



HAL
open science

Communication avec les médecins spécialistes : quel ressenti des médecins traitants ?

Hervé Mathieu de Vienne

► **To cite this version:**

Hervé Mathieu de Vienne. Communication avec les médecins spécialistes : quel ressenti des médecins traitants ?. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00967418

HAL Id: dumas-00967418

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00967418>

Submitted on 28 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE
ROUEN

ANNÉE 2014

N°

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

Spécialité médecine générale

PAR

MATHIEU de VIENNE Hervé
NÉ LE 11/09/1985 À ELBEUF (76)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE
13/02/2014

Communication avec les médecins
spécialistes : Quel ressenti des médecins
traitants ?

Président de Jury : Pr. Jean-Loup HERMIL

Directeur de thèse : Dr. Xavier ODOUX

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoît VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE
Ph. LAURET
H. PIGUET
C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN – J. ANDRIEU-GUITRANCOURT –
M. BENOZIO – J. BORDE – Ph. BRASSEUR – R. COLIN –
E. COMOY – J. DALION – DESHAYES – C. FESSARD –
J.P. FILLASTRE – P. FRIGOT – J. GARNIER – J. HEMET –
B. HILLEMAND – G. HUMBERT – J.M. JOUANY – R. LAUMONIER
– Ph. LAURET – M. LE FUR – J.P. LEMERCIER – J.P. LEMOINE –
Mlle MAGARD – MM. B. MAITROT – M. MAISONNET – F. MATRAY
– P. MITROFANOFF – Mme A. M. ORECCHIONI – P. PASQUIS –
H. PIGUET – M. SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS –
J.C. SCHRUB – R. SOYER – B. TARDIF – TESTART –
J.M. THOMINE – C. THUILLEZ – P. TRON – C. WINCKLER –
L.M. WOLF

I – MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (<i>Surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>Surnombre</i>)		CRMPR Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de comm.
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>Surnombre</i>)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine-Interne – Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-Gastro-Entérologie

M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique – Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie – Chirurgie Orthopédique et Traumatolo.
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean-François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato – vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie – obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie – Vénéréologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive

M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Épidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M. Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :

Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN – Hôpital Charles Nicolle
CB – Centre HENRI BECQUEREL
Rouvray

CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME
CHS – Centre Hospitalier Spécialisé du

LISTE DES RESPONSABLES DE
DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES :

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Aux membres du Jury :

Au Pr. Hermil. Merci pour votre encadrement de qualité lors de mes stages, pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse, et pour votre franc parler. Votre pratique clinique reste pour moi un modèle.

Au Pr. Marguet. Merci votre accueil en pédiatrie, votre disponibilité lors de difficultés, et l'intérêt que vous avez porté à mon sujet.

Au Pr. Alain Mercier. Vos conseils et votre accompagnement ont été précieux pour la réalisation de cet ouvrage. J'espère avoir suivi au mieux vos recommandations lors de cet exercice.

À Christiane le Gouic. Merci pour votre accueil chaleureux, votre présence et vos enseignements. Vous m'avez vraiment permis d'appréhender et d'apprécier cette médecine difficile et exigeante qu'est la médecine d'urgence.

À mon directeur de thèse,

Xavier Odoux. Merci de m'avoir accompagné dans cette délicate aventure qu'est la thèse, vous avez toujours été disponible et m'avez soutenu tout au long de cette tâche difficile.

Aux participants des focus group,

Sans quoi rien de tout ça n'aurait été possible. Merci pour votre investissement et votre temps !

À mes proches,

Mon épouse, lumière de ma vie.

Ma fille, puisses-tu marcher jusqu'aux étoiles !

Mon père et ma mère, toujours présents et attentifs.

Au Goupil et à la Hulotte, qui se reconnaîtront, un grand merci pour tout.

Aux rôlistes, aux amis, et à tous ceux qui m'ont aidé à avancer, hélas trop nombreux pour tous les citer !

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Table des matières

Dédicaces.....	10
Serment d'Hippocrate.....	11
I. Introduction.....	15
II. Méthodes.....	16
1.Recrutement.....	16
2.Matériel.....	17
3.Observations effectuées :.....	17
4.Méthodes d'évaluation.....	18
5.Méthodes statistiques, considérations éthiques et autres considérations.....	18
III. Résultats.....	19
1 Recrutement – focus group.....	19
1.1 Le 5 avril 2012.....	19
1.2 Le 11 avril 2012.....	19
1.3 Le 19 avril 2012.....	19
2 Communication générale.....	19
2.1 Contrôle.....	19
2.1.1 Sélection des correspondants.....	19
2.1.2 Volonté de communiquer.....	19
2.1.3 Contrôler la communication entre les confrères ?.....	20
2.1.4 Communication subie : Contrôler ses propres demandes et communications.....	20
2.1.5 Manquement de la cible.....	21
2.2 Délais.....	21
2.2.1 Régulation des rendez-vous urgents.....	21
2.2.2 Conséquences.....	22
2.2.3 Information chronophage.....	22
2.3 Enseignement.....	22
2.3.1 Recommandations.....	22
2.3.1.1 Sous forme de texte.....	22
2.3.1.2 Sous forme d'avis.....	23
2.3.1.3 Sous forme indirecte.....	23
2.3.2 Informations.....	23
2.3.3 Enseignement des compétences.....	23
2.4 Inciter à communiquer.....	24
2.4.1 Induction.....	24
2.4.2 Rémunération.....	24
2.4.3 Contrainte légale ?.....	25
2.5 Précision et sélection de l'information.....	25
2.6 Sécurisation.....	25
2.6.1 Support.....	25
2.6.2 Cryptage.....	26
2.7 Statut.....	26
2.7.1 Respect d'autrui.....	26
2.7.1.1 Reconnaissance.....	26
2.7.1.2 Spécialisation en médecine générale ?.....	27
2.7.2 Connaissance d'autrui.....	27
2.7.2.1 Type d'exercice.....	27
2.7.2.2 Réseau personnel.....	28
3 Structures, libéraux et corps particuliers.....	28
3.1 L'anesthésiste, correspondant secondaire.....	28
3.2 Dermatologues.....	28

3.3 Psychiatres.....	28
3.4 Milieu Libéral/Privé.....	29
3.5 Milieu Hospitalier.....	30
3.5.1 Structures.....	30
3.5.2 (Im)personnel.....	30
3.5.3 Rétention.....	30
3.5.4 Informatisation.....	31
4 Type de communication.....	31
4.1 Carnets de santé.....	31
4.2 Comptes-rendus provisoires.....	32
4.3 Courriers.....	32
4.3.1 Automatisation.....	32
4.3.2 Diffusion du courrier.....	33
4.3.3 Considération.....	33
4.4 Le Dossier Médical Personnel.....	33
4.5 Fax et Téléphones.....	33
4.6 Internet.....	34
4.6.1 Mail.....	34
4.6.2 Web.....	34
4.6.3 Télémedecine.....	34
4.7 Autres.....	34
4.7.1 Communication directe.....	34
4.7.2 Le patient.....	35
4.7.3 L'ordonnance.....	35
IV. Discussion.....	36
1 Résultat principal et implication.....	36
2 Les forces et les faiblesses du travail.....	36
2.1 Introduction.....	36
2.2 Méthode.....	36
2.2.1 Recrutement.....	36
2.2.2 Matériel.....	36
2.2.3 Observations effectuées.....	37
2.3 Résultats.....	37
3 Comparaison à d'autres études.....	37
4 Des changements en cours à accompagner.....	37
4.1 Un terrain favorable aux avancées.....	37
4.1.1 Une population de médecins traitants demandeuse.....	37
4.1.2 Des responsabilités partagées.....	37
4.1.3 Des attentes mutuelles.....	38
4.2 Une communication à encadrer.....	38
4.2.1 Équitable.....	38
4.2.2 Bilatérale.....	38
4.2.3 Indépendante.....	39
4.2.4 Interopérable.....	39
4.2.5 Non chronophage.....	39
4.2.6 Incitative.....	39
4.2.6.1 ... dès la faculté.....	40
4.2.6.2 Financièrement.....	40
4.2.6.3 Légalement... ou presque.....	40
4.2.6.4 Protectrice.....	40
4.2.7 Novatrice.....	41
4.2.7.1 Ouverte.....	41

4.2.7.2 Intégrant la gestion des urgences.....	41
4.2.7.3 Favorisant le partage des examens.....	41
4.2.7.4 Sécurisée.....	41
4.2.7.5 Une informatisation inéluctable.....	41
4.2.7.6 ...une voie d'avenir simple et efficace, indispensable.....	42
Bibliographie.....	43
Annexes.....	44
Annexe 1 : Plan de codage.....	44
Annexe 2 : Texte d'introduction lors des focus group.....	45
Annexe 3 : Support à l'entretien semi-directif.....	46
Résumé :.....	47

I. Introduction

En France comme ailleurs [1] une prise en charge de santé, globale et de qualité passe par une bonne communication entre les différents intervenants, notamment médicaux.

Le rôle du médecin généraliste évolue sans cesse. Il se renforce au centre de la prise en charge des patients, notamment depuis le statut de médecin traitant [2]. Dans ce rôle névralgique, et malgré de nouveaux modes de communication, des difficultés demeurent pour qu'ils partagent au mieux avec les différents professionnels de santé, notamment les médecins spécialistes.

Aucun ouvrage retrouvé ne traite du point de vue des médecins traitants dans leur communication avec leurs confrères spécialistes. Les textes consultés traitent principalement de la communication autour d'une pathologie précise (ex. diabète), d'un référent particulier (centre de soins [3], clinique, spécialité isolée [4], etc.), ou encore du point de vue de spécialistes (étrangers) uniquement [5].

Afin de faire progresser une prise en charge globale, pluridisciplinaire et harmonieuse des patients, il est nécessaire de connaître les attentes, les remarques et les critiques des médecins traitants quant à leur communication avec leurs confrères spécialistes.

II. Méthodes

L'obtention des données s'est faite de façon qualitative via des entretiens collectifs, partiellement directifs : des "focus group". Ils ont réuni des médecins traitants ayant exprimé leur expérience de communication avec des médecins spécialistes.

Cette méthode permet de faire ressortir un maximum de notions : en réalisant des associations d'idées, en rebondissant sur les thèmes abordés par les autres participants et en réagissant aux hypothèses énoncées. Elle permet aussi un débat très autonome, où le président de séance relance, recadre et régule les échanges, sans être vraiment directif ou intrusif.

Par esprit de simplification, aucune distinction (dans le cadre de cette thèse) n'est faite entre « médecins traitants » et « médecins généralistes », ces derniers représentant l'immense majorité des médecins traitants.

De même, et toujours dans le seul et unique but de simplifier la lecture, le terme de médecin spécialiste correspond ici à l'intégralité des médecins, à l'exclusion des médecins spécialistes en médecine générale.

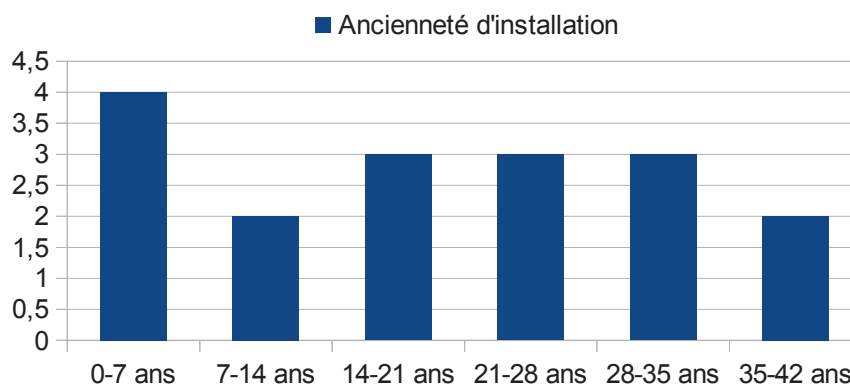
1. Recrutement

Le recrutement s'est effectué par mail. 329 adresses ont été collectées parmi différentes mailing-listes (de formation médicale, de groupes de pairs, de congrès), ainsi que parmi des connaissances (famille, université, maîtres de stage), ciblant majoritairement des médecins généralistes de Haute et Basse Normandie. Quelques demandes supplémentaires ont été effectuées par téléphone sur la région rouennaise en se basant sur les Pages-jaunes.

Un échantillon suffisamment diversifié de médecins (Cf. Tab 1) a été obtenu pour que le maximum de types d'exercices et de personnalités soient présents, et saturant au maximum les réponses possibles.

En tout, vingt-deux médecins généralistes ont accepté de participer. Leurs profils étaient suffisamment diversifiés pour attendre des réponses abordant tous les points pertinents potentiels :

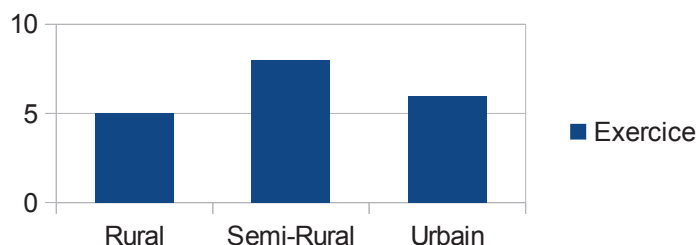
- Au regard de l'ancienneté d'installation (Cf. Tab 1.)



Tab. 1: Ancienneté d'installation des médecins participants

- Au regard du mode d'exercice : 12 médecins travaillaient en groupe, et 8 en solitaire.

- Au regard de la pratique d'une activité annexe : 9 pratiquaient une activité annexe à la médecine générale (maître de stage, travail dans un service hospitalier, en milieu carcéral, en maison de retraite, en soins palliatifs ou encore en PMI).
- Ainsi qu'en regard du milieu d'installation déclaré : rural, semi-rural ou urbain (Cf. Tab 2).



Tab. 2: Milieu d'installation

Les médecins ayant accepté de participer ont pu choisir une date parmi quatre proposées. La date la moins demandée a été annulée (22 mars 2012).

2. Matériel

Les conversations audio étaient enregistrées à l'aide d'un enregistreur numérique et de deux micros haute définition OLYMPUS. Ce matériel a été prêté par le Département Universitaire de Médecine Générale (D.U.M.G.) de la faculté.

La retranscription a été effectuée par mes soins à l'aide d'un ordinateur personnel grâce au logiciel "Express Scribe Pro", d'écouteurs et d'un clavier Natural Keyboard 4000.

À l'exception du logiciel de retranscription, tous les logiciels utilisés sont open-source, notamment Ubuntu (système d'exploitation), Libre-Office (suite bureautique), VLC (lecteur multimédia), et Thunderbird (client mail).

3. Observations effectuées :

Le lieu des réunions a été choisi en fonction de la disposition géographique et des possibilités matérielles. Les réunions des jeudis 5 et 19 avril 2012 ont eu lieu dans des locaux gracieusement mis à disposition par la faculté, grâce au concours du D.U.M.G. Celle du mercredi 11 avril 2012 a dû être réalisée à mon domicile, les locaux de la faculté n'ayant pu être ouverts tardivement ce soir-là. Chaque réunion s'est déroulée dans la soirée et en semaine.

Le déroulement de chaque réunion était stéréotypé :

- introduction du sujet par le président de séance (M. ODOUX pour les 11 et 19 avril, moi-même pour le 5 avril).
- réalisation d'un tour de table afin de présenter les participants (nom, durée d'installation, travail en groupe ou non, exercice de médecine générale seul ou diversifié, type d'exercice).
- discussion semi-libérée entre les participants, guidée par le président de séance.
- enregistrement dans un tableur en temps réel du timing d'intervention ainsi que des informations non-verbales, afin de faciliter le travail de la retranscription et d'extraire des données numériques concernant les temps de parole.

– chaque réunion a bénéficié d'une pause centrale.

Le mode d'exercice en fonction du type de patientèle majoritaire ("rural", "semi-rural" ou "urbain") a été défini par les participants, après proposition des définitions (arbitraires) suivantes :

- "Rural" : patientèle de campagne, avec peu ou pas de population vivant/travaillant en ville.
- "Urbain" : patientèle vivant ou travaillant principalement en ville.
- "Semi-rural" : population intermédiaire.

4. Méthodes d'évaluation

Les notions issues des verbatim ont été codées dans un tableur OpenDocument via LibreOffice avec 1 notion par ligne et 4 colonnes : codage, définition, citations, références. Des colonnes "catégories", "sous-catégories" et "typages" ont ensuite été réalisées (Cf. Annexe 1) pour aider le classement semi-automatique.

Chaque notion a ensuite été scindée, au besoin, en 4 groupes : "Notion" "Problème" "Hypothèse" "Avancée" et mis en valeur par des codes de couleur. Ce codage facultatif a permis de guider la rédaction des résultats.

Au bout des trois focus group, la redondance des notions a permis de conclure à la saturation des idées. Un complément n'a pas semblé utile.

5. Méthodes statistiques, considérations éthiques et autres considérations

L'étude est entièrement qualitative. Seules quelques données concernant les participants ont fait l'objet d'une mesure et d'une analyse statistique à minima afin de refléter la diversité des groupes présents. Aucune mesure numérique ne doit donc être considérée ici comme statistiquement significative.

Afin de favoriser la liberté de parole, les intervenants et les personnes citées ont été anonymisés, ne laissant ici que les initiales ou des mentions entre crochets. Seule exception, les interventions du directeur de thèse, Xavier Odoux, sont restées nominatives.

Enfin, chaque participant était informé au moment du recrutement de l'existence d'un enregistrement audio des réunions.

III. Résultats

1 Recrutement – focus group

1.1 Le 5 avril 2012

Cinq médecins ont participé. Le focus group a duré 1h40, la moyenne des interventions était de 22 secondes. Les intervenants ont eu une participation totale variable (de 10 minutes à 26 minutes). Les interventions étaient courtes : la médiane de temps d'intervention était de 9 secondes.

1.2 Le 11 avril 2012

Seuls quatre médecins ont participé (2 désistements de dernière minute ont eu lieu). Il a duré 1h56. Les intervenants ont eu une participation totale similaire (de 13 minutes à 33 minutes). La moyenne d'intervention était de 22 secondes. La médiane de temps d'intervention était plus conséquente : 14 secondes.

1.3 Le 19 avril 2012

Onze médecins ont participé. Le focus group a duré 1h56. 2 participants sont arrivés 30 minutes en retard, et un troisième a dû partir en milieu de séance. Les participations totales allaient de 3 à 15 minutes (en excluant les participants n'ayant pas été présents tout au long du focus group). La moyenne d'intervention était de 22 secondes. La médiane était de 10 secondes.

2 Communication générale

2.1 Contrôle

2.1.1 Sélection des correspondants

Les médecins tendent à sélectionner leurs correspondants, et ce, principalement en fonction de la qualité de leur communication selon :

- les retours : « *c'est personne-dépendant, [...] les gens qui [ne] m'écrivent pas, je les évite* » (A.).
- la pertinence : « *j'ai fini par adresser aux correspondants qui prenaient la peine, manifestement, de lire mon courrier puisque manifestement ils [y] répondaient* » (J.T.).
- l'accessibilité : « *Dans le privé, tu sais à qui tu adresses* » (M.S.).
- le suivi : « *avec un courrier [...] on est très communicant. Et le patient est revu quelque temps après parce qu'il y avait des compléments d'exams, et là parfois, grand désert [...] après il y a la rupture de communication, on en a tellement ras-le-bol qu'on ne communique plus avec lui et puis d'ailleurs on change le créneau* » (P.G.).
- le retour du patient : « *Je sais qu'on re-sélectionne d'une certaine façon, on envoie plutôt dans les services où on sait que la personne va être bien accueillie, et nous aussi, que notre demande va être cohérente* » (J.S.).

Tous ces éléments conditionnent l'évolution du réseau de relations personnelles que le médecin traitant confectionne au long de son exercice.

Cependant malgré ces préférences, le patient reste le décideur final avec ses propres critères « *bah non je préfère aller là parce que c'est plus près, il n'y a pas les ponts à traverser...* » (J.B.).

2.1.2 Volonté de communiquer

Cette caractéristique semble capitale pour des échanges : « *au-delà de la structure c'est vraiment la volonté de communiquer d'un interlocuteur qui fait que ça se passe bien ou pas.* » (E.L.) Les correspondants semblent en effet se rendre plus ou moins accessibles volontairement : « *ce sont les mêmes quand on ne reçoit pas les courriers et qu'on n'arrive pas à [les] avoir au téléphone* » (J.T.).

Certains suggèrent que cette volonté de communiquer peut être liée au besoin de se protéger par la sur- ou la sous-communication : « *je vais éviter d'évoquer les choses, on [ne] sait jamais ça pourrait se retourner contre moi* » (G.D.), « *le labo il se décharge, il envoie un jour où on n'est pas là* » (N.B.).

Devant le risque médico-légal, certains en viennent à bloquer partiellement leurs modes de communication « *pour le côté médico-légal [...] nous ne travaillons [pas] le jeudi, nous avons fermé notre fax* » (J.T.).

2.1.3 Contrôler la communication entre les confrères ?

Lorsqu'un patient traverse un groupe de spécialités, par exemple dans le cadre d'une intervention chirurgicale, les informations se partagent difficilement, s'arrêtant parfois au premier intervenant, sans suite. « *finalement, ben l'anesthésiste n'a pas accès à mon courrier* » (G.B.), générant une frustration de certains médecins traitants « *Mais on [ne] peut pas non plus tout surveiller de ce que eux font ! Il faut aussi de temps en temps qu'ils communiquent ne serait-ce qu'entre eux, pas seulement avec nous !* » (C.).

Se pose alors la question du rôle du médecin traitant dans la communication entre médecins spécialistes « *C'est peut-être à nous aussi, de devancer un peu les choses* » (J.S.).

2.1.4 Communication subie : Contrôler ses propres demandes et communications

Le contrôle de sa propre communication est vu comme une contrainte tant légale « *on a le devoir de vérifier nos systèmes de communication* » (F.B.) que déontologique « *Il faut savoir ce qu'il [ne] faut pas dire et [ne] pas penser tout haut* » (F.H.).

La communication d'actes réalisés par des tiers peut poser problème, notamment dans le cadre du R.O.S.P. (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) « *on va m'évaluer sur des objectifs réalisés par les autres et qui ne remplissent pas leurs obligations* » (A.).

Certains médecins se demandent également la place des examens récupérés mais prescrits ou communiqués par autrui : fortuitement « *on reçoit des résultats [...] qu'est-ce qu'on doit en faire ? Est-ce qu'on doit alerter le patient ?* » (J.T.) ou non « *j'ai eu [...] des spécialistes me demander si je pouvais contacter moi-même le patient pour leur dire qu'effectivement ils avaient un cancer.[...] Les autres, c'était : "débrouille-toi, ça va pas, gère"* » (V.).

Générant parfois des doublons « *certaines patientes vont avoir une redondance d'examens* » (B.).

Le médecin traitant doit, dans le cadre du parcours de soins, rédiger un courrier pour adresser un patient. C'est parfois une contrainte, notamment lorsque l'accès au spécialiste est déjà décidé (aval d'un suivi déjà en cours, demande du patient d'une consultation dermatologique pour un suivi de nævi, etc.) « *effectivement, là je trouve que le parcours de soins c'est stupide* » (Y.).

Cette obligation a cependant permis de prendre connaissance de suivis par des spécialistes, jusqu'alors inconnus « *Le parcours de soins, moi ça m'a permis de découvrir que j'avais un certain nombre de patients qui étaient suivis par certains spécialistes, notamment les psys* » (J.V.).

Le message vers, ou depuis, le spécialiste peut être parasité par l'influence de tiers sur le patient. Cela rend nécessaire un ajustement : « *il faut aussi adapter la communication au récepteur en fonction des parasites (qui sont le patient, la famille du patient, qui sont le système hospitalier privé, public, etc.)* » (F.B.).

2.1.5 Manquement de la cible

Une des difficultés mises en avant est d'atteindre le bon destinataire, tant pour la disponibilité « *transmission d'infos qui n'a pas été faite correctement parce que les destinataires n'étaient pas joignables dans l'immédiat* » (J.S.) que pour l'homonymie « *le gros problème que j'ai à l'hôpital, notamment, c'est les homonymes, c'est-à-dire que mes courriers partent régulièrement au Havre* » (E.H.).

Certains correspondants ne renvoient pas leur réponse au demandeur : « *les labos [...] enregistrent systématiquement les différentes correspondances pour un patient donné, et même si c'est pas ce médecin-là qui a envoyé le patient, ou qui est nommé comme correspondant, ils envoient systématiquement le résultat anapath* » (E.H.).

De façon similaire, la cible peut-être mal renseignée : « *je n'avais pas été destinataire du résultat [...] parce que lorsque la patiente va passer la mammographie, elle désigne les médecins qu'elle souhaite voir destinataires du résultat et que si elle ne désigne pas, ben on ne l'a pas.* » (J.B.), le problème restant le même : ça n'est pas la personne la plus pertinente qui bénéficie de l'information.

2.2 Délais

Les délais de communications sont légalement contraints, en milieu libéral où il doit être « raisonnable » [6] ; et en milieu hospitalier, de huit jours maximum après l'hospitalisation, sous peine de dégrader cet indicateur de performance auprès de la H.A.S. [7].

2.2.1 Régulation des rendez-vous urgents

À part pour certaines spécialités « *les ORL. Ils arrivent à nous prendre toutes nos urgences sans aucun problème dans un délai de moins d'une semaine. Pourquoi est-ce que les autres spécialistes n'y arrivent pas ?* » (V.), les délais de rendez-vous sont très variables, avec des conséquences pour le médecin traitant :

- souvent obligé d'appeler pour obtenir un rendez-vous en urgence « *je suis effaré par ce système actuel qui nous oblige à téléphoner pour prendre des rendez-vous* » (B.).
- sans forcément être adapté uniquement au problème de santé : « *c'est plus l'urgence de la situation, c'est l'exaspération du patient qui décide de ce que tu appelles ou pas* » (E.L.).

Et des contraintes pour le patient :

- financières « *une aspiration de genou, quelqu'un sous AVK, j'ai téléphoné au rhumato qui m'a dit "oui oui, écoute, je dis à ma secrétaire que c'est d'accord", il lui a collé un rendez-vous en privé à 80€, quoi...* » (J.T.).
- géographique « *l'ostéosarcome que tu as envoyé à [Paris] parce que sur [Ailleurs] l'IRM était à 1 mois et demi deux mois* » (N.B.).

Il est globalement souhaité un nouveau mode de régulation pour la gestion de ces rendez-vous urgents ou semi-urgents : *« il faudrait peut-être, comme les mails, trouver des nouveaux moyens »* (Y.) ce que propose un autre participant : *« on [ne] pourrait pas imaginer un moyen de communication qui soit une espèce de boîte aux lettres de régulation, tu vois, “voilà l’histoire clinique de mon patient, j’ai besoin d’un avis rhumato”, je vais sur une boîte aux lettres, et puis il y a un régulateur rhumato – ils sont de garde, ils se démerdent »* (E.L.).

Cette demande est confirmée par plusieurs participants *« l’avenir c’est la boîte aux lettres pour réguler les rendez-vous des spécialistes »* (N.B.) tout en posant cependant la question financière *« ça pose aussi le problème de budgétisation parce que c’est gentil mais, qui paiera quoi ? »* (P.G.).

2.2.2 Conséquences

Malgré les contraintes légales *« le code de la santé publique oblige le chef de service à informer le médecin traitant dans les deux jours suivant l’hospitalisation : où est son patient, et quel est l’interlocuteur hospitalier »* (A.) [6][7], les médecins interrogés rapportent des retards dans les retours d’informations, tant en milieu libéral qu’hospitalier.

Des délais importants de communication induisant des risques pour le patient *« ça m’est déjà arrivé d’avoir des retards de communication qui ont causé un préjudice [il a] rethrombosé immédiatement un pontage, parce qu’il est logiquement ressorti sous Plavix/aspirine, et que en fait ce type il faut le laisser sous AVK, or il y a quelqu’un qui a shunté l’information en cours de route »* (J.V.).

2.2.3 Information chronophage

Une autre plainte est celle du temps *« on téléphone, on a un premier barrage, une première secrétaire qui dit “que”, et on passe je ne sais combien de temps à tourner »* (C.) *« Il faut avoir du temps »* (E.H.) et de l’énergie nécessaire à la récupération des informations *« j’ai appelé 3 fois les secrétaires pour avoir un compte-rendu par fax ! »* (Y.).

2.3 Enseignement

L’enseignement est une forme importante de communication (plus ou moins directe) entre le médecin spécialiste et le médecin généraliste. Elle est quasi-exclusivement à destination du médecin généraliste, très rarement vers le médecin spécialiste.

2.3.1 Recommandations

2.3.1.1 Sous forme de texte

En particulier, les recommandations sont un type de communication majoritairement issues des médecins spécialistes à destination des médecins traitants. Elles sont issues de plusieurs groupes : la H.A.S. *« qui sont majoritairement faits sur des données de spécialités »* (A.), les collèges de spécialistes (ex. Collège national des gynécologues et obstétriciens français) ou encore les recommandations (avis) directes d’un médecin spécialiste à un confrère.

Elles sont issues d’un groupe restreint de médecins, *« les consensus, malheureusement, ils viennent d’en haut, mais ils ne viennent pas de l’ensemble de la communauté médicale. »* (G.D.).

Quant aux avis, certains doutent de l'absence totale de conflit d'intérêt « *ils le mettent systématiquement sous Triatec, ou un ara2 quelconque, parce qu'il y a le laboratoire qui est passé la veille* » (J.S.), voire de leur pertinence : « *le dépistage systématique de la prostate chez l'homme est une stupidité, [...] le risque qu'on prend est sans doute supérieur au bénéfice* » (F.B.).

Les recommandations ne sont pas perçues comme appliquées de façon uniforme, notamment par les personnes qui les émettent « *Les conférences de consensus sont faites par des spécialistes qui communiquent ce qu'il faut faire, aux médecins généralistes, mais qu'eux-mêmes ne respectent pas* » (A.), par exemple le frottis cervico-vaginal, recommandé tous les 3 ans par la H.A.S., mais parfois réalisé trop souvent « *En France on en fait beaucoup plus [...] que ce qui nécessiterait pour que toutes les femmes se surveillent correctement. Sauf que ce sont les femmes qui sont les moins à risque, qui sont le mieux surveillées, et trop surveillées puisqu'elles ont leur frottis parfois en région parisienne tous les 6 mois* » (A.).

Cela est difficilement accepté par les médecins traitants interrogés : « *en gros [...] c'est "fait ce que je dis, fait pas ce que je fais"* » (A.), voire considéré comme un abus « *[elles] sont pour une bonne part [...] à l'usage exclusif des généralistes, comme un outil de pouvoir [sur eux]* » (F.B.).

Sans pour autant se poser en victime : « *la majorité des P.S.A. étaient prescrites par des généralistes qui ne faisaient même pas la démarche d'aller demander à leur collègue urologue pourquoi est-ce qu'ils allaient demander ça ?* » (A.).

2.3.1.2 Sous forme d'avis

Les avis motivés des spécialistes sont appréciés : « *ça serait bien qu'on nous dise "ben voilà j'ai arrêté l'I.E.C. parce qu'il toussait et je l'ai remplacé par telle molécule" OK, on comprend* » (Y.) tout comme les avis non contraints « *j'apprécie qu'on me donne des conseils de classe* » (G.B.) ou les projets de soins « *des courriers plus explicites qui te disent "bon s'il se passe ça il faudrait prévoir autre chose", bon t'as un petit peu un projet de soin et là j'ai l'impression qu'on est dans la communication* » (J.T.).

À contrario, les avis "imposés" sont très mal perçus « *ce qui me choque, c'est ceux qui changent systématiquement [les traitements]* » (J.S.).

2.3.1.3 Sous forme indirecte

Certaines recommandations sont formulées de façon indirecte, non directement à destination des médecins traitants, mais par exemple à destination des patients. Celles-ci sont majoritairement mal perçues par les médecins interrogés, et souvent associées avec des informations non justifiées ou non adaptées au grand public :

« *Tu vois cette espèce de communication indirecte, directement dans un souci d'éducation des masses, de vulgarisation du savoir, en fait, il est toujours très orienté, très découpé, et il nuit à notre travail. À mon sens.* » (M.D.) « *il disait que si votre enfant a une bronchiolite : il a moins de 8 mois, appelez tout de suite votre pédiatre. Dans l'heure ils sont tous morts !* » (E.L.).

Avec encore la crainte de parti-pris « *c'est à tel point vrai et efficace que les laboratoires n'ont de cesse que de se voir confier l'éducation thérapeutique des patients, cette espèce de lobbying auprès du patient* » (E.L.).

2.3.2 Informations

Le délicat équilibre entre information et condescendance reste à trouver :

Certains médecins reprochant une suspicion d'omniscience « *ça, ça me paraît vraiment un défaut [qu'il] m'écrive c'est la maladie de Nina Ricci [...] sans préciser ce dont il s'agit, comme si je devais obligatoirement connaître toute cette maladie* » (F.B.).

Voire appréciant l'information « *dans le cas de maladies rares [...] je pense que ça serait vraiment très intéressant qu'ils nous rappellent quelques données simples* » (C.).

Alors que d'autres reprochent le côté méprisant de certaines informations « *j'avais le copié-collé [...] des recommandations je peux aussi regarder sur les recommandations qu'il y a dans Reco Vidal, c'est à peu près ça aussi, donc sous-entendu, effectivement "vous y connaissez rien"* » (J.V.), en ressentant un mépris du correspondant : « *si on se retrouve là, toute façon c'est qu'on doit pas être très bon, donc autant nous apprendre la médecine* » (Y.).

2.3.3 Enseignement des compétences

Certains avancent alors la capacité et la nécessité des médecins généralistes à proposer des bonnes pratiques, parfois en opposition avec les recommandations des spécialistes : « *à partir de là on va pouvoir communiquer en tant que généraliste, et redire sur la place publique : "attention, ce que nous disons nous, médecins généralistes, c'est fondé aussi sur des études sérieuses."* » (F.B.).

Possibilité partiellement grevée par un passé à sens unique des transmissions du savoir « *quand ils ont créé le département de médecine générale, il y a un des patrons qui lui a sorti qu'il ne voyait pas comment des ânes pouvaient enseigner à des ânes !* » (J.V.).

Devant ce manque de considération, des avancées sont tout de même notées : « *qu'il y a quand même une évolution dans les ECN [...] la médecine générale est prise de plus en plus tôt avec des gens qui sont avant centième* » (G.B.).

Mais demeure des difficultés : « *Mais comment changer les mentalités ?* » (Y.).

Avec des pistes notables : « *c'est peut-être aussi qu'on n'ait pas eu assez de liens avec eux pendant dix ans, on aurait pu les accompagner et du coup, la séparation entre Becquerel et l'extérieur serait peut-être moins brutale* » (G.B.).

Une piste évoquée est celle de l'enseignement de la communication, à fortiori avec les confrères hospitaliers : « *les internes passent assez vite chez nous aussi, dans le 2e ou 3e stage, après ils retournent à l'hôpital, c'est peut-être un moyen [de leur dire] d'insister sur les choses qui nous paraissent importantes pour nous.* » (E.H.).

2.4 Inciter à communiquer

La communication spontanée peut être insuffisante, d'où la recherche, par toutes les parties en présence (médecin traitant, médecin spécialiste, gouvernement...) d'incitations. Plusieurs moyens ont été abordés :

2.4.1 Induction

Lorsque la communication "aller" ne se passe pas correctement, le retour peut être de mauvaise qualité, voire absent, sciemment ou non : « *j'avais appelé l'hémato avant, ça ne s'est pas très bien passé, et [...] j'ai fait un courrier un peu rapide [...] je n'ai pas eu la*

réponse, forcément à la question que j'ai posée, elle n'avait pas le dernier bilan, elle n'avait pas le dossier, la dame était évidemment incapable de s'exprimer, donc ça a été une catastrophe sur tout le long. Mais ça n'a pas entraîné de choses délétères pour la patiente. » (C.).

Les médecins interrogés semblent avoir conscience de l'importance de la qualité de leurs propres demandes lorsqu'ils attendent un retour de qualité : *« quand on veut une bonne communication, il faut d'abord qu'on donne une bonne information, donc il faut déjà qu'on communique » (G.D.), ce point est particulièrement souligné par certains « Si au contraire tu fais l'effort d'avoir une lettre structurée qui tienne la route, là il comprendra qu'on attend de lui une réponse là aussi adaptée, coordonnée et bien gérée » (J.S.).*

Un autre point notable est l'incertitude de cette induction : *« je m'applique vachement dans les courriers, peut-être que ça joue. » (G.B.).*

Ce sentiment se retrouve majoré lorsqu'ils sont confrontés à des retours non adaptés à leur demande : *« Alors qu'est-ce que je fais ? Je lui renvoie en lui disant "t'as pas répondu à ma question, est-ce que je pourrais vraiment avoir une réponse ?" » (Y.) « finalement il ne répond pas à ta question parce que tu as le sentiment qu'il refait la synthèse du dossier à chaque fois » (E.L.).*

2.4.2 Rémunération

Lorsque le médecin traitant écrit à destination du médecin spécialiste, le courrier permet au patient d'être quasi-intégralement remboursé (sauf dans le cadre d'une ALD où le remboursement total est automatique). Il permet également au médecin correspondant de bénéficier d'une meilleure rémunération, sous réserve d'un courrier retour. Cette rémunération est une cotation de consultation doublée « 2C » lors de l'adressage initial avec courrier ou simplement majorée « MCS » lors des consultations de suivi ultérieurs.

Cela fait craindre à des participants que certains n'abusent du système en conditionnant leurs consultations *« je le reverrais volontiers dans 6 mois muni d'un courrier de votre part » (E.L.)* ou leur réponse *« Tu penses que tu les as pas eus parce que c'était pas rémunéré ? » (P.G.)* à la présence d'un courrier : *« pourquoi tu ferais des courriers à "CS + majoration de coordination", ça doit être 3€ alors que tu peux en faire à "2C" ! » (E.L.).*

Cette rémunération du correspondant induit un sentiment d'iniquité : *« on est les seuls à pas être rémunérés pour la coordination » (E.L.).*

2.4.3 Contrainte légale ?

Ces avantages financiers ont cependant un revers : une obligation légale de retour : *« Mais depuis que les dermatos sont obligés de faire une réponse, on a un peu plus de réponses. » (J.V.).*

En leur absence, ils peuvent être contraints de rembourser la sécurité sociale des majorations de coordination. Un intervenant a craint que le courrier ne serve alors qu'à se mettre à l'abri : *« il faut qu'on fasse un mot uniquement pour que le patient soit bien remboursé et que le médecin spécialiste [ne] soit pas emmerdé par la SECU » (A.).*

2.5 Précision et sélection de l'information

Les informations communiquées sont généralement filtrées en fonction du destinataire *« Je pense que tel spécialiste n'a pas besoin de savoir les mêmes données que tel autre spécialiste » (F.B.).*

Par exemple « *“cette personne est discrètement dépressive”, il va forcément être influencé dans son jugement, tu vois* » (A.).

Se pose alors la question des attentes du correspondant « *qu’est-ce que les spécialistes attendent de notre courrier ?* » (J.S.). Des médecins ont proposé des éléments de réponse : « *ils veulent qu’on se lance et qu’on donne des hypothèses diagnostiques* » (G.B.) ou en citant un médecin spécialiste : « *posez-nous des questions, on est là pour ça, allez-y, ne faites pas du descriptif. Faites vraiment : prenez votre rôle de médecin à part entière, et on traitera d’égal à égal et non pas d’interne à externe* » (J.S.).

Cette envie semble réciproque : « *Il [un confrère spécialiste] me pose la question pour savoir comment il doit fonctionner avec ses généralistes* » (G.B.).

Des participants espèrent notamment une meilleure précision sur les modifications des traitements en cours : « *On n’a pas l’explication sur les arrêts des traitements* » (V.) sans oublier qu’« *il y a des médicaments qui passent à la trappe comme ça, hein, tout bêtement* » (J.B.).

Ce qui fait remarquer l’importance de la remise en question : « *Quelque part il faut toujours mettre en doute le diagnostic, et la prescription parce que c’est nous les responsables de la recopier pour nos propres patients* ».

2.6 Sécurisation

2.6.1 Support

La sécurisation (principalement informatique) a fait comparer la sécurité des autres supports :

– le courrier « *les mails n’étaient pas codés, et donc il voulait que je lui envoie un courrier papier [...] le patient va être au courant de ce que je mets. Après la secrétaire va le prendre pour regarder aussi, et puis, ensuite le transmettre au spécialiste. Donc finalement la sécurisation...* » (C.).

– « *le fax, il n’y a rien de moins confidentiel* » (A.), « *tu dois avoir un fax dans une pièce sécurisée.* » (Xavier).

– « *le téléphone tu peux jamais vérifier l’identité de ton interlocuteur* » (A.).

– oral : « *quand on voit comment le secret médical est respecté dans tous les milieux hospitaliers, cliniques, où tout le monde parle des patients à la cafétéria, franchement ça fait doucement marrer...* » (A.).

Il existe une résistance importante aux sécurisations informatiques, notamment le mail, à cause des contraintes :

– techniques « *[le mail non crypté] marche très, très bien, alors bien sûr c’est pas très sécurisé parce qu’on travaille en manuel.* » (P.G.).

– légales « *Apicrypt ne va plus être reconnu comme sécurisé puisque l’A.R.S. et toute la clique a monté un nouveau système de transport d’information codée pour le développement du D.M.P.... [...] elle a comme défaut de, par rapport au règlement, de pouvoir être utilisée sans la carte CPS.* » (Xavier).

– sociales : « *est-ce que c’est quand même pas un frein à l’échange d’information simple, directe...* » (J.S.) « *sans Apicrypt au CHU, je peux envoyer un mot à n’importe quel professeur haut-gradé !* » (C.).

Enfin, avant de sécuriser une communication, celle-ci doit être fiable et interopérable. Ce point est souligné par l’expérience personnelle d’une absence d’interopérabilité : « *il y a [...] une incompatibilité entre le fax du service d’ORL et le mien* » (J.B.) ou des craintes d’absence de standards : « *des logiciels qui [ne] communiquent pas entre eux et ça, il n’y*

a pas de directives. Est-ce qu'il faut des directives ou est-ce qu'il faut laisser les choses se débrouiller seules ? » (Xavier).

2.6.2 Cryptage

Le cryptage des communications médicales doit, selon la H.A.S., passer par une authentification CPS obligatoire, ce qui mène au contrôle des communications et à l'« après » : *« C'est qu'on aura tous des CPS la prochaine norme c'est l'identification rétinienne ? Et de fil en aiguille... ».* (E.L.).

Apicrypt est actuellement le système de cryptage de communication médical le plus utilisé [8]. Il permet l'intégration immédiate dans les dossiers d'informations : *« Apicrypt tu n'as pas de problème [...], pas besoin de le scanner, tu l'intègres directement dans le dossier du patient »* (J.B.), la simplification des démarches est saluée : *« c'est magique, tu cliques ça se range »* (M.D.).

Le coût financier est assez modeste (69€ par an pour un médecin en cabinet médical seul en 2013) et des incitations existent dans certaines régions : il est *« généreusement pris en charge la première année par l'U.R.M.L. »* (C.), même si ces promotions ne semblent pas avoir la visibilité escomptée : *« [je n'ai] pas tellement vu, vraiment l'U.R.M.L. promouvoir la messagerie sécurisée »* (J.B.).

D'autres critiques ciblaient l'intérêt immédiat *« je n'ai toujours pas [reçu] de courrier Apicrypté, puisque finalement la liste des gens Apicryptés... [est faible] »* (C.).

2.7 Statut

2.7.1 Respect d'autrui

2.7.1.1 Reconnaissance

Le respect mutuel est perçu comme facilitant la communication. Ce respect tantôt construit *« la confiance ça se mérite sur plusieurs années, et ce n'est pas du jour au lendemain qu'on peut avoir un correspondant »* (M.S.), mais également forcé : *« quand ils ont en face d'eux des gens qui ont tendance à élever le ton, [...] on inverse la situation et on n'est plus regardé comme le petit médecin généraliste »* (P.G.).

Certains pensent que forcer ce respect est incontournable : *« Donc non je pense qu'il faut montrer qu'on est sur le terrain, il faut montrer qu'on existe, et après on se fait respecter, j'ai l'impression, même si on est parfois mal vus, hein ? »* (G.D.).

Son manque, confinant au mépris, peut, *a contrario*, induire des blocages : *« mais je l'ai pas fait. [...] parce qu'elle m'a agacé »* (J.B.).

2.7.1.2 Spécialisation en médecine générale ?

L'arrêté du 22 septembre 2004 [9] (pour les nouveaux médecins) et le décret du 19 mars 2004 [10] (pour ceux souhaitant en faire la demande) ont fixé de nouvelles règles.

Les médecins généralistes sont désormais considérés, malgré quelques contestations [11], comme des médecins spécialistes à part entière.

Cette considération légale est précieuse pour certains : *« je me considère comme médecin spécialiste en médecine générale, ça me paraît important »* (G.D.). Un autre souligne les risques de dénigrer ce statut : *« là où les uns et les autres ne considèrent pas la médecine générale comme une spécialité égalitaire, ça explique en partie les difficultés relationnelles et les difficultés de communication »* (F.B.).

Pour autant le lien entre le statut de spécialiste et le respect accordé n'est pas mis en valeur dans la suite des débats, même si une évolution est notée :

– de façon générale : « *globalement je trouve que c'est positif, quoi, qu'on est quand même respecté* » (G.B.).

– dans des cas particuliers : « *depuis qu'il est avec elle il s'aperçoit qu'en fait généraliste c'est un métier qui est difficile, les généralistes sont remontés dans son estime* » (Y.)

– ou encore légalement : « *un généraliste de l'Eure a obtenu la condamnation d'une pédiatre, connue, parisienne, qui avait dit à une émission de France Inter que les médecins généralistes étaient incapables de soigner les enfants. En toutes lettres.* » (Xavier).

Cette dernière remarque souligne la vision qu'ont certains spécialistes de la médecine générale. Des hypothèses sur son origine ont été évoquées : institutionnelle « *bien formatés au CHU, on leur a bien appris que les généralistes sont des ploucs* » (J.S.), ou réactionnelle « *[les courriers] parfois le niveau c'était pas très haut, quand même, c'était "bon pour ceci cela", ça m'a quand même attristé beaucoup sur l'image de la médecine de ville...* » (Xavier).

2.7.2 Connaissance d'autrui.

2.7.2.1 Type d'exercice

Les conditions d'exercices des médecins généralistes sont parfois méconnues d'autres médecins, cela pouvant induire des situations délicates : « *"mais qui est votre médecin, pour vous avoir laissé comme ça ?" Et heureusement, elle a dit, "ça fait depuis des mois qu'il veut m'hospitaliser, j'ai toujours refusé"* » (F.H.).

Les médecins interrogés mettent en avant la nécessaire connaissance de leur travail par leur correspondant : « *Il faut leur apprendre un petit peu la manière, le contexte dans lequel on exerce au quotidien, et ça je crois que c'est important : quand ils vont savoir la difficulté, ils vont mieux nous comprendre* » (G.D.).

Mais ils se questionnent sur l'intérêt porté par leurs pairs : « *j'aimerais qu'à la soirée Quoi de Neuf en Médecine Générale, il y ait une bonne quantité de spécialistes qui progressivement viennent un peu apprendre la façon dont nous réfléchissons, dont nous raisonnons, et sur nos expertises en particulier.* » (F.B.).

Et évoquent de prendre l'initiative : « *c'est aussi à nous de montrer qu'on est un petit peu indispensable auprès d'eux, qu'on a besoin aussi de leur montrer qu'on sait gérer les problèmes qui peuvent leur échapper [et] à nous de nous mettre en avant, de prendre notre téléphone et de dire "là tu te fiches du monde".* » (G.D.).

2.7.2.2 Réseau personnel

Il n'est évidemment pas possible de connaître tous les correspondants médicaux, même dans une région limitée. Des réseaux personnels restreints se forment au cours de la carrière, facilitant l'accès aux confrères : « *Tiens notre copain René [nom], quand j'ai un problème de coronaire quelque part, j'appelle mon René qui me le règle dans la seconde !* » (M.D.).

Cet avantage est souligné plusieurs fois « *c'est essentiel cette tendance à la personnalisation* » (J.S.) « *être un visage derrière une voix, ça facilite énormément la communication* » (E.L.) « *la meilleure communication, [ce] sont nos réseaux personnels* » (M.D.).

D'autres soulignent « *L'importance de connaître les secrétaires* » (J.V.), intermédiaires difficilement contournables.

Situation rendue complexe par la fonte de ces réseaux : « *Donc ! Tu deviendras orphelin comme moi !* » (P.G.) avec notamment les départs à la retraite, mais aussi pour les jeunes installés : « *Je pense que c'est plus difficile pour un jeune qui s'installe, surtout s'il n'est pas dans un groupe* » (G.D.).

3 Structures, libéraux et corps particuliers

Le contact avec les différents corps de spécialistes varie. Certains cristallisants plus de réactions chez les participants.

3.1 L'anesthésiste, correspondant secondaire

La communication est le plus souvent indirecte : il récupère les informations retranscrites ou transmises par le chirurgien.

L'anesthésiste n'a pas forcément accès au courrier du médecin traitant : « *Je pense que c'est quelqu'un effectivement qui nécessite plus d'informations que le chirurgien pour lequel... d'où l'intérêt de centrer le courrier sur le problème réel et à la personne à laquelle il est destiné* » (J.S).

Certains pallient à l'occasion : « *j'essaye de faire une lettre à l'anesthésiste avec tous ces éléments-là* » (J.S.).

Alors que d'autres regrettent l'absence de communication retour : « *j'ai pas du tout été au courant et j'ai rien [de l'anesthésiste]* » (Y.).

3.2 Dermatologues

La dermatologie a également été cible de remarques : « *Oui enfin les dermatos ils n'écrivent pas non plus* » (C.).

3.3 Psychiatres

Malgré des recommandations émises par le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie [12] « *recommandations sur ce que devrait contenir [...] le courrier du patient* » (A.) et les contraintes légales ([Cf. 2.4.3. Contraintes légales](#)), la communication avec les psychiatres (principalement libéraux) cristallise des remarques de manques de communication [4] :

Des manques de courriers « *je trouve que les psychiatres ne répondent pas, effectivement, n'envoient pas de courrier* » (C.), d'information « *on ne sait jamais ce qu'ils prennent, les patients* » (Y.), ou de communication plus généralement « *moi j'ai toujours pas de courrier de la part des psy !* » (Y.) « *savoir si ça progresse, c'est ça dont on aurait besoin* » (G.B.).

Sans parler du mail. « *Je pense que le mail, ils ne connaissent pas* » (A.), ou plus généralement du manque perçu de directives : « *pas d'objectif de traitement, pas d'objectif de prise en charge conjointe* » (A.).

Une participante souligne plus leur communication orale « *j'ai toujours eu des réponses avec des appels de retours, pour des problèmes particuliers, pointus, des choses un peu urgentes* » (C.). Mais est souligné le revers du manque de traces : « *Imagine que tu es, que tu sois remplacé, toi tu es au courant que le psychiatre que le psy t'as dit "que"* » (G.D.).

Différentes hypothèses sont avancées pour expliquer ce manque ressenti, toutes tournant autour du poids du diagnostic dans cette profession ou des difficultés médico-légales : « *la psychiatrie c'est encore un peu tabou, quand sur un compte-rendu on met R.G.O., cancer du côlon, ça, ça passe, c'est normal, par contre, mettre sur un compte-rendu "schizophrénie" "trouble de la personnalité", c'est quelque chose qui est tout de suite un petit peu repoussant* » (J.V.).

« *C'est lié au fait que les limites du diagnostic sont incertaines !* » (J.S.), « *Peut-être aussi que ça colle [au patient]* » (Y.). Est ainsi mis en avant « *les psychiatres ont peur d'enfermer les gens dans des mots* » (J.V.).

Mais un intervenant met surtout en avant « *j'ai plutôt l'impression que c'est même médico-légal, qu'ils font exprès de téléphoner pour ne pas avoir à écrire* » (A.).

Une autre remarque notable concerne la difficulté de communiquer avec des psychiatres... à cause de leur rareté en libéral : « *envoyer chez un psychiatre, bon j'envoie plus puisque je n'ai plus d'adresse* » (J.S.).

La scission entre psychiatrie libérale et celle des structures de soins a été mise en valeur lors des focus group : « *l'U.N.A.C.O.R., ça se passe plutôt bien, et donc j'ai un courrier de l'interne* » (C.) « *Moi j'ai des courriers [...] avec le C.A.M.S.P. à Rouen [...] et ils répondent à chaque fois* » (G.B.) « *les seuls comptes-rendus de psychiatres qu'on a c'est les sorties d'hospitalisation* » (Y.).

3.4 Milieu Libéral/Privé

Les médecins spécialistes exerçant en libéral ou dans le privé ont été mis en avant comme plus accessibles.

Un médecin pense en effet qu'« *ils sont en dépendance et que la communication c'est une qualité* » (J.T.) eu égard à l'alimentation de leur patientèle.

Par ailleurs ces médecins jouissent d'une plus grande liberté et semblent plus utiliser les moyens de communication alternatifs au courrier « *comme le mail et H.P.R.I.M. pour nous transférer des compte-rendus* » (B.).

Deux griefs sont néanmoins mis en avant par des intervenants :

– le manque de permanence de soins dans certaines structures « *nos lits sont vides, [...] le chirurgien est déjà parti, il [ne] va pas revenir* » (N.B.), contrairement aux hôpitaux « *ils ne peuvent pas ne pas recevoir* » (N.B.).

– le « shunt » de certains patients lors d'adressages inter-libéraux « *quand un libéral envoie vers un autre libéral. C'est là que ça pose des problèmes parce que le deuxième oublie complètement qu'on est tout de même à l'initiative de la demande* » (J.S.) ou encore lorsque certains spécialistes « *s'accaparent* » le patient initialement adressé pour un avis de « *néphrologues[...] on revient sur les spécialistes qui accaparent le patient* » (J.V.).

On retrouve toutefois ce dernier point dans le milieu hospitalier ([Cf. 3.5.3. Rétention](#)).

3.5 Milieu Hospitalier

3.5.1 Structures

Les intervenants les ont perçues comme floues, impersonnelles.

Concernant l'organisation, des efforts notables existent « *c'est pour ça que j'utilise beaucoup plus internet [...] il suffit de cliquer [...] on a tout de suite les noms des médecins, les numéros de téléphone, les mails, et ça permet d'avoir accès* » (J.S.). Mais également dans le cadre de réseaux de soins « *la maltraitance, nous on a une coordinatrice à l'hôpital, au CHU, donc du coup on est invité, on communique beaucoup et on est connu, reconnu* » (M.R.).

Des remarques persistent tout de même sur l'opacité et la complexité des structures : « *Quand on n'est plus à l'hôpital depuis longtemps, on découvre qu'il existe telle ou telle structure pour la prise en charge* » (Xavier) « *je reçois régulièrement des informations sur telle ou telle structure [...] mais [...] le jour où j'en ai besoin, j'ai complètement oublié que ça existait* » (Y.) « *En fait ils n'envoient vraiment qu'en local alors que le CHU ça draine quand même toute la région* » (Y.).

« *C'est une histoire de personnes, ça explique sûrement que les petites structures [...] soient plus réactives* » (E.L.).

3.5.2 (Im)personnel

Plusieurs outils existent pour joindre les spécialistes d'une structure, notamment les mails « *au CHU ils ont tous leur adresse mail* » (P.G.), « *à l'hôpital, il y a un effort qui a été plus ou moins fait avec les portables quand on veut joindre un médecin pour un avis spécialisé* » (E.H.), ce qui est perçu comme des avancées « *je trouve que ça s'est quand même amélioré par rapport à ce que c'était avant où on avait pas du tout...* » (E.H.).

Outre ces modes de communication directs, la communication avec les hôpitaux se confronte parfois à leur taille « *pour le CHU – c'est beaucoup plus difficile* » (E.L.) « *l'information dans le service n'a jamais dépassé le barrage de la personne que j'ai eue au téléphone* » (V.), soulignant l'aspect chronophage « *quand je dois appeler dans l'hôpital, je fais appeler la secrétaire* ». (J.T.). Le côté impersonnel est également très présent : « *Au CHU on a l'interne, on ne sait pas qui c'est, il change tous les 6 mois* » (Y.).

3.5.3 Rétention

Il arrive également que le milieu hospitalier fasse de la rétention d'informations « *[ces examens] "ah non non non ça appartient à l'hôpital..." ça n'est pas vrai !* » (N.B.) « *en plus ils confisquent les examens faits précédemment* » (E.L.) « *à distance on ne peut pas comparer puisque c'est gardé à l'hôpital* » (E.L.). Même sur des informations normalement destinées au médecin traitant : « *des fois c'est irrécupérable ! [...] Tu peux jamais dépasser le stade de la secrétaire* » (E.L.).

Ou encore de la rétention de patients « *[je n'ai] reçu aucun compte-rendu, je n'ai même pas l'histologie alors qu'elle a déjà été opérée. Parce que je pense que l'hôpital, la dermato, le mélanome, ça n'intéresse pas le médecin généraliste. À la limite ils n'ont pas besoin de moi, c'est peut-être un peu dommage.* » (Y.) « *Les circuits effectivement, où on finit par être éjecté, pour moi c'est un problème également* » (J.V.).

Ou enfin de courriers, abordant le problème des délais de communications dans certains services « *les courriers qu'on a au bout de 3 semaines d'hospitalisation, c'est tellement habituel* » (F.B.), « *où c'est eux [un service de l'hôpital] qui détiennent les records, avec 3 mois de retard sur les comptes-rendus* » (G.B.). Rendant difficile la période entre la sortie du service et la réception du compte-rendu « *il y a tout un temps compliqué à gérer entre le moment où le patient rentre chez lui et le moment où on sait à peu près, où on comprend ce qui s'est passé* » (E.L.).

Certaines activités ou structures s'organisent pour obtenir des délais très courts. Notamment les consultations semblent moins souffrir de retards « *pour ce qui est des consultations, on reçoit les courriers, quand même très rapidement, dans les 3 jours qui suivent, même à l'hôpital au CHU on a quand même les courriers assez rapidement* » (E.L.), ou les petites structures « *[dans un petit hôpital], quand on veut avoir un interlocuteur, [...] on l'a. Les patients sont hospitalisés, ils sortent avec un compte-rendu* » (E.H.).

Une intervenante suggère que le manque de personnel participe à ce phénomène : « *je pense que c'est des problèmes de personnel à l'hôpital.* » (Y.).

3.5.4 Informatisation

L'informatisation de l'ensemble de la profession médicale semble inéluctable à moyen-long terme tant pour des raisons techniques que par volonté gouvernementale [13].

Mais l'abord de l'informatisation pose d'autant plus de problèmes que la structure est grande « *le CHU est une trop grosse machine, et au niveau informatique ils ont du mal à tout mettre ensemble* » (Y.).

D'autres structures, plus modestes, réussissent avec des avancées positives pour le médecin traitant : « *j'ai reçu il y a de ça 15 jours des codes justement du centre d'oncologie de Pontoise qui m'a donné les codes pour avoir accès au dossier du patient par internet* » (J.S.).

Ou encore avec l'intégration du courrier du médecin traitant dans le système informatique lui-même, donc accessible à tous les intervenants « *À Elbeuf [il est inclus], oui* » (J.V.).

4 Type de communication

Il existe de nombreux supports de communication entre le médecin traitant et les médecins spécialistes. Certains sont plus courants (courrier, téléphone), d'autres plus controversés (ordonnances, Dossier Médical Partagé, etc.).

4.1 Carnets de santé

Le carnet de santé n'est pas utilisé pour demander un avis ou un examen complémentaire, mais il permet de transmettre de façon efficace l'information des consultations entre les différents intervenants « *comme les gamins bougent, il est indispensable ce carnet de santé* » (G.B.).

Il comporte toutefois de nombreuses limitations.

Comme le manque de sécurisation « *ça pose aussi des problèmes les carnets de santé, dans lequel il y a des trucs trop détaillés, notamment à l'école...* » (Xavier), limitant la présence d'informations pertinentes « *on le marque surtout pas dans le carnet de santé parce qu'il va à l'école* » (Y.) bien que « *L'école n'a pas à avoir le carnet de santé* » (J.V.).

Comme le manque de cohérence inhérent à la multiplicité des intervenants « *ça manque un peu aussi de cohérence, d'un certain côté* » (J.S.).

Comme l'absence de résumé fiable « *chez l'enfant il n'y a pas une page "antécédents" !* » (J.S.).

De façon similaire, le carnet de santé « adultes » jaune, qui, malgré son abrogation (article 3-III de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie), est toujours utilisé par

certain, notamment lors de visites. Il facilitait dans certains cas la transmission d'informations « *Même pas besoin de courrier c'est écrit dans le petit carnet jaune* » (N.B.).

Un autre type de carnet de santé existe : le carnet de suivis de grossesse, mis en place par le conseil général. Son principal inconvénient étant l'absence d'adhésion d'une bonne partie des professionnels : « *l'outil existe déjà : c'est-à-dire, le cahier du conseil général [...] l'outil de communication qui pourrait être commun n'est pas utilisé lors de la grossesse* » (E.L.).

4.2 Comptes-rendus provisoires

Ce type de compte-rendu a eu une attention lors des débats. Il a été apprécié sa rapidité : « *ils ont fait pas mal d'efforts et où effectivement on a un compte-rendu [temporaire] de sortie avec le diagnostic initial qu'on avait posé s'il était pertinent, ou l'autre diagnostic et quel est le traitement compte-rendu [définitif] nous arrive en général plus tard* » (M.S.).

Ils ont malheureusement été considérés par plusieurs comme « *exceptionnellement informatif* » (E.L.).

4.3 Courriers

4.3.1 Automatisation

Les courriers bénéficient d'une automatisation partielle dans certains logiciels médicaux. Cet aspect pratique est souligné « *L'informatique, avec les dossiers, nous permet justement de préciser tous les antécédents et on... je fais des courriers en deux minutes.* » (G.D.).

Mais est également critiquée sa sur-utilisation : « *certains correspondants [...] ont des comptes-rendus pré-faits [...] et tu as l'impression que quelle que soit la pathologie faite, ils... le discours est le même.* » (N.B.), avec potentiellement des hors-sujets complets « *la secrétaire m'a avoué qu'elle appuyait sur une touche et qu'elle s'était trompée de touche !* » (N.B.).

Un autre problème souligné est celui du bruit causé par l'abondance d'informations qui ne sont finalement pas regardées « *des comptes-rendus d'hospitalisation qui font 3 pages, globalement qu'est-ce qu'on regarde ? La conclusion. [...] La lettre nécessite quand même un raisonnement différent, [...] beaucoup mieux structuré, paradoxalement, qu'un compte-rendu qui est standardisé, qui ne présente plus d'intérêt* » (J.S.).

Dès lors un courrier précis, peu automatisé, nécessite du temps pour être rédigé. « *les courriers qui nécessitent quelque chose d'un petit peu plus fouillé, d'un petit peu plus recherché, [...] je leur dis de repasser [plus tard]* » (J.S.).

Outre le temps nécessaire, un courrier a un coût : papier, timbre, enveloppe, etc. Certains intervenants le mettent en avant pour expliquer des défauts de communication « *ils veulent économiser l'argent du timbre ?* » (A.) et un gain, les médecins correspondants étant rémunérés par une majoration de coordination ou un deuxième C.

Un intervenant a souligné la difficulté de communiquer en l'absence de sollicitation financière, tant pour le courrier lui-même que l'aide humaine à sa réalisation : « *s'il n'y a pas de rémunération, il n'y aura pas de communication ! [...] c'est la faiblesse de nos émoluments qui ne permet pas [...] d'avoir un minimum de personnel salarié !* » (P.G.).

4.3.2 Diffusion du courrier

Plusieurs intervenants se sont posé la question du devenir de leur courrier, notamment dans le service des urgences « *on a l'impression que le courrier qu'on a adressé aux urgences a disparu entre-temps* » (V.).

4.3.3 Considération

Outre le devenir physique du courrier, s'est posé le devenir de son contenu, et la considération qui lui est apportée : « *j'ai parfois du mal à faire en sorte qu'ils répondent à la question que je pose, [...] un certain nombre de mes correspondants ne lis pas mes courriers* » (E.L.), « *on se demande si finalement il y a un minimum de considération pour les courriers qu'on prend la peine d'écrire* » (J.B.).

Un autre souligne aussi la difficulté pour les urgences de glaner les informations nécessaires : « *ils peuvent passer une heure ou deux heures à récolter ce que prennent les gens* » (J.T.).

4.4 Le Dossier Médical Personnel

Le D.M.P. (Dossier Médical Personnel), est "un dossier médical informatisé, accessible via internet" au patient et aux médecins le prenant en charge. Sa forme est actuellement remise en question par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Mme Touraine [14]. Eu égard à la communication entre médecin traitant et médecin spécialiste, il a été ici l'objet d'un enthousiasme fortement mitigé.

Plutôt qu'un moyen de communication (bilatéral), il a été perçu comme un moyen d'information (unilatéral) « *je ne le vois pas comme un outil de communication* » (E.L.) « *c'est un outil d'information [...] c'est une banque de données* » (M.D.).

Il a également été vu comme une contrainte à plusieurs niveaux :

- la nécessité de codifier pour faciliter la compréhension mutuelle : « *le problème ça t'oblige à le codifier, or est-ce que tu peux tout codifier ?* » (J.S.).
- la redondance « *[avec le] D.M.P. on va rajouter un moyen de communication supplémentaire [induisant une] redondance d'informations* » (B.).
- une contrainte principalement centrée sur le médecin traitant « *c'est encore nous qui allons le remplir [...] je pense qu'on va y passer énormément de temps* » (E.H.).
- la nécessité de clarté sur les démarches de soins en cours « *notre démarche et [...] les éléments que j'ai pris, qui ont soutenu ma démarche c'est ceux-là que je voulais être présents [dans le D.M.P.]* » (E.L.).
- l'accord indispensable du patient à la démarche : « *c'est subordonné à la volonté du patient qui veut bien qu'on y mette ce que tu désires* » (Xavier).

La compensation financière a été évoquée comme nécessaire « *certes, mais pas à n'importe quel prix !* » (J.B.).

4.5 Fax et Téléphones

Le fax a été abordé comme un moyen de communication alternatif, permettant de shunter les voies habituelles « *j'envoyais le fax pour des rendez-vous* » (N.B.).

Quant au téléphone (dans le cadre des lignes directes), il a été présenté comme un atout dans les grandes structures de soins mais aussi comme une perte de temps (dans le cadre des standards ou des secrétariats) ([Cf. 3.5. Milieu Hospitalier](#)).

L'autre grief posé sur ce mode de communication est l'immatérialité « le téléphone c'est toujours un peu compliqué, on perd du temps, il se dit beaucoup de choses et on ne retient rien finalement » (J.S.) et l'absence de traces inhérent à la communication orale (Cf. 3.3 psychiatres).

4.6 Internet

4.6.1 Mail

Le mail, dans sa version non sécurisée a rencontré une adhésion de la majorité des intervenants, tant par la réactivité « *communiquer par mail, quand on a des bons correspondants... Moi j'en ai une que j'ai choisie comme ça qui est une interniste de là où je travaille : je lui envoie un mail, dans la demi-heure, j'ai la réponse !* » (A.) que par le confort « *le mail on a le temps de le lire, 10 minutes pour répondre voire plus... et ça permet donc de poser et de réfléchir 5 minutes* » (Xavier), de la facilité de contact avec les spécialistes de certaines structures (ex. le CHU où chaque professionnel a une adresse personnelle), ou encore du contact plus aisé et pertinent « *j'ai des réponses extrêmement aimables, avec une réponse précise, sur un point précis pour lequel je l'ai sollicité* » (C.).

Malgré tout, certains craignent la réaction des patients « *mais ça me paraît difficile de dire à la patiente "bon, j'envoie un mail"* » (Y.) ou celle des référents potentiellement surchargés de demandes « *un spécialiste régional de telle ou telle affection, si on se met [tous à] lui bombarder des mails, ça va griller le filon* » (E.L.).

4.6.2 Web

Le Web en lui-même (hors mail, hors D.M.P.), n'a pas été vu comme un moyen de communication, mais plus comme une source de confusion pour le patient « *le spécialiste peut lancer un terme dont les gens se saisissent et vont d'abord voir sur internet, ce qui est une source d'angoisse énorme, parce qu'effectivement tout est balayé* » (C.) où le professionnel de santé a un rôle de guide « *on peut leur expliquer qu'il y a des sites préférables à d'autres* » (F.B.).

4.6.3 Télémédecine

La télémédecine est la « partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique » [15]. Elle est donc très en marge de la communication entre médecins traitants et spécialistes.

Cette technologie a surtout été perçue comme contraignante « *notre exercice est déjà suffisamment bien rempli pour que je m'embarrasse de vidéo-conférence avec mes confrères. Donc pour moi je n'irais pas.* » (P.G.) ou comme un cache-misère « *la télémédecine ça risque d'être aussi le cache-sexe qui permette d'envoyer les soldats généralistes dans des zones ravitaillées par les corbeaux* » (J.B.).

Un intérêt dans la dermatologie et la radiologie a tout de même été reconnu. « *[il existe] un projet de télé-médecine en dermatologie [...] à Neuchâtel, ils ont des conventions avec la radiologie des Cèdres pour des avis sur des radios [...] donc je pense que c'est une possibilité d'avenir* » (E.L.).

4.7 Autres

4.7.1 Communication directe

La communication directe ne représente qu'une infime portion des contacts entre médecins traitants et les médecins spécialistes.

Les échanges ont uniquement mis en valeur la présentation des médecins s'installant, regrettant que ce phénomène soit marginal « *je vois des jeunes médecins qui arrivent, je dirais qu'il y en a un sur trois qui vient se présenter à ses confrères* » (G.D.) soulignant malgré tout l'importance de cette démarche « *c'est quand même intéressant avec qui on discute à un moment donné, qu'on puisse se voir, discuter, avoir un peu la philosophie de la médecine, la médecine on la perçoit d'une certaine manière, on l'exerce d'une certaine manière, il y a une ambiance qui va se créer...* » (G.D.).

La présence aux réunions multidisciplinaires en est un autre aspect assez marginal : « *RCP [Réunion de Concertation Pluridisciplinaire] oncologique à propos d'un de mes patients, où ils se réunissent entre radiothérapeute, radiologue etc, le médecin traitant il n'y est pas, il n'y est jamais jamais convié* » (M.S.).

4.7.2 Le patient

Le patient n'a pas été considéré, lors des focus group, comme un support fiable à la communication : « *Donc ils vont mal comprendre ce que l'on va faire passer, et ils vont mal transmettre ce qu'ils vont recevoir.* » (G.D.).

Cependant certains ont tout de même, a minima, utilisé ce "support" « *j'ai pu demander à des patients, d'être un peu plus insistants, ou de demander un peu plus de renseignements ou de détails* » (F.H.).

4.7.3 L'ordonnance

Pareillement, l'ordonnance « *ça n'est pas suffisant [car certains médicaments ont] 4 motifs de prescription c'est pas les mêmes, du coup on ne peut pas savoir ce qu'a le patient.* » (Y.).

Cependant elle est considérée comme utile en complément : « *je trouve que c'est intéressant effectivement qu'il y ai l'ordonnance.* » (Y.).

IV. Discussion

1 Résultat principal et implication

La communication entre médecins traitants et médecins spécialistes cristallise de nombreuses frustrations. Les participants ont malgré tout montré une volonté franche d'améliorer cet aspect de leur profession, sous réserve d'un encadrement et d'une reconnaissance, tant logistique, que financière.

Bien que réalisée sur un échantillon purement Normand, la majorité des thématiques abordées était d'ordre pratique, les témoignages étant donc majoritairement extrapolables au territoire français. À l'exception, bien sûr, des remarques effectuées sur des fonctionnements locaux (ex. C.H.U. de Rouen).

L'étude a été réalisée de façon qualitative, permettant de mettre en valeur un maximum d'avis. Ce mode de recueil ne permet pas de quantifier l'importance des opinions, leur répartition, ou encore de certifier que tous les points de vue existants ont été présentés lors des focus group.

2 Les forces et les faiblesses du travail

2.1 Introduction

Les spécialistes et les médecins traitants doivent mieux communiquer pour améliorer la prise en charge du patient. Cette notion paraît évidente, mais n'est pas aisée à démontrer. En effet, si on suppose des coûts et des risques supplémentaires en cas de mauvaise communication, peu d'études en font cas.

2.2 Méthode

2.2.1 Recrutement

Même si la composition des focus group a été assez sélective, centrée sur la Normandie et la périphérie de Rouen, elle a permis de réunir suffisamment de médecins généralistes pour saturer le sujet de notre thèse. On a en effet retrouvé au cours des focus group une majorité de thèmes redondants au cours du dernier focus group... il est cependant impossible, dans le cadre d'une étude qualitative, d'être certain que l'intégralité des opinions existantes ait été exprimée, notamment de celles qui auraient pu être exprimées en dehors de la Normandie.

Pour cela une étude quantitative avec un échantillon représentatif de la population de médecins traitants généralistes français serait nécessaire, basée sur les points relevés dans ma thèse.

Le classement des participants a été arbitraire, tant pour les tranches d'ancienneté d'installation (7 ans) que du type de milieu d'installation (laissé à l'appréciation des participants). Cependant, ils remplissent leur rôle : permettre de vérifier l'absence de lacune franche dans les échantillons.

2.2.2 Matériel

Le verbatim des focus group est fidèle, à quelques exceptions près : quelques mots non reconnaissables (brouhaha, articulation insuffisante), des problèmes techniques (une interruption involontaire ponctuelle de quelques secondes de l'enregistreur lors du premier focus group), ou encore des expressions corporelles non exhaustives à la retranscription

(pas d'enregistrement vidéo). Ces quelques écueils n'ont pas semblé suffisants pour altérer la pertinence des données collectées.

2.2.3 Observations effectuées

La conduction des focus group implique des entretiens semi-directifs, avec des relances ponctuelles. Nous avons limité l'incitation de discussions ou leur recadrage au maximum, avec pour but d'éviter des sujets non spontanés ou de limiter l'apparition de notions originales. Cependant, certaines notions émises dans les focus group sont issues du directeur de thèse.

L'hétérogénéité des focus group (président de séance, nombre de participants) a pu induire des différences de comportement des participants, mais la répétition des séances ayant globalement saturé les idées, cela n'a pas affecté de façon significative la collecte.

2.3 Résultats

Les différents thèmes ont été classés et mis en avant, permettant de faire ressortir chaque remarque, d'en isoler toutes les thématiques problématiques pour enfin y proposer des solutions.

Le champ n'a cependant été exploré que sous l'angle des médecins traitants généralistes, ce qui nécessite l'usage d'autres études, sous d'autres angles, pour apprécier l'étendue du sujet.

3 Comparaison à d'autres études

La comparaison directe avec ma thèse est délicate, son angle d'attaque étant différent des autres études retrouvées.

Cependant le point de vue d'autres professionnels de santé accrédite les conclusions présentées ici : Pierre-Hubert CATHERINE [4] montre que les psychiatres ont connaissance des difficultés (ex. le poids d'une étiquette diagnostique) et s'accordent sur la nécessité d'une évolution. Le contact direct entre professionnels, la réalisation de courriers standardisés ou le renforcement d'enseignements mutuels étant des pistes principales.

Concernant l'intérêt d'une bonne relation entre médecin traitant et spécialiste, une méta-analyse australienne [16] tente de l'affirmer. Outre le caractère difficilement transposable de nos systèmes de santé respectifs, elle bute malheureusement sur un manque de puissance, notamment sur l'intérêt financier à long terme. Elle montre même, dans certains domaines, des dégradations lorsque le médecin traitant se rapproche d'une équipe de spécialistes... des études plus poussées sont donc nécessaires pour étayer ces hypothèses.

4 Des changements en cours à accompagner

4.1 Un terrain favorable aux avancées

Nous avons montré les différents griefs émis par les médecins traitants, qu'ils soient imputés à des facteurs extérieurs ou à eux-mêmes. De nombreuses améliorations ont été proposées.

4.1.1 Une population de médecins traitants demandeuse

Durant les focus group, les médecins interrogés ont montré qu'ils étaient capables de réfléchir sur leurs propres pratiques, de les remettre en cause, et de se rendre volontaires pour accompagner des évolutions.

4.1.2 Des responsabilités partagées

Les discussions n'ont pas été le théâtre d'une fronde unilatérale contre les médecins spécialistes, des responsabilités partagées ayant été reconnues. Certains médecins (traitants ou spécialistes) cherchant à connaître les attentes de leur correspondant pour adapter demandes et écrits.

4.1.3 Des attentes mutuelles

Dans le cadre d'avis (entre-autres) les médecins traitants sont demandeurs d'éclairage sur certaines maladies ou sur des prises en charge spécifiques. Ils apprécient plutôt des propositions générales (ex. de classe médicamenteuse), sans contraintes (ex. princeps imposé), et sans information condescendante.

Il faut donc doser un subtil équilibre, variable en fonction des sensibilités de chacun, basé sur l'intérêt mutuel des échanges et le code de déontologie [17]. Il est dès lors nécessaire que les attentes et les nécessités de chaque professionnel correspondant soient clairement connues.

Une telle communication nécessite des communicants formés, en amont, à toutes ses subtilités. Une formation lors des études de médecine, existe déjà, mais centrée sur la relation médecin-patient. Le relationnel avec les confrères est appris sur le tas, sous le spectre d'une hiérarchie hospitalière strictement établie (interne, externe, etc.) ne mettant pas forcément en avant l'équité des différents professionnels médicaux.

Dès lors, une fois sortis des études, les médecins, traitants ou spécialistes n'ont pas forcément de bonnes bases pour construire une communication de qualité.

4.2 Une communication à encadrer

Les médecins traitants interrogés ont mis en avant plusieurs points problématiques pour eux. Nous écrivons dans la suite de ce plan leurs souhaits, et comment potentiellement y arriver.

4.2.1 Équitable

Plusieurs intervenants ont mis en avant la nécessité de faire leurs preuves, avant de pouvoir se faire entendre. Situation sous-tendue par le statut potentiellement sous-estimé de la médecine générale.

La considération mutuelle est pourtant nécessaire. Et malgré l'existence de préjugés sur les capacités de telle ou telle spécialité (médecin traitant ou médecin spécialiste), des avancées notables ont eu lieu. Reflétées notamment par la reconnaissance du statut de « spécialiste en médecine générale » ou la création de postes de professeurs, de praticiens hospitalo-universitaires et de chefs de clinique en médecine générale.

Les choses semblent, dans cette suite, évoluer favorablement.

4.2.2 Bilatérale

Une communication est, par essence, bilatérale, que l'on peut ici opposer à une simple information. Ne faire « qu'informer » a justement été regretté dans de multiples cas : recommandations, avis, enseignement, etc.

La réforme Debré de 1958 met en place un système où fusionnent recherche, soins et enseignements au sein des C.H.U. N'y sont pas représentés les médecins libéraux, qui deviennent peu à peu « généralistes », par défaut. Ces derniers sont alors restés à l'écart du système d'enseignement, jusqu'à récemment.

En effet, la médecine générale est désormais plus représentée dans l'enseignement, entre-autres grâce à la reconnaissance du statut de spécialiste en médecine générale, et à la création de postes de PU-PH (Professeur des Universités – Praticien Hospitalier) et de Professeurs en médecine générale.

L'enseignement est donc longtemps resté l'apanage des médecins spécialistes (seuls représentants universitaires) et la présence de médecins généralistes dans l'enseignement reste surtout à destination des futurs médecins généralistes.

Une amélioration de ce point passerait par la reconnaissance de l'intérêt d'un enseignement réciproque, et donc l'intégration d'enseignants en médecine générale dans le premier et le deuxième cycle de médecine. Cela sensibiliserait les étudiants (qui, il faut le rappeler, seront principalement des médecins traitants), à la médecine générale.

Quant à l'intégration d'un enseignement de médecine générale à destination des médecins spécialistes, l'intérêt serait multiple :

- meilleure connaissance du mode de travail d'autrui.
- moins d'a priori, et donc meilleure confraternité.
- organisation des soins ultérieurs plus aisée.
- communication ultérieure facilitée.
- reconnaissance des médecins traitants, sans que ceux-ci aient forcément à faire leurs preuves ou de forcer le respect pour se faire écouter.

4.2.3 Indépendante

L'indépendance de tout groupe de pression, de tout intérêt autre que celui du patient paraît un objectif louable.

Des avancées – partielles – dans le domaine, ont eu lieu, notamment dans le cadre de la « loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé » [18]. Cependant la centralisation de l'enseignement et l'existence de leaders d'opinions restreints à l'influence très large persiste. Dans certains cas au détriment de sources plus objectives et dépourvues de conflit(s) d'intérêt(s).

4.2.4 Interopérable

De multiples moyens de communication existent, sans qu'il soit aisé de les faire interagir. Que ce soit sur des supports traditionnels (fax, mail, téléphone) ou plus atypique (transmission d'un dossier médical entre deux logiciels médicaux différents).

L'encadrement d'une meilleure communication pourrait passer par l'émission de standards simples, sécurisés et ouverts, et par un accompagnement pour les mettre en place.

4.2.5 Non chronophage

Un grief, particulièrement présent dans les contacts avec les grosses structures est celui du temps nécessaire au contact avec son correspondant. Principalement évoqué dans le cadre de communications urgentes.

Un système de communication idéal permettrait de réduire au maximum les délais d'attente. Mais cet aspect est difficilement solvable par une action globale, à grande échelle. En effet, mis à part le contexte d'urgence où une boîte de gestion pourrait être imaginée, les autres sources de délai sont principalement liées à l'organisation individuelle de chaque correspondant : secrétariat, absence de numéro direct, volonté de ne pas être joint...

4.2.6 Incitative...

Différentes pistes peuvent être évoquées pour inciter une communication : financière (majoration de coordination), légale (qui reviennent *in fine* à des contraintes financières), techniques (mise à disposition d'outils innovants).

4.2.6.1 ...dès la faculté

Selon les participants, l'induction d'une communication de qualité passe (entre-autres) par une communication "aller" de qualité. Pour la faciliter, des aides techniques existent (automatisation partielle), qui apportent également leur lot de problèmes (courrier inadapté, avec trop ou trop peu d'informations).

Une bonne communication "aller" passe également – selon des participants – par une présentation directe auprès de ses correspondants, aider à établir un contact plus privilégié.

Mais à contre-courant certains doutent simplement du devenir de leur communication "aller" : est-elle simplement prise en compte ? A-t-elle atteint sa cible ?

Résoudre ce problème semble passer encore une fois par un meilleur apprentissage de la communication et de son intérêt plutôt que par des contraintes techniques, légales ou financières.

4.2.6.2 Financièrement

S'est posée au sein des discussions l'intérêt d'une incitation financière à une communication "aller". Celle-ci permettrait de valoriser le travail effectué par le médecin traitant : synthèse du dossier du patient, de son problème, rédaction de proposition diagnostique et thérapeutique. moment également privilégié de ré-expliquer au patient l'intérêt de son déplacement chez le médecin spécialiste.

Le système actuel, du parcours de soins, via les MC (majoration de coordination) ou le doublage du CS (cotation d'une consultation chez un médecin spécialiste) lors d'un avis ponctuel ne finance que la communication "retour".

Financer la communication "aller" permettrait également de valoriser de façon symétrique l'adressant et l'adressé, poussant plus en avant encore l'équité entre médecin traitant et médecin spécialiste.

4.2.6.3 Légalement... ou presque

La contrainte légale de communication passe finalement directement ou indirectement par la contrainte financière : dans le cadre des hôpitaux, les retards de courrier (au-delà de la limite légale) entraînent une dégradation potentielle d'indicateurs de performance, et donc des baisses indirectes de financement.

Concernant les libéraux, le problème est similaire : pas de courrier "aller" et "retour", pas de majoration, donc baisse du financement.

4.2.6.4 Protectrice

Certains médecins ont dit brider leur communication, de peur des conséquences. Qu'elles soient légales (déclaration d'un risque suicidaire) ou psychologiques (enfermement dans un diagnostic).

Un nouveau cadre légal ou un meilleur apprentissage de la communication serait nécessaire pour éviter ce genre de situation.

4.2.7 Novatrice

4.2.7.1 Ouverte

Les médecins interrogés ont tendance à sélectionner leurs correspondants, en fonction de leurs affinités, des retours, de l'accessibilité, etc. Ce comportement d'organisation en « réseau de santé », bénéficie déjà d'une incitation gouvernementale. Pourtant la plupart des réseaux sont des réseaux personnels, évoluant avec le temps, sans accompagnement.

De même, que cela soit en libéral ou en hospitalier, les messages envoyés peuvent bloquer à différentes étapes (le patient, le premier spécialiste, le secrétariat...), ou revenir sans être désirés.

Par ailleurs, l'accès à certains correspondants peut être très difficile, comme dans les grandes structures.

Que ce soit à ces niveaux, à celui de messages subis, ou du manquement de la cible, une simplification et une accessibilité forte de moyens de communication est nécessaire.

4.2.7.2 Intégrant la gestion des urgences

La gestion des urgences par les médecins spécialistes pourrait également bénéficier d'avancées.

Que cela soit au niveau individuel (amélioration de la disponibilité d'urgence), ou, proposition très soutenue lors des focus group de création d'une « boîte de régulation » des demandes de rendez-vous.

Cette dernière permettrait le dépôt par le médecin traitant d'une demande de rendez-vous, associé à un délai. Cette demande serait ensuite gérée par un groupe de spécialiste et gérée en conséquence.

4.2.7.3 Favorisant le partage des examens

Un des problèmes souligné lors des focus group fut celui de la rétention (d'examens ou de patients). Le partage plus aisé et ouvert d'informations, d'examens et de compte-rendus aiderait à diminuer le problème.

4.2.7.4 Sécurisée

La sécurisation des communications est perçue comme une contrainte supplémentaire. Pourtant, dans une médecine toujours plus informatisée, elle est totalement indispensable. Des fuites de données dans le domaine pourraient avoir des conséquences désastreuses pour les patients (refus d'embauches, d'assurances, d'emprunts, etc.).

Dès lors et vu la multiplication des supports de communication sécurisés, un encadrement paraît nécessaire.

4.2.7.5 Une informatisation inéluctable...

Comme il a déjà été avancé, l'informatisation de la profession médicale (pour ne citer qu'elle) est en marche, inéluctable dans notre système de santé actuel. Mais de multiples obstacles existent, humains (réticences), financiers (investissements nécessaires), technologiques (pas forcément adaptées), structurel (modification difficile des grosses structures), etc.

Cette informatisation et l'accès à d'autres moyens de communication (ex. accès du médecin traitant au dossier médical hospitalier) promet des avancées encourageantes, sous réserve d'un encadrement adéquat.

4.2.7.6 ...une voie d'avenir simple et efficace, indispensable.

Une bonne solution serait un type de messagerie innovant, ouvert, avec des standards légaux, sécurisé, directement intégrable aux logiciels médicaux, comprenant l'intégralité des professionnels de santé (en se basant sur les Cartes de Professionnels de Santé par exemple), et dont l'usage serait extrêmement simplifié, donc beaucoup plus accessible.

Il permettrait un meilleur contact direct entre les professionnels de santé et permettrait donc de fortes avancées sur tout ces points.

Sa réalisation pourrait également intégrer des solutions de télémédecine : transmission d'images à visée dermatologique, radiologiques ou visioconférences.

Ce système n'est pas si utopique : les technologies informatiques nécessaires à sa réalisation existent déjà. Économiquement il est donc réaliste puisque peu d'innovations sont nécessaires.

Une "simple" impulsion politique permettrait de le mettre en route, rapidement et à peu de frais. Pourquoi pas en parallèle d'autres projets comme le Dossier Médical Personnalisé (projet coûteux bénéficiant pour l'instant d'une utilisation marginale). Le système pourrait ainsi – après accord – nourrir le D.M.P. des documents transitant par son réseau.

Actuellement, le projet MSSanté, en développement, semble une piste prometteuse en ce sens, même si les standards utilisés restent potentiellement fermés, et que l'acceptabilité reste à démontrer.

Bibliographie

- 1 : Iona Heath. Divided we fail. Clinical Medecine, 2011, 11, 6.
- 2: Code de santé publique, Article L162-5-3 Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 80 (V), 2009, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGI-TEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000020886870&dateTexte=> ; Consulté le 10/02/2013.
- 3: WIMEL Maud. Que pensent les médecins généralistes et urgentistes de leurs relations ? Etat des lieux dans le bassin de Roanne et dans le Nord-Ouest de Lyon entre juillet et novembre 2008. Thèse de doctorat en médecine. Université Claude Bernard - Lyon est, 2010, 199p.
- 4: CATHERINE Pierre-Hubert. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : Une enquête qualitative. Médecine générale. Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen, 2012, 103p.
- 5 : Annette J Berendsen, Wim HGM Benneker, Jan Schuling, Nienke Rijkers-Koorn, Joris PJ Slaets et al. Collaboration with general practitioners: preferences of medicalspecialists – a qualitative study. BMC Health Services, 2006, 6, 155p.
- 6: ministère du travail, Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, 2012, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740> ; Consulté le 04/05/2013.
- 7: Code de la Santé publique, Article R1112-1, 2003, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006908159> ; Consulté le 04/05/2013.
- 8: APICEM, Apicrypt en Chiffres, 2013, <http://www.apicrypt.org/index.php?page=2&ss-page=59> ; .
- 9: Ministère de la santé et de l'éducation, Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine , 2004, http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=33760B8AD53BD34EB8B5C76FA61F53D4.tpd-jo01v_3?cidTexte=JORFTEXT000000807238&dateTexte=20130806 ; Consulté le 06/08/2013.
- 10: Ministère de la santé et de la jeunesse, Décret n° 2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste, 2004, http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=33760B8AD53BD34EB8B5C76FA61F53D4.tpdjo01v_3?cidTexte=JORFTEXT000000796401&dateTexte=20130806 ; Consulté le 06/08/2013.
- 11: MGFrance, Qualification de Spécialiste en Médecine Générale, 2012, <http://www.mg-france.org/content/view/368/192/> ; Consulté le 6/08/2013.
- 12: CNQSP, Synthèse de recommandations, 2010, <https://sites.google.com/site/cnqsp/the-team/documents-a-telecharger> ; Page consultée le 06/09/2013.
- 13: Jean-Pierre Door, ENJEUX DE L'INFORMATISATION MÉDICALE, 2008, <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0659.asp> ; Consulté le 16/09/2013.
- 14: AFP, Mme Touraine préconise un dossier médical personnel de "2e génération", 2012, http://www.lepoint.fr/societe/mme-touraine-preconise-un-dossier-medical-personnel-de-2e-generation-07-11-2012-1526008_23.php#xtor=EPR-34 ; Consulté le 17/09/2013.
- 15: Larousse.fr, Télémedecine, , <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine/77090> ; Consulté le 24/09/2013.
- 16 : Geoffrey Mitchell, Chris Del Mar and Daniel Francis. Does primary medical practitionerinvolvement with a specialist team improvepatient outcomes ? A systematic review. British Journal of General Practice, 2002, 52, 934-939.
- 17: Conseil de l'ordre des Médecins. Article R.4127-56 du Code de Santé Publique. Journal Officiel n° 183 du 8 août 2004

18: Assemblée nationale, LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, 2011, http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=00CB65C27E0190ACB1F14F7770009A53.tpd-jo03v_3?cidTexte=JORFTEXT000025053440&dateTexte=20131001 ; Consulté le 01/10/2013.

Annexes

Annexe 1 : Plan de codage

Type de communication

- Carnet de santé
- Comptes-rendus provisoires
- Mail
- Courrier
- Téléphonique
- Fax
- Direct
- D.M.P.
- Ordonnance
- Patient
- Télémédecine

Communication en général :

- Contrôle
- Délai
- Enseignement
- Incitation
- Précision
- Sécurisation
- Statut

Milieu

- Anesthésique
- Dermatologique
- Hospitalier
- Libéral
- Psychiatrique

Annexe 2 : Texte d'introduction lors des focus group

« Bonjour,
merci d'avoir accepté de participer à ma thèse.

Elle cible le rôle centralisateur du médecin généraliste dans la prise en charge du patient, sous l'angle de la communication avec les différents spécialistes, ambulatoires ou hospitaliers avec lesquels nous sommes amenés à travailler.

Je n'aborde volontairement pas la communication avec les personnels para-médicaux ou les autres professionnels entrant en compte dans la prise en charge (pharmaciens, ambulanciers, etc.) par souci d'un cadrage précis de l'étude.

Je vais vous inviter à vous exprimer, durant la soirée, sur différents sujets, plus ou moins directifs. »

Annexe 3 : Support à l'entretien semi-directif

Ce support a été utilisé lors du premier focus group, comme base de relance ou de recadrage des discussions.

- Quels supports de communication utilisez-vous actuellement principalement pour communiquer avec les spécialistes ?
 - Téléphonie
 - Fax
 - Mail (sécurisé ou non?)
 - Courrier
 - De vive voix
 - Dossier Médical Personnalisé ?
- Quelle image avez-vous de votre communication avec les médecins spécialistes ?
- Précisions possibles sur :
 - Psychiatres
 - Gynécologues
 - Ophtalmologistes
 - Spécialistes hospitaliers
 - Chirurgiens
 - Biologistes
- Avez-vous déjà été confronté à des situations où un manque de communication (de votre part ou de la leur) a causé, ou aurait pu causer du tort à certains de vos patients ?
- Quel a été à ce moment l'obstacle ?
 - Humain
 - Patient
 - Confrère
 - Soi-même
 - Écriture illisible ?
 - Matériel
 - Les délais
 - D'envoi
 - De réception
 - De lecture
 - D'intégration.
 - Technologique
- Avez-vous déjà constaté, ou supposé des écueils dans la transmission de l'information entre vous et le spécialiste adressé ? Dans l'autre sens ?
- Comment voyez-vous l'avenir ?
- Sur une note ouverte de fin, quelle serait pour vous le problème principal à résoudre afin d'améliorer (rapidement ?) les choses ?

Résumé :

1. Introduction

Le parcours de soins gravite autour du médecin traitant, qui doit assurer une communication de qualité avec ses pairs spécialistes. Mais des difficultés sont éprouvées par les médecins traitants pour mener à bien cette tâche, avec la crainte persistante de risques pour le patient.

2. Méthodes

Au cours des 3 focus group enregistrés de cette étude qualitative, 20 médecins traitants, recrutés par mail en Normandie, ont exposé leurs opinions sur les communications qu'ils entretiennent avec leurs pairs spécialistes. Après transcription, les idées ont été colligées en tableur, puis triées et classées.

3. Résultats

De nombreuses frustrations ont été mises en valeur, avec des torts supposés bilatéraux. Une volonté de communiquer parfois limitée, des moyens existants pas toujours maîtrisés, et des incitations potentiellement détournées ont été désignés. Les moyens humains, techniques et législatifs ont dès lors tous été remis en question. Une volonté d'avancées et d'autocritique a été mise en avant lors des discussions, dénotant l'ouverture des participants à des avancées.

4. Discussion

Des griefs multiples existent. Des avancées législatives, humaines et techniques sont nécessaires pour mieux encadrer et inciter cette communication. Un nouveau mode de communication très simple, accessible, sécurisé, légalement encadré et facilement intégré à l'ensemble des logiciels médicaux mériterait d'être sérieusement évalué.

Mots-clés :

Communication

Médecin généraliste

Médecin traitant

Médecin spécialiste