



HAL
open science

Communication entre médecins généralistes et professions paramédicales en secteur libéral. Qu'en pensent les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes et quelles sont leurs attentes envers les médecins généralistes libéraux de la région rouennaise ?

Julien Chabot

► **To cite this version:**

Julien Chabot. Communication entre médecins généralistes et professions paramédicales en secteur libéral. Qu'en pensent les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes et quelles sont leurs attentes envers les médecins généralistes libéraux de la région rouennaise ?. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03222179

HAL Id: dumas-03222179

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03222179v1>

Submitted on 10 May 2021

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 SANTE DE ROUEN NORMANDIE

Année 2021

N°

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine
DES de Médecine Générale

par

CHABOT Julien, Henri, Luc
Né le 13/01/1991 à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le 15 Avril 2021

**Communication entre Médecins Généralistes et
Professions Paramédicales en secteur libéral. Qu'en
pensent les Infirmiers et les Masseurs-Kinésithérapeutes et
quelles sont leurs attentes envers les Médecins Généralistes
libéraux de la région Rouennaise ?**

Jury :

Président du Jury : Pr HERMIL Jean-Loup

Directeur de thèse : Pr MAUVIARD Elisabeth

Membres du Jury : Pr SEVRIN Yveline
Dr HAZARD Emmanuel

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**
ASSEESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN Dermato - Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN Médecine interne

Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES reproduction	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale

Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire

Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN Anatomie
Mr Julien WILS	HCN Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR Biologie
-----------------------------	--------------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique

Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB économie de la santé	Législation pharmaceutique et
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	
----------------------------	--

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSOONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

<h3>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</h3>

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil, *médecin généraliste installé à Vernon, Professeur des universités, directeur du département et coordonateur du DES de Médecine Générale*. J'ai eu l'honneur de vous avoir comme maître de stage et maintenant comme président du jury de cette thèse. Merci à vous pour votre enseignement et votre soutien.

À Madame la Professeure Élisabeth Mauviard, *médecin généraliste installée à Grand-Quevilly, Professeure associée, co-responsable des enseignements facultaires, responsable de l'enseignement du raisonnement clinique, co-responsable de la MSP-U Grand-Quevilly*. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, d'avoir pris le temps de répondre à mes doutes, à mes questions et de m'avoir guidé dans l'accomplissement de ce travail.

À Madame la Professeure Yveline Sevrin, *médecin généraliste installée à Grand-Quevilly, Professeure associée, co-responsable de la MSP-U Grand-Quevilly*. Merci d'avoir accepté aussi rapidement et aussi simplement d'être membre de ce jury.

À Monsieur le Dr Emmanuel Hazard, *médecin généraliste installé à Romilly sur Andelle, Maître de conférence associé, responsable de la MSP-U Romilly sur Andelle*. Merci de votre intérêt et d'avoir bien voulu prendre part au jury de cette thèse.

À mes parents, vous qui m'avez appris à apprendre. Merci pour ce soutien sans faille que vous m'avez apporté tout au long de ce long chemin et ce malgré mon caractère. Merci de m'avoir encouragé dans cette voie quand bien même j'avais renié mes origines d'apothicaire. Merci notamment à toi maman pour ta participation à ce travail en tant que relectrice émérite. Cette soutenance est surtout la vôtre.

À Guillaume, mon frère, avec qui j'aurais aimé passer ce moment mais qui en aura décidé autrement il y a de ça maintenant plus de dix ans. Avant de nous quitter, tu fus pour moi un modèle dans beaucoup de domaines, dont celui des études. Si aujourd'hui j'en suis là, c'est une certitude, c'est grâce aux dix-sept années qu'on a partagées. Aujourd'hui, je suis bien plus âgé que tu ne l'auras jamais été... et pourtant, j'entends encore dans un coin de ma tête les sages conseils que tu pourrais me donner au son d'une musique apaisante sur un air de piano. En ce jour, mes pensées vont vers toi. Merci.

À Éric et Luc, mes frères. Je sais que je peux compter sur vous deux, vos femmes, mon neveu et ma nièce pour passer de bons moments en famille et j'espère que vous savez que vous pouvez compter sur moi également. Aux vacances passées et aux aventures futures.

À Tatiana, Eve-Marie, Thibault. Kinésithérapeute, Pharmacien, Ingénieur et Médecin. Sacré quatuor que nous formons là ! À croire que vous n'êtes probablement pas étrangers à mon attrait envers l'interprofessionnalité. Voilà maintenant quinze ans que l'on forme un groupe soudé, que l'on s'amuse ensemble, que l'on se soutient ensemble et que l'on s'encourage mutuellement. Sans vous, je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci à vous.

À Gaëlle, Lingzhi, Thibault, mes partenaires d'ostéopathie. Merci Lingzhi car sans toi jamais je n'aurais eu la chance de faire cette formation. Merci à toi Thibault d'avoir prêté ton corps pour que je puisse m'entraîner à manipuler. Aller, sans rancune ! Enfin merci à toi Gaëlle de m'avoir montré le chemin des remplacements, de la soutenance, de la plongée en club universitaire... Si un jour nous devions nous installer ensemble ça serait avec grand plaisir, et si cela ne se fait pas compte sur moi pour venir t'embêter en dehors du travail !

À Jamal, Hugues, Hélène, Stéphane et Bertrand, ainsi qu'au reste de l'équipe du cabinet médical Avicenne de Barentin. Merci de m'avoir accueilli en tant qu'interne, d'avoir partagé votre savoir faire avec moi. Merci de m'avoir accordé votre confiance et de continuer à le faire en me proposant régulièrement des remplacements et en me confiant vos patients. Je ferai tout mon possible pour m'en montrer digne. Merci.

Et enfin à Marine, ton soutien fut probablement le plus important de tous. Que ferais-je sans toi ? Voilà maintenant 8 ans que tu partages ma vie, que tu l'embellis de ta gentillesse et de ta douceur. Tu es mon phare dans la nuit, mon bâton de berger, ma bulle d'oxygène. Tu sais comme personne être à l'écoute. Je n'ai aucun doute en tes capacités à devenir une psychiatre hors pair, tu l'es déjà. Et quand ta thèse sera également achevée, à nous deux la liberté ! Tous nos projets pourront se concrétiser. J'ai hâte de découvrir ce que l'avenir nous réserve et d'en savourer chaque instant à tes côtés. Je t'aime mon amour. Merci à toi.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	1
I. INTRODUCTION	3
1. CONCEPTS GENERAUX.....	3
A. Le parcours de soins coordonnés.....	3
B. La continuité des soins.....	4
C. La coordination des soins.....	5
D. Les rôles du médecin généraliste.....	5
E. Les rôles de l'infirmier.....	8
F. Les rôles du masseur-kinésithérapeute.....	10
G. La coopération interdisciplinaire dans le secteur de la santé.....	11
H. La communication interdisciplinaire.....	14
I. La communication entre médecins et paramédicaux en 2020.....	15
2. PROBLEMATIQUE.....	20
3. HYPOTHESE.....	21
4. QUESTION D'ETUDE.....	22
II. METHODE	23
1. TYPE D'ETUDE.....	23
2. POPULATION ETUDIEE.....	23
3. DEROULEMENT DES ENTRETIENS.....	24
A. Conception du guide d'entretien.....	24
B. Réalisation des entretiens.....	24
C. Retranscription des données.....	24
4. ANALYSE DU CONTENU.....	24
5. LIMITATION DES BIAIS.....	25
6. DECLARATION CPP, CNIL, ET COMITE D'ETHIQUE.....	25
III. RESULTATS	26
1. CARACTÉRISTIQUES DES ENTRETIENS.....	26
2. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES ENTRETIENS.....	26
3. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	27
4. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	28
A. Impression générale des professions paramédicales sur la communication des médecins généralistes	28
B. La communication entre médecins généralistes et paramédicaux en pratique.....	29
C. Une communication à double sens.....	39
D. Les facteurs clés déterminants de la communication	42
E. Vers un meilleur soin.....	47

IV. DISCUSSION	50
1. CRITIQUE DE L'ETUDE.....	50
A. Choix de la méthode.....	50
B. Choix de la population cible.....	50
C. Forces et limites de l'étude.....	51
2. CRITIQUE DES RESULTATS.....	52
A. Rappels des principaux résultats.....	52
B. Problématiques rencontrées et pistes d'amélioration.....	54
V. CONCLUSION	68
ANNEXES	70
1. ANNEXE 1 : Serment d'Hippocrate	70
2. ANNEXE 2 : Guide d'entretien	71
3. ANNEXE 3 : Entretiens.....	72
4. ANNEXE 4 : Marguerite des compétences	98
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	99

LISTE DES ABREVIATIONS

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu
ANS : Agence du Numérique en Santé (anciennement ASIP-santé)
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé
CDS : Centre de Santé
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNP : Conseil National Professionnel
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPP : Comités de Protection des Personnes
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CV : Carte Vitale
DMP : Dossier Médical Partagé
DPC : Développement Professionnel Continu
DSI : Démarche de Soins Infirmiers
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EIP : Éducation Inter-Professionnelle
ESP : Équipe de Soins Primaires
FMC : Formation Médicale Continue
FMI : Formation Médicale Initiale
FPC : Formation Professionnelle Continue
GIP : Groupement d'Intérêt Public
HAS : Haute Autorité de Santé
HDH : Health Data Hub
HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IPA : Infirmier en Pratique Avancée
MG : Médecin Généraliste
MKDE : Masseur-kinésithérapeute Diplômé d'État

MMOP : Filière Médecine Maïeutique Odontologie Pharmacie

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OGC : Organisme Gestionnaire Conventionnel

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

PDS : Plateforme des Données de Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SMS : Short Message Service

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

I.

INTRODUCTION

Depuis longtemps, la prise en charge d'un patient n'est plus l'apanage d'un corps de métier mais d'un cortège de plusieurs professions.

Cette pluridisciplinarité autour du patient apporte son lot d'avantages, dont les deux principaux sont la complémentarité et la créativité mais elle apporte également son lot d'inconvénients comme le risque d'une prise en charge du patient ralentie et désynchronisée.

Selon la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), on dénombrait en France en 2020 quelques 101 355 médecins généralistes dont 66 637 libéraux ainsi que 744 307 infirmiers dont 131 575 libéraux et pas moins de 91 485 kinésithérapeutes dont 73 229 libéraux¹.

Ces chiffres font de ces disciplines les trois professions les plus représentées en terme de démographie des professionnels de santé.

Autant d'acteurs qui sont centrés autour d'une seule et même cause : le patient et sa santé.

Dans l'intérêt du patient et dans le souci du meilleur soin, la communication entre professionnels médicaux et paramédicaux est essentielle^{2 3 4 5 6}.

En effet, les avantages de la communication et de la collaboration d'équipe sont connus : plusieurs études montrent qu'en raison de la complexité des soins médicaux, associée aux limites de la performance humaine, il est d'une importance cruciale que les cliniciens disposent d'outils de communication normalisés, qu'ils créent un environnement dans lequel les individus peuvent s'exprimer et exprimer leurs préoccupations, qu'ils partagent un langage commun pour alerter les membres de l'équipe à des situations parfois dangereuses et ce afin d'assurer une prise en charge sûre et de qualité. Les échecs de communication sont une cause extrêmement courante de préjudice involontaire aux patients^{7 8}.

Or, avec autant d'intervenants et sans oublier l'hétérogénéité des pratiques et des modes d'exercices, on peut supposer que la tâche soit plus ardue qu'elle ne semble être.

Pour en prendre pleinement conscience, il est intéressant de prendre du recul et de rappeler les grands concepts qui posent le décor du système de santé actuel en France.

1. CONCEPTS GÉNÉRAUX

A. Le parcours de soins coordonnés

Pour l'ARS⁹, le parcours de soins est défini par la prise en charge globale des patients usagers du système de santé et permet de remplir ces trois rôles : Prévenir, Soigner, Accompagner.

Il vise comme objectif d'organiser les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment et au meilleur coût.

Depuis la loi Douste-Blazy du 13 août 2004 et la réforme du parcours de soins coordonnés, le patient de plus de 16 ans est encouragé à consulter son médecin traitant (bien souvent médecin généraliste) en premier recours (sauf gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, psychiatrie) s'il veut être pleinement pris en charge.

Le médecin généraliste devient donc plus que jamais un acteur pivot dans la prise en charge du patient.

Cette idée, renforcée par la loi de santé de 2016, est d'organiser la prise en charge notamment pour les patients atteints de maladie chronique, en situation de précarité sociale, de handicap ou de perte d'autonomie par une équipe de soins primaires : ensemble de professionnels de santé organisés autour du médecin généraliste et ce afin d'améliorer la continuité des soins.

B. La continuité des soins

La continuité des soins est une notion fondamentale de la médecine moderne : elle s'intègre directement à la définition européenne de la médecine générale¹⁰ qui cite, parmi les onze caractéristiques de la discipline, « la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins des patients ».

Elle a pour but d'assurer le suivi dans la durée des problèmes de santé d'un patient donné sans rompre la chaîne des soins et en s'assurant du transfert interdisciplinaire des données le concernant.

Elle pose la question de la communication et du transfert d'informations entre les différents acteurs de soins.

Les compétences des différents corps professionnels s'élargissent notamment chez les professions paramédicales. On voit apparaître des notions nouvelles, par exemple : le diagnostic infirmier, le bilan kinésithérapeute.

Il apparaît que les soins soient prescrits par le médecin mais que les professionnels de santé paramédicaux aient eux-mêmes leur champ de compétence, des informations à transmettre au médecin ou aux autres professionnels de santé et inversement.

La continuité des soins sous-entend l'utilisation efficiente des ressources du système de santé par la coordination des soins.

C. La coordination des soins

La coordination est une méthode de travail fondée sur les interactions et donc sur la communication entre plusieurs professionnels autour d'une problématique individuelle donnée.

La coordination des soins est définie par l'ARS comme étant un facteur essentiel d'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins. Elle vise une population dans sa complexité, dont les besoins exigent une pluridisciplinarité des soins.

En 2017, l'ARS distingue deux types de Coordination¹¹ :

- Une coordination de proximité, dont les acteurs sont les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé polyvalents, les équipes de soins de proximité. Ces acteurs, qui sont l'équipe de soins primaires, assurent l'expertise et la coordination de la prise en charge du patient pour une meilleure orientation dans le système, soit une coordination clinique.
- Une coordination d'appui de territoire exercée par les pôles de territoire de santé, les réseaux de santé, les groupements libéraux de professionnels de santé. Il s'agit d'une coordination au service des équipes de premier recours concernant les patients dits «en situation complexe».

Le médecin généraliste possède alors un rôle clé dans cette coordination des soins.

Mais alors que chacun pense travailler efficacement en réseau, on peut également entendre des professionnels se plaindre de la mauvaise collaboration avec d'autres corps de métier (exemple de l'infirmier n'arrivant pas à joindre le médecin, le kinésithérapeute regrettant de ne pas avoir notion de l'histoire clinique du patient, le médecin regrettant le manque d'initiative des autres intervenants, le pharmacien jugeant qu'il n'est pas assez mis à contribution).

D. Les rôles du médecin généraliste

Quels sont les rôles du médecin généraliste en 2020 ?

Le médecin généraliste en France, comme tous les médecins, prête le *serment d'Hippocrate* (*Annexe 1*). Dans ce serment revu par l'ordre des médecins en 2012, on retrouve les missions suivantes communes à l'ensemble des médecins :

La préoccupation première de tout médecin demeure la santé du patient, quel qu'il soit :

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

« Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera »

« Je ferai tout pour soulager les souffrances »

Protéger le patient incombe également au médecin :

« J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité »

Le médecin a également un rôle d'information du patient :

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

Et pour ce faire il a un devoir de neutralité :

« Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission »

Le médecin a aussi pour mission de se former continuellement :

« Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés »

Concernant plus spécifiquement le médecin généraliste, en 1991, son rôle dans le système de distribution des soins a été établi par la *WONCA* : les tâches professionnelles ont été précisées, en particulier dans la gestion et la hiérarchisation des ressources médicales¹².

En France, en 2009, fut votée une loi définissant les missions du médecin généraliste dans *le Code de santé publique*. Celles-ci sont :

- La prévention
- Le dépistage
- Le diagnostic, le traitement, le suivi des maladies et des patients
- La dispensation et l'administration des médicaments produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique

Les médecins généralistes devront également « orienter les patients dans le système de soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, à l'éducation pour la santé et participer à la permanence des soins ».

D'autre part, le médecin généraliste est souvent désigné par le patient comme étant son médecin traitant dans le parcours de soins coordonnés. Il possède alors un rôle central pivot dans la prise en charge du patient au sein du système de soins.

La médecine générale est le plus souvent le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé indépendamment de l'âge, du sexe ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.

Elle couvre un vaste champ d'activités déterminées par les besoins et les demandes des patients.

D'après l'ouvrage *Médecine Générale 2e édition du CNGE*, la médecine générale est une discipline qui développe une approche centrée sur la personne, orientée vers l'individu dans sa famille et sa communauté. Elle tient compte des représentations de la maladie chez le patient¹³.

Elle propose un processus de consultation personnalisée qui construit dans le temps la relation médecin-patient à travers une communication appropriée. Cette expérience partagée est en elle-même thérapeutique.

Elle a la responsabilité de la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient, dès la naissance (et parfois même avant) jusqu'à la mort.

Elle veille à une utilisation efficiente des ressources du système de santé à travers la coordination des soins, le travail avec d'autres professionnels dans le cadre des soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités.

Elle assure la synthèse des informations et guide le patient dans le système de distribution des soins.

Elle utilise une démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies, dans le contexte des soins primaires.

La valeur prédictive d'un signe ou d'un test est en effet différente en soins primaires du fait de la fréquence plus faible des maladies graves.

Elle peut prendre en charge simultanément les problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient. Elle gère plusieurs motifs de recours au cours de la même consultation. Elle intervient au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide ou nécessiter une mise en attente, permettant le diagnostic de la maladie à la phase d'état.

Elle favorise le développement de la promotion et de l'éducation de la santé par des interventions appropriées et efficaces.

Elle possède une responsabilité spécifique en termes de santé publique et assume des actions de santé au sein de la communauté.

Elle répond dans une dimension globale aux problèmes de santé dans les aspects physiques, psychologiques, sociaux, culturels et existentiels.

Pour finir, **les compétences du médecin généraliste** peuvent être rassemblées en six compétences principales :

- **la gestion des soins de santé primaires** : assurer le premier contact avec les patients, coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés
- **la démarche centrée sur la personne** : adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge du patient et de ses problèmes, développer et appliquer un cadre de consultation qui permette une relation harmonieuse entre le médecin et le patient, fournir des soins continus dans le temps selon les besoins du patient
- **les capacités spécifiques pour la résolution de problèmes** : tenir compte pour la prise de décision de la prévalence et de l'incidence des maladies en soins primaires, s'adapter à toutes les situations rencontrées et intervenir dans l'urgence si nécessaire
- **l'approche globale** : gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient, promouvoir la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies d'éducation pour la santé et de prévention des maladies
- **l'orientation communautaire** : harmoniser les besoins individuels des patients avec les besoins de la communauté dans laquelle ils vivent, en équilibre avec les ressources accessibles
- **le modèle holistique** : utiliser le modèle bio-psychosocial qui prend en considération les dimensions culturelles et existentielles

E. Les rôles de l'infirmier

La profession infirmière s'articule autour de deux pôles : **le rôle propre de l'infirmier et le rôle médico-délégué.**

Les soins infirmiers sont définis par *le décret du 29 Juillet 2004 du code de la santé publique*¹⁴.

Selon *l'article R. 4311-1*, l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation aux actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

On peut relever que ces deux dernières missions sont communes avec celles des médecins.

Selon *l'article R 4311-2*, les soins infirmiers ont pour objet :

- de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres

professionnels et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiation du ou des médecins prescripteurs ;
- de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs et d'accompagner, autant que de besoin, leur entourage.

Le rôle propre infirmier :

Concernant le rôle propre de l'infirmier, celui-ci est défini par l'article *R.4311-3 du code de santé publique* : « relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaire ».

Le rôle médico-délégué ou encore rôle sur prescription :

Il spécifie le seul lien hiérarchique existant entre le médecin et l'infirmier. Ce dernier est chargé de la mise en application des prescriptions médicales et de la surveillance des effets secondaires ou complications qui pourraient en découler. Il n'est cependant pas qu'un simple exécutant, il doit en permanence faire le lien entre ses connaissances et les ordonnances faites par les médecins. En effet, il lui serait reproché d'avoir appliqué une prescription absurde. Il doit donc savoir interpellé le praticien lorsqu'il identifie une erreur ou en tout cas une prescription atypique, afin d'en obtenir confirmation.

Comme le rappelle *l'article 4311-4*, le rôle de l'infirmier ou de l'infirmière est également dans la collaboration, sous sa responsabilité, avec d'autres professions telles que les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture ou les aides médico-psychologiques qu'ils encadrent.

Par ailleurs, dans *le Code de déontologie des infirmiers* publié en novembre 2016¹⁵, on retrouve l'ensemble des droits et devoirs des infirmiers, quels que soient leurs modes ou lieux d'exercice. Il clarifie notamment les relations avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé.

Il vient donc se substituer à l'ensemble des règles professionnelles figurant depuis 1993 aux articles R.4312-1 et suivants du code de la santé publique. Il s'agit donc d'une modernisation et d'un enrichissement de ces règles déontologiques afin de mieux prendre en compte les évolutions majeures observées ces 20 dernières années et notamment :

le développement du droit des patients, ces derniers étant par ailleurs de plus en plus exigeants, de mieux en mieux informés et désirant des relations de proximité ;

l'explosion de la prise en charge des maladies chroniques, du très grand âge, la question de la fin de vie ;

les restructurations hospitalières, le virage ambulatoire ;

la recherche de productivité et ses conséquences en termes de rythme de travail (nombreux syndromes d'épuisement).

F. Les rôles du masseur-kinésithérapeute

*L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes*¹⁶ définit ceux-ci comme des professionnels de santé qui mettent en œuvre la rééducation :

- Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne
- Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles

L'ordre indique aussi que la pratique de la kinésithérapie comporte également la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique.

Dans le champ thérapeutique, à partir de la prescription médicale, le kinésithérapeute établit un bilan des capacités de ses patients. Il fixe, avec eux, des objectifs et propose un programme adapté de rééducation. Il explique les méthodes et les techniques qu'il va employer durant les séances. Il le fait en toute indépendance et en pleine responsabilité.

Son champ d'intervention est large : maladies neurologiques, traumatologie, affections rhumatismales, troubles de l'équilibre, incontinence urinaire et fécale, oncologie, affections respiratoires et cardio-vasculaires, troubles de la déglutition, rééducation pédiatrique... Le kinésithérapeute peut intervenir à tout âge de la vie de ses patients.

Depuis la création de la profession en 1946 où il utilisait comme traitement de base le massage et la gymnastique médicale, les techniques qu'il utilise ont beaucoup évoluées avec le développement des connaissances issues de la recherche scientifique. Les objets connectés par exemple et les *serious games* connaissent un important développement et sont des outils utilisés par le kinésithérapeute, qui n'a pour autant pas abandonné massages, postures, étirements, renforcement musculaire, etc.

Il peut également prescrire des dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession.

Il est possible de consulter le kinésithérapeute directement en cas d'urgence en l'absence d'un médecin. Il est dans ce cas habilité à accomplir les premiers actes de kinésithérapie nécessaires.

Il participe à des actions de santé publique et notamment à la lutte contre le tabagisme puisqu'il peut prescrire des substituts nicotiques, donnant ainsi accès à ses patients au forfait d'aide au sevrage tabagique.

Le kinésithérapeute peut aussi concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

Les kinésithérapeutes exercent principalement en cabinet libéral mais également à l'hôpital, en centre de rééducation, en maison de retraite, en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des établissements thermaux.

Par ailleurs, le *Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes*¹⁷ regroupe :

- des devoirs généraux
- des devoirs envers les patients
- des devoirs entre confrères et autres professions de santé
- l'exercice de la profession

Le masseur-kinésithérapeute réalise des actes manuels ou instrumentaux. Il soulage la douleur, maintient l'autonomie et aide à récupérer les fonctions quand cela est possible. Il intervient notamment dans des cas de problèmes respiratoires (en particulier auprès des nourrissons), de traumatismes et en accompagnement de fin de vie.

La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin, est précisée par décret en Conseil d'État après avis de l'académie nationale de médecine.

G. La coopération interdisciplinaire dans le secteur de la santé

L'enjeu de la démarche de coopération entre professionnels de santé est d'optimiser le parcours de soins tout en apportant une réponse aux attentes des patients comme des professionnels.

Il s'agit de leur permettre de se centrer sur les activités où leur plus-value est la plus grande et de faciliter les évolutions des métiers de la santé, sous la pression conjuguée du vieillissement de la population, des progrès techniques, de la complexité croissante des prises en charge et des contraintes démographiques.

Un des premiers rapports sur ce sujet : « *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* », fut rédigé par le professeur Berland en 2003¹⁸. Avant cela, la coopération interdisciplinaire dans le monde médical est peu formalisée en France.

*La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*¹⁹ prévoyait des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transferts de compétences entre professions médicales et autres professions de santé.

Ce même texte précisait qu'un arrêté fixerait les modalités précises de ces expérimentations et notamment la nature et la liste des actes, la durée de l'expérimentation, les établissements et services qui en sont chargés, les conditions de mise en œuvre ainsi que les modalités de leur évaluation.

Pour le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins de l'époque, Jean Castex, « Il s'agit de mesurer si une répartition différente des activités et des compétences entre professionnels médicaux et paramédicaux est possible à qualité des soins égale ou supérieure ».

L'arrêté du 13 décembre 2004²⁰ est donc le premier texte relatif à la coopération entre professionnels de santé en France. Cinq expérimentations sont autorisées dont deux concernent médecins et infirmiers.

Le 7 avril 2006, un nouvel arrêté²¹ complète cette liste avec 10 nouvelles expérimentations.

Plus récemment, en 2009, les expérimentations deviennent plus concrètes et plus nombreuses.

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009²² permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients.

Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional avant de le soumettre à la validation de la Haute Autorité de Santé.

La mission de la HAS consiste à vérifier que ces protocoles apportent une garantie de qualité et de sécurité des soins aux patients. Sur la base de cette avis, l'ARS autorise ou non, par arrêté, la mise en œuvre de ces protocoles.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca) signe le 13 juillet 2011 le premier protocole de coopération entre professionnels de santé en France. Ce protocole concerne la pratique de myélogrammes par des infirmiers formés²³.

Extrait de l'article 51 de la loi HPST

(...) les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. (...)

Pour être mis en œuvre, un protocole de coopération doit être autorisé par l'Agence régionale de santé, après avis favorable de la Haute Autorité de santé. La HAS peut décider d'étendre un protocole de coopération à tout le territoire national.

Les professions concernées sont celles inscrites au titre de l'article L.4011-1 du code de la santé publique :

- aide-soignant
- audioprothésiste
- auxiliaire de puériculture
- chirurgien-dentiste
- conseiller génétique
- diététicien
- ergothérapeute
- infirmier
- manipulateur en électroradiologie médicale
- masseur-kinésithérapeute
- médecin
- opticien lunetier
- orthophoniste
- orthoptiste
- prothésiste, orthésiste
- pédicure-podologue
- pharmacien
- psychomotricien
- sage-femme

Dans son document « *coopération entre professionnels de santé, Mode d'emploi* »²⁴ paru en avril 2012, la HAS incite à déterminer des protocoles interdisciplinaires sous supervision de l'ARS.

Certains facteurs clés de réussite de ces protocoles communs et de la coopération furent décrits :

- La gestion de tels projets repose sur l'anticipation des freins, en particulier culturels, sur l'échange et la communication.

- La prise en charge globale et pluridisciplinaire repose sur une conception du travail en équipe axée sur le partenariat et non sur la simple juxtaposition de compétences complémentaires.

- Une formalisation rigoureuse et collective est indispensable : elle assure la cohérence du projet en travaillant les objectifs et les moyens nécessaires pour le réaliser, en termes de ressources notamment humaines et techniques.

- Le cadre d'intervention est strictement défini a priori par des protocoles, des check-lists ou tout autre outil formalisé et collectivement validé de la prise en charge.

- L'organisation de la coopération entre les professionnels de santé concernés ne peut se penser indépendamment de l'organisation générale de l'équipe (ressources humaines, matérielles, organisation spatiale et temporelle, coordination, partage de l'information et outil informatisé).

- Un temps de réflexion collectif et régulier sur les nouvelles pratiques, associé à des outils de suivi de l'activité et de la qualité et de la sécurité des pratiques, doit être mis en place.

H. La communication interdisciplinaire

Comme décrit précédemment, la prise en charge d'un patient est un travail de plus en plus interdisciplinaire où différents professionnels de santé collaborent dans l'objectif d'un meilleur soin au service du patient.

L'importance d'une bonne collaboration pour le bien du patient n'est pas à prouver^{23 4 5 6 7 8}.

Or, toute collaboration passe par une communication et nous pouvons imaginer qu'elle est améliorable.

Des suggestions d'amélioration de l'interprofessionnalité furent étudiées et sont résumées ci-dessous^{25 26} :

- Définir une vision commune du patient et de son parcours ;
- Préciser la définition et la connaissance des rôles des professionnels ;
- Prévoir des rencontres d'équipe régulières ;
- Utiliser un dossier patient unique (si possible informatisé) ;
- Prévoir des formations interprofessionnelles ;
- Prévoir des rencontres hors du milieu de travail ;
- Évaluer les besoins de la patientèle et choisir les professionnels appropriés ;
- Développer des relations personnelles et professionnelles ;
- Favoriser un esprit d'équipe, basé sur une vision commune de la collaboration ;
- Mettre en place des stratégies de communication et d'information commune ;
- Définir clairement les attentes et les rôles de chacun ;
- Réévaluer régulièrement les fondements de la collaboration ;
- Mettre au point des protocoles d'intervention ;
- Insérer l'équipe au sein d'une structure de soins locale ou territoriale, coordination avec le niveau médico-social existant ;
- Aménager des lieux physiques adéquats facilitant les interactions entre les différents professionnels, soignants et autres.

I. La communication entre médecins et paramédicaux en 2020

Dans le cadre de la communication médecins-paramédicaux, différents facteurs doivent être pris en compte :

A. Un vocabulaire commun

Pour communiquer efficacement, l'ensemble des intervenants doit avoir un langage, un vocabulaire commun.

Au cours de la formation initiale :

On serait tenté de penser qu'un tronc commun, notamment en première année d'étude aux professions paramédicales et médicales, constituerait un moyen d'avoir des bases communes et de favoriser l'interdisciplinarité.

Jusqu'à récemment, il existait une année commune entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes s'ils choisissaient la voie de la PACES.

Seulement, depuis la réforme PACES 2020, les études de kinésithérapie sont exclues de la filière MMOP (Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie)²⁷, du moins de manière officielle car de manière plus officieuse se dessine une filière MMOPK incluant toujours les kinésithérapeutes en son sein.

En ce qui concerne les infirmiers pour l'instant et même si cela fut envisagé, les étudiants infirmiers ne sont pas intégrés à la filière MMOP.

Par ailleurs, 68 % des infirmiers en 2015 refusaient une première année d'étude commune aux professions médicales et paramédicales²⁸.

Certains syndicats infirmiers jugeaient en effet que les formations médicales et paramédicales actuelles avaient un contenu adapté et suffisant et qu'une nouvelle modification n'aurait fait qu'ajouter de la confusion dans les différentes filières.

L'argument principalement évoqué était que les modalités de ces corps de métier n'étaient pas les mêmes, que les socles des professions n'étaient pas les mêmes, que les finalités n'étaient pas les mêmes.

Plus qu'une première année commune, certains proposeraient alors des cours communs se déroulant plus tardivement dans le cursus :

Pour Thierry Amouroux, secrétaire général du SNPI, qu'en 3ème année de formation au sein du cursus infirmier il y ait des cours communs avec les autres étudiants arrivant eux aussi en fin de

formation serait alors un plus. Ceci permettrait certains cours et réflexions transversaux sur des sujets communs (éthique, travail en équipe, réflexions sur le travail pluridisciplinaire...) et améliorerait sûrement les relations par la suite pour le plus grand bénéfice des soignés.

Dans la pratique, au sein de l'université rouennaise et depuis deux années maintenant, on a vu se mettre en place, sous la responsabilité du Pr Mauviard, des ateliers communs entre infirmiers en fin d'études et internes en médecine générale sous forme de séminaires interprofessionnels autour de cas cliniques. Les internes tout comme les futurs infirmiers étaient satisfaits de ces enseignements et regrettaient souvent que ceux-ci arrivent trop tard dans le cursus.

Après la formation initiale :

Une fois la formation médicale initiale (FMI) terminée (9 ans pour un médecin spécialisé en médecine générale), le médecin doit se former continuellement dans le cadre de la formation médicale continue (FMC) :

La FMC a été instituée officiellement par l'ordonnance « Juppé » du 25 avril 1996²⁹ : « l'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel ».

Jusqu'à la loi du 4 Mars 2002 (loi Kouchner)³⁰, la pratique d'une forme ou d'une autre de FMC était laissée à l'appréciation et à la conscience de chacun et à celle du Code de déontologie médicale (CDM), inscrite dans son titre « devoirs généraux des médecins », à l'article 11 qui stipule que « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances, il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles ».

Actuellement, le DPC (Développement professionnel continu) mis en place par la loi HPST du 21 juillet 2009²² et réformé par la loi de modernisation du système de santé le 26 janvier 2016³¹, a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques.

Il constitue une obligation pour tout professionnel de santé, quel que soit son mode ou secteur d'activité.

Chaque professionnel de santé doit justifier sur une période de trois ans de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques.

L'organisation du DPC s'appuie sur l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) qui est un groupement d'intérêt public constitué paritairement entre l'état et l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) ainsi que sur les professions avec les conseils nationaux professionnels (CNP).

En pratique, le parcours de DPC varie selon la spécialité et le corps de métier. Les démarches de DPC peuvent prendre plusieurs aspects (à titre d'exemple : formations universitaires type DU, participation à des congrès de sociétés savantes reconnus par le CNP...) et sont indemnisées aux professionnels.

Seulement, la majorité de ces formations n'est destinée qu'à un corps de métier et n'ouvre pas la voie de l'interdisciplinarité. Ce n'est que depuis quelques années que l'on voit apparaître des DPC interprofessionnels.

En effet, depuis 2018, l'ANDPC souhaite favoriser les actions pluriprofessionnelles. Plus complexes à élaborer elles pourraient prochainement donner lieu à une indemnisation plus élevée³².

Dans le cadre de l'appel à projets « DPC interprofessionnel en appui de l'exercice coordonné en santé » lancé par l'ANDPC, 8 candidatures d'organismes de DPC ont été sélectionnées au second semestre 2019³³.

Ces actions s'adressent généralement à des professionnels travaillant ensemble ou appelés à travailler ensemble dans le cadre d'organisations territoriales de santé comme les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).

D'autres occasions d'échanges interdisciplinaires peuvent avoir lieu au décours de la FMI : c'est le cas des réseaux de santé. Ce sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmiers) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif etc...). Constitués en majorité sous forme d'associations, ils furent introduits par *l'article 6 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996* et disposent depuis *la loi du 4 mars 2002* d'un cadre législatif pérenne (*article L.6321-1 et 2 du code de la santé publique*) : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires...»³⁴.

Dans la pratique et du fait de la trop grande diversité des champs d'action, l'activité de ces réseaux de santé n'a pas su répondre à la définition et aux objectifs initialement fixés³². Il apparut vite difficile d'identifier des objectifs opérationnels communs à l'ensemble des réseaux de santé.

La pression des financements et le manque de résultats a alors incité une refonte des réseaux de santé en 2007 puis en 2012. Mais malgré ces refontes, leur déploiement notamment en ville fut marginal et même si ces réseaux permettent une organisation pluri-professionnelle sur un territoire donné, ils restent souvent centrés sur une seule pathologie souvent chronique ou une population ciblée. Or, la collaboration interprofessionnelle concerne également des situations plus larges.

D'autres réseaux plus informels se sont multipliés ces dernières années. On a vu émerger de plus en plus de structures rassemblant plusieurs professionnels de santé de différentes disciplines travaillant de concert comme des MSP, encouragées notamment par des subventions de l'état.

Sur le plan organisationnel, l'exercice coordonné sous forme de maisons de santé, de pôles de santé, de centres de santé, de cabinets de groupe favorisent la prise en compte de l'interdisciplinarité en faveur de la coordination au plus près du patient.

B. Des outils communs

En plus d'un langage commun, l'utilisation d'outils de communication communs et adaptés semble être un plus dans l'interdisciplinarité et la coordination des soins.

Outre les moyens de communication usuels comme le téléphone, le courrier, l'ordonnance... plusieurs outils furent récemment proposés.

-Le DMP

Le dossier médical partagé (DMP) est défini par l'assurance maladie comme un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé du patient : traitements, résultats d'examens, allergies...

Le DMP est un projet public lancé en France par le ministère de la santé ayant pour but de faciliter l'accès à l'information médicale. Il est lancé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

En plus des informations renseignées par le patient, le DMP a pour but de mettre à disposition des professionnels de santé, avec accord préalable du patient, des informations médicales en provenance d'autres professionnels de santé.

Depuis 2013, le patient peut également créer lui-même son DMP depuis le site internet Ameli ou encore depuis le site mon-dmp.fr.

Le professionnel de santé peut alors accéder au dossier du patient via un accès web, un lecteur de carte CPS et Vitale et sous condition d'avoir une carte de professionnel de santé (CPS) ou de personnel d'établissement (CPE) valide.

Ce système est opérationnel depuis mai 2011 et est officiellement disponible pour tous à partir du 6 novembre 2018 à la suite d'une annonce de l'ancienne ministre de la santé, Pr Agnès Buzyn³⁵.

Le DMP porte toutefois à controverse : outre la question épineuse de l'hébergement sécurisé des données, la création et la mise à jour du DMP représente une charge de travail supplémentaire non rémunérée pour le professionnel de santé, souvent médecin généraliste et les patients peinent bien souvent à renseigner eux-mêmes leurs dossiers.

-La messagerie sécurisée de santé

L'utilisation de messageries dites sécurisées permet aux messages d'être cryptés à la source, transmis cryptés et décryptés par le destinataire uniquement.

L'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé protégeant les données médicales des patients est une obligation légale.

Certaines messageries sécurisées sont coordonnées avec des logiciels médicaux. Dans un travail de thèse dédié à la dématérialisation des données médicales³⁶, plusieurs études réalisées entre 2006 et 2008 ont comparé l'efficacité des outils permettant de faire des échanges sécurisés de données grâce à ces messageries. Il en ressortait que deux solutions s'avéraient plus ergonomiques et interopérables : Easycrypt et Apicrypt.

En 2013 apparaît la messagerie sécurisée gratuite MSSanté lancée par ASIP Santé (l'agence des systèmes d'information partagé de santé, nouvellement agence du numérique en santé depuis 2019), groupe d'intérêt public regroupant le ministère de la santé, la CNAM et la CNSA.

Complémentaires au Dossier Médical Personnel (DMP) qui permet le partage de données de

santé, les messageries sécurisées constituent une étape supplémentaire pour la e-santé en facilitant l'échange de données dématérialisées entre professionnels de santé et en respectant la confidentialité autour du patient. Elles contribuent à faciliter la coordination des soins et à améliorer les échanges entre professionnels de santé.

L'enjeu de la dématérialisation est le suivant : gain de temps dans les échanges au profit du temps médical et de prise en charge du patient, gain d'espace et de classement pour l'archivage des documents, sécurisation et limitation de la fraude grâce à la mise en place de process numériques strictement encadrés.

-Un logiciel métier des professionnels de santé commun

D'après la HAS³⁷, les logiciels métiers sont des outils au service des professionnels de santé qui permettent de « réutiliser » les données cliniques générées au cours de la prise en charge, dès lors qu'elles sont recueillies sous un format structuré et codées de façon standardisée. Ces données deviennent alors une ressource fiable et accessible pour suivre l'évolution au long cours d'un malade, améliorer les processus de prise en charge, générer des analyses, des évaluations, etc.

Ils permettent également de favoriser la communication et la coordination des soins en permettant au bon professionnel d'accéder, là où il délivre les soins, à la bonne information, au bon moment, pour le bon patient. Enfin, ils permettent d'accéder aux recommandations de bonne pratique en cours de consultation, en fonction du profil du patient.

Un logiciel métier commun aux professionnels de santé paraît l'outil de partage des données idéal. On peut même imaginer que dans un monde utopique, nous utilisions tous le même logiciel.

Mais la réalité est autre et les logiciels sont multiples, qu'ils soient installés (AxiSanté, Crossway, Hellodoc, FisiMed, Medistory, Hypermed...) ou en ligne (Acteur.fr, Medaplix, Monlogicielmedical.com, Weda...) et comportent tous leurs avantages et leurs inconvénients.

Un logiciel métier commun demeure, dans la pratique, adapté au sein d'une et même structure. Mais cet outil paraît plus difficile à mettre en place en ce qui concerne les échanges inter-structures.

Une solution consiste en la standardisation et la normalisation des données pour les rendre compatibles et interchangeables d'un logiciel à l'autre. Mais il demeure le problème d'accessibilité à l'information d'une structure à une autre.

-Les bases de données partagées en ligne

Une autre solution sécurisée peut être une base de données partagée en ligne, par exemple MedicalCloud.

Il s'agit d'une solution en ligne de stockage, sauvegarde, synchronisation, partage de documents médicaux entre médecins, patients et professionnels de santé de façon simple et sécurisée dans un environnement HDS (hébergeur de données de santé) et sur des serveurs pour certains basés en France.

L'inconvénient principal de cet outil est qu'il nécessite une connexion internet stable et un débit internet suffisant. De plus, leur utilisation n'est pas encore répandue à ce jour en pratique courante.

C. Des temps communs

Les temps communs sont des occasions de discuter ensemble de patients complexes et d'apporter différents points de vue et d'échanger nos propositions de prise en charge. Ils peuvent se faire de manière informelle ou être plus organisés.

-Les RCP

Les réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) peuvent prendre plusieurs formes :

- Une réunion mensuelle rassemblant 3 ou 4 professionnels de l'équipe de soins primaires et le CLIC (centre local d'information et de coordination) pour discuter de la situation d'une personne âgée en dénutrition
- Une rencontre au domicile du patient entre le médecin, l'infirmier et le kinésithérapeute pour rediscuter d'une prise en charge
- Un retour à domicile discuté dans le couloir entre un médecin, un infirmier et un psychologue, avec élaboration d'un plan d'action
- Une conférence téléphonique entre 2 ou 3 professionnels de santé pour discuter d'un cas problématique, avec élaboration d'un plan d'action

Une structure de type MSP se prête particulièrement bien à l'organisation de ce type de réunions de concertation pluriprofessionnelles tout comme aux revues de cas complexes.

2. PROBLEMATIQUE

La communication interprofessionnelle est importante, notamment dans le domaine des soins car l'enjeu principal est de taille : l'amélioration de la santé du patient et même sa guérison.

Communiquer entre médecins n'est déjà pas toujours chose aisée (de généralistes à généralistes, ou à spécialistes³⁸) mais cela l'est encore moins lorsqu'on échange entre professionnels ayant une formation initiale différente, un mode d'exercice différent et une approche du patient différente³⁹.

Ces différences peuvent constituer une véritable barrière à la communication interprofessionnelle ainsi que des divergences d'attentes envers les médecins généralistes pour chaque corps professionnel.

Durant mes différents stages, j'ai pu observer que chaque médecin avait sa propre façon de travailler et de communiquer.

Cette hétérogénéité est d'autant plus importante que les modes d'exercices se multiplient (cabinet isolé, maison de santé, maison de soins pluridisciplinaire etc...).

Cette hétérogénéité dans la communication peut aboutir à une incompréhension ou à une insatisfaction des interlocuteurs et peut altérer la qualité des échanges.

Bien communiquer a son importance : transmettre les justes informations, expliquer clairement sa demande. Cela permet les soins les plus adaptés au patient ainsi qu'une meilleure relation de collaboration interprofessionnelle.

3. HYPOTHESE

Mon hypothèse de départ est que la communication entre médecin généraliste et professions paramédicales peut être améliorée, guidée.

Elle se base sur mon expérience au cours des stages, mes échanges avec infirmiers(ères) / kinésithérapeutes / sages-femmes que j'ai rencontrés au cours de mes études et de témoignages retrouvés sur certains forums internet ainsi que sur les résultats de travaux d'étude tels que la conclusion de la thèse du Dr Le Métayer C.⁴⁰.

La communication interprofessionnelle concerne l'ensemble des professionnels de santé et a fortiori des médecins généralistes.

Dans le domaine de la médecine, elle peut s'avérer parfois complexe. Prenons l'exemple des courriers qui peuvent être chronophages dans leur réalisation. Connaître les attentes de son interlocuteur permet une meilleure optimisation de ce support de communication : un gain de temps pour le praticien mais aussi une information adaptée à son interlocuteur et in fine une meilleure prise en charge du patient.

J'ai pu trouver de nombreuses études qui s'intéressaient à la communication de médecins de ville à médecins hospitaliers, de médecins à pharmaciens, de généralistes à spécialistes mais peu d'études sur la relation entre professions paramédicales et médecins généralistes, si ce n'est la thèse du Dr Binart Ecale³⁹, qui tout comme la thèse du Dr Dumont T.⁴¹, recensait les difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre MG et autres professionnels de santé du secteur libéral, du point de vue des médecins.

Le travail du Dr Le Métayer C.⁴⁰ ressemble davantage à cette étude mais ne concerne pas la même zone géographique puisqu'il s'intéressait uniquement au territoire de Gennevilliers/Villeneuve la Garenne. Il était également plus ciblé sur les circonstances de communication puisque s'intéressant plus spécifiquement à la communication au cours de l'adressage d'un patient.

Dans des études en milieu hospitalier⁴², il apparaît que les différences de personnalité, de culture, de comportement (autrement dit, les facteurs humains) mais également les variations inter-métiers ou inter-spécialités constituent des barrières à la communication entre les professionnels⁴³⁴⁴. Cette hétérogénéité dans la communication peut amener, dans certaines situations, à une incompréhension ou une insatisfaction des interlocuteurs. La tension qui en résulte lors de la communication peut alors altérer la qualité de l'échange d'informations⁴⁵⁴⁶⁴⁷⁴⁸⁴⁹ et impacter la qualité de vie au travail. Les difficultés de communication s'observaient de façon majorée lorsque la communication avait lieu entre un professionnel débutant et un professionnel senior⁵⁰, conséquence probable d'un écart générationnel, d'une différence de formation et d'expérience.

Ces résultats peuvent nous amener à penser qu'il en va de même dans le milieu libéral, notamment entre médecins généralistes et professions paramédicales.

4. QUESTION D'ETUDE

La question d'étude porte sur la communication entre les médecins généralistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers (communication entre médecins généralistes et professions paramédicales).

Que pensent les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes de la région rouennaise de la communication avec les médecins généralistes et quelles sont leurs attentes envers les médecins généralistes ?

Le but primaire de cette étude est de découvrir les obstacles et de fournir des pistes d'amélioration de la communication entre les médecins généralistes et les professions paramédicales suscitées selon le point de vue de ces professionnels paramédicaux.

II.

METHODE

1. TYPE D'ETUDE

L'étude réalisée ici est une étude qualitative préférée à une étude quantitative pour son approche verbale et non numérique permettant une approche interprétative.

Ce choix fut guidé au vu de la complexité de la question d'étude portant sur la communication entre médecins généralistes et certaines professions paramédicales à savoir les masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers (Communication entre médecins généralistes et professions paramédicales. Qu'en pensent les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes et quelles sont leurs attentes envers les médecins généralistes de la région rouennaise ?).

La méthode qualitative est en effet adaptée à l'étude des phénomènes sociaux et explore l'existence et la signification de ces phénomènes. Elle permet de décrire une situation dans son ensemble, dans son contexte.

2. POPULATION ETUDIEE

La population cible était les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers de la région rouennaise ayant une activité libérale dite «de ville». Le choix de se limiter à seulement ces deux professions paramédicales et non aux autres fut justifié par le fait que ce sont les professions paramédicales les plus nombreuses¹, notamment en secteur libéral et celles avec lesquelles le médecin généraliste échange le plus.

L'échantillonnage fut réalisé parmi une population source de professionnels rencontrés au fil de mon internat ainsi que par tirage au sort sur une liste de professionnels construite à partir du site internet des pages jaunes, puis par effet boule de neige au fur et à mesure que les entretiens avançaient.

Contrairement à l'étude quantitative, l'étude qualitative n'impose pas un large échantillon.

La taille de cet échantillon s'est définie au fur et à mesure de l'étude lorsque la saturation des données fut atteinte, c'est à dire lorsque des entretiens supplémentaires ne fournissaient plus de nouvelles données.

3. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens furent semi-dirigés, c'est à dire sans grille pré-établie mais avec des questions larges, ouvertes, décrites dans le guide d'entretien (*Annexe 2*).

A. Conception du guide d'entretien

Ce guide fut commun aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes.

Il était composé d'une phrase d'introduction et de 9 questions réparties sur 5 thèmes : « En général », « Supports », « Contenu », « Identification des facteurs clés », « Retours ».

B. Réalisation des entretiens

Ils furent réalisés par un unique investigateur.

Les dates furent fixées au préalable par téléphone, le lieu était décidé par l'interviewé.

L'anonymisation des entretiens fut garantie aux professionnels interrogés afin d'assurer une meilleure libre expression.

Les entretiens furent enregistrés dans leur intégralité avec l'accord des professionnels interrogés sur smartphone au format mp3.

C. Retranscription des données

Les entretiens furent retranscrits manuellement le plus fidèlement possible sur support informatique à l'aide du logiciel OpenOffice Writer.

4. ANALYSE DU CONTENU

La méthode d'analyse utilisée fut thématique. Les entretiens furent relus plusieurs fois afin de découper les réponses en unités sémantiques (Verbatims) qui eux-mêmes étaient classés en sous thèmes qui une fois encore étaient regroupés en thèmes généraux récurrents qui n'étaient quant à eux pas préétablis avant la réalisation des entretiens.

Le contenu de chaque entretien fut ensuite analysé via ces unités sémantiques classées selon les différents thèmes.

5. LIMITATION DES BIAIS

Lors du recrutement, afin de limiter le biais de sélection, les personnes sondées furent choisies afin que les différentes catégories de population soient présentes.

Dans la mesure du possible, les interviewés étaient choisis pour équilibrer l'échantillon en terme d'âge, de sexe, de profession, de lieu d'exercice et de mode d'exercice.

Lors des entretiens, le temps de parole des professionnels interrogés était respecté.

Les questions transcrites sur le guide d'entretien étaient délibérément ouvertes pour ne pas influencer les réponses et recueillir le plus de données possible du point de vue de l'interviewé.

De même, la formule «avez-vous quelque chose à rajouter ?» fut adoptée à la fin de la plupart des entretiens.

Afin de limiter le biais d'interprétation, le codage en unités sémantiques du premier entretien pour chaque profession fut doublé par une autre personne que l'interrogateur.

6. DECLARATION CPP, CNIL, ET COMITE D'ETHIQUE

Ce travail de recherche est hors-champ de la loi Jardé car il porte sur les pratiques professionnelles et repose sur des entretiens auprès de professionnels de santé ; ce n'est pas une étude portant sur la personne humaine.

Elle ne nécessite donc pas d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP), pas de promoteur, pas d'assurance.

Cette étude ne collecte pas de données personnelles au sens de la commission nationale informatique et liberté (CNIL) et ne relève pas de la loi "Informatique et libertés".

Ce travail ne comporte pas non plus de recueil de données sensibles et n'a pas pour but d'être soumis à publication dans une revue scientifique.

Il n'est donc pas nécessaire dans ce cas de demander l'avis d'un comité d'éthique.

1. CARACTÉRISTIQUES DES ENTRETIENS

Dix entretiens furent réalisés, codés selon le professionnel interrogé : K pour les kinésithérapeutes et I pour les infirmiers, puis numérotés dans l'ordre de réalisation. Ils sont retranscrits en *Annexe 3*.

Les entretiens avaient tous une durée comprise entre 10 et 20 min. Entre juin et octobre 2019, huit entretiens ont pu avoir lieu. Après avoir pris contact avec les interviewés par téléphone afin d'expliquer la démarche de l'étude de façon succincte et de recueillir leur consentement oral, les huit premiers entretiens se sont tous déroulés au cabinet des professionnels interrogés à une exception près à son domicile (entretien n°2) par choix de l'interviewée.

Après une première analyse des verbatims et n'ayant pas atteint la saturation des données, deux nouveaux entretiens furent réalisés en novembre 2020 en période de confinement suite à l'épidémie de Covid-19 (entretiens n°9 et n°10). Afin de s'adapter à la situation sanitaire, ces deux entretiens furent réalisés à distance par téléphone et non en présentiel comme initialement prévu.

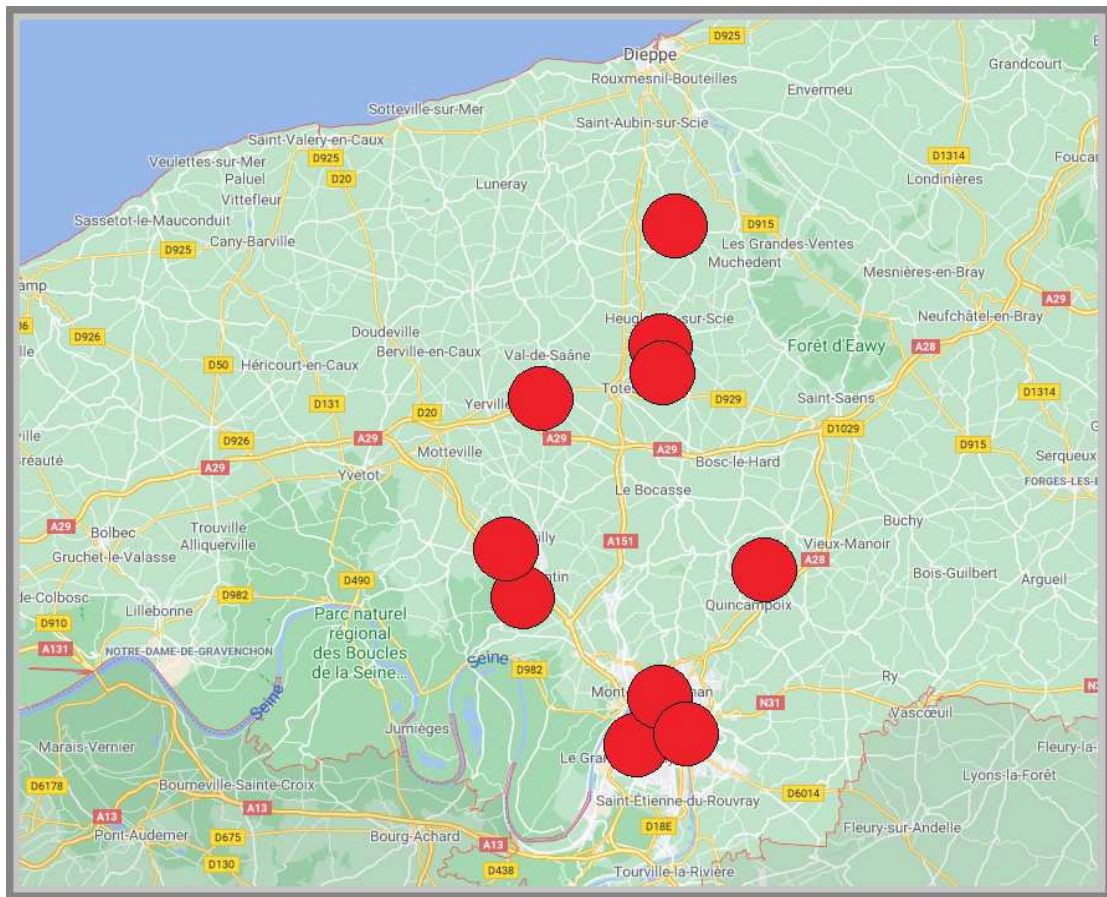
Globalement, l'accueil fut plutôt bon. Dans deux tiers des cas, ho

les personnes contactées étaient intéressées par le sujet et beaucoup demandèrent à connaître les résultats de l'étude une fois celle-ci terminée.

Le tiers restant renvoyait vers des collègues plus disponibles ou ne donnait pas suite au premier contact.

2. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES ENTRETIENS

Les entretiens furent répartis au sein du département comme représentés sur la carte ci-contre



3. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

<i>Entretien</i>	<i>Pratique</i>	<i>Genre</i>	<i>Tranche d'âge</i>	<i>Situation géographique</i>	<i>Milieu d'exercice</i>
N°1 K1	MKDE	F	25 - 35	Rural	pluridisciplinaire
N°2 I1	IDE	F	25 - 35	Semi Rural	pluridisciplinaire
N°3 I2	IDE	F	35 - 45	Semi Rural	Pluridisciplinaire
N°4 I3	IDE	F	45 - 65	Rural	Monodisciplinaire
N°5 I4	IDE	F	35 - 45	Rural	Monodisciplinaire
N°6 K2	MKDE	F	35 - 45	Semi Rural	Monodisciplinaire
N°7 I5	IDE	H	45 - 65	Rural	Monodisciplinaire
N°8 I6	IDE	F	35 - 45	Urbain	Monodisciplinaire
N°9 K3	MKDE	F	45 - 65	Urbain	Monodisciplinaire
N°10 K4	MKDE	F	35 - 45	Urbain	Monodisciplinaire

Le tableau ci-dessus regroupe les différentes caractéristiques des professionnels interviewés.

Les deux professions interrogées y sont présentes : 4 kinésithérapeutes (K1 à K4) pour 6 infirmiers (I1 à I6).

La population interrogée est hétérogène en terme :

- d'âge : deux 25-35 ans ; cinq 35-45 ans ; trois 45-65 ans ;
- de situation géographique : quatre en milieu rural ; trois en semi rural et trois en urbain ;
- de milieu d'exercice : trois en milieu pluridisciplinaire et sept en monodisciplinaire.

Il existe une nette disparité du Sex Ratio : un homme pour neuf femmes. Il est cependant à noter que les hommes contactés étaient moins accessibles et plus nombreux à ne pas donner suite après un premier contact : huit paramédicaux masculins furent dans ce cas contre seulement deux féminins.

4. ANALYSE DES ENTRETIENS

Après analyse des entretiens plusieurs grands thèmes sont ressortis :

A. Impression générale des professions paramédicales sur la communication des médecins généralistes

a) Un avis général globalement positif

De prime abord, les professionnels interrogés décrivaient un sentiment de satisfaction concernant la communication des médecins généralistes envers eux :

« En général il n'y a pas trop de soucis » (I4)

« La plupart des ordonnances sont bien faites » (K2)

« En général c'est approprié à ce qu'on leur demande : ils répondent aux questions » (I6)

b) Un avis général comprenant cependant des points négatifs

-Une communication décrite comme trop rare voire absente

Une majorité de professionnels interrogés et plus particulièrement de kinésithérapeutes se plaignait d'une communication pauvre avec le médecin généraliste :

« On n'a pas de communication avec les médecins généralistes » K2

« En général, on n'a pas beaucoup de communication avec les médecins généralistes » K3

« Ils ne communiquent pas beaucoup avec nous » K4

Et plus particulièrement concernant des médecins étrangers au cabinet de groupe :

« Quand c'est un médecin extérieur [...] on n'a pas trop de communication » I1

-Les spécialistes communiqueraient plus que les médecins généralistes

Les médecins généralistes furent parfois comparés à leurs confrères spécialistes qui communiqueraient de façon plus importante d'après certains interviewés:

« C'est plus les spécialistes qui nous contactent que les généralistes » K2

« Les courriers, on en a parfois des spécialistes mais généralement des généralistes on en a peu » K4

-Une communication décrite comme étant trop compliquée

Les professionnels interrogés décrivaient parfois cette communication comme étant compliquée dans sa mise en œuvre:

« Quand on a besoin de communiquer avec les médecins généralistes c'est en général compliqué » K3

c) Une communication basée sur une relation hiérarchique prescripteur / exécuteur

La communication entre médecins généralistes et professions paramédicales ne fut pas ressentie de la part de certains interrogés comme étant issue d'une relation de partenaires de santé :

« On n'est pas médecin et on reste à notre place d'infirmier » I5

« Il m'a répondu « ne vous posez pas trop de questions » » K2

« mais il y en a encore qui nous montrent que ce sont eux les médecins, eux qui décident » I2

Le professionnel paramédical se percevait d'abord dans l'exécutif puis dans la communication si besoin :

« Puis on applique et après on réévalue avec lui » I5

B. La communication entre médecins généralistes et paramédicaux en pratique

Le deuxième grand thème identifié au cours de ces entretiens permet de mieux cerner la communication entre médecins généralistes et paramédicaux dans sa forme, dans son fond et dans sa motivation :

a) Les supports de la communication

Parmi les supports de communication rapportés, différents types furent retrouvés :

-Les supports écrits (ordonnance, courrier, note, fax, mail, SMS, dossier patient)

Ces supports semblaient majoritaires et l'ordonnance en constituait l'essentiel :

« C'est de l'écrit et essentiellement de l'ordonnance » K1

Dans une moindre mesure, on retrouvait d'autres supports écrits :

« On communique aussi par SMS pour certains médecins » I3

« On utilise parfois une adresse mail sécurisée » K4

« Il nous répond par fax » I6

« Chez d'autres personnes suivies par le SSIAD, il y a des carnets un peu plus évolués qui sont mis sur place » I3

« Parfois, on utilise des post-it » K1

-Les supports oraux (téléphone, rencontres)

Le support oral de prédilection semblait être le téléphone :

« parfois, ils nous appellent » I3

Que ce fut via une ligne professionnelle :

« ils appellent sur le téléphone du cabinet » I1

Ou de manière plus informelle :

« Ils ont nos numéros de téléphone personnels » I4

Même si son utilisation semblait anecdotique pour certains:

« par téléphone, ça peut arriver mais en 25 ans de carrière j'ai dû avoir trois appels » K2

Les rencontres constituaient un autre médium de communication orale que le téléphone :

« parfois, on arrive à se croiser » I3

« Ça m'est déjà arrivé de me déplacer pour aller voir un médecin » K1

« Soit j'intercepte le médecin au domicile ou au cabinet » I2

Parfois jusqu'à prendre un rendez-vous commun avec le patient :

« si on a besoin de lui pour prendre en charge un patient ou pour un pansement, il faut prendre rendez-vous » I5

Parfois, ces rencontres ne furent pas planifiées :

« exceptionnellement si on le rencontre dans une rue ou à la maison de retraite » I5

« Parfois entre deux consultations » K1

Parfois, elles furent décrites comme étant planifiées à l'avance:

« Nous avons des réunions RCP » I1

Même si cela semblait rester rare :

« Il n'y a rien de formalisé, rien n'est organisé sur Rouen ou sur notre secteur » K4

-Les supports iconographiques : la photographie

La photographie fut décrite comme de plus en plus utilisée :

« Parfois, on utilise le téléphone pour prendre des photos et lui envoyer » I5

Notamment dans certaines circonstances comme celles des soins de plaie :

« pour transmettre des photos comme des photos de plaies » I5

L'échange de photographies se faisait soit de manière formelle :

« On a un logiciel où on met nos photos » I1

Soit de manière plus informelle :

« Envoyée par téléphone, par SMS directement au numéro du médecin » I5

-Communication directe ou via un intermédiaire

La communication n'était pas souvent directe entre le médecin généraliste et le paramédical :

« c'est rarement direct, beaucoup plus souvent par l'intermédiaire du patient » K1

Un intermédiaire fréquemment décrit était le patient lui-même :

« ce sont les patients qui viennent avec leurs ordonnances » K2

« c'est aussi chez le patient où il laisse des prescriptions » I5

« On arrive à communiquer dans ces cas-là par le biais des patients » I4

Et dans ce cas, deux cas de figure furent rencontrés : le premier quand le patient était décrit comme un bon vecteur de la communication :

« Si le patient est en capacité de nous expliquer ou de nous donner les informations, c'est parfait » K3

« la communication se fait aussi par le patient et ça se passe plutôt bien » I4

Et le second quand ce n'était pas le cas :

« Si c'est un patient aux troubles cognitifs, c'est terrible, on n'a pas grand-chose » K4

« Les patients des fois ne sont pas capables de nous dire leur pathologie » I6

Et dans ce dernier cas, bien souvent la famille prenait le relais en terme d'intermédiaire :

« En gros, quand ça ne va pas, je demande à la famille » I1

On pouvait aussi retrouver d'autres intermédiaires comme le secrétariat :

« Pour les médecins, les plus éloignés on passe par l'intermédiaire du secrétaire » I4

« certains médecins marchent par l'intermédiaire d'une secrétaire : on laisse un message » I6

Même si cet intermédiaire pouvait être considéré comme un frein dans la communication :

« les secrétaires, soit elles ne transmettent pas les messages... » I6

-Les « nouvelles technologies »

Certains professionnels ont évoqué l'utilisation de « nouvelles technologies » au sens large du terme, l'utilisation des « nouvelles technologies » fut considérée comme plus pratique :

« Ça peut être pratique, je ne dis pas le contraire » I5

Mais à condition d'utiliser des supports communs aux deux professionnels :

« le problème, c'est que les médecins n'y ont pas accès » I1

Et en pratique, celles-ci furent décrites comme peu mises en place :

« On parle beaucoup de télémédecine, de toutes les technologies pour transmettre ou gagner du temps : je n'ai jamais vu ça » I5

« On reçoit quasiment rien par mail, c'est peut-être parce qu'on n'y est pas habitué » I1

Concernant les mails, certains voyaient la nécessité d'une adresse mail sécurisée :

« Par mail mais bon il faut des adresses mail sécurisées » I1

Celles-ci n'étaient pas toujours utilisées :

« Adresse mail non sécurisée du cabinet » I6

Voire absentes chez certains professionnels :

« Je n'ai pas d'adresse mail sécurisée » I1

-Avis sur le support :

Supports jugés adaptés

À la question d'un support plus adapté, les réponses furent plutôt hétérogènes :

Certains préféraient les supports apportant une traçabilité comme les formes écrites :

« Le plus adapté est peut-être l'écrit car au moins il y a une trace » I2

D'autres préféraient les supports qu'ils considéraient comme simples d'utilisation comme le téléphone :

« C'est plus facile de communiquer de vive voix » K1

« surtout qu'ici on n'est pas informatisé donc le plus direct et le plus simple, je dirais que c'est le téléphone » I5

Certains supports étaient choisis car s'adaptant plus facilement à la disponibilité de chacun :

« Le téléphone parce que nous on est tout le temps à domicile » I1

« Les mails c'est l'idéal parce que le téléphone c'est aussi l'idéal mais on n'est jamais disponibles au même moment » K4

Alors que d'autres mettaient en avant l'économie de temps que pouvaient apporter certains supports comme le fax ou le mail :

« Je n'ai pas le temps de me déplacer dans chaque cabinet médical pour récupérer chaque ordonnance alors qu'un fax ça prend deux secondes » I6

Enfin certains évoquèrent la mise en place d'un dossier médical partagé comme étant un possible support idéal :

« enfin un dossier médical partagé ça serait super » K3

Supports jugés moins adaptés

Une fois encore, quand les interviewés évoquèrent des supports moins adaptés, on retrouva des réponses assez hétérogènes et plusieurs problématiques furent soulevées :

Concernant les supports écrits, la traçabilité qui faisait leur force était aussi vue comme posant un problème de confidentialité :

« Les petits mots, les post-it, c'est pas forcément la meilleure solution parce que tout le monde peut le lire » I6

La question du mail fut de nouveau abordée. Il fut rapporté un manque d'utilisation par manque d'habitude :

« mais je pense que les médecins n'ont pas encore l'habitude de s'en servir [de l'e-mail]... et les kinés non plus d'ailleurs » K4

La problématique de la perte de l'information même avec la traçabilité du mail était soulevée, notamment dans le cadre de l'utilisation d'une adresse mail individuelle dans un cabinet de groupe :

« C'est un peu compliqué à gérer d'utiliser notre adresse sécurisée individuelle » I6

« si on met une adresse mail personnelle pour nous, les collègues qui travaillent le lendemain n'ont pas le message » I6

« on est mieux avec une adresse groupée du cabinet » I6

Les supports oraux étaient également critiqués par crainte de ne pas mémoriser le contenu :

« Si on n'a pas de quoi noter au fur et à mesure au téléphone, on peut oublier quelque chose » I2

Les supports oraux furent critiqués notamment en ce qui concerne le manque de disponibilité :

« Je décroche rarement le téléphone durant mes heures de soins » K1

La rencontre fut décrite comme moins simple à mettre en place dans certaines situations :

« C'est compliqué d'aller toquer à la porte en milieu de consultation » K1

Supports jugés dans leur contexte

La question d'un support adapté ou non trouvant son lot hétérogène de réponses, il est nécessaire d'aborder la question d'un autre angle. Apparaît alors la notion de support adapté selon la situation :

Ainsi le support idéal était souvent décrit en fonction d'un contexte :

« Je trouve que le mail c'est bien [...] quand il n'y a pas d'urgence » I6

« Après, s'il y a une urgence [...] là effectivement l'avoir en ligne directement ça paraît l'évidence » I6

« On a même un médecin où l'on a son numéro de téléphone portable en cas d'urgence » I6

« Si vraiment j'ai besoin d'un renseignement ou de communiquer quelque chose, c'est en général assez rapide » K3 (en parlant du téléphone)

« pour des informations plus importantes, on l'appelle et on lui dit directement » I5

Le téléphone fut décrit comme le support adapté aux situations d'urgences et le courrier ou mail informatique furent préférés dans les situations non urgentes.

b) Le contenu de la communication

Pendant les entretiens furent décrits plusieurs types de contenus, d'abord celui attendu par le praticien paramédical, celui jugé comme étant important à ses yeux et enfin celui concrètement délivré par le médecin.

-Contenu attendu par le praticien paramédical

Il était attendu de la communication du médecin généraliste qu'elle contienne toutes les informations nécessaires à la réalisation des soins, ainsi une prescription se devait d'être complète :

« que l'information soit complète, qu'il y ait tout sur l'ordonnance [...] donc on veut avoir une prescription complète pour la prise en charge » I5

En ce qui concernait les infirmiers :

« qu'on ait tout ce qu'il faut que ce soit en terme de matériels » I5

La prescription attendue devait être conforme à la réglementation

« lisible, datée, signée du médecin, quelque chose de très conforme » I5

L'objectif clair du médecin était particulièrement attendu :

« j'aimerais bien savoir quel est l'objectif du médecin » K1

Certains interviewés ont également exprimé le désir de connaître la justification de la prescription :

« Pourquoi ce traitement [...] pourquoi il ferait comme ça » I1

Étaient également attendues les informations liées au patient et à son dossier :

« on n'a pas tout le contexte » K1

« des caractéristiques ou comportement du patient, dynamique, dépressif... » K1

« Les antécédents comme la dépression sont importants à noter » K1

« La pathologie » I1

« déjà un peu plus de précisions sur la pathologie » K2

« quand on commence la prise en charge d'un patient, on aimerait possiblement un courrier qui explique par exemple : les antécédents, l'histoire de la maladie... » I6

« c'est d'avoir un petit résumé des éléments du dossier médical du patient qui nous concerne » K3

La prescription était aussi attendue comme une permission d'effectuer les soins :

« l'autorisation de pouvoir effectuer les soins » I5

Les retours sur l'évolution de la prise en charge seraient aussi appréciés des interviewés :

« Un petit retour pour me dire ce qu'ils en pensent ça serait pas mal » K4

Les kinésithérapeutes et infirmiers interrogés justifiaient le contenu attendu avec divers arguments : une complémentarité disciplinaire afin de mieux appréhender le patient :

« C'est parce qu'[...] on n'a pas les compétences pour comprendre le pourquoi du comment » I1

Avoir tous les éléments en mains pour juger du meilleur soin :

« Or, à partir de la pathologie, on arrive à savoir ce qu'on peut faire » K2

« Qu'on sache le cadre dans lequel on prend en charge un patient » I6

« Il y a peut-être certaines choses auxquelles on fera plus attention » K1

Mais également afin d'éviter de perdre du temps paramédical :

« On est tout le temps en train de courir entre les comptes rendus d'hospitalisation, les choses comme ça » I6

L'information attendue devenait nécessaire dans le cas du patient en incapacité de partager son histoire :

« Parce qu'on a parfois des patients qui ne savent pas expliquer leur pathologie » K3

-Contenu jugé important d'après le praticien paramédical

Les thèmes suivants étaient considérés comme particulièrement importants pour les interviewés :

L'objectif du médecin, notamment dans un souci d'homogénéité du discours au patient :

« Ne serait-ce qu'en ayant votre objectif à vous et la façon dont il est transmis au patient, on pourrait être plus raccord dans notre discours » K1

L'accès au dossier était une thématique très abordée :

« C'est super important de connaître son histoire, savoir ses antécédents, savoir s'il y a quelque chose de particulièrement important à prendre en compte et qui serait susceptible de changer la prise en charge » I6

« C'est important pour une prise en charge plus globale de la personne » I6

Et au sein de ce dossier médical était plus particulièrement attendu le diagnostic précis justifiant la prise en charge :

« Mais si déjà on n'a pas le contexte diagnostic bien précis ... » K2

-Contenu délivré par les médecins

Le contenu délivré concrètement par les médecins généralistes semblait globalement suffisant et correspondait plutôt bien au contenu attendu :

« à part ça il ne manque pas plus d'information que ça » I2

« la plupart des ordonnances sont bien faites, il n'y a pas de souci » K2

« Je dirais que le contenu est concis, bref, complet » I5

« à partir de la prescription, en général, on peut appliquer sans problème » I5

Même si le contenu délivré apparaissait comme étant hétérogène :

« Soit on a beaucoup de choses, soit on a quasiment rien » K2

« Il y a certains où c'est hyper développé et où l'on nous dit il faut faire ça » K2

« et puis il y en a d'autres où c'est écrit rééducation de l'épaule et débrouille toi avec ça » K2

-Contenu manquant

Tout le contenu attendu n'était pas décrit comme délivré. Une partie de celui-ci manquait aux interviewés. Bien que ce n'était pas reproché qu'au médecin traitant :

« Ce n'est pas spécifique au médecin traitant : sortie de CHU ça nous arrive aussi où il manque des éléments » I2

Là encore les éléments manquants rapportés étaient souvent soit des éléments du dossier médical :

« On n'a pas tout le contexte » K1

« En général, nous on n'a aucun élément du dossier médical » K3

« On n'a pas toujours chez certains patients les antécédents : on doit aller à la pêche » I3

« Des fois, on prend en charge des patients : on ne connaît ni leur histoire ni leurs antécédents » I6

Soit l'objectif de la prise en charge :

« On n'a pas l'objectif » K1

Il pouvait également s'agir de mentions sur la prescription :

« Parfois [...] il manque des infos genre « à domicile » ou des précisions » I2

« à domicile ou bien dimanche et jours fériés » I2

Ou encore il pouvait manquer une partie de la prescription :

« mais souvent en termes de matériel [...] ils oublient de prescrire le matériel pour effectuer les soins » I5

Le contenu manquant fut associé à un médecin moins proche du paramédical comme un médecin extérieur à la maison de santé:

« Quand c'est un médecin extérieur [...] on ne sait pas trop le pourquoi du comment » I1

Le contenu manquant pouvait avoir des conséquences craintes par certains paramédicaux. Ainsi, certains étaient préoccupés par l'aspect réglementaire de la prescription :

« ça ne passera pas auprès de la sécurité sociale » I2

D'autres étaient plus inquiets de la perte du temps paramédical :

« On se déplace auprès du patient pour rien, ça recule la prise en charge » I2

Mais ils étaient aussi inquiets de la perte du temps du médecin :

« on est obligé de le recontacter pour réajuster » I5

« dans ce cas-là on les rappelle » I3

Des solutions étaient décrites pour palier à ce contenu manquant : le paramédical allait trouver les données manquantes auprès du patient soit par l'interrogatoire :

« Soit le patient en dispose lui-même, alors là il nous les communique lui-même » K3

Soit par l'examen clinique :

« sinon on fait nous-même un examen clinique et on récupère l'anamnèse nous-même » K3

Même si tous ne disaient pas le faire :

« Et on ne va pas nous-même à la pêche ou seulement avec le patient » I6

Au final les interviewés affirmaient pour la majorité réussir à obtenir l'essentiel de l'information :
« on finit toujours par avoir les informations dont on a besoin » I4

c) Le motif de la communication des médecins envers les paramédicaux

D'après les interviewés, la communication des médecins généralistes envers les professionnels paramédicaux était motivée par divers facteurs :

Tout d'abord, il y avait l'adressage d'un patient et la demande de sa prise en charge :

« Pour nous demander une prise en charge, ou bien de passer au domicile du patient [...] changer la thérapeutique » I2

« Pour prendre quelqu'un en charge » K2

« Pour qu'on passe à domicile » I6

L'initiation d'un traitement ou une adaptation thérapeutique étaient aussi des motifs de communication décrits:

« Il veut qu'on applique une prescription » I5

« Ou une modification de prescription » I5

Parfois la communication du médecin généraliste était motivée par la prise d'avis auprès du professionnel paramédical interrogé et cela semblait apprécié par celui-ci :

« C'est intéressant car ça peut être pour nous demander un avis » K4

Notamment dans le cas de situations complexes ou inhabituelles :

« Ils ont eu un problème sur un patient et nous contactent » I6

C. Une communication à double sens

La communication entre les médecins généralistes et les professionnels paramédicaux ne se fait pas seulement dans un sens, du généraliste à l'infirmier ou au kinésithérapeute mais bien dans les deux sens. On trouve effectivement une communication du professionnel paramédical vers le généraliste qui sera ici qualifiée de communication « Retour ».

a) Les retours en général

Les retours n'étaient pas perçus comme étant toujours nécessaires aux yeux des paramédicaux :

« Ils ne sont pas toujours nécessaires » K1

Les retours semblaient du point de vue des paramédicaux appréciés des médecins généralistes :

« Ils aiment qu'on réévalue avec eux de toute manière les médecins » I5

« Il n'y a pas de souci particulier; ils préfèrent qu'on les mette au courant » I2

Ils rapportaient que ces retours étaient parfois effectués à la demande du patient :

« Souvent, les patients nous demandent si l'on fait un courrier » K2

Les interviewés laissaient également entendre que plus l'expérience du métier s'accumulait plus ces retours étaient nombreux :

« Ce n'est pas quelque chose que je faisais initialement » K1

Certains professionnels plus spécialisés déclaraient en effectuer à titre systématique :

« Le médecin traitant reçoit une copie systématique » K3

Ils seraient facilités par un exercice en structure commune comme une maison de santé pluridisciplinaire :

« J'ai commencé à le faire depuis que je suis en MSP » K1

Ils seraient donc facilités par la proximité géographique mais également par l'utilisation de logiciel commun :

« On a aussi un logiciel commun à la maison médicale sur lequel on met des photos [...] par contre ça ne fonctionne pas avec les patients d'autres médecins » I1

b) Support de communication des retours

Les supports de communication des retours semblaient identiques à ceux de la communication en général.

Ces supports furent les mêmes que ceux précédemment décrits et il ne paraît pas pertinent de les transcrire de nouveau ici afin de ne pas alourdir le texte.

c) Contenu et motifs des retours

Les professionnels paramédicaux interrogés évoquaient la nécessité de faire des retours quand ils avaient besoin d'une prise en charge particulière comme une ordonnance, un renouvellement de soins :

« Si j'ai besoin d'une ordonnance » I2

« Quand il y a besoin d'un renouvellement, bien souvent j'envoie un courrier au médecin pour dire qu'on a fait telle ou telle chose » K2

D'une adaptation thérapeutique :

« *Besoin de changer le traitement* » I2

« *Voilà un INR, est-ce qu'on change le traitement ?* » I6

Ou encore pour demander une visite :

« *Si j'ai besoin de demander au médecin de passer voir tel [...] patient* » I2

« *Si après on demande une visite on nous répond facilement* » I6

Ces retours permettraient de justifier cette demande de prise en charge :

« *Quand je demande des séances supplémentaires j'aime bien expliquer pourquoi* » K1

Mais également de faire des retours à but pédagogique envers le médecin :

« *Ça me permet également d'expliquer et de développer au médecin ce que je peux faire, les outils disponibles* » K1

Quand il y a besoin d'informations complémentaires :

« *il peut manquer des choses, dans ce cas-là on les rappelle, on va les voir et il n'y a pas de souci* » I3

« *demande d'examens complémentaires* » I1

Ou tout simplement d'un avis :

« *ou bien ce qu'il en pense* » I1

« *pour avoir un avis* » K2

Ou encore quand il y avait des difficultés avec un patient, que le paramédical semblait se trouver dans une impasse thérapeutique :

« *Mais aussi quand il y a des problèmes avec des patients* » K1

« *On explique en gros nos difficultés* » I1

« *Par exemple, quand on a un soucis avec la prise en charge, que je veux le rediriger* » K4

Des retours sur le travail fait :

« *Je fais un bilan final que j'envoie au prescripteur* » K3

« *On fait un mot pour expliquer les choses qu'on a fait et les difficultés rencontrées* » I1

Que l'évolution du patient fut celle attendue ou pas :

« *On le recontacte, qu'il y ait une évolution favorable ou si malheureusement ça ne convient pas* » I5

Mais ces retours pouvaient être également effectués dans le cadre d'une valorisation des soins prodigués :

« Je favorise également les retours quand il y a des bons résultats, que ce n'était pas gagné d'avance » K1

L'absence de retour était décrit par les interviewés comme problématique pour le médecin prescripteur :

« Il ne sait pas ce qu'on a déjà essayé » I1

Les retours laisseraient place au diagnostic paramédical et permettraient une meilleure coordination des soins en proposant une autre approche thérapeutique :

« Les médecins suivent nos directives » I2

« Pour justement échanger, qu'on puisse aborder les uns et les autres nos problèmes de façon à réajuster » I2

« ou de nous permettre de venir vous voir pour discuter si autre chose peut être fait » K1

« Parfois on propose au médecin ce qui serait bien par rapport à tel ou tel pansement pour revoir avec lui et en discuter » I5

d) Retours des MG vers les paramédicaux

Certains paramédicaux ont reproché l'absence de retour des médecins généralistes envers eux concernant leurs patients communs :

« et je n'ai jamais de retour » K4

D. Les facteurs clés déterminants de la communication

Divers facteurs semblaient jouer sur la communication entre médecins et paramédicaux : soit en facilitant celle-ci soit au contraire en lui faisant obstacle.

a) L'accessibilité des intervenants

L'accessibilité de chacun des intervenants fut décrite comme un facteur important. En premier lieu, l'accessibilité liée à l'individu en soi et à sa personnalité :

« On a certains médecins qui sont facilement joignables » I3

Celle-ci fut d'ailleurs décrite comme variable d'un médecin à l'autre :

« Ça dépend des médecins » I6

« Ceux qui nous contactent, ce sont des médecins assez ouverts » K4

Certains médecins étaient décrits comme moins disposés à la communication, même si cela demeurerait anecdotique, cela pouvait constituer un obstacle :

« On a aussi des médecins qui ont du mal à répondre à nos attentes tout de suite » I3

« Il y a des médecins avec lesquels il n'y a pas de communication : ça arrive [...] c'est compliqué » I4

« Il y en a qui n'ont pas envie qu'on les appelle » K4

« Il y en a déjà eu qui ne voyait pas trop l'intérêt de me parler » K4

« C'est de plus en plus rare, mais il y en a encore » I2

Certains interviewés rapportèrent même avoir été exposés à des propos choquants, pouvant nuire à la communication :

« Il m'a répondu « ne vous posez pas trop de questions » ça m'a un peu choquée » K2

En second lieu venait l'accessibilité liée au temps disponible des intervenants. La communication est chronophage et les professionnels paramédicaux interrogés avaient bien compris que le temps médical n'était pas illimité. Ainsi, chez certains, on ressentait lors de l'entretien la peur de déranger et le respect du temps de chacun semblait être un paramètre important afin que soit établie une bonne communication. Que ce fut le respect du temps médical :

« Quand ils ont le temps, on ne les dérange pas pendant leur journée de travail » I6

« Je trouve que le mail c'est bien parce que comme ça les médecins ils prennent connaissance du mail quand ils ont le temps » I6

« Chacun a ses priorités en fonction du temps » I4

Ou que ce fut celui du temps paramédical :

« Nous, on peut répondre aussi quand on est disponible et qu'on a le temps » I6

Cette disponibilité variait selon le jour de la semaine :

« Le week-end, c'est plus compliqué aussi, à partir du vendredi on a du mal à joindre les médecins » I3

L'indisponibilité se retrouvait tout aussi bien du côté médical :

« C'est compliqué pour avoir quelqu'un » K1

« C'est difficile parce que le médecin généraliste il a beaucoup de travail, ses journées sont très longues » I5

« C'est compliqué de les avoir au téléphone, ils sont quand même occupés » K4

« Sinon oui, je dirais que c'est compliqué car ils sont en consultation quand on essaie de les appeler » K4

Que du côté paramédical :

« *Je décroche rarement le téléphone durant mes heures de soins* » K1

b) Le lien entre les interlocuteurs

La proximité

Un lieu commun ou bien la proximité géographique des intervenants étaient des éléments souvent décrits comme des facteurs positifs de la communication interprofessionnelle :

« *On a cette communication qui est plus pratique depuis qu'on est à côté* » I4

« *Ici, au niveau de la permanence, on essaie de communiquer ensemble* » I2

« *On a la chance d'être juste à côté des médecins* » I3

« *Avec les généralistes [...] ceux du quartier par exemple, je prends mon téléphone facilement* » K3

Au contraire, l'éloignement géographique était perçu comme un obstacle à cette communication :

« *Quand c'est un médecin extérieur ... On ne sait pas trop le pourquoi du comment* » I1

Connaître son interlocuteur

Connaître son interlocuteur semblait être un plus dans la communication pour les interviewés :

« *Ceux qui nous font un courrier [...] ce sont [...] des médecins avec qui on communique plus ou qu'on connaît* » K2

Cette connaissance allait de pair avec une autre notion : l'habitude de son interlocuteur :

« *Notamment les médecins avec lesquels on a l'habitude de travailler* » I5

« *Finalement, connaître les habitudes de travail de chacun, c'est ça l'important* » I6

Si cette connaissance faisait défaut alors cela constituait un frein à la communication :

« *Quand il s'agit de patients d'autres médecins ... J'ai rarement des communications* » I1

Cette méconnaissance pouvait être celle de son interlocuteur en tant que personne mais cela pouvait être également celle de sa profession :

« *C'est peut être lié à un manque de savoir quels sont les attentes et les besoins des kinésithérapeutes de la part du médecin et vice et versa* » K1

Une relation soutenue entre les intervenants

Plus que de connaître son interlocuteur, certains interviewés décrivaient une relation privilégiée avec un ou des médecins :

« On en avait un avec qui on communiquait bien [...] lui il traversait pour nous dire bonjour, les autres non » K2

« Avec les généralistes, ceux que je connais bien [...] je prends mon téléphone facilement » K3

La confiance

De cette relation apparaissait une autre notion facilitant la communication, la confiance :

« Ils nous font aussi beaucoup confiance » I3

« Il nous fait confiance aussi et il sait que si on lui demande de venir voir un patient avec lui, il y a nécessité » I5

L'expérience

Des interviewés expliquaient qu'avec l'expérience venaient les habitudes et la connaissance de son interlocuteur et par conséquent de son accessibilité :

« Une fois qu'on est installé, je sais lesquels je peux appeler et lesquels il ne faut pas » K4

Relation prescripteur/exécuteur

En général, cette relation hiérarchique du médecin prescripteur et du paramédical exécuter était perçue comme un obstacle à la communication et au meilleur soin :

« mais il y en a encore qui nous montrent que ce sont eux les médecins, eux qui décident [...] ça peut être un frein car si on continue sur un pansement non efficace, ça peut [...] se dégrader » I2

c) Les supports

Certains supports étaient décrits par certains professionnels interviewés comme étant des facteurs facilitant la communication, comme les supports écrits :

Les mails :

« Je trouve que le mail c'est bien parce que comme ça les médecins ils prennent connaissance du mail quand ils ont le temps » I6

« Je pense que le mail est plus pratique » K1

« Avec MS Santé je trouve que c'est plus pratique » K3

Les logiciels informatiques si communs aux différents intervenants :

« On a un logiciel commun à la maison médicale » I1

Le DMP via la CV :

« Si on pouvait se connecter avec la CV du patient et avoir accès aux informations facilement, ça serait plus simple » K3

Les rencontres étaient aussi décrites comme étant un moyen facile et pratique de communiquer :

« C'est plus facile de communiquer de vive voix » K1

« On arrive à les voir et à échanger en face à face, c'est très pratique » I4

L'absence de support adapté était rapporté comme un frein, quand bien même la proximité des interlocuteurs était présente :

« Même ici où on est deux cabinets côte à côte, on n'a pas encore de moyen mis en place pour communiquer efficacement » I3

Certains supports étaient plutôt considérés comme faisant obstacle à la communication, notamment si celle-ci se basait sur un tiers :

« Les secrétaires [...] elles ne transmettent pas les messages » I6

« C'est souvent une barrière entre le médecin généraliste et nous » I6

Concernant les « nouvelles technologies » : le manque d'habitude et d'utilisation de ces supports était perçu comme un frein :

« On utilise parfois une adresse mail sécurisée mais je pense que les médecins n'ont pas encore l'habitude de s'en servir, et les kinés non plus d'ailleurs et du coup ça ne communique pas beaucoup » K4

d) Le contexte

Le contexte de la communication semblait avoir son importance également :

Ainsi il pouvait constituer un facteur facilitant selon la motivation de la communication comme une demande de visite :

« Si après on demande une visite, on nous répond facilement » I6

Mais il pouvait également être un obstacle dans certaines situations complexes : les pansements ou encore les sorties d'hospitalisation :

« Le suivi des pansements entre médecins et infirmiers [...] c'est une catastrophe » I1

« Après, il y a aussi les patients qui sortent de clinique ou d'hospitalisation : on n'a pas tout de suite les informations » I3

E. Vers un meilleur soin

Le dernier grand thème identifié était celui d'une volonté commune, celle de viser le meilleur soin possible au bénéfice du patient.

a) La coordination interprofessionnelle

Notamment dans le cadre de patients complexes, une coordination entre les médecins et les paramédicaux était décrite comme nécessaire.

Comment était-elle organisée ?

Cette coordination pouvait prendre plusieurs formes. Il pouvait s'agir d'un dossier commun écrit :

« On réalise un dossier papier qu'on laisse chez le patient » I3

Mais il pouvait également s'agir d'échanges plus interactifs, notamment via des rencontres, chez le patient par exemple :

« Comme ça, on voit directement avec lui sur place pour juger en direct » I5

Ou bien des rencontres au cabinet :

« On a eu il n'y a pas longtemps une réunion avec les médecins et d'autres professionnels » K2

« Après, on fait des réunions RCP et du coup en fonction des médecins qui sont présents, on choisit un de leurs patients et on explique en gros nos difficultés, les leurs » I1

Ces dernières pouvaient être organisées régulièrement :

« On se rejoint une fois toutes les six semaines » I1

Même si parfois elles demeuraient au stade de projet :

« C'est resté au stade de projet » K2

Ces rencontres étaient plutôt attendues des professionnels interviewés qui n'en faisaient pas régulièrement et étaient notamment proposées comme solution pour améliorer la communication afin de mieux prendre en charge les patients :

« Mais pourquoi pas des réunions entre médecins traitants et paramédicaux » I2

Pour quels motifs les organiser ?

Ces échanges à visée coordinatrice étaient l'occasion notamment de déterminer les objectifs de prise en charge du patient :

« C'est peut-être délicat de trouver l'objectif et on tente de voir quels peuvent être les objectifs » K1

Ils permettaient également les retours sur la situation du patient évaluée par le professionnel paramédical :

« On va essayer de lui présenter la situation et lui il va juger » I5

Ces retours pouvaient également aboutir à une suggestion de prise en charge, un diagnostic paramédical, découlant d'une concertation pour décider de la suite de la prise en charge :

« Ou de nous permettre de venir vous voir pour discuter si autre chose peut être fait » K1

Notamment après échanges sur les différentes solutions qu'apportait le professionnel paramédical :

« Ça me permet également d'expliquer et de développer aux médecins ce que je peux faire, les outils disponibles » K1

« Parfois, on propose au médecin ce qui serait bien par rapport à tel ou tel pansement pour revoir avec lui et en discuter » I5

Cette communication privilégiée permettrait également d'homogénéiser nos discours auprès du patient, de sa famille, ce qui semblait important pour les interviewés :

« Qu'on soit raccord dans le discours qui est présenté » K1

On peut penser que ces échanges étaient aussi l'occasion d'apprendre à connaître son interlocuteur et ainsi d'aboutir à un meilleur travail d'équipe :

« Finalement, connaître les habitudes de travail de chacun c'est ça l'important » I6

En général, cette coordination, qu'elle soit écrite ou orale, était décrite comme demandant beaucoup d'effort à mettre en place mais réellement utile :

« Ça demande un travail colossal mais c'est vraiment utile » I3

La coordination interprofessionnelle, si elle manquait, était vraiment attendue des interviewés, notamment dans le partage du dossier du patient au service de la prise en charge du patient :

« A chaque prise en charge, on devrait avoir ces informations, même envoyées par mail ou par courrier » I6

Et ce dès le début de la prise en charge :

« Transmettre un petit compte rendu du patient dès le début de la prise en charge » I6

b) Perspectives d'amélioration

S'adapter à son interlocuteur

Afin de mieux communiquer, les interviewés pointaient du doigt la nécessité de s'adapter à son interlocuteur mais pour cela ils exprimaient le souhait que le médecin communique en premier lieu ses préférences :

« Que le médecin, lui, nous dise de quelle façon il préfère qu'on dialogue avec lui » I6

Mettre en place les outils de la coordination si ceux-ci viennent à manquer

Quand cette coordination n'était pas mise en place, les interviewés imaginaient des moyens de l'appliquer afin d'améliorer la communication au service d'une volonté de mieux soigner.

Ainsi certains interviewés exprimaient l'idée d'un dossier qui suit le patient soit par écrit :

« Une sorte de petit carnet [...] que le patient a avec lui » I1

Soit par le biais de l'informatique :

« Peut-être un outil informatique pour faciliter la communication serait une bonne solution » I3

Le DMP via la CV fut évoqué comme outil de communication de l'information plus adéquat :

« Si on pouvait se connecter avec la CV du patient et avoir accès aux informations facilement, ça serait plus simple » K3

« Je pense que si on avait le DMP qui fonctionne qui serait utilisé largement, ça serait l'outil idéal » K3

Augmenter la disponibilité de chacun et les échanges entre les intervenants

Le manque de disponibilité des médecins mais également des paramédicaux, comme vu précédemment, était perçu comme problématique dans la communication des médecins généralistes vers les paramédicaux.

Un interviewé proposa ainsi d'augmenter le nombre de médecins pour augmenter leur disponibilité :

« Pour améliorer les choses il faudrait un effectif de médecins plus important pour qu'ils soient plus disponibles » I5

Un autre interviewé proposait d'avoir un lien plus direct entre médecins généralistes et professions paramédicales :

« Ce qui serait facile pour améliorer cela, c'est que l'on ait un lien plus direct pour pouvoir les joindre plus facilement » I3

Il fut aussi proposé de faire des réunions, des rencontres plus souvent, notamment avec les médecins de proximité, a fortiori quand celles-ci n'étaient pas déjà mises en place:

« Mais pourquoi pas faire ça en local ? » K2

1. CRITIQUE DE L'ETUDE

A. Choix de la méthode

Le choix de la méthode découle directement de la question de l'étude. Pour rappel, celle-ci était : « *Que pensent les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes de la région rouennaise de la communication avec les médecins généralistes et quelles sont leurs attentes envers les médecins généralistes ?* ».

Or, une question de ce type ne peut trouver sa réponse que par une étude qualitative de par son analyse verbale et non numérique permettant une approche interprétative.

B. Choix de la population cible

Le choix des professionnels étudiés, IDE et MKDE, est justifié du fait que ce sont les professions de santé les plus représentées en terme d'effectif¹.

On peut penser qu'étant les professionnels de santé les plus nombreux, ils constituent des interlocuteurs privilégiés avec le médecin généraliste.

Plusieurs raisons rendent cette population intéressante à étudier :

- Intégration de ces deux professions dans le développement actuel des projets d'exercice pluri-professionnel (MSP ...)
- Recours fréquent à leurs compétences de la part des médecins généralistes
- Importance de leurs relations de soins avec les patients

Le choix d'étudier les deux populations plutôt qu'une seule est également justifié par plusieurs raisons :

- Ces deux professions paramédicales présentent des rapports relationnels très différents dans la pratique avec le médecin généraliste alors que leurs activités dépendent toutes deux des prescriptions de celui-ci.
- Choisir ces deux professions plutôt qu'une seule permet une réflexion plus globale sur la pluridisciplinarité et évite un éventuel biais de sélection qui aurait été présent en ne choisissant que l'une ou l'autre.

C. Forces et limites de l'étude

-Concernant les caractéristiques de la population étudiée :

La population interrogée semble correspondre à la population cible : les deux professions sont présentes avec un ratio comparable à ce qu'on retrouve dans la population générale : 4 kinésithérapeutes (soit 40% de la population) pour 6 infirmiers (soit 60% de la population).

Dans la population générale, on retrouve selon les chiffres de 2020¹ un rapport semblable : 131 000 infirmiers libéraux (soit 64%) et 73 000 kinésithérapeutes libéraux (soit 36%).

La population interrogée est hétérogène en terme d'âge : deux 25-35 ans ; cinq 35-45 ans ; trois 45-65 ans. Concernant la plage de 25-35 ans, les deux populations sont très comparables (20% dans l'étude vs 26% dans la population générale).

On constate toutefois que la deuxième tranche d'âge 35-45 ans est légèrement surévaluée (50% vs 30%) au détriment de la troisième tranche d'âge : 45-65 ans (30% vs 40%).

Cette représentativité statistique n'a en réalité que peu d'importance dans une étude qualitative comme celle-ci. Le fait qu'il faut avant tout souligner est que toutes les catégories sont représentées.

De même, il semble de prime abord regrettable qu'il existe une nette disparité du Sex Ratio avec seulement un homme pour neuf femmes, néanmoins l'important demeure que cette catégorie soit représentée.

À propos du lieu d'exercice, les différentes catégories sont également présentes de façon homogène : quatre en milieu rural, trois en milieu semi rural et trois en milieu urbain.

-Concernant le recueil des données :

Les données ont été récoltées par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés par un unique investigateur. Le fait que cet investigateur soit unique a permis l'uniformisation des entretiens et de leur retranscription.

Le fait que l'interviewer soit inexpérimenté dans cette tâche a pu entraîner des biais par des reformulations maladroitement, une mauvaise compréhension de la réponse de l'informateur, la prise en compte d'une réponse non pertinente ou incorrecte fournie à une question par l'informateur.

Afin de recueillir un maximum de données, les questions étaient majoritairement ouvertes mais un excès de questions ouvertes peut également engendrer une lassitude des sondés, des comportements d'évitement et une exploitation plus difficile des données.

Tous les interviewés étaient volontaires, certains candidats à l'étude n'ont pas donné suite au premier contact et cela a pu entraîner un biais de recrutement.

Le fait que l'interrogateur soit un médecin généraliste et que ce fait soit connu des interviewés a pu influencer le recueil de données et créer un biais affectif : leur jugement et leurs propos ont pu être déformés soit par courtoisie, soit par revendication.

Enfin, la saturation des données a bien été atteinte avant l'arrêt du recrutement.

2. CRITIQUE DES RESULTATS

A. Rappels des principaux résultats

Voici ce que l'on peut retenir des résultats de l'étude :

-L'impression générale

On retiendra que l'avis général des paramédicaux interrogés était globalement positif même si toutefois nuancé : communication trop rare voire absente d'après certains, trop compliquée pour d'autres.

-La communication en pratique

- *Concernant les supports de la communication :*

Les participants ont évoqué des supports de communication plutôt classiques utilisés en fonction des interlocuteurs et des circonstances.

Les supports les plus fréquemment utilisés étaient écrits, l'ordonnance en tête. Les autres supports écrits étaient entre autres les SMS, mails, fax, carnets de suivi, post-it.

Les supports oraux étaient moins fréquemment utilisés, le téléphone était celui de prédilection. Les autres supports oraux étaient entre autres les rencontres.

De manière plus anecdotique était rapportée l'utilisation des photographies et des nouvelles technologies.

La communication était soit directe, soit indirecte via un intermédiaire qui était bien souvent le patient.

Concernant l'idée d'un support plus adapté qu'un autre, les réponses furent hétérogènes : au final, tout dépend du contexte et de la disponibilité de chacun ainsi que du mode d'exercice.

En résumé, le support adapté dépend de la situation :

Le téléphone fut décrit comme le support adapté aux situations d'urgences et le courrier ou le mail informatique furent préférés dans les situations non urgentes.

Le DMP via la CV fut évoqué comme un outil idéal s'il était mis en pratique.

- Concernant le contenu communiqué :

Les paramédicaux interrogés attendaient du contenu qu'il soit complet, conforme, clair.

Étaient parfois attendues la justification de la prise en charge, les informations du dossier du patient et son évolution.

Les éléments du dossier médical étaient attendus pour appréhender au mieux le patient et pour juger du meilleur soin.

Nous avons remarqué que des verbatims des IDE ont concerné des attentes de précisions sur les ordonnances tandis que des verbatims des MKDE concernaient des attentes sur l'histoire du patient.

Le contenu suivant était considéré comme particulièrement important : l'objectif de la prise en charge, les informations du dossier du patient. Ces deux éléments étaient également décrits comme trop souvent manquants dans la communication délivrée par le médecin généraliste.

- Concernant les circonstances de la communication des médecins envers les paramédicaux :

La communication entre médecins et paramédicaux survenait notamment à l'occasion de l'adressage d'un patient, à l'initiation ou à l'adaptation d'un traitement.

Elle pouvait aussi avoir lieu dans le cadre de la prise d'un avis du médecin généraliste auprès du paramédical. Elle était alors l'occasion d'intégrer le paramédical à la réflexion médicale, de laisser place au diagnostic paramédical notamment dans le cadre de situations complexes, ce qui était apprécié de celui-ci.

-Une communication à double sens

Dans le cadre des retours des paramédicaux aux médecins généralistes, ces retours n'étaient pas jugés comme toujours nécessaires. D'après les paramédicaux, ils étaient appréciés des médecins et facilités par la proximité et l'utilisation d'un logiciel professionnel commun.

Ces retours concernaient surtout des demandes d'avis médical ou d'informations complémentaires mais pouvaient également correspondre à des retours sur le travail effectué par le paramédical ou encore à faire un retour à but pédagogique envers le médecin généraliste. Ils permettaient également de mettre en avant le diagnostic paramédical.

-Facteurs clés déterminants de la communication

Les facteurs suivant étaient jugés particulièrement importants dans la communication entre médecins généralistes et paramédicaux :

- l'accessibilité de chacun des intervenants
- le lien entre les interlocuteurs : la proximité, la relation, la connaissance de l'autre et du métier de l'autre, la confiance, l'expérience
- certains supports étaient décrits comme privilégiés pour faciliter la communication : les mails, l'utilisation d'un logiciel informatique professionnel commun, le DMP via la CV, les rencontres (RCP, formations communes etc...)

-Vers un meilleur soin

-La coordination interprofessionnelle

Elle était au cœur du discours dans une volonté de mieux soigner. Elle passait par l'utilisation d'un dossier commun ou par l'organisation de rencontres (chez le patient ou encore en RCP au cabinet). Bien que souvent en projet ces rencontres étaient décrites comme coûteuses en temps et en énergie.

Cette coordination avait plusieurs buts : outre une meilleure prise en charge du patient, elle permettait également les retours, le diagnostic paramédical, de s'accorder sur une homogénéité du discours à délivrer au patient et à sa famille mais elle permettait également de mieux se connaître et de tisser des liens entre médecins et paramédicaux.

En résumé, cette coordination paraissait difficile à mettre en place mais utile aux soignants et attendue par ces derniers.

-Les perspectives d'amélioration

Les propositions d'amélioration des paramédicaux étaient les suivantes :

- mettre en place les outils de la coordination si ceux-ci venaient à manquer
- augmenter les échanges entre les professionnels de santé, augmenter la disponibilité de chacun
- s'adapter à son interlocuteur, à sa personnalité, à ses préférences ainsi qu'à ses habitudes

B. Problématiques rencontrées et pistes d'amélioration de la coordination

Cette étude a permis de mettre en évidence l'attente d'une communication des médecins généralistes au service de la coordination de la part des professions paramédicales interrogées.

D'une part, on peut relever une difficulté de mise en pratique par manque de temps, de disponibilité, d'accessibilité.

D'autre part, on observe une barrière entre médecins, infirmiers et kinésithérapeutes, conséquence possible d'une méconnaissance des uns, des autres.

Problématique n°1 : Le manque de temps et d'accessibilité des différents intervenants

Le manque de temps est une problématique aussi bien rapportée par les professionnels paramédicaux, comme le montre cette étude, que par les médecins généralistes, comme le montrait l'étude du Dr Dumont⁴¹.

Dans notre étude, un interviewé, devant le constat du manque de disponibilité de la part du corps médical, proposa d'augmenter le nombre de médecins pour augmenter leur disponibilité sous entendant par ce fait que le manque d'effectif médical impose un rythme de travail faisant obstacle à la coordination.

Ce problème de fond du manque d'effectif médical est souvent imputé en France au Numerus Clausus, mis en place en 1972 et limitant l'accès à la formation médicale. Celui-ci a conduit à un effondrement du nombre de médecins formés avec une diminution de 60% au milieu des années 1990, expliquait Olivier Veran, ministre de la santé, dans un communiqué de presse le 18 mai 2020⁵¹. Depuis, malgré un nombre de places croissant d'admissions dans les filières médicales, force est de constater que le manque d'effectif se fait toujours sentir.

Afin de rééquilibrer le nombre de professionnels de santé sur le territoire, un projet de réforme des études de santé s'est mis en place pour la rentrée 2020 : celui de supprimer le Numerus Clausus et de confier le choix du nombre d'étudiants admis dans les filières de santé aux universités elles-mêmes avec le soutien des ARS (agences régionales de santé) et cela en fonction des besoins des territoires et des capacités de formation à disposition.

Agnès Buzin, l'ancienne ministre de la Santé, avait annoncé le 12 février 2019 que le nombre de médecins formés augmenterait de 20% après la réforme de la loi santé⁵². Mais il faut retenir que les capacités de formation de nos universités et de nos hôpitaux ne sont pas infinies.

Il est également important de rappeler que l'augmentation du nombre de médecins formés n'a d'effet que seulement une dizaine d'année après sa mise en place compte tenu de la durée des études.

Cependant, le gouvernement propose plusieurs actions visant à promouvoir l'exercice coordonné et pluridisciplinaire et à libérer du temps médical⁵¹ :

- le déploiement des assistants médicaux
- la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- les coopérations interprofessionnelles
- la formation d'infirmiers en pratiques avancées (IPA)
- l'aide à l'installation de jeunes médecins

Solution n°1 : l'exercice pluri-professionnel

Le mode d'exercice pluri-professionnel pourrait en soi constituer une réponse à cette problématique en favorisant la proximité et l'échange, les espaces de communication communs. Mais cela serait-il suffisant ?

Selon l'étude de la Drees (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)⁵³ publiée en mai 2019, 61 % des MG libéraux exerçaient en groupe début 2019, dont

57% avec au moins un autre médecin généraliste mais seulement 27% avec au moins un paramédical.

On constate donc qu'à l'heure actuelle, les regroupements intra-professionnels entre médecins (spécialisés en médecine générale ou non) constituent la forme d'exercice prédominante. Une majorité de médecins généralistes exercent actuellement en groupe dans des cabinets de petite taille, de 2 voire 3 médecins.

L'exercice coordonné pluri-professionnel est quant à lui moins fréquent. Il évolue depuis plusieurs années et se déploie en France sous différents acronymes : ESP (Équipe de Soins Primaires), MSP (Maison de Santé Pluri-professionnelle), CDS (Centre De Santé) ou encore CPTS (Communautés Professionnelle Territoriale de Santé). Dans la pratique, un regroupement de professionnels de santé permet :

- La réalisation d'un projet de santé (actions de santé publique, actions de prévention et d'éducation pour la santé, actions sociales)
- Une meilleure qualité de vie pour les professionnels
- Des plages horaires plus larges améliorant la continuité des soins
- Un plateau technique plus performant
- Un secrétariat et/ou une coordination
- Un travail en réseau de proximité

Une Équipe de Soins Primaires (ESP) est constituée d'au moins un médecin généraliste et un professionnel de santé paramédical. Ils peuvent être regroupés ou non sur un même site et se mobilisent autour d'une thématique commune bénéfique pour leurs patients (réponse aux demandes de soins non programmés, mise en œuvre d'actions de santé publique, etc.).

Une Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) est le regroupement de plusieurs professionnels de santé exerçant à titre libéral, dont au moins deux médecins et un autre professionnel de santé paramédical. Ils se retrouvent autour d'un projet de santé qui concerne la patientèle des médecins traitants. Ils peuvent exercer en un même lieu ou travailler sur différents sites : on parle donc de maison de santé mono-site ou multi-site. La MSP regroupe des spécialistes en médecine générale et nécessairement des professionnels paramédicaux, éventuellement des sages-femmes et d'autres spécialistes d'organe autour d'un projet commun de santé établi à partir d'un diagnostic de territoire. Le fonctionnement de la MSP répond à un cahier des charges plus exigeant que l'ESP dans le cadre d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qui permet d'obtenir des financements et de concrétiser le projet de santé avec une coordination efficace et un logiciel informatique partagé.

Un Centre de Santé (CDS) a les mêmes caractéristiques qu'une MSP mais les professionnels de santé qui y exercent sont salariés.

Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), anciennement appelée « pôle de santé pluridisciplinaire », est une forme de coordination sur un territoire plus étendu comme un bassin de vie, un arrondissement de grande ville, etc. Elle est constituée de l'ensemble

des acteurs de santé : professionnels de santé de ville (qu'ils exercent à titre libéral ou salarié), établissements de santé, acteurs de la prévention ou promotion de la santé, établissements et services médico-sociaux, sociaux... qui souhaitent se coordonner pour répondre à un ou plusieurs besoins en santé identifiés pour la population de leur territoire.

Le mode d'exercice pluri-professionnel constitue-t-il une piste sérieuse d'amélioration ?

Le nombre des MSP s'est rapidement accru : plus de 1 300 en 2020 contre moins de 20 en 2008. Les aides au fonctionnement ont débuté sous la forme d'expérimentations avant d'être généralisées en 2015 dans le cadre d'un Accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Ces aides sont versées en contrepartie de l'atteinte d'objectifs visant à améliorer l'accessibilité aux soins, la coordination interprofessionnelle et les systèmes d'information.

Fin 2018, les deux tiers des maisons de santé ouvertes participent aux ACI avec 735 maisons de santé signataires sur les 1 153 ouvertes⁵⁴.

D'un point de vue d'efficacité, une étude de l'IRDES de 2015⁵⁵ permettait d'affirmer que les caractéristiques de proximité physique, la colocalisation sur un même lieu et la coopération pluri-professionnelle étaient associées à une moindre dépense ambulatoire.

Une étude complémentaire de l'IRDES de 2015⁵⁶ démontrait que les généralistes des maisons, pôles et centres de santé avaient une meilleure qualité de pratiques pour la quasi-totalité des indicateurs considérés.

Ces résultats confirment donc que le mode d'exercice pluri-professionnel permet une meilleure efficacité et une meilleure efficacité dans la dispense des soins. Mais qu'en est-il de la communication interprofessionnelle ? Comment est-elle favorisée par les structures pluriprofessionnelles ?

Solution n°2 : Les réunions pluridisciplinaires favorisées via les structures pluriprofessionnelles ainsi que par les NMR

L'exercice pluri-professionnel permet une meilleure communication interprofessionnelle et une meilleure coopération notamment à travers les réunions pluridisciplinaires.

Les réunions pluridisciplinaires, favorisées par l'exercice pluri-professionnel, font parties des solutions afin d'apporter des temps d'échanges communs qui constituent une des pistes d'amélioration évoquées dans l'étude.

En effet, une grande partie des kinésithérapeutes et des infirmiers interrogés dans cette étude étaient enthousiastes en ce qui concernait les réunions d'échanges et ce pour plusieurs raisons :

- Ces temps permettraient de tisser une relation entre professionnels et de mieux se connaître
- Ils permettraient également de comprendre les ressources de chacun et de participer à la formation interprofessionnelle
- Se rencontrer permettrait d'éviter les problèmes pouvant être liés à différents autres supports (le caractère impromptu des appels téléphoniques non planifiés, le manque d'interaction des courriers...)

- Enfin, ces temps laisseraient place à la concertation et à la coordination pour s'accorder sur des objectifs de prise en charge

Les réunions pluridisciplinaires permettent donc un temps de rencontre, créent un lien relationnel, favorisent le partage d'informations notamment sur les cas complexes.

Elles encouragent également la formation continue ainsi que la formation interprofessionnelle : la connaissance du métier de l'autre, notion également évoquée dans l'étude comme étant un facteur clé de la communication interprofessionnelle.

Toutefois et comme rapporté par les interviewés, ces temps communs ne sont pas faciles à mettre en place. Mais selon plusieurs études^{57 58}, la coordination et les réunions pluriprofessionnelles sont plus faciles à mettre en œuvre au sein d'une et même structure.

On peut également conjecturer que leur mise en place est peut-être favorisée par les nouveaux modes de rémunération (NMR) qui rémunèrent le temps passé à la coordination et les activités spécifiques des MSP.

En effet, pour bénéficier des ces NMR, il faut répondre à 3 types d'engagements :

- **L'accès aux soins** : La MSP doit être ouverte entre 8h et 20h en semaine et le samedi matin, elle doit aussi prévoir la possibilité de soins non programmés les jours ouvrés et assurer une fonction de coordination et d'accueil des patients.
- **L'utilisation d'un système d'informations partagé** labellisé par l'ASIP.

Et enfin, le dernier point qui nous intéresse plus particulièrement ici :

- **Le travail en équipe pluri-professionnelle** : concertations autour des cas complexes et mise en place de protocoles.

La communication interprofessionnelle fait donc bien partie des engagements nécessaires pour bénéficier des NMR au sein des MSP. Ces NMR, s'ils sont assez attractifs, encouragent donc la communication interprofessionnelle.

Solution n°3 : Le transfert et la délégation des compétences

Nous pouvons prendre du recul sur l'exercice pluri-disciplinaire dans le domaine des soins primaires en observant la pratique de certains pays dont l'expérience en la matière est plus ancienne que celle de la France.

Ainsi, il existe une opposition très nette, d'une part entre les pays où comme nous l'avons vu en France, les médecins généralistes exercent majoritairement en cabinets individuels ou en groupes mono-disciplinaires (Allemagne, Pays-Bas, Italie, Canada) et d'autre part les pays caractérisés par une pratique majoritaire de groupe en synergie avec d'autres professionnels de santé (Royaume-Uni, Suède, Finlande)⁵⁹.

De plus, dans d'autres systèmes de soins que le système français, la répartition des tâches et des compétences de chaque professionnel peut être différente. On peut alors se demander si une autre répartition des compétences ou la création de nouveaux métiers de santé serait un plus au service de la communication interprofessionnelle en libérant notamment du temps médical et paramédical, en augmentant la disponibilité des différents intervenants.

- Exemples de répartitions des compétences dans différents pays :

La répartition des compétences entre professionnels ainsi que la définition de leur rôle dans le cadre des soins primaires évoluent selon l'époque et selon les pays. Ainsi, de nouvelles compétences ont pu être déléguées notamment envers la profession infirmière. Ces nouvelles compétences comportent le plus souvent deux volets : l'un d'intervention clinique, l'autre de coordination pour assurer des soins continus et aider les utilisateurs de soins et leurs familles à naviguer dans le système de santé.

Au Québec⁵⁹ par exemple, les infirmiers au sein des GMF (groupes de médecine de famille) se voient confier depuis l'an 2000 des responsabilités étendues : elles peuvent effectuer des activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, de liaison avec d'autres centres de première ou deuxième ligne.

Les infirmiers deviennent alors la principale porte d'entrée dans le système de soins.

En Allemagne ou aux Pays Bas, il existe des assistantes médicales, travaillant uniquement sous la responsabilité des médecins, qui peuvent leur déléguer un nombre d'actes relativement important. Ainsi, les cabinets médicaux allemands offrent des services plus étendus qu'en France, notamment des explorations biologiques simples.

Au Royaume-Uni, c'est depuis le début des années 90 que la prescription a été élargie aux infirmiers mais également à d'autres professions, prescription encadrée notamment par le formulaire de prescription infirmière. Depuis 2004, pour les infirmiers certifiés, expérimentés et formés de façon spécifique, la prescription est étendue à environ 180 produits (antibiotiques, vaccins, pilules, antiémétiques, corticoïdes locaux ou per os comme la prednisolone...) dans le cadre de 80 situations cliniques précises (gastro-entérite, soins palliatifs, crise d'asthme, infection urinaire non compliquée de la femme...).

Outre le droit à la prescription, les infirmiers proposent des bilans de santé annuels aux patients de plus de 75 ans. Ils proposent également des consultations de première ligne effectuées de façon autonome et assurent la permanence des soins.

En Suède eurent lieu en 1988 les premières expérimentations dans une région du nord caractérisée par une pénurie de médecins. Après deux évaluations positives et malgré quelques réticences exprimées par certains médecins généralistes, le gouvernement décida en 1994 d'autoriser aux infirmiers la prescription de médicaments après avoir suivi une formation spécialisée.

L'évaluation de cette politique plus limitée qu'au Royaume-Uni a fait apparaître des résultats positifs. Depuis 2001, le droit de prescription a été étendu, la liste des catégories de médicaments qu'un infirmier peut prescrire étant passée de 4 à 15. Cette liste est révisée régulièrement par le Conseil national de la santé et des affaires sociales (Socialstyrelsen).

- Évolution en France :

Les assistants médicaux :

On peut se demander si ce nouveau métier de santé pourrait améliorer la communication interprofessionnelle. On peut imaginer deux effets en ce sens : premièrement, l'augmentation de la disponibilité du médecin du fait d'un transfert de tâches, disponibilité pouvant être mise au service de l'interprofessionnalité. Deuxièmement, l'apparition d'un nouvel intermédiaire entre le médecin, le patient et le professionnel paramédical qui idéalement favoriserait la communication entre professionnels de santé via un temps professionnel dédié et/ou une formation dédiée. Qu'en est-il concrètement ?

En s'inspirant de pays comme l'Allemagne et les Pays-Bas où c'est avec une autre profession, les assistants médicaux, que les médecins collaborent de façon préférentielle au sein de leurs cabinets ; les autorités françaises expriment le souhait d'intégrer également cette profession au sein du système de santé :

En France, la signature de l'avenant 7 à la convention médicale le 20 Juin 2019 est l'aboutissement des négociations sur le déploiement des assistants médicaux menées entre les représentants des médecins et l'Assurance Maladie⁶⁰. Les premiers recrutements d'assistants médicaux avec l'aide financière de l'Assurance Maladie eurent lieu dès septembre 2019.

Officiellement, l'objectif de la mise en place d'assistants médicaux est triple :

- Favoriser un meilleur accès aux soins des patients
- Assurer de meilleures conditions d'exercice
- Rechercher davantage d'efficience

L'assistant médical se voit confier des missions choisies en toute liberté par le médecin parmi :

- des tâches administratives (accueil, création, gestion du dossier informatique ...)
- une aide en lien avec la consultation (aide au déshabillage, prise de constantes, mise à jour du dossier, délivrance des tests de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques...)
- l'organisation et la coordination : les assistants médicaux peuvent faire le lien avec les autres intervenants dans la prise en charge des patients.

Ce dernier point répond à notre question : il est prévu dans les missions pouvant être déléguées à l'assistant médical par le médecin de servir d'intermédiaire entre paramédicaux et médecins généralistes.

On peut néanmoins craindre que ce nouvel intermédiaire dans la communication interprofessionnelle soit comparable aux secrétaires médicales : intermédiaires pouvant parfois faire obstacle à la communication interprofessionnelle d'après certains interviewés de cette étude.

Les infirmiers en pratique avancée :

En France, l'idée d'améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants a abouti à un nouveau métier : l'infirmier en pratique avancée (IPA), encadré par l'arrêté du 18 Juillet 2018⁶¹.

La loi de modernisation de notre système de santé a posé le cadre juridique de ce que l'on peut appeler « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux. En France, le choix a été fait de le déployer au sein d'une équipe, en commençant par la profession d'infirmier.

La pratique avancée vise en théorie au double objectif d'améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

En outre, la pratique avancée favoriserait la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et déboucherait sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise.

Le conseil international des infirmiers (CII) indique que « l'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier-ère sera autorisé-e à exercer ».

Plus concrètement, le décret précise que la pratique avancée recouvre :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage
- des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique
- des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Il apparaît que beaucoup de ces activités soient communes avec celles des médecins généralistes. De fait, une coordination entre médecins et IPA paraît souhaitable, faute de quoi il y aurait un risque de se retrouver dans des exercices parallèles.

La loi prévoit que demain, les IPA pourront en ambulatoire exercer au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin (par exemple en maison ou centre de santé).

Concrètement, l'IPA, en acquérant des compétences relevant du champ médical, suivra des patients qui lui auront été confiés par un médecin, avec son accord et celui des patients. Il verra régulièrement ceux-ci pour le suivi de leurs pathologies, en fonction des conditions prévues par l'équipe.

L'IPA doit discuter du cas des patients lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l'équipe. Il reviendra vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences seront atteintes ou lorsqu'il repérera une dégradation de l'état de santé d'un patient.

Pour le moment, seuls trois domaines d'intervention sont définis :

- les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires
- l'oncologie et l'hémato-oncologie
- la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.

Grâce à la pratique avancée, l'IPA renforcera :

- son analyse, plus fine et plus précise
- sa méthodologie, plus rigoureuse
- son autonomie
- sa pratique, qui mobilisera plus d'outils
- ses choix, davantage argumentés vis-à-vis du médecin.

Niveau formation, un IPA sera un infirmier expérimenté, d'au minimum 3 ans d'exercice, ayant obtenu son diplôme d'état d'IPA précisant la mention choisie et reconnu au grade universitaire de master. Afin d'exercer dans le ou les domaines d'intervention définis, l'IPA devra avoir validé le ou les mentions correspondantes.

La formation sera organisée autour d'une 1ère année de tronc commun permettant de poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée et d'une 2ème année centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie.

L'accueil de cette nouvelle fonction d'IPA fut d'abord mitigé de la part des médecins généralistes. Le Président de la CSMF, Jean-Paul Ortiz, demanda d'ailleurs un moratoire en mars 2018 face au mécontentement qui montait initialement dans le corps médical, quand bien même le concept n'était pas remis fondamentalement en question⁶².

Certains médecins comme le Dr Luc Duquesnel, président des Généralistes de la CSMF, défendirent le principe de l'IPA mais cette évolution provoqua surtout des craintes parmi les médecins généralistes, notamment celles, d'une part d'être en concurrence sur l'offre de soins et d'autre part que la médecine soit « dépossédée » de ce qu'elle est⁶².

Les IPA ont probablement beaucoup à offrir et pourraient eux aussi, idéalement, libérer du temps médical qui pourrait être consacré à la coordination et à la communication interprofessionnelle. Toutefois, il est évident que des temps de communication ou de travail commun de type RCP seront nécessaires entre médecins et IPA afin d'améliorer la coopération et l'acceptation de la place de chacun.

Aujourd'hui, encore la mise en place des IPA dans la pratique courante des soins primaires en est à ses balbutiements et il est encore trop tôt pour en évaluer les effets réels.

Les professions médicales intermédiaires :

Le Ségur de la santé fut une consultation des acteurs du système de soins français qui se déroula du 25 mai 2020 au 10 juillet 2020 (l'origine du nom étant l'adresse du ministère de la Santé : avenue Ségur à Paris).

Lors de cette consultation naquit l'idée de la création d'une nouvelle profession : la

« profession médicale intermédiaire », une profession à mi-chemin entre le bac +3 d'un infirmier et le bac +10 d'un médecin. L'idée de la députée Dr Stéphanie Rist, Rhumatologue, était de confier à l'Ordre des médecins et à celui des infirmiers une réflexion pour dessiner les contours de ce nouveau métier⁶³.

A l'origine de cette idée : la recherche de moyens de pallier à la pénurie de médecins en confiant certaines tâches médicales à d'autres professionnels en prenant exemple sur ce qui se passe dans d'autres pays, avec par exemple les *nurse practitioners* aux États-Unis. C'est le sens des différents rapports rédigés par le Pr Yvon Berland entre 2003 et 2011^{18, 64}. Ces derniers ont notamment donné lieu à la création des infirmiers Asalée et on peut y voir les prémises des Infirmiers en pratique avancée (IPA).

La proposition de loi déposée en ce sens en octobre 2020 fut relativement mal accueillie de la part des soignants :

Pour les syndicats, l'opposition aux professions médicales intermédiaire était clairement exprimée dans un communiqué du 13 Novembre 2020 en commun avec MG France , FMF, CSMF et SML⁶⁵.

D'après eux, les médecins libéraux s'opposaient très fermement à cette nouveauté et ce pour plusieurs raisons, entre autres :

- La remise en cause de la légitimité d'évolution de carrière des professionnels de santé et notamment du corps infirmiers avec la création récente des IPA dans une logique LMD.
- La possible concurrence entre une profession intermédiaire et les IPA.
- Les craintes que les erreurs du passé se répètent comme durant le XIXe siècle où le corps des officiers de santé permettait d'exercer la médecine sans en avoir le titre, ce qui aboutit à un consumérisme médical accru.
- La peur de créer une médecine à deux vitesses.

L'Ordre des médecins, dans son communiqué du 13 novembre, déclarait ne pas conduire la mission exploratoire en l'état. L'Ordre infirmier, pour sa part, était plus circonspect.

Le projet fut alors avorté, bien que la députée Dr Rist précisa que la profession médicale intermédiaire n'était pas enterrée pour autant et que pour elle, les IPA pourraient entrer dans le cadre de la profession intermédiaire mais également l'ensemble des auxiliaires médicaux⁶³.

Ce projet demeure aujourd'hui encore en cours de discussion.

La coordination : vers de nouveaux métiers dédiés ?

La coordination semble être une tâche à part entière qui fait appel à des compétences, des méthodes propres et à de nombreux intervenants. Autrement dit, la coordination pourrait être un métier propre.

Il est donc nécessaire d'adapter les profils des professionnels de la santé (en particulier ceux impliqués dans la coordination des soins). S'improviser coordinateur de structures ou

d'organisations dans le champ de la santé est une tâche ardue et cette improvisation est actuellement le cas majoritaire en France.

Plusieurs solutions peuvent être évoquées :

- Intégrer la coordination en tant que compétence dans le cursus de santé :

La formation des futurs professionnels de santé, notamment des futurs médecins à la fonction de coordinateur, pourrait être une solution. Il faudrait que se développent des formations à la coordination en tant que métier propre ou en tant que complément de cursus, et ce pour tous les professionnels de santé.

Tandis qu'à l'heure actuelle et bien qu'étant un élément central de la marguerite des compétences des médecins généralistes (*Annexe 4*), la coordination n'est pas ou peu intégrée dans le cursus initial au titre même de compétence.

Cette coordination comprend de nombreux aspects avec des objectifs bien différents. Cela implique donc des profils différents : des soignants mais aussi des professionnels provenant d'autres domaines avec des formations différentes⁶⁶.

En Suisse, d'après le SCLO, les cursus des écoles de médecine, de soins infirmiers et d'autres professions de la santé se basent aujourd'hui sur un référentiel commun, préconisant d'ailleurs le développement de compétences transversales telles que celles de collaborateur et de communicateur⁶⁷.

- Déléguer la coordination et en faire un métier propre :

La coordination regroupe de nouveaux métiers en liens avec l'évaluation, la gestion et l'administration de structures et de projets ; la gestion informatique ; et la coordination des soins au sens strict.

Évaluation/gestion/administration de structures et de projets :

Cantonnée au départ aux réseaux, le métier de coordinateur se développe en parallèle de la multiplication des pôles et des maisons de santé. Son rôle est multiple et encore peu défini : gestion financière, gestion de conflits, gestion du savoir, management, animation, communication, administration. Il peut être dévolu à un soignant formé (souvent un médecin avec une diminution de ses activités médicales comme en Angleterre) mais aussi à un professionnel non médical.

La gestion informatique :

La coordination ne peut plus se faire sans l'utilisation de nouvelles technologies de l'information. Or, pour les utiliser, il faut des compétences propres de gestion du partage des données, d'optimisation des moyens de communication interne et externe, de développement d'outils informatiques. Ce champ de nouveaux métiers pourrait se mélanger avec celui des coordinateurs.

La coordination des soins au sens strict :

Les *assistants de parcours* ou *gestionnaires de situations complexes* sont un exemple de nouveaux métiers en coordination. Provenant des pays anglo-saxons, les case managers sont très développés aux États-Unis avec trois grands profils différents :

- **Le *clinical case manager***, basé au sein d'un établissement de santé. Cette fonction est occupée par des infirmiers de niveau Master. Ils sont obligatoirement expérimentés en pratique clinique et en case management. Les patients sont inclus dans le programme souvent dès la phase de préadmission et jusqu'à la sortie d'hospitalisation. Ces clinical case managers sont en charge de la coordination des soins et de la gestion des ressources (gestion des rendez-vous et planification des interventions). Ils sont dotés d'une certaine autonomie.
- **Le *nurse case manager***, ou ***community matron***, né aux États-Unis et développé dans le but de réduire le nombre d'hospitalisation en urgence chez les patients chroniques. Ils sont souvent basés dans une maison de santé pluri-professionnelle, un hôpital ou dans une autre structure. Leurs fonctions sont de réaliser des évaluations cliniques spécialisées, de coordonner les soins, de gérer les médicaments et de permettre aux patients de maintenir une certaine qualité de vie. Cette fonction est occupée exclusivement par des infirmiers expérimentés de niveau Master et formés au case management.
- **Le *case manager***, sans prestation de soins, est issu principalement d'une formation de travailleur social, de niveau Master et expérimenté. Il peut être également un ou une infirmière avec une orientation médico-sociale ou sociale. Il travaille principalement dans le milieu du handicap, quel qu'il soit, de la santé mentale, des addictions et des personnes âgées. Les gestionnaires de cas MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) sont rattachés à ce profil. Une relation de qualité entre le case manager et les professionnels de santé dans la sphère des soins primaires est l'un des principaux facteurs de réussite d'un programme de case management.

Nous voyons donc ici des exemples d'évolution possible de la coordination des soins et de nouveaux métiers de la coordination se partageant entre les médecins généralistes au quotidien et d'autres intervenants possiblement infirmiers spécialisés, notamment dans le cadre de situations complexes.

Que ce soit par une meilleure formation à la coordination ou à la délégation de celle-ci à d'autres professions, on peut également imaginer libérer du temps médical et paramédical au service d'une coopération interprofessionnelle de proximité.

Problématique n°2 : La méconnaissance de l'autre, de son mode d'exercice, de ses compétences professionnelles ainsi que le manque de relationnel

Dans notre étude comme dans celle du Dr Le Metayer⁴⁰, les IDE et les MKDE déclarent que les MG connaissent peu leurs compétences et leurs champs d'action respectifs. Cela pourrait être responsable d'un manque de transmission d'informations, ainsi que d'un sentiment de dévalorisation ressenti par les paramédicaux.

Par ailleurs, on retrouve également cette méconnaissance de l'exercice de l'autre dans une étude sur la communication entre le MG et le médecin scolaire comme principal frein à la communication³⁸.

Les professionnels paramédicaux semblent également laisser entendre que la connaissance préalable des médecins généralistes et l'existence de rapports privilégiés améliorent leur communication.

D'autre part, le même constat est fait quand on interroge les médecins généralistes⁴¹ : ils déclarent qu'être proches et connaître leurs interlocuteurs favoriserait la communication et l'échange.

Pourtant ils ne semblent pas être sensibilisés aux notions de compétences et des différentes pratiques de chacun.

Ainsi, les compétences, notamment des kinésithérapeutes, semblent parfois sous-exploitées par méconnaissance de la part des médecins généralistes.

D'autre part et du fait que l'écrit et surtout la prescription demeure la source de communication prépondérante (car en adéquation avec la nomenclature notamment en ce qui concerne les IDE), la dichotomie du médecin dit « prescripteur » et du paramédical dans son rôle d'« exécuteur » polluerait leur relation avant de servir le patient et sa santé.

Mais paradoxalement, certains kinésithérapeutes semblaient également réticent à prendre davantage d'autonomie dans leur prise en charge, souhaitant plutôt demeurer simplement dans l'exécutif.

Notons également que jamais un interviewé ne prononça les termes de « diagnostic infirmier », de « diagnostic de situation » ou encore de « diagnostic kinésithérapeute », comme si l'acte diagnostique semblait réservé au médecin.

Aussi, quand les paramédicaux évoquent leurs retours, ils aimeraient parler de ce qu'ils font et sont capables de faire plutôt que de mettre en avant leur diagnostic.

La qualité relationnelle et la confiance entre les professionnels sont des éléments essentiels car elles sont garantes de retours de qualité couplés à une communication efficace³⁹.

Il se peut donc qu'il faille d'abord régler ces points de blocage pour pouvoir enfin parler de coordination. Ce problème relationnel dans son ensemble ne semble pas permettre de se mettre au même niveau, ce qui en soi, ne facilite pas une collaboration idéale.

Établir des liens réguliers entre professionnels est difficile et ce d'autant plus que, comme vu dans notre étude, la variabilité des personnalités individuelles peut compliquer ou favoriser la communication.

L'une des principales solutions pour répondre à la méconnaissance des compétences de l'autre serait la formation interprofessionnelle.

Solution n°1 : la formation interprofessionnelle

L'objectif de l'interprofessionnalité est l'apprentissage des compétences professionnelles ainsi que des besoins et des attentes de l'ensemble des acteurs de soins⁶⁸.

Elle permet d'améliorer la qualité de la communication en adaptant les informations transmises à son interlocuteur.

L'éducation interprofessionnelle (EIP) réunit des membres de deux professions ou plus dans une formation commune, qu'elle soit prévue au cours ou à la suite des études. Dans cette formation, les membres d'une profession acquièrent des connaissances grâce aux autres professionnels.

L'OMS, qui préconise l'EIP depuis 1978, réaffirmait très récemment son soutien pour l'éducation et la pratique interprofessionnelle, les positionnant comme des stratégies ayant à la fois le potentiel de favoriser de meilleurs résultats cliniques pour le patient et celui de permettre la gestion efficace de la crise mondiale en personnel de santé^{69 70}.

Trois facteurs expliquent l'intérêt croissant pour l'EIP :

- ***Les exigences en matière de qualité des soins et de sécurité des patients*** : la prise en charge des patients est une activité interdisciplinaire où différents professionnels de la santé collaborent au sein d'une même équipe, la performance jouant un rôle capital dans la sécurité des patients⁷¹. Plusieurs études ont montré une relation entre la qualité des soins et l'efficacité de la collaboration entre les professionnels de la santé^{72 73}.
- ***L'évolution des types de soins aux patients*** : elle répond à une population vieillissante et souffrant de multiples problèmes de santé chroniques, souvent plus complexes. Dans ce contexte, le consortium pancanadien pour l'inter-professionnalisme en santé (CPIS) affirme qu'aucune profession ne possède à elle seule, ni toute l'expertise requise pour répondre de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe des besoins de nombreux usagers des services de santé, ni garantir des soins prenant en compte la totalité des besoins du patient⁷⁴. Si les soins aux patients deviennent plus complexes et requièrent davantage d'intervenants, il semble logique que les professionnels de santé soient préparés à travailler efficacement en équipe.
- ***La pénurie en professionnels de santé***⁷⁵ : en effet les prédictions pessimistes en la matière nous invitent à poursuivre la réflexion sur l'étendue de la pratique professionnelle, les compétences transversales et l'utilisation efficiente des ressources soignantes. L'OMS considère également l'EIP comme un des moyens de répondre à cette pénurie ; elle argumente qu'une collaboration interprofessionnelle efficace peut augmenter la satisfaction des professionnels, faciliter le recrutement et améliorer la rétention^{10 76}.

En 2007, une revue Cochrane⁷⁷ a examiné les effets de l'EIP sur la pratique professionnelle et sur différents paramètres cliniques. Sur ces six études, quatre montraient un impact favorable des activités d'EIP, avec notamment une réduction du nombre d'erreurs dans un département d'urgences. Une autre étude a démontré l'impact positif de l'EIP sur la satisfaction des patients⁷⁸.

En France, la mise en place du développement professionnel continu (DPC) rentre en partie dans cette logique au même titre que les réunions d'échanges pluridisciplinaires.

Dans notre étude, les paramédicaux interrogés déclarent que les rencontres pluriprofessionnelles améliorent les liens et le tissu social et relationnel. Ils déclarent également qu'elles permettent de comprendre les ressources de chacun.

Parallèlement, nous assistons à la multiplication des congrès et formations sur l'interprofessionnalité, pour apprendre à mieux travailler ensemble.

Au niveau de la formation initiale commune, certaines facultés développent également des programmes de formation commune, principalement médecins-IDE. Cependant, ces initiatives demeurent locales et peu évaluées.

La communication entre professionnels de santé constitue la clé de voûte de l'interprofessionnalité, de la coopération et de la coordination au service de la santé du patient.

Les rapports entre infirmiers, kinésithérapeutes et médecins généralistes ont évolué au fil du temps et même si le mode d'exercice mono-disciplinaire domine encore largement en France, les cabinets d'exercice pluri-disciplinaire augmentent au cours des années.

Le postulat de départ de cette étude qualitative était que la communication entre médecins généralistes et professions paramédicales serait perfectible et son objectif était d'explorer ses problématiques et ses pistes d'amélioration du point de vue des professions paramédicales.

Outre le fait de rappeler que cette communication revêt divers aspects selon les situations, cette étude permet en effet de soulever certaines problématiques :

Il apparaît que les problématiques dominantes soient le manque de temps, d'accessibilité et de ressources des différents intervenants ainsi que la méconnaissance de l'autre, du mode d'exercice et des compétences professionnelles de chacun, le manque de relationnel.

Plusieurs solutions furent évoquées comme étendre l'exercice pluri-professionnel, favoriser les réunions pluridisciplinaires notamment par des nouveaux modes de rémunération, transférer ou déléguer des compétences soit à des professions déjà existantes soit en créant de nouveaux métiers, encourager la formation interprofessionnelle.

Ces solutions semblent être considérées par nos dirigeants et notre système de santé semble être en pleine transition vers un nouveau modèle plus axé vers l'interprofessionnalité.

Ainsi, il sera intéressant de rediscuter très prochainement des IPA ou encore des assistants médicaux, de leurs rapports avec les médecins généralistes, de leurs apports réels dans le système de soin et d'évaluer s'ils répondent bien aux attentes fixées.

On peut également se poser la question de l'extrapolation des données de cette étude à l'ensemble du territoire national : on peut noter que nos résultats sont tout à fait comparables à ce que l'on retrouve à proximité de la capitale⁴⁰. Toutefois, il est légitime de s'interroger sur des régions plus éloignées.

De même, il ne serait pas inintéressant de compléter cette étude par d'autres qui pourraient étudier la communication entre médecins généralistes et d'autres professions paramédicales comme les sages-femmes, les pharmaciens... Ce type d'étude soulèverait probablement de nouvelles problématiques.

Annexe 1 : Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Introduction :

« Bonjour, je m'appelle Julien Chabot et je suis médecin généraliste. Je réalise ma thèse sur la communication interprofessionnelle entre professions paramédicales et médecins généralistes sur la région rouennaise. L'objectif de cette thèse est de s'intéresser à l'avis des infirmiers et kinésithérapeutes sur leurs échanges avec les médecins généralistes. Je souhaiterais enregistrer notre échange, avec votre accord, pour me permettre de l'analyser par la suite. L'anonymat sera bien entendu respecté ».

Thèmes et questions abordés :

1) **En général**

Comment cela se passe-t-il en pratique, de façon générale, quand un médecin généraliste communique avec vous ?

2) **Supports**

Quels supports de communication rencontrez-vous dans votre pratique courante ?
A titre personnel, lequel ou lesquels vous semble(nt) les plus adapté(s) ?

3) **Contenu**

Que pensez-vous du contenu fourni par ce ou ces supports ?
Qu'en attendez-vous ?
Quelles seraient vos suggestions pour l'améliorer ?

4) **Identification des facteurs clés**

Quels sont les difficultés et les obstacles que vous pouvez rencontrer personnellement dans ces échanges ?

Quels sont selon vous les éléments qui pourraient faire que la communication permette la meilleure prise en charge possible du patient ?

5) **Retours**

Comment se passent de manière générale vos retours auprès du médecin généraliste, si retours nécessaires ?

Conclusion de l'entretien :

Je vous remercie de votre participation. Si vous le souhaitez, je vous ferai parvenir les résultats de cette étude.

Annexe 3 : Entretiens

Entretien K1 :

E : En général, comment cela se passe quand un médecin généraliste communique avec vous ?

K : Avec un médecin généraliste, très souvent, c'est juste par ordonnance, par exemple « rééducation du dos » ou « entorse » ou « rééducation du membre inférieur ».

E : D'accord, c'est donc essentiellement de l'écrit en fait ?

K : C'est de l'écrit et essentiellement de l'ordonnance.

E : Pas de courrier ?

K : Non, pas de courrier.

E : Justement concernant les supports de communication, lesquels rencontrez-vous dans votre pratique courante ? Que l'ordonnance ?

K : Oui, il y a l'ordonnance. Avec les médecins qui travaillent ici [MSP], c'est plus facile en général de communiquer de vive voix, parfois entre deux consultations mais c'est compliqué d'aller toquer à la porte de l'autre en milieu de la consultation. Parfois, on utilise des post-it. Dans l'essentiel, c'est par courrier, parfois mail mais c'est assez rare. Quand il y a besoin, ça m'est déjà arrivé de me déplacer pour aller voir un médecin et sinon via le téléphone mais niveau organisation c'est compliqué pour avoir quelqu'un mais c'est faisable.

E : Vous parliez de courriers, ce sont des courriers par l'intermédiaire du patient ou directement envoyés par le médecin ?

K : Il y a les deux. Mais c'est rarement direct, beaucoup plus souvent par l'intermédiaire du patient. C'est rare d'avoir un compte rendu de la part du médecin généraliste ou un adressage par courrier autre que l'ordonnance.

E : Et parmi ces supports, y en a-t-il un qui vous semble plus adapté ?

K : Le courrier, ça me va même si je pense que le mail est plus pratique. Personnellement, vu comment je fonctionne, je décroche rarement le téléphone durant mes heures de soins donc c'est compliqué de m'avoir au téléphone même si sur le principe cela ne me dérange pas. Je pense que le mail c'est plutôt pas mal. Mail ou courrier c'est bon pour moi.

E : Qu'est-ce que vous pensez du contenu lors des échanges avec les médecins généralistes ?

K : Pour le moment, sincèrement, je n'en ai pas vraiment, je n'ai aucun contenu en tête autre que ce qu'il y a d'écrit dans les ordonnances.

E : Et qu'en est-il du contenu des ordonnances ?

K : En général j'aimerais bien savoir quel est l'objectif du médecin. Bien souvent, on a « rééducation

pour lombalgies », « rééducation pour douleurs d'épaule », etc... et on n'a pas tout le contexte. Le patient n'est pas toujours en mesure de nous l'expliquer, ce qu'il s'est passé etc... et du coup on n'a pas l'objectif : est-ce que c'est de gérer la douleur ? Est-ce que c'est dans l'attente de quelque chose ? Est-ce pour améliorer telle ou telle chose ? Ne serait-ce qu'en ayant votre objectif à vous et la façon dont il est transmis au patient, on pourrait être plus raccord dans notre discours aussi pour aller dans ce sens-là. Et parfois avec juste « rééducation de l'épaule », on peut faire plein de choses différentes selon l'objectif. Ou alors est-ce que vous ne savez pas trop et vous vous dites « on va tenter la kiné pour voir ce que ça donne » ? Ne serait-ce que ça, ça nous permet de voir la croyance que peut avoir le patient envers le kiné. Ça permet que l'on puisse renforcer un discours ou de nous permettre de venir vous voir pour discuter si autre chose peut être fait. J'avoue que parfois je suis perplexe sur « c'était quoi l'idée à la base ? ».

E : Donc une bonne perspective pour améliorer le contenu selon vous serait de mieux cibler l'objectif ?

K : Oui, c'est ça ! Dire clairement : j'aimerais bien soulager la douleur, soit gagner en amplitude, soit gagner en autonomie. Ou alors qu'on en discute ensemble. C'est peut-être délicat de trouver l'objectif et on tente de voir quels peuvent être les objectifs.

E : Au niveau des facteurs clés, quand un médecin communique avec vous, quels peuvent être les obstacles qui gênent cette communication ?

K : C'est dans l'intention et l'objectif qu'il y a un manque. C'est peut-être lié à un manque de savoir quels sont les attentes et les besoins des kinésithérapeutes de la part de médecins, et vice versa pour savoir comment bien travailler.

E : Pour vous, quels sont les éléments qui pourraient faire que la communication permette la meilleure prise en charge du patient ? Vous avez parlé de mieux cibler l'objectif. Pourrait-on envisager autre chose ?

K : Oui, qu'on soit raccord dans le discours qui est présenté sur ce que peut faire la kiné ou pas, ça ça peut être utile. A la fois dans un courrier ou ne serait-ce que 2 ou 3 lignes d'objectifs et de contexte. Des caractéristiques ou comportements du patient : est-ce quelqu'un de plutôt dynamique, quelqu'un de plutôt dépressif ? Est-ce qu'il y a un contexte qui peut être problématique ou un levier pour optimiser la rééducation ? Les antécédents comme la dépression sont importants à noter, il y a peut-être certaines choses auxquelles on fera plus attention, le moral joue beaucoup. On discutera plus avec le patient pour le motiver, pour lui faire voir un objectif, une issue positive. Plus que pour quelqu'un qui serait déjà dans une démarche active positive, on n'aura pas besoin de passer par ce stade-là. Quelqu'un de dépressif, qui a une fibromyalgie ou qui est dans un contexte de deuil ou de vie familiale compliquée, on prendra beaucoup plus de temps et on ira beaucoup plus progressivement.

E : Concernant les retours, comment cela ce passe de façon générale concernant vos retours auprès des médecins généralistes, si ceux-ci s'avèrent nécessaires ?

K : J'avoue que ce n'est pas quelque chose que je faisais initialement, j'ai commencé à le faire depuis que je suis ici concrètement [MSP]. Quand il y a besoin de renouvellement, bien souvent j'envoie un courrier au médecin pour dire on a fait telles ou telles choses, je pense qu'on peut aller plus loin ou bien j'estime qu'il y a besoin d'un peu plus. Est-ce qu'il y aurait moyen d'avoir un peu plus de séances ? Via un courrier écrit remis au patient quand c'est pour un spécialiste (comme un

chirurgien) ou si le patient va voir son médecin dans la journée ou le lendemain, quand je sais que le patient va y aller directement. Sinon, ça m'arrive de l'envoyer par courrier. Souvent, je n'ai pas les mails des médecins généralistes donc souvent c'est par voie postale.

E : Les retours sont-ils souvent nécessaires ?

K : Je ne le fais pas tout le temps non, il ne sont pas toujours nécessaires. J'estime que quand je demande des séances supplémentaires, j'aime bien expliquer pourquoi. Que ce n'est pas forcément pour « pérenniser » le patient ou le garder au chaud mais pour une raison bien particulière et ça me permet également d'expliquer et de développer au médecin ce que je peux faire et les outils disponibles. Je favorise également les retours aussi quand y a des bons résultats, que c'était pas gagné d'avance. Mais aussi quand il y a des problèmes avec des patients : manque d'investissement ou quand j'estime qu'il y a besoin d'aller vers un autre professionnel, là pareil je fais un écrit... Ça m'est aussi arrivé de le faire par mail. Mais c'est loin d'être systématique. C'est quand je sens qu'il y a un problème, qu'il y a par exemple besoin de refaire des séances 6 mois plus tard pour revérifier : là oui.

Entretien II :

E : Comment ça se passe de façon générale, dans votre pratique courante, quand un médecin généraliste communique avec vous ?

I : Vu que je suis en maison médicale, si ce sont des patients de la maison médicale, souvent ils m'appellent, en fait vu qu'on est trois collègues ils appellent sur le téléphone du cabinet donc ils tombent sur une des trois. Après, en maison médicale, nous avons des réunions RCP donc du coup on se rejoint une fois toutes les six semaines, enfin moi je ne vais pas à toutes : il y en a plus souvent mais je ne vais pas à toutes. Il y en a qui sont plus à destination des kinés, il y en a c'est plus pour les orthophonistes. Et donc là en fait on choisit quelques patients sur qui on échange : comment on pourrait s'organiser, comment on pourrait faire évoluer la prise en charge etc... Et après, quand il s'agit de patients d'autres médecins des environs, j'ai rarement des communications. Quasiment jamais. En fait, dans ces cas là, je demande à la famille de renouveler le traitement, de proposer tel examen. En gros, quand ça va pas, je demande à la famille.

E : Donc là, concernant les supports de communication que vous rencontrez, il y a le téléphone, les réunions, les proches... Est-ce qu'il y aurait d'autres supports que vous rencontreriez dans votre pratique ?

I : Non. Bah par exemple le médecin va passer, il va laisser l'ordonnance et si besoin il va laisser un mot avec.

E : D'accord, donc ordonnance et un courrier ou un mot ?

I : Oui, un mot type : « Merci la prochaine fois de déposer les ordonnances » enfin pour un rappel, ou alors il met un mot comme quoi il faut qu'on lui dise ce qu'il nous manque ou ce genre de choses.

E : Un genre de mot sur un post-it ?

I : Oui, c'est ça.

E : D'accord. Et selon vous, quel ou quels supports vous semblent le ou les plus adaptés ?

I : Le téléphone, parce que nous on est tout le temps à domicile donc le plus simple ça reste le téléphone.

E : Ok. Par rapport au contenu dans ces échanges, que pensez-vous du contenu qui est fourni ?

I : Bah au niveau des communications, là les médecins de la maison médicale c'est plutôt bien, ils vont m'appeler pour me dire la prise en charge, pourquoi il a fait ça. Il me dit pas juste « il faut faire ça », il m'explique pourquoi il faut le faire donc ça c'est plutôt pas mal. Quand c'est un médecin extérieur, j'ai rarement de la communication donc du coup c'est la famille qui me dépose une ordonnance, on sait pas trop le pourquoi du comment mais il y a un changement de traitement donc on le fait. Bon après souvent, c'est par exemple un changement de traitement pour l'hypertension, bon bah en gros c'est parce qu'on a demandé à la famille, que la tension n'était pas bonne, donc il est passé il a changé le traitement, donc on se doute que c'est en lien quand même. Mais sinon, c'est vrai qu'on n'a pas trop de communication. Après, peut-être que si on appelait les secrétaires on aurait le médecin, je pense. Si on avait une demande, on aurait plus de communication.

E : Après, par rapport au contenu, qu'est-ce que vous en attendez ? Vous expliquiez que le « pourquoi » vous intéressait. Si je comprends bien, dans le contenu, vous attendez qu'on vous explique le pourquoi on fait les choses ?

I : C'est ça, parce que nous des fois on n'a pas les compétences pour comprendre le pourquoi du comment, donc du coup je m'attends à ce qu'il me donne peut être la pathologie et en gros pourquoi ce traitement. Par exemple : pourquoi pour un pansement lui mettrait ça et moi je ne devrais pas mettre ça. Pourquoi il ferait comme ça, quoi.

E : Est-ce que vous auriez des suggestions pour améliorer le contenu ? Donc effectivement, renforcer les explications ? Est-ce qu'il y aurait d'autres idées qui pourraient faire en sorte qu'on fasse une meilleure communication, un meilleur contenu ?

I : Bah j'ai pas trop d'idée. Je sais que là, par exemple, pour le diabète, on a mis en place une sorte de petit carnet, une sorte de feuille cartonnée que le patient a avec lui. On met l'hémoglobine glyquée, quand est-ce que le patient l'a faite. Et du coup, lui on lui demande d'aller régulièrement chez le médecin pour que le médecin note son hémoglobine glyquée, son objectif, etc... Ça c'est pas mal mais bon les patients ne suivent pas forcément.

E : Par rapport au contenu, est-ce qu'il y a des choses qui vous manquent pour une meilleure prise en charge du patient ? Je vois par exemple, par rapport aux patients qui ne sont pas de la maison médicale, vous m'expliquiez que c'était une inexistence de communication.

I : Oui c'est ça. Après, nous on ne fait pas la démarche d'appeler non plus. En fait, on se dit que la famille s'occupe du patient donc du coup c'est peut être à eux de gérer. Par exemple, on donne une DSI à signer à la famille, la famille va chez le médecin, ils la font signer, ils la récupèrent, ils nous la redonnent. Parce que sinon, ça vous fait attendre dans les salles d'attente que le médecin veuille bien faire une signature. Franchement c'est contraignant, quoi.
Ou alors, peut-être par mail mais bon il faut avoir des adresses mails sécurisées.

E : Ça vous arrive d'échanger par mail ?

I : Personnellement, je n'ai pas d'adresse sécurisée, les médecins m'ont demandé d'en faire une. Après, c'est vrai qu'on reçoit quasiment rien par mail. Mais peut-être parce qu'on n'y est pas habitué.

E : Ce n'est pas une perspective qui vous attire ?

I : Non, pas plus que ça.

E : Concernant les facteurs clés, est-ce que vous, vous identifiez des difficultés, des obstacles que vous rencontrez dans les échanges avec les médecins généralistes ?

I : Alors qu'est-ce qui pourrait poser problème ? C'est l'ordonnance. La rédaction de l'ordonnance.

E : Sa lisibilité ?

I : Alors pas trop parce que maintenant ils sont informatisés. Il s'agit plutôt de ce qu'ils écrivent sur l'ordonnance. Parce qu'au niveau de la sécurité sociale, c'est pas forcément ça... Enfin par exemple pour des soins de nursing, il faut que ce soit bien particulier, il y a des DSI à faire etc... Bon bah ça par exemple le médecin il a pas forcément le temps, l'envie... Donc il faudrait qu'on soit tous sur le

même listing d'ordonnance. Ça et puis après le suivi des pansements entre médecins et infirmiers, pour moi c'est une catastrophe. Parce que les médecins ne savent pas sur quel pied danser, nous non plus, on essaie, on fait des tests, on recharge. Du coup, je pense que les plaies mettent vachement de temps à cicatriser.

E : Ça viendrait de quoi, selon vous ? D'un manque de formation ?

I : Peut-être. Mais surtout d'un manque de communication entre nous, je pense. Eux ne savent pas forcément ce qu'on met sur la plaie donc du coup nous on fait des changements parce qu'on a le droit aux ordonnances de pansements, le patient il retourne pas forcément revoir le médecin entre deux et quand il y retourne c'est en gros parce que nous on ne sait plus quoi faire. Et donc lui il se retrouve face à la plaie mais il n'a pas vu son évolution donc quoi faire, quel pansement ? Il ne sait pas ce qu'on a déjà essayé. Tout ça, c'est pas évident.

E : Et du coup, quels seraient les éléments qui pourraient faire que la communication permette une meilleure prise en charge possible du patient ?

I : Peut être juste un courrier, un mot : on a fait ça, telle date. Bon après nous on a un logiciel où on met nos photos etc... mais le problème, c'est qu'eux n'y ont pas accès. On a notre logiciel infirmier. Bon après on a aussi un logiciel commun à la maison médicale sur lequel on met des photos et là les médecins de la maison médicale y ont accès. Parce contre, ça ne fonctionne pas avec les patients d'autres médecins.

E : On rejoint le dernier point du questionnaire : celui des retours. Comment se passe en général vos retours auprès du médecin généraliste ? Vous me parliez éventuellement de faire un courrier pour expliquer ce que vous avez fait comme différents pansements, des photos ... Ce sont des choses que vous faites dans la pratique courante ?

I : Alors oui, ce sont des choses que l'on fait dans notre pratique courante, oui.

E : Et comment se passent vos retours de façon plus générale ?

I : Dans la pratique souvent on prescrit, quand on ne sait plus on envoie au médecin, puis le médecin envoie faire des examens complémentaires, échographie doppler, des choses comme ça.

E : Et quand vous envoyez au médecin, vous expliquez juste au patient pourquoi vous l'envoyez ?

I : Non, des fois on fait un mot. Soit on dit au patient parce qu'il est apte à répéter et comprendre ce qu'on lui a dit. Soit on pense qu'il va oublier et dans ce cas là on fait un mot. Un mot sur une ordonnance, c'est pas un truc type. On fait un mot pour expliquer les choses qu'on a fait et les difficultés rencontrées. Soit ça, soit après je passe un coup de téléphone.

E : Et pendant les réunions ?

I : Après, on fait des réunions RCP et du coup en fonction des médecins qui sont présents, on choisit un de leurs patients et on explique en gros nos difficultés, les leurs et c'est l'occasion de faire des retours. Après on a pas mal de patient HAD donc là c'est la HAD qui coordonne tout. Et pour certains patients où les pansements sont difficiles à cicatriser on fait appel à une infirmière spécialisée dans les pansements et c'est elle qui coordonne : c'est à dire elle vient une première fois voir la plaie, elle demande une photo une semaine après et elle coordonne avec le médecin, elle lui

dépose un courrier, elle lui explique et lui montre la photo et elle lui demande si c'est possible de par exemple faire des examens complémentaires ou bien ce qu'il en pense. Donc c'est elle qui fait le lien communicant. Ce qui est un peu contraignant, c'est que du coup on ne fait plus appel à la pharmacie car c'est elle qui livre les pansements alors qu'on aime bien faire travailler la pharmacie locale, c'est un peu la contrainte. C'est vraiment quand on n'arrive pas à guérir la plaie. Après c'est pas tout le temps non plus, quand les pansements sont suivis au CHU ou ailleurs et on ne change pas forcément les protocoles : le médecin est spécialisé dans les pansements d'escarres, il a prescrit ça donc c'est pas une infirmière qui va changer le traitement, c'est son travail. Donc on fait appel à elle quand c'est vraiment des plaies qui restent bénignes mais qui durent. Et elle coordonne très bien.

Entretien I2

E : Comment ça se passe de façon générale, dans votre pratique courante, quand un médecin généraliste communique avec vous ?

I : Soit il nous appelle au téléphone pour nous demander une prise en charge ou bien de passer au domicile du patient ou qu'il y a besoin de changer la thérapeutique. Après, ici, au niveau de la permanence on essaie de communiquer ensemble sinon moi je laisse aussi des papiers aux secrétaires si j'ai besoin d'une ordonnance, ou si j'ai besoin de demander au médecin de passer voir tel ou tel patient ou si je trouve qu'il y a une dégradation ou qu'il y a besoin de changer le traitement. Dans les autres cabinets il m'arrive de m'y déplacer directement.

E : Et quels supports de communication rencontrez-vous dans votre pratique courante ? Lequel vous semble le plus adapté ?

I : Le plus adapté est peut-être l'écrit car au moins il y a une trace. Si on n'a pas de quoi noter au fur et à mesure au téléphone on peut oublier quelque chose. Par écrit c'est plus simple.

E : Concernant le contenu, qu'est-ce que vous pensez du contenu qu'on transmet via ces supports de communication ?

I : Si on vous demande une ordonnance ou un changement de thérapeutique, par exemple si je remarque qu'il me manque une ordonnance : « ordo : faire pratiquer par IDE à domicile... » « préparation et distribution des médicaments pour patient présentant des troubles cognitifs de plus de 75 ans » et la durée de l'ordonnance alors c'est vraiment transcrit ce que l'on veut. Parfois c'est vrai que si vous nous demandez un premier passage pour un soins X ou Y, là il manque des infos genre « à domicile » ou alors des précisions, faut qu'on redemande au médecin de préciser sinon ça ne passera pas auprès de la sécurité sociale.

E : Et vous justement, qu'attendez-vous du contenu ? Avez vous des attentes particulières ? Est-ce qu'il y a des choses qui manquent de manière générale ?

I : En général des mentions comme « à domicile » ou bien « dimanche et jours fériés ». A part ça il ne manque pas plus d'informations que ça.

E : Des suggestions pour améliorer le contenu ?

I : Par exemple quand il y a deux ordonnances : une pour les soins infirmiers et une pour le matériel des pansements, parfois il n'y a pas toujours le matériel adéquat. On va arriver, on va devoir prendre en charge un patient, ça ira car on a des compresses d'avance, du sérum physiologique, du matériel de débrouille. Mais parfois on n'a rien de tout ça. Parfois il manque des choses. Pourquoi pas instituer des ordonnances « type » et dire « matériel pour pansements » et qu'on vous mette ce qu'il nous faut. Après le pansement spécifique par exemple MEPILEX ou autre, ça dépend du labo. Mais au moins mettre les compresses, le sérum physiologique ou si c'est infecté un antiseptique. Je pense que ça serait bien s'il y avait des ordonnances types, même pour un sondage urinaire ou une perfusion. On se fait avoir une fois ou deux puis après en général quand le patient nous appelle on lui demande « Vous avez bien tout le matériel de perfusion ? » sinon quand nous on arrive et qu'il n'y a rien on se déplace auprès du patient pour rien et ça recule la prise en charge. Mais ce n'est pas spécifique non plus qu'au médecin traitant : sortie de CHU ça nous arrive aussi qu'il manque ces éléments là.

E : Par rapport aux difficultés et obstacles que vous pouvez rencontrer dans les échanges avec des médecins traitants, y a-t-il des éléments que vous avez identifiés ?

I : C'est rare parce que souvent les médecins nous font de plus en plus confiance, par exemple en terme de pansements, nous c'est notre B.a.-ba. Donc si on voit que ce pansement n'est pas adéquat à ce type de plaie et que ça serait bien de changer, en général les médecins suivent nos directives mais il y en a encore qui nous montrent que ce sont eux les médecins, que ce sont eux qui décident. C'est de plus en plus rare mais il y en a encore. Ça peut être un frein car si on continue sur un pansement non efficace ça peut mettre des mois et des mois à cicatriser ou voire même se dégrader. Mais ça se voit de moins en moins.

E : Selon vous, quels sont les éléments qui pourraient faire que la communication entre nous permette la meilleure prise en charge possible du patient ?

I : Chacun de notre côté on a du boulot mais pourquoi pas des réunions entre médecins traitants et paramédicaux pour justement échanger et qu'on puisse aborder les uns et les autres nos problèmes de façon à réajuster chacun de notre côté et éviter ces petits différents et ces points à améliorer, pas seulement chez les médecins mais même pour nous, nous avons des choses à améliorer.

E : Concernant les retours, comment ça se passe de manière générale vos retours auprès du médecin généraliste quand il y en a besoin ?

I : En général soit j'intercepte le médecin au domicile ou au cabinet soit je l'appelle au téléphone, mais il n'y a pas de souci particulier, il préfère qu'on le mette au courant.

Entretien I3

E : Comment ça se passe de façon générale dans votre pratique courante quand un médecin généraliste communique avec vous ?

I : Par ordonnance, souvent qu'on trouve sur place quand les patients nous appellent pour effectuer un soin. Ici on a la chance d'être juste à côté des médecins, leur cabinet est dans le même bâtiment, on a un casier où on récupère aussi des ordonnances. On communique aussi par SMS pour certains médecins, aussi par téléphone parfois ils nous appellent.

E : Est-ce qu'il y a d'autres supports de communication que vous rencontrez dans votre pratique ?

I : Chez certains patients on laisse un cahier de soins, chez d'autres personnes suivies par le SSIAD il y a des carnets un peu plus évolués qui sont mis en place.

E : Est-ce que vous, parmi tous ces supports que vous rencontrez, est-ce qu'il y en a un qui vous semble le plus adapté pour mieux communiquer ?

I : Les carnets de suivi c'est bien quand on s'est mis en accord avec le médecin, quand les deux professionnels savent qu'il y a ça sur place. Et ce qui est bien aussi chez nos patients diabétiques ce sont leurs carnets de glycémie : on note beaucoup de choses aussi ici.

E : Que pensez-vous du contenu fourni par ces différents échanges ? Qu'en attendez vous ?

I : On a certains médecins qui sont facilement joignables et dont on sait qu'ils vont nous répondre, on a aussi d'autres médecins qui ont du mal à répondre à nos attentes tout de suite. Ce qui serait facile pour améliorer cela c'est que l'on ait un lien plus direct avec eux pour pouvoir les joindre plus facilement.

E : Par rapport au contenu, est-ce que ce qui est fourni comme informations est suffisant, avez-vous tous les éléments dont vous avez besoin ?

I : Il peut manquer des choses : dans ce cas-là on les rappelle, on va les voir et il n'y a pas de souci. Ils nous font aussi beaucoup confiance.

E : Si vous deviez identifier des difficultés ou des obstacles que vous pouvez rencontrer avec les échanges avec les médecins généralistes, ça serait quoi selon vous ?

I : Il y a certains médecins que l'on n'arrive pas à joindre facilement, mais on les connaît. Le week-end c'est plus compliqué aussi, à partir du vendredi on a du mal à joindre les médecins. Sinon en temps normal on n'a pas de souci à avoir les informations qu'on veut. Après il y a aussi les patients qui sortent de clinique ou d'hospitalisation on n'a pas tout de suite les informations dont on a besoin. Finalement c'est surtout dans les situations d'urgence et les week-ends que c'est compliqué.

E : Pour vous, quels peuvent-être les éléments qui pourraient faire que la communication permette la meilleure prise en charge possible du patient.

I : On n'a pas toujours chez certains patients les antécédents : on doit aller à la pêche. Il est important de mettre en place, notamment chez certains patients comme les diabétiques, à mettre des

fiches avec un minimum de renseignements. Ça demande un travail colossal mais c'est vraiment utile. On a commencé à mettre ça en place : on réalise un dossier papier qu'on laisse chez le patient. Dedans on laisse aussi en général l'ordonnance des traitements, parce qu'on la recherche souvent et le médecin aussi.

E : Quand vous avez besoin de faire un retour, comment ça se passe ?

I : On l'appelle ou on envoie un SMS. Ça se passe à peu près bien pour la plupart des médecins si ce n'est pour deux ou trois médecins qui sont plus fermés. C'est plutôt dommage car c'est pour le suivi de leurs patients et pour rassurer la personne qui est soignée et nous aussi, pour qu'on ait une réponse à nos questions.

E : Voulez-vous rajouter quelque chose, avez vous des précisions ?

I : Non, peut être un outil informatique pour faciliter la communication serait une bonne solution. Même ici où on est deux cabinets côte à côte, on n'a pas encore de moyen mis en place pour communiquer efficacement.

Entretien I4

E : Comment ça se passe, de façon générale, dans votre pratique courante quand un médecin généraliste communique avec vous ?

I : Ça se passe plutôt bien. Par rapport aux médecins qui ont leur cabinet à côté ils ont nos numéros de téléphone personnels donc parfois ils nous contactent directement en nous envoyant un SMS ou en nous appelant et vice versa : si on a besoin on a leur téléphone.

E : Par rapport aux supports de communication, vous parliez surtout d'échanges téléphoniques. Quels supports de communication rencontrez-vous dans votre pratique courante ?

I : Les prescriptions courantes pour les soins, les piluliers etc ... et téléphone.

E : Par rapport au contenu fournis dans ces échanges, que pensez-vous de ce contenu ?

I : Je suis plutôt satisfaite, si je ne suis pas satisfaite je vais les relancer. On finit toujours par avoir les informations dont on a besoin. Parfois on arrive aussi à se croiser en direct. Quand on va chercher ses renouvellements d'ordonnance ou choses comme ça dans le cabinet qui est juste à côté c'est très pratique. Du coup c'est vrai que parfois on arrive à les voir en direct et à échanger en face à face c'est très pratique ça précise parfois peut-être plus les choses. Et d'ailleurs c'est vrai qu'on a cette communication qui est plus pratique depuis qu'on est à côté. Cette proximité géographique nous aide beaucoup. Pour les médecins qui sont plus éloignés on passe par l'intermédiaire du secrétariat mais on arrive en général à aboutir à ce qu'on veut.

E : Au niveau des différents obstacles que vous pouvez rencontrer dans les échanges de certains médecins généraliste : est-ce que vous en rencontrez ?

I : Il y a des médecins avec lesquels ils n'y a pas de communication : ça arrive. Donc là c'est sûr c'est compliqué. On arrive à communiquer dans ces cas-là par le biais des patients : à avoir les informations et à obtenir ce dont on a besoin par eux. Ça n'arrive pas souvent mais ça arrive. On n'a pas non plus toujours les réponses tout de suite, mais chacun a ses priorités en fonction du temps. Mais bon en général il n'y a pas trop de souci.

E : Quels sont selon vous les éléments qui pourraient faire que la communication permette la meilleure prise en charge possible du patient ?

I : Parfois quand on a des retours d'hospitalisation nous n'avons pas toujours toutes les informations, les médecins les ont le plus souvent et ça pourrait nous aider de les avoir, donc un partage de documents pourrait nous aider.

E : Quand vous avez besoin de faire un retour auprès du médecin généraliste, comment ça se passe ?

I : Ça nous arrive d'envoyer une photo par SMS notamment pour les plaies. C'est déjà arrivé d'ailleurs si le médecin a besoin de voir plus distinctement la plaie : on essaie d'avoir un rdv commun, et le médecin vient ici, comme il travaille à côté : comme ça nous on déballe et il vient jeter un œil. Ça n'arrive pas tous les jours mais régulièrement quand même. C'est aussi l'intérêt d'être à proximité. Et là il y a un échange en direct.

Sinon soit par téléphone soit par SMS soit on se croise et on discute des patients qu'on a en

commun.

E : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ? Des précisions ?

I : Non, concernant les échanges médecins généralistes - infirmières ça se passe pour nous globalement assez bien. La communication se fait aussi par le patient et ça se passe plutôt bien, parfois aussi par petits mots au patient : tenez, vous donnerez ça à votre médecin. Et soit il nous rappelle soit il nous laisse aussi un mot.

Entretien K2

E : De façon générale, comment ça se passe dans votre pratique courante quand un médecin généraliste communique avec vous ?

I : On n'a pas de communication avec les généralistes. On a très rarement un médecin généraliste qui nous appelle pour nous confier un patient. Ce sont les patients qui viennent avec leurs ordonnances en nous disant « j'ai une ordonnance, il faut faire des soins ». On a très rarement un appel d'un médecin généraliste nous disant il faut aller voir telle ou telle personne.

E : Donc un des seuls supports que vous avez c'est l'ordonnance, éventuellement ça vous est déjà arrivé de rencontrer d'autres supports de communication avec les médecins généralistes ?

I : Par téléphone ça peut arriver mais en 25 ans de carrière j'ai dû avoir 3 appels de médecins pour prendre quelqu'un en charge. À la limite, c'est plus les spécialistes qui nous contactent que des généralistes.

E : Parmi les supports que vous pouvez imaginer ou que vous avez rencontrés, est-ce qu'il y en a un qui vous semble plus adapté ?

I : Un coup de fil, coup de téléphone ça serait déjà bien. Parfois c'est plutôt nous qui appelons pour avoir des renseignements sur un patient et parfois on a des réponses où l'on se dit « d'accord, débrouille-toi avec ça ». J'ai eu une fois une patiente avec un cancer et des métastases on m'a demandé de faire des drainages, j'ai répondu que je ne faisais pas de drainage sur une patiente avec des métastases. Je lui ai dit je ne vais pas plus propager son cancer. Il m'a demandé « ça vous pose un problème de conscience ? ». Je lui ai répondu « oui ». Il m'a répondu « Ne vous posez pas trop de questions ». C'est vrai que ça m'a un peu choquée : appeler le médecin pour avoir ça comme réponse... c'est un peu dommage quoi.

E : Que pensez-vous du contenu de ces supports ?

I : Concernant le contenu, du coup surtout pour les ordonnances, il y a certains où c'est hyper développé et où l'on nous dit il faut faire ça, ça, ça et ça et décrit quasiment tout ce qu'on doit faire et puis y en a d'autres où c'est écrit « rééducation de l'épaule » et débrouille-toi avec ça parce que le patient doit râler depuis un moment et donc il ne sait plus quoi faire et on l'envoie au kinésithérapeute. Parfois on a l'impression qu'on se décharge sur nous. En fait nous, notre ressenti en tant que kinésithérapeute, c'est que parfois des patients qui ont réellement besoin de séances de kinésithérapie ils ont du mal à avoir une prescription de séances et puis des gens qui n'ont pas grand chose et qui savent bien se plaindre au médecin on leur donne 20 séances et comme ça pendant ce temps-là ils embêtent pas le médecin. C'est un peu notre ressenti à moi et mes collègues du cabinet concernant les ordonnances.

E : D'accord, et qu'attendriez-vous du contenu ?

I : Bah là sur l'ordonnance déjà un peu plus de précisions sur la pathologie parce que parfois on a des patients qui ne savent pas expliquer leur pathologie. Or à partir de la pathologie on arrive à savoir ce qu'on peut faire à un patient mais si déjà on n'a pas le contexte diagnostique bien précis... Parfois on a des patients qui arrivent « bah j'ai mal là quand j'appuie, qu'est-ce que vous pouvez faire ? » bah c'est un peu vague comme diagnostic. Le médecin a mis rééducation pour douleurs et on ne sait pas toujours quoi faire. C'est trop vague. Après, ce n'est pas tout le temps comme ça, la

plupart des ordonnances sont bien faites il n'y a pas de souci. Mais c'est soit on a beaucoup de choses, soit on n'a quasiment rien.

E : Vous auriez des suggestions pour améliorer ce contenu ?

I : Pour moi : préciser la pathologie du patient.

E : Quitte à faire un courrier en plus de l'ordonnance peut-être, ça vous est déjà arrivé d'avoir un courrier ?

I : Ça arrive parfois, mais ce sont plus les spécialistes en général. Après ceux qui nous font un courrier à côté ce sont parfois des médecins avec qui on communique plus ou qu'on connaît un petit peu. Mais en général de la part des généralistes on n'a pas trop de courrier à côté.

E : Quelles sont les difficultés et quels sont les obstacles que vous pouvez rencontrer, vous personnellement, dans les échanges avec les médecins généralistes ?

I : En fait on n'a pas trop d'obstacles vu qu'on n'a pas trop de contacts.

E : Et selon vous, quels seraient les éléments qui pourraient faire que la communication permette une meilleure prise en charge du patient ?

I : On a eu il n'y a pas longtemps une réunion avec les médecins et d'autres professionnels parce qu'ils veulent nous faire des regroupements autour de certaines pathologies mais bon c'est resté au stade de projet et pour l'instant on n'entend parler de rien. On s'est déplacé parce qu'il y avait les kinésithérapeutes les infirmiers, pédicures. Et les sujets proposés c'étaient sur le diabète avec des soins infirmiers et tout. On s'est dit en tant que kinésithérapeutes « Qu'est-ce qu'on est venu faire ? ». Pour nous c'était pas très clair. C'était sympa parce que ça nous a permis de voir les médecins, de se présenter. Parce que depuis 25 ans que je suis ici il y a quelques médecins que je croise à domicile. Mais pour vous dire notre relation avec les médecins il y a 1 mois j'ai croisé un médecin chez un patient qui m'a demandé où je travaillais. Je lui ai dit que je travaillais dans ce cabinet-là et il me dit « oh bah ça fait pas longtemps », « oh bah juste 25 ans » et là il s'est trouvé tout bête alors qu'on s'était vu 4 mois avant à une réunion donc bon... La communication avec les médecins en tout cas sur le secteur est assez compliquée. Je dirais qu'on en avait un avec qui on communiquait bien mais il est décédé cet été. Lui il traversait pour nous dire bonjour les autres non. Après au niveau DPC on a parfois des réunions de formation où on se retrouve entre médecins et kinés, infirmières, bon eux ce sont des gens d'autres secteurs mais pourquoi pas faire ça en local ? Pour discuter de la façon dont nous on voit les choses avec nos patients, respectivement de notre côté.

E : Par rapport à vos retours que vous pouvez avoir. De manière générale, quand vous avez besoin de faire des retours auprès du médecin généraliste, comment ça se passe ?

I : Alors souvent les patients nous demandent si l'on fait un courrier. Alors, parfois ça arrive que l'on fasse un courrier quand les patients nous le demandent pour avoir notre avis. Parfois ça nous arrive rarement mais de temps en temps qu'un médecin nous appelle pour nous demander comment l'on trouve l'évolution du patient. Mais c'est très très rare. Ou alors si c'est nous qui bloquons avec un patient et que l'on voit que ça n'évolue pas ça nous arrive de prendre le téléphone et de dire bon bah là on bloque un peu. Sinon non, on communique assez peu quand même. Quand les patients nous disent « est-ce qu'il faut encore des séances ? » si on leur dit que ça serait bien de continuer selon

comment le patient présente cela au médecin, s'il est de bonne humeur il lui donne, s'il n'est pas de bonne humeur il dit que ce n'est pas le kiné qui décide.

E : C'était ma dernière question, avez vous des choses à ajouter, à préciser ?

I : Non, c'est bon pour moi.

Entretien I5

E : Comment ça se passe dans votre pratique courante, de façon générale, quand un médecin généraliste communique avec vous ?

I : Écoutez, là il y a plusieurs possibilités : soit il nous appelle directement au cabinet, dans ce cas-là par rapport à un patient, une prise en charge de patient : il veut qu'on applique une prescription particulière ou pas ou une modification de prescription ou parfois même une nouvelle prise en charge d'un patient qui souhaiterait que ce soit nous qui intervenions chez ce patient là en accord avec le patient bien entendu. Donc il nous appelle directement. Soit c'est aussi chez le patient où il laisse des prescriptions et en général le médecin il n'indique pas au patient d'aller dans tel ou tel cabinet : il dit voyez avec vos infirmiers, vos infirmières avec qui vous avez l'habitude de voir et d'avoir et en fonction de ça nous on prend note des prescriptions et s'il y a besoin on le contacte. En général on n'a pas besoin de le contacter car il a l'habitude de prescrire, notamment les médecins avec lesquels on a l'habitude de travailler, il s'agit dans l'essentiel de soins courants. Quand c'est bien particulier ou alors une prescription avec du matériel qu'on n'aura pas à disposition ou pour des choses comme ça on le contacte et on voit avec lui. Ou pour débiter un traitement ou la date du début d'un traitement : on le recontacte après. Mais nous à partir de la prescription en général on peut appliquer sans problème.

E : Donc par rapport aux supports que vous pouvez rencontrer, vous m'avez évoqué le téléphone, vous me parliez de prescriptions, quand vous entendez prescriptions ce sont des ordonnances que vous trouvez ?

I : Oui, voilà,

E : Est-ce qu'il y a d'autres supports de communication auxquels vous êtes confrontés ?

I : Non c'est essentiellement ceux là. Surtout qu'ici on n'est pas informatisés donc le plus direct et le plus simple je dirais que c'est le téléphone.

E : Justement, vous anticipez ma prochaine question : s'il y avait un moyen qui vous semblerait le plus adapté ça serait... ?

I : Oui, le téléphone. Personnellement je ne suis pas de la génération des nouvelles technologies. Je ne suis pas un ancien non plus, ça peut être pratique je ne dis pas le contraire. On utilise parfois le téléphone portable pour transmettre des photos comme des photos de plaies des choses comme ça pour des pansements, le suivi des pansements. Parfois le médecin n'a pas le temps de regarder la plaie en consultation pour une raison ou pour une autre, parce qu'il prend le patient en urgence et qu'il n'a pas le temps de refaire le pansements derrière, qu'il n'a pas une infirmière qui va lui faire. Dans ce cas nous on lui transmet une photo, il reçoit le patient, il prescrit et voilà.

E : Et la photo vous l'envoyez par... ?

I : Par téléphone, pas SMS directement au numéro du médecin.

E : A propos du contenu des échanges que vous pouvez avoir, que ce soit par prescription ou par le téléphone, que pensez-vous du contenu fourni dans ces échanges ?

I : Je dirai qu'il est concis, bref, complet. Parfois on propose au médecin ce qui serait bien par

rapport à tel ou tel pansement pour revoir avec lui et en discuter, notamment quand il est ouvert à la discussion et que ça se passe bien. Sinon, il fait selon ses habitudes de prescription, il met ce qu'il pense être bien pour la prise en charge puis on applique et après on réévalue avec lui, ils aiment qu'on réévalue avec eux de toute manière les médecins. On les recontacte s'il y a une évolution favorable ou si malheureusement ça ne convient pas, alors là, on le recontacte toujours par téléphone : au plus simple, toujours au plus simple. Ou alors, parfois, ça arrive aussi d'avoir la consultation directement chez le patient : dans les situations compliquées on demande que le médecin vienne voir le patient et comme ça on voit directement avec lui pour juger sur place en direct.

E : Est-ce que vous attendez des choses précises dans le contenu des échanges avec les médecins généralistes ?

I : Que l'information soit complète, qu'il y ait tout sur l'ordonnance. On est soumis à la réglementation de transmettre des ordonnances pour les caisses pour qu'on puisse être ensuite facturé donc on veut avoir une prescription complète pour la prise en charge qu'on ait tout ce qu'il faut que ce soit en terme de matériel, l'autorisation de pouvoir effectuer les soins, lisible, datée, signée du médecin, quelque chose de très conforme. En général, maintenant les médecins ils les rédigent bien. Il y a toujours ce problème là où il manque un élément ou un autre, bon quand c'est pour des dosage en général ils le mettent, le poids ça il n'y a pas de soucis mais souvent en terme de matériel soit ils oublient de prescrire le matériel pour effectuer les soins donc on est obligé de le recontacter pour réajuster ou on voit avec la pharmacie. Après, on a aussi un droit de prescription nous donc c'est plus facile on peut prescrire du matériel pour renouveler le matériel quand il n'est pas suffisant ou l'initier quand il n'est pas prescrit.

E : Par rapport aux obstacles et aux difficultés que vous pouvez rencontrer dans les échanges avec les médecins généralistes, est-ce qu'il y a des choses que vous pouvez identifier ?

I : Moi pour ma part non. Dans l'ensemble ils sont très ouverts, ils nous font confiance, ils ont l'habitude de travailler avec nous, ils savent que si on prend en charge un patient on va bien faire notre travail, ils nous connaissent bien et connaissent notre réputation auprès des patients. Ils nous font confiance et parfois même demandent notre avis ou qu'on les mette au courant sur l'évolution d'un patient, sur une sortie d'hospitalisation.

E : Est-ce que ça vous arrive d'avoir affaire à des médecins qui sont en dehors de ceux avec qui vous avez l'habitude de travailler ?

I : Généralistes non, en revanche avec ceux de l'hôpital oui, plutôt avec les spécialistes. Mais c'est plus difficile de les joindre.

E : On va revenir sur le médecin généraliste : pour vous quels sont les éléments qui pourraient faire que la communication permette la meilleure prise en charge possible pour le patient ?

I : C'est difficile parce que le médecin généraliste il a beaucoup de travail, ses journées sont très longues. Ils ne peuvent pas être avec nous en permanence. Si on a besoin de lui pour prendre en charge un patient ou pour un pansement, il faut prendre rendez-vous. On ne peut pas travailler en permanence avec lui, c'est pour ça je vous disais qu'il nous fait confiance aussi et il sait que si on lui demande de venir voir un patient avec lui il y en a nécessité. Je vous parle pas des renouvellements de traitement, des chroniques programmés. Pour améliorer je dirais qu'il faudrait qu'il y en ait davantage des médecins généralistes qui se partagent les patients pour être plus disponibles. Mais je

dirais qu'on a de la chance par ici on ne ressent pas trop la pénurie de médecin. Ils arrivent à être disponibles et à voir un maximum de patients même s'ils vont de moins en moins à domicile maintenant, ce qui est normal. Donc voilà pour améliorer les choses il faudrait un effectif de médecins plus important pour qu'ils soient plus disponibles à domicile notamment pour les personnes qui ne peuvent se déplacer.

E : J'ai une dernière question : comment se passent de manière générale vos retours auprès du médecin généraliste quand vous avez besoin de faire des retours ?

I : Ça dépend des fois, les retours ça peut être comme je vous disais tout à l'heure par rapport à une hospitalisation donc là on communique, on l'informe ou alors il le sait déjà parce que la famille l'a prévenu.

E : Et vous communiquez comment avec lui dans ces cas là ?

I : On l'appelle, c'est que par téléphone. Exceptionnellement si on le rencontre dans une rue, ou à la maison de retraite. Parfois par le patient ou la famille du patient. Pour certains patients on passe 2 voire 3 fois par jour, du coup on leur demande si le médecin est venu, s'il l'a vu, s'ils ont contacté le médecin quand il y a la famille pour le mettre au courant, donc on a des retours comme ça. Pour des informations plus importantes on l'appelle et on lui dit directement. Parfois on utilise également le téléphone pour prendre des photos et lui envoyer : on essaie de faire gagner un maximum de temps au médecin ainsi qu'à nous même car on se dit que si on procède comme ça on va avoir l'information dans la matinée ou l'après-midi ou du moins dans la journée pour pouvoir passer à la suite, parce que le lendemain on aura d'autres cas, d'autres personnes et si celui-ci n'est pas résolu maintenant... Et le médecin on sait aussi qu'il est submergé de travail et on va essayer de lui faire gagner du temps : on va lui dire : bah ce monsieur là on sait qu'il n'est pas bien aujourd'hui, est-ce que vous auriez la possibilité de le voir ? Il peut répondre : bah là c'est compliqué, qu'est-ce qu'il a ? on va essayer de lui présenter la situation et lui il va juger, il va voir s'il peut lui rendre visite. Mais il sait que si on l'appelle il faut qu'il y aille car il y a caractère d'urgence. Après si on lui dit que ça peut attendre demain il nous fait confiance sur la notion d'urgence. Après sa prescription c'est son libre arbitre, lui il prescrit et on n'interviendra jamais en terme de médicaments pour modifier telle ou telle chose, on n'est pas médecin et on reste à notre place d'infirmier, parfois c'est important de rester à sa place aussi. Parfois c'est agréable qu'il nous explique les choses pour tel ou tel patient. J'ai l'exemple d'un médecin ici qui aime bien et c'est appréciable de nous expliquer le pourquoi et l'intérêt d'une thérapeutique plutôt qu'une autre. Donc ça on aime bien savoir.

E : Pour finir, avez-vous des précisions ou un dernier mot à ajouter ?

I : Aujourd'hui on parle beaucoup de télémédecine, de toutes les technologies pour transmettre ou pour gagner du temps, moi je n'ai jamais vu ça mis en œuvre.

Entretien I6

E : Comment ça se passe dans votre pratique courante, de façon générale, quand un médecin généraliste communique avec vous ?

I : Alors plusieurs solutions, ça dépend des médecins : il y en a qui nous appellent directement quand ils ont besoin qu'on prenne en charge un patient, ou bien ils ont eu un problème sur un patient et nous contactent pour qu'on passe à domicile. Soit c'est nous qui avons besoin de rentrer en contact avec lui et là ça dépend : certains médecins marchent par l'intermédiaire d'une secrétaire : on laisse un message et ils nous rappellent ou nous préparent l'ordonnance qu'on a demandé. Soit c'est par petits mots : on laisse un petit mot à destination du médecin, il en prend note et il nous rappelle si besoin ou nous laisse l'ordonnance au même endroit où on a laissé le petit mot. Y a d'autres médecins qu'on a directement en ligne, certains ont une adresse mail. Et voilà en général c'est ça. Il y en a aussi un pour qui on passe par le fax : on lui envoie un fax et il nous répond par fax.

E : Parmi les supports de communication que vous pouvez rencontrer, vous m'avez parlé du téléphone, des petit mots, de la secrétaire, du fax...

I : Et puis l'adresse mail en plus.

E : Adresse mail sécurisée ?

I : Adresse mail non sécurisée du cabinet, c'est tout bête mais nous on a une adresse mail du cabinet et comme c'est jamais la même personne qui y travaille, on a un relais à faire : si on met une adresse mail personnelle pour nous bah les collègues qui travaillent là le lendemain ils n'ont pas le message. Donc c'est un peu compliqué à gérer d'utiliser notre adresse sécurisée individuelle : on est mieux avec une adresse groupée du cabinet.

E : À titre personnel, est-ce que parmi tous ces supports là il y en a un qui vous semble plus adapté ?

I : Moi je trouve que le mail c'est bien parce que comme ça les médecins ils prennent connaissance du mail quand ils ont le temps : on les dérange pas pendant leur journée de travail et nous on peut répondre aussi quand on est disponible et qu'on a le temps, s'il n'y a pas d'urgence. Après s'il y a une urgence type un problème chez un patient, là effectivement l'avoir en ligne directement ça paraît l'évidence. J'avoue que les petits mots, les post-it, c'est pas forcément la meilleure solution parce que tout le monde peut le lire etc... je ne suis pas fan. Mais si je devais choisir : les mails et le téléphone en deuxième.

E : Par rapport au contenu fourni par les différents supports que vous avez décrits, qu'est-ce que vous pensez du contenu des échanges fournis par les médecins généralistes avec vous ?

I : En général c'est approprié à ce qu'on leur demande : ils répondent aux questions qu'on leur pose. En même temps ce sont des questions assez simples qu'on pose : « voilà un INR, est-ce qu'on change le traitement ? », « on a une hémoglobine glyquée élevée, qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on change l'insuline ? » voilà ça reste des questions assez simples et si après on demande une visite on nous répond facilement. En général c'est plutôt adapté, les réponses sont plutôt appropriées on n'a jamais eu de problèmes.

E : Pour vous, il n'y a donc pas de souci dans le contenu de ces échanges ?

I : Non, la seule chose c'est que quand on commence la prise en charge d'un patient on aimerait possiblement un courrier qui explique par exemple : les antécédents, l'histoire de la maladie, les choses comme ça, pour ça on est tout le temps en train de courir entre les comptes rendus d'hospitalisation, les choses comme ça pour savoir ce qu'on a car franchement les patients des fois ne sont pas capables de nous dire leur pathologie, ce qu'ils ont eu donc là nous on se retrouve toujours sans information : des fois on prend en charge des patients on ne connaît ni leur histoire ni leurs antécédents. À chaque prise en charge on devrait avoir ces informations, même envoyées par mail ou par courrier.

E : Ça serait éventuellement votre suggestion pour améliorer ce contenu ?

I : Exactement : qu'on sache le cadre dans lequel on prend en charge un patient.

E : Par rapport aux difficultés et aux obstacles que vous pouvez rencontrer dans les échanges avec les médecins généraliste, quels sont-ils ?

I : Les secrétaires. Soit elles ne transmettent pas les messages. Il y en a une qui m'a dit « non je ne faxe pas, déplacez-vous » mais je n'ai pas le temps de me déplacer dans chaque cabinet médical pour récupérer chaque ordonnance alors qu'on faxe ça prend 2 secondes. Souvent on a des problèmes de ce genre-là avec des secrétaires qu'on est obligé de relancer pour les CPM par exemple, sans arrêt obligé de relancer pour avoir les ordonnances. C'est souvent une barrière entre le médecin généraliste et nous.

E : Quels sont selon vous les éléments qui pourraient faire que la communication permette une meilleure prise en charge possible du patient ?

I : Comme dit précédemment : transmettre un petit compte rendu du patient dès le début de la prise en charge et après que le médecin lui nous dise de quelle façon il préfère qu'on dialogue avec lui. Après moi j'avoue je préfère passer par le mail puis après par le téléphone mais après chaque médecin est différent donc si ce n'est pas possible dans son organisation de fonctionner ainsi : par exemple on a un médecin qui n'a ni mail ni fax donc on s'adapte : on attend dans sa salle d'attente. Après on s'adapte, mais qu'il nous dise dès le départ ce qu'il veut qu'on ne soit pas en train de tâtonner.

Après au bout d'un moment les médecins on s'y habitue, il y a un moment qu'on travaille avec eux et on connaît leurs habitudes. Si on a un nouveau patient de lui on saura comment fonctionner avec lui.

Finalement connaître les habitudes de travail de chacun c'est ça l'important.

E : Le dernier point c'est celui des retours : comment ça se passe de manière générale quand vous avez besoin de faire des retours auprès du médecin généraliste si nécessaire ?

I : On passe soit par mail soit par téléphone : on a même un médecin où l'on a son numéro de téléphone portable en cas d'urgence. En général, pour un retour important ou urgent même les secrétaires qui sont habituellement un frein ou une barrière là elles passent le message tout de suite et le médecin nous rappelle rapidement.

E : L'entretien se termine, avez-vous quelque chose à ajouter ou à préciser ?

I : J'insiste sur la prise en charge du patient à la base : c'est super important de connaître son histoire savoir ses antécédents, savoir s'il y a quelque chose de particulier important à prendre en compte et qui serait susceptible de modifier la prise en charge. Si on prend un patient en charge pour délivrance de son traitement mais qu'on sait que le patient a des antécédents d'ulcère on regardera ses jambes de façon plus régulière. C'est important pour une prise en charge plus globale de la personne.

Entretien K3

E : Comment ça se passe en pratique, avec vous, quand un médecin généraliste veut communiquer avec vous ?

K : Actuellement le moyen de communication mis en place c'est l'ordonnance de prescription de kinésithérapie qui nous est transmise par le patient directement.

E : Donc par rapport aux supports de communication vous rencontrez l'ordonnance, est-ce que vous rencontrez d'autres supports de communication avec les médecins généralistes ?

K : Alors moi je suis connectée à MS Santé donc en messagerie sécurisée mais c'est plutôt un moyen que j'utilise avec les spécialistes qui sont beaucoup plus au cœur de mes relations médicales car je fais essentiellement de la kinésithérapie respiratoire spécialisée, donc on fonctionne comme ça surtout avec les pneumologues, les spécialistes. Avec les généralistes je pense qu'ils sont plus sur d'autres messageries sécurisées que MS Santé et du coup je ne l'utilise pas avec les médecins généralistes.

E : À titre personnel lequel de ces supports vous semble le plus adapté ?

K : De toute façon, on n'a pas le choix l'ordonnance de prescription est obligatoire, ensuite avec les médecins généralistes en général j'utilise plutôt mon téléphone, si vraiment j'ai besoin d'un renseignement ou de communiquer quelque chose c'est en général assez rapide avec le généraliste et donc voilà on passe par le secrétariat et soit on laisse un message soit on demande à avoir directement le médecin en communication.

E : Par rapport au contenu des échanges que vous pouvez avoir avec les médecins généralistes, que pensez-vous du contenu fourni ?

K : Eh bien, en général, nous on n'a aucun élément du dossier médical et si on en veut il faut aller les demander. Alors soit le patient il en dispose lui-même alors là il nous les communique lui-même mais quand on a besoin de communiquer avec les médecins généralistes c'est en général compliqué. En général on n'a pas beaucoup de communication avec les médecins généralistes

E : Et qu'est-ce que vous attendriez en général d'une communication un peu plus fournie ?

K : Eh bien, c'est peut-être d'avoir un petit résumé des éléments du dossier médical du patient qui nous concernent. Quand on fait une prescription de kinésithérapie, le patient il arrive avec une ordonnance stipulée : faire pratiquer une kinésithérapie respiratoire et point. On ne sait rien du patient. Si le patient est en capacité de nous expliquer ou de nous donner des informations c'est parfait, sinon si c'est un patient aux troubles cognitifs c'est terrible, on n'a pas grand chose. Jamais le médecin généraliste ne nous communique d'élément du dossier. Et on ne va pas nous-même à la pêche. Ou seulement avec le patient si l'on est coincé, que le patient pose problème lors de sa rééducation. Sinon on fait nous-même un examen clinique et on récupère l'anamnèse nous-même. C'est vrai qu'on n'est pas tellement en lien. En conclusion, la communication elle pêche gravement, mais d'un côté comme de l'autre.

E : Selon vous, au niveau des difficultés et des obstacles que vous pouvez rencontrer dans les échanges avec les médecins généralistes, est-ce que vous arrivez à en identifier ?

K : Je pense que si on avait le DMP qui fonctionne, qui serait utilisé largement ça serait l'outil idéal. Enfin un dossier médical partagé ça serait super. Si on pouvait se connecter avec la carte vitale du patient et avoir accès aux informations facilement ça serait plus simple. Car bon le médecin généraliste lors de sa consultation il a peu de temps disponible. Donc on imagine que si en plus lorsqu'il adresse chez le kinésithérapeute il faut qu'il rédige un petit courrier etc... c'est trop lourd. Et nous aussi quand on a le patient, on a le nez dans le guidon, et on fait au mieux avec ce qu'on a et on n'a pas toujours le temps non plus le soir quand on finit nos soins à 20h d'appeler les médecins pour leur dire voilà il manque tel ou tel dossier. Alors, c'est vrai moi maintenant avec MS Santé, je trouve que c'est beaucoup plus pratique de communiquer avec les médecins avec qui je suis en relation le plus souvent. Alors, c'est vrai que je communique moins avec les médecins généralistes mais je ne suis peut être pas la kinésithérapeute la plus représentative du monde des kinésithérapeutes du fait de ma spécialisation. Je suis beaucoup plus en relation avec les spécialistes, les pneumologues d'autant plus que je les connais. C'est d'autant plus facile la communication. Avec les généralistes, ceux que je connais bien, ceux du quartier par exemple : je prends mon téléphone assez facilement.

E : Il vous arrive de vous rencontrer ?

K : Avec ceux du quartier ? Il n'y a rien de formalisé. Rien n'est organisé sur Rouen ou sur notre secteur.

E : Comment ça se passe de manière générale quand vous devez faire des retours auprès d'un médecin généraliste ?

K : Dans mon cas j'ai une pratique très bien rodée : dès que je termine un traitement avec un patient je fais un bilan final que j'envoie au prescripteur et si le prescripteur n'est pas le médecin généraliste le médecin traitant reçoit une copie systématique. Soit en courrier papier, soit MS santé quand ça fonctionne pour certains.

Entretien K4

E : Comment cela se passe, dans votre pratique générale, quand un médecin généraliste communique avec vous ?

K : Ils ne communiquent pas beaucoup avec nous en fait. On a très peu de communication avec les médecins généralistes. Les courriers on en a parfois des spécialistes mais généralement des médecins on a peu de courrier. On en a parfois qui nous appellent, mais c'est très rare. On utilise parfois une adresse mail sécurisée mais je pense que les médecins n'ont pas encore l'habitude de s'en servir, et les kinés non plus d'ailleurs et du coup ça ne communique pas beaucoup.

E : En support de communication vous m'avez cité le mail, le téléphone, le courrier. À titre personnel, y a-t-il un de ces supports qui vous semble le plus adapté ?

K : Les mails : c'est l'idéal, cela permet de communiquer parce que le téléphone c'est aussi l'idéal mais on n'est jamais disponibles aux mêmes moments alors que les mails c'est plus simple.

E : À propos du contenu des échanges que vous pouvez avoir avec les médecins généralistes, qu'est-ce que vous pouvez en penser ?

K : Ceux qui nous contactent ce sont des médecins assez ouverts et c'est intéressant car ça peut être pour nous demander un avis.

E : Par rapport au contenu, qu'est-ce que vous attendriez ?

K : Parfois on se retrouve avec des patients qui ont des pathologies annexes dont on ne connaît rien, donc on se retrouve sans rien et on les découvre avec les patients et du coup avoir un petit tableau quand il y a un contexte à côté ça serait pas mal. Alors c'est pas tout le temps, c'est des fois mais dans ces cas-là ça serait pas mal. Et aussi parfois on leur envoie un petit courrier par exemple quand on a un souci avec la prise en charge, que je n'y arrive plus et que je veux le rediriger et je n'ai jamais de retour. Alors je sais par mes patients qu'ils ont le courrier et qu'ils font ce qu'il faut mais un petit retour pour me dire ce qu'ils en pensent ça serait pas mal.

E : Au niveau des difficultés et des obstacles que vous rencontrez personnellement dans la communication avec les médecins généralistes, est-ce qu'il y a des éléments que vous arrivez à identifier ?

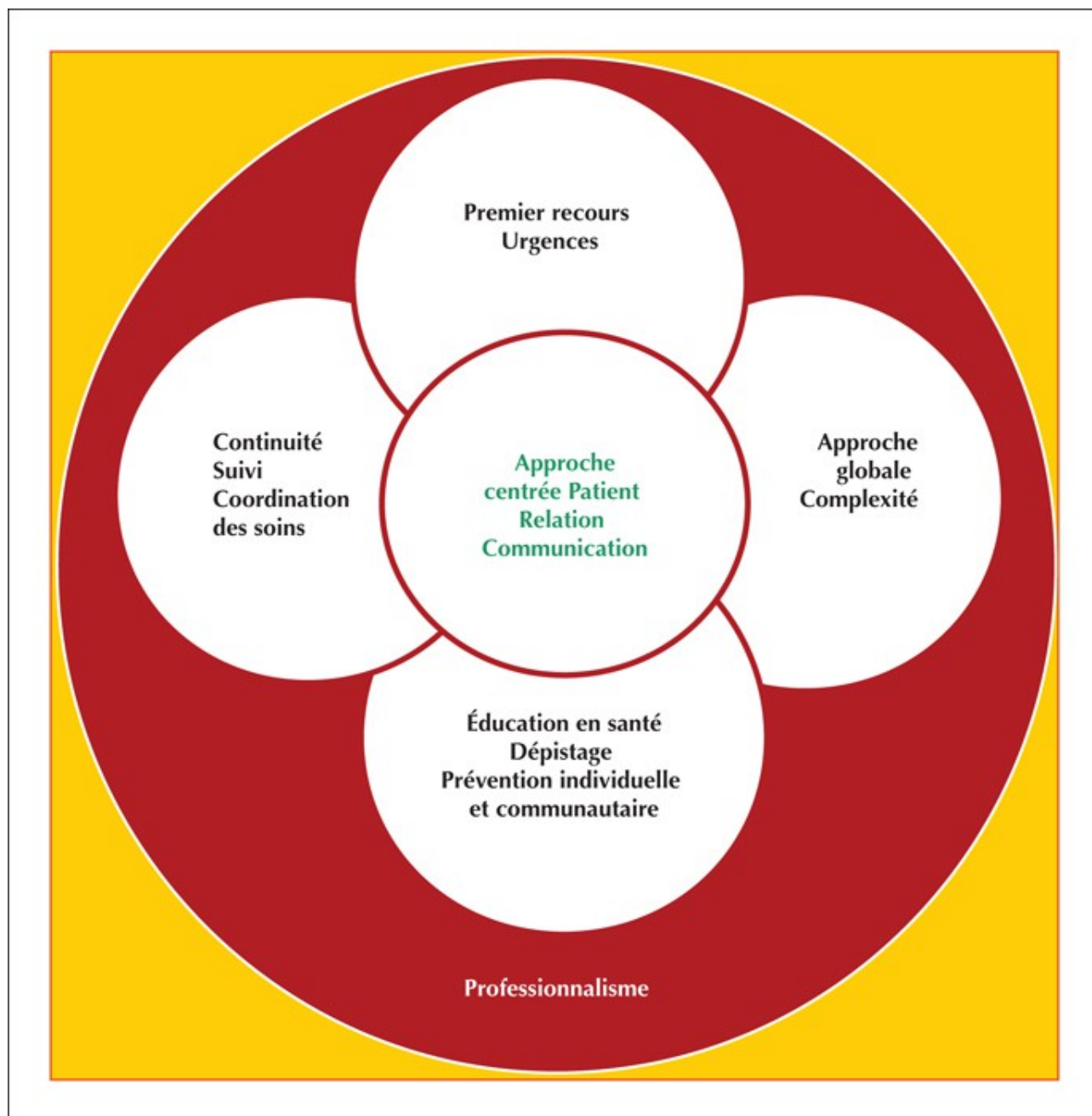
K : Il y a tous les soucis techniques, c'est compliqué de les avoir au téléphone ils sont quand même occupés. Et il y a des médecins qui ne sont pas accessibles ou qu'on a peur d'appeler, il y en a qui n'ont pas envie qu'on les appelle, il y en a déjà eu que j'ai appelé et qui ne voyaient pas trop l'intérêt de me parler. Il y en a plein qui ne sont pas ouverts et qui n'ont pas spécialement envie de parler avec les kinés, du coup, ça ne met pas en confiance pour appeler les autres. Après une fois qu'on est installé, moi ça fait dix ans que je suis là, je sais lesquels je peux appeler et lesquels il ne faut pas. Sinon oui, je dirais que c'est compliqué parce qu'ils sont en consultation quand on essaie de les appeler, donc on a la secrétaire, c'est compliqué au niveau technique on va dire.

E : Sur le point des retours, comment ça se passe de façon générale dans vos retours envers les médecins généralistes, si besoin de faire un retour il y a ?

K : Je lui envoie par courrier, et de rares fois s'ils ont une adresse mail sécurisée je vais leur envoyer

par mail. Mais je n'en ai pas beaucoup donc je ne sais pas s'ils l'ont lu ou s'ils l'ont reçu. Si je veux être sûre je fais un courrier que soit j'envoie directement soit je donne au patient pour qu'il le donne à son médecin.

Annexe 4 : Marguerite des compétences du médecin généraliste



- 1 ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier 2020; disponible sur le site internet Drees.
- 2 Manser. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* ; 2009;(53(2)):143–51.
- 3 Gittell, Bierbaum, Fairfield, Head, Jackson, Kelly. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay : a nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care*. 2000;(38):807–19.
- 4 Wiegmann, El Bardissi, Dearani, Daly, Sundt. Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors : an exploratory investigation. *Surgery*. 2007;(142):658–65.
- 5 Borrill, West, Dawson, Shapiro, Rees, Richards. Team working and effectiveness in health care : findings from the health care team effectiveness project. Birmingham, UK : Aston Centre for Health Service Organization Research, University of Aston. 2002.
- 6 Barrett, Curran, Glynn, Godwin. Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité. Ottawa : FCRSS. 31 p. 2007.
- 7 Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004;13(suppl 1):i85-i90.
- 8 O’Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. Dans: Hughes RG, ed. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: AHRQ; 2008.
- 9 Ministère des solidarités et de la santé. L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie [internet]. Paris (France) : ARS; 2018 oct. Disponible sur le site internet de l'ARS.
- 10 WONCA. The European Definition of GP / FM [internet]. Ljubljana (Slovenia) : WONCA Europe; 2002. Disponible sur le site internet Wonca Europe.
- 11 ARS. Coordination des soins [internet]. Dijon (France) : ARS Bourgogne-Franche-Comté; 2017 Jan. Disponible sur le site internet de l'ARS.
- 12 World Organization of Family Doctors. The role of the general practitioner/family physician in health care systems. A statement from WONCA ; 1991.
- 13 P.-L. Druais, B. Gay, M.-F. Le Goaziou, M. Budowski, S. Gilberg. *Médecine Générale* 2e édition du CNGE. France : Elsevier Masson ; 2009 Mai. Chapitre 1, Caractéristiques de la médecine générale ; p.5-11.
- 14 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique (JORF n°183 du 8 août 2004).
- 15 Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers (JORF n°0276 du 27 novembre 2016).
- 16 Mathieu P. Découvrir le métier, que fait le kinésithérapeute ? [internet]. Paris (France) :

OrdreMK ; 2017. Disponible sur le site internet de l'ordre des MKDE.

- 17 Décret n°2020-1663 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes et relatif notamment à leur communication professionnelle (JORF n°0311 du 24 décembre 2020).
- 18 Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Marseille (France) :ONDPS ; 2003 oct.
- 19 Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (JORF n°185 du 11 août 2004).
- 20 Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé (JORF n°10 du 13 janvier 2005).
- 21 Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé (JORF n°83 du 7 avril 2006).
- 22 Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n°0167 du 22 juillet 2009).
- 23 ARS. Protocole de coopération entre professionnels de santé : réalisation de ponction médullaire en crête iliaque postérieur à visée diagnostique par une infirmière en lieu et place d'un médecin. Arrêté par le directeur général de l'ARS Paca ; 2011 Juillet.
- 24 HAS. Coopération entre professionnels de santé, mode d'emploi. Saint-Denis-La plaine (France) ; 2012 Avril.
- 25 Jablow. How to Foster Interprofessional Collaboration Between Physicians and Nurses ? Robert Wood Johnson Foundation – Incorporating lessons learned in pursuing a consensus, Program Results Grant n°70224. 2013.
- 26 Direction de l'évaluation des stratégies de santé, service évaluation économique de santé publique, en collaboration avec l'Observatoire national de la Démographie des Professionnels de Santé : Délégation, transfert, nouveaux métiers... conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. HAS (France) ; 2007 Jan.
- 27 Arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique (JORF n°0257 du 5 novembre 2019).
- 28 SNPI, CFE, CGC. 68% des infirmières hostiles à une première année d'étude commune aux professions paramédicales. SNPI, Paris (France) ; Communiqué du 10 novembre 2015.
- 29 Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (JORF n°98 du 25 avril 1996).
- 30 Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (JORF du 5 mars 2002).
- 31 Loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (JORF n°0022 du 27 janvier 2016).
- 32 A.T. L'agence nationale du DPC souhaite plus de pluripro. Egora; 2018 Juillet.

- ³³ Agence DPC. Appels à projets : DPC interprofessionnel [internet]; 2020 Dec. Disponible sur le site internet de l'Agence DPC : <https://www.agencedpc.fr/appels-a-projets/dpc-interprofessionnel>
- ³⁴ Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Ministère chargé de la santé ; 2012 oct.
- ³⁵ F. Béguin. Le carnet de santé numérique va devoir faire ses preuves, Le Monde; 6 novembre 2018.
- ³⁶ Dufrenne J, Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins : la Messagerie Sécurisée de Santé utilisée par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université des Antilles et de la Guyane, 2011.
- ³⁷ Article HAS. Les logiciels métier des professionnels de santé [internet]. Paris (France) : HAS santé; 2016 nov.
- ³⁸ Laurène Corchia, « Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge des enfants âgés de 3 à 18 ans atteints de maladies chroniques et/ou de handicaps dans le département du val d'oise » Thèse de doctorat en médecine, sous la direction du Pr Lepoutre, Paris, faculté de médecine de Paris Diderot (France), 2014.
- ³⁹ Hortense Binart Ecale, « Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé libéral » Thèse de doctorat en médecine, sous la direction du Dr Christophe Bezanson, Paris, Faculté de médecine de Bobigny (France), 2012.
- ⁴⁰ Charlène Le Métayer, «Étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve la Garenne : analyse du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sur leur communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient.» Thèse de doctorat en médecine, sous la direction du Dr Hervé Picard, Paris, Université de Paris Diderot (France), 2016.
- ⁴¹ Thibault Dumont, « Étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve la Garenne : Analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé lors de l'adressage d'un patient.» Thèse de doctorat en médecine, sous la direction du Dr Hervé Picard, Paris, Université de Paris Diderot (France), 2016.
- ⁴² Joint Commission. Sentinel Event Data Root Causes by Event Type. 2004-2012 [En ligne] 2012. http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/.
- ⁴³ O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. Dans: Hughes RG, ed. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville: AHRQ; 2008.
- ⁴⁴ Guise J.-M., Lowe N. K. Do you speak SBAR? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006 May ;35(3):313-4.
- ⁴⁵ Pope BB, Rodzen L, Spross G. Raising the SBAR: how better communication improves patient outcomes. Nursing 2008;38(3):41-3.
- ⁴⁶ Compton J, Copeland K, Flanders S, Cassity C, Spetman M, Xiao Y, et al. Implementing SBAR across a large multihospital health system. Jt Comm J Qual Patient Saf 2012;38(6):261-8.

- ⁴⁷ Cunningham NJ, Weiland TJ, Dijk JV, Paddle P, Shilkofski N, Cunningham NY. Telephone referrals by junior doctors: a randomised controlled trial assessing the impact of SBAR in a simulated setting. *Postgrad Med J* 2012;88(1045):619-26.
- ⁴⁸ Shannon D, Myers LA. Nurse-to-Physician Communications: Connecting for Safety. *PSQH* 2012 sept-oct :20-6.
- ⁴⁹ Thomas CM, Bertram E, Johnson D. The SBAR communication technique: teaching nursing students professional communication skills. *Nurse Educ* 2009;34(4):176-80.
- ⁵⁰ Denham C. SBAR for patients. *Patient Safety* 2008;4(Number 1):38-48.
- ⁵¹ Véran O. Numéros clausus 2020. Communiqué de presse du Ministère des solidarités et de la santé ; 18 Mai 2020. disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/>.
- ⁵² Le Parisien avec AFP. Loi santé : Buzin veut « augmenter de 20% le nombre de médecins formés ». Article de presse ; le 12 février 2019.
- ⁵³ Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. *Études et Résultats n°1114*, Drees; mai 2019.
- ⁵⁴ Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? *IRDES, Question d'économie de la santé n°247* ; Mars 2020.
- ⁵⁵ Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) de l'IRDES. *Questions d'économie de la Santé n°210* ; Juin 2015.
- ⁵⁶ Mousquès J, Daniel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), IRDES. *Questions d'économie de la santé n°211* ; juillet-août 2015.
- ⁵⁷ Blanchard P, Eslous L, Yeni I. Évaluation de la coordination d'appui aux soins. *IGAS* ; 2014.
- ⁵⁸ Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. *IRDES, question d'économie de la santé n°147* ; Octobre 2009.
- ⁵⁹ Bourgueil Y, Marek, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada. *IRDES, Questions d'économie de la Santé n°95* ; Juin 2005.
- ⁶⁰ Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical. Article de l'Assurance Maladie ; 2019 Juin. Disponible sur ameli.fr.
- ⁶¹ Arrêté du 18 Juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée (JORF n°0164 du 19 juillet 2018).
- ⁶² Infirmière en pratique avancée : un « plus » pour la pratique du médecin traitant. Les généralistes CSMF, *EGORA News* ; 27 mars 2018.

- ⁶³ Renaud A. Pourquoi les professions médicales intermédiaires sont-elles renvoyées aux calendes ? Actusoins ; 25 Novembre 2020.
- ⁶⁴ Berland Y. Henart L. Cadet D. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. Rapport remis au ministère ; Janvier 2011.
- ⁶⁵ Battistoni J. Ortiz J.P. Le Sauder C. Vermesch P. Profession médicale intermédiaire : c'est trois fois NON ! Communiqués en commun, MG France, FMF, CSMF, SML ; 13 Novembre 2020.
- ⁶⁶ Bourret C, Salzano G, Caliste J-P. Nouveaux métiers dans le domaine de la santé: maitrise de l'information, transversalité des compétences et autres exigences. In Ile Rousse, France; 2002.
- ⁶⁷ SCLO : Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools ; 2008.
- ⁶⁸ Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? Recherches en soins Infirmiers. 2011;106(3):40.
- ⁶⁹ Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva (Switzerland) WHO; 2010.
- ⁷⁰ Learning together to work together for health. Report of a WHO study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel : the team approach. WHO, Technical Report Series N°. 769, Geneva. 1988.
- ⁷¹ Manser. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand. 2009;(53(2)):143–51.
- ⁷² Gittell, Bierbaum, Fairfield, Head, Jackson, Kelly. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay : a nine-hospital study of surgical patients. Medical Care. 2000;(38):807–19.
- ⁷³ Wiegmann, El Bardissi, Dearani, Daly, Sundt. Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors : an exploratory investigation. Surgery. 2007;(142):658–65.
- ⁷⁴ Canadian Interprofessional Health Collaborative. CIHC Statement on the definition and principles of Interprofessional Education ; 2007 Avril.
- ⁷⁵ Barr, Koppel, Reeves, Hammick. Effective interprofessional education : Argument, assumption and evidence. Oxford, UK : Blackwell Publishing. 2005.
- ⁷⁶ IPC : InterProfessional Care. A blueprint for action in Ontario. Interprofessional care steering committee. Gov Ont ; 2007.
- ⁷⁷ Reeves, Zwarenstein, Goldman, Barr, Freeth, Hammick. Interprofessional education : Effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1 ; 2008.

⁷⁸ Campbell, Coben, McLoughlin, Dearwater, Nah, Glass, et al. An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Academic Emergency Medicine*. 8(2) : 131–138 ; 2001.

RESUME DE L'ETUDE

La communication interprofessionnelle entre médecins et paramédicaux est un élément essentiel de la coordination des soins. Mais qu'en pensent les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes ? Cette thèse est une étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés auprès d'un échantillon d'infirmiers et de kinésithérapeutes libéraux.

L'avis des paramédicaux était plutôt positif. Les principaux supports de communication étaient l'ordonnance et le téléphone. Le contenu de la communication était attendu comme clair, complet. Les éléments du dossier et l'objectif de prise en charge étaient particulièrement attendus. Les facteurs clés rapportés étaient l'accessibilité des intervenants, le lien entre eux. La coordination passait par l'utilisation d'un dossier commun et par des rencontres, qu'elles soient formalisées ou non. Les perspectives d'amélioration de la communication étaient : mettre en place des outils plus efficaces, augmenter les échanges entre professionnels en trouvant des solutions pour augmenter leur disponibilité.

Des problématiques furent soulevées comme le manque de temps et d'accessibilité des médecins et des paramédicaux, pouvant constituer un frein dans la coopération et la coordination. L'exercice pluri-professionnel ainsi que les RCP, avec l'aide de financements, peuvent constituer des solutions. Le transfert de compétences, notamment du médecin vers une ou plusieurs autres professions de santé existantes ou non, pourrait être une autre solution. Une autre problématique évoquée fut celle de la méconnaissance de l'autre, de son exercice, de ses compétences et de sa personne. Une solution possible étant la mise en avant de la formation interprofessionnelle.

TITRE DE L'ETUDE

Communication entre médecins généralistes et professions paramédicales en secteur libéral. Qu'en pensent les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes et quelles sont leurs attentes envers les médecins généralistes libéraux de la région rouennaise ?

SPECIALITE ET ANNEE

THESE de MEDECINE GENERALE ANNEE 2021

MOTS CLEFS

communication en santé, relations interprofessionnelles, équipe multidisciplinaire, équipe des professionnels de santé, médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, personnel paramédical

ADRESSE DE LA FACULTE

Université de Rouen Normandie

UFR Santé

22 Boulevard Gambetta

76 183 Rouen Cedex