HAL
open science

Communication interprofessionnelle écrite pour le suivi de patients à domicile

Julien Le Breton

To cite this version:

Julien Le Breton. Communication interprofessionnelle écrite pour le suivi de patients à domicile. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01448330

HAL Id: dumas-01448330

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01448330

Submitted on 27 Jan 2017

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.

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes

BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

ANNEE 2017 n°

COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE ECRITE POUR LE SUIVI DE PATIENTS A DOMICILE

Julien Le Breton

[Données à caractère personnel]

THESE PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE

LE 17 JANVIER 2017

DEVANT LE JURY SUIVANT :

Président	Professeur GAVAZZI Gaëtan
Assesseurs	Professeure BOUILLET Laurence Professeur FRANÇOIS Patrice Professeure SCOLAN Virginie
Directrice de thèse	Doctoresse JUNOD-PERRON Noëlle

LISTE DES PROFESSEURS

Doyen de la Faculté : M. le Pr Jean-Paul ROMANET

MCU = Maître de Conférences des Universités ; PH = Praticien Hospitalier ; PU = Professeur des Universités

CORPS	NOM Prénom	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie

MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication

PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco-clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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.

SOMMAIRE

TITRE

Communication interprofessionnelle écrite pour le suivi de patients à domicile.

RESUME

CONTEXTE — Les professionnels de la santé (PdS) communiquent souvent entre eux par écrit dans un carnet pour le suivi de patients polymorbides confinés à domicile.

OBJECTIFS — Identifier les différences entre ce qui est consigné et ce qui est attendu dans ces carnets, et leur impact sur la collaboration interprofessionnelle.

METHODE — Nous avons d'abord réalisé une étude descriptive d'un échantillon de carnets utilisés à Genève (Suisse) ; puis, nous avons conduit une étude qualitative de 6 focus groups de PdS. Nous avons analysé thématiquement leur transcription verbatim.

RESULTATS — L'analyse de 11 carnets a révélé qu'aucun destinataire n'était identifié la plupart du temps. Les thèmes principaux relevaient du somatique et des médicaments. La proportion des interactions entre PdS était faible comparativement à la quantité de texte produite ; aucun des patients n'a écrit. Aucun plan de soin explicite n'était consigné. Les focus groups ont permis d'identifier plusieurs thèmes. Les 31 participants trouvaient que le carnet permettait de matérialiser le réseau et qu'il était un repère dans la prise en charge des patients. Pourtant, beaucoup se plaignaient de doublons, en l'absence d'un dossier de soin partagé. Le contenu des messages était influencé par les caractéristiques de ce support (propriété du patient, accessible à tous). L'implication constructive du patient était jugée insuffisante.

CONCLUSIONS — Nos résultats ont montré qu'en l'absence de consensus clair et négocié, la fonction première du carnet est sinon dévoyée, du moins sous-optimale. Améliorer la communication interprofessionnelle écrite, centrée sur le patient, passe par la définition de plan de soin partagé.

recherche qualitative ; communication interprofessionnelle ; communication écrite ; soins de premier recours ; soins à domicile.

TITLE

Written interprofessional communication in the follow-up of homebound patients.

ABSTRACT

BACKGROUND — In the follow-up of homebound, polymorbid patients, health professionals (HP) often use a point-of-care notebook to share information with each other.

OBJECTIVE — Analyse how and for what HP use such notebooks and to explore their perceptions regarding the strengths and weaknesses of such written notes for interprofessional collaboration.

METHODS — We conducted a mixed-method study among HP caring for homebound elderly patients in Geneva, Switzerland. A sample of notebooks was first analysed descriptively. Then 6 focus groups interviews were conducted with different groups of HP. Focus groups were transcribed verbatim and analysed thematically.

RESULTS — The analysis of 11 notebooks revealed that most of the time, the intended recipient of written information was unspecified; content focused mainly on somatic health and medication; explicit interprofessional communication was rare and patients never wrote down any information. There were no explicit care plan goals. Participants of the focus group (31 HP) felt that the notebook embodied the primary care network and was a milestone in the follow-up of homebound patient. Most complained about having to record the information at least twice in the absence of a shared electronic health record. The fact that the notebook was accessible to anyone and was considered the patient's property influenced how and what professionals wrote in the notebook. Lack of patient contributions to the notebook was a source of concern.

CONCLUSIONS — Our results show that fulfilment of notebook's primary function is suboptimal. In order to enhance written communication, more attention should be paid to defining care plan goals.

qualitative research; interdisciplinary communication; written communication; primary care ; home care services.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1

METHODE 5

GENERALITES 5

Contexte 5
Conception de l'étude 7

Première étape : UNE ETUDE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE 7

Echantillonage 8
Collecte des données 8
Analyse 9

Deuxième étape : UNE ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS DE GROUPE FOCALISE (FOCUS GROUP) 10

Participants 10
Collecte des données 12
Analyse 14

RESULTATS 16

Première étape : DESCRIPTION DU CONTENU DES MESSAGES 16

Généralités 18
Par profession de santé 21

Deuxième étape : PERCEPTIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNANT LE CARNET DE LIAISON 23

Tout un symbole 28
Ecrire… ou pas ? : telle est la question ! 30
Un Réseau, oui ; une équipe, non 33
Une Approche centrée sur le patient ? 36

DISCUSSION 39

INFORMER N'EST PAS COMMUNIQUER 41

LE RESEAU, L'EQUIPE ET LE LEADER(SHIP) 43

IMPLIQUER LE PATIENT 45

LIMITES DE L'ÉTUDE 46

PERSPECTIVES ET ENSEIGNEMENT DE L'ETUDE 48

Implications pour la pratique 48
Perspectives de recherches complémentaires 51

SYNTHESE 52

ANNEXES 54

Annexe I – Code-book de l'analyse descriptive des carnets 54

Annexe II – TeamSTEPPS ® 2.0 59

GLOSSAIRE 60

BIBLIOGRAPHIE 62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Guide d'entretien 14

Tableau 2. Profil des 11 patients 17

Tableau 3. Caractéristiques des messages en fonction des principaux auteurs 18

Tableau 4. Caractéristiques des participants aux focus groups 24

Tableau 5. Perceptions de la communication écrite à domicile 26

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES SIGLES

A.S.S.C.	Assistant en Soins et Santé Communautaire
A.V.Q.	Activités de la Vie Quotidienne
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
imad	institut genevois de maintien à domicile
N.T.I.C.	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
SEGA	Short Emergency Geriatric Assessment
S.M.P.R.	Service de Médecine de Premier Recours
S.S.I.A.D.	Service de Soins Infirmiers A Domicile
U.G.S.P.C.	Unité de Gériatrie et de Soins Palliatifs Communautaires
V.A.D.	Visite A Domicile

À mes p'tits vieux du canton de Genève,

pour la formidable expérience qu'ils m'ont fait vivre.

Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis,

ce que vous voulez entendre, ce que vous entendez,

ce que vous croyez en comprendre, ce que vous voulez comprendre et ce que vous comprenez,

il y a au moins neuf possibilités de ne pas se comprendre.

Bernard WERBER. Encyclopédie du savoir relatif et absolu.

Tout seul, on va plus vite ; ensemble, on va plus loin.

Proverbe africain.

REMERCIEMENTS

En respect d'une entente de confidentialité, je ne nommerai pas les personnes sollicitées, tant pour le prêt des « carnets », que celles interviewées. Je tiens cependant à leur témoigner ma gratitude pour avoir accepté de faire partie de cette aventure et pour avoir ainsi contribué à mieux nous faire comprendre les enjeux de la communication interprofessionnelle écrite, pour le suivi de patients à domicile. Sans eux, il n'y aurait rien, ce n'est que justice de les citer en premier.

Je tiens ensuite à exprimer ma gratitude à Mme la Dre Noëlle Junod-Perron, pour la confiance qu'elle m'a témoignée en acceptant, malgré elle, la direction scientifique de mon travail, pour son soutien indéfectible, la qualité de son encadrement, son aide et ses contributions multiples et si précieuses, ainsi que pour ses encouragements. Merci ! Du fond du cœur ! Rien de tout ceci n'aurait été possible sans toi !

Je veux dire ma reconnaissance envers l'ensemble de mes co-investigateurs (et experts !) qui ont accepté de collaborer (de manière interprofessionnelle d'ailleurs !) et sans qui ce travail n'aurait pas été aussi plaisant : Mme Patricia Hudelson, Mme la Dre Noëlle Junod-Perron, Mme la Dre Sophie Pautex, M. Olivier Perrier-Gros-Claude.

Je remercie très chaleureusement Mme Virginie Müller-Juge, animatrice des *focus groups*, ainsi que le groupe des observatrices : Mme Naïke Bochatay, Mme Jehanne De Grasset, Mme Patricia Hudelson et Mme la Dre Noëlle Junod-Perron, pour leurs enthousiasmes et leurs contributions inestimables.

Je remercie Mme Christine Cau, infirmière indépendante, d'avoir accepté au pied levé de tester le guide d'entretien des focus groups.

Je tiens à souligner la contribution de Mme Nuria Scherly pour son travail de transcription soigné et diligent ; tâche fastidieuse, mais indispensable.

Je remercie évidemment les membres du jury d'avoir accepté de participer à la soutenance : le Pr G. Gavazzi, président, et ses assesseurs : la Pre L. Bouillet, le Pr P. François et la Pre V. Scolan. Merci d'avoir eu la gentillesse d'accepter de juger ce travail sans me connaître : je suis honoré de votre intérêt, de votre confiance et reconnaissant pour le temps que vous m'avez consacré.

Je n'oublie pas non plus les contributions de Mme Alicia Barbe, assistante des ressources humaines des HUG, pour l'élaboration des contrats de travail, ni Mme Anne Terry, secrétaire de direction à l'imad, pour les réservations des salles dans l'organisation des *focus groups*, et encore moins Mme A. Kemp, secrétaire du Pr Gavazzi, pour la touche finale : obtenir la signature *in extremis* du président du jury de thèse !

Je suis également sensible à la compréhension dont ont fait preuve M. le Pr Jean-Philippe Vuillez, vice-doyen de la faculté de médecine, et Mme Anne Ameras, responsable de scolarité, qui m'ont octroyé la dérogation nécessaire à la finalisation de ce travail.

Un grand merci également à la petite armée des invisibles relecteurs pour le temps consacré à la lecture, les suggestions et les remarques : mon épouse d'abord et puis les autres (la Dre Olivia Braillard, mes parents, mon frère et ma sœur), plus mes co-investigateurs naturellement.

Enfin, je remercie mon épouse, elle qui a su susciter l'impulsion créatrice en me rappelant régulièrement l'importance de la communication, particulièrement au sein d'un couple (!), pour son soutien et ses nombreuses contributions tout au long de ce travail de thèse *(et particulièrement de s'être occupé de notre fils pendant que je tâchais de boucler la rédaction dans les temps… !)*.

Last, but not least, en guise d'avant-propos : je tiens à saluer notre « Thonon's Team » : Ça y est ! Moi aussi, je suis (enfin) docteur !

PREAMBULE

La faculté de médecine de l'université Grenoble Alpes 1 n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Le projet a reçu l'agrément du Pr J.M. Gaspoz, médecin-chef du Service de Médecine de Premier Recours (S.M.P.R.) des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), de la Dre S. PAUTEX, responsable de l'Unité de Gériatrie et de Soins Palliatifs Communautaire (U.G.S.P.C.), et de MM. P. Mosimann et O. Perrier-Gros-Claude, respectivement secrétaire général de l'Institution genevoise de Maintien À Domicile (imad) et directeur adjoint des prestations de l'imad.

Ce document est le fruit d'un long travail de recherche, approuvé par la commission cantonale d'éthique de la recherche de Genève (désignation du projet : 15-144) et par le jury de soutenance. L'ensemble de ce document relève des législations française et internationale sur le droit d'auteur et la propriété intellectuelle, littéraire et artistique — ou toute autre loi applicable.

Néanmoins, il est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie, en accès libre, sans autorisation préalable. Le partage, la diffusion, la distribution et la reproduction à des fins non commerciales — et à condition que la source soit indiquée et la paternité des auteurs, coauteurs reconnue et clairement mentionnée — sont autorisés.

L'adaptation de l'œuvre est toutefois réservée et requiert l'autorisation écrite préalable de tous les auteurs coauteurs impliqués dans la création de l'œuvre. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Ce travail de recherche a été rendu possible grâce aux subsides du fonds « MIMOSA », de la faculté de médecine de l'université de Genève (Suisse).

Afin de respecter les règles d'éthique en vigueur, l'auteur principal déclare n'avoir aucun lien d'intérêt potentiel avec une société commerciale.

INTRODUCTION

La prévalence de la polymorbidité [a] varie de 15 à 65 % selon les critères d'inclusions, les contextes et l'âge des patients (1–3) et s'accroît dans la population gériatrique (4). Elle grève nos systèmes de santé (3,5) : elle est associée à une altération de la qualité de vie (6,7), une dépendance plus élevée (8) et à une augmentation de la mortalité (7,9). Parmi les patients polymorbides, certains, notamment les patients âgés (10,11), se voient confinés [b] à domicile et ne peuvent plus se rendre en consultation au cabinet de leur médecin (12–14). La plupart d'entre eux souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible (15,16), voire y mourir (17,18).

Les soins à domicile s'adressent en priorité à cette population de patients polymorbides confinés à domicile (19,20). Ces soins sont assurés par un ensemble de différents professionnels : médecins, infirmiers [c], aides-soignants, kinésithérapeutes, assistants sociaux, auxiliaires de vie, etc. Ses membres sont engagés dans un processus de collaboration avec le patient, pour répondre aux besoins de ce dernier et assurer une prise en charge globale et continue. Ils s'articulent en un réseau de proximité, centré sur un patient donné, dans son

---

[a] Un **patient polymorbide** est atteint d'au moins deux affections de longue durée, coexistant simultanément.
[b] Une **personne** est **confinée à la maison** si le fait de quitter son domicile exige un effort considérable et éprouvant et si ses absences de la maison sont peu fréquentes, de courte durée ou pour recevoir des traitements médicaux.
[c] L'utilisation du genre masculin pour désigner des personnes a été adoptée dans le présent document afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

environnement (19,21). Cette organisation vise à garantir la qualité et l'efficience des prestations, ainsi qu'à accroître la sécurité des patients.

Il a été démontré que ce modèle, lorsqu'il fonctionne de manière appropriée, améliore la qualité de vie (22) et permet une meilleure utilisation des ressources de santé (23). Les soins à domicile permettent de diminuer le nombre de visites « abusives » aux urgences (20,22), les hospitalisations (24) et les réadmissions précoces (25). Ils permettent également de prévenir le déclin fonctionnel et de retarder les admissions en établissement médico-social dit de longue durée (13).

Les clefs de la réussite d'une collaboration interprofessionnelle résident dans « la conjugaison de volontés individuelles et collectives et de compétences professionnelles et interactionnelles » (26–29). Parmi ces compétences, la communication entre professionnels de la santé est le garant de la qualité des soins (30–32). Tout cela constitue un défi à domicile, où les échanges ont rarement lieu en face à face et où les soins sont fragmentés en actes discontinus autour du patient.

La communication entre professionnels peut notamment être facilitée par l'utilisation d'un outil commun pour faciliter les échanges. Un tel outil doit répondre aux exigences d'une pratique ambulatoire et itinérante des professionnels de la santé. Il devrait être centralisé, partagé et évolutif pour être actualisé continuellement. Il devrait également être confidentiel donc sécurisé, accessible à tous les intervenants et en tout temps et facile d'utilisation (33).

En pratique de terrain, les professionnels de la santé intervenant auprès d'un patient confiné à domicile utilisent souvent un document manuscrit comme outil pour

communiquer entre eux. Ce document, *qui n'est pas un dossier médical*, est la propriété du réseau, mais le patient y conserve un droit d'accès (34)… et d'écriture ! Il peut également être consulté et rempli par ses proches. Il doit idéalement rester à son domicile ou accompagner le patient.

Il n'existe pas d'appellation univoque dans la francophonie pour nommer ce document : dans la suite du texte, l'appellation « carnet de liaison » a été privilégiée arbitrairement.

Une communication écrite efficace en soins de premier recours exige clarté, précision, concision et lisibilité. En effet, le lecteur n'a pas de vis-à-vis pour expliciter le message. Pour qu'une transmission atteigne son objectif, elle doit aussi tenir compte de son destinataire. C'est là que réside la difficulté : les professionnels de la santé proviennent de milieux différents. Ils ne se connaissent que peu et ne font pas toujours confiance aux compétences des autres professionnels (36,40,41). En outre, beaucoup n'ont jamais appris formellement à travailler en équipe.

En Suisse, dans le canton de Genève, les soins à domicile sont assurés par différents prestataires de service d'aide et de soins à domicile. Malgré des initiatives locales et des perspectives intéressantes dans le domaine des nouvelles technologies de l'information et de la communication (N.T.I.C.) (en cours d'élaboration avec l'association PRISM [d] par exemple), le carnet de liaison reste encore le moyen de communication interprofessionnelle le plus utilisé par les différents partenaires de soin, pour les patients suivis à domicile à

[d] Promotion des Réseaux Intégrés des Soins aux Malades : http://www.prism-ge.ch/fr/

Genève. Il peut prendre différentes formes selon le service de soins infirmiers à domicile impliqué.

Les attentes et perceptions des partenaires de soin à l'égard de ce carnet de liaison ont été peu explorées à notre connaissance. En effet, nous ne savons pas si les informations consignées par un partenaire de soin sont jugées pertinentes et utiles par les autres partenaires ou si des informations attendues par les uns sont omises par les autres.

La présente étude a tenté d'explorer les représentations qu'ont les différents partenaires de soin par rapport à la documentation de l'information dans les carnets de liaison, leurs attentes et leurs utilisations (type et modalités). Les objectifs étaient d'une part d'identifier les différences entre ce qui est consigné et ce qui est attendu ; et d'autre part, de comprendre, le cas échéant, leur impact potentiel sur la communication ou la collaboration interprofessionnelle.

METHODE

GENERALITES

CONTEXTE

Le canton de Genève, en Suisse, compte 490 578 habitants au 31/12/2015. Dans ce canton, les soins à domicile sont assurés par différents prestataires de service d'aide et de soins à domicile. L'institution genevoise de maintien à domicile (imad) en est l'un des principaux acteurs : 2 200 collaborateurs délivrent en moyenne 5 000 prestations par jour, auprès de 16 500 patients sur le canton de Genève. Il s'agit d'une organisation publique, autonome, reconnue d'utilité publique. La mission principale de l'imad est d'assurer des prestations de soins, d'aide, d'accompagnement social et de répit, favorisant le maintien à domicile des personnes, en préservant leur autonomie. L'imad travaille en partenariat avec les proches aidants et en coordination avec les autres intervenants du réseau pour optimiser la prise en charge des patients, dans une approche pluridisciplinaire [e].

[e] pour plus d'information, consulter : http://www.imad-ge.ch/fr/index.php

Dans les situations médico-psychosociales complexes, l'imad travaille notamment avec la consultation de gériatrie communautaire [f] de l'Unité de Gériatrie et de Soins Palliatifs Communautaires (U.G.S.P.C.), des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Elle a pour mission la prise en charge d'une population âgée, dépendante, fragile et polymorbide. L'U.G.S.P.C. propose, entre autres activités, des visites à domicile régulières pour le suivi de ces patients, en qualité de « médecin traitant ». Environ 10 médecins sont déployés sur 2 sites pour couvrir la ville de Genève et sa banlieue. Ils effectuent environ 6 000 consultations par année. En 2016, 82,6 % des 556 patients suivis par l'U.G.S.P.C. sont également pris en charge par l'imad.

Entre autres outils de communication utilisés entre les différents intervenants (courriels, télécopies, appels téléphoniques, etc.), l'imad met à disposition des patients un carnet de liaison, appelé communément « carnet vert » en raison de la couleur de sa couverture. « À l'usage du client, de sa famille, de ses proches, des collaborateurs de l'imad […], des médecins traitants, des services partenaires, et des bénévoles ; ce carnet est un outil de communication entre le client et les différentes personnes intervenant à domicile. Une inscription régulière des remarques et des modifications permet de poursuivre ensemble des objectifs communs » peut-on y lire en deuxième de couverture.

---

[f] pour plus d'information, consulter : http://www.hug-ge.ch/medecine-premier-recours/gc

CONCEPTION DE L'ETUDE

Cette étude a été menée par un investigateur principal [g], médecin généraliste doctorant, et quatre co-investigateurs [h].

Nous avons choisi une approche méthodologique mixte : d'abord une étude descriptive rétrospective, suivie d'une étude qualitative par entretiens de groupe focalisé (focus groups).

Nous avons conduit notre étude entre août 2015 et mai 2016, en Suisse, dans le canton de Genève, là où l'imad et l'U.G.S.P.C. étaient impliqués dans des prises en charge communes.

La commission cantonale d'éthique de la recherche de Genève a approuvé notre projet de recherche. L'étude a été financée par le fonds « MIMOSA », de la faculté de médecine de l'université de Genève.

PREMIERE ETAPE : UNE ETUDE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE

Nous avons réalisé une étude descriptive, transversale, non participante et rétrospective de *messages* [i] laissés dans des carnets de liaison.

---

[g] M. Julien LE BRETON

[h] par ordre alphabétique : 1) **Mme Patricia HUDELSON**, Ph. D, anthropologue médicale, Consultation Transculturelle et Interprétariat, HUG ; 2) **Dre Noëlle JUNOD-PERRON**, médecin adjointe agrégée du S.M.P.R, HUG ; 3) **Pre Sophie PAUTEX**, professeure, responsable de l'U.G.S.P.C, S.M.P.R, HUG ; 4) **M. Olivier PERRIER-GROS-CLAUDE**, directeur adjoint des prestations de l'imad.

[i] Par « message », on entend un texte manuscrit, consigné dans le carnet de liaison, produit par un auteur donné, à un moment donné.

ECHANTILLONAGE

Nous avons choisi des carnets de liaison parmi ceux de patients, indifféremment de leur sexe, suivis au niveau médical par l'U.G.S.P.C. Il s'agissait donc de patients âgés (plus de 65 ans), fragiles, polymorbides et confinés à domicile.

Nous avons demandé à chacun des médecins en activité au deuxième semestre 2015 de sélectionner un ou deux carnet(s) de liaison jugé(s) « intéressant(s) » ou « emblématique(s) », selon leurs propres vécus, sur le thème de la communication écrite interprofessionnelle à domicile.

L'étude était fermée aux personnes exprimant leur refus de participer. Ont été exclues de l'étude les personnes qui étaient incapables de discernement pour lesquelles le consentement écrit du représentant légal ou, à défaut, d'un proche du patient n'a pu être recueilli.

COLLECTE DES DONNEES

Les patients ont été invités à prêter leurs carnets sur une base volontaire, après un entretien d'information personnalisé et remise d'une feuille d'information écrite. Tous les participants ont signé une déclaration écrite de consentement pour la participation à l'étude, leur garantissant l'anonymat.

Une copie numérique (photographies) du carnet de liaison en cours d'usage, dans son intégralité, était ensuite réalisée directement au domicile du patient.

ANALYSE

Nous avons réalisé une analyse de contenu d'extraits (les deux premières et les deux dernières pages de la partie narrative dédiée aux « transmissions ») de chacun des onze carnets de liaison (sachant qu'il y avait en moyenne 18 pages remplies par carnet ; écart-type = 7 pages) collectés en août 2015.

Nous avons élaboré progressivement une grille de codage de manière inductive et déductive. Pour la partie déductive, nous nous étions posés les questions suivantes :

- Comment catégoriser simplement les « caractéristiques » des messages (sur la mise en forme et non sur le fond) ?
- Quels sont les auteurs de messages ?
- Y a-t-il un destinataire aux messages ?
- Quelles sont les thématiques abordées dans les messages ?

Les messages ont été lus à plusieurs reprises et nous avons discutés régulièrement les codes employés pour atteindre un consensus sur leur sens précis, les catégoriser et uniformiser leur emploi (cf. ANNEXE I).

Le codage a été effectué à l'aide d'un logiciel d'analyse de données qualitatives (MAXQDA®). Précisions qu'à une unité de sens pouvait correspondre un ou plusieurs codes. Deux co-investigateurs [j] ont révisé quatre des onze extraits de carnets de liaison

[j] Mme Patricia HUDELSON et Dre Noëlle JUNOD-PERRON.

codés pour valider le codage en discussion. Il a été jugé clair et cohérent dans plus de 80 % des cas.

Nous avons rapidement atteint le seuil de saturation des données (redondance de l'information), aussi avons-nous décidé empiriquement et en réunion de nous limiter à ces onze premiers carnets recueillis.

Nous nous sommes intéressés à la fréquence des thèmes et à la manière dont ils étaient utilisés, lors de discussions entre investigateurs. Les points saillants identifiés ont servis de base pour l'élaboration d'un guide d'entretien de groupe focalisé (focus group) ; cf. ci-après, la deuxième étape de cette étude.

DEUXIEME ETAPE : UNE ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS DE GROUPE FOCALISE [k] (FOCUS GROUP)(35)

Dans un second temps, nous avons choisi une approche qualitative, au moyen de focus groups, pour explorer les représentations des principaux professionnels de santé concernés.

PARTICIPANTS

Nous avons échantillonné sur la base des résultats de l'analyse préliminaire (cf. ci-avant, la première étape de cette étude) et après discussion au sein de l'équipe de recherche. Nous avons identifié les principaux groupes de professionnels de santé, impliqués dans l'usage du

[k] Conformément à l'appellation du GROupe Univertaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM.F) : http://www.groumf.fr/fr/

carnet de liaison, suivants : les médecins, les infirmiers, les aides-soignants et les assistants en soins et santé communautaire (A.S.S.C.).

Pour des raisons de praticité, nous avons réalisé un échantillon de convenance.

La participation était ouverte à l'ensemble des médecins travaillant au sein de l'U.G.S.P.C, au cours de l'hiver 2015-2016 (11 médecins, sans compter l'investigateur principal de cette étude). Ceux-ci ont été informés et invités par courriel à participer à l'étude. Un médecin ayant précédemment travaillé à l'U.G.S.P.C., récemment installé, a également été inclus. Tous connaissaient l'investigateur principal et l'un des co-investigateurs [l].

Les autres soignants ont été recrutés au sein des collaborateurs de l'imad, impliqués dans les soins de patients suivis par l'U.G.S.P.C. Ceux-ci ont été informés et invités par courriel à participer à l'étude. Tous connaissaient au moins l'un des co-investigateurs [m].

Nous avons invité les personnes intéressées à s'inscrire à l'un de ces groupes, selon leur profession. En dehors de la profession, aucun critère d'inclusion ou d'exclusion explicite n'était donné (la maîtrise du français étant implicite) au sein d'un même groupe pour assurer un maximum de diversité de caractéristiques socio-démographiques, telles que genre, âge, groupe ethnique et niveau d'expérience du terrain.

L'intérêt des participants pour l'étude et des facteurs pragmatiques (disponibilité sur le temps de travail de chacun et délai de réalisation de l'étude) ont influencé la taille de chaque groupe.

---

[l] Pre Sophie PAUTEX.
[m] M. Olivier PERRIER-GROS-CLAUDE.

COLLECTE DES DONNEES

Nous avons mis sur pied deux séries de trois focus groups. Chaque série comprenait un groupe de médecins, un groupe d'infirmiers et un groupe combinant aides-soignants et/ou assistants en soins et santé communautaire (A.S.S.C.), faute d'avoir réussi à recruter suffisamment d'aides-soignants.

Tous les participants étaient volontaires pour la constitution de chacun des groupes. Ils ont préalablement signé une déclaration écrite de consentement pour la participation à l'étude, leur garantissant l'anonymat. Un bref questionnaire sur leurs caractéristiques socio-démographiques et leur perception de l'utilité globale du carnet de liaison a également été rempli.

Deux enquêtrices ont co-animé chacun des focus groups. Pour éviter tout inconfort des participants en lien avec une relation hiérarchique ou collaborative, enquêtrices et participants ne se connaissaient pas avant le commencement des focus groups. L'animatrice [n] était extérieure au milieu des soins et formée aux outils méthodologiques de recueil de données qualitatives. L'observatrice était une personne différente selon le groupe de professionnels de santé [o]. Le rôle de cette-dernière consistait à prendre des notes, veiller à la participation de tous, clarifier des propos et faire une synthèse à la fin de la séance.

---

[n] Mme Virginie Müller-Juge.

[o] **Pour les médecins :** l'observatrice était une assistante de recherche, différente à chaque fois : Mme Naïke Bochatay et Mme Jehanne De Grasset ; **pour les infirmiers :** Dre Noëlle JUNOD-PERRON, médecin n'effectuant pas de visite à domicile ; **pour les aides-soignants et A.S.S.C. :** Mme Patricia HUDELSON.

Les discussions ont été animées à l'aide d'un guide d'entretien préalablement élaboré. Ce guide a été élaboré sur la base des résultats de l'analyse préliminaire (cf. ci-avant, la 1ère étape de cette étude). Il a été testé lors d'un entretien pilote individuel semi-directif, avec un infirmier indépendant exerçant à domicile. Le guide a ensuite été adapté avant la deuxième série de focus groups (cf. Tableau 1).

Tous les focus groups ont été réalisé dans des salles de formation situées dans les locaux du siège administratif de l'imad. Une collation était offerte aux participants pour créer un climat convivial et tous ont reçu un bon d'achat d'une valeur de vingt francs suisse en guise de remerciement. Les focus groups ont tous été enregistrés sur un support audio-numérique. Ils ont duré environ 1 h 30.

Une tierce personne [p], indépendante des investigateurs, a transcrit *ad verbatim* au format numérique les enregistrements audio, dans leur intégralité, à l'aide d'un logiciel de traitement de texte et d'aide à la transcription (f4/f5 transkript®). Elle a effectué l'anonymisation des données (lieux et personnes mentionnées) desdits focus groups, au moment de leur transcription et avant leur analyse par les investigateurs.

---

[p] Mme Nuria Scherly.

Tableau 1. Guide d'entretien

GENERALITES ET USAGE (perceptions, représentations et difficultés)
1. *L'animatrice montre le carnet et demande :* « QU'EST-CE QUE C'EST ? »
2. A QUOI EST-CE QU'IL SERT ?
3. SELON VOUS, QUI DOIT ECRIRE DANS LE CARNET DE LIAISON ?
4. A QUI S'ADRESSENT LES MESSAGES LAISSÉS DANS LE CARNET ?
5. *L'animatrice dit :* « Dans une collaboration interprofessionnelle, plusieurs moyens de communication peuvent être utilisés en plus ou à la place du carnet de liaison : les courriels, le fax, les appels téléphoniques, les rencontres, etc. », *puis demande :* « QUEL EST L'INTÉRÊT DU CARNET DANS LA COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE ? »
6. QUELS SONT LES PROBLEMES QU'IL PEUT Y AVOIR AVEC LE CARNET POUR LA COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE ?
ATTENTES
7. DE MANIERE GENERALE, SELON VOUS, QUELLES INFORMATIONS DEVRAIENT ÊTRE ÉCRITES DANS LE CARNET ?
8. QUAND VOUS LISEZ LE CARNET, QUELLES INFORMATIONS RECHERCHEZ-VOUS ?
9. EST-CE QUE LES CARNETS QUE VOUS RENCONTREZ DANS LE CADRE DE VOTRE TRAVAIL REPONDENT A VOS BESOINS ?
OUVERTURE ET FINALISATION
10. EN QUOI LE CARNET CONTRIBUE-T-IL AU TRAVAIL DES SOIGNANTS A DOMICILE ?
11. SELON VOUS, QUE POURRAIT-ON FAIRE POUR FACILITER LA COMMUNICATION ET LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE, DANS LE CONTEXTE DES SOINS À DOMICILE ?

ANALYSE

Notre avons élaboré progressivement une grille de codage de manière inductive, selon une approche thématique (36). Les transcriptions ont été lues à plusieurs reprises pour procéder à un codage « ouvert », en 2 étapes : le *repérage* des mots ou expressions porteurs de sens (verbatim) et leur *catégorisation*. Les codes employés ont été discutés régulièrement en réunion pour atteindre un consensus sur leur signification et uniformiser leur emploi. Précisions qu'à une unité de sens pouvait correspondre un ou plusieurs codes. Le codage a été effectué à l'aide d'un logiciel d'analyse de données qualitatives (MAXQDA®). L'un des

co-investigateurs [q] a révisé deux des six transcriptions de focus groups codés pour valider le codage.

Nous avons réalisé une analyse thématique des données collectées. Cette analyse était transversale et ne tenait pas compte de la dynamique de l'organisation du discours. Nous avons exploré, lors de discussions entre investigateurs, les ressemblances et les différences entre les différentes professions de santé.

Nous avons jugé empiriquement la saturation atteinte : les résultats de la deuxième série de focus groups étaient concordants et n'ont pas apporté d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une nouvelle récolte de données.

---

[q] Dre Noëlle JUNOD-PERRON.

RESULTATS

PREMIERE ETAPE : DESCRIPTION DU CONTENU DES MESSAGES

Sur 13 patients inclus en août 2015, 11 carnets de liaison ont été analysés ; 1 personne a refusé de participer d'emblée, lors de la prise de rendez-vous ; 1 carnet a été détruit accidentellement, suite à une erreur de manipulation informatique. Aucune personne n'a révoqué son consentement.

Le tableau 2 synthétise le profil des patients dont nous avons analysé les carnets. Ces patients étaient majoritairement des femmes âgées de 84 ± 7,8 ans, jugées très fragile (score SEGA-A [r] > 11). Environ les 3/4 a besoin d'une aide, même ponctuelle, pour les activités de la vie quotidienne (A.V.Q. [s]), d'où une fréquence élevée de passage hebdomadaire de soignants. Parmi les résultats de cette analyse, notons que maintien à domicile implique l'intervention d'au moins 5 partenaires de soins (proches-aidants inclus).

---

[r] **Grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment) ; volet A (37,38) :** Cette grille, initialement créée par Schoevaerdt et al, a été modifiée pour être adaptée à une population vivant à domicile. Elle permet d'évaluer le niveau de fragilité d'une personne âgée. Un score > 11 correspond à un individu « très fragile » : http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Grille_SEGA_A_validee.pdf.

[s] Les activités de la vie quotidienne (A.V.Q.) ou activités élémentaires sont se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes et contrôler ses sphincters. Les A.V.Q. permettent de mesurer l'indépendance d'une personne, c'est-à-dire sa capacité fonctionnelle à accomplir les A.V.Q.

Tableau 2. Profil des 11 patients

Femme [N (%)]		7 (64)
Age moyen [ans ± écart-type]		84 ± 7,8
Habite seul [N (%)]		6 (55)
Capable de s'exprimer [N (%)]		11 (100)
Isolement social [N (%)]		1 (9)
Score moyen de comorbidité de Charlson [t] [n ± écart-type]		3 ± 2,2
Score moyen de fragilité selon la grille SEGA-A [u] [n ± écart-type]		11 ± 3,5
Nombre moyen de partenaires de soins [v] autour du patient [n ± écart-type]		6 ± 1,2
imad comme S.S.I.A.D. * [N (%)]		10 (91)
Nombre moyen de passage [w] de soignants hebdomadaire [jours ± écart-type]		4 ± 2,7
Prestation de soins, d'aide et d'accompagnement	Bilan de l'évolution de l'état de santé [N (%)]	11 (100)
	Préparation et/ou administration des traitements [N (%)]	8 (73)
	Mesures diagnostiques [N (%)]	11 (100)
	Soins de base [N (%)]	8 (73)
	Aide pratique [N (%)]	4 (36)
	Livraison de repas à domicile [N (%)]	7 (64)

** : S.S.I.A.D. = Service de Soins Infirmiers A Domicile*

Le tableau 3 montre les caractéristiques des messages analysés dans notre échantillon, selon la profession de l'auteur.

[t] **Score de comorbidité de Charlson (39) :** Score prédictif de survie. Un score de 3 équivaut à un taux de survie de 77 % à 10 ans : http://www.revmed.ch/Scores/SCORES-PRONOSTIQUES/PRONOSTIC-GENERAL/Score-de-comorbidite-CHARLSON.

[u] **Grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment) ; volet A (37,38) :** Cette grille, initialement créée par Schoevaerdt et al, a été modifiée pour être adaptée à une population vivant à domicile. Elle permet d'évaluer le niveau de fragilité d'une personne âgée. Un score > 11 correspond à un individu « très fragile » : http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Grille_SEGA_A_validee.pdf.

[v] **Partenaires (professions et structures) de soins considérées :** médecin référent, infirmier, aide-soignant ou A.S.S.C., aide à domicile, pharmacien, assistant social, physiothérapeute, ergothérapeute, diététicien, pédicure-podologue, hôpital de jour, foyer de jour et proche-aidant.

[w] **Un « passage »** étant défini par la venue, régulière et programmée, au domicile du patient d'au moins un partenaire de soin, au moins une fois dans une journée ; soit 7 passages par semaine maximum.

Tableau 3. Caractéristiques des messages en fonction des principaux auteurs

Auteurs	Médecins	Infirmiers	A.S.S.C.	Aides-Soignants	Autres	TOTAUX
Messages analysés [N (%)]	**24 (11,6)**	**106 (51,2)**	**16 (7,7)**	**21 (10,1)**	**40 (19,3*)**	**207 (100)**
LISIBILITE [N (%)] :						
Bonne	20 (83,3)	103 (97,2)	16 (100)	18 (85,7)	36 (90)	193 (93,2)
Illisible	0	0	0	0	0	0
Intermédiaire	4 (16,6)	3 (2,8)	0	3 (14,3)	4 (10)	14 (6,8)
Totaux :	**24 (100)**	**106 (100)**	**16 (100)**	**21 (100)**	**40 (100)**	**207 (100)**
STRUCTURE [N (%)] :						
Organisée	12 (50)	14 (13,2)	0	2 (9,5)	3 (7,5)	31 (15,0)
Sans structure	1 (5,2)	24 (22,6)	5 (31,25)	9 (42,9)	6 (15)	45 (21,7)
intermédiaire	11 (45,8)	64 (60,4)	9 (56,25)	7 (33,3)	21 (52,5)	112 (54,1)
Non applicable	0	4 (3,8)	2 (12,5)	3 (14,3)	10 (25)	19 (9,2)
Totaux :	**24 (100)**	**106 (100)**	**16 (100)**	**21 (100)**	**40 (100)**	**207 (100)**
STYLE [N (%)] :						
Phrases	0	8 (7,6)	1 (6,25)	5 (23,8)	3 (7,5)	17 (8,2)
Mots-clefs	12 (50)	19 (17,9)	8 (50)	7 (33,3)	15 (37,5)	61 (29,5)
Mixte	12 (50)	79 (74,5)	7 (43,75)	9 (42,9)	22 (55)	129 (62,3)
Totaux :	**24 (100)**	**106 (100)**	**16 (100)**	**21 (100)**	**40 (100)**	**207 (100)**

** : dont 16,4% de messages où la fonction de l'auteur est inconnue.*

GENERALITES

Les messages étaient tous globalement lisibles, mais manquaient de structure : la plupart du temps, seul un retour à la ligne permettait de deviner un cheminement logique. Le style télégraphique était prédominant.

Le principal auteur était l'infirmier dans un peu plus de la moitié des messages étudiés. Aucun des patients n'a écrit et leurs proches écrivaient rarement.

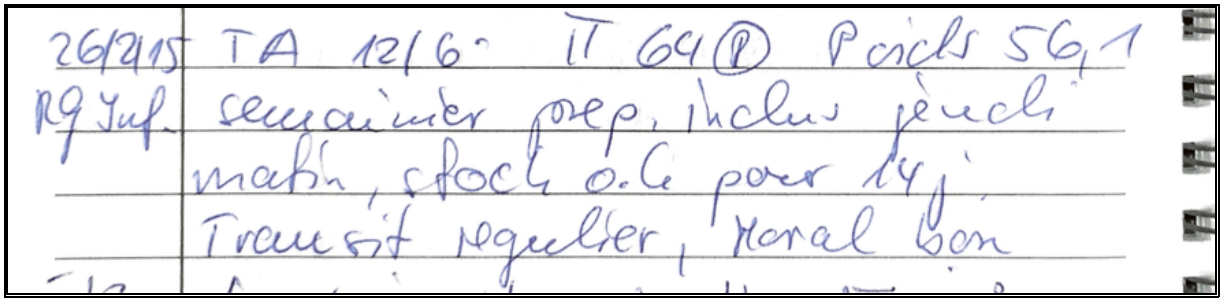
Tableau 3. Caractéristiques des messages en fonction des principaux auteurs (suite)

Auteurs	Médecins	Infirmiers	A.S.S.C.	Aides-Soignants	Autres	TOTAUX
messages analysés [N (%)]	**24 (11,6)**	**106 (51,2)**	**16 (7,7)**	**21 (10,1)**	**40 (19,3*)**	**207 (100)**
INFORMATION [N (%)]						
Interrogatoire	7 (16,3)	83 (24)	4 (11,4)	4 (9,1)	12 (12,8)	**110 (19,6)**
Examen physique	4 (9,3)	77 (22,2)	13 (37,1)	3 (6,8)	20 (21,3)	**117 (20,8)**
Appréciation clinique	9 (20,9)	31 (9)	2 (5,7)	8 (18,2)	9 (9,6)	**59 (10,5)**
Acte réalisé	4 (9,3)	79 (22,8)	12 (34,3)	17 (38,6)	32 (34,1)	**144 (25,6)**
Planification	19 (44,2)	33 (9,5)	0	1 (2,3)	7 (7,4)	**60 (10,7)**
Autre	0	9 (2,6)	2 (5,7)	4 (9,1)	7 (7,4)	**22 (3,9)**
PORTE-PAROLE	0	20 (5,8)	1 (2,9)	1 (2,3)	1 (1,1)	**23 (4,1)**
ECHANGE [N (%)]						
Avertissement	0	2 (0,6)	1 (2,9)	5 (11,4)	4 (4,2)	**12 (2,1)**
Demande	0	9 (2,6)	0	1 (2,3)	0	**10 (1,8)**
Question	0	3 (0,9)	0	0	2 (2,1)	**5 (0,9)**
Totaux :	***43 (100)***	***346 (100)***	***35 (100)***	***44 (100)***	***94 (100)***	***562 * (100)***
CONFIRMATION	1	3	0	0	1	**5 ** **
DESTINATAIRE IDENTIFIE [N (%)]						
Explicite	0	2 (1,8)	0	0	0	**2 (1,0)**
Implicite	6 (25)	8 (7,3)	0	1 (4,8)	1 (2,5)	**16 (7,6)**
Aucun	18 (75)	99 (90,8)	16 (100)	20 (95,2)	39 (97,5)	**192 (91,4)**
Totaux	***24 (100)***	***109 (100)***	***16 (100)***	***21 (100)***	***40 (100)***	***210 (100)***
THEMATIQUE [N (%)]						
Somatique	11 (21,2)	154 (42,5)	18 (42,9)	5 (7,2)	26 (26,5)	**214 (34,3)**
Médicament	15 (28,8)	87 (24)	13 (30,9)	11 (15,9)	20 (20,4)	**146 (23,4)**
Paraclinique	16 (30,8)	43 (11,9)	1 (2,4)	1 (1,4)	8 (8,2)	**69 (11,1)**
A.V.Q.	3 (5,8)	19 (5,2)	5 (11,9)	12 (31,9)	20 (20,4)	**59 (9,5)**
Nutrition	0	23 (6,3)	4 (9,5)	14 (20,3)	9 (9,2)	**50 (8,0)**
Gestion	1 (1,9)	9 (2,5)	0	16 (23,2)	7 (7,1)	**33 (5,3)**
"va bien"	4 (7,7)	13 (3,6)	0	7 (10,1)	4 (4,1)	**28 (4,5)**
Psychologique	1 (1,9)	8 (2,2)	0	1 (1,4)	0	**10 (1,6)**
Cognitif	0	3 (0,8)	0	1 (1,4)	1 (1)	**5 (0,8)**
Social	0	1 (0,3)	0	1 (1,4)	0	**2 (0,3)**
Autre	1 (1,9)	2 (0,5)	1 (2,4)	0	3 (3,1)	**7 (1,1)**
Totaux	***52 (100)***	***362 (100)***	***42 (100)***	***69 (100)***	***98 (100)***	***623 * (100)***

** : différent des 207 messages car à une unité de sens pouvait correspondre un ou plusieurs codes ;*
*** : soit 33,3% des tentatives d'échanges (= question + demande).*

Les thèmes principalement abordés dans les messages relevaient du somatique et des médicaments. Rares étaient les messages faisant référence au contexte social du patient ou de son état cognitif.

Les messages contenaient surtout de l'information « brute » — fondée sur l'observation ou rapportant des propos. Les messages contenaient peu d'identification de « problème », de diagnostic, voire d'interprétation, impression ou jugement porté sur une situation : ce que nous avons appelé « appréciation clinique ». Il s'agissait la plupart du temps d'une restitution des activités de l'auteur faites sur le moment, durant son passage au domicile du patient (1/4 du contenu de l'ensemble des messages). Venaient ensuite des données d'examen physique, notamment les paramètres vitaux.

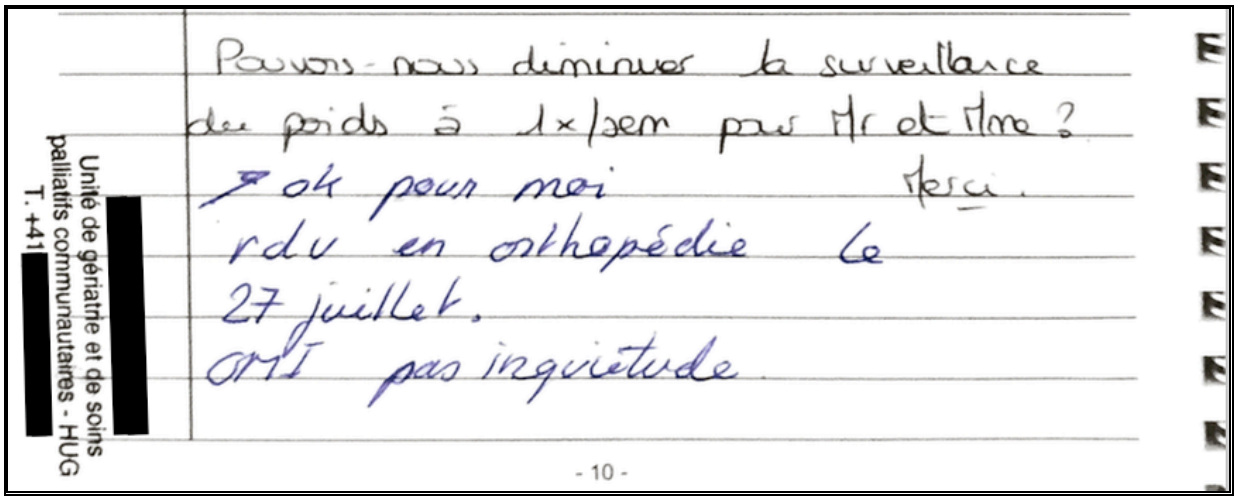

26/2/15 TA 12/6 · π 64 (P) Poids 56,1
Rq Inf. semainier prep, inclus jeudi
matin, stock o.k pour 14 j.
Transit regulier, Moral bon

– extrait du carnet #09, page 2

Le plan d'intervention (initial ou sa réévaluation) était absent des messages. Nous n'avons jamais observé de consignation d'objectif(s) de soin, *a fortiori* d'objectif(s) de soin *commun*. Les messages traitaient peu des besoins ou des opinions du patient.

La proportion de messages explicitement rédigés pour communiquer — c'est-à-dire avec pour objectif d'interagir avec un destinataire (question ou demande) — était faible comparativement à la quantité de texte produite. Aucun destinataire n'était identifié la

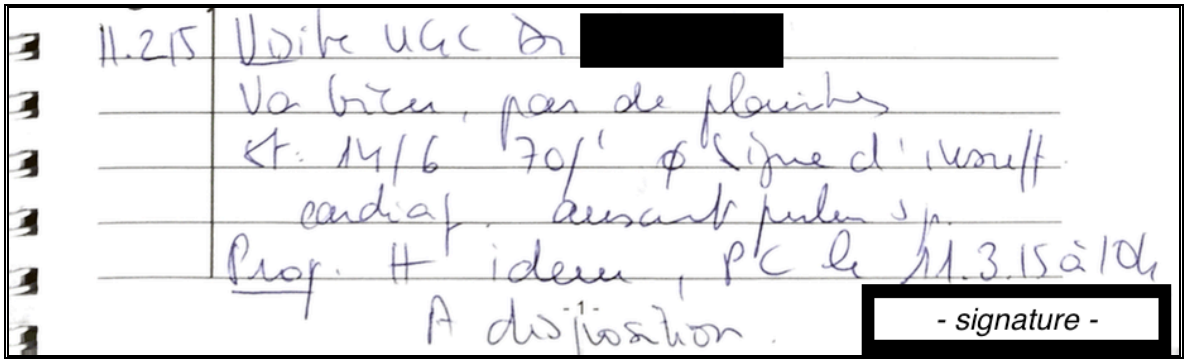
plupart du temps ; dans le cas contraire, il était le plus souvent implicite. Seul un tiers des demandes explicites et questions portait une marque témoin d'une lecture ou une réponse :



– extrait du carnet #05, page 10

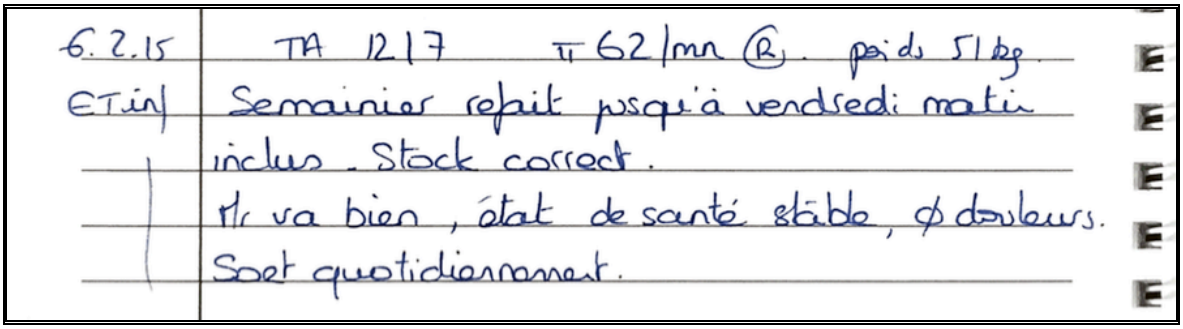
PAR PROFESSION DE SANTE

Dans notre échantillon, les messages des médecins n'avaient aucun destinataire identifié. Les médecins consignaient plutôt des informations relatives au plan d'investigation prévu pour le patient (examens paracliniques demandés), son suivi (date du prochain rendez-vous) et la gestion du traitement. Aucune demande ou question n'a été formulée.



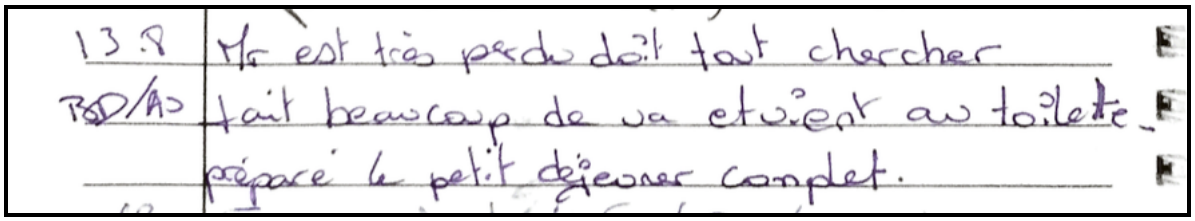
– extrait du carnet #09, page 01

Les infirmiers et A.S.S.C. consignaient la plupart du temps des informations somatiques obtenues par l'interrogatoire (symptôme du patient), les paramètres vitaux presque systématiquement et des actes réalisés en rapport avec la gestion des médicaments. Parfois des demandes infirmières étaient faites, dont le destinataire était implicitement le médecin. Les infirmiers étaient ceux parmi les soignants qui attestaient le plus avoir pris en compte une demande, une question ou un avertissement.


6.2.15 TA 12/7 π 62/mn (R). poids 51 kg.
ETin/ Semainier refait jusqu'à vendredi matin
inclus. Stock correct.
Mr va bien, état de santé stable, ∅ douleurs.
Soet quotidiennement.

– extrait du carnet #04, page 02

Les aides-soignants étaient les moins structurés dans la présentation de leurs informations. Ils consignaient quant à eux plutôt des actes en rapport avec les activités de gestion et d'entretien du domicile du patient et/ou son alimentation en général.


13.8 Mr est très perdu doit tout chercher
BD/AS fait beaucoup de va et vient au toilette.
prépare le petit déjeuner complet.

– extrait du carnet #01, page 02

Ces constations nous ont amené à questionner les principaux utilisateurs du carnet de liaison sur leurs perceptions de ce support : Quelle est l'utilité du carnet de liaison ? A quoi sont-ils attentifs en tant que lecteur ? Et en tant que rédacteur ? Quelle place occupe ce carnet dans la communication interprofessionnelle ?

DEUXIEME ETAPE : PERCEPTIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNANT LE CARNET DE LIAISON

Sur 34 personnes incluses, 31 personnes ont été interrogées, entre mars et avril 2016 ; 1 médecin a refusé de participer en raison d'une indisponibilité et 1 médecin a annulé la veille du focus group, pour conflit d'agenda ; 1 infirmier ne s'est pas présenté, sans explication. Aucune personne n'a ensuite révoqué son consentement.

Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 4. Tous déclaraient être à l'aise, voire très à l'aise, avec la pratique de l'écriture en Français et la plupart étaient francophone de naissance. Les médecins étaient plus jeunes et moins expérimentés dans le domaine des visites à domicile que les autres professionnels. Les A.S.S.C. et aides-soignants étaient les plus expérimentés dans ce domaine. Les infirmiers étaient globalement les moins satisfaits du carnet de liaison.

Tableau 4. Caractéristiques des participants aux focus groups

	Médecin	**Infirmier**	**Aide-Soignant ou A.S.S.C.**
Nbr. de participants [N]	10	14	7
Femme [N (%)]	6 (60,0)	12 (85,7)	6 (85,7)
Age moyen [ans ± écart-type]	37 (3,6)	41 (6,6)	50 (4,0)
Exerce depuis [ans ± écart-type]	10 (3,3)	15 (8,8)	20 (10,4)
Fait des VAD * depuis [N (%)] :			
< 1 an	7 (70)	1 (7,1)	1 (14,3)
entre 1 et 10 ans	3 (30)	9 (64,3)	2 (28,6)
> 10 ans	0	4 (28,6)	4 (57,1)
Nbr. VAD * / j [N ± écart-type]	4 (0,8)	8 (1,4)	7 (2,0)
Langue maternelle française [N (%)]	9 (90,0)	12 (85,7)	4 (57,1)
Aisance à l'écrit en Français [N ± écart-type] *(sur une échelle de 1 : pas bonne, à 5 : très bonne)*	4,9 (0,2)	4,6 (0,5)	3,9 (0,5)
Utilité perçue du carnet dans la collaboration interprofessionnelle [N ± écart-type] *(sur une échelle de 1 : totalement inutile, à 10 : extrêmement utile)*	8,0 (1,0)	6,2 (1,9)	9,3 (0,8)

** : VAD = Visite A Domicile.*

Après analyse des transcriptions des focus groups, nous avons mis en évidence des similitudes et des différences entre professionnels de santé au sujet de la communication écrite à domicile, pour le suivi de patients polymorbides. Le tableau 5 en présente les points saillants :

- tous s'accordaient sur les besoins d'une écriture professionnelle pour une communication efficace : exigence d'une information complète, claire, concise et structurée pour être opportune ;

- une partie variable, selon la profession, des attentes n'étaient pas satisfaites et notamment l'absence du projet de vie du patient et du but de la prise en charge (précisons d'emblée que les listes des antécédents, des traitements et des personnes ressources n'étaient pas spécialement attendues dans la partie narrative dédiée aux « transmissions » du carnet de liaison) ;

- de nombreux freins à la communication écrite à domicile (tant du côté du rédacteur, que du lecteur) ont été évoqués : absence de mode d'emploi, transmission asynchrone et unidirectionnelle, doublon avec d'autres supports écrits, informations manquantes, incomplètes ou non actualisées, maintien de la confidentialité et du secret professionnel.

- L'usage d'un carnet de liaison était toutefois perçu comme utile à bien des égards : matérialisation du réseau, coordination, centralisation de l'information et accès à l'historique du patient ; ces deux derniers aspects répondant particulièrement à l'attente d'obtenir une « vision globale » du patient. Tous évoquaient la possibilité de rendre des comptes (ne serait-ce qu'attester de sa présence) vis-à-vis du réseau, de la famille ou des proches, voire du patient, comme bénéfice secondaire.

- Il existait des divergences de points de vue entre professionnels de santé : les médecins ne considéraient pas le carnet de liaison comme un support approprié pour formuler des questions ou des demandes ; seuls les infirmiers formulaient et poursuivaient des objectifs de soin ; les aides-soignants et A.S.S.C. s'appropriaient le carnet pour se faire le porte-parole du patient, en consignant notamment son ressenti et ses besoins matériels quotidiens.

Tableau 5.	**Perceptions de la communication écrite à domicile**	**Médecins**	**Infirmiers**	**Aides-Soignants et A.S.S.C.**
	REDACTEUR			
Contenu	Objectif fixé avec le patient		•	
	Planification *(tâche à faire, traitement, RdV, etc.)*	•		
	Changements *(modification ou nouveauté)*	•	•	•
	Question ou demande		•	•
	Acte réalisé		•	•
Thème	Santé du patient	•	•	•
	Ressenti du patient			•
	Vie quotidienne du patient			•
Destinataire principal	Le Médecin		•	
	L'Infirmier	•		•
	Les proches			•
	La Personne qui viendra ensuite		•	•
Motivations	Expliquer	•		
	Renforcer une communication faite aussi autrement	•	•	
	Informer, signaler	•	•	•
	Rendre des comptes	•	•	•
	Légitimer son travail		•	•
	Se faire le porte-parole du patient			•
	Par habitude		•	
Code de rédaction	Objectivité, factuel	•	•	•
	Concision	•	•	
Difficultés	Asynchrone et unidirectionnel	•	•	•
	Doublon avec d'autres supports écrits	•	•	•
	Absence de mode d'emploi *(structuration de l'information)*	•	•	•
	Secret professionnel et confidentialité	•	•	•
	Choix du vocabulaire	•	•	•
	Influence du contexte dans lequel est produit le message		•	•
	UTILITE			
	Coopérer	•	•	
	Centraliser les informations	•	•	•
	Matérialiser le réseau	•	•	•
	(Se) Coordonner	•	•	•
	Accéder à l'historique du patient	•	•	•
	Garantir la traçabilité		•	•
	Communiquer avec autrui *(question/réponse)*		•	•
	Apprendre un procédé à travers la lecture d'autrui			•
	Rassurer… *le patient*			•
	les proches		•	•
	l'équipe	•		

Tableau 5.	**(suite)**	**Médecins**	**Infirmiers**	**Aides-Soignants et A.S.S.C.**
	LECTEUR			
Informations attendues	Objectif(s) de soin défini(s)		•	
	Emploi du temps du patient *(RdV médicaux, absence)*	•	•	•
	Changements *(modification ou nouveauté)*	•	•	•
	Réponse ou retour sur une demande formulée	•	•	•
	Nature et fréquence des prestations de soins	•	•	
	Obtenir un autre point de vue	•	•	
	Coordonnées des "personnes ressources"	•	•	•
	Vision globale de l'état de santé du patient	•	•	•
	Antécédent(s) et allergie(s) connue(s)	•		
	Liste des médicaments	•	•	
	Environnement *(sécurité)* et vie sociale du patient			•
	Souhait(s), priorité(s) ou projet *de vie* du patient	•		
	But ; projet *de soin*	•	•	
	Renseignements donnant un sens aux tâches à accomplir		•	
Obstacles	Asynchrone et unidirectionnel		•	
	Multiplicité des sources d'informations		•	•
	Absence de mode d'emploi *(structuration de l'information)*	•	•	•
	Informations manquantes, incomplètes et/ou non actualisées	•	•	•
	Qualité des messages *(pertinence, concision, clarté)*	•	•	•
	Absence de messages de certains partenaires	•	•	•
	PROPOSITIONS D'AMELIORATION			
	Clarifier la répartition des tâches	•		
	Clarifier les attentes des uns et des autres	•	•	•
	Structurer l'information	•	•	•
	Informatisation	•	•	•
	(Se) Former		•	•
	Renforcer l'esprit d'équipe *(soutien mutuel)*			•

Nous avons identifié quatre idées principales, que nous développerons ci-après, à travers l'analyse des propos tenus :

1. Le carnet de liaison est plus qu'un simple recueil d'informations et de messages (cf. « Tout un symbole ») ;

2. Ecrire dans ce carnet est plus complexe qu'il n'y paraît au premier abord (cf. « Ecrire… ou pas ? : telle est la question ! ») ;

3. Actuellement, les professionnels de santé interrogés semblent plus travailler en réseau qu'en équipe (cf. « Un Réseau, oui ; une équipe, non »).

4. Le patient se situe le plus souvent en dehors de la communication écrite interprofessionnelle (cf. « Une Approche centrée sur le patient ? »).

TOUT UN SYMBOLE

Pour l'ensemble des participants, toutes professions confondues, la vocation première donnée au carnet de liaison, était de centraliser l'information au sujet d'un patient donné. Identifié par tous — *au-delà même du réseau de soignants de première ligne* — en tant que tel, ce support a été décrit comme un repère prisé et recherché, d'autant qu'il est accessible et facile d'utilisation. Son intérêt pour des consultants extérieurs intervenant dans le cadre de l'urgence (« SOS Médecin », personnels des services d'accueil des urgences hospitalier, etc.) a été souligné par médecins et infirmiers pour la recherche d'information contextuelle.

> C'est l'seul support d'informations auquel tout l'monde peut avoir accès, sans passer par des contraintes informatiques ou téléphoniques. S'il peut centraliser […] les commentaires de tous les intervenants, consultants et autres, c'est dans l'intérêt du patient, finalement.
>
> – Médecin 3. Focus group 1, paragraphe 115

> Ça permet d'faire un lien et d'comprendre un peu mieux cette personne : qu'est-ce qui est normal, qu'est-ce qui n'l'est pas ? où c'est qu'j'peux avoir les informations concernant la famille ? quelles sont les ressources ? est-ce qu'y'a des ressources ? Les traitements ? Faire un lien entre le traitement, la pathologie, les symptômes […].
>
> – Infirmier 7. Focus group 2, paragraphe 175

> J'le vois plutôt comme un relais d'communication entre nous, le personnel qui passons chez les gens, avec la famille ou avec les médecins des fois, et vice-versa, quoi. […] Quand les gens vont chez l'médecin, on leur

> demande de prendre leur carnet avec eux, pour qu'le médecin puisse écrire des choses dedans. […] Et puis, des fois, on a des messages de la famille, qui passe pas régulièrement chez les gens, et qui nous laisse un message : « pouvez-vous vérifier… ? » […] Donc vraiment un […] carnet de communication et de relais entre tous ceux qui gravitent autour d'la personne chez qui on va.
>
> – Aide-Soignant 4. Focus group 6, paragraphe 58

La plupart des participants soulignaient l'importance symbolique que revêt ce carnet de liaison dans la matérialisation du réseau formé par l'ensemble des partenaires de soins, au sens large.

> Pour moi, ça fait partie de la santé de la personne. Quand je vois le carnet vert, je sais qu'il a un médecin, il y a des infirmières, il y a des aides, … Il y a un réseau pour cette personne, qui s'en occupe d'cette personne, quand je vois le carnet vert. Voilà, quand je regarde, tout d'suite là je vois, toute l'équipe, là, qui… Je pense qu'c'est très, très important pour la personne.
>
> – Aide-Soignant 3. Focus group 6, paragraphe 718

Les participants expliquaient également comment la présence d'un carnet de liaison et son utilisation (en tant que lecteur et/ou rédacteur) contribuaient à rythmer une visite à domicile, y compris pour le patient.

> Quand on va chez un client, par exemple, faut demander, surtout la première fois, quand on l'connaît pas, s'il a un carnet vert : « est-ce que vous permettez que je regarde ? ».
>
> – Aide-Soignant 1. Focus group 3, paragraphe 98

> – Des fois les patients nous préparent le carnet sur un plateau d'argent, des fois. Y'a les médicaments d'un côté, y'a l'carnet ouvert, avec le stylo à côté. […]
>
> – […] p'tit à p'tit, on prend l'habitude de leur demander : « il est où l'carnet ? »
>
> – Médecins 3 et 1. Focus group 1, paragraphe 514 sqq.

> On a vraiment les deux façons : soit vous avez un cas d'figure où qu'il [le carnet de liaison] est là et puis voilà ; et d'autres où l'cahier vert, il est vraiment là quand vous arrivez. Limite, là où vous mettez votre manteau ! Le cahier vert il est juste là, ouvert déjà ! *(rire général)* Donc voilà. Et quand on part, c'est : « vous oubliez pas d'écrire, hein ?! ».
>
> – A.S.S.C. 1. Focus group 3, paragraphe 555

ECRIRE… OU PAS ? : TELLE EST LA QUESTION !

Tous les participants, indifféremment de leurs professions, avaient vécu des situations où les patients lisaient ce qui figurait dans leur carnet de liaison. Ils ont tous, avec beaucoup plus d'insistance chez les infirmiers, A.S.S.C. et aides-soignants, rapporté la difficulté de choisir ses mots, compte tenu de cette réalité.

> Si y'a une personne qui passe son après-midi à lire son carnet vert, (rires) parce que ça existe […] : « oui, mais pourquoi vous avez noté ça ? Mais c'est pas vrai ! Mais je ne suis pas d'accord ! » ou comme ça […], je vais faire beaucoup plus attention la prochaine fois, de c'que je note.
>
> – A.S.S.C. 2. Focus group 3, paragraphe 512 sqq.

> Il faut être factuel, il faut vraiment être précis. J'ai déjà eu des clientes qui m'ont dit : « mais j'arrive pas à comprendre qu'est-ce que vous écrivez », mais c'était pas au niveau de l'orthographe, c'était parce que j'avais mis des mots que nous on utilise.
>
> – Infirmier 13. Focus group 5, paragraphe 77

> Pis y'a des patients qui s'vexent aussi. Parce que y'en a une, […] elle avait refusé soi-disant la douche, 'fin elle voulait juste pas s'laver les cheveux. Pis dans l'carnet, c'était écrit en gros : « refusé douche ». Et pis elle était scandalisée, quoi. C'est vrai qu'des fois ça peut être source de conflits aussi, selon c'qu'on met dedans.
>
> – Médecin 7. Focus group 4, paragraphe 205

Tous les participants s'accordaient sur la difficulté de concilier maintien de la confidentialité et respect du secret professionnel, avec l'attente de chacun de lire dans le carnet de liaison les changements (modification ou nouveauté) de l'état de santé du patient.

> Sachant que il peut être vu de tout l'monde, y compris du patient, si y a des, j'sais pas, des problèmes relationnels ou des choses comme ça, non, on va pas l'écrire dans l'carnet, bien sûr. On sait que c'carnet il est à domicile et que n'importe qui peut le lire.
>
> – Médecin 4. Focus group 1, paragraphe 191

> On va chez des gens qui sont pas bien et qui nous disent : « oh, moi, j'ai plus qu'une envie : c'est d'mourir » ; enfin voilà : « vivement qu'je meure ». On va pas l'écrire dans l'carnet vert : « madame a des désirs d'mourir ». Par contre, ça peut être mis dans Medlink [x], avec un p'tit clic clic : « Attention ! Des coups de déprime ». Enfin voilà : « peut-être qu'un p'tit coup chez l'médecin, d'en parler, donner un antidépresseur ». Voilà. Mais dans l'carnet, voilà, « madame exprime son désir de mourir », ça fait un peu moyen.
>
> – Aide-Soignant 4. Focus group 6, paragraphe 412

Le carnet de liaison était un moyen qui se superposait souvent, pour les médecins et les infirmiers, à d'autres moyens de communications ; notamment pour renforcer un partage d'information fait par téléphone ou télécopie le plus souvent.

À cause des contraintes de la communication écrite (asynchrone et unidirectionnelle), surtout quand elle est manuscrite (lisibilité), tous les participants certifiaient l'inadéquation du carnet de liaison avec la gestion des urgences (alerter et/ou demander une intervention rapide). Dans ces situations, les appels téléphoniques surtout étaient privilégiés, d'après les déclarations des participants, toutes professions confondues.

À l'inverse des médecins, les autres professionnels mettaient également en avant l'influence du contexte, c'est-à-dire l'ensemble des informations relatives à la situation dans laquelle le message est produit et les autres connaissances d'arrière-plan, sur le contenu final du message. Ont ainsi été décrites l'influence de l'insistance de la famille du patient, ou de ses proches, pour consigner telle ou telle donnée, ou bien encore la force de l'habitude de noter, au sein d'un groupe, un acte routinier ou pour le simple fait d'écrire, puisqu'un support est à disposition.

> Dans certaines situations, les familles demandent à des soignants d'écrire certaines choses. […] Par exemple, elles demandent de… : « est-ce qu'on a donné ceci ? » ; « est-ce qu'on a donné tel traitement ? » ; « est-ce

---

[x] Medlink est le logiciel de gestion du dossier infirmier qu'utilise l'imad.

que… comment elle a réagi pour ça ? » […] Voilà. Moi je suis, voilà, j'leur dis : « je suis infirmière, voilà, je sais c'que j'ai à faire ». Alors y'a des choses, […] c'est censé et je vais faire. Mais les choses qui pour moi sont insensées, je n'le ferai pas et je n'l'ai jamais fait et je n'commencerai pas. Donc voilà, certaines familles c'est ça, et ça tombe, et ça met en difficulté certaines de mes collègues A.S.S.C, aides-soignantes, parce que du coup, dans c'carnet vert, on s'retrouve à tout noter ! mais tout ! […] Et du coup, voilà, […] on se justifie du travail qui est effectué ! […] On légitime, alors que le carnet d'santé, il est pas fait pour ça !

– Infirmier 1. Focus group 5, paragraphe 88 sqq.

Parfois c'est une habitude dans l'équipe […], pour une dialyse péritonéale, quatre fois par jour, on marque : « quatre fois par jour, dialyse péritonéale faite selon l'protocole […] ». Donc elle a 12 carnets [de liaisons], la dame, chez elle, et ça apporte pas d'informations puisque l'acte était « dialyse péritonéale »… mais à chaque fois, quand même, on l're-marque. Donc moi, étant du pool, plusieurs fois j'ai dit : « allez, j'vais faire bloc et j'arrête de l'marquer ». Et après on dit : « ben, tu marques plus rien dans l'carnet ? ». J'dis : « ben… ». Et alors je continue à l'marquer maintenant.

– Infirmier 11. Focus group 5, paragraphe 144

Moi j'pense que c'est des habitudes qui ont été pris d'écrire comme ça, des choses, des actes qu'on doit aller faire. Et puis les gens sont restés dans ce système-là, où ils ont besoin d'écrire ce qu'ils ont fait. C'est pas parce qu'on a les smartphones […] : une fois qu'ils [les actes] sont validés, c'est qu'on les a faits. Après, si on les a pas faits, après, ce sera entre le client et notre responsable que ça va… parce que ça va finir par se savoir de toute façon, si c'est pas fait. Mais on n'a pas besoin de les écrire. Je pense que c'est parce que les gens ont pris l'habitude d'écrire et pis ils se sentent obligés d'écrire.

– Infirmier 14. Focus group 5, paragraphe 143

Dans chaque focus group, les participants ont relevé l'importance des « *transmissions entre les différents intervenants* », mais ils se sont tous plaints de consigner les informations en double : à la fois dans le carnet de liaison et aussi dans leurs dossiers de soin respectifs.

C'est un moyen d'communication qui est très fragile. Donc, si on a vraiment quelque chose de très important, moi j'écris toujours à double. J'écris dans l'carnet vert, mais ensuite de ça, j'vais l'retranscrire au médecin ou à un autre intervenant d'une autre manière. Parce que celui-là, il peut être perdu, jeté, brûlé, en deux temps, trois mouvements et on perd tout c'qu'y'a dedans. C'est trop fragile comme moyen d'communication. Après, y'a des situations dans lesquelles c'est vraiment hyper important d'l'avoir.

– Infirmier 8. Focus group 2, paragraphe 326

Le souci c'est que, nous, on marque notre consultation, quand on veut bien la marquer, mais c'est vrai que c'est à double, parce qu'on fait notre consultation [dans notre dossier médical informatisé]. Les infirmières, elles font aussi à double, puisqu'elles écrivent sur leur truc. Donc c'qui fait que, tout l'monde a l'impression qu'c'est pour qu'on communique – et on fait un effort pour communiquer aux autres –, mais, comme y'a tous ces outils à côté, […] en tout cas pour les infirmières souvent, y'a des choses qui sont pas tenues à jour dans ce carnet, puisqu'il est plus essentiel à la prise en charge. Alors […] par exemple : les traitements, ils sont

> jamais justes, parce qu'elles ont leurs traitements sur leur outil informatique. Donc ça leur demande un effort pour les autres, mais pour elles, elles en ont pas besoin, de marquer l'traitement sur le carnet. Donc du coup, il est moins à jour, donc du coup moins utilisé, donc finalement des fois, il tombe un peu à l'abandon parce que plus personne ne fait vraiment […] l'effort de l'tenir à jour.
>
> – Médecin 4. Focus group 1, paragraphe 136

UN RESEAU, OUI ; UNE EQUIPE, NON

La plupart des participants indiquait chercher et ajouter dans le carnet de liaison des informations spécifiques, propres à leur profession, relatives à l'objet de leur visite.

> Nous, c'est vrai qu'on a besoin d'avoir une liste de diagnostics précise, etc. […] Une liste des traitements, une liste des antécédents, pour l'médecin c'est vraiment utile. Pis j'sais pas, si y'a « SOS médecin » ou « Genève-médecins » qui vient à domicile, j'pense qu'ils sont contents d'avoir ces informations pour faire leur travail au mieux.
>
> – Médecin 2. Focus group 1, paragraphe 229

> Aussi, y'a tout c'qui est l'environnement du client, de sa sécurité : […] est-ce que […] un fil […] traverse une pièce et pis il peut s'encoubler dedans ; ou s'il a […] une planche pour la salle de bain ; ou j'en sais rien… c'est des choses, voilà, utiles.
>
> – Aide-Soignant 1. Focus group 3, paragraphe 441 sqq.

Seuls les aides-soignants et A.S.S.C. ont relevés l'utilité de la documentation comme vecteur d'apprentissage pour d'autres futurs intervenants.

> Oui, on note. Comme ça, si ça s'reproduit, la future collègue, elle va dire : « ah tiens, elle a fait comme ça la dernière fois, hop ».
>
> – A.S.S.C. 1. Focus group 3, paragraphe 498

Selon le groupe professionnel, le destinataire principal des messages n'était pas le même, de sorte que le partage des informations apparaissait segmenté entre soignants : les échanges se font d'une part entre aides-soignants (ou A.S.S.C.) et infirmier ; et d'autre part entre médecin et infirmier. Seuls les aides-soignants et A.S.S.C. ont développé la place de la famille et des proches comme destinataires importants des messages.

Les participants ont révélé l'absence d'une vision commune et d'objectifs de soin partagés. La répartition des tâches n'était pas toujours évidente pour les médecins (qui est sensé actualiser la liste des traitements ?). Les infirmiers précisaient qu'il leur manquait parfois des informations leur permettant de donner un sens à leur intervention.

> Il manque des informations plus générales que la gestion du quotidien, avec [incompréhensible] et le pouls. Et, en premier lieu, je trouve, encore une fois, l'objectif des soins et d'la prise en charge. […] Quand y'a par exemple une situation de soins palliatifs avec une claire fin d'vie attendue à la maison : que ce soit écrit dans l'carnet vert ! C'qui est en général, jamais l'cas… Que les demandes du patient ou les souhaits du patient, sont jam'… enfin, j'ai jamais vu écrit, dans le carnet vert. […] Parce que si on a un objectif de soins, tout l'monde participe aux soins, y compris les infirmières, y compris les aides-soignantes. Si c'est le but, […] si c'est une fin d'vie à domicile, j'pense que, vraiment, tous les intervenants sont intéressés et c'est utile pour… que ce soit l'aide-soignante, peut-être qui fera pas la toilette d'la même manière si c'est quelqu'un qui est en fin d'vie que si c'est quelqu'un de chronique, pour les infirmières, pour les physios, … J'pense que c'est vraiment utile pour tous les intervenants, de savoir l'objectif. Et qu'y'a pas du tout là-dedans.
>
> – Médecin 4. Focus group 1, paragraphe 420 sqq.

> Si on avait […] plus d'informations d'la part du médecin, si on avait vraiment de l'observation et pis le pourquoi, le réel pourquoi d'notre intervention, je pense que derrière on serait beaucoup plus performant et pertinent dans nos écrits. […] Si des fois, on avait peut-être plus d'infos, un peu de structure médicale et pis si y'avait plus de liens entre c'qu'on a fait et puis le pourquoi d'notre intervention, puisque les attentes du médecin et pis l'intervention… y'aurait peut-être… on gagnerait du temps, on gagnerait peut-être [en] efficacité et puis on gagnerait peut-être… [que] de mettre des pages et des pages d'écriture, toutes les semaines en disant : « y'a ça, y'a ça, y'a ça ».
>
> – Infirmier 12. Focus group 5, paragraphe 660 sqq.

> Si on veut atteindre la perfection pour cet outil d'communication, on devrait un peu officialiser son utilité pour tout l'monde et pis définir c'que tout l'monde est tenu de faire avec. Et c'que l'patient peut en faire, etc.
>
> – Médecin 5. Focus group 1, paragraphe 340

Aucun des professionnels de santé n'a mentionné l'utilité de la communication écrite pour améliorer la qualité du travail d'équipe ou des soins ; à l'exception d'un aide-soignant, brièvement :

> Et pis c'est, je pense, c'est important aussi pour le médecin, comme ça il sait, l'ensemble du patient, pour bien soigner.
>
> – Aide-Soignant 3. Focus group 6, paragraphe 158

Tous les groupes ont également déploré l'absence de règles d'utilisation communes.

> En fait, y'a pas d'règles d'utilisation d'ce carnet vert. Donc c'est ça quoi. (rire général) […] Y'a pas un mode d'emploi.
>
> – Médecin 5. Focus group 1, paragraphe 131 sqq.

> Une formation carnet vert, ça pourrait être une bonne formation, parce que […] le langage on l'a, mais l'utilisation commune on l'a pas.
>
> – Infirmier 11. Focus group 5, paragraphe 577 sqq.

D'autres difficultés altérant la performance du travail entre partenaires de soin (au sens large) ont également été signalées : la non-implication du patient par tous et un manque de soutien mutuel par les aides-soignants et A.S.S.C.

> On devrait avoir plus, comment dirais-je, des fois ça manque un p'tit peu, (soupir) j'sais pas comment dire ça, c'est un p'tit peu difficile, pas d'communication, mais de […] fluidité entre [les] profession[s]. […] Ce serait bien d'améliorer encore, de faire confiance un peu plus […], de lâcher un p'tit peu prise, mais qu'on travaille ensemble, qu'on peut faire des évolutions […]. Qu'ce soit une équipe [pour] le patient. […] Pour moi, l'infirmière est vachement importante, j'veux dire, […] au niveau des pathologies : elle nous apprend pleins d'trucs. Même si nous on sait déjà des choses. Mais on prend pas l'boulot d'l'autre. […] Moi j'trouve qu'c'est important qu'y ait des échanges positifs. […] Pour moi, ça me revaloriserait. J'me dis voilà : « je fais un acte, j'améliore, voilà, j'écris, je… qu'est-ce que tu en penses ? ». C'est ça qu'faudrait travailler plus, quoi. Qu'y ait vraiment cet échange de…, qu'ça fasse plus qu'un, c'est ça qui manque un p'tit encore aujourd'hui. […] Donc, c'est ça qu'il faudrait travailler vraiment, vraiment, vraiment.
>
> – Aide-Soignant 1. Focus group 3, paragraphe 890 sqq.

UNE APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT ?

Tous les professionnels de la santé déclaraient que leurs transmissions concernaient avant tout le patient, mais son implication n'était pas systématique pour tous les participants.

> Moi je m'fais un point d'honneur à remplir ce carnet vert parce que, un, ça appartient au patient. Et en plus, c'est vrai quand on parle de lui, j'pense que c'est important qu'lui sache de quoi on parle, en fait, quand on s'adresse au médecin traitant.
>
> – Infirmier 3. Focus group 2, paragraphe 311

> Quand j'écris quelque chose, quand j'fais une observation dans l'carnet, j'le dis à la personne déjà. J'lui dis : « j'vais l'noter dans l'carnet ». Voilà.
>
> – Aide-Soignant 4. Focus group 6, paragraphe 282

> C'est à nous aussi d'juger c'qui est important. Et pis souvent les patients, ils estiment que, qu'on met c'qui est important. Mais c'est vrai qu'on demande pas et on devrait l'faire… 'fin moi, je demande pas en tout cas.
>
> – Médecin 6. Focus group 4, paragraphe 216

Dans leurs expériences de terrain, médecins et infirmiers ont relevé un décalage entre la volonté d'écrire au sujet du patient et ce qui est effectivement consigné dans le carnet de liaison.

> Quand on connaît pas du tout quelqu'un, on ouvre un carnet vert, franchement, […] on l'connaît pas beaucoup mieux après.
>
> – Médecin 4. Focus group 1, paragraphe 428 sqq.

> C'est vrai qu'pour l'instant, c'carnet d'santé, c'carnet vert, c'est vraiment, c'est un fourre-tout. Personne ne l'utilise de la même manière. J'pense que ouais, faut qu'ce soit quelque chose qui soit revu, et qu'ce soit vraiment quelque chose en lien avec la personne, qui l'est pas forcément maintenant.
>
> – Infirmier 8. Focus group 2, paragraphe 756

La place du patient dans la gestion du carnet était imprécise et variable. Le patient était quelquefois présenté comme un partenaire de soin (en particulier par quelques infirmiers, pour définir avec lui des objectifs de soin), mais il était décrit comme passif le plus souvent.

> Moi j'aimerais bien qu'le patient s'approprie un peu plus de cet outil, parce que, il l'utilise très peu, en fait. Alors est-ce que c'est parce que nous, on fait pas l'information, est-ce qu'on l'sollicite pas assez ? […] J'ai quand même le sentiment qu'il s'l'approprie pas. […]

ANIMATRICE : Comment est-ce que vous voudriez faire pour qu'il s'l'approprie ?

> J'pense que ça doit passer par une sollicitation et puis lui montrer qu'on a d'l'intérêt à c'qu'il écrive dedans. Alors bon, il faut aussi qu'il ait des choses intéressantes sur sa santé à écrire ; pas : « j'ai regardé la télé » ou des trucs comme ça (rires). […] Par exemple, actuellement, pour le suivi d'la douleur, à part nos passages, on n'a pas d'outil qui nous permette de suivre la douleur. Donc cet outil-là, carnet vert pour l'instant, c'est c'qu'on a de mieux. Et ça serait bien que les patients, chez qui on fait des évaluations, puissent, eux, s'prendre en charge et noter dans la journée, par exemple, voilà, une douleur, qui a été réglée par tel médicament, la réserve qu'ils ont pris, voilà. Tout ça, ça passe par un enseignement, en fait.
>
> – Infirmier 3. Focus group 2, paragraphe 617 sqq

Seuls les aides-soignants ont témoigné avoir été parfois le porte-parole du patient.

> [Il y] avait une dame qui, elle, disait que son médecin l'écoutait pas. […] Dans ce cas-là : « on va faire une consultation avec moi. Nous allons noter […], j'ai dit, on va faire sur papier à part. On va noter toutes vos questions ». […] Elle a noté et pis voilà. « On va corriger ça. Maintenant on passe dans le carnet vert ». Quand le médecin est arrivé, il a bien lu. J'ai dit : « alors ? » ; elle a dit : « c'était impeccable ». Et le médecin, il a trouvé qu'c'était aussi bien, parce que (acquiescement général) [il y avait déjà une pré-consultation avec moi].
>
> – Aide-soignant 3. Focus group 6, paragraphe 531 sqq

Tous les professionnels de santé ont reproché au patient de n'écrire la plupart du temps — *lorsqu'il écrit* — que pour commenter, voire critiquer, les soignants ou les prestations. Mais les participants ont montré la contradiction de la propriété supposée du carnet de liaison avec l'usage qui en était fait.

> Mais encore une fois […], c'est pas notre carnet, c'est celui du patient.
>
> – Médecin 4. Focus group 1, paragraphe 264

> Oui, ça appartient au client, mais c'est notre outil quand même, à nous.
>
> – Infirmier 13. Focus group 5, paragraphe 686

…

Les outils ont changé, parce qu'on a maintenant […] l'informatique, les téléphones. Donc, on n'a plus besoin de noter systématiquement. Et maintenant, le carnet est devenu vraiment [la propriété] de la personne chez qui il est déposé. […] Ça avait été présenté comme ça : « c'est votre carnet, vous faites c'que vous voulez avec ». […] C'est leur carnet. Si […] la personne chez qui on va, a des choses à noter, elle note. Alors des fois on trouve des listes de courses. […] Mais bon, […] c'est leur carnet, ça leur appartient et ça ne nous appartient pas à nous. C'est vraiment un moyen d'communication mais c'est pas notre outil d'travail principal.

– Aide-soignant 4. Focus group 6, paragraphe 74 sqq.

DISCUSSION

Les objectifs de cette étude étaient d'une part d'identifier s'il existait des différences entre ce qui est attendu et ce qui est effectivement écrit, dans les carnets de liaison de patients fragiles, polymorbides et confinés à domicile pour leur suivi, par les partenaires de soin ; et d'autre part, d'essayer de comprendre, le cas échéant, pourquoi ces différences existent et leur impact, notamment sur la collaboration interprofessionnelle.

En terme d'usage du carnet de liaison, les principaux partenaires de soin sont le médecin, l'infirmier, l'A.S.S.C. et l'aide-soignant. Leur présence respective en tant que rédacteur dans le carnet de liaison était liée à leur degré d' "exposition au patient", c'est-à-dire à la fréquence de leur intervention au chevet du patient.

Au travers de cette étude, les différences essentielles entre ce qui est attendu et ce qui est écrit portaient sur les points suivants :

1. la vision de la situation de soin et/ou du patient : il existait souvent une absence de vision partagée entre les différents partenaires de soin. Ainsi, nous avons relevé que (i) certaines informations jugées essentielles pour les uns, sont des données parasites pour d'autres : les professionnels de la santé avaient, la plupart du temps, des attentes spécifiques à leurs missions qui étaient peu connues de leurs partenaires de

soin ; (ii) la répartition des tâches de chacun ne semblait pas toujours bien définie ; (iii) il existe le plus souvent une absence de plan de soin partagé, connu de tous, définissant le but et les objectifs de la prise en charge.

2. la place du patient dans la communication écrite à domicile : rédacteur absent, le patient était souvent attendu comme partenaire mais l'usage du carnet de liaison décrit par les participants des focus groups ne permet pas de lui ménager une place.

Ont été décrites pour expliquer la genèse de messages jugés *in fine* lacunaires, non pertinents, inintéressants voire inappropriés : (i) la volonté de respecter le secret professionnel et le devoir de confidentialité qui sied à une bonne relation patient-soignant ; (ii) l'absence de mise à jour de l'information, faute d'avoir préalablement défini la répartition des tâches et des règles d'utilisation partagées ; (iii) l'absence de formation à une communication écrite professionnelle, a fortiori interprofessionnelle ; (iv) un sentiment d'insécurité, sauf peut-être pour les médecins, avec le besoin ressenti ou inconscient de se prémunir d'un éventuel litige : le carnet de liaison offrant la possibilité de rendre des comptes ; (iv) le besoin parfois de légitimer son intervention. Le plus remarquable a été de mettre en évidence, à travers les témoignages des participants, l'imbroglio du contexte (influence de « pressions extérieures ») qui concourt à dénaturer ce qu'il y *a* à faire savoir et/ou ce que l'on *veut* faire savoir.

Nous avons été surpris que la vaste majorité des participants des focus groups jugeaient utile le carnet de liaison dans la collaboration interprofessionnelle, malgré les freins exprimés ci-dessus et les frustrations secondaires à l'absence de vision partagée. Nous avons identifié comme probable explication l'importance symbolique que revêt ce carnet de liaison dans la matérialisation du réseau et sa contribution à la ritualisation de la visite à

domicile, jusqu'à en imprégner le patient lui-même. Sa popularité et sa simplicité d'utilisation conduisent ainsi à l'extension de son utilisation, au-delà de sa fonction première : un « outil de communication » (partager de l'information avec autrui). Il est particulièrement assimilé à un dossier médical et de soins paramédicaux, en plus d'usages complémentaires (répertoire de contacts, agenda, aide-mémoire, registre de preuves). Il devient support d'informations.

INFORMER N'EST PAS COMMUNIQUER [y]

Étymologiquement, communiquer, c'est partager. Échanger de l'information n'est pas suffisant pour parler de communication. Communiquer implique de tenir compte de son destinataire (40). Ceci est particulièrement important avec l'écriture, puisqu'elle ne nécessite pas la présence d'un interlocuteur autre que soi-même. Or, nous avons pu constater l'absence de destinataire identifié clairement pour les messages des carnets de liaison que nous avons analysés. Dès lors, comment s'assurer qu'une information a été bien comprise ? Comment détecter les malentendus ?

Le carnet de liaison ne constitue pas l'outil le mieux adapté à toutes les situations. Quelles sont les questions qui peuvent être traitées par écrit et celles qui, au contraire, ne doivent pas l'être ? Nous avons pu vérifier la tension constante qui existe entre ce qui attendu et ce qui est acceptable dans un support « ouvert », c'est-à-dire accessible à tous. En outre, il est évident que le carnet de liaison, à l'instar des courriels (41), ne peut être utilisé pour des messages urgents car il ne s'y prête pas, faute d'être synchrone ; ce que confirment les

---

[y] En référence à l'ouvrage de Dominique Wolton, CNRS Éditions, 2009, 147 pages.

participants de nos focus groups. La « perte » d'un message essentiel est également possible, comme l'ont souligné les professionnels de santé interrogés, puisqu'en l'état, le rédacteur d'un message ne peut jamais être absolument certain que celui-ci est bien parvenu à son destinataire. Selon la littérature (42), le suivi des demandes ou des soins est réalisé beaucoup plus efficacement par des outils dits de « *workflow* » (processus de traitement des tâches).

La pratique ambulatoire et itinérante des professionnels de la santé, associée à la complexité et la fragilité de patients polymorbides confinés à domicile, est telle qu'elle nécessite de pouvoir accéder n'importe où et n'importe quand à un dossier de soins partagé. Cela conduit à développer des solutions de consultation à distance, médiées par les N.T.I.C, pour effectuer un travail collaboratif. Cette activité relève d'outils collaboratifs ou de gestion de contenu, comme la messagerie instantanée ou la collaboration intégrée dans des applications métiers (43). L'informatisation était d'ailleurs un souhait commun à tous les professionnels de santé interrogés dans nos focus groups.

Par conséquent, il nous semble que le carnet de liaison n'apporte aucune plus-value sur cet aspect-là, d'autant que des informations relevant d'un *workflow* (suivi des paramètres vitaux particulièrement) sont insérées dans la partie narrative dédiée aux transmissions.

Les participants aux focus groups déploraient aussi fréquemment la qualité des messages consignés dans le carnet de liaison. Elle était jugée inconstante avec au premier plan un manque de structure. Notre analyse des carnets, dans la première partie de cette étude, corroborait ces propos. Ceci entrave la manipulation des informations comme la recherche d'une information précise. Ces résultats confortent les données connues de la littérature qui préconise l'usage de procédures standardisées pour structurer les transmissions, afin de

gagner en efficacité (44). Nous pensons par exemple que la technique de communication S.A.E.D. (pour : « Situation, Antécédents, Evaluation, Demande ») [z], validée et recommandée pour la communication orale entre professionnels de santé (45,46), est transposable à la communication écrite dans le carnet de liaison, pour le suivi de patients polymorbides confinés à domicile. Dans ce cas-là, si la partie "A" sera sans doute peu développée (sous réserve d'une vision commune du patient), la partie "D", c'est-à-dire la suggestion d'intervention ou la recommandation préliminaire de la marche à suivre la plus appropriée, sera déterminante pour renforcer l'aspect collaboratif.

LE RESEAU, L'EQUIPE ET LE LEADER(SHIP)

En analysant la communication écrite dans les carnets de liaison, nous avons découvert que les professionnels de santé ne fonctionnaient souvent pas comme une équipe, en ceci que l'absence d'une vision commune et d'objectifs de soin partagés leur font défaut [aa]. Comment, lorsqu'on est plusieurs, assurer une prise en charge globale et continue en l'absence de vision partagée, a fortiori dans des situations médico-psychosociales complexes ?

Nous avons observé que les soignants interrogés sous-estimaient les enjeux de la communication écrite pour l'amélioration de la qualité de l'équipe. Ainsi, F. Chiocchio (47) explique qu'actuellement « les écrits issus du monde de la santé tendent à mettre l'accent sur la santé des patients, mais ne fournissent pas suffisamment de détails sur ce qui permet

---

[z] adaptation française de l'outil anglo-saxon S.B.A.R. : « Situation, Background, Assessment, Recommendation ».
[aa] cf. définition de l'équipe, fournie dans le glossaire, par F. Chiocchio *et al.*

aux équipes d'améliorer la collaboration au sein de leur équipe ainsi que sur l'effet de ces améliorations sur la performance et l'efficacité des équipes ». Nous comprenons donc le souhait des professionnels de santé d'apprendre à mieux communiquer.

Notre étude vient renforcer l'idée que la maîtrise de la communication est une compétence clef de la collaboration entre partenaires de soin (au sens large) (30). Elle est nécessaire, mais pas suffisante, comme le développe le programme TeamSTEPPS [bb] (26) (cf. ANNEXE II). Il s'agit d'un cadre conceptuel et de formation éprouvé, pour améliorer la collaboration des équipes de soins. Il s'appuie sur quatre compétences, qui s'enseignent et s'apprennent, en interaction : la communication, le leadership, le soutien mutuel et le monitorage de la situation.

Tandis que le soutien mutuel et le monitorage de la situation ont été évoqués, directement ou indirectement, pendant les focus groups, nous avons noté l'absence d'allusion à la compétence de leadership. Nous pensons que l'absence de leader identifié a pu contribuer à générer nos résultats. En effet, la mission même du leader est d'être l'interlocuteur unique et privilégié pour définir un but et les moyens de l'atteindre (48), gérer les priorités et créer un environnement où le travail d'équipe, la communication et l'amélioration de la qualité évoluent. Il est le garant de la coordination, du respect des « règles de fonctionnement » et de la répartition des tâches. Or nous avons vu que ce dernier point notamment prêtait à confusion.

[bb] TeamSTEPPS = Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety.

Travailler en équipe pour les soins vise à garantir la qualité et l'efficience des prestations, ainsi qu'à accroître la sécurité des patients (49). Avec l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques, la hausse de la polymorbidité, le vieillissement de la population, la tendance à la spécialisation des soins et le manque de soignants, il deviendra de plus en plus important de pouvoir s'appuyer sur des équipes conscientes des objectifs à atteindre.

IMPLIQUER LE PATIENT

Lorsqu'il existe, nos résultats montrent que le patient est le plus souvent absent du projet de soin ; du moins sous l'angle de la communication écrite à domicile pour son suivi. Ceci va à l'encontre des nouveaux modèles de soin actuels ; exemple : « *chronic care model* ». Le patient devrait être intégré dans le circuit de la communication. Il a été démontré que son implication contribue à limiter les évènements indésirables. Or, la dimension symbolique du carnet de liaison lui confère un potentiel qui n'est pas couvert ailleurs : celui de pouvoir impliquer directement le patient (visuellement, par le toucher, sa consultation et son usage), en réunissant une équipe autour de lui.

Nous avons pu constater que compléter le carnet de liaison implique nécessairement des doublons, critiqués par la vaste majorité des participants de nos focus groups, et des tensions liées à la gestion de la confidentialité et du secret professionnel vis-à-vis de personnes extérieures au réseau de soin. Toutefois, nous sommes convaincus que ces difficultés peuvent être surmontées, avec l'aide du patient le cas échéant, pour lui permettre de rester au cœur de sa prise en charge. Nous ajoutons qu'une préparation « en amont », avec l'ensemble des partenaires de soin (au sens large), devrait permettre d'anticiper de telles difficultés (50).

Des écrits « centrés sur le patient » ne sont pas tout à fait comparable à un « patient acteur de sa santé ». La lecture du carnet de liaison par le patient est une chance : il peut vérifier si les professionnels de santé ont bien compris son problème et peut se sentir ainsi mieux compris. En cas d'incompréhension, il a l'opportunité de « rectifier le tir ».

A une époque où les N.T.I.C. s'immiscent de plus en plus dans nos pratiques, le risque n'est-il pas d'exclure le patient de la démarche de soin, en perdant contact avec lui ? Dès lors, comment le garder au centre ? Nous pensons que la solution requiert des interactions « riches », impliquant le patient, peu compatibles avec le caractère « impersonnel » de l'écrit, tous supports confondus. La triangulation des informations à l'occasion d'entretiens périodiques du groupe formé par l'ensemble des partenaires de soin (au sens large) et le patient lui-même : les colloques ou réunions de réseau, nous semble indispensable pour atteindre ce but et pour dépasser les obstacles actuels.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Plusieurs types de biais sont susceptibles d'influencer les données recueillies et leur analyse.

Concernant la première étape de cette étude, seul un petit volume d'extraits de carnet de liaison a été étudié. De plus, le mode de sélection des carnets n'était pas optimal (échantillon de convenance), puisque les critères de sélection n'ont pas été définis précisément aux médecins. En outre, nous n'avons pas impliqué d'autres professionnels de santé pour obtenir un matériel plus « riche ». Il aurait été sans doute plus judicieux de demander aux infirmiers et/ou aux aides-soignants de sélectionner les carnets pour leurs intérêts, du fait de leurs plus grandes expériences de terrain. Une alternative aurait été de constituer un échantillon aléatoire. Rappelons enfin que l'imad n'est pas le seul service de

soins infirmiers à domicile à Genève. Il est donc possible que la saturation des données ait été « faussement » atteinte.

Concernant la deuxième étape, on peut d'abord partir du principe qu'il existe toujours un biais interne, difficilement contrôlable, en lien avec la capacité de l'animatrice et des observatrices à éliminer leur subjectivité lors du recueil des données. Concernant le déroulement des séances de focus group, le lieu choisi n'était pas tout à fait neutre, ni très convivial [cc]. Ensuite, en dehors des médecins de l'U.G.S.PC. qui ont tous (ou presque) pris part aux focus groups, la participation a été volontaire : il y a donc potentiellement eu une sélection de personnes probablement motivées par ce sujet.

Un biais d'interprétation n'est pas exclu non plus puisqu'un double codage des données collectées n'a pas été rigoureusement mis en place. Néanmoins, le codage réalisé par l'investigateur principal a été validé à chaque fois par une autre personne. L'analyse, quant à elle, a été menée sous forme de multiples échanges successifs d'« aller-retour » entre l'investigateur principal et les co-investigateurs, afin d'obtenir un consensus.

La triangulation des méthodes n'a pas été respectée faute de temps et en raison de l'engagement supplémentaire que cela aurait représenté (tant en ressource, qu'en temps). Le recueil des données gagnerait certes à être complété par des entretiens individuels pour approfondir certains points précis (par exemple, les motivations : « pourquoi écrivez-vous dans le carnet de liaison ? »).

[cc] La règle est d'éviter au maximum des lieux affiliés à des institutions (centre de santé, église, école...). Par exemple, la présence de posters d'éducation à la santé dans une pièce peut forcer les participants à donner la « bonne » réponse, celle que les participants « pensent » que l'on veut entendre. Plus le lieu et la discussion seront informels plus les réponses ne correspondront pas à des réponses formelles, obligées.

Par ailleurs, en anticipation, à défaut d'avoir encore pu effectuer une présentation des résultats de l'analyse aux participants étendus de l'étude, afin que ceux-ci émettent leur avis sur la crédibilité des résultats, nous n'avons qu'organisé une synthèse des discussions par l'observatrice à la fin de chaque séance pour validation « sur le vif ». Cette thèse constitue un préliminaire à cette nécessaire étape de validation avant la rédaction d'un article définitif pour une revue médicale et diffusion plus large.

Nous pouvons encore lister comme facteur limitant, l'absence du vécu et des perceptions du patient, alors qu'il est sensé être au cœur du dispositif. Il aurait en effet été profitable d'obtenir son point de vue sur son sentiment d'appartenance à l'« équipe » ou encore sur les bénéfices perçus. Nous pouvons tenir le même raisonnement concernant l'avis des familles ou des proches des patients.

Enfin, les résultats seront sans doute difficilement extrapolables pour la pratique de certains. En effet, le contexte de notre étude, très spécifique (soins à domicile de patients âgés complexes et fragiles), limite leur généralisation. Notons également que le fonctionnement de la communication interprofessionnelle des équipes à domicile peut varier d'un lieu à l'autre.

PERSPECTIVES ET ENSEIGNEMENT DE L'ETUDE

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Une communication interprofessionnelle écrite efficace pour le suivi de patients à domicile nécessite certains prérequis :

1. Identifier un leader qui sera le garant du respect des « règles de conduite » de l'équipe (particulièrement les modalités de la communication) et s'assurera de la répartition des tâches et orientera les ressources pour que chacun dispose de ce dont il a besoin pour exercer. Nous pensons que ce mandat mérite d'être reconnu et attribué à un nouveau professionnel de la santé : le gestionnaire de cas, dont la présence a des effets favorables démontrés (51).

2. Prendre le temps de mettre sur pied un colloque de réseau, impliquant l'ensemble des partenaires de soin (dont le patient), dès le début de la prise en charge et avant de commencer à transmettre dans la mesure du possible, pour définir collectivement un plan de soin ; c'est-à-dire élaborer la liste des « problèmes » à prendre en charge (autrement dit, les thèmes pertinents pour un patient donné), faire état des priorités, des stratégies d'intervention et des actions à poser. Le colloque devra faire l'objet d'un compte-rendu décisionnel écrit qui sera diffusé à l'ensemble des partenaires.

Nous encourageons le développement avec les N.T.I.C. de solutions nomades de consultation à distance d'un dossier non pas du médecin, mais partagé entre soignants et patient.

Dans l'attente, parce que c'est un outil commun, facile d'utilisation et doté d'une importance symbolique, le carnet de liaison nécessite une réflexion pour optimiser son utilisation. Rappelons que ce support n'est pas un dossier de soin. Il peut en être une annexe intéressante dans la mesure où il est accessible directement au patient. Sachant pertinemment qu'on ne peut y accéder ni n'importe où, ni n'importe quand, nous recommandons, à la lumière des résultats de cette étude, de :

1. conserver un certain nombre de colloques de réseau périodiquement pour réévaluer sa pratique et les objectifs de soin, signaler et anticiper les difficultés existantes à domicile ;

2. développer et d'intégrer dans le carnet de liaison une grille préimprimée sur le modèle S.A.E.D. pour structurer la communication écrite et éviter la rédaction précipitée. Ce modèle devrait : (i) permettre l'identification du rédacteur et du destinataire ; (ii) favoriser le repérage dans le flux des messages à l'aide d'un titre faisant référence à la liste des « problèmes » identifiés collectivement ; (iii) mettre l'accent sur le « D : Demande ».

3. ne traiter qu'un seul sujet ou « problème » par message ; s'il y a deux sujets distincts, faire deux messages séparés ;

4. utiliser des marqueurs communs de suivi pour les messages à traiter ou en attente de réponse (case à cocher par exemple) ;

5. séparer la surveillance des paramètres vitaux des transmissions narratives, en utilisant des tables pour obtenir une vision rapide et concise ;

6. informer clairement les patients sur les données qui peuvent être transmises dans le carnet de liaison et celles qui ne doivent jamais l'être.

Enfin, en cohérence avec l'exposé de Frenk *et al.* dans *Lancet* (52), nous encourageons la formation, initiale et continue, interprofessionnelle des professionnels de la santé pour favoriser une meilleure compréhension des rôles et responsabilités de chacun, améliorer

leurs compétences d'équipe et tendre vers une plus grande collaboration en tant que résultat.

PERSPECTIVES DE RECHERCHES COMPLEMENTAIRES

Notre étude n'a pas investigué le point de vue des patients. Il nous semble qu'il serait enrichissant de confronter leur jugement, dans de futurs travaux de recherche, aux positions avancées par les professionnels de la santé de nos focus groups ; notamment pour comprendre le manque d'implication dans l'usage du carnet de liaison.

Ensuite, alors que nous nous sommes limités aux médecins, infirmiers, A.S.S.C. et aides-soignants, il pourrait être intéressant d'interroger également des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des assistants sociaux, des diététiciens, etc. en complément ; mais aussi les familles et les proches des patients. Par ailleurs, le point de vue des consultants extérieurs intervenant dans le cadre de l'urgence (« SOS Médecin », personnels des services d'accueil des urgences hospitalier, etc.) nous éclairerait sur l'utilité de ce support dans ces situations-là.

A notre sens, il faudrait surtout réfléchir pour intégrer un autre partenaire incontournable de la prise en charge de ces patients fragiles, polymorbides et confinés à domicile : le pharmacien, lui qui ne se déplace qu'exceptionnellement à domicile.

Il nous apparait enfin nécessaire de tester l'efficacité des recommandations issues des enseignements de notre étude.

Thèse soutenue par : M. Julien LE BRETON.
Titre : « Communication interprofessionnelle écrite pour le suivi de patients à domicile ».

SYNTHESE

En pratique de terrain, les professionnels de la santé utilisent souvent un document manuscrit comme outil pour communiquer entre eux : le « carnet de liaison », pour le suivi de patients polymorbides confinés à domicile.

Les attentes et perceptions des partenaires de soin à l'égard de ce carnet ont été peu explorées à notre connaissance.

Les objectifs de cette étude étaient donc : d'une part, d'identifier s'il existait des différences entre ce qui est attendu et ce qui est effectivement écrit dans ces carnets de liaison ; et d'autre part, d'essayer de comprendre, le cas échéant, pourquoi ces différences existent et leur impact, notamment sur la collaboration interprofessionnelle.

Nous avons réalisé, entre août 2015 et mai 2016, en Suisse, dans le canton de Genève : d'abord une étude descriptive, transversale, non participante et rétrospective, de messages extraits de 11 carnets de liaison ; puis, une étude qualitative, de 2 séries de 3 focus groups, chacun étant homogène pour la profession (médecins, infirmiers et aides-soignants). Au total, 31 personnes ont été interrogées. L'analyse a été thématique pour ces focus groups.

L'analyse des messages a notamment révélé que : (1) aucun destinataire n'était identifié la plupart du temps ; (2) les principaux thèmes abordés étaient somatique et en lien avec les médicaments ; (3) la proportion des interactions entre professionnels de santé était faible, comparativement à la quantité de texte produite ; (4) aucun des patients n'a écrit.

Les focus groups, eux, ont permis d'identifier que : (1) le carnet est plus qu'un recueil d'informations : il possède une importante fonction symbolique ; (2) la complexité du contexte d'écriture influence le contenu, au point de générer des messages jugés in fine lacunaires, non pertinents, inintéressants, voire inappropriés ; (3) les professionnels semblent plus travailler en réseau qu'en équipe, à cause de l'absence de plan de soin partagé, connu de tous, définissant le but et les objectifs de la prise en charge ; (4) le patient se situe le plus souvent en dehors de la communication écrite et n'est pas « acteur » de sa santé.

En somme, nos résultats ont montré qu'en l'absence de consensus clair et négocié, la fonction première du carnet est sinon dévoyée, du moins sous-optimale. Notre étude suggère pour finir qu'une culture interprofessionnelle commune pour le bien des patients reste encore à acquérir, du moins sous l'angle de la communication écrite.

Parmi les éléments à améliorer, retenons l'importance de préparer dès le départ la communication écrite interprofessionnelle, en impliquant le patient, lors d'un colloque de réseau.

Face à ces constats, nous encourageons le déploiement d'un nouveau professionnel de la santé : le gestionnaire de cas, et le développement de formations axées sur la collaboration interprofessionnelle, telles que TeamSTEPPS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 03/01/17

LE DOYEN,
Pr J.-P. ROMANET

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE,
Pr G. GAVAZZI

ANNEXES

ANNEXE I – CODE-BOOK DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE DES CARNETS

CARACTERISTIQUES DES MESSAGES

Pour tout « *message* », il doit y avoir :

- **1 code « Auteur »**
- **1 code « Destinataire »**
- **1 code « Lisible »**
- **1 code « Structure »**
- **1 code « Style »**

Les codes « Lisible », « Structure » et « Style » ne seront pas réutilisés pour coder à nouveau des segments de message.

1) Auteurs

« Nature » (métier / rôle) de l'auteur d'un message :

- **Infirmier :** L'auteur du message est un(e) infirmier(ière).
- **Aide-Soignant :** L'auteur du message est un(e) aide-soignant(e).
- **Médecin :** L'auteur du message est un médecin.
  PRECISION : qu'il soit le médecin traitant, un remplaçant, un médecin appelé en urgence au chevet du patient ou un consultant.
- **Proche :** L'auteur du message est un(e) proche du patient.
- **Physio :** L'auteur du message est un(e) physiothérapeuthe.
- **Ergo :** L'auteur du message est un(e) ergothérapeuthe.
- **ASSC :** L'auteur du message est un(e) ASSC intervenant auprès du patient.
- **Non-Identifié :** Il est impossible de définir le rôle de l'auteur du message.
- **Autre :** L'auteur du message n'entre pas dans l'une des catégories énoncées ci-dessus.

2) Destinataire

Identification du destinataire du message, d'une question et/ou d'une demande.

Penser à coder une 2e fois en association avec les codes « *demande* » ou « *question* ».

- **Destinataire_explicite :** Le destinataire du message est clairement identifié. Exemple : "Bonjour Elisa" ; "Merci aux infirmières de […]"
- **Destinataire_implicite :** Le destinataire du message est implicite.
- **Destinataire_aucun :** Le message n'a manifestement aucun destinataire.

2) Lisible

Le message est-il lisible ?

- **Lisible_OUI :** Le message est bien lisible ; en considérant le message dans sa globalité et non pas phrase par phrase.
- **Lisible_NON :** Le message est très difficilement lisible, voire illisible. Il demande des efforts importants pour le déchiffrer ; en considérant le message dans sa globalité et non pas phrase par phrase.
- **Lisible_Moyen :** Le message est tantôt lisible, tantôt difficile à lire ; en considérant le message dans sa globalité et non pas phrase par phrase.

3) Structure

En considérant le message dans sa globalité (et non pas phrase par phrase) : est-il structuré ?

- **Struct_NA :** Non Applicable : Lorsqu'il y a trop peu d'information consignée pour pouvoir penser en terme structure.
- **Struct_Organisé :** Le message possède une structure avec une organisation évidente.
- **Struct_Moyen :** Le message possède une structure avec une organisation semi-structurée / situation intermédiaire : on devine un cheminement logique, même si il n'y a pas mise en relief de chaque partie par exemple.
- **Struct_Non Organisé :** Le message possède une structure peu voire pas organisée : l'enchainement des informations ne semble pas suivre un enchainement logique (rajout, retour en arrière).

4) Style

- **Style_Phrases :** L'auteur a fait l'effort de faire des phrases +/- complètes ; en considérant le message dans sa globalité et non pas phrase par phrase.
- **Style_Mots-Clefs :** Le message se compose d'une succession de mots clefs / abréviations avec un style plutôt télégraphique ; en considérant le message dans sa globalité et non pas phrase par phrase.
- **Style_Mixte :** Le style du message est variable : Moitié-moitié ! ; en considérant le message dans sa globalité et non pas phrase par phrase.

CONTENU

1) Non programmé :

Indication témoignant d'une visite manifestement non programmée (hors du suivi habituel) : urgence, visite à l'improviste ou exceptionnelle suite à une alerte donnée par un tiers.

2) Echanges

- **Avertissement :** Le message attire l'attention sur un point particulier qui semble préoccuper l'auteur du message OU contient l'identification explicite ou implicite d'un problème du patient et/ou du partenaire de soin. *Exemple : les « attention », les points d'exclamations « ! », "douche : pas d'eau chaude" ; "bracelet téléalarme non trouvé" ; "refuse aide à la toilette" ; mots soulignés avec insistance*
- **Demande :** Le message contient une demande +/- explicite de ce qui doit être fait par une autre personne. *Exemple : "Merci de bien vouloir prendre connaissance des directives écrites que Maman m'a demandé d'établi, ceci pour votre information".*
- **Question :** Le message contient une question (présence d'un point d'interrogation « ? » au minimum). *Exemple : "Où est le détail des courses d'hier ?"*
- **Confirmation :** Le message contient une marque témoin d'une lecture *(ex. : « OK », « Vu », « Merci »)* OU fait écho à une information contenu dans un autre message *(ex. : « j'ai pris bonne note de… »)*

3) Porte-Parole

L'auteur du message se fait le porte parole du patient. *Exemple : Le patient me dit que… / rapporte que… / etc.*

4) Thématiques

Un message peut aborder plusieurs thématiques. On associera un (ou plusieurs) de ces codes « Thème_ » à chacun des codes suivants (double codage) :

- Interrogatoire
- Examen-physique
- Appréciation-clinique
- Acte
- Planification
- question
- demande
- avertissement
- porte-parole

- **Thème_AVQ :** Documentation faisant référence aux Activités « élémentaires » de la Vie Quotidienne (AVQ) : se mouvoir, se laver, s'habiller, s'alimenter, aller aux toilettes et contrôler ses sphincters.
  > PRECISION pour « s'alimenter » : on fait référence ici à l'acte même de se nourrir (l'action de porter la cuillère à la bouche, pour caricaturer) ; ce qui fait référence à l'appétit ou l'état d'hydratation sera codé avec « Thème_nutrition ».
- **Thème_gestion :** Documentation faisant référence : soit aux activités de gestion et d'entretien du domicile du patient (par le patient lui-même et/ou avec l'aide de tiers) ; soit aux Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ) du patient, comme utiliser le téléphone.
  Exemple : tenir son budget/ses finances, relevé du courrier, courses, lessives, nettoyage et ordures ménagères, etc.
  > EXCEPTION : ce qui fait référence à la prise des médicaments (seul, sous supervision ou administrés) — c'est un AIVQ — sera exceptionnellement codé avec « Thème_médicament ».
- **Thème_somatique :** Documentation faisant référence à l'état de santé somatique ou physique du patient.
- **Thème_médicament :** Documentation faisant référence directement aux médicaments et/ou dispositifs médicaux (ex. : pansements).
- **Thème_nutrition :** Documentation faisant référence à des sujets tels que manger (nombre de repas par exemple), boire (hydratation, quantité de boisson consommée) et l'alimentation en général et au sens large (son appétit, l'état et contenu du réfrigérateur, etc.).
  > PRECISION : l'acte même de se nourrir (l'action de porter la cuillère à la bouche, pour caricaturer) sera codé avec « Thème_AVQ ».
- **Thème_paraclinique :** Documentation faisant référence : soit à des examens complémentaires *(ex. : analyses de laboratoire, radiographie, investigations spécialisées, etc.)* ; soit à un avis spécialisé *(ex. : « Cs métabo. osseux après substitution vit. D ») ;* soit à un autre professionnel de santé, d'une autre discipline que celle de l'auteur *(ex. : « STOP Physio car … » ; « Visite de la doctoresse le … »)*
- **Thème_psychologique :** Documentation faisant référence à l'état psychologique ou émotionnel du patient.
- **Thème_cognitif :** Documentation faisant référence à l'état cognitif du patient (sa mémoire ou sa (dés)orientation notamment).
- **Thème_social :** Documentation faisant référence aux interactions sociales du patient et son réseau de proches.
  Exemple : rencontres / échanges / communication avec sa famille, ses amis, ses voisins, ses collègues ou autre, en lien avec la religion, la culture, les centres d'intérêts ou de loisirs, etc.
- **Thème_va-bien :** Documentation faisant référence à un état général supposé bon ou constant, sans particularité et vague.
  Exemple : « Va bien », « sp » (= sans particularité), « RAS » (= rien à signaler).
- **Thème_autre :** Documentation faisant référence à une thématique qui ne serait pas couverte par l'une des catégories ci-dessus.

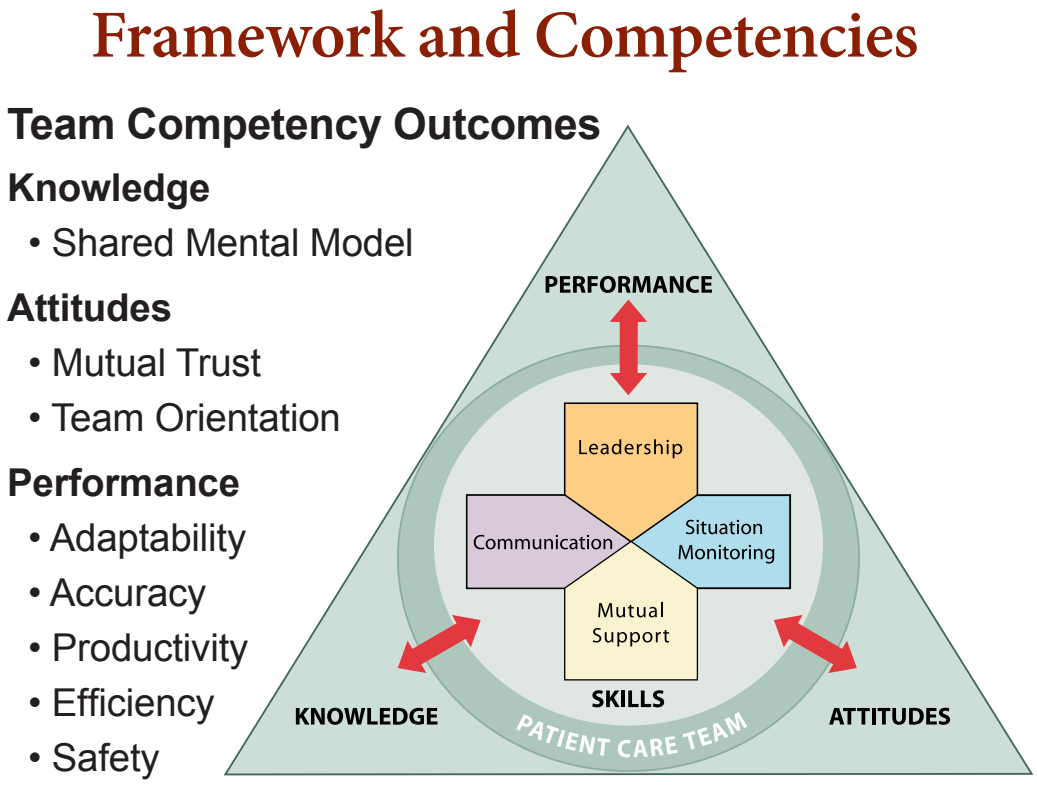
5) Information (en lien avec les étapes d'une visite)

Les différentes étapes théoriques d'une visite à domicile.

- **Interrogatoire :** Le message contient des informations recueillies par l'anamnèse.
- **Examen-physique :** Le message contient des informations obtenues suite à un examen clinique / status du patient.
  Exemple : Résultats (chiffres) des signes vitaux et autres trouvailles de l'examen physique.
  ATTENTION : ne pas utiliser ce code si l'auteur écrit qu'il a effectué une mesure des paramètres vitaux : on utilisera le code « Acte » dans ce cas-là.
  S'il écrit qu'il les a mesurés ET donne le résultat, il faudra coder 2 fois (« Examen-physique » et « Acte »)
- **Appréciation-clinique :** Le message contient l'identification d'un « problème » voire un diagnostic. Cela peut aussi être une interprétation, une impression ou un jugement porté sur la situation.
  Exemple : "Elle va bien" ; "Situation encore très délicate pour Mme en lien avec le conflit mère / fille" ; "Paramètres vitaux stables"
- **Acte :** Le message contient une description de ce qu'a fait l'auteur durant son passage (ses activités), c'est-à-dire faites sur le moment.
  Exemple : "toilette au lit faite" ; "donné les traitements du matin" ; "changement du pansement […]"
- **Planification :** Le message contient une (ou plus) information(s) sur un(des) événement(s) à venir.
  Exemple : « to do list », RdV, objectif de soins, etc.

ANNEXE II – TEAMSTEPPS ® 2.0

TeamSTEPPS is an evidence-based framework to optimize team performance across the health care delivery system.



TeamSTEPPS has five key principles. It is based on team structure and four teachable-learnable skills: Communication, Leadership, Situation Monitoring, and Mutual Support.

The arrows depict a two-way dynamic interplay between the four skills and the team-related outcomes. Interaction between the outcomes and skills is the basis of a team striving to deliver safe, quality care and support quality improvement. Encircling the four skills is the team structure of the patient care team, which represents not only the patient and direct caregivers, but also those who play a supportive role within the health care delivery system.

GLOSSAIRE

CARNET de liaison : Document manuscrit utilisé comme outil par les partenaires de soin pour communiquer entre eux. Ce document, qui n'est pas un dossier médical, est la propriété du patient. Il doit idéalement rester à son domicile. Il n'existe pas d'appellation univoque dans la francophonie pour nommer ce document : dossier, classeur, carnet ou encore cahier de coordination, de liaison, de suivi, de santé, de communication, pluridisciplinaire, etc.

maladie CHRONIQUE : Un problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années. Cette définition regroupe les maladies non transmissibles (diabète, cancer, asthme, …) et les maladies transmissibles persistantes (VIH-SIDA), certaines maladies mentales (psychoses, …) ou des atteintes anatomiques ou fonctionnelles (cécité, sclérose en plaques, …).

COLLABORATION : La collaboration est à la fois un processus et un résultat. Selon F. Chiocchio (47), c'est un mode de travail par lequel deux ou plusieurs entités (individu ou institution) s'engagent réciproquement dans des activités de résolution de problèmes, afin d'atteindre un (ou des) objectif(s) commun(s) et mutuellement souhaitable(s). Ces entités qui collaborent prennent part à des processus interreliés : la communication d'équipe ; l'exécution de leurs tâches à temps et en relation avec les tâches des autres ; la coordination (explicite et implicite). « La confusion entre la définition d'une équipe et la collaboration se résout si on comprend la collaboration comme un indice de la qualité du travail d'équipe. »

CONFINÉ à domicile : Une personne est « confinée » à la maison si le fait de quitter son domicile exige un effort considérable et éprouvant et si ses absences de la maison sont peu fréquentes, de courte durée ou pour recevoir des traitements médicaux.
NB : Il s'agit de la définition, la plus largement acceptée, du programme américain Medicare. Notons qu'elle peut omettre de prendre en compte la complexité et l'hétérogénéité de la population pouvant bénéficier de soins de premier recours à domicile (interactions complexes des problèmes médicaux, psychiatriques et cognitifs, ainsi que la fragilité sociale).

EQUIPE : Selon la synthèse de la littérature faite par F. Chiocchio (47), une équipe est une entité sociale complexe, composée d'une ou plusieurs personnes qui :

- ont des rôles et des responsabilités distincts et complémentaires,
- existent pour effectuer des tâches pertinentes pour l'organisation,
- partagent un ou plusieurs objectifs communs,
- interagissent socialement, de manière dynamique, adaptative et récursive,

- s'influencent les uns les autres par le truchement de l'actualisation de leurs compétences individuelles,
- montrent une interdépendance sur le plan des tâches (c'est-à-dire, tant pour la séquence des tâches, les objectifs de ces tâches et ce qui résulte de leur accomplissement),
- maintiennent et gèrent les frontières avec d'autres entités dans l'organisation,
- sont imbriquées dans un contexte organisationnel dont découlent des frontières ainsi que des contraintes, et qui influence leurs échanges avec d'autres entités de l'organisation.

personne FRAGILE : une personne présentant un état instable, conduisant à un risque de décompensation somatique, psychique ou sociale, secondaire à un événement, même minimum. Cet état est potentiellement réversible s'il est identifié et si des actions adaptées sont mises en place. C'est donc un syndrome clinique et non une pathologie.
NB : Définition française du Groupe technique régional « Bien Vieillir » des plans régionaux de santé publique.

MESSAGE : texte manuscrit, consigné dans le carnet de liaison, produit par un auteur donné, à un moment donné.

PARTENAIRE de soin : Ensemble des personnes, de différents horizons (patient, proches, professionnels de santé), engagées dans une collaboration interprofessionnelle, pour la prise en charge d'un patient donné et la réalisation de son projet de vie.

patient POLYMORBIDE : patients atteints d'au moins deux pathologies — le plus souvent chroniques — coexistant simultanément.

RÉSEAU de soin : Dans le présent document, ensemble des partenaires de soin, de proximité, centré sur un patient donné, dans son environnement, appelés à travailler ensemble, avec le patient, pour répondre aux besoins de ce dernier et assurer une prise en charge globale et continue.

BIBLIOGRAPHIE

1. Schneider F, Kaplan V, Rodak R, Battegay E, Holzer B. Prevalence of multimorbidity in medical inpatients. Swiss Med Wkly. 2012;142:w13533.

2. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. J Clin Epidemiol. mai 1998;51(5):367-75.

3. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med. 11 nov 2002;162(20):2269-76.

4. Robine J-M, Paccaud F. Nonagenarians and centenarians in Switzerland, 1860-2001: a demographic analysis. J Epidemiol Community Health. janv 2005;59(1):31-7.

5. Yoon J, Zulman D, Scott JY, Maciejewski ML. Costs associated with multimorbidity among VA patients. Med Care. mars 2014;52 Suppl 3:S31-36.

6. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2004;2:51.

7. Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. N Engl J Med. 11 sept 2003;349(11):1048-55.

8. Zhao G, Ford ES, Li C, Crews JE, Mokdad AH. Disability and its correlates with chronic morbidities among U.S. adults aged 50-<65 years. Prev Med. févr 2009;48(2):117-21.

9. Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: a review. J Clin Epidemiol. juill 2001;54(7):661-74.

10. Vu LN, Dean MJ, Mwamburi M, Au R, Qiu WQ. Executive function and mortality in homebound elderly adults. J Am Geriatr Soc. déc 2013;61(12):2128-34.

11. Pereles L. Home visits. An access to care issue for the 21st century. Can Fam Physician Médecin Fam Can. oct 2000;46:2044-8.

12. Loengard AU, Boal J. Home care of the frail elderly. Clin Geriatr Med. nov 2004;20(4):795-807, viii.

13. Wajnberg A, Wang KH, Aniff M, Kunins HV. Hospitalizations and skilled nursing facility admissions before and after the implementation of a home-based primary care program. J Am Geriatr Soc. juin 2010;58(6):1144-7.

14. Qiu WQ, Dean M, Liu T, George L, Gann M, Cohen J, et al. Physical and mental health of homebound older adults: an overlooked population. J Am Geriatr Soc. déc 2010;58(12):2423-8.

15. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. The meaning of « aging in place » to older people. The Gerontologist. juin 2012;52(3):357-66.

16. Gitlin LN. Conducting research on home environments: lessons learned and new directions. The Gerontologist. oct 2003;43(5):628-37.

17. Foreman LM, Hunt RW, Luke CG, Roder DM. Factors predictive of preferred place of death in the general population of South Australia. Palliat Med. juin 2006;20(4):447-53.

18. Brogaard T, Neergaard MA, Sokolowski I, Olesen F, Jensen AB. Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients. Palliat Med. févr 2013;27(2):155-64.

19. Beales JL, Edes T. Veteran's Affairs Home Based Primary Care. Clin Geriatr Med. févr 2009;25(1):149-154, viii-ix.

20. Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A, Manheim L, Henderson W, Kubal JD, et al. Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial. JAMA J Am Med Assoc. 13 déc 2000;284(22):2877-85.

21. Di Pollina L, Gillabert C, Kossovsky M. Réseaux de soins intégrés gériatriques. Rev Médicale Suisse. 24 sept 2008;(4):2044-7.

22. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, et al. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. JAMA. 12 déc 2007;298(22):2623-33.

23. Health Quality Ontario. Continuity of care to optimize chronic disease management in the community setting: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2013;13(6):1-41.

24. Landi F, Onder G, Russo A, Tabaccanti S, Rollo R, Federici S, et al. A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. J Clin Epidemiol. sept 2001;54(9):968-70.

25. Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, de Rooij SE, Buurman BM. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. Health Aff Proj Hope. sept 2014;33(9):1531-9.

26. King HB, Battles J, Baker DP, Alonso A, Salas E, Webster J, et al. TeamSTEPPS(TM): Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, éditeurs. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 3: Performance and Tools). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cité 5 déc 2016]. (Advances in Patient Safety).

27. Robidoux M. Collaboration Interprofessionnelle. Université de Sherbrooke ; faculté d'éducation; 2007 sept p. 25. (Ecole en chantier).

28. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu M-D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. J Interprof Care. 1 janv 2005;19(s1):132-47.

29. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care. mai 2005;19 Suppl 1:116-31.

30. Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. J Interprof Care. 1 janv 2009;23(1):41-51.

31. Perrier A, Cornuz J, Waeber G, Gaspoz J-M. Quelle organisation des soins pour le patient polymorbide ? Rev Médicale Suisse. 23 janv 2013;370(3):174-81.

32. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 20 nov 2003;327(7425):1219-21.

33. Vanmeerbeek M, Duchesnes C, Massart V, Belche J-L, Denoël P, Giet D. Pluridisciplinarité, continuité et qualité des soins en 1ère ligne : quelles attentes des professionnels ? Département de Médecine Générale de l'Université de Liège (Belgique); 2009 févr p. 102.

34. Lelièvre N. Prise en charge à domicile et le dossier médical. Douleurs. févr 2008;9(1):40-3.

35. Krueger RA, Casey MA. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. 5 Spi edition. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc; 2014.

36. Crabtree BF, Miller WL. Doing Qualitative Research. 2e éd. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications Inc; 1999. 424 p.

37. Schoevaerdts D, Biettlot S, Malhomme B, Rézette C, Gillet JB, Vanpee D, et al. Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences: Présentation de la grille SEGA. Rev Gériatrie. 2004;29(3):169-78.

38. Tardieu É, Mahmoudi R, Novella J-L, Oubaya N, Blanchard F, Jolly D, et al. [External validation of the short emergency geriatric assessment (SEGA) instrument on the SAFES cohort]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. mars 2016;14(1):49-55.

39. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.

40. Wolton D. Informer n'est pas communiquer. Paris: CNRS; 2009. 147 p.

41. Dash J, Haller DM, Sommer J, Junod Perron N. Use of email, cell phone and text message between patients and primary-care physicians: cross-sectional study in a French-speaking part of Switzerland. BMC Health Serv Res. 5 oct 2016;16(1):549.

42. Cusack CM, Hripcsak G, Bloomrosen M, Rosenbloom ST, Weaver CA, Wright A, et al. The future state of clinical data capture and documentation: a report from AMIA's 2011 Policy Meeting. J Am Med Inform Assoc JAMIA. 1 janv 2013;20(1):134-40.

43. Perone N, Filliettaz SS, Budan F, Schaller P, Balavoine J-F, Waldvogel F. Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité. Santé Publique. 26 mars 2015;S1(HS):77-86.

44. Dingley C, Daugherty K, Derieg MK, Persing R. Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, éditeurs. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 3: Performance and Tools). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cité 28 déc 2016]. (Advances in Patient Safety).

45. Beckett CD, Kipnis G. Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. J Healthc Qual Off Publ Natl Assoc Healthc Qual. oct 2009;31(5):19-28.

46. Lee SY, Dong L, Lim YH, Poh CL, Lim WS. SBAR: towards a common interprofessional team-based communication tool. Med Educ. nov 2016;50(11):1167-8.

47. Chiocchio F. Indicateurs pertinents à la collaboration dans le milieu de la santé – Cadre conceptuel et inventaire de mesures. Université de Montréal : Québec, Canada.; 2012 avr ; p. 83.

48. Doran GT. There's a S.M.A.R.T. way to write managements's goals and objectives. Manage Rev. nov 1981;70(11):35-6.

49. Baker DP, Gustafson S, Beaubien J. Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. Literature review. Rockville, MD: Center for Quality Improvement & Patient Safety - Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ); 2003 oct p. 64. Report no 050053.

50. Daker-White G, Hays R, McSharry J, Giles S, Cheraghi-Sohi S, Rhodes P, et al. Blame the Patient, Blame the Doctor or Blame the System? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies of Patient Safety in Primary Care. PloS One. 2015;10(8):e0128329.

51. Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management: What it is and how it can best be implemented. 2011. 32 p.

52. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 4 déc 2010;376(9756):1923-58.