemporain ». ⁵

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 ;
- 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 soins (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

⁵ Musso, 2003, p. 5

particulières et spécifiques. L'ensemble forme un patchwork dont l'efficacité est très difficile à évaluer.

Ainsi selon le rapport de l'IGAS 2006 (107), 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 ? (108) 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 soins palliatifs) 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 (74). 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 (71) 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, induite 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 » (109).

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 (110), 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 leader locaux et donc « trop » personnes dépendantes avec une viabilité dans le temps qui 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.⁶ (Exemple des PRADO que nous développerons plus loin)

⁶ 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

C'est dans ce cadre que la loi HPST 2009 (4) puis le **guide 2012 (108) de la DGOS et le rapport de l'IGAS 2014 (74) préconisent de placer à 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.**

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 » (111) 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

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 »

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 ?

C.7.2 Coordination ville/hôpital

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 soit, 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 (59) (112) avec un cercle restreint de praticiens hospitaliers avec qui ils développent des relations cordiales, quoi que 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 contraint 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 (113) (114) 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 (71) 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 (115) 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 (116) 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 (117) ».

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 (118) ».

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 ; et de l'autre les acteurs de soin 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.

C.7.3 La technologie au service de la communication

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.

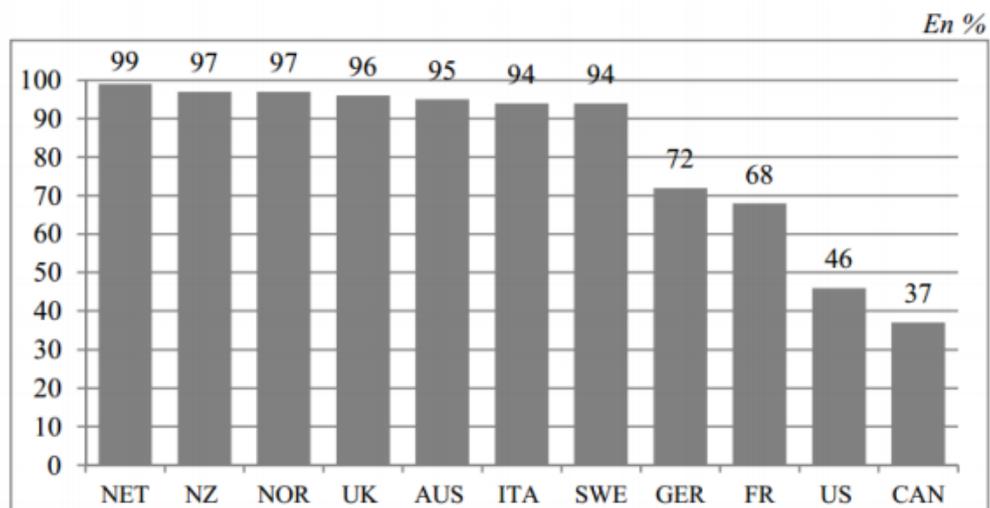
Même si les décideurs s'y intéressent davantage et si les groupes de patients et de consommateurs y opposent moins de résistance (mais n'en demeurent pas moins préoccupés par la question de la « confidentialité »), les systèmes TICS peuvent être coûteux, exigeant un

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 (4). 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 (71), 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 (119) 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 pistes de développement :

- Les dossiers partagés et autres systèmes de partage d'information ;
- La messagerie sécurisée et transfert de l'information ;
- Les répertoires partagés.

C.7.3.1. 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 libéraux⁷ 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 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 (120), 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

⁷ « 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

pas de chiffre mesurant le partage en ligne de cette synthèse ce qui limite l'analyse de son utilité.

C.7.3.2. La messagerie sécurisée et transfert de l'information :

Selon le rapport de l'IGAS 2014 (71), les messageries sécurisées de santé sont encore notablement sous utilisées. Il y a 61000 utilisateurs de messageries sécurisées qui sont elles même 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.

C.7.3.3. 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 fonctionnel et adapté 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. (108) Le ROR (payant) est pour l'instant sous utilisé par les professionnels de terrain en concurrence avec les répertoires papiers et les initiatives locales.

C.7.3.4. Le site TRAJECTOIRE,

Conçu à l'origine en 2005 pour fluidifier les parcours vers les SSR à la sortie de l'hôpital et 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 (71) 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 est en partie repris dans la loi de modernisation de la santé 2015 (13) (121) (122).

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.

C.7.4 Coordination, formation et nouveaux métiers

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 atténue en partie la résistance des prestataires médicaux envers l'activité pluridisciplinaire. (123) 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. (124)

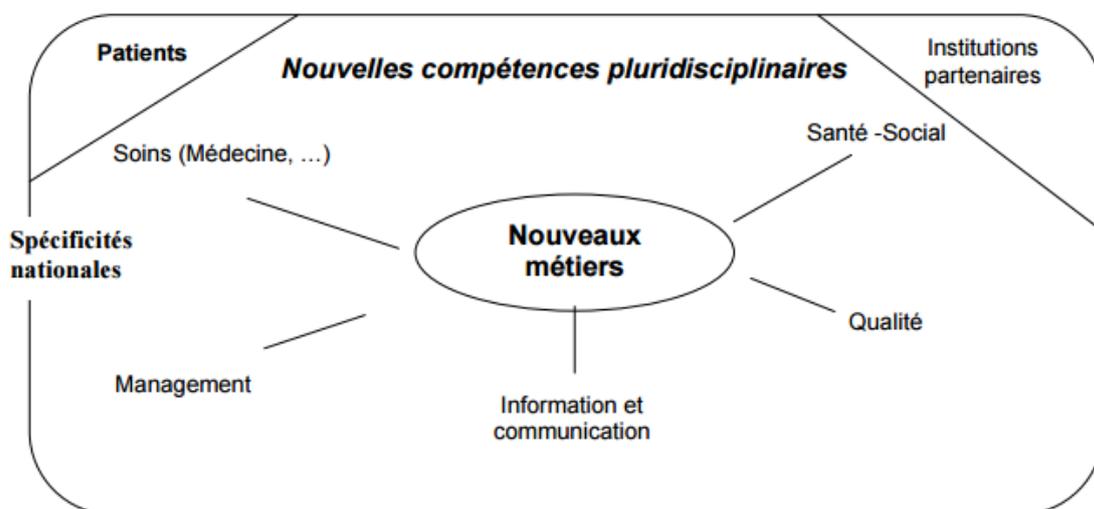


Schéma 2 : De nouveaux métiers transversaux exigeant des compétences pluridisciplinaires

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 en liens avec : l'Évaluation/gestion/administration de structure et de projet ; la gestion informatique ; et la coordination des soins au sens strict.

C.7.4.1. Évaluation/gestion/administration de structure et de projet :

Cantonnée au départ 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.

C.7.4.2. 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.

C.7.4.3. 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 développées 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'hospitalisation 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.

VI. Conclusion

A. Conclusion de l'étude

Les professionnels de santé, IDE et MK, exerçant sur le territoire de santé de GVLG brossent un tableau assez pessimiste de leur communication avec le MG au cours de l'adressage d'un patient. Elle est décrite comme minimaliste, et insatisfaisante.

La plupart des répondants regrettent un manque de communication avec le MG, souvent relatif à un manque de transmission d'informations. L'ordonnance, principal support de la communication, est perçue négativement par son défaut de lisibilité et par son caractère hiérarchisant, limitant les IDE et MK à un rôle d'exécutant des prescriptions du MG.

Les autres difficultés de communication décrites sont : un manque de temps et de disponibilité de tous les professionnels de santé, une méconnaissance des compétences de chacun, un sentiment de rivalité interprofessionnelle et un défaut de communication lié à la relation triangulaire avec le patient, souvent intermédiaire de la communication avec le MG.

Des difficultés sont également déclarées avec le milieu hospitalier, dont les prescriptions sont décrites comme inadaptées au milieu ambulatoire et dont les relations avec ses praticiens sont inexistantes. Ce cloisonnement ville/ hôpital induit un sentiment d'isolement des soignants de ville.

Le discours des IDE et MK interrogés est assez ambivalent : dans le sens où certains se décrivent comme des exécutants, dépendants des prescriptions médicales, tout en revendiquant une autonomie dans leurs compétences et activités.

Les pistes d'amélioration de la communication avec le 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..).

Les IDE et MK se disent favorables au développement de la collaboration pluriprofessionnelle (par des réunions et formations interprofessionnelles, la rédaction de protocoles communs, la

participation aux réseaux), mais ils ne déclarent pas pour autant vouloir communiquer plus avec les MG. Le manque de moyen et de temps en étant le principal frein.

Au vu de ces résultats, ne faudrait-il pas entamer une réflexion pour améliorer l'attrait et l'accès à la collaboration pluriprofessionnelle (par exemple par une rémunération du temps passé à la collaboration, le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles..)?

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, montre que les médecins généralistes sont bien au centre, donc les pivots du parcours de soins des patients. Néanmoins, la qualité de coordination 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 ressources et de temps 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 en tant qu'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

Nombre de professionnels pointent le fait que le temps de communication autour du patient est insuffisamment valorisé (à la fois en termes de temps disponible pour communiquer que de rémunération). En outre, 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 patient à soigner, pour avoir le temps de communiquer ».

Les pistes possibles d'amélioration qui se dégagent à ce niveau 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) ;
- Libérer du temps dédié à la communication et à la coordination :
 - Soit par la création de nouveaux métiers ;
 - Soit par le biais de la délégation 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 et d'espace professionnel obligeant à la prudence.
- Le développement de modes d'exercice pluri professionnels, sur lesquels il est toutefois nécessaire d'avoir un recul sur les bénéfices attendus mais aussi sur les limites⁸.

B.2 La méconnaissance de l'Autre

Dans l'espace de ce territoire de santé, les professionnels impliqués dans les soins primaires se connaissent peu les uns les autres.

⁸ 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.

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 et à un niveau plus fondamental la réalité quotidienne du métier des autres professionnels du territoire, échappe souvent aux acteurs : quelles sont les contraintes de temps qui s'imposent à une 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 et par la suite des ponts entre les cultures professionnelles.

Enfin, la communication est un processus humain et de ce fait, il ne faut pas négliger l'importance de ce qui se passe à la marge des rapports professionnels.⁹

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 soins. 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 où existe un consensus clair et éclairé concernant la ou les structures en charge d'assurer cette coordination/communication et son mode de fonctionnement.

Comme le démontre 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.

⁹ 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.

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.

Ces problématiques sont l'affaire de tous. Il s'agit donc de viser aussi à une évolution "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 réseaux¹⁰, ayant pour vocation à suppléer la coordination. Mais il faudra savoir s'ils auront un rôle de facilitation ou de substitution. Encore une fois se pose la question de la définition des rôles de chacun et en particulier celui du médecin généraliste. Il faudrait répondre à ces questions dès maintenant 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 (répertoire manuscrit, fichiers excels des contacts...). Les projets d'innovation sont multiples mais connaissent des difficultés de réalisation (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). Des recommandations sur les bonnes pratiques de communication en santé

¹⁰ 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.

auraient autant de sens que celles faites sur la prise en charge de certaines pathologies. Ces recommandations auront d'autant plus de chance d'être suivies si elles proviennent d'initiatives locales.

Il y a bien d'autres facteurs importants mais l'amélioration de ces trois éléments sont à la base d'une meilleure coordination/communication en santé.

Un autre élément important de la communication semble être, pour les professionnels de santé, **la notion d'urgence qui entraîne des besoins différents**. Cela nécessite la mise en place de protocoles spécifiques à l'urgence afin d'y répondre ; en particulier avec les hôpitaux et les médecins spécialistes.

Pour l'ensemble des acteurs de soins, l'hôpital conserve une place primordiale dans le parcours de soins des patients, l'adressage et la communication. 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 est 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 soins 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 du 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 faut 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 en leur 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 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 du parcours de soins réel des patients grâce aux 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 soins ;
- Des études similaires étendues à d'autres territoires pour vérifier leur généralisation ;
- Des études explorant l'utilité et l'efficacité des propositions d'amélioration ;
- Une étude sur les différences de coordination selon les différents modes d'exercice ;
- Une étude spécifique à la coordination/communication médecins généralistes-professionnels de la psychiatrie sur le territoire de GVLG ;
- Une étude qualitative et quantitative du ressenti des praticiens hospitaliers sur la communication et la coordination avec les professionnels ambulatoires.

Liste des Graphiques

Fig. 1 : Territoire de Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne	12
Fig. 2 : Place des soins de santé primaires dans l'éventail des soins de santé	15
Fig. 3 : Taux de réponses des professionnels de santé	71
Fig. 4 : Mode de contact et récupération des questionnaires	72
Fig. 5 : Histogramme effectifs par tranches d'âges	76
Fig. 6 : Histogramme mode d'exercice	76
Fig. 7 : Histogramme moyens d'adressages utilisés par le MG	82
Fig. 8 Histogramme 2 : Fréquence ressentie des informations reçues	85
Fig. 9 : Histogramme 3 : Fréquence des informations utiles mais manquantes	86
Fig. 10 : Degré de satisfaction globale sur la communication avec le MG	88
Fig. 11 : Ressenti sur le degré de facilité à contacter le MG	90
Fig. 12 : Histogramme 4 : Facteurs ressentis comme permettant une communication optimale	92
Fig. 13 : Histogramme : Fréquence des lieux de rencontre avec le MG	93
Fig. 14 : Histogramme : Pistes d'amélioration de la communication avec le MG	94

Liste des Tableaux

Tableau. 1 : Taux d'assurés ayant désigné un médecin traitant	19
Tableau. 2 : Consultations réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	19
Tableau. 3 : Tableau de Synthèse de l'analyse Qualitative	70
Tableau. 4 : Genre dans la population source	73
Tableau. 5 : Ville d'exercice et profession dans l'échantillon	73
Tableau. 6 : Ville d'exercice et profession dans la population source	74
Tableau. 7 : Mode d'exercice et profession dans la population source	74
Tableau. 8 : Genres	75
Tableau. 9 : Profession dans l'échantillon	75
Tableau. 10 : Mode d'exercice selon la profession	77
Tableau. 11 : Mode d'exercice selon l'âge	78
Tableau. 12 : Présence et type de secrétariat	79

Tableau. 13 : Appartenance à un réseau	79
Tableau. 14 : Appartenance au réseau selon la profession	80
Tableau. 15 : Appartenance à un réseau selon le mode d'exercice	81
Tableau. 16 : Fréquence des moyens d'adressage utilisés par le MG	83
Tableau. 17 : Satisfaction globale sur les informations transmises par le MG	83
Tableau. 18 : Satisfaction globale sur la transmission d'information selon la profession	84
Tableau. 19 : Satisfaction globale sur la transmission d'information selon le mode d'exercice	84
Tableau. 20: Fréquences des informations déclarées comme reçues par les IDE et Kiné	86
Tableau. 21 : Fréquence des informations ressenties comme importantes mais manquantes	87
Tableau. 22 : Fréquence des informations considérées comme utiles et manquantes selon la profession.	87
Tableau. 23 : Satisfaction globale sur la communication selon la profession	89
Tableau. 24 : Satisfaction globale sur la communication selon le mode d'exercice	89
Tableau. 25 : Ressenti sur le degré de facilité à contacter le MG selon le mode d'exercice	91
Tableau. 26 : Fréquences des facteurs ressentis comme permettant une communication optimale avec le MG	93
Tableau. 27 : Fréquences des lieux de rencontre avec le MG	94
Tableau. 28 : Pistes proposées pour améliorer la communication avec le MG	95

Bibliographie

1. TABAH L. Les Conférences mondiales sur la population. Bull Mens Inf Institut National d'études Démographiques ; Mai 1994.
2. Constitution du 4 octobre 1958.
3. La réforme du système de santé en France, Plan Douste-Blazy ; août 2004.
4. Loi Bachelot « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». 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.
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. Questions d'économie Santé ; Avril 2009.
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 le 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. Geneva : World Health Organization;2010, 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. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville ministère de la santé et des sports, annexe ii diplôme d'état d'infirmier référentiel de 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. Dernière modification du texte le février - Document généré le 22 février 2016 ; 2016.
19. Aillavet-bachellez 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. *Medical 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, Program Results Grant # 70224. 2013;
28. Recommandation HAS en collaboration avec l'Observatoire national de la Démographie des Professionnels de Santé : délégation, transfert, nouveaux métiers... conditions des nouvelles formes 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 télé - expertise : un 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 ? Revue Medicale Suisse. 2005;42.
37. Creswell, Plano Clark. Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks: Sage Publications ; 2007.
38. Greene, Caracelli, Graham. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. Educational. Evaluation and Policy Analysis ; 1989.
39. 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" ; juin 2005.
40. Binart Ecale Hortense. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Faculté de médecine de Bobigny ; 2012.
41. Richard C, Lussier, Galarneau, Jamouille. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale ; 2010.
42. Strauss. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste. Paris : L'Harmattan ; 1992.
43. Legifrance. Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins. Octobre 2009.
44. Micheau, Matharan Matharan, Rigal. Le métier de masseur kinésithérapeute. Plein Sens ONDPS ; 2009.
45. Legifrance. Décret n° 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique. juillet, 2009.
46. Krikorian L. Le carnet d'adresses du médecin généraliste : difficultés et besoins, vers un outil en ligne partagé? 2013.
47. Berland Y, Gausseron T. Démographie des professions de santé ; 2002.
48. Berland. Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et des compétences ; 2003.
49. LOI n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. JORF n°190 août, 2004 p. page 14545.
50. Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé ; 2006.
51. Bourgueil Y. "Évolution des métiers de la santé. Coopérations entre professionnels". Actualité Dossier En Santé Publique N° 70. 2010.
52. Elbaum. Les enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé, Haute Autorité de santé ; 2007.
53. Berland Y. Les coopérations entre professionnels : actualité et enjeux ; 2010.
54. Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé. Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé In: Revue d'économie industrielle. Vol. 81. 3e trimestre 1997; pp. 77-97.

55. Larcher. Les enseignements des réseaux existants. Actualité et dossier en santé publique n° 24. Septembre 1998;
56. Maladies chroniques et réseaux de soins: l'exemple de Kaiser Permanente. Revue Médicale Suisse ; 2008.
57. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, recommandations. Haute Autorité de santé, en collaboration avec l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé ; Avril 2008.
58. M. Fourdrinier. Du réseau aux réseaux. 2008.
59. 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.
60. 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,).
61. Bonnal, Mathal, Micheau. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. Rapport D'étude de la Drees et de L'Observatoire National de la Démographie Médicale. Décembre 2009.
62. 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.
63. Dupont C. Coopérer pour s'entendre ou s'affronter pour vaincre ? NEG Négociations. 2006;5(1):93–114.
64. 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;
65. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR), Afrite, Mousques, Septembre 2014.
66. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. mars 5, 2002.
67. Baudier, Bourgueil, Evrard. "La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009". Questions d'économie de la santé ; 2010.
68. 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. Questions D'économie Santé. Juin 2015;(n° 210).
69. 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. Questions D'économie Santé. juillet-août 2015;(n° 211).
70. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ». Études Résultats n° 679.
71. Blanchard P, Eslous L, Yeni I. Evaluation_coordination_appui_soins. IGAS; Report No.: IGAS 2014-010R.

72. Bourgueil. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne ; question d'économie de santé, octobre 2009.
73. Article 33 de la LFSS pour 2014.
74. Dispositions de l'article 51 de la loi HPST 2009.
75. 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.
76. D'Amour D, Tremblay D, Proulx M. « Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical ». Recherches Sociographiques. 2009;50.
77. Bourgueil Y, Marek, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada. Questions D'économie Santé, L'IRDES. Juin 2005; n° 95
78. D'Amour. Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions. Rupture Revue Transdisciplinaire En Santé. 2001;8.
79. 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. Janvier 2011.
80. Coburn D. « The development of Canadian nursing professionalization and proletarianization ». Int J Health Service. 1988;18, 3:437- 56.
81. Psugvlg [Internet]. Disponible sur: <http://www.psugvlg.org/> ; Sharecolleagues [Internet]. Disponible sur: <https://www.sharecolleagues.org/>
82. 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.
83. Regard et pratique des médecins spécialistes en médecine générale sur l'organisation du parcours de soins des patients. La lettre de l'Union; 2014.
84. Yssup Research. Etude nationale d'évaluation du délai d'obtention d'un rendez-vous de consultation en ophtalmologie. 2016.
85. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013 : la permanence des soins. Cour des comptes; 2013.
86. 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.
87. Le Gall A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. 2010
88. Mercat X. Les courriers entre médecins. Conseil National de l'Ordre des médecins; 1998.
89. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? Recherches Soins Infirmiers. 2011;106(3):40.
90. 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;
91. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva : WHO.
92. 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

93. Manser. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009;(53(2)):143–51
94. 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. *Medical Care*. 2000;(38):807–19.
95. Wiegmann, El Bardissi, Dearani, Daly, Sundt. Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors : an exploratory investigation. *Surgery*. 2007;(142):658–65.
96. Canadian Interprofessional Health Collaborative. CIHC Statement on the definition and principles of Interprofessional Education. 2007 Avril;
97. CAIPE: Center for the advancement of Interprofessional Education. 2002.
98. Barr, Koppel, Reeves, Hammick. *Effective interprofessional education : Argument, assumption and evidence*. Oxford, UK : Blackwell Publishing. 2005.
99. Rapid Scaling Up of Health Workforce Production. Fifty-Ninth World Health Assembly. A59/23, 37–38. Geneva : WHO. 2006.
100. IPC : InterProfessional Care : a blueprint for action in Ontario. Interprofessional care steering committee. Gov Ont. 2007;
101. Reeves, Zwarenstein, Goldman, Barr, Freeth, Hammick. Interprofessional education : Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. 2008;
102. 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;
103. Aubry R. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. *Santé Publique*. 2007;19(0):73.
104. 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/>
105. 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).
106. Poutout G. Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens. *Sociologie Prat*. 2005;11(2):33.
107. 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.
108. Guide méthodologique 2012 de la DGOS « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ».
109. Buttard A. « L'évaluation du réseau en santé », Des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques. In 2008. (Politiques et management public).
110. Bergeron H, Castel P. Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins. In: *Sociologie du Travail*. Elsevier; 2010. p. 441 - 60.

- 111.« 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
- 112.Cuyot J. Difficulté de communication et hôpital. Commun Organ. 1994;
113. Feintrenie C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes. 2010.
- 114.Domard C, Clavero J. La continuité des soins de ville après une hospitalisation. 2006.
- 115.Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? ». HAS; 2014 sept.
116. 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.
- 117.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
- 118.Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer. Synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes. France, INCa;2012.
- 119.URPS médecins Île-de-France. Votre pratique professionnelle de l'informatique. URPS médecins Île-de-France; 2014.
- 120.La rémunération sur objectifs de sante publique une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Caisse nationale de l'assurance maladie; Avril 2016.
- 121.Loi de modernisation de notre système de santé Pôle de documentation de l'IRDES – Marie-Odile Safon. Février 2016.
- 122.Rapport : Loi de modernisation de notre système de santé. IRDES; 2016.
- 123.Coxon, K. et al. Interprofessional 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.
- 124.Bourret C, Salzano G, Caliste J-P. Nouveaux métiers dans le domaine de la santé: maitrise de l'information, transversalité des compétences et autres exigences. In Ile Rousse, France; 2002.

Annexe 1 : Guide d'Entretien

Présentation de l'entretien :

«Bonjour, je me présente, je suis Charlène Le Métayer, interne de médecine générale en dernière année. Je réalise ma thèse sur les relations interprofessionnelles sur un territoire de santé donné, celui de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne. L'objectif est d'étudier le ressenti des kinésithérapeutes et IDE sur leur relation avec les médecins généralistes qui leur adressent des patients.

Cet entretien me permettra par la suite d'élaborer un questionnaire à l'origine d'une étude quantitative.

Je souhaiterais enregistrer notre échange, avec votre accord, pour me permettre de l'analyser par la suite. L'anonymat est bien sûr la règle”.

Thèmes et questions abordées

1) Quand un médecin généraliste vous adresse un patient, comment cela se passe-t-il en général?

2) Les supports de communication utilisés par le MG pour vous adresser un patient vous semblent-ils adaptés ?

Si ce n'est pas le cas pourquoi ?

Quel moyen de communication préférez-vous?

- exemple de support de communication : lettre, conversation téléphonique, ordonnance

- présence d'un intermédiaire à la communication avec le MG (secrétariat, patient, autre correspondant...)

3) En général, quand un MG vous adresse un patient, vous transmet-il toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient ? Si non que vous manque-t-il le plus souvent ?

- typologie de la demande adaptée au corps de métier (permettant de bien comprendre ce que le MG attend de vous): avis, soins/rééducation, délégation de la prise en charge, mise en place d'un traitement/suivi.

- présence d'informations nécessaires et relatives à la prise en charge du patient: données administratives (nom, âge, situation sociale...), pathologies intéressées, hypothèses diagnostiques, précautions particulières spécifiques à l'état du patient,

- qualité de l'information transmise : lisibilité, clarté, concision, langage adapté, compréhension, formule de politesse, respect du secret médical.

4) A votre avis quelles sont les éléments qui font que la communication se passe bien ou au contraire se passe mal ?

- facteurs organisationnels : proximité géographique (permettant des rencontres régulières, plus de patient en communs), appartenance à un réseau, horaire et disponibilité de travail permettant un accès à la communication facile, accessibilité (possibilité de contact par téléphone portable si urgence, adresse mail..).

- facteurs relationnels : connaissance et familiarité avec le MG, contacts réguliers (direct ou indirect), bonne entente, reconnaissance et appréciation des compétences professionnelles mutuelles, sentiment de respect mutuel, personnalité facilitante.

5) Vous arrive-t-il de communiquer en retour au MG ? Et si oui comment cela se passe-t-il?

- en fonction de la raison de l'adressage patient: la communication nécessite-t-elle une réponse ou non?

- quel est le support utilisé pour répondre au MG? Rencontrez-vous des difficultés à transmettre des informations au MG?

Conclusion de l'entretien

Je vous remercie de votre participation, et si vous le souhaitez je vous ferai parvenir les résultats de mon étude quantitative.

Annexe 2 : Entretiens

Entretien E1 (IDE)

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : Quand un médecin généraliste vous adresse un patient, comment ça se passe?

I : Principalement par le biais d'une prescription médicale, parce que le médecin a besoin que je fasse un soin que ce soit un pansement, une injection. Ça peut être aussi une demande d'avis par rapport à une plaie, comme on fait beaucoup de plaies. Mais c'est toujours via une ordonnance. Il nous demande ce qu'on en pense, ce qu'on pourrait mettre dessus. Ou alors de par ma pratique ETP via une feuille d'orientation pour l'éducation thérapeutique. Souvent par courrier soit par téléphone ou en tête à tête.

E : Et ces moyens de communication, vous semblent ils adaptés?

I : Oui, c'est vrai que pour les prises en charge de plaies et de pansements, parfois on n'a pas toute l'histoire de ce qu'il s'est passé et on aimerait bien savoir un peu plus du genre : on a un patient avec un bras sous un gros pansement, on ne sait pas trop ce qu'il a eu, on n'a pas de compte rendu opératoire et on doit faire des pansements toutes les 48h ça c'est un peu moyen, on n'aimerait bien avoir plus de renseignements des fois la dessus.

E : Vous manque-t-il des informations nécessaires à votre prise en charge?

I : Voilà, donc on peut questionner le patient, il peut nous répondre mais il y a des choses qu'il ne peut pas nous dire.

E : Un autre exemple?

I : Oui par exemple pour les injections. Le produit de ce matin pour monsieur X, la SANDOSTATINE. "Monsieur, pourquoi avez-vous ce traitement? Ça je ne sais pas".

Je dois faire la SANDOSTATINE une fois par mois pour six mois, point. Je ne sais pas pourquoi ce patient est suivi.

E : Vous souhaiteriez que ce soit inscrit sur l'ordonnance ? Est-ce que c'est toujours nécessaire?

I : Peut-être pas mais ça pourrait être intéressant.

E : Pour vous, pour votre connaissance personnelle?

I : D'une part oui, mais aussi pour pouvoir faire parler le patient sur ce qu'il sait, ce qu'on lui fait, est-ce qu'il sait vraiment pourquoi il a ce traitement ? Et aussi pour vérifier s'il n'y a pas parfois des erreurs, car des fois ça arrive aussi.

E : Quel moyen de communication préférez-vous?

Ça dépend des fois, quand il y a du LOVENOX il n'y a pas trop de choses à savoir, ce n'est pas une intervention. Mais sinon oui le dialogue est toujours bien.

E : Pour vous quels sont les éléments ou les facteurs qui font qu'une communication entre le médecin généraliste et vous se passe bien ou au contraire se passe mal ? Qu'est ce qui est primordial?

I : Ça se passe mal si on me demande de ne pas réfléchir, vous faites ça point ! Ça m'est rarement arrivé, mais ça m'est déjà arrivé qu'on ne m'explique pas, qu'on ne veuille pas m'expliquer, c'est tu fais ça point barre. Mais en général quand tu demandes on te répond.

E : Vous avez un exemple?

I: Bon c'est plus à l'hôpital, pas trop avec les généralistes.

C'est vrai, entre autre, que dans la structure c'est plus facile mais quand tu connais les médecins, que tu as un contact régulier, que vous vous voyez, ça améliore.

E : Y-a-t-il d'autres facteurs, par exemple dans le centre, que vous appréciez, qui vous plait plus?

I : La proximité, c'est dommage que dans le nouveau centre, les médecins soient à l'étage et nous au rez de chaussée. Avant le cabinet de consultation de médecine générale était collé à l'infirmerie. On voyait la salle d'attente du médecin, on pouvait communiquer très vite avec le médecin, gérer les urgences par exemple.

E : Donc, la proximité et l'organisation sont des éléments importants?

I : oui

E : Quand vous faites des soins à domicile, y a-t-il des choses que vous voudriez voir évoluer même avec les médecins généralistes que vous ne connaissez pas et qui adressent ici?

I : Dans ces cas-là on les appelle mais en général si notre motif est structuré, qu'on va directement au but, qu'on explique, qu'on ne tourne pas autour du pot trois heures, ça se passe bien, on nous répond, il n'y a pas de problème.

E : Est-ce qu'il vous arrive de communiquer en retour au généraliste sur un patient?

I : Oui lorsqu'il y a un problème, on les renvoie avec un courrier : j'ai vu ce jour Monsieur X, je vous le renvoie parce que ci parce que ça. Lors du pansement....

E : Le faites-vous souvent par courrier?

I : Oui plutôt par courrier, ou si j'ai un doute sur une ordonnance, s'il manque une durée, quelque chose comme ça ou un dosage ça m'arrive aussi de les rappeler, il manque ci, il manque ça! Vous pouvez me faxer une nouvelle ordonnance... moi je ne peux pas lui faire son soin parce que je n'ai pas de dosage!

E : Ça vous arrive d'adresser des patients vers d'autres professionnels?

I : Tu vois Mr X qui est venu tout à l'heure pour sa plaie derrière la jambe, je l'ai adressé vers le dermatologue.

E : Et ça du coup vous le faites directement?

I : Oui si son médecin traitant n'est pas là, je prends l'initiative de le montrer à un dermatologue, on regarde, on prend un RDV on met un mot dans Clinidoc.

E : Vous faites un courrier?

I : Souvent, pour Dr B je prends mon téléphone, je l'appelle, comme elle est dans la structure, c'est évidemment beaucoup plus simple.

Pour les patients qui nous posent soucis c'est des courriers, souvent on les retourne vers les urgences, on leur dit "Mr il faut que vous retourniez aux urgences, ça va pas" !

On fait des courriers ou on appelle par téléphone.

E : Jamais de mail?

I : Non.

Entretien E2 (IDE)

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : Globalement quand un généraliste vous envoie un patient comment cela se passe-t-il?

I : Soit ils nous appellent pour venir voir le patient, soit ils nous font parvenir une ordonnance. On communique principalement par les ordonnances. C'est comme ça que les médecins s'adressent aux infirmières, en tout cas sur le centre que ce soit pour des pansements, pour des vaccins, pour des injections, tout ça c'est sur ordonnance.

E : Et ce moyen de communication, il vous convient? Vous le trouvez adapté?

I : Ça dépend de comment est faite l'ordonnance, globalement ça se passe plutôt bien mais c'est vrai qu'on a souvent des problèmes de prescription incomplète. En ce moment pour la vaccination antigrippe, s'il n'est pas noté « À faire pas IDE » on ne sait pas si le médecin veut voir le patient avant l'injection et si c'est lui qui va faire l'injection. Il nous arrive donc souvent de refuser de faire l'injection parce que ce n'est pas précisé. C'est un exemple mais ça arrive souvent.

Globalement sur le centre ça se passe plutôt bien et puis de toute façon si on a un souci ce n'est pas compliqué on passe un coup de fil, on demande au médecin de venir voir le patient si on a besoin de son avis sur un pansement ou de nous donner les infos plus précises par téléphone.

E : Donc pour vous tout ou presque se passe par téléphone?

I : Oui par téléphone très souvent ou aussi quand on se croise dans le couloir ou le midi, il nous arrive de communiquer comme ça.

E : Communiquez-vous par courrier?

I : Non c'est rare, sauf pour les médecins qui ne font pas parti du centre mais avec eux aussi on utilise souvent le téléphone. Le courrier (cacheté) est souvent remis aux patients qui le remettent à leur médecin, c'est fréquent.

E : Les informations transmises par le médecin généraliste sont-elles suffisantes à votre prise en charge?

I : Oui globalement tout est écrit sur l'ordonnance, le plus important est d'avoir : quand le faire, pourquoi, les posologies. De toute façon, si on a une question on s'adresse au médecin directement. Là où on a les plus

gros soucis c'est surtout avec les prescriptions hospitalières, ils ne se rendent pas compte du matériel qu'on a en ambulatoire, des moyens qu'on a, du temps qu'on a, des horaires, du coût, ils ne se rendent pas compte de tout ça et parfois on a des prescriptions complètement incohérentes. On a eu un patient par exemple, une instauration d'insuline mais avec 5 injections dans la journée de 7 h du matin à 23h. C'était pour le patient et les infirmières : irréaliste et ça c'est assez fréquent que l'on se retrouve devant ce genre de demande. Prescriptions pas claires, pas adaptées à la ville. Et une grosse inconnue aussi sur les dossiers patients, ces derniers ne peuvent pas nous expliquer soit parce qu'ils ne parlent pas français soit parce qu'ils n'ont pas compris. Sans dossiers, sans compte rendu, on est donc amené à faire des actes sans savoir pourquoi c'est très embêtant, d'autant plus que joindre un médecin hospitalier c'est la croix et la bannière.

Avec les médecins du centre et les médecins du libéral on n'a pas de souci. Quelques exceptions avec certains mais on les connaît et avec l'habitude on arrive à s'en sortir sans trop de soucis.

E : D'après vous quels sont les facteurs qui font qu'une communication se passe bien ou se passe mal?

I : Personnellement je n'ai jamais eu de gros problèmes, ça se passe vraiment bien, je suis ici depuis 30 ans, je connais très bien les médecins, on a un contact assez facile et efficace, on s'entend bien, on est une bonne équipe. En plus de ça on a les ENMR qui font qu'on peut parler des patients avec qui on a des difficultés puis ça nous permet de nous rencontrer, de discuter des cas un peu difficiles. Les ENMR, c'est vraiment bien parce qu'on peut rencontrer les médecins du CMS mais les médecins libéraux du coin qui veulent parler de certains dossiers qui leur posent problème. Si on a un souci on peut en parler assez librement avec les différents intervenants. Alors c'est vrai qu'avec certains médecins c'est plus difficile qu'avec d'autres, c'est très médecin dépendant. Avec certains on ne comprend rien de ce qui est écrit, on ne connaît pas leur patient et on se demande s'il les connaît aussi, on ne comprend pas leur prise en charge.

Par exemple on suit un patient du Dr M. à qui on doit faire des injections d'insuline, mais depuis qu'on le voit, sa glycémie est à 0.72g/l avant injection... On fait ce qui est prescrit mais c'est vrai qu'il fait des hypoglycémies donc on est emmerdé.

E : Il vous arrive d'avoir des transmissions de résultats de prise de sang avec par exemple des Hémoglobines glyquées?

I : Non, c'est nous qui demandons aux patients, et ils mettent souvent trois jours à nous donner leurs résultats d'analyses.

Une fois j'ai été en réunion sur la mise sous insuline en ville et à l'époque il y avait le Dr V complètement paniquée quand elle mettait son patient sous insuline, elle l'appelait le soir et le matin et je me disais mais nous c'est fréquent, on fait des mises sous insuline régulièrement, on n'est pas inquiet, on commence sur des doses à 6 Ui, en fait tu augmentes doucement, tu ne changes pas les doses tous les jours.

Ce patient, qui est sous insuline, nous on ne sait rien et lui, il ne parle pas un mot de français. A 8h30 tu appelles le Dr M mais il n'est pas à son cabinet. Après tu rappelles et c'est ouaf ouaf (*imitation d'un chien*)...c'est ça avec le Dr M, donc tu vois c'est vraiment médecin dépendant, ça dépend quel médecin tu as. Quand tu les appelles pendant leurs consultations ils ont autre chose à faire et tu es sûre que les patients qui ne se prennent pas en charge, et bien c'est tant pis pour eux.

Avec un patient qui se prend en charge c'est différent. Et puis avec les patients qui sont mis sous insuline ici c'est plus facile, on a accès à Clinidoc et du coup si on a une question on voit avec le médecin et on a une cohésion bien plus facile qu'avec les médecins de ville. Après ça dépend des médecins, avec certains ça se passe super bien. Ce qui a aussi amélioré les relations et qu'on va perdre, et ça c'est dommage, c'est que quand il y avait la PDSA (*permanence de soins ambulatoires*), on faisait la PDSA avec les médecins et on les voyait, maintenant on ne la fait plus. Ils ont remplacé l'infirmière par l'agent d'accueil pour la PDSA et on a perdu ça. Tu vois c'est comme ça qu'on connaissait les généralistes du territoire et du coup c'est plus facile, tu échanges, tu mets un visage. Si tu prends le Dr X, il a des a priori sur le CMS, du coup c'est plus compliqué et ce côté suspicieux et un peu dénigrant, c'est embêtant. Globalement quand tu travailles ensemble c'est plus simple.

E : Globalement les médecins qui sont en libéral, vous arrivez à avoir des contacts et des retours avec eux?

I : Certains oui et d'autres que tu n'arrives pas à avoir. Dr B a arrêté de travailler et on l'a su par les patients. Gros problème avec ce médecin : il a fait une prescription de PROFENID à une de ces patientes qui n'a pas payé ces actes. On lui a envoyé une lettre de relance et elle nie avoir eu l'injection. On a donc appelé le médecin, mais il nie aussi la prescription, donc on a fini par appelé la sécu qui a faxé l'ordonnance. Soit il

travaille sans dossier soit ... Mais les relations là, elles sont un peu détériorées. Il joue quel jeu? Mais il est vrai que c'est plus simple quand on se connaît.

La PDSA créait un lien avec les libéraux. Par exemple : la rétinographie. L'information de l'existence du dépistage des rétinopathies au CMS a été donnée à tous les médecins mais on n'a pas eu une seule prescription de rétin. C'est complètement fou car t'as pas d'ophtalmo en ville, tu ne vas pas leur piquer leurs patients, c'est l'infirmière qui le fait, c'est transparent au niveau des médecins. Pour les Holvers quelques-uns ont envoyés des patients et parfois un médecin se renseigne pour savoir ce que l'on fait comme activités et examens complémentaires et on a quelques ordonnances extérieures mais c'est peu fréquent, les médecins n'envoient pas facilement sur le centre de santé..

Quand tu es libéral tu travailles tout seul dans ton coin et tu ne vois pas l'intérêt de mutualiser les infos. Les réunions, elles ont l'avantage qu'on se voit qu'on se parle, qu'on échange nos expériences.

E : Vous en faites souvent des réunions?

I : Une fois par mois il n'y a que les médecins généralistes, moi j'essaie d'y être parce que je trouve que c'est important d'avoir notre regard à nous. Et puis de temps en temps on a des médecins extérieurs enfin extérieurs, des spécialistes ou des gens autres tu vois, il y a eu la podologue, la diététicienne, en fonction des sujets abordés et c'est toujours les médecins généralistes, le noyau c'est les médecins généralistes et une infirmière.

E : Ça vous permet aussi de vous connaître.

I : On se connaît ici ce n'est pas le souci mais oui ça banalise le rapport entre les gens voilà ce n'est pas compliqué. Les médecins d'ici s'ils ont un problème avec un pansement, une prescription, on leur téléphone, c'est facile.

On essaie de joindre le prescripteur, c'est plus simple mais si on a un ennui et qu'il n'est pas là, on en consulte un autre, ils ont le dossier et ils nous répondent, ça c'est la proximité, c'est facile.

E : Par exemple, les derniers patients qui vous ont été adressés c'était pour quoi? Par exemple aujourd'hui?

I : Je vais te le dire, attends que je retrouve.

Alors j'ai eu deux insulines avec de l'éducation, des vaccins anti grippe, un aérosol, un autre vaccin antigrippe. Un patient insulino-dépendant, il vient voir ses copines, il ne veut pas apprendre, on lui fait ses injections tous les jours.

Un pansement sur une grosse éventration, une fin de complication d'ablation de la thyroïde, il y a eu un abcès, encore un vaccin contre l'hépatite, là c'est une dame pour un traitement par EPO, traitement par ROCEPHINE pour le Dr X. Encore des vaccins, un patient du Dr Y qui a une grosse mycose dans le pli inguinal et il n'arrive pas à se traiter correctement.

E : Avez-vous eu des soucis ce matin?

I : Si, il y avait un souci sur la prescription du Dr X, d'un côté trois mois et de l'autre trois semaines de traitement, à la fois sur l'ordonnance du pharmacien et sur la nôtre. Du coup je l'ai appelé sur son portable en lui demandant qu'elle me rappelle dans la journée et elle m'a rappelé. Voilà, il y a eu un autre souci avec une dame pour un vaccin prescrit par un médecin de ville qu'on n'a pas pris, un vaccin antigrippe sans mention "à faire par IDE". Tu es dans le doute donc les gens râlent parce que c'est jamais la faute du médecin. Tu vois ce patient-là, on a démarré son insuline (*elle montre une ordonnance*).

Voilà les ordonnances en ville! Voilà, tu vois un défaut, on comprend rien, pour nous c'est gravissime. Donc là ça veut dire dextro et une sous cutanée d'insuline tous les jours, même samedi et dimanche par un IDE, le matin pendant un mois. Là c'est son ordonnance de médoc LEVEMIR, il marque 18UI le soir, commencer par 8UI et augmenter on ne sait pas quoi pour arriver à 1g/L. Depuis qu'on l'a pris en charge il est à 0.72g/l de dextro. Donc on lui fait 8UI, on n'a pas augmenté. Il faudrait qu'on appelle le DR V ? Mais voilà particulièrement quelqu'un de compliqué, c'est vraiment le médecin qui doit avoir énormément de patients, il a énormément de maghrébins et ils ne comprennent pas tout ce qu'ils ont.

Entretien E3 (IDE)

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : Quand un médecin généraliste vous adresse un patient, comment ça se passe?

I : Jusqu'ici généralement ce n'est pas le généraliste qui nous appelle mais le patient, nous on a très peu de rapport avec les médecins, c'est plutôt nous qui les contactons pour un renseignement, une ordonnance.

E : Donc ce sont les patients qui vous contactent par téléphone?

I : Oui ou qui viennent ici, qui nous présentent une ordonnance et prennent rdv pour le soir, le lendemain.

E : Donc l'intermédiaire c'est l'ordonnance pas d'appel du médecin, pas de courrier? Et c'est un moyen de communication qui vous semble adapté?

I : Souvent c'est très restrictif, parce que si c'est un patient que l'on ne connaît pas on a rien, pas de renseignement. Idem pour les patients qui sortent de l'hôpital, on a jamais de compte rendu d'hospitalisation ou alors très rarement et en questionnant le patient ce n'est pas facile parce que soit ils ne veulent pas parler soit ils ne savent pas vraiment. On a des renseignements que par petit bout.

E : Et quand un médecin vous adresse un patient est-ce que vous avez tous les renseignements nécessaires pour la prise en charge?

I : Il manque souvent le traitement et ses antécédents. Après il y a les petits soins, on n'a pas besoin de connaître tout cela mais pour certains cas on est obligé d'appeler.

E : Ça vous arrive d'avoir d'autres problèmes comme des ordonnances pas claires ou illisibles?

I : Oui même si avec les ordinateurs il y a beaucoup d'ordonnances qui sont tapées. Mais il y a souvent des manques d'information sur la durée, le domicile, ou la mention "à faire par IDE".

E : Parmi les derniers patients qui vous ont été adressés avez-vous eu des problèmes et lesquels?

I : J'ai eu un patient avec des injections à faire en vue d'une intervention, mais l'intervention est repoussée suite à une grève des anesthésistes et en fait je ne comprends pas bien pourquoi on lui a donné ce traitement, c'est un peu bizarre, c'est l'hôpital qui l'a donné et là justement je regarde son dossier et je me demande si je ne vais pas appeler le médecin. Mais à l'hôpital c'est encore pire pour joindre un médecin. Idem pour un autre patient l'ordonnance n'est pas claire, une injection à faire, que que je ne connais pas, ça fait 2 jours que j'essaie de joindre le médecin, je ne rentre pas dans le détail...

E : Et d'après vous qu'est ce qui fait qu'une communication se passe bien ou au contraire se passe mal? Qu'est-ce qui vous semble important?

I : Pour moi ce qui est important c'est déjà au départ que l'ordonnance soit claire avec tout ce qu'il faut pour qu'on puisse faire l'acte sans problème et peut-être aussi que les patients soient au courant que nous on ne peut rien faire si l'ordonnance est mal faite parce que souvent ils le prennent mal. Ils pensent que l'on ne fait pas d'effort. Nous on se couvre aussi pour ne pas faire de bêtises.

E : Vous êtes rattachée au centre de santé et vous faites du domicile?

I : OUI

E : Avez-vous parfois des adressages de médecins en dehors de ceux du CMS?

I : On a quelques médecins du CMS, diabétologues et quelques généralistes mais on a beaucoup d'extérieurs, beaucoup de gens qui sortent de l'hôpital avec des injections, des pansements, des suites opératoires.

E : Et ça se passe bien?

I : C'est toujours pareil, si l'ordonnance est bien faite oui ! Car à l'hôpital c'est encore pire il faut renvoyer les gens à l'hôpital pour faire modifier l'ordonnance c'est complexe. Pour les pansements, c'est souvent mal rédigé, il nous manque la moitié des infos nécessaires ou inversement des choses complètement inutiles.

E : Et vous les connaissez les médecins libéraux extérieurs?

I : Je n'en connais pas personnellement, pour un patient j'avais souvent des contacts avec le Docteur X qui n'est pas très loin, pour chercher des ordonnances. Mais on a plus ce patient donc je n'ai plus de contact avec le Docteur X mais c'était très limité, toujours entre deux patients, on ne discutait jamais.

Il y a aussi les médecins qu'on rencontre parfois chez les patients mais c'est pareil c'est peu d'échange.

E : Vos contacts sont donc soit téléphoniques soit par un mot laissé au secrétariat du médecin?

I : Oui

E : Est-ce que vous avez l'impression que le fait d'être partenaire d'une structure modifie la communication?

I : Je ne pense pas. Non je ne sais pas peut-être. Ils (les médecins extérieurs au CMS) ont peut-être plus de contacts avec les (IDE) libérales comme nous ici avec les généralistes. Nous, les deux infirmières à domicile, on avait des contacts avec les généralistes parce qu'on était au même étage. Maintenant on ne se voit plus du tout c'est dommage !

E : L'organisation de la structure est aussi importante?

I : OUI mai bon on est aussi à côté du laboratoire, c'est pratique aussi. Mais c'est vrai qu'on a perdu un peu, le soir ils nous arrivaient de parler de certains patients autour d'un café, un moment convivial.

Entretien E4 (MK)

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : Quand vous souhaitez joindre un médecin, au sujet d'une ordonnance par exemple, comment faites-vous? Et quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer?

I : Je n'ai pas eu souvent besoin, mais généralement c'est facile.

E : Comment ça se passe quand un médecin généraliste vous adresse un patient? Par exemple pour vos trois derniers patients, comment ça s'est passé ?

I : On a un peu de tout. Des fois on a l'ordonnance du médecin, il faut faire telle type de rééducation pour telle pathologie dans ces cas-là, c'est très bien. On demande en même temps les examens complémentaires pour savoir exactement ce qu'il y a et tout. Mais on est confronté en ce moment beaucoup à avoir des ordonnances telles que : "rééducation membre inférieur", sans savoir ce qu'il se passe, sans avoir de pathologie ni rien du tout. Je suis d'accord que les kinés doivent avoir leur diagnostic mais quand on a des patients qui arrivent avec leur ordonnance, qu'ils n'ont pas leurs radio, qu'ils ne parlent pas très bien français, et là on doit se débrouiller. Quelques fois par rapport à ça c'est difficile. Et souvent quand j'ai ce type d'ordonnance, j'ai l'impression que le médecin ne sait plus trop quoi faire, il dit au patient allez faire des séances de kiné ça va vous faire du bien, et nous on ne sait pas trop ce qui se passe. Donc voilà, mais en règle générale par rapport aux médecins généralistes de la commune, ça se passe relativement bien par rapport à ça.

E : C'est souvent ce type de prescription, sans autres informations?

I : Ça arrive assez régulièrement, fréquent heureusement que non. J'ai eu une patiente la semaine dernière qui ne parle pas du tout un mot de français, qui le comprend mais ne le parle pas. Elle est venue toute seule, et elle a des séances de rééducation pour ses genoux et je ne savais pas du tout ce qu'elle avait. Après devant une femme d'un certain âge, forte, je me suis doutée que c'était de l'arthrose mais je n'avais rien d'autre et elle ne voulait pas que je la touche. Je lui ai demandé de revenir avec sa fille ou que quelqu'un fasse l'intermédiaire.

E : Cette patiente est-elle repartie?

I : J'ai juste fait un massage car elle avait pris rendez-vous. Et cela m'a permis d'avoir un premier contact avec elle.

C'est vrai que je suis obligée souvent de dire aux patients : "quand vous venez consulter pour vos soins, pour un spécialiste ou pour un kiné, venez avec vos radios, ordonnances". Je ne peux pas deviner, le médecin lui, a tout le dossier sous les yeux, moi je n'ai rien, juste une ordonnance avec marqué "rééducation".

E : Est-ce le support de la communication qui ne vous paraît pas adapté?

I : Non l'ordonnance me convient. Mais si on pouvait me préciser la pathologie si on la connaît: "rééducation d'un membre pour type tendinite, une gonarthrose". On ne peut pas s'adresser aux patients car ils ne savent pas souvent ce qu'ils ont et qu'ils n'arrivent pas à expliquer non plus.

Après on arrive à trouver car "j'ai mal là quand j'appuie etc" mais pour ceux qui ont des problèmes de langue c'est impossible.

E : Avez-vous eu d'autres soucis dernièrement?

I : Oui j'ai eu ça il y a pas très longtemps : c'était le CMS qui m'a adressé une ordonnance pour une rééducation d'un membre inférieur, 1 fois par jour pendant 1 jour, j'ai demandé au patient de retourner voir le médecin car peut-être une erreur de frappe.

E : Donc vous avez ré adressé le patient chez son médecin?

I : OUI parce que moi après je suis coincée au niveau administratif, j'ai bien rigolé mais ça fait perdre du temps un rendez-vous chez le médecin plus un autre rendez-vous chez nous!

E : D'après vous qu'est ce qui fait qu'une relation avec le généraliste se passe bien ou pas, qu'est ce qui peut modifier les relations ?

I : La confiance, si les médecins comprennent nos demandes de complément d'ordonnance ou de prolongation de traitement. A Gennevilliers on n'est pas confronté à des refus. Par contre après j'ai conseillé à certains patients d'aller voir un podologue parce qu'il y avait une mauvaise posture et dans ces cas-là de demander au médecin de prescrire des semelles orthopédiques. J'ai eu des refus mais c'était des orthopédistes.

E : Le fait de connaître le médecin, d'avoir un contact physique, ça change la communication d'après vous?

I : Bien sûr quand on croise le médecin dans la rue, qu'on le reconnaît, c'est souvent l'occasion d'aborder des questions en cours.

Je fais aussi quelques visites à la maison de retraite donc je rencontre quelques médecins, on se croise, on se voit en réunion et là c'est vrai que c'est plus facile.

E : Le fait de travailler en libéral, ça ne vous isole pas?

I : Je n'ai pas l'impression, parce que de bouger, de faire les domiciles, les médecins on les rencontre chez les patients aussi et ça permet de communiquer.

E : Quand vous souhaitez communiquer en retour avec le médecin, vous m'avez dit que vous passiez souvent par l'intermédiaire des patients?

I : Oui souvent par les patients, j'avoue je n'appelle pas beaucoup, il y a la barrière des secrétariats.

E : Quand vous dites que le patient fait l'intermédiaire vous faites un courrier ou la transmission est orale?

I : Ça dépend de la compréhension du patient. Si je vois que ce n'est pas clair pour lui ou elle, je fais un courrier.

E : Vous avez toujours travaillé en libéral, intégrer une structure ne vous intéresse-t-il pas?

I : J'ai toujours travaillé en libéral, parce que je ne supporterais pas d'avoir une hiérarchie. Le libéral c'est sympa, on est son propre patron mais il y a aussi des inconvénients, on est tout seul, il faut gérer ses patients, on ne peut pas s'arrêter comme ça.

Entretien E5 (IDE)

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : Quand un médecin généraliste vous adresse un patient, comment cela se passe-t-il? Pouvez-vous me raconter les 2 ou 3 derniers patients que l'on vous a adressés?

I : Alors souvent ils (*les patients*) nous appellent. Nous ce qu'on fait, on travaille de la façon suivante, on essaie de rester sur les « Agnettes », on a un petit périmètre autour des Agnettes mais pas plus que ça. Donc on sélectionne déjà par l'adresse. Si nous ne sommes pas dans la zone que nous nous sommes définis parce que bien sûr c'est arbitraire, chacun travaille comme il veut, il y a d'autres infirmières sur Gennevilliers, les patients contactent les autres infirmières.

E : Tout se passe par ordonnance principalement?

I : OUI OUI, bien sûr, de toute façon la plupart du temps ce n'est pas des choses bien méchantes et s'il y a un souci on va voir le Dr N. ou les autres médecins peu importe.

E : Vous allez les voir?

I : Oui, oui parce qu'ils sont tous dans le coin déjà, on passe devant chez eux au moins 2 ou 3 fois dans la journée donc on a des habitudes.

E : Vous les appelez aussi?

I : Rarement, c'est plus facile de faire 100 mètres que d'avoir le médecin au téléphone.

E : Quel type de problème vous pouvez avoir par exemple?

I : Parfois c'est sur les patients, des petits éclaircissements sur ce qu'il veut qu'on fasse exactement. Quand on rencontre des choses qui nous paraissent un peu bizarre, sur des tensions par exemple, des choses comme ça.

On a tout de même souvent des problèmes d'ordonnance, soit il faut les faire renouveler et les gens ça leur passe au-dessus de la tête. Et comme on a intérêt à ce que les actes correspondent bien, surtout que la plupart du temps ils sont en ALD, il faut que ça colle quoi. Éventuellement aussi quelques précisions sur les ordonnances parce que souvent sur les pansements, il y a plusieurs types de pansements et qui correspondent à une cotation différente. Un pansement simple c'est un ami 2, dès qu'on a quelque chose de plus important, une détersion c'est un ami 4, et ça il faut le préciser sur l'ordonnance. Pour la sécu, si ce n'est pas marqué, on ne paie pas.

C'est surtout de cette ordre-là, après on discute de manière informelle de l'ensemble des patients qu'on peut avoir.

E : Comme support de la communication, l'ordonnance vous convient?

I : Oui bien sûr après c'est plus ou moins bien rédigé mais bon ça nous donne l'occasion de se rencontrer. Là, il y a un de vos collègues qui m'a fait une ordonnance, voilà ça c'est un bon exemple, "Faire pratiquer par une IDE le portage des médicaments tous les jours".

“Prise de tension”, “pose de bas de contention”, “distribution des médicaments” ne sont pas des actes remboursés par la sécurité sociale, donc l’ALD y en a pas. Bon on peut le faire, ce n’est pas un problème mais non payé et je ne suis pas sûr que le patient aie envie de payer.

“Soins infirmiers” ça suffit, pour l’instant ils ne vont pas aller fouiller plus loin, ceci dit ne nous leurrions pas, vu le contexte économique.

E: Donc c’est plus dans la typologie de la demande que l’information se situe et est la plus importante?

I : Oui tout à fait.

E : Et en général c’est adapté, il ne vous manque pas des informations cruciales?

I : Ça dépend ce qu’on entend par informations cruciales parce que nous en fait, à travers le traitement on arrive à savoir ce qui se passe. S’il y a des choses plus spécifiques c’est vrai qu’on ne peut pas les deviner, d’autant plus que la plupart des gens ne le savent pas forcément ou n’ont pas envie de nous le dire. A l’époque ça arrivait souvent avec les patients qui étaient HIV.

E : D’après vous qu’est ce qui fait que la relation de communication entre le médecin généraliste et l’infirmier se passe bien ou au contraire se passe mal?

I : Déjà c’est une communication interpersonnelle donc le courant il passe ou il ne passe pas. Il y a des abrutis partout, par exemple le Dr F. c’est une tête de con ce mec, il m’a viré une fois de chez un patient et ça je ne l’ai pas digéré. Avec lui les relations sont rompues et s’il y a un problème avec ses ordonnances ce sont les patients qui se débrouillent avec lui, avec évidemment le risque que ce patient ne s’adressent plus à nous c’est un sujet de discussion avec mes collègues. Pour ma part je pense qu’à un moment il faut être rigoureux.

E : Le fait que vous soyez géographiquement défini, cela améliore t’il la communication avec le médecin généraliste?

I : A part ce médecin-là, les autres sont charmants, je n’ai pas à me plaindre

E : Et pour communiquer en retour avec eux?

I : C’est un peu compliqué tout de même parce que comme il y a des filtres au niveau des téléphones, les secrétariats, des fois j’ai beau être l’infirmier elles en ont rien à foutre. Ce n’est pas grave parce que je circule tellement que je passe devant chez eux, il suffit d’aller frapper à leur porte et point final.

Pour moi c’est beaucoup plus simple, mais c’est mon point de vue.

E : Ça vous arrive de communiquer via le patient?

I : Oui bien sûr pour ceux qui sont capables de le faire et qui comprennent. Là aussi on fait un tri dans tout ça. Les gens qui ne sont pas capables, comme Mr P, ce n’est pas la peine. Vous connaissez Mr P, un AVC, ces neurones sont bien atteints, et alcoolique notoire en plus. Ça rentre par une oreille ça sort par l’autre. Donc pour les patients qui ne peuvent pas, on fait pour eux. Pour les médicaments c’est pareil.

Pour les autres, ça les responsabilisent entre guillemets, en leur disant d’aller voir leur médecin. Parce que si on met le doigt dans cet engrenage, on fait tout, il faut quand même qu’ils soient un peu responsabilisés.

E : Vous avez aussi des prescriptions des hôpitaux?

I : Oui et c’est calamiteux, ils sont dans leur monde et ce qui se passe à l’extérieur c’est un grand mystère. C’est du genre vous allez voir l’infirmière, sans ordonnance. Qu’est ce qu’on dit aux gens? Quand c’est des petits trucs je fais mais je dis au patient que pour continuer il me faut impérativement une ordonnance. Et c’est le médecin traitant qui est sollicité car c’est le généraliste qui continue les soins en dehors de l’hôpital.

E : Vous avez déjà essayé de contacter les praticiens hospitaliers ou pas?

I : Ouh ! C’est même pas la peine, c’est jamais le même, on ne sait pas où on est, et puis ils s’en foutent, ils ont d’autres chats à fouetter. Moi ça fait longtemps que je suis sorti de l’hôpital mais je pense qu’ils sont un peu speed, faut faire du rendement et ils ont autre chose à faire que de s’occuper du patient qui n’est plus à l’hôpital. De tout manière c’est bien défini comme ça, après c’est le rôle du médecin traitant.

Oui ça se voit dans la mise en place des prises en charge à 100% par exemple une prise charge pour la personne âgée, qui sort de l’hôpital, le médecin à tout intérêt, dès le départ, à connaître la situation. On assure le soin immédiat, on décante un peu toute la paperasserie et on voit avec le médecin. Oui de tout façon ça va se jouer entre le médecin traitant, l’infirmière, le kiné quand y a besoin et le pharmacien. Il faut qu’on soit tous bien au même diapason parce que de toute façon on bosse ensemble par définition. Faut mettre de l’huile dans les rouages.

E : C’est une décision que vous avez prise dès le début de travailler sur le quartier des Agnettes ou ça c’est fait petit à petit?

I : Oui dès le début. Enfin moi quand je suis arrivé ici il y avait déjà une patientèle, on a repris l’existant mais voilà tous les dossiers jusqu’à ce soir, je ne vais pas chercher du plus.

C'est toujours pareil, car si on va courir à droite et à gauche, on m'appelle, je dis "écoutez je suis désolé mais je ne peux pas", ça c'est ridicule. Il vaut mieux servir les gens qui sont autour, que d'aller chercher des soins au 'village' ou aux 'luth'. Après c'est une stratégie de cabinet et on a aussi la chance d'être dans un secteur où il y a une grosse concentration de gens mais je pense que dans d'autres secteurs c'est pareil. Nos patients qui déménagent et qui changent de quartier c'est pareil on ne les suit pas.

Entretien E6 (MK)

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : Comment ça se passe quand vous recevez un patient adressé par un médecin généraliste? Par exemple pouvez-vous me raconter l'adressage de vos trois derniers patients?

I : Alors en ce moment, à part quelques relations que j'ai qui sont très locales, je ne connais personne et tout le monde est dans son coin et s'ignore complètement et somptueusement.

La plupart des malades qui viennent vers moi, vous avez entendu, ce sont les gens qui m'appellent, je suis saturé. J'ai beaucoup d'ancienneté, j'ai beaucoup de fond de clientèle. La clientèle est très mouvante dans la région, ma popularité était très grande à une époque, je suis toujours là et je n'ai plus de popularité.

E : Vous êtes toujours populaire, j'entends beaucoup parler de vous au cabinet.

I : A bon peut-être, mais par rapport à ce que c'était c'est zéro. Le contact que j'ai, c'est des praticiens du coin, que je connais pour certains qui sont eux aussi saturés, qui essaient de ne pas trop m'emmerder, qui me demande parfois. Mais sinon c'est les gens qui viennent à la pêche, comme ça, est-ce-que vous pouvez vous occuper de mon gamin...

E : Ils viennent avec une ordonnance?

I : Oui. J'essaie de les prendre, j'ai 70 ans, je bosse encore parce que j'aime ça, c'est mon truc, faut que je continue parce que je vais peut-être avoir un successeur.

Au début de ma carrière j'étais avec des gens qui étaient mes aînés, que je respectais et que je connaissais tous. Une fois par an au minimum, j'allais les voir et on discutait de la pluie du beau temps, de la famille mais aussi du boulot, on essayait de se caler. C'était une démarche volontaire, c'était moi qui allait les voir pour essayer d'avoir du relationnel, je trouvais ça très utile. Et puis petit à petit ces gens-là sont partis, des nouveaux sont arrivés, que j'ai cherché à connaître, la démarche a été moins facile et puis maintenant le relationnel il n'y en a pratiquement plus.

C'est peut-être de ma faute aussi, je n'y vais plus, je ne vais voir que mes copains.

Je suis un serviteur pour pouvoir faire des trucs.

Il y a parfois des gens, là par exemple, j'ai eu un appel d'une coordinatrice de santé. C'est un truc nouveau que je ne connaissais pas, mais ça rime à rien il n'y a pas de contact avec la personne. On me demande mes disponibilités, on m'emmerde. On me demande mes horaires, ma pratique éventuellement mon équipement, ils me font chier. Ça fait un relationnel très perturbé. Par contre un malade que j'ai, s'il y a un besoin, c'est évident que je prends contact avec le médecin.

E : Par quel moyen? Et cela vous arrive souvent?

I : Par téléphone et pas souvent

E : Vous avez des soucis pour les contacter?

I : Oui ça m'arrive mais c'est rare.

E : Quel genre de souci?

I : Il est pété de partout qu'est-ce que je dois faire et comment on peut faire parce que je ne m'en sors pas. Ou bien j'ai ça à faire, et ce que vous me demandez ne me paraît pas logique, on pourrait faire ça, qu'est-ce que vous en pensez, est-ce que vous pensez revoir le malade. Ce malade, par exemple qui vient de partir avec ses deux béquilles, il appuie 20 kg sur son pied et petit à petit il faut qu'il appuie progressivement sur un orteil. Là c'est du simple, mais si je vois que ça se dégrade parce qu'il a une suspicion de Syndrome de Loge, il faut que j'appelle c'est évident mais son médecin traitant je ne sais pas qui sait, il m'a été adressé par un hôpital, je ne sais plus lequel.

E : L'ordonnance est-il l'unique support de communication utilisé par les médecins généralistes ?

I : Le départ c'est toujours une ordonnance, par exemple tant de séances de kiné à faire pour la jambe cassée, tant de séance pour l'épaule, le truc, le machin....

E : Et cela vous convient?

I : On ne peut pas faire autrement et si je n'ai pas les infos suffisantes j'appelle.

E : Quelles sont les infos qui vous manquent le plus souvent ?

I : Deux types d'infos, sur la pathologie et sur la personne, sur la pathologie la plus part du temps j'arrive à capter. Sur la personne, je suis un vieux routier.

(il lit une ordonnance) La pathologie est là, après on examine la personne, le médecin ne me dit pas ce que je dois faire, mais je sais qu'il faut que son épaule bouge, on interroge le patient, ça vous fait mal ; un questionnaire simple quoi, après on fait bouger un petit peu et voilà.

(Il lit une deuxième ordonnance) 20 séances de rééducation à domicile, ça je ne le fait pas.

E : Les patients viennent avec leur radio habituellement ou c'est vous qui leur demandez ?

I : Ce n'est pas automatique mais je leur demande.

E : Donc globalement vous avez tout ce qu'il vous faut dans ces prescriptions ?

I : OUI Globalement il y a ce qu'il faut.

E : Il n'y a pas des éléments primordiaux qui sont oubliés ?

I : On peut questionner les gens en direct, des fois on a du mal à questionner, ça dépend des gens. C'est intéressant.

E : D'après vous quels facteurs sont importants pour qu'une relation avec le MG se passe bien ?

I : Ça se passe toujours bien, toujours, toujours. Parce qu'on est dans le simple. Imaginez-vous êtes praticien, j'ai ce dossier là *(il présente un dossier)* : voilà cette patiente qui vient chez moi parce que vous lui avez prescrit de faire une rééducation de l'épaule. Manifestement son épaule est très enflammée et je ne peux pas la bouger. "Pensez-vous que ce soit bien le moment, on pourrait peut-être envisager de voir quelqu'un qui lui fasse une injection d'un truc qui calme pour pouvoir bouger un petit peu plus?"

E : Et ça ce serait bien passé ?

I : Pas de problème, il me dit va te faire foutre, il me dit oui, il me dit non, on est dans le simple. Le relationnel il est comme ça. Alors qu'on me parle de coordinatrice, ça me fait bien rire. Pas besoin d'intermédiaire pour mon relationnel.

E : Quand vous avez besoin d'un renouvellement d'ordonnance vous demandez au patient de revoir son médecin ?

I : Oui par exemple Mme X.

Avant on avait un relationnel qui était très sympathique, très agréable, dans le monde médical on ne se faisait jamais payer, on se faisait des cadeaux, on se faisait des invitations, on était content de se voir, on avait un plaisir à être ensemble pour le boulot et d'autres choses qui se sont perdues.

E : C'est vrai qu'on passe beaucoup par l'hôpital donc on a des rapports un peu distant, la hiérarchie peut être.

I : Mais là aussi la hiérarchie existe, je suis un subalterne, je suis quelqu'un qui fait ce que l'on me demande, si si c'est la réalité. Il faut que je reste à ma place et le supérieur c'est le médecin qui est là et qui exige. Je suis conscient de ça et c'est très bien oui c'est très bien. J'ai le plus beau métier du monde, je suis avec une responsabilité très limitée, ce n'est pas moi qui décide des choses et je vais presque toujours vers la réussite c'est vachement sympa ça.

C'est le plus beau métier du monde la kiné.

Vous connaissez l'histoire du chauffeur de taxi juif égyptien? Là vous voyez, c'est une histoire de merde parce que son toubib me redemande de remuscler son quadriceps. C'est impossible quand je demande l'extension il souffre donc je ne peux pas. J'ai essayé de joindre le Dr P. à Beaujon, mais ce n'est pas évident du tout. J'ai demandé au patient de revoir le Dr P. pour savoir si je pouvais faire une physiothérapie qui soulage un petit peu et puis manifestement il ne veut pas, il veut qu'on muscle.

De ma propre initiative, je vais à l'encontre de l'ordonnance et je fais des trucs qui le soulagent et je vais voir ce que ça donne. Si ça marche c'est bien, si ça ne marche pas, on réétudiera. Mais je suis dans un truc merdeux. Le type est sympathique mais merdeux aussi, donc là le relationnel avec l'hôpital ne m'aide pas beaucoup, pourtant c'est un mec que je connais.

E : C'est à cause de la structure qu'il y a entre vous deux ?

I : Oui mais le gars il veut faire un truc qui n'est pas réaliste et il veut quand même que je le fasse.

E : Vous en avez discuté avec lui ?

Je ne l'ai pas eu en direct, il faudrait peut-être que je le fasse.

E : Et vous ça vous arrive d'adresser des patients vers d'autres praticiens ?

I : Ce n'est pas mon rôle, chacun sa place.

E : Par exemple pour voir un podologue ?

I : Chacun sa place, ce n'est pas mon rôle, ceux qui le font sont dans l'erreur, il ne le faut pas. Dans les vieux souvenirs de ma carrière, j'ai eu un mec, ça m'a marqué. Il vient, son médecin lui avait trouvé une sciatique.

J'étais assistant à l'époque, je regarde le mec, je l'examine et le mec c'était une hanche, une coxarthrose. Donc je lui dis ce n'est pas une sciatique mais une coxarthrose on va s'occuper de ça. Le mec va le dire à son médecin. Le médecin appelle le cabinet et j'ai été dans l'obligation d'aller voir le toubib pour m'excuser d'avoir diagnostiqué à sa place. Il a continué à le soigner pour une sciatique et finalement il a été opéré de sa coxarthrose. Mais je n'ai pas eu raison du tout, ça c'est un truc qui marque ! Il ne faut pas faire des trucs qui ne sont pas de sa place, j'aurais dû dire à mon chef, voilà le cas qu'est ce qu'on fait?

Entretien E7 (MK)

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : Quand un médecin généraliste vous adresse un patient, comment ça se passe?

I : La personne rentre, et on regarde son indication. Dans le cabinet nous sommes trois et nous avons chacun des spécialités, donc on envoie le patient vers celui qui correspond au besoin du patient.

Si tout le monde peut réaliser l'acte, on confie le patient à celui qui a une place le plus tôt.

Nous on est en SCP (société civile professionnelle), je ne sais pas si vous connaissez la différence entre SCP et SCM.

En SCM (société civile de moyen), les gens partagent les moyens de dépenses (loyer, électricité, charges...) mais chacun à sa propre patientèle. Ici en SCP, on partage tout, le patient est attribué à un d'entre nous mais la rémunération se fait au prorata du nombre d'actes. On a 80% de part de l'industrie et 20% de part sociale (sorte de mutuelle si l'un d'entre nous est malade). On a fait ça parce qu'au début il y avait de grande disparité, il y en a moins maintenant dans les AMK (codification des actes).

Les patients peuvent passer d'un kiné à l'autre en cas de nécessité. En ce moment on manque d'effectif donc cela pose problème. Le recrutement est difficile, de par le numérisé et la localisation du cabinet.

E : Donc c'est surtout par ordonnance que vous communiquez avec le médecin généraliste? Et ça se passe bien?

I : Ca dépend des médecins. Quand je suis arrivée, j'ai fait le tour des médecins, je les ai rencontrés, c'était sympa de pouvoir les voir. Maintenant, avec l'habitude, on sait comment travailler et tel... On sait ce qu'on peut demander, pas demander etc. Avec les généralistes pas tellement de soucis. Avec les chirurgiens on a deux ou trois intouchables, vous ne pouvez pas les déranger. Vous les appelez parce que vous ne comprenez pas l'ordonnance, parce qu'il n'y a pas de compte rendu opératoire et généralement ce sont les mauvais qui sont comme ça et je pense qu'ils sont comme ça parce qu'ils ne veulent pas s'expliquer sur une erreur éventuelle. On ne peut jamais les joindre et si on fait un petit mot quand les patients y retournent, il faut passer de la pommade pour attirer l'attention sur le problème, de toute façon généralement ils ne répondent pas.

Les généralistes, quand ils ont vraiment envie qu'on prenne quelqu'un et qu'ils veulent nous dire quelque chose, ils prennent leur téléphone, ils appellent et puis voilà. Certains se déplacent, avec les généralistes pas de problème. Les pédiatres parfois on n'est pas sur la même longueur d'onde.

E : Globalement sur l'ordonnance, avez-vous les informations dont vous avez besoin?

I : Alors on a les chirurgiens qui nous connaissent plus ou moins. Certains ne connaissent pas trop ce qui suit après leur opération, ils nous font quelque chose d'assez global.

On a d'autres chirurgiens qui nous envoient des patients avec des protocoles jusqu'à J+30 ou 45, généralement ça c'est les bons, c'est ceux qui ont beaucoup d'habitudes (les orthopédistes). Sans ça nous on sait ce qu'on a à faire, mais si le médecin veut attirer l'attention sur un point particulier, il nous le précise. Si c'est quelque chose qu'on ne connaît pas, on appelle. On fait aussi beaucoup à la carte, c'est à dire, le patient va venir en ayant mal au dos et si un jour il arrive et il a mal au genou ou autre on va s'occuper de son genou.

E : Vous ne demandez pas une autre ordonnance?

I : Si c'est ponctuel, un petit bobo non. Si c'est quelque chose de plus important, on lui demande de retourner voir le médecin, faire des examens complémentaires.

E : Vous passez par le patient pour redemander une consultation?

I : Oui, si besoin on fait un petit mot en disant voilà il se plaint de tel problème, il y a peut-être une déchirure....

E : Donc ça vous arrive de ré adresser le patient?

I : Oui si ce n'est pas la même indication, si ça ne passe pas, si on pense qu'il y a peut-être autre chose derrière...ou si on se rencontre qu'on a atteint nos limites et que ça ne marche pas, il vaut mieux arrêter. Le médecin doit chercher autre chose.

E : Vous écrivez souvent des courriers ?

I : Si on sent que les gens n'ont pas compris ce qu'il y a à transmettre, on fait, sinon on ne fait pas, souvent par manque de temps.

E : Avez-vous déjà ressenti un manque d'information dans l'ordonnance qui aurait pu influencer votre prise en charge ?

I : Non parce que généralement on pose beaucoup de questions à nos patients, on arrive à bien les situer. Les seules indications qui peuvent manquer c'est auprès des chirurgiens, on n'a pas toutes les données et ça nous agace. Au niveau des généralistes, non, on aimerait des fois que le médecin se penche sur les médicaments de nos patients (liste de médicaments énorme), ce n'est pas notre domaine. J'ai eu une patiente ou je n'arrivais pas à venir à bout de sa tendinite et c'était une tendinite médicamenteuse. J'ai demandé à la patiente de voir avec son médecin là ce n'est pas notre domaine. Certes on a le Vidal mais les gens ont peut-être besoin de tout. Quand on suspecte que le médicament induit un problème on demande aux gens de voir leurs médecins pour éventuellement faire le tri.

E : En général sur l'ordonnance, qu'avez-vous besoin de savoir ? La localisation, la pathologie ?

I : Oui la pathologie et s'il y a quelque chose de particulier qui doit attirer l'attention (par exemple j'ai eu un patient en arrêt de travail qui venait juste pour se muscler, je l'ai incité à arrêter de fumer etc mais j'ai bien senti bien qu'il ne voulait pas reprendre le boulot et j'aurai bien aimé un peu de soutien du médecin).

Voilà, c'est important pour nous que le médecin signale des choses comme ça, sur le contexte du patient. Généralement ils pensent à noter femme enceinte, diabète, obésité, des choses qui peuvent nous empêcher de faire faire une reprise d'activité aux gens. C'est bien si c'est signalé.

E : Quels sont les facteurs qui font que la relation avec les médecins se passent bien ou pas ?

I : Généralement ça se passe bien quand les deux ont le temps, ce qui est rare en même temps, pour vous comme pour nous. Après ça dépend des personnalités, il y a des gens qui n'aiment pas être remis en cause, des gens qui ne veulent pas d'interaction et d'autres qui veulent bien.

Et puis "vous êtes des exécutants, vous exécutez, vous ne pensez pas, vous ne posez pas de questions", y en a certains qui sont comme ça, on fait avec. Et puis d'autres pas de soucis, on appelle, on a la réponse.

Le plus gros souci c'est le temps. Par exemple la femme qui s'occupe du réseau "agekanonix" elle nous envoie toujours pleins de trucs, c'est super sympa, l'idée est bonne mais on n'a pas le temps, on est ouvert de 7 à 20h, on a un délai de 3 mois, dans l'absolu c'est super, on aimerait bien le projet est très bien. On reçoit des invitations mais c'est impossible de libérer du temps.

E : Vous rencontrez vous sur le territoire entre médecins, kiné et autres acteurs de santé ?

I : Non, j'ai des infos par les patients, ou si les médecins viennent se faire soigner chez nous et quand nous on va chez eux. C'est dans une relation soignant/soigné qu'on se côtoie le plus. Quand on fait du domicile aussi.

Après il y a pleins de bonnes idées, en autre de l'ordre des Kiné, mais c'est loin de la réalité du terrain. On manque cruellement de temps, surtout sur les kinés bébé. La provenance des patients s'élargie suite à l'ouverture de consultations le WE. Quelque part ça nous flatte mais on a été vite débordé, la kiné respiratoire est très bouffeur de temps, certains cabinets ne le font pas.

Entretien E8 (MK)

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : Quand un médecin généraliste vous adresse un patient comment ça se passe ?

I : La grande voie générale c'est les patients qui viennent d'eux-mêmes, avec une prescription du médecin expliquant la pathologie et la prise en charge qu'il doit y avoir etc..

De temps en temps on peut avoir des coups de téléphone de médecins, ceux qu'on connaît particulièrement, ceux que j'ai soigné surtout voilà. Et sur Villeneuve ils savent à peu près tous qu'on est débordés, on n'est pas assez de kiné. Ils le savent parce qu'ils ont les retours des patients à qui on dit qu'on n'a pas de place avant 2015 normalement. Moi je réserve des places pour la traumatologie, ma collègue pour la kiné respiratoire qui sont des traitements urgents. La rhumatologie on ne les guérit pas forcément donc ils peuvent attendre un petit peu.

Donc quand ils ont des patients particuliers qui nécessitent un traitement particulier, dans ce cas-là ils nous appellent ou ils disent aux patients d'aller voir tel kiné pour telle chose (plus spécialisée). Après on ne communique pas plus que ça parce qu'on est débordé les uns les autres. Nous on est sensé faire, mais on ne fait pas assez souvent d'ailleurs. Selon les pathologies, on doit envoyer un courrier au médecin, un retour

sur le nombre de séances réalisées (ce qui franchement n'est pas fait suffisamment régulièrement). On a eu de toute façon des retours de certains médecins qui n'en voulaient pas spécialement parce qu'ils ne les lisaient pas ; ils n'y comprenaient pas forcément grand-chose. Nous on appelle les médecins si jamais on a besoin d'une précision sur les pathologies, sur un comportement d'un patient.

Moi ça me concerne plus, par rapport aux orthopédistes, pour les rééducations, s'il y a des choses spécifiques après des opérations. Pour les traitements courants, sur demande des généralistes, c'est moins fréquent.

On communique des fois par patient interposé, je vais vous donner un exemple :

Un médecin qui voit un jeune patient pour un problème de membre inférieur, de cuisse. Il ne sait pas vraiment ce qu'il a donc il demande au patient de voir un kiné : « *il va vous dire directement ce que vous avez, moi je ne peux pas dire si c'est un claquage, ou une déchirure...* ». Voilà ça se fait assez naturellement.

Après à Villeneuve il y a une mise en relation des différents personnels de santé pour les personnes âgées, « Agécanonix », nous on y participe pas franchement parce que on est déjà débordé et on ne veut pas avoir de patientèle supplémentaire.

E: Est-ce que ça vous arrive, de vous adresser à ce réseau?

I : Non assez rarement pour les personnes âgées, on appelle le médecin si on voit qu'un patient âgé se dégrade. Par exemple pour une personne hémiplegique si on constate que son comportement a changé, que son état se dégrade, comme les médecins les voient moins que nous, on leur dit qu'il serait bien de faire un bilan supplémentaire parce que ça va pas.

E : Et ils le prennent bien en général?

I : Dans ces cas-là oui. Après on communique quand même par courrier quand on demande des examens complémentaires. Comme je vois beaucoup de traumatologie, il y a des gens qui ont des fractures et qui peuvent avoir des complications qui s'appellent des algoneurodystrophies. On voit nos patient 2 à 3 fois par semaine et on a l'habitude, on touche les patients, ce que ne font plus beaucoup les médecins et on a besoin d'avoir des examens complémentaires car la prise en charge n'est pas la même. Donc on envoie des courriers et certains médecins ne le prennent pas forcément bien parce qu'on ne reste pas à notre place. Après aussi c'est vrai qu'il faut mettre les formes.

Voilà grosso modo les relations qu'on a en général. Avec le Dr M juste à côté c'est plutôt amical, on se voit tous les jours donc on discute. S'il a des urgences, il appelle. Après c'est délicat car on a toujours un délai d'attente. Quand la relation existe ils vont plus nous appeler.

E : Dans la typologie de la demande, vous êtes plutôt satisfait ou il vous manque des choses?

I : Non ça va. C'est juste que les médecins n'ont pas encore compris que dans les prises en charge kiné, on est sensé, nous professionnels, estimer le nombre de séances. Donc les médecins ne sont pas obligés de le mentionner. Ce n'est pas encore rentré dans les mœurs mais ce n'est pas foncièrement grave, souvent justement, on leur envoie un courrier pour un renouvellement.

E : Un courrier qui est amené par le patient?

I : Oui, le vecteur c'est le patient. C'est fréquent pour la kiné respiratoire, car normalement 4 à 5 séances suffisent. Mais certains enfants, après 3 ou 4 jours, retombent malades donc il faut retourner voir le médecin pour une nouvelle ordonnance avant de venir nous voir, donc ce n'est pas génial.

E : Avez-vous connu des situations où vous vous êtes dit : tient ça j'aurai bien voulu que le médecin me le dise?

I : OUI, c'est déjà arrivé mais dans ces cas-là on prend le téléphone.

Si on voit des choses qu'on ne comprend pas ou pour des protocoles, personnellement j'appelle.

E : Et vous n'avez pas trop de difficulté à joindre vos interlocuteurs?

I : Non pas trop. Généralement quand on dit que c'est le kiné, même pour les centrales téléphoniques, on arrive à joindre le praticien relativement facilement quand-même.

E : Pour vous, quels sont les facteurs qui font que la communication se passe bien?

I : La confiance avec les différents praticiens, mais aussi que chacun reste à sa place.

Après c'est vrai qu'on ne se rencontre pas forcément. Moi ça fait 10 ans que je travaille ici et je connais les médecins plus par rapport à mes patients, ce qu'ils en disent. Je suis né ici, j'ai vécu à Villeneuve, je connais donc beaucoup de monde, c'est un peu différent.

Sinon c'est principalement par les patients mais aussi par leurs prescriptions, par le type de patient qu'ils nous envoient, certains font plus les enfants, d'autres plus les seniors mais on ne se rencontre pas. Donc la communication se fait par les patients, les courriers et appels.

Entretien E9 (MK)

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : Quand un médecin généraliste vous adresse un patient, comment cela se passe t'il en général?

I : Par des ordonnances très souvent évasives du style : rééducation bronchique. Donc on fait le point avec le patient, son historique voir s'il y a réellement un besoin. Ça c'est la majorité des ordonnances. Parfois on a quelques ordonnances un peu plus orientées. Ou alors des ordonnances bien précises mais c'est assez rare.

NB : constat de la double casquette de l'interviewée, qui est aussi ostéopathe. Elle répondra en stipulant pour quelle fonction elle répond (demande de l'enquêtrice).

E : Et ce support et les informations qu'il contient vous conviennent t'ils?

I : Généralement quand c'est bien précis c'est tout à fait adapté.

Il m'est arrivé de contacter le médecin pour lui dire que je ne comprenais pas ce qu'il voulait faire par rapport à mes tests.

E : Quels sont les éléments dont vous avez besoin dans une ordonnance?

I : On est maintenant tellement habitués à se débrouiller. C'est surtout dans le cas des suites opératoires qu'il y a problème. Si le chirurgien a utilisé une technique particulière qui modifie les délais classiques, il est nécessaire qu'il les précise sinon les règles on les connaît, c'est surtout en cas de délai plus long ou plus court.

E : Vous êtes-vous déjà retrouvée dans une situation où vous vous êtes dit que vous auriez aimé avoir plus d'informations du médecin généraliste?

I : Non

E : Dans les antécédents ou la prise de médicaments par exemple?

I : Oui bien sûr, c'est en questionnant le patient que l'on apprend. Par exemple la présence d'un pacemaker n'est pas forcément précisée sur l'ordonnance mais ça nous intéresserait de le savoir pour l'électrothérapie. Ce genre de chose devrait être précisé sur l'ordonnance parce que cela peut entraîner des fautes plus ou moins importantes.

E : Cela vous arrive de communiquer en retour avec le médecin?

I : En kiné pas souvent mais en Ostéo oui pour avoir des examens complémentaires en fonction de mes propres examens et des doutes que je peux avoir. Je demande au médecin.

E : Vous ré adressez le patient au médecin en fonction de votre bilan ostéo? Cela se passe bien? Répondent-ils à votre demande?

I : Hum ! Ça dépend des médecins, il y en a plus ou moins susceptibles sur l'ostéo. Moi ça fait un moment que je suis là mais quelques-uns, sont réfractaires.

Là par exemple j'ai une patiente qui vient depuis très très longtemps, pour de la kiné d'entretien mais quand je suis en créneau d'ostéo je ne fais pas du tout de kiné.

E : Est-ce que cette activité d'ostéo modifie votre relation avec le médecin généraliste?

I : Les médecins le savent que je suis ostéo, et ils en tiennent compte dans leur adressage. Et les patients sont au courant que ce sont des actes non pris en charge.

E : Pour vous, quels sont les facteurs qui font que la relation avec le médecin se passe bien ou pas?

I : ça se passe mal quand je fais un courrier et que l'on me dit que je suis une pauvre ostéo et que je n'y connais rien !!!

E : Ça arrive souvent?

I : C'est arrivé, c'est un peu dommage parce que quand je fais un courrier c'est pour le bien être du patient. C'est arrivé 2 ou 3 fois avec un médecin qui est vraiment particulier, misogynne anti-ostéo, la complète quoi ! Mais en général ils répondent et ça se passe bien.

E : Connaissez-vous les médecins du coin? Y a-t-il des choses organisées?

I : Non et par manque de temps. Je suis de Villeneuve donc c'est quand je vois mon médecin traitant que j'échange sur quelques sujets, un autre parce que je travaille beaucoup avec lui en ostéo, mais c'est dans la rue quand on se croise le plus souvent.

Notre amplitude de travail est très importante et laisse peu de temps.

Entretien E10 (IDE)

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : Quand un médecin généraliste vous adresse un patient, comment cela se passe-t-il en général? Pouvez-vous me parler des deux ou trois derniers patients qu'un médecin généraliste vous a adressés?

I : Par ordonnance tout se passe par ordonnance. Par exemple "faire par IDE à domicile tous les jours de la semaine WE et jours fériés : pansements".

Soit se sont les patients qui nous appellent pour qu'on vienne chez eux et ils ont une ordonnance. Soit se sont les médecins qui nous appellent pour nous dire : voilà j'ai tel patient, il a ça, est ce que tu peux aller le voir tel jour et parfois ils nous demandent conseil.

E : Est-ce que cela vous convient? Recevez-vous toutes les informations nécessaires à votre prise en charge ou est ce qu'il vous manque des informations?

I : Non, en général c'est succinct mais la plus part du temps c'est suffisant. Pour des pansements il n'y a pas besoin de plus. Après ça dépend du contexte.

On aimerait juste que ce soit un petit peu plus précis

E : Vous êtes-vous déjà retrouvée dans une situation où vous auriez souhaité plus d'informations de la part du médecin généraliste?

I : Oui j'ai eu une fois un patient et je ne savais pas qu'il était schizo.

E : Il était schizophrène?

I : Oui, ce patient venait de se faire opérer d'une fracture à la jambe. Je suis allée chez lui pour faire le pansement et quand je suis arrivée chez lui il était en pleine décompensation. Il m'a agressé. J'aurai bien aimé être prévenue de l'état de ce patient.

E : Ce support de communication, l'ordonnance, vous convient-il?

I : Oui oui ça va. On n'a pas besoin de courrier complémentaire, sauf comme je vous l'ai dit tout à l'heure, pour des patients à risques de complications. De plus, il est très difficile d'interroger certains patients, la population ici à Gennevilliers ne parle pas forcément le français et du coup on est embêté. Ils ne savent pas nous dire et nous répondre.

E : Et d'après vous, quels sont les facteurs qui font que la relation avec le médecin généraliste se passent bien ou mal?

I : En général ça se passe plutôt bien, sur Gennevilliers je n'ai pas de soucis particuliers. Avec les médecins de mon cabinet, je les connais, donc pas de problème on s'entend même plutôt bien.

E : Cela vous arrive-t-il de communiquer en retour avec les médecins généralistes?

I : Oui bien sûr, si j'ai besoin d'une précision, je les appelle. S'ils ne sont pas disponibles je laisse un message à la secrétaire et quand je lui dis que je suis une infirmière libérale et que je m'occupe d'un de ses patients, elle me passe le médecin assez rapidement, on discute et puis voilà.

En gros je les appelle. Par exemple ce matin, j'ai une patiente ça fait deux jours que je lui prends sa tension, elle monte à 20, j'ai appelé le médecin. En fait quand je dis aux patients de recontacter leur médecin, ils ne le font pas toujours donc je préfère le faire si je vois qu'au bout de deux jours ce n'est toujours pas fait. Sur place, Je prends mon téléphone et j'appelle le médecin.

J'appelle aussi des fois pour les INR, j'avais dit à la patiente de le faire, elle ne l'a pas fait et il fallait équilibrer son traitement. Ou encore quand je vois qu'un patient ne va pas bien et voilà sur l'urgence j'appelle. Pour un simple renouvellement d'ordonnance par contre je laisse des mots.

E : Connaissez-vous un peu les médecins généralistes de votre coin?

I : Oui je travaille dans un cabinet composé de trois médecins, une pédicure et une autre infirmière. De ce fait il y a pas mal de contacts. Si je dois les solliciter pour un de leur patient je les appelle bien sûr, mais je les vois aussi physiquement, ou je leur laisse un mot dans leur bannette.

Voilà pour ce qui est des autres médecins qui m'adressent des patients, même si je ne les côtoie pas physiquement, on a des contacts réguliers au téléphone, je m'entends bien avec eux. Il n'y a aucun généraliste avec qui ça se passe mal.

On ne se voit pas régulièrement surtout par manque de temps, pour eux comme pour nous. Au cabinet on se réunit plutôt autour de raisons administratives, on ne parle pas trop de nos patients respectifs.

Entretien E11 (MK)

E désigne l'enquêtrice

I désigne l'interviewé(e)

E : D'une manière globale, quand un médecin généraliste vous adresse un patient, comment cela se passe-t-il? Pouvez-vous me raconter les 2 ou 3 derniers patients qui vous ont été adressés?

I : Une personne vient, elle prend rendez-vous. On ne regarde pas forcément la provenance; qui nous a adressé le patient. L'intitulé des ordonnances nous oriente. Après automatiquement, on est obligé de faire un bilan, voir vraiment ce qui ne va pas. Le généraliste nous envoie généralement des cas bien précis : mal de dos, tendinites, kiné respiratoire.

Généralement ça se passe bien. Si je vois qu'au bout de 4 séances ce n'est pas très efficace, j'arrête. Sans consulter le médecin ce qui doit être un tort. On est pris par le temps, tous les ¼ d'heure, ça tourne.

On essaye dès qu'on a 5 minutes de régler les gros soucis.

E : Quels soucis par exemple?

I : Je n'ai pas d'exemple à donner là maintenant.

E : L'ordonnance comme moyen de communication utilisé par le médecin vous convient-il?

I : Pour moi oui. Nous on se débrouille en fait, si l'intitulé de l'ordonnance ne convient pas, de toute façon nos nomenclatures sont fixes.

Auparavant, un patient arrivant avec un problème de pied, mais qui en fait montre que c'est un problème de hanche, on devait faire modifier le libellé de l'ordonnance donc retour au médecin ; Mais maintenant, on a une nomenclature fixe qui nous permet de ne pas renvoyer les gens chez le généraliste.

E : Même si la zone n'est pas la même?

I : Oui on s'adapte et il n'y a pas de soucis.

E : Les informations qu'on vous transmet sont-elles suffisantes ou pas?

I : Non. Par exemple quand je me suis faite agressée, je ne savais pas que la patiente était psychotique. Elle est venue, bien gentille et au fur et à mesure des soins elle est devenue infecte. Si j'avais su qu'il y avait un terrain, je me serais plus méfiée.

Nous on fait un interrogatoire médical auprès de la personne, mais elle n'est pas obligée de nous répondre. On n'a aucune notion des médicaments que prennent nos patients. Nous on pose des questions, est-ce que vous êtes diabétique, etc Toutes ces informations, on ne les a pas. On est obligé de croire le patient, et ça c'est aléatoire, les gens ne disent pas tout et ça on le sait bien. Après si vraiment on a un doute, on appelle le médecin.

E : Vous arrivez à les joindre sans problème?

I : Oui si on fait une lettre, par téléphone c'est plus difficile.

E : Dans ces cas-là, vous donnez la lettre au patient?

I : On envoie directement.

E : Quelle type d'information vous manque-t-il?

I : Tout ce qui nous permet de réorienter une rééducation. Les patients d'eux même viennent sans document, on est obligé de leur demander de nous apporter ce qu'ils ont comme radio ou autre. Après on a notre part à faire. Ce serait bien qu'il y est un petit dossier qu'on puisse consulter. Qu'on ne soit pas obligé de faire un interrogatoire avec un patient qui réponde ce qu'il veut et ou ce qu'il sait.

E : Vous leur demandez leurs antécédents, leurs médicaments?

I : Oui on est obligé, pour savoir s'il y a un problème circulatoire ou cardiaque. Il y a des choses que l'on ne peut pas faire si la personne a par exemple des problèmes circulatoires.

C'est vrai que les médecins en matière de kiné, ils ne s'y connaissent pas du tout, il y a un cloisonnement très important. Même si maintenant au niveau des écoles, ils ont une première année commune, ça ne change pas grand-chose.

Personnellement j'ai même connu une espèce de rivalité, maintenant plus trop. C'était surtout entre rhumato et kiné. Aujourd'hui on est plutôt sur : "on fait des boulots complémentaires" et si on arrivait à un peu plus de connexion entre nous ce serait mieux.

Ce qui existe à l'hôpital, les staffs, ce serait bien de l'avoir au moins une fois par mois en libéral, dans un quartier de vie mais c'est difficile à mettre en place, je pense.

E : Connaissez-vous les médecins généralistes qui vous adressent des patients?

I : Oui ça fait 22 ans que je suis là. Je ne suis pas du genre à taper à leur porte pour faire la causette, je préfère me faire connaître par mon travail, plus par rapport à ça. Pas de rapport de copinage, mais des rapports professionnels.

E : Pour vous, qu'est ce qui fait qu'une relation avec le généraliste se passe bien ou non? Quels sont les facteurs importants dans cette relation?

I : Ça dépend du caractère des gens, c'est rarement professionnel.

Je crois qu'il faut rester humble par rapport à son domaine, ne pas chercher à empiéter sur le domaine des autres et faire son travail correctement.

Je pense que c'est par rapport à ça s'il y a des heurts, des rumeurs etc...

On sait très vite si untel travaille plus pour gagner sa vie, ou si untel a plus une conscience professionnelle parce que ça se voit assez vite en fait.

Moi je ne suis pas tout le temps branchée au téléphone, sauf si vraiment il y a nécessité. Si on pouvait se rencontrer ça permettrait de mettre en relation nos attentes.

E : Les rencontrez-vous physiquement parfois?

Annexe 3 : Questionnaire

Merci d'indiquer votre nom :

Bonjour,

Le pôle de santé de Gennevilliers Villeneuve-la-Garenne, avec le financement de l'ARS, cherche à faciliter et améliorer la qualité des échanges entre l'ensemble des acteurs de santé médico-psychosociaux du territoire.

Dans ce cadre, 3 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 3 questions de recherche. Ce présent questionnaire comprend 15 questions sur votre mode d'exercice et sur la manière dont vous travaillez avec les autres professionnels de santé.

Cette enquête traite la question suivante :

Comment les acteurs sanitaires et sociaux perçoivent-ils les informations qui leur sont transmises lors de l'adressage d'un patient par son médecin généraliste?

Merci de nous accorder 10 minutes pour nous aider à mieux travailler ensemble?

Votre Mode d'exercice

1) Vous êtes?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme
- Femme

2) Quelle est votre profession?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Infirmière
- Kinésithérapeute

3) Quel est votre âge (entre 20 et 90) ?

Veillez écrire votre réponse ici :

4) Dans votre lieu d'exercice principal, vous exercez :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Seul
- Dans un cabinet de groupe uniquement avec des kine/IDE
- Dans un cabinet de groupe avec d'autres professionnels de santé
- Dans une structure (type CMS, planning, PMI etc...)

5) Avez-vous un secrétariat dans votre lieu d'exercice principal?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non
- Secrétariat physique
- Secrétariat à distance

6) Appartenez-vous à un réseau (Scop, Ares...) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Vos relations avec les Médecins Généralistes:

7) Par quel moyen le médecin généraliste vous transmet-il des informations concernant le patient ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Jamais ou presque - Rarement - Souvent -Toujours ou presque

Le médecin m'envoie le patient avec une ordonnance et rien d'autre.

Le médecin m'envoie le patient avec un courrier (avec ou sans prescription).

Le médecin m'adresse un patient par téléphone (avec ou sans prescription).

Le médecin m'adresse le patient par mail (avec ou sans prescription).

Le patient vient par lui-même sans informations transmises par son médecin.

8) Lorsqu'un patient vous est adressé par un médecin généraliste, avez-vous, en général, toutes les informations dont vous avez besoin pour sa prise en charge ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

9) A quelle fréquence vous sont transmises les informations suivantes par le médecin généraliste ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Jamais ou presque Rarement Souvent Toujours ou Presque

Le motif d'adressage (ex: "ulcère du pied").

Les soins à effectuer (ex: "faire un pansement du pied").

Les autres pathologies du patient (ex: "diabète associé").

Les traitements en cours.

L'existence de difficultés psychologiques ou sociales chez le patient (ex: "trouble du comportement").

La présence de contre-indications à certains soins (ex: "prise d'anticoagulant et injection intramusculaire").

La demande d'avis sur la prise en charge.

10) Parmi ces informations, quelles sont celles dont vous avez besoin et qui sont manquantes ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Besoin très faible Besoin modéré Besoin important Besoin très important

Le motif d'adressage (ex: "ulcère du pied").

Les soins à effectuer (ex: "faire le pansement du pied").

Les autres pathologies du patient (ex: "diabète associé").

Les traitements en cours.

L'existence de difficultés psychologiques ou sociales chez le patient (ex: "trouble du comportement").

La présence de contre-indications à certains soins (ex: "prise d'anticoagulant et injection intramusculaire").

Les cas particuliers, traitements inhabituels, spécifiques.

La demande d'avis sur la prise en charge.

11) En général, êtes-vous satisfait de la communication avec les médecins généralistes?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Insatisfait

Peu satisfait

Plutôt satisfait

Très satisfait

12) Lorsque vous avez besoin de contacter un médecin généraliste, cela vous est-il facile?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très difficile
- Plutôt difficile
- Plutôt facile
- Très facile

13) Lors d'entretiens avec des kinésithérapeutes et infirmiers, nous avons mis en évidence certains éléments importants dans la façon de communiquer avec le médecin généraliste.

Parmi les facteurs suivants, lesquels sont nécessaires pour une communication optimale avec les médecins généralistes ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Pas important du tout Peu important Plutôt important Très important

Avoir une confiance mutuelle.

Ressentir de la considération de la part du médecin généraliste.

Avoir défini clairement les rôles de chacun dans la prise en charge du patient.

Etre proche géographiquement.

Connaissance par les médecins généralistes de mes pratiques et actes réalisés (ex : "activité de kinésithérapie respiratoire, visite à domicile").

Connaître les compétences et pratiques des médecins généralistes (ex : "type de patientèle").

S'être déjà rencontré physiquement.

Disponibilité du médecin généraliste pour une prise en charge commune du patient.

Possibilité de contacter le médecin généraliste rapidement pour discuter d'un cas, surtout dans l'urgence.

14) Dans quels espaces rencontrez-vous les médecins généralistes ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Oui Non

Au domicile du patient.

Dans vos cabinets respectifs.

Dans le cadre de relations extra-professionnelles.

Dans le cadre d'une relation de soins personnels (le médecin généraliste qui vous adresse des patients est votre propre médecin traitant ou est votre patient).

Lors de réunions interprofessionnelles (réseau de santé, association, staff...).

Lors de formations (éducation thérapeutique du patient, formation personnelle).

Au quotidien, sur votre lieu de travail (centre de santé, ou cabinet de groupe pluridisciplinaire...).

15) Parmi ces propositions, quels éléments pourraient améliorer la qualité de votre communication avec les médecins généralistes ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Oui Non

Réunions pluridisciplinaires régulières centrées sur le patient.

Accès à l'historique, aux antécédents et aux traitements du patient via un dossier informatique partagé actualisé.

Mise à disposition d'un compte-rendu résumant l'historique du patient.

Mise en place de protocoles de soins spécifiques à certaines pathologies (ex: "instauration d'une insulinothérapie au domicile").

Mise en place de démarches de soins (bilan réalisé par les IDE/kinésithérapeute et réalisation des soins en fonction de leurs appréciations).

Amélioration de la lisibilité et précision des prescriptions médicales.

Mise à disposition de protocoles adaptés aux situations d'urgence (ex: "qui joindre si chute au domicile").

Accès personnel aux résultats des examens complémentaires (ex : "biologie, radiologie").

Rencontre des nouveaux intervenants lors de leur installation sur le territoire.

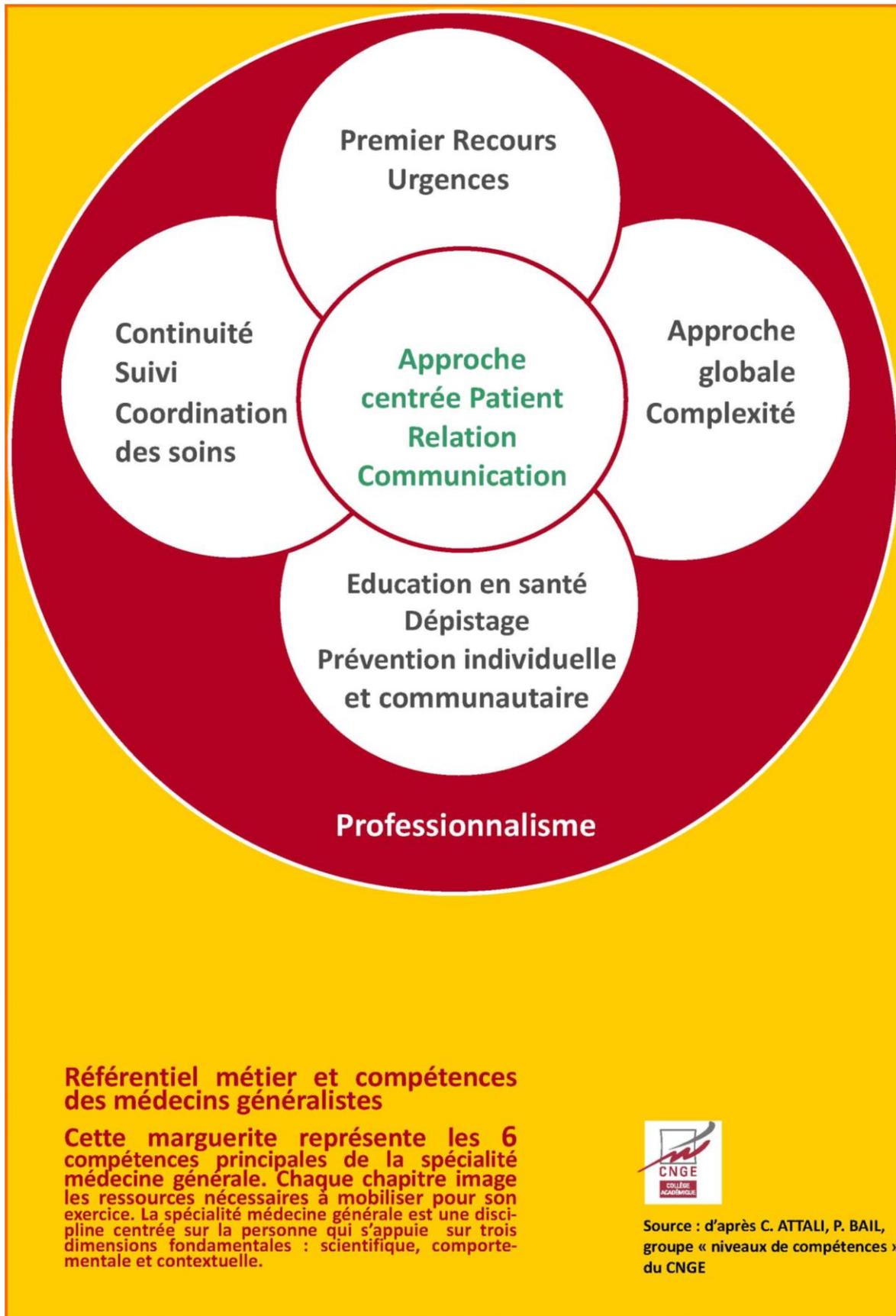
Mise en place d'un réseau informatisé, sécurisé et partagé (échanges autour du patient).

Favoriser la mise en place de structures multidisciplinaires.

Autres propositions :

Merci d'avoir rempli ce questionnaire.

Annexe 4 : Marguerite des compétences



Annexe 5 : Résultats quantitatifs en fonction des caractéristiques secondaires

Tableau 1

	Sexe	Age	Profession	Mode exercice	Mode exercice	Travail en réseau	Existence d'un secrétariat	
	X1 Femmes 82% (28) X2 Hommes 17% (6)	X1 <45 ans 47% (16) X2 >45 ans 53% (18)	X1 IDE 53% (18) X2 KINE 47% (16)	X1 Seul+ mono 50% (17) X2 struc+ Pluri 50% (17)	X1 SEUL 9% (3) X2 struc+lab M+P 91% (31)	X1 OUI 20% (7) X2 NON 80% (27)	X1 OUI 26% (9) X2 NON 74% (25)	
DOMI	GP1 64,3% GP2 83,3% RR 0,7714 IC RR (0,4909;1,2121) P=0,6378/37813256465	GP1 50% GP2 83,3% RR 0,6 IC RR (0,3625;1,0212) P=0,0662968431690568	GP1 94,4% GP2 37,5% RR 2,5185 IC RR (1,3248;4,7881) P=0,00063032996292177	GP1 82,3% GP2 52,9% RR 1,5586 IC RR (0,9442;2,5629) P=0,14107032905252542	GP1 100% GP2 64,5% RR 1,155 IC RR (1,1939;2,0724) P=0,5349264705882238	GP1 100% GP2 59,3% RR 1,6875 IC RR (1,2343;2,3071) P=0,06933561800693377	GP1 11,1% GP2 88% RR 0,1263 IC RR (0,0198;0,8059) P=0,00007340146346495206	P<0,01 tres forte présomption contre l'hypothese nulle
CABI	GP1 32,1% GP2 66,7% RR 0,4821 IC RR (0,2208;1,0527) P=0,1736330325435906	GP1 31,2% GP2 44,4% RR 0,7031 IC RR (0,2883;1,1761) P=0,49662270638872764	GP1 44,4% GP2 31,2% RR 1,4222 IC RR (0,5631;3,4689) P=0,4965227063887328	GP1 36,3% GP2 41,2% RR 0,8571 IC RR (0,3632;2,0226) P=0,9999999999999879	GP1 66,7% GP2 35,5% RR 1,8788 IC RR (0,7414;7,6351) P=0,5437834224598915	GP1 14,3% GP2 44,4% RR 0,3214 IC RR (0,0499;2,0709) P=0,21000272138382778	GP1 44,4% GP2 36% RR 1,2346 IC RR (0,5028;3,031) P=0,704156840934205	0,01<p<0,05 forte présomption contre l'hypothese nulle
EXTRA PRO	GP1 21,4% GP2 16,7% RR 1,2857 IC RR (0,1876;8,811) P=1	GP1 12,5% GP2 27,8% RR 0,45 IC RR (0,1009;2,0071) P=0,4053999393265111	GP1 22,2% GP2 18,7% RR 1,1862 IC RR (0,3113;4,5124) P=1	GP1 17,6% GP2 23,5% RR 0,75 IC RR (0,1969;2,8572) P=0,999999999999779	GP1 33,3% GP2 19,3% RR 1,7222 IC RR (0,298;9,953) P=1	GP1 14,3% GP2 22,2% RR 0,6429 IC RR (0,0917;4,5049) P=1	GP1 22,2% GP2 20% RR 1,1111 IC RR (0,2601;4,7488) P=1	0,05<p<0,1 faible présomption contre l'hypothese nulle
DINS PERS	GP1 21,4% GP2 50% RR 0,6429 IC RR (0,16912;4,441) P=0,608715566315522	GP1 25% GP2 33,3% RR 1,125 IC RR (0,335;3,7776) P=1	GP1 11,1% GP2 22,2% RR 0,2963 IC RR (0,0694;1,2653) P=0,1093875282300917	GP1 29,4% GP2 17,6% RR 1,6667 IC RR (0,4715;8974) P=0,6880184868936652	GP1 33,3% GP2 22,6% RR 1,4762 IC RR (0,2622;8,3099) P=1	GP1 42,9% GP2 18,5% RR 2,3143 IC RR (0,7217;4,212) P=0,3152522410515044	GP1 33,3% GP2 20% RR 1,6667 IC RR (0,49615;59891) P=0,6488473031036576	p>0,1 pas de présomption contre l'hypothese nulle
REUNION	GP1 67,9% GP2 50% RR 1,3571 IC RR (0,586;3,143) P=0,641022704966294	GP1 50% GP2 77,8% RR 0,6429 IC RR (0,3714;1,1128) P=0,15141461627300534	GP1 72,2% GP2 56,2% RR 1,284 IC RR (0,7645;2,1654) P=0,4753917849784671	GP1 64,7% GP2 64,7% RR 1 IC RR (0,6087;1,643) P=1	GP1 100% GP2 61,3% RR 1,6316 IC RR (1,234;2,1583) P=0,29411764705882004	GP1 71,4% GP2 63% RR 1,1345 IC RR (0,6541;1,9676) P=1	GP1 77,8% GP2 60% RR 1,2963 IC RR (0,8072;2,0818) P=0,43862269238318264	NS
FORMATION	GP1 32,1% GP2 16,7% RR 1,9286 IC RR (0,2977;12,4933) P=0,6444578943924621	GP1 31,2% GP2 27,8% RR 1,125 IC RR (0,3973;3,1852) P=1	GP1 33,3% GP2 25% RR 1,3333 IC RR (0,4569;3,8912) P=0,7145919708767069	GP1 36,3% GP2 23,5% RR 1,5 IC RR (0,5136;4,3809) P=0,7079863036388977	GP1 33,3% GP2 29% RR 1,1481 IC RR (0,2114;6,2369) P=1	GP1 57,1% GP2 22,2% RR 2,5714 IC RR (0,9908;6,6738) P=0,16723352744879868	GP1 33,3% GP2 28% RR 1,1905 IC RR (0,3894;3,6396) P=1	
LIEU TAF	GP1 50% GP2 16,7% RR 3 IC RR (0,4826;18,6487) P=0,19600952930469767	GP1 50% GP2 38,9% RR 1,2857 IC RR (0,6012;2,7454) P=0,7302800212796577	GP1 44,4% GP2 43,7% RR 1,0169 IC RR (0,4758;2,1692) P=1	GP1 11,8% GP2 76,5% RR 0,1538 IC RR (0,0408;0,6807) P=0,000361402876274465	GP1 0% GP2 48,4% RR 0 IC RR (0,0;NaN) P=0,23796791443850174	GP1 14,3% GP2 61,8% RR 0,2756 IC RR (0,0433;1,7533) P=0,10389180194274089	GP1 88,9% GP2 28% RR 3,1746 IC RR (1,525;6,202) P=0,00242644332482711	

Tableau 2

	Sexe	Age	Profession	Mode exercice	Mode exercice	Travail en réseau	stence d'un secrétariat	
	X1 Femmes 82% (28) X2 Hommes 17%(6)	X1 <45 ans 47% (16) X2 >45 ans 53% (18)	X1IDE 53% (18) X2 KINE 47%(16)	X1 Seul+ mono 50% (17) X2 struct+ Pluri	X1 SEUL 9% (3) X2 structcab M+P 91 % (31)	X1 OUI 20% (7) X2 NON 80%(27)	X1 OUI 26% (9) X2 NON 74%(25)	
MOTIF	GP1 75% GP2 83.3% RR 0.9 IC RR [0.5932;1.3655] P=1	GP1 81.5% GP2 72.2% RR 1.125 IC RR [0.7765;1.63] P=0.6932618734620856	GP1 72.2% GP2 81.5% RR 0.8889 IC RR [0.6135;1.2879] P=0.6932618734620725	GP1 82.3% GP2 70.6% RR 1.1667 IC RR [0.7998;1.7019] P=0.68801846683656	GP1 66.7% GP2 77.4% RR 0.8611 IC RR [0.3783;1.9599] P=1	GP1 85.7% GP2 74% RR 1.1571 IC RR [0.7946;1.6851] P=0.6576261205260775	GP1 77.7% GP2 76% RR 1.0234 IC RR [0.6772;1.5465] P=1	P<0.01 très forte présomption contre l'hypothese nulle
SOINS	GP1 75% GP2 16.7% RR 4.5 IC RR [0.7424;27.2769] P=0.0136426094353200 87	GP1 56.2% GP2 72.2% RR 0.7788 IC RR [0.4637;1.3081] P=0.4753977849784676	GP1 88.9% GP2 81.2% RR 1.094 IC RR [0.8215;1.4571] P=0.6480938416422719	GP1 47% GP2 82.3% RR 0.5714 IC RR [0.3296;0.9906] P=0.0707291515532542 2	GP1 100% GP2 61.3% RR 1.6316 IC RR [1.2334;2.1683] P=0.2941176470588200 4	GP1 71.4% GP2 62.9% RR 1.1345 IC RR [0.6541;1.9676] P=1	GP1 66.7% GP2 64% RR 1.0417 IC RR [1.0417;1.8011] P=1	0.01<p<0.05 forte présomption contre l'hypothese nulle
PATHO	GP1 82.1% GP2 100% RR 0.8214 IC RR [0.6911;0.9763] P=0.5585000862515179	GP1 81.2% GP2 88.9% RR 0.9141 IC RR [0.6864;1.2173] P=0.6480938416422194	GP1 88.9% GP2 81.2% RR 1.094 IC RR [0.8215;1.4571] P=0.6480938416422719	GP1 88.2% GP2 82.3% RR 1.0714 IC RR [0.8095;1.4181] P=0.9999999999999862	GP1 100% GP2 83.9% RR 1.1923 IC RR [1.0218;1.3913] P=1	GP1 85.7% GP2 85.2% RR 1.0062 IC RR [0.7155;1.4149] P=1	GP1 77.8% GP2 88% RR 0.8838 IC RR [0.6056;1.2899] P=0.5908444022770398	0.05<p<0.1 faible présomption contre l'hypothese nulle
TTT	GP1 64.3% GP2 83.3% RR 0.7714 IC RR [0.4909;1.2122] P=0.6378737813256465 P=1	GP1 68.7% GP2 66.7% RR 1.0313 IC RR [0.648;1.6411] P=1	GP1 83.3% GP2 50% RR 1.6667 IC RR [0.9793;2.8366] P=0.06629568943159056 9	GP1 64.7% GP2 70.6% RR 0.9167 IC RR [0.5751;1.4612] P=0.9999999999999795	GP1 100% GP2 64.5% RR 1.155 IC RR [1.1939;2.0124] P=0.5349264705882238 P=1	GP1 71.4% GP2 66.7% RR 1.0714 IC RR [0.6249;1.837] P=1	GP1 66.7% GP2 68% RR 0.9804 IC RR [0.5744;1.6732] P=1	p>0.1 pas de présomption contre l'hypothese nulle
DIF PSY	GP1 82.1% GP2 83.3% RR 0.9857 IC RR [0.6625;1.4666] P=1	GP1 87.5% GP2 77.8% RR 1.125 IC RR [0.8262;1.5318] P=0.6602285367580104	GP1 77.8% GP2 87.5% RR 0.8889 IC RR [0.6528;1.2103] P=0.6602285367580165	GP1 76.5% GP2 88.2% RR 0.8667 IC RR [0.632;1.1884] P=0.65561836383860895	GP1 66.7% GP2 83.9% RR 0.7949 IC RR [0.3519;1.7956] P=0.999999999999946 P=1	GP1 85.7% GP2 81.5% RR 1.0519 IC RR [0.7399;1.4956] P=1	GP1 88.9% GP2 80% RR 1.1111 IC RR [0.8207;1.5043] P=0.6613884708499707	NS
CI	GP1 85.7% GP2 66.7% RR 1.2857 IC RR [0.7158;2.3094] P=0.5615449132428707	GP1 81.2% GP2 83.3% RR 0.975 IC RR [0.7158;1.3336] P=1	GP1 94.4% GP2 66.7% RR 1.3737 IC RR [0.9692;1.9472] P=0.0782182222671655 2	GP1 70.6% GP2 94.1% RR 0.75 IC RR [0.5397;1.0422] P=0.1748407321266063 4	GP1 100% GP2 80.6% RR 1.124 IC RR [1.0436;1.4734] P=1	GP1 100% GP2 77.8% RR 1.2857 IC RR [1.0509;1.5729] P=0.30577944459678897	GP1 88.9% GP2 80% RR 1.1111 IC RR [0.8207;1.5043] P=0.6613884708499707	
CAS PARTI	GP1 82.1% GP2 66.7% RR 1.2321 IC RR [0.6819;2.2263] P=0.579813875191089	GP1 87.5% GP2 72.2% RR 1.2115 IC RR [0.8613;1.7041] P=0.4053999393265209 6	GP1 88.9% GP2 68.7% RR 1.2929 IC RR [0.8944;1.8691] P=0.21427849125290713	GP1 76.5% GP2 82.3% RR 0.9286 IC RR [0.6587;1.3091] P=1	GP1 100% GP2 77.4% RR 1.2917 IC RR [1.068;1.5621] P=0.5894405802138963 6	GP1 100% GP2 74% RR 1.35 IC RR [1.08;1.6875] P=0.29968979198851495	GP1 77.8% GP2 80% RR 0.9722 IC RR [0.6514;1.4511] P=1	