



**Perceptions des médecins généralistes à propos de la
répartition des tâches avec les professionnels de santé
non médicaux en soins primaires : entretiens
semi-directifs auprès de médecins généralistes
d'Auvergne-Rhône-Alpes et de la Marne**

Lucie de Bigault de Granrut, Marion Jounot

► **To cite this version:**

Lucie de Bigault de Granrut, Marion Jounot. Perceptions des médecins généralistes à propos de la répartition des tâches avec les professionnels de santé non médicaux en soins primaires : entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes d'Auvergne-Rhône-Alpes et de la Marne. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03706410

HAL Id: dumas-03706410

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03706410>

Submitted on 27 Jun 2022

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

**PERCEPTIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À PROPOS DE
LA RÉPARTITION DES TÂCHES AVEC LES PROFESSIONNELS DE
SANTÉ NON MÉDICAUX EN SOINS PRIMAIRES: ENTRETIENS SEMI-
DIRECTIFS AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES
D'Auvergne-Rhône-Alpes et de la Marne**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Lucie DE BIGAULT DE GRANRUT

[Données à caractère personnel]

Par Mme Marion JOUNOT

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 21/06/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

Mme Sylvie BRISSON

M. le Dr Yannick CARRILLO (directeur de thèse)

Mme le Dr Claire WINTENBERGER

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale

PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PU-PH	CHIUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDoux Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERARD DUMESTRE Chantal	Immunologie

PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Remerciements

Remerciements communs

Au Pr Patrick IMBERT, merci de nous faire l'honneur d'accepter de présider notre thèse.

Aux membres de notre jury, à notre directeur de thèse **Dr Yannick CARRILLO**, nous avons pris plaisir à travailler avec toi. Au **Dr Claire WINTENBERGER** et à **Sylvie BRISSON**, merci de l'intérêt que vous avez porté à notre sujet et d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

Aux médecins qui ont pris le temps de répondre avec implication à nos entretiens. Merci de nous avoir transmis vos visions et d'avoir permis ce travail. A ceux qui ont accepté de participer à nos entretiens tests, votre aide nous a été précieuse.

Remerciements de Lucie

A toi **Marion**, qui a dû redoubler de patience pour mener à bien ce long projet avec moi, ensemble dans l'adversité et chacune fortes quand l'autre flanchait. Marion un peu imprévisible parfois, mais avec qui je suis heureuse de trinquer à la médecine en cette fin de parcours car nous partageons des valeurs profondes! Vivement les prochaines sorties montagne!

Au **Dr Patrick RICHARD**, qui m'a fait découvrir pour la première fois et pour mon plus grand émerveillement ce qu'était la médecine générale, côté médecin! Au **Dr Robert LAURENT**, dont l'engagement auprès de ses patients et de ses étudiants m'a fait entrevoir l'aventure incroyable que pouvait être la vie d'un médecin qui exerce avec tout son cœur. A cette fantastique équipe de Lugin, **Dr Pascale Jacquemin**, avec qui j'ai passé un confinement génial, **Dr Nelly Thevenod**, la Superwoman dont je rêverais d'avoir moitié des pouvoirs, sa petite famille qui a égayé nos débriefs, **Dr Remy Verdier**, le guide dans la tempête, **Dr Emeric Madej**, toujours souriant même quand je venais l'embêter au milieu de ses 2 heures de retard. A **Christine et Delphine**, probablement les meilleures secrétaires du monde! Au **Dr Muriel Cartron** et au **Dr Laure Souchier**, qui m'inspirent aussi dans ma pratique.

A ma famille bien sûr, tout d'abord **mes parents**, qui ont tout fait pour que mes études de médecine ne soient perturbées par aucun grain de sable, qui ont subi mon stress démesuré, qui ont toujours cru en moi et m'ont donné la force d'avancer. Je suis fière d'en être arrivée là grâce à vous. A ma sœur jumelle, **Mathilde** la plus précieuse des amies du monde, pour toujours, je n'essaye même pas de te résumer à une phrase ou deux, nous n'avons pas besoin de ça. Tu mérites le meilleur. A mon compagnon d'amour, **Thibaut**, qui m'écoute avec la plus grande patience, m'encourage avec conviction, me fait voir le verre à moitié plein et partage mes évasions, te amo mi chichito. A mon frère **Louis**, qui nous réserve toujours plein de surprises, je crois en ta réussite.

A **mes grands-parents**, qui ont participé à façonner ce que je suis aujourd'hui. **Papy**, je regretterai de ne pas pouvoir te faire de pitorettes le jour de ma soutenance pour te piquer ton parfum.

A **Gaël**, mon parrain d'adoption qui sera aussi là pour me voir prêter serment.

A **Lucas et sa famille**, de m'accueillir avec toujours autant de gentillesse parmi eux.

A la **famille Rogier**, qui m'accompagnez aussi à votre manière dans mon parcours médical et de vie, m'avez accueilli comme votre fille (ou sœur) et m'offrez des moments de convivialité souvent savoureux.

A tous les petits soleils magiques que j'ai rencontré depuis l'internat et qui illuminent mon cœur quand il fait tout gris: à la meilleure coloc de mon petit monde: **Raphaël Payeur**, premier compagnon de route dans la tempête albertilloise, je ne sais quoi retenir parmi les parties de Hanabi pré garde, la lutte contre la tyrannie, les notes de guitare qui embellissaient l'appart ou les anniversaires, les pizzas maison, les amorties de badminton fatales, les quelques sorties ski avec notre belle Ophélie... A toi aussi **Ophélie**, qu'on a tant été heureux de serrer dans nos bras après cette folle nuit aixoise, ma grande prêtresse des jeux de société (merci pour le Blitz, le meilleur de tous), une si belle amie, pleine de grâce et douceur. Je prends mon billet pour ton premier concert de trompette! A toi aussi **Liza**, la femme la plus positive du monde, je voudrais revoir encore et encore ton sourire serein, tes mains dessiner d'incroyables portraits, tes doigts jouer sur un piano, entendre ta voix qui rassure tout le monde. A toi aussi **Sylvain**, tu faisais quand même aussi un peu partie de la famille. Sans oublier Sushi, RIP. A toi **Marine**, sans qui je ne serais peut-être pas passée par la case "Alpes", Vercors, 10 km du Mont Blanc... nous avons encore PLEIN d'aventures à vivre. Ton amitié est un grand trésor. A toi **Nico**, avec qui j'ai aussi grand plaisir de partager des moments de montagne ou de pluie autour d'une table de jeux.

A **Pauline**, pour moi la grande star du ski nordique des Alpes, je te souhaite encore plein de podiums!

A toi ma belle **Lola**, et **Paul**, qui m'avez accueilli dans votre univers de neige, de partage, de folie, de vélos

explosifs, de canyons, de feuilletés au fromage et de glaces aussi savoureuses que votre générosité est grande. Je vous souhaite un beau voyage.

A **Alex**, notre diva adorée. Soigne bien les petits bébés.

A **Marie**, grâce à qui le "Parler Lyonnais" n'a plus de secret pour moi (il est toujours dans ma bibliothèque). Je te le rendrai peut-être un jour dans les Aravis?

A **Elodie et Adrien**, pour les moments de détente chablaisiens ou jurassiens, pour l'expertise comptable et urssafienne de Maître Adrien, pour le pied de tomate, pour les prochains weekends ensemble!

A **Raphaëlle**, pour la source d'inspiration intarissable sur la vie, et pour un anniversaire clandestin à essayer d'ouvrir une bouteille à la chaussure et à la clef.

A **Maëlle**, dernière belle rencontre de mon passage à Grenoble. Continue de croquer la vie!

A **Bastien et Hander**, qui savez m'écouter n'importe où n'importe quand, on sera toujours proches malgré les kilomètres.

A **Raphaël**, et les petits plats merveilleux que tu m'as cuisiné quand ça n'allait pas fort.

A **Héla**, d'avoir essayé de m'aider à apprivoiser l'analyse qualitative, et surtout pour les années d'amitié vraie et forte qui me font croire en l'humain.

A **Noémie, Claire, Marine, Yasmine** d'enrichir encore mon quotidien.

Aux **compagnons de voyage** qui ont agrandi mon esprit pour la vie et la pratique.

Au petit bout de chemin vécu avec **Amélie, Kiki, Pierre, Candice, Paul, Camille, Nana, Louise, Mahado** (vive la cardio!).

Remerciements de Marion

À ma co-thésarde Lucie, merci d'avoir été ma partenaire dans ce travail, à nos échanges passionnés et nos visions qui se complètent. Quel chemin parcouru ensemble! Je te souhaite le meilleur!

À tous mes maîtres de stage, qui ont contribué à construire ma vision du métier et m'ont transmis leur passion. En particulier à Jacques, Virginie et Hélène qui m'ont bien accueillie pour mon premier semestre d'internat.

Au Pr Dematteis, au Dr Pennel et toute l'équipe du CSAPA du CHU de Grenoble, pour leur pédagogie inépuisable, leur vision holistique des situations cliniques et pour m'avoir fait découvrir la rééducation fonctionnelle. Merci pour cette belle année de formation à vos côtés.

À ma famille.

À mes parents, merci pour votre amour et votre intelligence.

À ma jolie maman, merci de m'avoir transmis le goût du sport et de l'effort, pour ton soutien durant mes longues années d'études, et pour toutes les vacances heureuses passées ensemble à la mer et à la montagne. Continuons cela entre Grenoble et St-Malo!

À mon papa, merci de m'avoir donné tant d'amour et de m'avoir transmis un millième de ton humanisme et le goût de la poésie, je souhaite cultiver ça toujours, et toujours je pense à toi. Je pose ici un bouquet de houx vert et de bruyère en fleur.

À mes grands-parents qui prennent si bien soin de nous. A mamie qui nous donne tant d'attention, merci d'avoir toujours une longueur d'avance, et pour tes colis réconfortants que tous mes copains m'envient. A papy, qui a aussi toujours une longueur d'avance, à nos bains en piscine à Dinard ou en mer à La Passagère, en été ou en hiver! A tous les moments heureux en famille qui existent grâce à vous.

À mamie Gabrielle, que j'aurais aimé connaître plus longtemps, **et à papy Lucien**, le grand marin.

À Nicole, et à Michel qui nous manque, merci pour les moments d'enfance heureux à Dingé ou en vacances aux quatre coins de la France et du monde, j'en garde de merveilleux souvenirs (et surtout les vacances à la neige). Merci de m'avoir si bien soutenue pendant mes études et d'avoir cru en moi et dans le médecin que j'allais devenir. J'espère devenir un aussi bon médecin que Michel!

À mes oncles et tantes, à Sophie et à notre complicité grandissante. À Tiphaine ma belle tante toujours pleine d'attentions. À Yannick qui a toujours le mot pour nous faire rire et qui m'accueille si bien lorsque je préviens à la dernière minute que je suis de passage sur Paris. À Monique que j'ai plaisir à voir dans sa belle ville d'Embrun, à Catherine et à François sur son île à Tahiti.

À mes cousins, à Martin et Simon pour les supers souvenirs d'enfance. A Alix et Gaspard mes petits cousins que j'aime beaucoup et qui grandissent si bien.

À mon frère et à mes sœurs, Nicolas et Claire, et mes neveux et nièces, Maya, Corto et Olympe. À Marie. Merci pour cette fratrie qui se découvre avec plaisir au fur et à mesure des années.

À la famille Choné, merci pour tous ces bons moments partagés à la montagne et à Lyon, c'est à chaque fois un plaisir. J'ai hâte de rencontrer la crevette! Et Margot, à notre futur trail ensemble!

Au meilleur, Guillaume, toi le beau (et grand) blond rencontré lors de la première soirée d'internat, tu es devenu le sel de ma vie. Merci de me faire découvrir tes passions, comme je suis aussi heureuse de te montrer la Bretagne et que nous apprenions à naviguer ensemble (même quand tes talents de montagnard te rendent, je n'ai pas peur de le dire, meilleur que moi... Si on oublie le dessalage de l'été dernier !). À tous les bons moments passés et à venir, et à notre voyage!

A mes amis,

À ma meilleure amie d'enfance, Anne, parce que j'ai la chance d'avoir commencé l'existence bien entourée à tes côtés.

À la bande de S-Malo, Manon, Lalie, Camille, Isabelle, Nicolas et Malo aux cross, aux croustillons, à nos folles soirées d'hier, d'aujourd'hui et de demain! Que notre amitié dure pour toujours entre St-Malo, Paris, Londres, la Suisse, Grenoble (et Marseille ?), nous trouverons toujours le moyen de nous réunir (même en doris à voile).

À Agathe, ma plus belle rencontre du collège.

À Béné, merci de me permettre de partager un beau moment de ta vie en me demandant d'être ta témoin. A notre amitié, entre surf et ski!

Et aux copains de la fac de Rennes, Pauline la première de tous, Nicolas 1, Mathieu G., Marine la crevette qui a toujours la frite, Roman (tu fais partie des rennais maintenant), Maé mon acolyte de voyages, Nicolas 2, Marie dans sa belle citée de Vire, Kevin (coloc Mt Blanc rpz), Caroline, Loulou, Claire DLM, Elie, Anne-Clo, Guillaume (2 désolée), Mathilde, Sylvain, Anne-Marie, Claire L., Mathieu et Vincent. Quelles années d'études inoubliables à vos côtés, pleines de rigolades et d'émotions, une vraie famille! Continuons de créer les occasions de nous réunir! Bienvenue à Augustin, Raphaëlle et les petites merveilles dont on ne connaît pas encore le prénom (<3) dans le Karcher.

À Audrey, à notre passion commune pour la course, à nos esprits connectés, simplement à notre amitié ma belle!

À Hélène M., à nos bons moments passés ensemble à Rennes.

À celles du canal St-Martin, Clémence, Fanny et Mélanie, pour tous les souvenirs drôles de notre passage au foyer, on a bien rigolé!

À ceux des Alpes,

À Aurore ma première copine de l'internat que je n'ai plus quittée depuis, continuons de nous amuser comme des p'tites folles toutes les deux! À Romain et les vacances à St-Véran.

À Raphaël, mon fidèle compagnon de trail et aussi de verres en terrasse. C'est quand le WE à Dijon ? À Ophélie et aux moments que nous allons partager au bord du lac du Bourget je l'espère.

À Marie C., à nos soirées où nous sillonnons la bastille en course à pied.

À Laia (c'est quand les vacances ensemble en Catalogne?), Yohan, Damien, Antoine, Léa, et Aurélie, merci pour les bons moments partagés et vos plans fous à la montagne!

À Clément et Charlotte, c'est toujours un plaisir de vous voir, sur les pistes de ski de fond ou autour d'un colombo de requin!

À Marie B., Jonathan, Paul M., Rémi, Julien, Marine et Quentin, pour ce semestre de folie à Thonon qui nous a soudés. Marie et Jonathan, comptez sur moi pour vous rendre visite en Bretagne, j'ai hâte de revoir Hugo et Charlie qui ont dû bien grandir.

À Romina, quelle rencontre improbable à Aix-les-Bains, qui a donné naissance à une belle amitié qui n'a pas de frontières.

À Sophie J., à notre rencontre en pédiatrie et nos balades.

À Sophie M., je n'hésite pas à dire que notre rencontre en addictologie est un des points forts de mon stage, merci de m'avoir fait re-découvrir les clowns ;)

À Manon R., merci d'avoir créé le groupe de pairs avec Sophie et de me l'avoir proposé si naturellement, et pour les autres bons moments.

À Pierre et Hélène, merci de m'avoir intégrée à la coloc chambérienne et d'avoir rendu ce confinement agréable.

À toute la bande de copains de Guillaume qui m'accueille les bras ouverts.

*L*e serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **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.

”

RÉSUMÉ

Lucie DE BIGAULT DE GRANRUT et Marion JOUNOT`

TITRE: PERCEPTIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À PROPOS DE LA RÉPARTITION DES TÂCHES AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ NON MÉDICAUX EN SOINS PRIMAIRES : ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'Auvergne-Rhône-Alpes et de la Marne.

Introduction : En France en 2022, le nombre de pathologies chroniques augmente avec le vieillissement de la population. Parallèlement la démographie médicale diminue avec 9 % des médecins en moins depuis 2010. L'une des solutions avancées pour couvrir les besoins de santé des Français est de développer l'exercice pluriprofessionnel et le partage de tâches en soins primaires pour augmenter la file active des médecins généralistes. L'objectif de ce travail de thèse était d'analyser les perceptions des médecins généralistes à propos de la répartition des tâches avec les professionnels de santé non médicaux.

Matériel et méthode : Étude qualitative basée sur une approche par analyse interprétative phénoménologique. La population étudiée était composée de huit médecins généralistes installés de la région Auvergne-Rhône-Alpes et du département de la Marne qui ont été recrutés par échantillonnage raisonné homogène. Des entretiens semi-directifs individuels ont été menés.

Résultats : Les médecins ont décrit un travail en équipe existant sur le terrain et qui était une source de motivation pour eux, bien que présentant certains aspects contraignants. Il a été observé que la délégation de tâches était confuse dans sa définition et les moyens de la mettre en place, et que les organisations du travail pluriprofessionnel étaient très variées en fonction des cabinets allant d'un cadre strict à des fonctionnements souples. Le sentiment d'appartenance à une équipe se construisait à travers le partage réel des valeurs du respect, de la confiance et de la reconnaissance des compétences de chacun, reconnues comme complémentaires.

Conclusion : Le réel partage des tâches entre les professionnels du soin primaire semble nécessiter une réflexion commune sur son organisation qui doit être adaptée au cas par cas. Il serait intéressant de développer les compétences à l'interprofessionnalité dans la formation initiale et continue en proposant des formations communes aux étudiants des différentes disciplines et aux différents professionnels concernés.

Mots clés : Médecine générale / médecin généraliste / rôle médical / soins primaires / pratique professionnelle / équipe soignante / professions de santé / transfert de prise en charge / prise en charge personnalisée du patient / prise de décision partagée / coopération

ABSTRACT

Lucie DE BIGAULT DE GRANRUT et Marion JOUNOT

Title : PERCEPTIONS OF GENERAL PRACTITIONERS ABOUT THE DISTRIBUTION OF TASKS WITH NON-MEDICAL HEALTH PROFESSIONALS IN PRIMARY CARE : SEMI-STRUCTURED INTERVIEWS WITH GENERAL PRACTITIONERS FROM AUVERGNE-RHONES-ALPES AND MARNE.

Introduction : In France in 2022, the number of chronic pathologies is increasing with the aging of the population. At the same time medical demography is decreasing with 9 % fewer doctors since 2010. One of the solutions put forward to cover the health needs of the French people is to develop multi professional practice and the sharing of tasks in primary care to increase the patient load of general practitioners. The objective of this work was to analyze the perceptions of general practitioners about the distribution of tasks with non medical health professionals.

Material and method : Qualitative study based on a phenomenological interpretative analysis approach. The study population was composed of eight general practitioners of Auvergne-Rhône-Alpes region and Marne who were recruited by homogeneous reasoned sampling.

Results : The doctors described an existing teamwork which was a source of motivation for them, although presenting certain constraining aspects. It was observed that the delegation of tasks was confused in its definition and in the means of implementing it, and that the multi-professional organizations were very varied depending on the medical office, ranging from strict to flexible. The feeling of belonging to a team was built through the real sharing of the values of respect, trust, and recognition of personal skills, considered as complementary.

Conclusion : The real sharing of tasks between primary health care professionals seems to require a joint reflection about its organization, which must be adapted on a case-by-case basis. It would be interesting to develop interprofessionnal skills through initial and continuing education, by proposing to students and professionals of different disciplines joint education.

Key words : General practice / general practitioner / physician's role / primary health care/ professional practice / patient care team / health occupations / patient handoff / case management / shared decision making / cooperative behavior

Liste des abréviations

ALD: Affection Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

Asalée: Action de santé libérale en Équipe

BDSP : Base de Données en Santé Publique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

ECG : Electrocardiogramme

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPA : Infirmières de Pratique Avancée

JAMA : Journal of the American Medical Association

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Table des matières

RÉSUMÉ.....	11
ABSTRACT.....	12
Liste des abréviations.....	13
I. INTRODUCTION.....	18
II. MATERIEL ET METHODE.....	20
A. Présentation de l'équipe de recherche.....	20
B. Bibliographie.....	20
C. Type d'étude.....	20
D. Population.....	21
E. Recueil des données	21
F. Analyse des données	21
G. Aspects éthiques et réglementaires	22
III. RESULTATS.....	22
A. Description de l'échantillon.....	22
B. Analyse des résultats	23
1. Le médecin généraliste qui se définit dans le système médecin - professionnels de santé - patient.....	23
1.1. Son rapport au patient.....	23
1.2. Son rapport aux autres professionnels de santé.....	24
1.2.1. Le coordonnateur.....	25
1.2.2. Le leader.....	26
2. Description fonctionnelle du travail partagé entre médecins généralistes et professionnels de santé non médecins.....	27
2.1. Facteurs déclenchants et modulateurs des interactions entre médecins généralistes et professionnels de santé non médecins.....	27
2.1.1. Limites de l'individu.....	27
2.1.2. Le patient, initiateur et raison d'être des échanges professionnels.....	28
2.1.3. La curiosité personnelle.....	29
2.2. Les acteurs.....	29
2.3. Déroulement du travail partagé.....	30
2.3.1. La construction du lien.....	30
2.3.2. La primauté du temps médical.....	36
2.3.3. La délégation.....	37
2.4. Les conséquences ressenties du travail partagé.....	39
2.4.1. Amélioration de la qualité des soins.....	39
2.4.2. La fragilisation du secret.....	41
2.4.3. Les sentiments générés par le travail à plusieurs.....	43
3. Théorisation du modèle.....	45
3.1. Le partage réel.....	45
3.1.1. Le partage des responsabilités.....	45
3.1.2. Le partage des valeurs morales.....	46
3.1.3. Le partage des projets.....	47
3.1.4. Le partage des savoirs.....	48
3.1.5. Le partage des pouvoirs.....	49
3.2. La confiance.....	51
3.3. La reconnaissance de la place de chaque professionnel au sein de l'équipe.....	51
3.4. Le respect.....	53
4. Schématisation du travail partagé entre médecins généralistes et professionnels de santé non médicaux.....	54
IV. Discussion.....	55
A. Comparaison à la littérature existante.....	55
1. Les professionnels de santé: un groupe à bien définir?.....	55
2. Médecin généraliste: des missions en évolution?.....	56
3. La délégation de tâches: un apprentissage nécessaire et des limites à préciser?.....	57
4. Interprofessionnalité: un modèle théorique peu rencontré en pratique?.....	59
B- Forces et limites de l'étude.....	60
C. Perspectives.....	61

V. Conclusion.....	63
VI. Bibliographie.....	64
VII. Annexes.....	71
A. Fiche d'information aux participants.....	71
B. Grille d'entretien.....	74
C. Entretiens.....	75
1. Entretien 1.....	75
2. Entretien 2.....	80
3. Entretien 3.....	91
4. Entretien 4.....	96
5. Entretien 5.....	101
6. Entretien 6	107
7. Entretien 7.....	113
8. Entretien 8.....	117

I. INTRODUCTION

En France au 1er janvier 2022, 21 % des personnes avaient 65 ans et plus et l'espérance de vie a augmenté, atteignant 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes (1). Le vieillissement de la population entraîne un accroissement de la prévalence des maladies chroniques. La pluri pathologie chronique touche 42 % des hommes et 31 % des femmes de 85 ans et plus. Entre 45 et 85 ans, les pathologies les plus fréquentes sont les maladies coronaires et le diabète. Ce sont aussi les pathologies ouvrant le plus souvent droit au dispositif Affection Longue Durée (ALD), concernant respectivement 32 % et 25 % des assurés en 2016. L'ALD exonérante est un dispositif permettant la prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie des soins et des traitements en rapport avec une maladie grave et chronique. Entre 2011 et 2017, les admissions en "ALD liste" ont augmenté à un rythme annuel moyen de + 5,1 % (2).

Depuis 2010, on observe une diminution de 9 % des médecins généralistes en activité régulière en France. Entre 2020 et 2021, le solde entre les médecins généralistes entrants et sortants était respectivement de - 591 pour les médecins en activité régulière et de - 726 pour les retraités actifs. Au 1er janvier 2021, l'âge moyen des départs à la retraite de médecins était de 66,7 ans et 26 % de l'effectif des médecins généralistes en activité régulière avaient 60 ans ou plus (3). Le temps de travail hebdomadaire moyen serait de 54 heures, ce chiffre étant resté stable entre 2014 et 2019 (4).

Selon la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) de 2009, parmi les missions du médecin généraliste figure "veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient" (5) . Dans son rapport de propositions pour 2022, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie souhaite développer l'exercice coordonné de la médecine ambulatoire pour augmenter l'offre de soins (6). La pratique de la médecine générale évolue et les cabinets de groupe se développent. En 2019, 8 médecins généralistes sur 10 de moins de 50 ans étaient installés dans un cabinet de groupe (7). Parmi ces cabinets de groupe, 27 % sont en groupe avec au moins un professionnel paramédical, l'association la plus fréquente se faisant avec les infirmières. Créé en 2004, le dispositif Action de santé libérale en Equipe (Asalée) est une forme particulière de coopération entre médecins généralistes et infirmiers. Il a été créé pour améliorer les soins des personnes atteintes de maladies chroniques (8). Entre 2011 et 2015, 418 médecins généralistes l'ont intégré. Une étude récente montre un impact positif de cette coopération sur la qualité du suivi des patients diabétiques : réalisation au moins trois fois par an d'une hémoglobine glyquée (HbA1c) et au moins une

fois par an d'une microalbuminurie, d'une créatininémie, d'un examen lipidique, d'un fond d'oeil ou d'une visite chez l'ophtalmologiste, d'un ECG ou d'une visite chez le cardiologue (9). Les médecins faisant partie du dispositif Asalée agrandissent la taille de leur patientèle, ce qui s'observe particulièrement dans les zones où l'accès à la consultation de médecine générale est le plus restreint (10).

Depuis plusieurs années, les politiques d'incitation à un exercice coordonné dans les soins primaires se développent. En juin 2021 il existait 1889 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) (11) et 238 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en décembre 2021 (12). Les MSP existent depuis 2007, il s'agit de structures pluri professionnelles qui bénéficient d'aides financières des Agences Régionales de Santé (ARS) en fonction d'objectifs contractuels. Les CPTS quant à elles sont des regroupements de professionnels de santé, d'établissements de santé et d'acteurs médico-sociaux qui partagent des projets de santé communs sur un territoire. Les MSP et les CPTS sont considérées comme des lieux privilégiés pour accueillir les nouvelles professions telles que les Infirmières de Pratique Avancée (IPA). Apparue en France en 2018, la nouvelle spécialité de pratique avancée étend les compétences des infirmières. Le rôle de ces infirmières est d'assurer le suivi de patients sous la coordination d'un médecin, avec pour champ d'intervention les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires. En 2020, on en comptait 260 et l'objectif fixé par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) en 2018 était d'atteindre les 5000 IPA en 2023 (13). Les IPA exercent leurs missions selon un protocole d'organisation établi avec les médecins généralistes avec lesquels elles travaillent (14). Le transfert de tâches médicales à d'autres professionnels de santé est aussi élargi à travers la loi d'organisation et de transformation du système de santé parue en juillet 2019 (15), qui permet d'étendre certains protocoles de coopération qui existaient de l'échelle locale à l'échelle nationale.

Pourtant le développement de nouvelles mesures pour encourager l'exercice pluriprofessionnel ne semble pas toujours associé à l'existence d'une réelle coordination entre les professionnels dans la prise en charge des patients. L'article de Jihane Sebai et Fatima Yatim montre que seuls 14 % des MSP avaient mis en place des actions de coordination en 2014 (16). Et au sein des organisations pluriprofessionnelles existantes, les médecins généralistes restent les orchestrateurs des prises en charge (17). Ainsi l'objectif de cette étude était d'analyser les perceptions des médecins généralistes concernant la division du travail avec les professionnels de santé non médicaux dans les soins primaires.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Présentation de l'équipe de recherche

Cette étude a été réalisée par deux chercheuses : Lucie de Bigault de Granrut, remplaçante en médecine générale, et Marion Jounot, interne puis remplaçante en médecine générale. Elles réalisaient pour la première fois une activité de recherche qualitative après s'être formées de manière autonome à sa méthodologie (18,19).

L'idée du sujet est issue de la découverte des nouveaux métiers des infirmières de pratique avancée et des assistants médicaux, qui a poussé les enquêtrices à s'interroger sur le fonctionnement actuel du système de santé primaire, et en particulier, sur les relations de travail entre médecins et soignants non médecins.

B. Bibliographie

Des recherches bibliographiques ont été menées tout au long de ce travail de thèse. Elles ont été effectuées à partir des bases de données et moteurs de recherche suivants: Cairn, PubMed, BDSP, Cismef, Google scholar, Google et Theses.fr. Les chercheuses ont eu accès à ces bases de données avec leurs identifiants de connexion universitaires.

Les Mesh terms utilisés ont été: General practice / general practitioner / physician's role / primary health care/ professional practice / patient care team / health occupations / patient handoff / case management / shared decision making / cooperative behavior.

C. Type d'étude

L'objectif de l'étude était d'analyser les perceptions des médecins généralistes à propos de la division du travail avec les professionnels de santé non médicaux dans les soins primaires. Pour cela, les chercheuses ont fait le choix de réaliser une étude qualitative inspirée de l'analyse intégrative phénoménologique. Elles souhaitaient comprendre, à travers le point de vue des médecins généralistes, comment se déroule le travail partagé entre les professionnels et quelles en étaient leurs expériences et leurs représentations.

D. Population

Un échantillonnage raisonné homogène a été réalisé. Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste thésé et être installé en cabinet. Les critères d'exclusion étaient : être médecin généraliste non thésé et/ou ne pas être installé. Les participants ont été recrutés de diverses façons : dans l'entourage des deux chercheuses, par sollicitation directe auprès de médecins que les chercheuses avaient déjà remplacé et parmi les anciens maîtres de stage des chercheuses, ou par bouche à oreille. Les participants étaient d'abord contactés par mail afin de leur présenter l'étude et de leur proposer de participer. Lorsqu'ils avaient accepté de participer, ils recevaient un deuxième mail contenant la fiche d'information et le formulaire de non opposition de l'étude, qu'ils devaient retourner signé en double exemplaire.

E. Recueil des données

Les chercheuses ont d'abord réalisé une première étape de bibliographie puis six entretiens tests avec des médecins généralistes remplaçants, une infirmière et une personne ne travaillant pas dans le domaine médical, pour élaborer la version initiale de leur grille d'entretien. Elles ont ensuite mené huit entretiens individuels semi-directifs au cours desquels elles ont modifié la grille d'entretien pour la clarifier et la préciser quand nécessaire. Quatre entretiens ont eu lieu au cabinet médical du participant avec la présence d'une des deux chercheuses. Trois entretiens ont été réalisés en visioconférence, dont une où les deux chercheuses étaient présentes simultanément. Le recueil des données a pris fin à saturation théorique des données.

Les retranscriptions n'ont pas été soumises à correction aux participants concernés.

F. Analyse des données

Le premier entretien a fait l'objet d'une micro-analyse mot à mot de la part de chaque chercheuse afin de minimiser le risque d'influence des a priori sur le travail d'analyse futur. Par la suite, après chaque entretien, les chercheuses enrichissaient leurs carnets de bord de leur ressenti immédiat, dans le même objectif de maintien de l'objectivité lors de l'analyse, puis analysaient le texte de façon autonome afin de dégager les propriétés et catégories correspondantes. Une triangulation était ensuite réalisée en confrontant leurs analyses individuelles, pour établir par consensus les catégories définitives.

L'étiquetage initial, ainsi que la recherche des propriétés et des catégories qui en découlaient ont été réalisés sur le logiciel de traitement de texte Word. L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisées à l'aide de tableaux avec le même logiciel.

G. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont reçu une fiche d'information et ont signé un formulaire de "non opposition".

Les entretiens ont été anonymisés simultanément à leur retranscription, et les noms propres de personnes ou de villes ainsi que toutes les données à caractère personnel ont été modifiés. Les enregistrements audio ont été effacés après chaque retranscription.

Une autorisation de la CNIL a été obtenue pour cette étude dans le cadre de la méthodologie de référence MR-004 : recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé.

III. RESULTATS

A. Description de l'échantillon

Huit entretiens ont été réalisés avec des médecins généralistes (nommés de M1 à M8), entre juin 2021 et mars 2022, d'une durée allant de 29 à 50 minutes, pour une moyenne de 34,6 minutes.

Tous les médecins sollicités ont accepté de participer.

Les médecins interrogés exerçaient en Drôme, Haute-Savoie, Isère et Marne.

L'âge moyen était de 43,7 ans.

Entretien	Sexe	Âge	Durée d'installation	Type de cabinet	Zone et département d'exercice
M1	femme	33 ans	6 mois	MSP (7 médecins généralistes , 5 IDE, 1 IDE Asalée, 1 MKDE)	rurale, Marne
M2	femme	39 ans	8 ans	MSP (7 médecins généralistes, 5 IDE, 1 IDE Asalée, 1 MKDE)	rurale, Marne
M3	femme	29 ans	8 mois	MSP (2 podologues, 3 psychologues, 10 kinés, 1 IDE libérale, 1 infirmière Asalée, 1 orthophoniste, 1 diététicienne)	semi-rurale (25-30 min du CH), Isère
M4	femme	38 ans	5 ans	cabinet de 2 médecins généralistes	urbaine, Marne
M5	femme	33 ans	5 ans	centre de santé communautaire, 17 professionnels de santé et du social	urbaine (quartier populaire), Isère
M6	homme	62 ans	35 ans	cabinet de 5 médecins généralistes	semi-rurale, Haute Savoie
M7	homme	72 ans	42 ans	cabinet seul	semi-rurale, Drôme
M8	homme	60 ans	28 ans	cabinet de groupe de 3 médecins généralistes, 1 IDE Asalée, 1 IPA, 1 assistante médicale	urbaine (quartier prioritaire), Isère

Le type de zone d'exercice était une information déclarée par les médecins interrogés.

B. Analyse des résultats

1. Le médecin généraliste qui se définit dans le système médecin - professionnels de santé - patient

1.1. Son rapport au patient

-Les médecins décrivaient ressentir une responsabilité personnelle par rapport au patient et au bon déroulement de sa prise en charge par les autres professionnels de santé.

-Ils disaient avoir aussi le rôle de principal conseiller du patient : celui qui, par son statut de médecin, sait et dont la parole prévaut sur celle de tous les autres :

“Je pense que pour le coup pour le patient on va être important parce qu’on est le médecin [...] je pense que c’est moi qui vais décider et si je leur conseille quelque chose, ils vont forcément m’écouter quoi” (M1).

-Pour d’autres, le médecin généraliste était celui qui oriente vers les autres soignants, c’est-à-dire informe des possibilités sans choisir à la place du patient :

“J’en parle au patient en lui expliquant qu’on travaille avec une infirmière ASALEE, d’éducation thérapeutique, elle travaille au sein de la maison de santé. Et puis je lui donne ses coordonnées” (M2).

-Par sa qualification “généraliste”, les médecins revendiquaient aussi une relation de confiance unique avec le patient :

“Si il y a pas de confiance bah, la médecine générale c’est pas une médecine spécialisée. C’est une médecine qui touche, qui est très holistique, ou la prise en charge elle est globale. Quand tu vas chez le cardiologue tu vas pour ton coeur. Mais quand tu vas chez ton médecin généraliste, lui il sait que tu as fait une dépression, que ton gamin il se drogue, que ton papa était alcoolique, que t’as perdu un enfant d’une mort subite, que t’as été en taule, que... Voilà!” (M6).

Ces propriétés faisaient du médecin le guide du patient à travers le parcours de soins.

Ces résultats suggéraient que les médecins organisaient les interventions qu’ils jugeaient nécessaires pour répondre aux besoins de leurs patients.

1.2. Son rapport aux autres professionnels de santé

Les prises en charge nécessitent la plupart du temps l’intervention de plusieurs professionnels de santé non médecins, mettant en jeu de nombreuses actions et décisions autour du patient.

Même si certains affirmaient *“Moi je me considère pas trop comme un chef d’orchestre”* (M2), les faits exposés définissaient le médecin traitant comme le régulateur du système, avec deux statuts principaux : celui de coordonnateur des actions, et celui de leader des intervenants.

1.2.1. Le coordonnateur

La coordination est entendue ici comme le fait d’organiser les différentes actions entre elles dans le but d’assurer une prise en charge harmonieuse et efficace (20). Ainsi, les médecins ont déclaré assumer trois rôles :

1.2.1.1. Le médecin prescripteur

C’est l’un des seuls professionnels de santé qui ait le pouvoir de prescription et pour certains médecins, cette fonction représentait le seul motif d’échanges avec les autres professionnels:

“Les orthophonistes euh, j’avoue que oui je lis la conclusion et puis eux, en général ils reviennent vers nous s’ils ont besoin d’un complément de prescription...” (M4).

Les rapports se limitaient donc à ceux de prescription, ce qui établissait une hiérarchie entre les professionnels en conférant au médecin une certaine primauté. On remarquait alors que l’action de l’autre professionnel n’avait d’intérêt que parce qu’elle répondait au problème soumis par le médecin.

-Pour d’autres médecins plutôt bien intégrés dans un réseau, la hiérarchie induite par la prescription médicale, constituait un écueil au travail partagé, nécessitant donc une grande vigilance pour maintenir de bons rapports avec les professionnels “prescrits” :

“Nous on est des prescripteurs donc y’a automatiquement la notion de pouvoir à gérer. Il va y avoir une notion de pouvoir, et de prévalence des médecins sur les autres, même si on est très attentif à ça, je trouve que c’est un peu dangereux” (M6).

Nous verrons plus loin comment des stratégies étaient mises en place pour limiter cet effet hiérarchisant.

1.2.1.2. Le médecin distributeur de tâches

Les médecins se présentaient aussi comme ceux qui allaient choisir de faire appel aux professionnels les plus pertinents pour leurs prises en charge complexes, et confier des missions précises à chacun. C'est eux qui créaient le meilleur réseau possible autour du patient.

1.2.1.3. Le médecin contrôleur

Lorsqu'ils confiaient une tâche ponctuelle ou un suivi, plusieurs médecins interrogés gardaient un regard sur l'évolution, par le biais de retours plus ou moins réguliers de la part du professionnel lui-même directement au médecin, ou indirectement, via le patient.

"Il y a forcément un retour" (M8).

Les modes de retour étaient variables comme nous le verrons plus loin, et souvent binomiaux: professionnel-médecin ou patient-médecin, mais certains informateurs parlaient aussi de "réunions patients" au cours desquelles l'ensemble des professionnels s'informait de l'évolution des prises en charge communes.

Ce contrôle régulier permettait aux médecins d'ajuster les directives à l'équipe soignante ou ses propres prescriptions, mais aussi de vérifier la validité des prises en charge prodiguées et d'intervenir directement auprès du professionnel concerné en cas de désaccord :

"Des prises en charges qui sont proches de dérives, on va pas dire "sectaires", mais pas loin. Là c'est quand même problématique. Donc dans cette situation là, je peux être amené à appeler et à discuter de ça avec le professionnel" (M6).

Enfin, il permettait d'alimenter régulièrement le dossier médical, dans un souci de traçabilité.

1.2.2. Le leader

-Lors des discussions au sujet des prises en charge partagées, les médecins semblaient rester les décisionnaires finaux, devant tous les autres professionnels. Ils recevaient les informations et concluaient sur la conduite à tenir.

"On parle tous ensemble et on évoque nos points de vue et puis du coup le médecin.. enfin, on peut prendre des décisions" (M1).

Même dans certains domaines frontières avec d'autres professions, la décision semblait passer par eux, principalement parce qu'ils étaient ceux qui possédaient le droit de prescription des ordonnances ou documents administratifs.

-Dans les MSP, les médecins se percevaient aussi comme le moteur de l'équipe, ceux qui devaient motiver les troupes et initier les actions collectives, tâches parfois lourdes à porter. *"A mon sens quoi, voilà j'ai l'impression de devoir, pfff (souffle), pousser un peu tout le temps, voilà d'être le moteur, et euh , et par exemple pour les RCP j'aimerais bien que ce soit d'autres personnes que les médecins qui soient à l'initiative des demandes par exemple"* (M2).

-Par opposition, des médecins ont montré une volonté d'égaliser les rapports entre médecins et autres professionnels de santé :

"C'est des partenaires hein, c'est pas des gens sous nos ordres, même si on prescrit" (M6).

Un médecin a revendiqué le choix d'une rémunération strictement égale entre les professionnels de son centre et de n'avoir volontairement pas désigné de chef d'équipe :

"Ça se passe très bien aussi pour une raison, enfin pour deux raisons. C'est qu'on n'a pas de hiérarchie dans cette équipe, il y a pas de directeur, il y a pas de hiérarchie même entre les médecins et les autres et on est tous payés pareil". "C'est sûr que si tu payes le médecin le double des autres en fait, qu'est-ce que ça veut dire sur sa place, sur son rôle, est-ce qu'il est plus important, est-ce que du coup son avis est plus important?" (M5).

Un autre privilégiait les échanges binomiaux afin de limiter l'effet hiérarchisant des réunions dirigées par les médecins, en expliquant :

"Y'a pas de dominante du prescripteur par rapport à l'effecteur. Je pense que c'est bien comme ça, c'est plus égalitaire" (M6).

2. Description fonctionnelle du travail partagé entre médecins généralistes et professionnels de santé non médecins

2.1. Facteurs déclenchants et modulateurs des interactions entre médecins généralistes et professionnels de santé non médecins

2.1.1. Limites de l'individu

-Les médecins semblaient reconnaître que le savoir médical n'était pas illimité : leurs compétences s'arrêtaient en général au domaine médical, et ils éprouvaient une inaptitude dans les disciplines spécialisées telles que l'orthophonie ou la kinésithérapie, ou dans certains soins comme celui des plaies. C'est pour pallier cela que les médecins allaient vers d'autres professionnels. Inversement, ils percevaient l'échec de prise en charge comme un motif poussant les autres soignants à les solliciter.

"Il y a des domaines de compétences qui sont complètement en dehors des champs de ce que je sais faire. Je sais pas du tout faire d'orthophonie, de rééducation orthophonique. Les

diagnostics de dyslexie, de dyspraxie, [...] je délègue tout là” (M6).

-L'une des médecins a évoqué également que son manque d'intérêt personnel pouvait l'amener à délaissé certaines prises en charge, qu'elle confiait donc à d'autres professionnels dédiés :

Au sujet de la psychologie: “je ne peux pas régler le problème en 20 ou 30 minutes et qu'il va falloir plusieurs séances d'une heure, voire plus, pour rentrer dans le vif du sujet, et puis euh, moi c'est pas forcément mon job... Après c'est peut-être pas ce que j'aime” (M1).

L'exercice médical était donc façonné par les connaissances des praticiens, mais aussi par la motivation personnelle pour certains domaines. C'était ces limites qui provoquaient la plupart du temps le recours aux autres professionnels non médecins, afin de proposer malgré tout des solutions aux patients. Mais il ne s'agissait pas de la seule explication au besoin d'aller vers l'autre.

2.1.2. Le patient, initiateur et raison d'être des échanges professionnels

-Les contacts entre médecins et autres professionnels de santé pouvaient survenir à la suite d'une situation clinique complexe ou en échec : typiquement, il s'agissait des patients polypathologiques présentant des problématiques croisées requérant des compétences variées et spécialisées, ou des patients en fin de vie, dont le vécu difficile poussait le médecin à rechercher le soutien auprès d'autres professionnels :

“J'ai plus de fins de vie, j'ai plus de gros patients, et donc j'ai plus besoin aussi de me sentir rassuré, entouré. Il y a un côté rassurant de travailler avec les autres” (M7).

Cet exemple souligne aussi que le profil de patientèle, qui vieillit et évolue au cours de la carrière, induit naturellement une intensification du travail à plusieurs.

Il s'agissait aussi de patients avec une seule pathologie, mais dont l'évolution était en échec et incitait donc à chercher de nouvelles idées diagnostiques ou thérapeutiques auprès d'autres professionnels :

“Une kiné ! Qui avait une demande pour un patient qui avait un problème de tendinite d'épaule et de coude, qui traînait un petit peu en longueur donc elle avait changé un petit peu l'orientation des soins donc elle m'a écrit” (M4).

Les comportements décrits montraient que, face à l'échec ou la complexité, l'individu recherche des solutions dans la réflexion à plusieurs.

-Un médecin nous a aussi rapporté le cas de ses patients en fin de vie qui lui demandaient expressément de faire ses visites à domicile en même temps que d'autres professionnels :

“Très franchement ces visites conjointes que je fais maintenant depuis une dizaine d’années sont plutôt demandées par les patients. Des fois tu vois je fais la visite auprès d’un patient en fin de vie par exemple et il va me dire “bah vous n’êtes pas avec l’infirmière?”. Donc il y a presque une demande de la part du patient qu’il y ait toute l’équipe autour de lui quand on prend une décision” (M7).

Ici, c’était la demande du patient qui provoquait directement la rencontre physique.

Ainsi, le patient apparaissait comme la raison implicite et principale de toute interaction entre professionnels de santé, puisque chaque échange avait pour finalité de répondre à ses besoins. Il était la raison pour laquelle le médecin tissait un réseau professionnel autour de lui, et pour laquelle les autres professionnels allaient ou revenaient vers le médecin référent. Cela renvoyait à une certaine idéalisation des prises en charge partagées, comme si le fait d’être à plusieurs améliorait forcément la qualité des soins.

2.1.3. La curiosité personnelle

Certains médecins plutôt en fin de carrière ont exprimé spontanément leur plaisir d’être au contact de l’autre pour découvrir d’autres domaines et apprendre pour soi-même, hors nécessité de répondre à une situation clinique. L’échange “en soit” satisfaisait aussi à une curiosité personnelle et non “nécessaire”.

“Et donc j’apprends pas mal de trucs. Et je trouve ça intéressant de voir l’autre côté de la barrière, il y a pas que la médecine, il y a aussi les para médicaux” (M7).

On s’éloigne ainsi d’une médecine purement utilitaire, répondant à l’équation “un besoin égal un professionnel adéquat”. Le médecin montre son humanité avec sa personnalité et le plaisir du contact.

2.2. Les acteurs

Citons les différentes professions qui ont été considérées comme professionnels de santé par les informateurs.

Des interactions ont été décrites avec les infirmières (dont ASALEE) les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les assistantes sociales et les psychologues. Les professionnels suivants ont été uniquement cités : podologues, neuro-psychologues, orthophonistes, assistants médicaux, aides ménagères à domicile, infirmières de pratique avancée, diététicienne et les sage-femmes. Les secrétaires médicales ont aussi été décrites comme actrices ou intermédiaires avec les autres professionnels de santé.

2.3. Déroulement du travail partagé

Après avoir identifié les éléments déclencheurs de la répartition du travail entre les professionnels de santé, ainsi que les différents acteurs de ce phénomène, nous avons cherché à analyser la façon dont se construisait puis se structurait une équipe de soignants.

2.3.1. La construction du lien

L'axe d'analyse principal identifié fut celui du lien qui unissait les professionnels qui travaillaient ensemble, lien qui se construisait de façon active mais aussi passive.

2.3.1.1. S'impliquer dans la communication

-Un des piliers fondateurs du lien fut l'implication de chaque professionnel dans la communication, puisque, avec le partage de patients, ils se confrontaient au nécessaire partage d'informations.

D'après une jeune médecin, cela passait par une étape préalable de prise de temps pour apprendre à connaître les différents professionnels de sa MSP, et pas seulement les identifier visuellement.

“On est quand même beaucoup de professionnels dans la maison de santé donc on s'est déjà rencontrés plusieurs fois mais le temps de mettre un visage sur tout le monde et de discuter avec tout le monde...” (M3).

Cela reflétait son attachement à s'impliquer personnellement dans la construction de la relation.

-D'autres médecins soulignaient l'importance de créer une dynamique d'échanges favorable aux interactions entre professionnels :

-cela pouvait passer par des réunions systématiques et régulières, qui créaient des opportunités de s'exprimer à des professionnels qui en dehors de ces temps spécifiques n'osaient pas solliciter les médecins.

“Alors les kiné ben pas trop justement, euh, pour le moment, euh, la seule interaction qu'on peut avoir c'est quand on fait nos réunions de RCP, euh... à cette occasion là effectivement il peut nous solliciter sur un problème qu'il rencontre, ou les difficultés de telle ou telle rééducation” (M2).

-d'autres au contraire privilégiaient les temps informels comme catalyseurs des échanges, en prenant leurs pauses en même temps que d'autres professionnels de l'équipe

(M3) ou en allant exercer régulièrement dans un local commun (M6).

-L'un des médecins faisait également preuve d'une attitude encourageant la discussion en se montrant toujours disponible et questionnant directement les professionnels sur leurs besoins éventuels de communiquer :

"C'est vraiment, on se croise, je lui demande si elle a besoin d'un moment de discussion avec moi pour une problématique!" (M6).

-En retour, les médecins attendaient un engagement similaire de la part des professionnels, pour leur faire des retours au sujet des patients communs ou les solliciter en cas de difficultés. Ils attendaient une communication efficace, comme l'a résumé ainsi ce médecin :

"On choisit quand même de travailler avec des correspondants, et là j'inclue aussi les médecins, en qui on a confiance, qui jouent le jeu du retour d'informations, et une information qui soit claire rapide etc" (M6).

Ainsi les modes de retour utilisés étaient variables, allant de l'échange en face à face au courrier transmis via le patient, en passant par les SMS, appels téléphoniques, ou les messageries numériques. Ce maintien du lien conditionnait l'avis des médecins sur un professionnel de santé et son envie de continuer à travailler avec lui. Globalement, tous les modes de communication étaient acceptés, tant qu'ils s'adaptaient à la situation donnée.

-Il a été regretté que les autres professionnels n'exploitent pas toujours assez les outils ou le temps mis à leur disposition pour partager facilement les informations :

"Dans l'idéal j'aimerais bien que chacun l'utilise plus. [...] à l'avenir j'aimerais bien qu'il y ait des photos qui soient mises dans les dossiers des patients, par l'intermédiaire du logiciel, et puis qu'elles [les IDE] alimentent un peu le truc de leur côté" (M2).

-Un défaut d'implication de la part des médecins eux-mêmes a été évoqué par une médecin récemment installée, qui décrivait le cas inverse d'une infirmière plus investie que les médecins dans le système de retours sur patients. Au-delà du manque de temps, elle se justifiait ainsi :

"Parce que le soir j'ai envie de rentrer chez moi, je suis fatiguée. Et que en fait on fait déjà quand même des grosses journées" (M3). Cela pourrait suggérer que le temps de consultations serait prioritaire par rapport au temps de communication avec les autres professionnels, qui serait optionnel. Un autre médecin (M6) soulignait que le temps de coordination était important, mais ne devait pas prendre l'avantage sur le temps de prise en charge, sous peine de perdre en performance comme nous le verrons plus loin.

-Un frein à la communication exprimé fut le mode de rémunération à l'acte de l'activité

libérale, puisqu'il ne rémunère pas cette composante de l'activité médicale, pourtant chronophage :

“On n'a pas de temps pour ça. Et, enfin malheureusement on est quand même en libéral et en fait le temps bah c'est aussi l'argent” (M3).

A l'inverse, dans une SISA, un médecin a reconnu a posteriori que la rémunération spécifique des temps d'échanges entre professionnels avait été efficace pour favoriser une bonne communication :

“C'était aussi le but de la SISA de pouvoir rémunérer ces temps d'échanges et les réunions. Pour justement favoriser les choses et instaurer cette dynamique-là.” (M2)

-La méconnaissance des autres professionnels et de leurs compétences semblait associée à une communication pauvre.

“Oui c'est vrai que l'orthophonie, bon euh, c'est pas quelque chose euh, les termes sont vraiment très techniques! donc bon, on se sert vraiment de.. on prend les mots clefs! (rire)”, puis en parlant d'une messagerie sécurisée et des infirmières: *“Je sais pas si elles en ont non.. J pense pas.” (M4)*

2.3.1.2. Mise en commun des moyens

Outre une participation active dans la communication, nous avons observé que le lien entre les médecins et les autres professionnels de santé se construisait de façon passive grâce à la mise en place de certains éléments :

-l'unité de lieu était le plus souvent perçue comme positivement pourvoyeuse d'échanges non planifiés, donnant l'occasion de discuter de prises en charge en cours et ainsi de prendre des décisions rapidement et efficacement, ou simplement de mieux connaître ses collègues et renforcer l'esprit d'équipe. Les échanges survenaient sur un parking, dans un couloir ou dans les salles de repos. Même lorsqu'il s'agissait de lieux de pause, nous n'avons pas identifié de sentiments négatifs associés ou de pénibilité. Au contraire, ceux qui en parlaient évoquaient l'aspect pratique de cette communication informelle régulière, qui permettait d'être informé presque en temps réel, et parfois même de faire émerger de nouvelles idées par l'intervention inopinée d'un professionnel que le médecin n'aurait pas pensé à solliciter. Il est apparu que de nombreuses décisions étaient prises par ce biais, comme l'a décrit cette médecin de MSP :

[...] Et là en fait elle [la podologue] a intercepté notre conversation avant même que je songe à lui poser la question donc euh voilà, ça s'est fait comme ça” (M3).

-Le partage d'un même logiciel ou messagerie instantanée était également présenté comme facilitateur de la communication et donc renforçateur du lien. Il participait même à un certain sentiment d'appartenance des professionnels entre eux, en créant des canaux préférentiels d'échanges et donc des interlocuteurs privilégiés :

“Le logiciel P ça c'est plus vraiment entre nous et entre les professionnels qui appartiennent à la SISA” (M1).

2.3.1.3. Facteurs influençant le lien

-Lorsque les médecins ne connaissaient pas encore un professionnel, les retours de patients étaient un élément essentiel pour les inciter ou non à travailler avec lui.

Ainsi les médecins se basaient très largement sur les descriptions des patients pour se faire une idée de la qualité des prises en charge dispensées et par la suite conseiller ou non certains professionnels. Par exemple :

“Donc si les patients me disent “bah ce kiné là il me fait rien faire, il est sur son téléphone, j’fais mes exercices à côté” beh, forcément je vais conseiller.. pas forcément ouvertement mais un autre kiné! [...] Ouai je crois que le retour des patients c’est le plus important en fait” (M2).

-Comme tout phénomène mettant en contact des humains, il a été admis que le caractère individuel des professionnels influençait la qualité des rapports, bien que les échanges restaient au maximum centrés sur le patient. Par exemple un médecin a déclaré :

“Bien sûr! .. Comme dans tous les métiers hein parce que... Si cette personne là va faire rentrer son caractère dans sa profession et va critiquer et va..enfin, va faire plein de choses qui sont non professionnelles, forcément ça va moins bien passer quoi” (M1).

2.3.1.4. Choisir un type d'organisation

Les liens unissant les professionnels d'une même équipe pouvaient être variés, plus ou moins façonnés par l'organisation de la structure de soins.

Schématiquement, on pouvait représenter ces organisations par un gradient d'organisation décroissante, allant d'un cadre de travail très ordonné à une organisation beaucoup plus

souple, modulée par les besoins de l'équipe ou des patients, et que nous qualifierions "d'adaptative".

Les MSP et centres de santé nous semblaient les lieux de soins présentant les organisations les plus ordonnées, alors que les cabinets de groupe ou médecins exerçant seuls avaient une organisation plus adaptative :

-A un extrême, dans un centre de santé, le travail collectif était fondé sur des réunions systématiques qui se déroulaient quel que soit le contexte (besoins ressentis ou non, crise Covid, etc.) . Celles-ci rassemblaient les différents professionnels de santé, et traitaient des prises en charge du moment, en difficulté ou non.

"Nous dans l'équipe on a des réunions collectives une fois par semaine sur les situations complexes de patients et ça c'est avec tout le monde." (M5)

Leur régularité était fixée à l'avance, selon une logique de temporalité de prise en charge (toutes les semaines avec l'équipe entière, tous les deux mois avec les kinés, etc).

Le nombre de participants était variable, allant de l'équipe entière à des comités plus réduits pluriprofessionnels et même à des points réguliers en binômes.

Il nous a aussi semblé que c'était dans les organisations les plus structurées que les protocoles de soins ou de délégation ont été le plus évoqués.

M5: *"Ah ouai par contre on est ouf malades de protocoles hein!"*

Pour autant une des médecins d'un pôle de santé n'avait connaissance d'aucun protocole, ce qui montre qu'il s'agissait aussi d'un choix d'organisation.

-Dans d'autres MSP, les réunions collectives étaient considérées comme importantes mais étaient plus soumises aux aléas d'organisation ou de disponibilités personnelles. La crise covid fut l'objet tantôt de l'interruption des réunions régulières, d'un changement d'orientation des réunions habituelles, ou même de l'instauration de réunions nouvelles.

Une jeune médecin de MSP a déclaré, au sujet des réunions consacrées aux patients :

"Les réunions nous prennent quand même pas mal de temps et c'est pris un peu à la place de... Avant que j'arrive ils faisaient des réunions pour les patients complexes mais maintenant c'est difficile à faire ouai" (M3).

A l'inverse, dans un cabinet de groupe : *"Alors je trouve que, surtout avec la crise covid, je trouve qu'on passe notre temps à se réorganiser en fait"* (M8).

Les sujets étaient dominés par les difficultés de prises en charge, amenées le plus souvent par les médecins, mais pouvaient aussi être organisationnels ou orientés sur la planification de projets communs.

"Il va y avoir un protocole pour les plaies-cicatrisation, donc là il y a un groupe de travail qui est en train de se faire entre médecins et infirmières et après dans un second temps avec les pharmaciens" (M2).

-En dehors des cas de collaboration déjà prédéfinis par la loi (par exemple le champ d'intervention de l'infirmière ASALEE), des équipes ont défini d'autres cadres de travail, particuliers à leur fonctionnement et pensés collectivement afin de fluidifier le partage des prises en charge : une médecin du pôle de santé évoquait ainsi *“nos petite règles à nous”*, leurs *“critères de, d'adressage”* à travers l'exemple d'une patiente complexe qu'elle avait adressée aux kinés de sa structure : *“du coup pour moi il y a avait une bonne indication à ce qu'elle soit vue ici. Parce que du coup on a quand même des indications...”* (M5)

-A l'autre extrémité du gradient, les organisations qualifiées d'adaptatives étaient marquées par le refus revendiqué des réunions systématiques, hiérarchisantes et chronophages :

“Les réunions? Hum non! En admettant qu'il y en ait, c'est pas programmé à l'avance si tu veux. On peut effectivement comme je t'ai dit se croiser chez le patient. Mais non. Je préfère le spontané” (M7).

“Donc je te dirais que le temps passé à faire de la coordination de soins, il est pertinent quand tu choisis les sujets à discuter en coordination. Euh tu es pas pertinent, je pense, quand tu reparles de tous les dossiers qui sont vus par l'infirmière, la kiné, l'orthophoniste etc. Il y a un moment donné, on est moins bons si on fait ça. Parce que ça prend du temps, parce que tu te noies...” (M6)

Ce médecin, qui s'est par ailleurs montré très investi dans la communication avec les autres professionnels, évoquait ici la juste mesure entre le temps passé auprès des malades, et celui passé à communiquer avec l'équipe. Il réfutait l'intérêt de la systématisation et défendait la meilleure qualité des échanges ciblés, répondant à un besoin précis. Cet argument trouve sa pertinence dans l'économie d'énergie et de temps (possiblement gaspillés lors de réunions imposées) mais ne peut s'entendre que dans une organisation assez souple pour qu'une communication improvisée reste possible sans mettre les acteurs en difficulté.

Pour conserver cette souplesse, la priorité semblait donnée aux échanges directs, ciblés et informels, et les médecins se rendaient très disponibles.

Les échanges directs se faisaient donc sans intermédiaire, de vive voix, par téléphone, par SMS ou par messagerie instantanée, favorisant une communication claire et efficace.

Ils se faisaient uniquement entre professionnels concernés par une même prise en charge et visaient souvent à résoudre des problèmes aigus, mais aussi donner des nouvelles régulières dans les suivis.

Par exemple, un médecin a décrit ses interactions avec une neuropsychologue dont il partage le cabinet une fois par semaine :

“C'est vraiment, on se croise, je lui demande si elle a besoin d'un moment de discussion avec moi pour une problématique: y'en a pas, y'en a pas, y'en a, on discute! on fait pas une organisation de réunion, systématisée comme ça” (M6).

Il avançait même une meilleure qualité de communication à deux plutôt qu'en groupe, par un moindre impact de l'effet hiérarchisant : dans cette configuration, les interlocuteurs étaient perçus uniquement comme deux professionnels égaux cherchant à agir sur une même problématique, concernant un même patient.

Enfin pour parvenir à cette gestion de l'organisation, les médecins apparaissaient souvent comme très disponibles avec des échanges téléphoniques décrits sur les temps de pause du midi, sur le jour de repos hebdomadaire, sur les samedis théoriquement non travaillés.

La plupart des médecins a décrit avoir donné son numéro de téléphone personnel aux infirmières travaillant avec eux. L'un nous a affirmé : *“Mais avec mes groupes d'IDE, elles peuvent me contacter n'importe quand et n'importe où”* (M7).

Ces médecins investis dans une communication plus spontanée, ont aussi décrit plus de contacts physiques avec des visites à domicile organisées conjointement. Aucune contrainte n'était exprimée face à la nécessité de coordonner ses emplois du temps pour dégager du temps commun, et bien au contraire, l'aspect pratique était nettement mis en avant par comparaison aux visites à domicile en solitaire.

“C'est une organisation beaucoup plus simple de prendre rendez-vous et puis tous les deux de faire le pansement” (M6).

-Nous avons identifié une autre organisation assez différente concernant les habitudes de communication, avec des échanges rarement directs : les interactions avec les professionnels autres qu'infirmières se faisaient via les prescriptions ou des demandes d'ordonnances rapportées oralement par le patient, par les courriers remis aux patients ou reçus, et par des avis oraux confiés au patient pour transmission au professionnel concerné.

“Avec les kinés c'est vrai que souvent ils me font un petit mot manuscrit ou ordinateur mais qu'ils transmettent au patient, c'est bien souvent comme ça” (M4).

Seuls les échanges avec les infirmières étaient directs et fréquents, et traitaient de situations simples où le problème était unique et rapide à traiter.

“On fait beaucoup, comme c'est plus sur du rapide (rire), soit je les appelle directement quand je suis chez le patient, ou sinon, s'il y a des choses à rectifier après une prise de sang sur une posologie, je vais leur passer un p'tit SMS... c'est rapide et efficace” (M4).

2.3.2. La primauté du temps médical

-Nous avons identifié que quelle que soit l'organisation d'une équipe, le fonctionnement global s'appuyait sur le principe d'un temps médical prioritaire sur celui des autres et donc à préserver autant que possible.

Un médecin a déclaré : *“Donc pour le coup, ça va de soi quoi. On ne dérange pas le médecin quand on est en consult”* (M1). Il s’agissait d’un postulat visiblement admis par tous les membres de la MSP, car tout semblait mis en œuvre pour solliciter le moins possible les médecins durant leurs consultations : les demandes passaient par les secrétaires, qui géraient les choses elles-mêmes ou les transmettaient plus tard, les professionnels utilisaient des messageries permettant une communication retardée ou attendaient de croiser le médecin hors de son bureau pour lui parler.

-Pour limiter le temps passé hors des consultations, les médecins eux-mêmes s’efforçaient d’accéder aux demandes des autres soignants de façon hiérarchisée, en priorisant surtout sur le caractère urgent.

Ainsi, au sujet des podologues: *“Mais euuh, c’est vrai que je décroche rarement mon téléphone pour l’appeler comme je peux le faire avec les infirmières ou le pharmacien. Parce que, parce que.. bah ya jamais trop de choses urgentes”* (M2).

-La délégation était également perçue comme essentielle pour décharger les médecins du maximum de tâches possible et ainsi lui dégager plus de temps de consultations.

Au sujet de la vaccination par des infirmiers, un médecin affirmait : *“J pense qu’ils sont à même de le faire et puis nous ça nous soulage derrière du temps euh, du temps médical quoi pour répondre aux urgences!”* (M4).

Il se dégageait donc l’idée de préciosité du temps médical, qui serait plus rare et donc important que celui accordé à la communication avec les autres professionnels.

2.3.3. La délégation

Pour mieux comprendre l’articulation des rôles dans les prises en charge partagées, nous avons interrogé les médecins sur leur perception de la délégation de tâches. Nous n’avons volontairement pas donné de définition de ce terme afin d’obtenir un aperçu le plus représentatif possible du ressenti sur le terrain.

Les réponses ont montré que les médecins avaient une compréhension très large du terme, qu’ils entendaient comme tout acte de confier une tâche à un autre professionnel.

-Ils ont en fait décrit le fait de prescrire aux autres professionnels leurs propres missions, donc sans transfert des compétences médicales. Par exemple, ils disaient déléguer l’évaluation de la douleur aux infirmières, la rééducation orthophonique à l’orthophoniste, les demandes d’aides sociales aux assistantes sociales ou encore le suivi psychologique aux psychologues. Pour eux, cela constituait de la délégation, assumée car légitime.

-Certains médecins ont parlé de vrais transferts d'activité, c'est-à-dire de cas où un médecin déléguait à un autre professionnel une tâche qu'il aurait pu ou dû lui-même faire du fait de ses prérogatives et compétences généralistes. Il s'agissait alors de confier systématiquement des tâches dont la délégation était prédéfinie par la loi, comme l'éducation thérapeutique des diabétiques ou l'évaluation des troubles cognitifs aux infirmières ASALEE. Nous avons aussi relevé des cas de délégation très ponctuelle, répondant à un besoin issu d'une conjoncture particulière. Par exemple, un médecin a délégué exceptionnellement la réalisation d'un vaccin anti-pneumococcique à une infirmière qui se trouvait au domicile d'un patient et se proposait de le faire pour éviter une autre visite.

-Plus largement, des actes médicaux récurrents pouvaient être facilement délégués et sans supervision quand ils représentaient un risque négligeable aux yeux du médecin : des frottis (M5) ou la vaccination au sens large aux infirmières (*"Moi j'vois pas pourquoi on partagerait pas! Euh, il y a pas besoin de compétences particulières pour aller vacciner euh, j'pense qu'ils sont à même de le faire"* (M4)), des tâches médicales administratives aux secrétaires (*"Nous nos accueillants sont des super accueillants (rires), qui font plein de trucs et notamment qui font des bons de transport par exemple, des certificats d'absence scolaire dans certaines limites..."* (M5)), ou encore le suivi de l'INR aux infirmières suivant un patient à domicile (M7).

Un médecin déléguait aussi la prescription de pansements aux infirmières pour en améliorer la qualité: *"c'est elle qui va faire ses propres ordonnances, moi je vais pas faire d'ordonnance concernant le matériel qu'elle utilise, je lui laisse faire, c'est bien plus performant, de laisser le professionnel paramédical utiliser les produits qu'il a l'habitude d'utiliser"* (M6).

-Dans d'autres cas, la délégation était bien encadrée, soit tout au long des prises en charge par des retours systématiques et réguliers au médecin superviseur, soit en amont, par des protocoles, de suivi ou d'évaluation initiale. Un médecin de centre de santé décrivait ainsi au sujet des accueillants: *"On a un protocole de délégation de tâches sur les ordonnances de substitution aux opiacés. Euh sur des patients qui sont stabilisés"* (M5).

L'accent a été mis sur le caractère sécurisant des protocoles, pour le médecin (responsable) et pour le patient, et semblait libérer les médecins de certaines réticences à déléguer.

Ainsi, la délégation était perçue comme un processus à sens unique, du médecin vers les autres professionnels, avec un ressenti oscillant entre deux positions :

- La première : celle d'une délégation volontiers consentie par le médecin, quand elle était bien encadrée, sûre et garante d'une amélioration des soins, mais aussi pratique, pour libérer du temps de consultation médicale.

“Ouai nous on fait plein de délégations de tâches en plus, qui sont plus ou moins officielles mais... (rires) [...] Alors nous on a plusieurs choses. On a surtout un gros protocole de délégation de tâches” (M5).

- La deuxième : celle d'une délégation contrainte, principalement par manque de temps, et difficile à admettre. En effet la première réaction des participants interrogés sur la délégation était souvent de réfuter l'idée (*“(gros rire) pas grand chose! Euh, qu'est ce que je pourrais déléguer..?”* M3) puis ils parvenaient à donner des exemples. Il transparaissait une vision du médecin supposé être omnipotent, et donc pour qui la délégation constituait un aveu d'incapacité à assumer son rôle pleinement.

“C'est toujours dur pour moi de déléguer, mais oui bien sûr” (M6).

2.4. Les conséquences ressenties du travail partagé

2.4.1. Amélioration de la qualité des soins

Premièrement, les médecins éprouvaient une amélioration des prises en charge au niveau individuel :

-Un travail partagé bien organisé et en confiance permettait de renforcer le lien thérapeutique par un meilleur accompagnement. Le patient n'apparaissait pas seul face à plusieurs professionnels, mais un, avec une équipe, qui, par la multiplicité de ses compétences, pouvait l'accompagner dans un plus grand nombre de domaines.

Dans les centres de santé ou les MSP, consulter plusieurs professionnels toujours au même endroit, semblait créer un point d'ancrage dans les prises en charge souvent multiples. L'unité de lieu, créait un climat de confiance, propice à une plus grande libération de la parole comme le percevait cette médecin :

“Je pense que quand les gens se mettent à voir un professionnel ici, notamment kiné ou orthophoniste, c'est-à-dire venir 2 ou 3 fois par semaine au centre, ça crée aussi un truc. Enfin moi je sens que y'a des choses qui se disent plus facilement en fait aussi” (M5).

En plus du lieu familier, les contacts réguliers et multiples avec les personnes d'une même équipe, par la répétition, apparaissaient comme un facteur motivationnel majeur chez des personnes engagées dans des prises en charge longues ou difficiles.

“Donc c'est aussi ce qui est bien de travailler à plusieurs professionnels, c'est qu'elle a toujours des rendez-vous à droite à gauche qui fait que elle est re motivée par les professionnels qu'elle voit” (M3).

Avoir une équipe de soins au clair avec les objectifs de prise en charge et bien informée apparaissait enfin comme un atout particulier pour améliorer la compréhension des patients grâce à des messages cohérents et adaptés, et donc renforcer l'adhésion thérapeutique. Cela permettait aussi d'aborder les éventuelles problématiques délicates ou rejetées par le

patient plus progressivement et en variant les approches selon le professionnel. Ainsi le travail de fond pouvait être partagé, et les messages délivrés de façon plus adaptée, ce qui semblait augmenter les chances de réussite ou d'acceptation. Par exemple, une médecin qui avait du mal à faire accepter la relaxation à une patiente avait impliqué une kiné dans la prise en charge pour ré-aborder le sujet :

“Et du coup le fait d’avoir un truc régulier qui existe, ça permet aussi que je confie à quelqu’un cette question à travailler quoi” (M5).

-Le travail à plusieurs permettait une amélioration des prises en charge par l'accroissement des compétences individuelles, ce qui était un élément central et recherché. Nous définissons les compétences comme la capacité à mobiliser ses connaissances (ou savoirs) dans une situation donnée.

En particulier, le travail partagé était l'occasion d'une mise en commun des connaissances individuelles, c'est-à-dire des connaissances théoriques professionnelles (le médecin connaît telle maladie, la conseillère conjugale la systémie, le podologue tel appareillage..), mais aussi des connaissances actualisées sur le patient, acquises lors de sa dernière visite à domicile, son dernier échange avec un proche ou ses consultations. Si les connaissances individuelles accroissaient le savoir de l'équipe, celui-ci enrichissait aussi l'individu, puisque chacun pouvait tirer un enseignement personnel de chaque situation vécue à plusieurs et des connaissances apportées par les autres professionnels. Apparaissait alors un système de boucle vertueuse du savoir : de l'individu vers l'équipe, et de l'équipe vers l'individu. De façon intéressante, un médecin a décrit l'inversion ressentie des rapports au cours du temps, avec, en début de carrière, des individus qui apprenaient beaucoup de l'équipe, en enseignant peu, puis de plus en plus, enseignaient beaucoup en apprenant peu.

“Enfin comme n’empêche qu’au fil des années on devient assez compétent sur plein de trucs, on a moins besoin de l’équipe peut-être qu’au départ” (M5).

-Enfin il a été souligné le bénéfice du regard extérieur de professionnels de l'équipe pour prendre du recul sur ses propres prises en charge ainsi que l'intérêt d'être bien intégré au sein d'un réseau de professionnels pour pouvoir personnaliser les soins à chaque étape.

“Après il y a le fait je pense évidemment d’avoir des regards extérieurs sur, tout simplement extérieur à la situation. C’est-à-dire qu’ils ne sont pas dans la prise en charge de la personne. Parce que des fois on est trop le nez dedans et on voit plus trop où on va, les enjeux et tout ça” (M5).

“Voilà donc on a pas mal discuté de comment on pouvait aider cette patiente pour perdre du poids. Et donc j’ai mis dans la boucle la podologue orthopédiste” (M3).

Deuxièmement, les médecins rapportaient une amélioration plus objective de l'offre globale de soins sur le territoire.

-Le travail partagé, par l'augmentation du nombre de professionnels au courant des dossiers, permettait d'abord de mieux assurer la continuité des soins.

“Je sais que quand j’ai un patient qui va pas bien et que moi je suis fatigué ou que je dois partir une journée, je sais qu’il y a quand même quelqu’un qui est au courant du dossier, qui saura faire si il y a besoin et qui peut me contacter éventuellement” (M7).

-Un médecin a mis en avant l'augmentation de sa file active comme bénéfice direct de son travail avec une infirmière ASALEE, par le temps qu'elle lui permettait de dégager effectivement pour ses consultations médicales :

“Moi je trouve ça très bien, ça nous permet de dégager du temps de consultation pour d’autres patients. Parce que il y a énormément de patients qui ont du mal à trouver un médecin traitant, mais aussi pour consulter tout simplement hein” (M8).

Ces professionnelles ont aussi été largement décrites comme ressources pour améliorer la prévention (dépistage du cancer colorectal (M8) et des troubles cognitifs (M2, M3, M5)) et l'éducation thérapeutique (règles hygiéno-diététiques sur terrains cardiovasculaires (M2, M3) ou arrêt du tabac (M1, M3)).

2.4.2. La fragilisation du secret

La notion du secret médical est apparue comme une préoccupation centrale pour les médecins généralistes interrogés, en particulier ceux travaillant beaucoup en collaboration. Malgré les objectifs d'amélioration de la communication avec les autres soignants, via notamment un plus grand partage d'informations, le corollaire était la crainte d'une violation du secret médical. Les médecins se donnaient la mission de protéger celui-ci.

-La question de la façon de partager l'information a été abordée, avec un point d'attention particulier donné aux logiciels communs, facilitateurs théoriques de partage sécurisé d'informations. L'autorisation d'accès aux dossiers numériques à plus ou moins de professionnels apparaissait comme une question sans réponse idéale, et source de désaccord. En effet, elle devait tenir compte du secret médical, de l'avis de chaque professionnel (qui parfois souhaitaient eux-mêmes ne pas en voir trop), du patient et de la faisabilité matérielle. Il est apparu qu'aucun type de communication ne pouvait respecter tous les partis, et que les attitudes oscillaient entre une communication active mais fragilisant le secret, et un respect strict du secret mais au dépend de la communication.

Ainsi des médecins pointaient du doigt un matériel informatique inadapté, trop complexe de prise en main ou n'offrant la possibilité que d'un partage sans nuance (total ou nul) :

“Si on veut qu’elles entrent une consultation ou euh, qu’elles mettent un petit mot dans P, il faut qu’elles puissent avoir accès à l’onglet “consultation”. Et ça ça pose souci parce que si moi je veux le faire, je ne peux pas le faire que (insiste) pour mes (insiste) patients, il faut que ce soit pour euh, les droits doivent être ouverts pour tout le monde” (M2).

-Les conditions légales actuelles encadrant le partage d'informations, et en particulier le nécessaire recueil du consentement du patient, étaient aussi perçues comme incompatibles avec le travail en groupe, et donc comme un frein à l'échange entre professionnels.

Pour pallier ces difficultés et devant la nécessité de communiquer rapidement, des médecins se sentaient obligés d'utiliser des canaux non sécurisés : SMS, MMS ou réseaux sociaux.

L'exemple suivant résume bien la problématique de l'incompatibilité entre besoins de la pratique et réalités matérielles et légales :

“Il était brûlé bien comme il faut donc il a eu des greffes de peau, etc, et donc là par exemple ça aurait été intéressant d'ouvrir son dossier pour que l'infirmier qui le prenait en charge m'envoie des photos régulièrement et qu'on puisse discuter... alors il l'a fait mais sur mon téléphone quoi. Donc euhh, là au moins il y a des photos dans le dossier [...] d'une manière non sécurisée, par texto quoi!” (M2) (dans cet exemple, il était techniquement impossible d'ouvrir les droits d'accès au dossier uniquement à l'infirmier en charge, donc le dossier était resté accessible seulement au médecin).

-En plus de la crainte d'enfreindre la loi, une attention particulière était portée au risque de fragiliser la relation de confiance avec le patient. On craignait qu'il n'associe l'usage de l'informatique à un stockage des données non protégé, et que le simple fait de travailler en MSP véhicule l'idée d'un partage des informations entre tous. Ainsi un médecin résumait :

“Cette notion là, dans le réseau de gens qui ont une prise en charge commune avec toi il faut vraiment être très très vigilant. Si il y a pas de secret, il y a pas de confiance” (M6).

-Ainsi, malgré la difficulté de s'impliquer dans la communication tout en respectant la loi et le secret, des stratégies étaient mises en avant pour assainir les pratiques.

Tout d'abord, il s'agissait de sélectionner et cibler les informations partagées dans la transmission orale ou par courrier : *“j'essaye de faire le minimum, je partage le minimum utile”* (M6).

Certains médecins allaient jusqu'à bannir complètement les logiciels communs : *“Alors ça j'ai pas! [...] Parce que justement il faut quand même que tu sélectionne des choses”* (M7).

Le maintien de la confiance passait également par la plus grande transparence possible au sujet du partage des informations avec d'autres professionnels, soit parce qu'il se faisait devant le patient, soit parce que les médecins le décrivaient précisément au patient :

“Moi je note à peu près tout ce qu'on se dit et je le rapporte au patient après, il sait que j'ai eu un contact avec la psychologue et il sait ce qu'on s'est dit” (M7).

2.4.3. Les sentiments générés par le travail à plusieurs

Aucune question de notre grille d'entretien n'ayant été directement posée au sujet des sentiments, leur identification s'est faite à travers les récits de situations ou le ressenti à l'issue des entretiens.

-On peut commencer par rappeler le sentiment de crainte, généré par la fragilisation du secret médical liée au partage d'informations. A cet égard on a pu relever des expressions telles que *“c'est quand même dangereux”, “on est un peu frileux par rapport à ça”* (M2), *“Le soucis c'est que”* (M3), *“faut faire attention”* (M5), *“il faut vraiment être très très vigilant”* (M6).

-L'organisation nécessaire à la mise en place puis la coordination continue d'un travail à plusieurs nous a paru représenter un effort, quasiment pénible pour certains. Il y avait tout d'abord le besoin de changer les habitudes des médecins et des patients, en adaptant par exemple sa communication à l'exercice de groupe ou incluant les nouveaux professionnels dans les prises en charge.

Par exemple, un médecin nous a rapporté la difficulté qu'il avait à faire consulter ses patients auprès d'une infirmière de pratique avancée nouvellement installée dans son cabinet: *“Là pour l'instant ça c'est un truc qui a du mal à démarrer avec moi” [...] Il y a des patients qui refusent... Surtout l'IPA parce que ça c'est tout neuf, c'est récent. Alors que l'IDE Asalée c'est rentré un peu dans la routine maintenant”* (M8).

-On notait aussi la pénibilité ressentie de devoir se former à plusieurs, sur de nouveaux logiciels par exemple : *“Voilà on n'avait pas que ça à faire”* (M2).

-La recherche de compromis, lors des réunions organisationnelles était aussi associée à un certain agacement : *“Et puis le temps que nous on se réunisse, qu’on trouve aussi uuuuun.. un point d’entente avec ce qu’on voulait faire ce qu’on voulait pas faire avec le logiciel, euh ben voilà (moue crispée)”* (M2).

-Enfin un sentiment de frustration a été relevé au sujet de la méconnaissance et donc la mauvaise communication possible avec certains corps de métiers spécialisés comme l'orthophonie : *“Puis si ça se passe pas bien je peux les appeler (les infirmiers) pour savoir ce qu’il font. Alors que orthophonistes, non. [...] Parce que j’y connais rien. Moi j’aimerais bien qu’on soit mieux formés à ça. Pour justement échanger avec eux”* (M8).

En dehors de ces sentiments négatifs, nous avons aussi relevé des manifestations positives :

-D’abord à l’égard du partage des tâches et des responsabilités, un sentiment de tranquillité procuré par la connaissance du professionnel partenaire :

“Oh bah je le délègue parce que je sais qu’elle le bosse bien, je connais sa formation et je sais que ça va être bien fait” (M6).

-Nous avons aussi noté une satisfaction professionnelle, à constater la qualité des prises en charges partagées plutôt que solitaires :

“On fait du très bon travail, et ça c’est très agréable. On a vraiment l’impression de prendre les situations très globalement et c’est très agréable quoi” (M5).

-Le travail d’équipe paraissait aussi intervenir sur le plan personnel via la satisfaction de sa propre curiosité intellectuelle :

“Ça apporte énormément de travailler avec les autres professionnels [...] j’apprends pas mal de trucs. Et je trouve ça intéressant de voir l’autre côté de la barrière” (M6).

-Des médecins ont aussi rapporté un bien-être généré par l’ambiance du travail à plusieurs :

“Bah déjà c’est plus sympa (rires) c’est au niveau de l’ambiance” (M2).

-Enfin des médecins ont souligné le réconfort qu’ils trouvaient dans les échanges avec leur équipe. Ils évoquaient les situations de fin de vie, moins difficiles à soutenir à plusieurs, ou les tensions avec certaines familles, au cours desquelles pouvoir partager son vécu avec un interlocuteur également impliqué constituait un véritable soutien psychologique.

“Donc euh c’est vrai que c’était un soutien, autant pour elles que pour moi, sur notre ressenti par rapport à la famille qui était un peu procédurière en plus...” (M4).

-Par contraste, chez la médecin chez qui les interactions avec les autres professionnels nous paraissaient les moins intenses, nous avons identifié un sentiment d'isolement, exprimé à travers des déclarations telles que : *“Y'en n'a pas des masses à vrai dire!”, “c'est vrai qu'on a déjà du mal à trouver des praticiens en fait! Donc on les connaît pas”* (M4).

3. Théorisation du modèle

Après avoir décrit le phénomène, nous avons cherché à déterminer quels étaient les principes qui participaient au sentiment de former une équipe avec certains professionnels.

Nous avons observé que dans certains cas, le fait qu'un professionnel prenne en charge un le patient d'un médecin faisait de ce professionnel un vrai partenaire de travail pour le médecin, alors que dans d'autres cas, ce sentiment de lien particulier n'était pas retrouvé.

Un médecin nous parlait de *“[ses] infirmières”* (*“Me retrouver au chevet du patient avec mes infirmières”*, M6), d'autres disaient qu'ils *“travaillaient avec”* un professionnel particulier, alors qu'en réalité, c'est le patient qui choisit quel professionnel non médecin va réaliser son suivi. Analysons maintenant ce qui participait au sentiment d'appartenance qui liait certains professionnels entre eux.

Précisons que notre but n'était pas d'établir une liste de conditions nécessaires pour qu'une organisation soit qualifiée d'équipe, mais qu'il s'agissait plutôt d'éléments identifiés dans le discours des médecins comme concourant au sentiment de *“travailler avec”*.

3.1. Le partage réel

La notion de partage constituait l'un des socles fondateurs d'une équipe. Un partage qui soit réel, c'est à dire non contraint et sans cesse renouvelé.

3.1.1. Le partage des responsabilités

-Les médecins ont exprimé que faire équipe avec un professionnel, c'était avant tout partager avec lui la responsabilité du patient. Dans ce cadre, on observe un glissement du médecin premier responsable du patient, vers l'équipe responsable du patient et de la prise en charge commune.

Les médecins prescrivaient les soins, mais ils considéraient que cette prescription ne déchargeait pas le professionnel concerné de sa propre responsabilité : celui-ci se devait de

prévenir le médecin si l'évolution était mauvaise ou si la prescription arrivait à sa fin alors qu'il y avait toujours besoin de soins :

“On va travailler plus avec des gens qui sont capables de nous alerter, de nous dire que, voilà ils ont remarqué ça euh.. de suggérer aussi des améliorations, des reprises de diagnostics” (M6).

Interrogé sur le sens attribué à “travailler avec”, un médecin a répondu :

“C’est à dire que c’est eux qui prennent en charge, on leur confie nos patients.” (M6)

“Confier”, c’est par définition, remettre quelqu’un aux soins d’un tiers dont on est sûr (20). Celui-ci en devient donc aussi responsable, mais les patients restaient “nos patients”, donc le médecin ne se départissait pas pour autant de sa propre responsabilité. Elle était donc bien partagée.

La responsabilité partagée poussait aussi à rédiger des protocoles, afin de donner une cadre sécurisant : *“C’est important, ça sécurise les gens les protocoles” (M5).*

-Il a également été mis en avant le sentiment d’un lien particulier avec le pharmacien du fait qu’ils soient tous deux responsables de la sécurité des prescriptions. Le médecin fait l’ordonnance, et en est responsable, mais le pharmacien est responsable des médicaments délivrés au patient et doit donc vérifier la validité des prescriptions. Toute modification devant néanmoins être à nouveau confirmée par le médecin, les deux professionnels semblaient liés par une interdépendance plus ou moins ressentie selon les médecins interrogés.

Dans l’exemple qui suit, il s’agissait d’une médecin qui limitait au maximum les interruptions de ses consultations par d’autres professionnels, qu’elle ressentait comme inopportunes, mais dans le cas du pharmacien, elle légitimait ses interventions par l’importance qu’elle attribuait à son rôle de vérificateur :

“Quand ils trouvent quelque chose d’anormal sur l’ordonnance ils n’hésitent pas à appeler quand on est en consultation et pour le coup ça, ça ne me dérange pas du tout, parce que c’est pas forcément fréquent et puis de toute façon c’est... s’il y a un médicament qui manque il faut bien qu’ils règlent le problème donc euh” (M1).

3.1.2. Le partage des valeurs morales

Le sentiment d’appartenance à une même équipe semblait aussi naître du partage de valeurs morales similaires, entendues comme le fait d’agir les uns envers les autres selon des règles similaires de conduite.

-Cela signifiait s'investir dans le fonctionnement global et personnellement auprès des autres membres, c'est-à-dire assumer une certaine responsabilité par rapport à l'équipe. Cette responsabilité se traduisait par une implication spontanée dans l'élaboration des protocoles, les réflexions organisationnelles ou les réunions et aussi par le signalement rapide au médecin de toute anomalie détectée chez des patients suivis à domicile.

Par exemple : *“On va travailler plus avec des gens qui sont capables de nous alerter, de nous dire que, voilà ils ont remarqué ça euh... de suggérer aussi des améliorations, des reprises de diagnostics”* (M6).

-“Faire équipe” signifiait aussi faire preuve de professionnalisme, avec une pratique sérieuse et investie, basée sur des recommandations valides et un respect de la frontière entre le professionnel et le personnel.

Par exemple une médecin parlait des assistantes sociales de son équipe en ces termes : *“On voit qu’elles sont à fond dans leur métier, qu’elles y tiennent, qu’elles vont direct quand on leur demande quelque chose c’est fait, et puis qu’elles ne vont pas prendre le truc à la légère quoi, elles vont faire direct et bien. Elles vont faire les choses bien”* (M2).

-Les partenaires de travail apparaissaient aussi comme ceux qui faisaient passer les intérêts de l'équipe avant les leurs. Par exemple une médecin qui disait passer beaucoup de temps au téléphone avec les infirmières de son réseau justifiait ainsi les efforts que chacune devait faire pour répondre régulièrement aux appels de l'autre :

“Elles m'appellent autant que je les appelle moi ! (rire) [...] ça mange un peu mais je trouve que c'est quand même plus simple de passer 10 minutes au téléphone pour régler les problèmes, plutôt que de laisser traîner des situations où finalement elles sont autant dans la difficulté que nous” (M4).

3.1.3. Le partage des projets

Il est apparu que le sentiment de travailler en équipe se construisait aussi à travers l'élaboration en concertation de projets communs, notamment des protocoles (d'automesure tensionnelle, de soins de plaies), des partenariats de délégation, ou des démarches de soins individuelles communes. Il ne s'agissait pas d'appliquer simplement des projets préétablis, mais bien de les construire conjointement, donc de passer du temps ensemble à fonder les bases d'une collaboration.

Par exemple, une médecin de MSP a cité : *“Là il va y avoir un protocole pour les plaies-cicatrisation, donc là il y a un groupe de travail qui est en train de se faire entre médecins et infirmières et après dans un second temps avec les pharmaciens”* (M2).

-A l'inverse, on nous a décrit des relations professionnelles où les projets communs semblaient absents : pas de mention de projets d'équipe, ni de partenaires communs, ni de démarches de soins collectives. Dans ces relations, le médecin prescrivait, puis le professionnel travaillait en autonomie, sans inscrire sa démarche dans une prise en charge globale, sans réfléchir avec d'autres professionnels en charge du patient en cas de blocages.

Ainsi par exemple une médecin rapportait cette expérience avec une kiné qui soignait un de ses patients pour une épicondylite depuis un temps prolongé :

“Donc elle avait changé un petit peu l'orientation des soins donc elle m'a écrit. Elle a donné la lettre au patient en fait” (M4). La kiné avait donc décidé seule de réajuster les soins et informait la médecin a posteriori qu'elle avait besoin d'une nouvelle prescription. Un autre kiné l'avait également contactée par mail pour l'informer qu'il arrivait au bout de ses capacités pour une patiente et mettait un terme aux soins : *“oh non c'était pas vraiment un échange quoi c'était juste pour te dire « moi en gros j'ai fait tout ce que j'ai pu mais il faut trouver une autre solution parce que la kiné là ça n'avance plus quoi ». Pour me dire, de repasser la main à un autre spécialiste (rire).”*

En découlait l'absence de sentiment de partenariat.

3.1.4. Le partage des savoirs

Ce point est ressorti comme particulièrement important pour construire la notion d'équipe. A la fois cause et conséquence du travail d'équipe, ce partage des savoirs prenait plusieurs formes.

-D'abord, les partenaires d'une équipe mutualisaient leurs connaissances du patient, de façon régulière et pertinente. De façon générale, chaque professionnel, de par sa fonction propre, perçoit un aspect particulier du patient et son contexte, comme la pièce d'un puzzle. C'était par exemple l'infirmière, qui passait à domicile tous les jours et pouvait observer certaines habitudes de vie, c'était le patient qui occultait certaines choses au médecin mais s'en confiait à un autre professionnel, ou encore un professionnel qui suivait les parents d'une patiente et pouvait rapporter des éléments de contexte familial expliquant certains blocages que le médecin traitant ne pouvait pas comprendre avant. C'était donc la mise en commun de ces différentes pièces du puzzle, au cours de réunions

ou d'échanges informels, qui permettait de reconstituer une image plus complète du patient dans sa globalité. Ceci était perçu comme l'un des points forts d'une équipe de soins.

Un médecin de MSP a résumé ainsi : *“Mais après ouai c'est hyper intéressant d'avoir les différents points de vue de chaque professionnel, et puis de comprendre aussi pourquoi bin des fois il y a des limites dans les prises en charges. Et en fait c'est parce qu'on n'avait pas notion de certaines informations”* (M3).

-Ils partageaient aussi leurs connaissances sur les offres de soins et le réseau professionnel du secteur : *“Des connaissances sur des trucs que je connais pas comme des dispositifs, des choses comme ça. Des connaissances beaucoup en termes de réseau”* (M5).

-Alors que dans des pratiques isolées, il semblait n'y avoir d'échanges d'informations que lors de la prescription initiale de prise en charge, puis éventuellement en cas de mauvaise évolution, il nous a paru que lorsque les tâches étaient réparties au sein d'une équipe, il y avait une volonté de se tenir régulièrement informé des prises en charge communes, même en l'absence de problème. Cela prenait la forme de temps de réunions, systématiques ou non, ou de points réguliers en binômes tels que ceux évoqués par cette médecin de MSP : *“avec chaque pro, plutôt pour dire “c'est quoi les patients qu'on a en commun” et puis voilà, “comment ça avance la prise en charge?”, etc.”* (M5)

-Les médecins partenaires d'une équipe étaient aussi caractérisés par une volonté de ne pas se contenter d'un regard purement médical mais de mélanger les cultures professionnelles afin d'élargir leurs perceptions des situations cliniques.

“Et puis après il y a les regards situés quoi. C'est-à-dire selon que t'es travailleuse sociale, ou conseillère conjugale et familiale, tout ça, tu vas voir les choses et tu vas pouvoir amener un éclairage intéressant sur la situation” (M5).

Se dessinait alors une vision idéalisée du savoir d'équipe, que nous qualifierons de “super savoir”, puisqu'il serait sans cesse actualisé, mobiliserait tous les modes de pensée (en lien avec l'origine professionnelle), atteindrait tous les compartiments de vie du patient, et pourrait répondre à tous les aspects de prise en charge.

3.1.5. Le partage des pouvoirs

-Il a été affirmé que le sentiment de travailler en équipe naissait pour partie des prises de décision conjointes, au cours desquelles donc le pouvoir décisionnel appartenait à tous et pas seulement au médecin :

“Enquêtrice 1: *Qu’est-ce qui fait que justement tu as ce sentiment d’être une équipe, par rapport à d’autres professionnels “lambda”?*”

M7: *Les prises de décision, surtout quand c’est des prises de décision un peu lourdes.*”

Dans le cas particulier des fins de vie à domicile, l’équipe de soins primaires prenait tout son sens dans les décisions collégiales, notamment la mise en route de sédation ou de thérapeutiques hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). Partager le poids de la décision semblait renforcer le sentiment des médecins qu’ils formaient avec les professionnels impliqués une véritable équipe.

D’autres situations moins complexes (telles que les pansements de plaies chroniques, la reprise de travail...) étaient aussi l’occasion pour certains professionnels de participer, à niveau égal avec le médecin, aux prises de décisions, lors de réunions ou en binôme au domicile du malade.

Par exemple, un médecin nous décrit une visite à domicile conjointe avec une infirmière libérale : *“Et puis du coup on défait le pansement, on fait le diagnostic, on regarde, on fait un choix on discute de la stratégie médicamenteuse, euh, arrêter les antibiotiques, les poursuivre, euh, mettre plus d’algostéril° dedans, euh, est-ce qu’il y a une indication à un hydrocellulaire ou est-ce qu’on continue avec ces pansements là, etc.”* (M6)

Dans ces décisions à deux ou collégiales, il ne s’agissait pas simplement pour les médecins d’entendre l’avis d’untel ou untel et ensuite décider seul mais de véritablement mêler les points de vue pour aboutir à une décision conjointe.

-Nous avons vu précédemment que travailler en équipe, c’était partager les savoirs et notamment se tenir informé des prises en charge communes. Ceci semblait s’inscrire dans une volonté d’autonomiser l’équipe dans ses prises de décisions : une équipe qui sait où en est un patient est une équipe qui peut (ré)agir de façon adaptée en cas de situation aiguë.

Un médecin a ainsi évoqué un moment particulier des réunions systématiques nommé “points de vigilance” :

“C’est des patients dont on a pas forcément besoin de discuter mais dont on veut informer l’équipe que là c’est chaud en ce moment, ça craint (...) c’est pas tellement qu’on a besoin de plus en discuter, c’est juste de dire “attention, si cette personne vient ou appelle on essaye d’être là, de faire attention, de lui donner facilement un rendez-vous, etc.” (M5)

Nous avons compris qu’il ne s’agissait pas d’informations utiles dans l’immédiat, mais plutôt de maintenir un niveau de connaissances constant de l’équipe pour lui donner les clés pour réagir de façon adaptée à tout moment.

3.2. La confiance

Pour les médecins, ce qui distinguait un simple professionnel d'un véritable partenaire d'équipe était aussi, voire avant tout, la confiance.

'Il faut avoir une vraie notion de confiance dans l'équipe à qui tu délègues ta prise en charge' (M6).

-Elle pouvait être acquise : soit par les retours des patients (M1: *"Ouai parce qu'il y a des.. des professionnels de santé... enfin, d'autres que spécialistes que.. à qui j'enverrais pas parce que j'ai des mauvais retours.."*), soit par sa propre observation (M1: *"au fur et à mesure.. déjà en les ayant vu, en parlant avec, et puis on voit qu'elles sont à fond dans leur métier"*), ou encore par une rencontre initiale avec le professionnel au cours de laquelle celui-ci présentait au médecin ses qualifications et ses projets (M3 avec l'infirmière ASALEE).

-Comme nous l'avait déjà confié un médecin, une communication efficace pouvait être un critère primordial pour faire confiance: *"on choisit quand même de travailler avec des correspondants [...] en qui on a confiance, qui jouent le jeu du retour d'informations, et une information qui soit claire rapide etc."* (M6)

La confiance renforçait la solidité d'une équipe et pérennisait son fonctionnement : *"Une fois que tu as un réseau de partenaires en qui tu as confiance, ça marche vraiment bien! Tu as plus envie de travailler avec eux"* (M6).

-En retour, des médecins s'efforçaient de nourrir la confiance de leurs partenaires en se rendant particulièrement disponibles et donc en montrant qu'ils pouvaient compter sur eux.

"Je suis dispo au téléphone tout le temps. Soit photo, soit téléphonique euh, après si je suis en consultation je la rappelle" (M6).

3.3. La reconnaissance de la place de chaque professionnel au sein de l'équipe

-Tout d'abord cela s'illustrait par le fait que les médecins consultaient et prenaient en compte l'avis des autres professionnels pour orienter les prises en charge communes, ce qui nous a paru être la reconnaissance de la valeur professionnelle de chacun. Des médecins ont décrit changer complètement de décision après échange avec un autre professionnel, comme celui-ci, avec une infirmière :

“Elle m’a un peu poussé à renvoyer un patient en ré-entraînement cardio-respiratoire à l’effort par exemple. Elle a dû me convaincre (rires). J’étais pas très chaud au départ et finalement elle m’a convaincue. Si elle avait pas été là je l’aurais pas fait” (M8).

-De plus, la reconnaissance des compétences de chaque professionnel de son équipe était réelle et traduite par des actes concrets. Ainsi des médecins laissaient à dessein les infirmières, les kinés ou les orthophonistes faire leurs propres ordonnances, parce qu’ils considéraient qu’ils étaient les mieux placés pour bien les faire. Ou encore un médecin agissait ainsi :

“Avec le kiné, je peux avoir fait une ordonnance en expliquant le diagnostic et puis je laisse le bilan qu’il décide de faire” (M6). On voyait ici la reconnaissance que derrière la prescription d’un autre professionnel, il y avait son expertise et son analyse de la situation pour déterminer ce que lui-même pouvait apporter de pertinent.

-Une autre notion importante était celle de la complémentarité des compétences. Dans une équipe, on ne cherchait pas à défendre son territoire mais plutôt à associer les compétences comme le montrait l’exemple du pansement conjoint. Dans cette situation, on observait l’élaboration en simultané d’un diagnostic médical et infirmier : les territoires de compétences n’étaient pas exclusifs mais se complétaient et se potentialisaient pour aboutir à une bonne décision. Un autre médecin s’appuyait aussi sur les compétences relationnelles particulières des infirmières à domicile pour mieux comprendre les choses et adapter ses prises en charge :

“Après je sais aussi comment c’est vécu par le patient, chose qu’ils nous disent pas forcément à nous les médecins. C’est vraiment un travail d’équipe moi je trouve, avec les infirmières” (M7).

-Dans les discussions d’équipe, chaque professionnel est apparu légitime, dans son expertise mais aussi ses questionnements. Dans les MSP ou centres de santé, des réunions régulières étaient faites pour tous les professionnels, avec une parole donnée à chacun et parfois même un temps spécifique au cours duquel un professionnel différent à tour de rôle devait parler d’une situation (*“la partie de la réunion qui s’appelle “l’invité du jour”*”, M5). Le bénéfice était ainsi décrit : *“Du coup ça permet aussi de réentendre parler de situations, de voir des trucs qui ont été faits, d’entendre parler de situations moins complexes, en fait, comment ça se gère dans le centre” (M5).* Il nous a semblé que l’objectif de ces prises de parole n’était à nouveau pas de donner une information utile en soit (pour résoudre un problème par exemple), mais plutôt de faire vivre l’équipe en faisant parler d’elle : en faisant parler chaque membre de ce qu’il faisait, on actait et on validait sa participation au groupe, cela valorisait le travail et l’investissement personnel pour l’équipe et donc renforçait l’esprit d’appartenance au groupe.

3.4. Le respect

Le respect mutuel, s'il doit être présent dans toute relation de travail (ou autre) prenait un relief particulier entre les membres d'une équipe.

-Il se manifestait par le souci d'un fonctionnement respectueux des besoins de l'individu :
“Mais sinon on essaye quand même de pas déborder, sur notamment des temps de pause, des temps de déjeuner, des temps de tout ça là...” (M5)

-Il impliquait aussi de s'adapter à l'autre, notamment à ses capacités et ses choix, en ne lui prescrivant pas de tâches qui le missent en difficulté pratique ou éthique :

“En tout cas je lui ai posé la question si elle en avait déjà fait, si elle connaissait les protocoles- elle c'est une jeune infirmière donc j pense qu'elle n'en a jamais fait- et elle était ok pour le faire donc, voilà puis en restant à sa disposition pour les questions, et puis j'ai expliqué comment je faisais” (M6).

-Enfin, il y avait aussi, malgré l'engagement attendu pour l'équipe, un désir aigu de respecter la liberté de chacun, dans sa formation mais aussi son choix de travailler ou non avec d'autres professionnels. L'équipe ne devait pas imposer un fonctionnement exclusif.

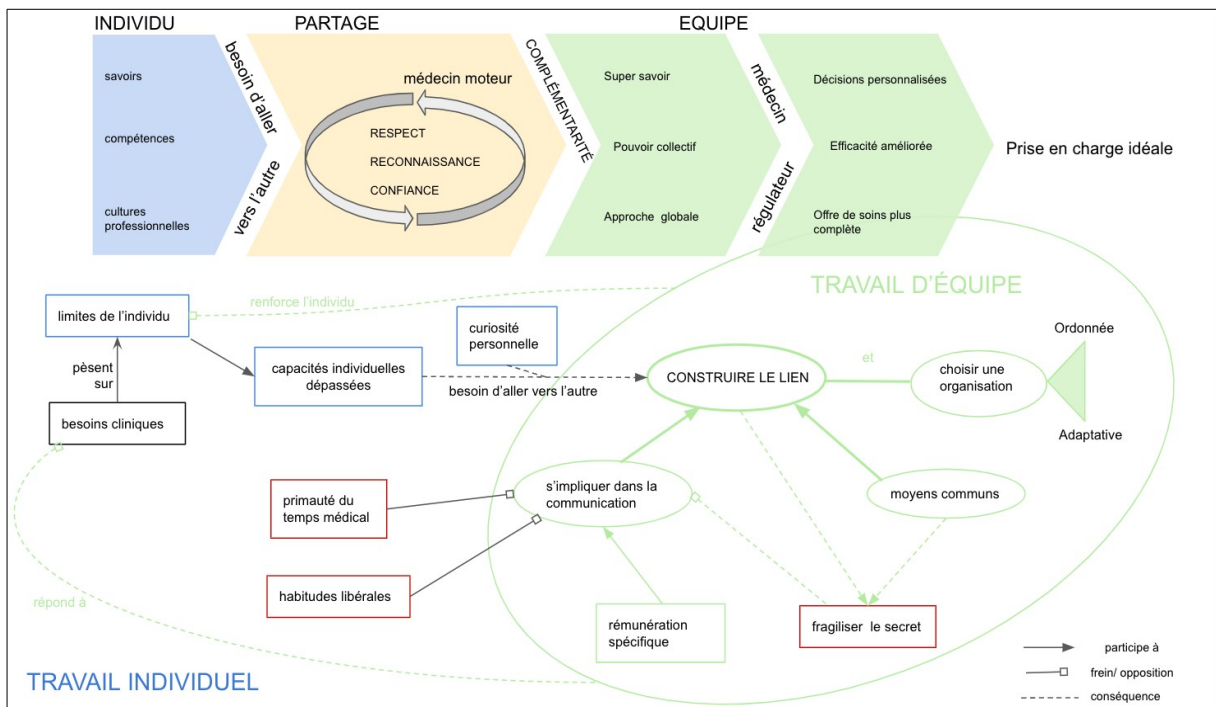
“Il y a une notion qui est importante dans cette histoire d'équipe, c'est que quand l'équipe est très serrée, quand elle habite sous le même toit on s'est vraiment posé cette question là, ça peut couper les paramédicaux de liens avec d'autres prescripteurs” (M6).

“Chacun fait sa formation comme il l'entend. On a choisi d'être un réseau et pas une maison médicale” (M6).

4. Schématisation du travail partagé entre médecins généralistes et professionnels de santé non médicaux

Nous avons synthétisé notre résultat principal en un schéma à double compartiment intégrant les axes d'analyse ainsi que leurs articulations relatives.

Toutes les propositions suivantes sont issues de notre analyse et non d'un avis personnel des chercheuses.



L'axe principal de lecture de gauche à droite correspond à la transition d'un individu vers une équipe.

Dans la moitié inférieure, on observe les caractéristiques factuelles, d'un fonctionnement individuel en bleu, et d'équipe en vert. En rouge sont les éléments freinateurs ou qui s'opposent à la mise en œuvre de la catégorie associée par un lien à extrémité carrée.

Plusieurs catégories (chacune dans un cadre) sont associées par des lignes simples noires dont la résultante est indiquée par une flèche simple.

Tous les éléments se trouvant à l'intérieur de l'ellipse verte sont en rapport avec un fonctionnement d'équipe, soit parce qu'ils le conditionnent, soit parce qu'ils le caractérisent.

Les flèches pointillées renvoient à une conséquence directe d'une catégorie vers une autre.

La signification des flèches est au besoin précisée par un libellé.

Dans la partie supérieure, une frise reprend la théorisation du phénomène de partage du travail au sein d'une équipe.

A gauche, les individus disposent de leurs propres savoirs, compétences et cultures professionnelles, bien séparés les uns des autres, mais le besoin d'aller vers l'autre initie un mouvement de partage dont la résultante espérée est la "prise en charge idéale". C'est l'objectif vers lequel tend le travail d'équipe.

Au centre se trouve le socle sans lequel ne pourrait se réaliser la dynamique de partage, entraînée par le médecin moteur. Cette dynamique, sous tendue par la complémentarité des rôles, transforme les savoirs individuels en super savoir, les compétences individuelles en un pouvoir collectif et les cultures professionnelles en approche globale. Enfin tous ces attributs, en interaction perpétuelle, requièrent une régulation, par le médecin, pour aboutir à des décisions personnalisées, une efficacité améliorée et une offre de soins plus complète, caractérisant la prise en charge idéale recherchée.

IV. Discussion

A. Comparaison à la littérature existante

1. Les professionnels de santé: un groupe à bien définir?

Dans notre étude, les médecins ont été interrogés à propos des professionnels de santé non médicaux. De nombreuses professions ont été citées par les participants, certaines appartenant effectivement aux professions définies légalement comme "de santé", et d'autres non, telles que les secrétaires médicales, les aides ménagères, les assistantes sociales, les psychologues, les neuropsychologues et les assistants médicaux. Cela suggère que la perception des professionnels qui composent une équipe de soins est variable en fonction des médecins. Les professions de santé sont définies par le Code de la Santé Publique et regroupent strictement les professions médicales, les professions de la pharmacie, les auxiliaires médicaux, les aides-soignants et les ambulanciers (21). Il semble important de réfléchir à la place de chacun dans l'équipe quand plusieurs articles citent la définition claire des rôles de chacun comme un élément clé du bon fonctionnement d'une équipe. Un participant rapportait que les secrétaires de son cabinet réalisaient des certificats médicaux tels que des bons de transport ou des certificats de repos à domicile. Dans l'article de Schweyer et al. qui a étudié la réorganisation des soins primaires en France durant la pandémie de covid 19, il est décrit que les secrétaires ont été sollicitées dans certains cabinets pour assurer une activité de régulation téléphonique auprès des patients malades (22). Ainsi les missions des différents professionnels travaillant dans un cabinet médical semblent pouvoir s'adapter pour mieux répondre au contexte environnemental ou sanitaire, et cela peut concerner les professionnels de santé et aussi les professionnels non définis comme professionnels de santé.

2. Médecin généraliste: des missions en évolution?

Les médecins généralistes de notre étude se sont définis comme responsables du bon déroulement de la prise en charge de leurs patients. Ils ont cité leur rôle de coordonnateur du parcours de soins avec les autres professionnels de santé et aussi du secteur social. Cela suggère qu'ils ont bien intégré les missions suivantes, décrites dans l'article L4130-1 du Code de la Santé Publique: "orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social" et "s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients" (23). Les participants ont aussi décrit leur rôle de coordonnateur des professionnels de santé au sein des équipes. Ils se sont décrits comme étant souvent les initiateurs des réunions pluriprofessionnelles et des projets de soins au sein de leurs cabinets. Ils ont aussi fait part d'une hiérarchie présente entre eux et les autres professionnels, notamment du fait de leur droit de prescription, et il semblait que les décisions finales leur revenaient souvent, y compris quand le sujet discuté relevait davantage d'une autre discipline. Dans le contexte où les jeunes médecins privilégient l'exercice collectif, leur activité de coordination devrait s'accroître (24). Dans nos résultats, le rôle de coordination de l'équipe est apparu comme revenant souvent aux médecins. En 2015 l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique a créé une formation de coordonnateur de regroupements pluriprofessionnels de soins primaires pour former des professionnels dont le rôle est de gérer une structure de soins primaires et la mise en œuvre des projets de santé de leur équipe (25,26). Cette formation est financée par les ARS. L'existence de ce métier est peut-être le témoin de la charge de travail conséquente représentée par la coordination d'équipe et la gestion de projets de santé dans les structures les plus complexes. On pourrait voir cela comme une forme de délégation de tâches des médecins vers les coordonnateurs, dont l'objectif serait de libérer du temps médical

Trois participants à l'étude exerçaient en MSP et un autre dans un centre de santé. Les autres exerçaient soit en cabinet libéral seul ou de groupe. Des participants ont déclaré que le fait de travailler sur le même lieu favorisait les échanges. Dans le contexte actuel de baisse de la démographie médicale, on peut imaginer que les structures regroupant les professionnels permettent aux médecins de dégager du temps médical par la délégation de tâches. Dans notre étude, les participants semblent considérer ce temps comme celui dédié aux consultations médicales, mais cette notion ne fait l'objet d'aucune définition officielle bien qu'elle soit le sujet de nombreux rapports, thèses ou articles, comme si elle était intuitive. Selon les sources, il se détache un temps de soins, parfois défini comme celui dédié "en direct en consultation aux patients et aux soins" (27) auquel est parfois adjoint celui des conseils téléphoniques, temps d'astreintes et de salariat (28), et un temps autre : les "tâches non soignantes" (29,30), dominé par l'administratif, la gestion du cabinet ou des rendez-

vous, la formation, voire l'entretien des locaux. La CPAM semble associer le temps médical au temps de soins et au nombre de patients vus, mais pas au temps de préparation de l'examen clinique (aide au déshabillage, prise des constantes etc.) (31) Une publication du Sénat élargit la notion aux activités d'enseignement et de recherche (32). Il serait intéressant de clarifier les choses et d'explorer les perceptions des soignants et des représentants des institutions car la notion de temps médical semble être l'un des principaux moteurs du développement de la délégation de tâches soutenue par les institutions.

Il n'existe également pas de définition consensuelle de ce qu'est la délégation de tâches médicales. Dans notre étude, nous n'avons volontairement donné aucune définition de la délégation aux participants avant les entretiens afin de ne pas orienter leurs réponses. Nous avons ainsi observé qu'ils en avaient une perception étendue, citant des tâches médicales mais aussi des tâches non médicales. Un article de Bourgueil et al. propose de définir la délégation comme un transfert de tâche et de responsabilité du médecin vers un autre professionnel (33). Un rapport de la Haute Autorité de Santé de 2007 définit la délégation comme la "supervision" d'une tâche d'un professionnel à un autre et le transfert comme l'action de confier une tâche dans son intégralité ainsi que son entière responsabilité (34).

3. La délégation de tâches: un apprentissage nécessaire et des limites à préciser?

Dans notre étude, quatre médecins exerçaient dans un cabinet où une IDE Asalée était présente et la délégation semblait bien fonctionner avec ces professionnels. Cela pouvait s'expliquer par le fait que la délégation aux IDE Asalée soit bien décrite par la loi depuis leur création en 2004. Il semblait en effet que les médecins délèguaient davantage quand les conditions de cette délégation étaient encadrées par la législation, probablement en partie du fait de leur sentiment de forte responsabilité professionnelle. Le fait que ces IDE fussent présentes depuis longtemps et qu'ils eussent observé qu'elles leur permettaient d'augmenter leur file active semblait aussi un facteur facilitant la délégation. Une étude ayant étudié l'impact de la coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur le suivi des patients diabétiques de type 2 entre 2010 et 2017 montre que ce suivi est largement amélioré pour les médecins ayant intégré le dispositif Asalée (9). L'amélioration était particulièrement importante pour la prescription de trois mesures d'HbA1c annuelles. Elle était aussi mesurée sur la réalisation au moins une fois par an d'une microalbuminurie, d'une créatininémie, d'un examen lipidique, d'un fond d'oeil ou d'une visite chez l'ophtalmologiste, d'un ECG ou d'une visite chez le cardiologue. L'étude montre également que le suivi est davantage amélioré lorsque la coopération entre le médecin généraliste est "ancienne ou se développe à un rythme soutenu". L'activité Asalée est plus intense lorsque le binôme

médecin généraliste-IDE Asalée est “à maturité”. L’expression “à maturité” signifiait une plus grande ancienneté du binôme dans le dispositif Asalée, des IDE Asalée à temps plein, exerçant dans un seul cabinet et ayant développé une activité d’Éducation Thérapeutique.

Un médecin de notre étude exerçait dans un cabinet avec une infirmière de pratique avancée (IPA). Il a déclaré que la mise en route de la collaboration avec cette professionnelle était lente, mettant en avant une réticence de la part des patients à consulter un professionnel non médecin pour des motifs de consultation habituellement gérés par leur médecin traitant. Il a également justifié cela par le fait qu’il s’agisse d’une nouvelle profession, faisant le parallèle avec les IDE Asalée qui existaient depuis plus longtemps et étaient aujourd’hui bien intégrées par les patients et les médecins, mais qui avaient également eu des difficultés au début de leur installation. Les IPA sont apparues dans la législation française par un décret de juillet 2018 (14). La Pratique Avancée partage des objectifs communs avec le dispositif Asalée. Il s’agit d’améliorer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques et de libérer du temps médical (14,35,36). Dans certains pays, les pratiques avancées sont plus largement développées depuis plusieurs années. Au Canada en 2008, les infirmières praticiennes étaient autorisées à prescrire des radiographies, des échographies et des tests de laboratoire et à adresser des patients aux spécialistes (ces autorisations variaient en fonction des provinces) (37). En Angleterre en 2010, les infirmières cliniciennes spécialisées inscrites en tant que “prescripteur non médical” étaient autorisées à prescrire des médicaments sans la supervision de médecins. Le niveau d’études requis pour accéder au grade d’infirmière clinicienne ou d’infirmière en pratique avancée était souvent un niveau “Master” quel que soit le pays. Le développement de la délégation de tâches médicales se poursuit en France. En avril 2022, le décret n° 2022-610 a élargi les compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens en les autorisant à administrer quinze vaccins, en dehors des vaccins vivants, sans que cette administration soit prescrite par un médecin (38).

Un rapport publié par l’IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) en 2021 relève que les médecins généralistes qui travaillent avec des IPA sont “globalement enthousiastes”. En plus de permettre d’augmenter le nombre de consultations médicales, elles sont décrites par les médecins généralistes comme dédiant plus de temps aux patients, comme ayant le temps “d’aller vers” les patients en difficulté et améliorant la qualité de vie des médecins généralistes en allégeant leur charge mentale. Du côté des IPA, elles décrivent des protocoles trop rigides, certains médecins qui méconnaissent leurs missions, des difficultés à se constituer une patientèle et des patients adressés parfois trop complexes (39). Une étude menée en France en 2020 sur les représentations des IPA par les différents acteurs (médecins, infirmiers et patients) met en évidence qu’il existe un manque de communication

autour du dispositif, qui pouvait ralentir leur intégration (35). Les professionnels craignaient une concurrence entre eux sur les rôles propres, les décisions concernant les soins aux patients et la coordination de leur suivi. Les médecins ont également exprimé la crainte d'une baisse de leur rémunération face à l'augmentation de la complexité des tâches qui leurs sont demandées, dans l'idée que les consultations simples seraient assurées préférentiellement par les IPA et les consultations complexes par les médecins. Les IPA ont exprimé la crainte d'une subordination aux médecins généralistes, perdant ainsi en autonomie. Un article du Collège des médecins généralistes canadiens met en avant le rôle de l'examen clinique dans la construction du lien de confiance entre le médecin et son patient (40). On pourrait donc craindre que la délégation d'un nombre grandissant de tâches aux IPA ou aux autres professions pourrait détériorer la relation médecin-patient. Il semble que les médecins restent actuellement les décideurs du partage des tâches entre les différents professionnels acteurs des soins primaires (17).

4. Interprofessionnalité: un modèle théorique peu rencontré en pratique?

Dans notre étude, les organisations professionnelles décrites étaient différentes en fonction des participants. Par exemple, des participants ont déclaré faire des réunions pluriprofessionnelles de manière systématique, d'autres ne souhaitent pas prévoir à l'avance les réunions mais seulement quand le contexte les rendait nécessaires. Un article de 2017 fait la distinction entre différents modèles de travail en équipe (41). Il décrit, en allant du niveau le plus "intégré" au niveau le moins "intégré": l'interprofessionnalité, la collaboration interprofessionnelle, la coordination interprofessionnelle et le réseau de travail interprofessionnel. Il suggère que d'autres modèles existent, qui partagent à des intensités plus ou moins fortes les caractéristiques des modèles cités. L'Assurance Maladie dans un rapport de propositions pour 2022 évoque également un continuum entre des cabinets où les professionnels exercent dans un même lieu et des cabinets où le travail est mis en commun (41,42). Nous avons souvent utilisé l'expression "travail partagé" car les définitions des autres dénominations ne sont pas consensuelles or nous n'avons pas cherché à distinguer les perceptions des médecins généralistes en fonction du type d'organisation en place et si celui-ci correspondait à de l'interprofessionnalité ou une autre organisation décrite dans la littérature.

Plusieurs articles tentent de décrire les critères propres à une organisation interprofessionnelle. D'Amour et al. définissent l'interprofessionnalité comme un fonctionnement où les professionnels déterminent des objectifs communs et partagent la prise de décision (42). Un article publié dans le JAMA en 2021 y ajoute la nécessité de définir clairement les rôles entre les professionnels et l'existence d'une bonne

communication au sein de l'équipe (43). Nous retrouvons des éléments communs dans notre étude : les participants ont décrit que l'intensité du travail partagé était basée sur la confiance, le respect et la reconnaissance mutuelle des compétences et de la place de chaque professionnel. La communication a été citée comme étant un élément conditionnant la qualité du travail fourni par l'équipe. Les moyens de communication actuels ont été décrits comme peu adaptés au travail partagé, car peu adaptés aux contraintes des différents professionnels et pouvant fragiliser le secret médical. Cela semble suggérer qu'une évolution de ces moyens de communication serait nécessaire pour que le développement de l'interprofessionnalité se poursuive. A propos de la définition claire des rôles des acteurs et des prises de décisions communes, nos résultats suggèrent que des améliorations pourraient être apportées au niveau des équipes locales. Les MSP et CPTS semblent présentées par l'assurance maladie comme les types de structures idéales pour développer l'interprofessionnalité, et l'objectif annoncé dans ses propositions pour 2022 est donc d'augmenter leur nombre. Or nous avons observé que le travail d'équipe peut se développer selon des critères pouvant être instaurés dans tout autre type de structures, tant qu'il est adapté au contexte local. Ainsi des médecins a priori isolés en cabinet libéral semblent pouvoir tout aussi bien mettre en place des organisations d'équipe. Le travail en groupe semble augmenter le bien-être et la satisfaction au travail selon plusieurs articles (44–46). Il semble que cela s'explique principalement par la diminution du stress chronique induit par les fortes charges de travail.

B- Forces et limites de l'étude

Les deux chercheuses ayant réalisé cette étude étaient novices en méthodologie qualitative. Hormis la lecture d'autres études qualitatives, elles n'avaient pas reçu de formation préalable et cela a pu impacter toutes les étapes de l'étude. Elles se sont formées au cours de l'étude par la lecture d'ouvrages et d'articles destinés à l'apprentissage de la méthodologie qualitative, par leur participation à deux séminaires d'accompagnement de thèse auprès de leur faculté et par la lecture d'autres études qualitatives.

Les résultats de cette étude se basent sur un faible nombre d'entretiens. Ceci a pu réduire la quantité de données et la diversité des résultats mais le seuil de saturation des données a été considéré comme atteint avec huit entretiens. Les chercheuses ont également réalisé six entretiens tests avant de débuter la collecte des données afin de s'entraîner et de corriger leur grille avant d'interroger les participants. La grille d'entretien a également été régulièrement révisée par les deux chercheuses au cours de l'étude.

Plusieurs des participants de l'étude ont été recrutés parmi des connaissances des deux

chercheuses car cela facilitait le recrutement mais cela a pu influencer l'expression de ces participants, soit en la limitant, soit en la favorisant. Il est aussi possible que les participants qui avaient un lien avec les deux chercheuses aient exprimé des idées qui étaient davantage en accord avec les opinions des deux chercheuses. Cela a pu limiter la diversité des résultats. Au cours de l'analyse, les chercheuses ont prêté attention à analyser toutes les données en limitant l'influence de leurs opinions personnelles. Pour cela, elles ont réalisé un journal de bord au début de l'étude.

Il n'y a pas eu d'aller-retour entre les chercheuses et les participants pour leur soumettre leur analyse et leur demander de confirmer que leurs propos étaient analysés dans le sens qu'ils leur avaient donné. En revanche, les journaux de bord ainsi que la triangulation de l'analyse entre les deux chercheuses, les échanges réguliers avec le directeur de thèse et les notes de terrain prises au cours des entretiens ont contribué à diminuer la subjectivité de l'analyse.

Les références bibliographiques sont majoritairement issues de la littérature scientifique française, notre sujet étant liée à l'analyse du système de santé national. Dans la discussion, les chercheuses se sont intéressées aux systèmes de santé existant dans d'autres pays afin d'avoir des éléments de comparaison. Les résultats de notre étude présentent une cohérence externe. La bibliographie a été menée tout au long de l'étude et jusqu'au jour de la soutenance.

Notre étude respecte les critères de la grille COREQ (47).

Tout au long de l'étude, les deux chercheuses ont enrichi leurs expériences personnelles en allant remplacer dans des cabinets de médecine générale ayant des organisations de travail diverses. Notamment, elles ont intégré des cabinets travaillant avec des IDE Asalée, des IPA et des assistants médicaux. Elles ont discuté avec les professionnels pour approfondir leurs connaissances personnelles sur le sujet de la division du travail entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé dans les soins primaires.

C. Perspectives

Cette étude s'est intéressée à la perception des médecins généralistes sur la division du travail avec les professionnels de santé non médicaux dans les soins primaires. Il serait intéressant de la compléter en interrogeant les autres professionnels de santé et de comparer les résultats obtenus. Les similitudes et les différences pourraient être sources d'amélioration dans le domaine de l'interprofessionnalité. On pourrait également s'intéresser

à l'opinion des patients.

Nos résultats suggèrent que les pratiques de division du travail dans les soins primaires en France entre les professionnels de santé sont diverses en fonction des cabinets et des professionnels. La collaboration entre les professionnels, quel que soit son degré de complexité, semble montrer une efficacité ressentie comme supérieure pour la qualité des soins. Il serait intéressant que chaque groupement de professionnels connaisse les différents niveaux d'organisation possibles du travail en commun et réfléchisse à celui le plus adapté pour lui en fonction des professionnels, de la population à soigner et de l'environnement. Les études semblent montrer que le décroisement entre les professions par le développement de formations communes aux diverses professions de santé bénéficie à l'efficacité du travail en équipe (48). Les thèmes des cours communs pourraient être: rôles et responsabilités, éthique, résolution de conflits, communication, collaboration et travail d'équipe (49).

Les études de santé sont cloisonnées par métier dès la deuxième année en France. Une piste pour former des professionnels plus à l'aise dans la pratique interprofessionnelle serait de prévoir des heures de formation communes entre les étudiants des différentes disciplines dès la formation initiale. Ceci pourrait permettre une meilleure connaissance de ce que font les autres professionnels et faciliter la communication pendant la formation initiale mais aussi lors de leur exercice professionnel ultérieur. On pourrait également intégrer dans le programme des études de santé un module de bases de formation à l'interprofessionnalité. Une étude a étudié l'impact de tels programmes de formation sur les étudiants en santé, concluant à un effet positif sur la communication, la résolution de problèmes à plusieurs et les compétences nécessaires à la collaboration interprofessionnelle (50). Des formations interprofessionnelles pourraient également être proposées dans la formation continue.

V. Conclusion

THÈSE SOUTENUE PAR : Lucie DE BIGAULT DE GRANRUT et Marion JOUNOT

TITRE :

PERCEPTIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À PROPOS DE LA RÉPARTITION DES TACHES AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ NON MÉDICAUX EN SOINS PRIMAIRES: ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'Auvergne-Rhône-Alpes et de la Marne.

CONCLUSION :

Avec l'augmentation des besoins de soins et la diminution de la démographie médicale française, les incitations à la collaboration interprofessionnelle se multiplient afin de réadapter l'offre de soins primaires. Dès 2009, dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire, un article sur les protocoles de coopération vise à réorganiser les rôles entre médecins et autres professionnels de santé pour faciliter l'accès aux soins. L'objectif de cette étude qualitative était d'analyser les perceptions des médecins généralistes concernant la division du travail avec les professionnels de santé non médicaux dans les soins primaires. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de médecins généralistes installés puis une analyse interprétative phénoménologique a été réalisée pour produire un modèle explicatif.

Sur le terrain, le médecin généraliste centralise les informations, fait référence pour le patient et distribue les rôles aux autres professionnels de santé non médecins. Il s'inscrit comme le régulateur du système de soins primaires.

La délégation de tâches, qui fait partie des outils pour libérer du temps médical, est sujette à des réactions ambivalentes avec une représentation confuse de la façon dont elle peut s'intégrer à la pratique quotidienne.

Malgré les contraintes organisationnelles non négligeables, l'enthousiasme au sujet du partage des prises en charge est présent, avec la perception d'un travail plus qualitatif et satisfaisant pour les divers acteurs, sur le plan professionnel et personnel.

Lorsque le travail est partagé, une communication de qualité mais aussi une réflexion collective en amont sont nécessaires pour définir l'organisation et les projets communs.

Les organisations sont d'ailleurs multiples, mais la sensation d'appartenir à une équipe émerge de la notion forte de partage, réel et engagé, ancrée sur le socle "respect-confiance-reconnaissance" de l'autre. Ainsi les compétences individuelles se complètent, et de leur partage naît une intelligence et une action collective qui ne s'opposent pas à l'individu.

Nous avons nous même observé plusieurs risques exprimés par les informateurs : la fragilisation du secret médical, une frustration générée par des investissements inégaux, des incompréhensions sur le rôle de chacun et un isolement de certains professionnels en cas de travail d'équipe mal préparé.

Cette étude a permis, grâce à l'enquête et les recherches bibliographiques, de prendre conscience que le travail partagé n'est pas intuitif et se reflète au quotidien et en amont, avec les acteurs de terrain eux-mêmes, et avec les juridictions. On voit donc l'intérêt de repenser la place de chacun dans une réflexion commune entre médecins et autres professionnels de santé, dès la formation initiale pour sensibiliser à l'exercice pluriprofessionnel et donner des clefs à son bon déroulement.

Enfin pour compléter l'approche de la problématique et mieux comprendre les mécanismes du travail pluriprofessionnel, il serait intéressant d'interroger aussi les autres professionnels de santé des soins primaires ainsi que les patients.

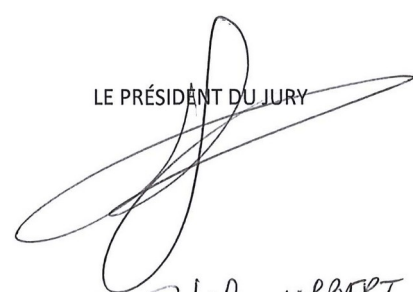
VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 16 / 05 / 22

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE


Pour le Président
et en délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DU JURY


Pr. Patrick ROBERT

VI. Bibliographie

1. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2021 [En ligne]. 2022 [cité 1 février 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136?sommaire=6036447>
2. Conseil Economique Social et Environnemental. Les maladies chroniques. [En ligne]. [cité 1 février 2022]. Disponible sur : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2021. [En ligne]. [cité 31 janvier 2022]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf.
4. Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Évaluation Statistique. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [En ligne]. [cité 2 février 2022]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>.
5. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne]. [cité 27 avril 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000020879490>.
6. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. [En ligne]. [cité 1 février 2022]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021-07_rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_3.pdf.
7. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. [En ligne]. [cité 31 janvier 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-06/ER%201193%20Maison%20de%20sante%20Pluriprofessionnelle_0.pdf.
8. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Action de Santé Libérale en Equipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. [En ligne]. [cité 3 février 2022]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>.

9. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. Impact du dispositif Asalée. [En ligne]. [cité 1 février 2022]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/264-la-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-ameliore-le-suivi-des-patients-diabetiques.pdf>.
10. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousques J. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. *Quest Déconomie Santé* [En ligne]. 2019 [cité 27 janv 2022];(241) : 1-7. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/241-la-cooperation-avec-une-infirmiere-modifie-t-elle-l-activite-du-medecin-generaliste.pdf>
11. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de santé [En ligne]. [cité 30 mai 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'atlas des CPTS [En ligne]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communauts-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/l-atlas-des-cpts>
13. Infirmiers.com. Pratique avancée : quels changements sur le terrain ? [En ligne]. [cité 30 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/ipa-nouveaux-soignants-qui-arrivent-sur-terrain.html>
14. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée [En ligne]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037218115/>
15. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [En ligne]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038821351
16. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle à construire. *Abstract. Rev Française Adm Publique*. [En ligne]. 2017 [cité 9 février 2022]; 164(4) : 887-902.
17. Moyal A. L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. *Rev Française Aff Soc*. [En ligne]. 24 juin 2020 [cité 19 décembre 2021]; (1) : 103-23. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-103.htm?contenu=resume>

18. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative [En ligne]. De Boeck Supérieur; 2019 [cité 14 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582.htm>
19. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de La Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé [Internet]. Unithèque. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/initiation-recherche-qualitative-sante/global-media-sante-gmsante/Livre/359725>
20. Dictionnaire en ligne Le Robert [En ligne]. [cité 18 avr 2022]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/>
21. Vie publique. Qui sont les professionnels de santé? [En ligne]. [cité 23 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/fiches/37855-categories-de-professionnels-de-sante-code-se-la-sante-publique>
22. Schweyer FX, Fiquet L, Fleuret S, Blois M, Garnier M, Géral A, et al. Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales. Rev Francoph Sur Santé Territ [En ligne]. 17 mars 2021 [cité 22 mars 2022]; Disponible sur : <https://journals.openedition.org/rfst/976#tocto2n2>
23. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne]. [cité 30 avr 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483#:~:text=4130%2D1.,l'%C3%A9ducation%20pour%20la%20sant%C3%A9.
24. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Plus de 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans exercent en groupe [En ligne]. [cité 2 févr 2022]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/er1114.pdf>
25. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Pacte soins primaires : coordinateur de regroupements pluri-professionnels de soins primaires [En ligne]. [cité 30 avr 2022]. Disponible sur : <https://formation-continue.ehesp.fr/formation/coordonateur-de-regroupements-pluri-professionnels-de-soins-primaires/>
26. Angot M. Le coordinateur administratif en maison de santé pluri professionnelle : un nouveau métier dans la médecine générale. [Travail de thèse en ligne]. Rouen : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. 2017 [cité 23 mars 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01682423/document>

27. Scemama A. Temps de travail médical disponible : témoignage. Après-demain. [En ligne]. 9 mai 2017 [cité 18 mai 2022]; 42 (2) : 15-6. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2017-2-page-15.htm?try_download=1

28. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles [En ligne]. 2009 [cité 23 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>

29. Jakoubovitch S, Bourneau M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Études et résultats [En ligne]. 2012 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er797-2.pdf>

30. MG France. 20 recommandations pour renforcer l'accès aux soins et améliorer la santé de toute la population [En ligne]. [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/images/actualites/20-recommandations-MGFrance-En_savoir_plus.pdf.

31. Ameli. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical [En ligne]. [cité 30 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>.

32. Sénat. Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre [En ligne]. [cité 30 avril 2022]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-6003.html>.

33. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. Rech Soins Infirm [En ligne]. 2008;93(2):94-105. [cité 10 juillet 2021]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0094>

34. HAS Haute Autorité de Santé. Délégation, transfert, nouveaux métiers... conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé; rapport d'étape. [En ligne]. [cité 20 avril 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

35. Aghnati M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. Sante Publique (Bucur) [En ligne]. 2021;33(4):547-558. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.214.0547>

36. Ameli. Exercice des infirmiers en pratique avancée [En ligne]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>
37. Delamaire M-L, Lafortune Gaetan. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. OECD Health Working Papers [En ligne]. 2010; vol. 54. [cité 6 mai 2022]. Disponible sur : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr
38. Décret no 2022-610 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine. [En ligne]. [cité 22 avril 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045638858#:~:text=Notice%20%3A%20le%20d%C3%A9cret%20%C3%A9tend%20la,tra%C3%A7abilit%C3%A9%20des%20vaccinations%20ainsi%20effectu%C3%A9es>
39. Bohic N, Josselin A, Sandeau-Gruber A-C, Siahmed H. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. [En ligne]. [cité 3 février 2022]. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article842>
40. Kelly M, Tink W, Nixon L, Dornan T. En perte de contact?: Revaloriser le rôle de l'examen physique en médecine familiale. Can Fam Physician [En ligne]. 1 déc 2015; 61(12) : e532-534. [cité 10 juillet 2022]. Disponible sur : <https://www.cfp.ca/content/61/12/e532>
41. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. J Interprof Care [En ligne]. 2 janv 2018; 32 (1) : 1-3. [cité 24 novembre 2021]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
42. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care [En ligne]. mai 2005; 19 (sup1) : 116-131. [cité 10 janvier 2021]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
43. Lee JK, McCutcheon LRM, Fazel MT, Cooley JH, Slack MK. Assessment of Interprofessional Collaborative Practices and Outcomes in Adults With Diabetes and Hypertension in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open [En ligne]. 1 févr 2021; 4 (2) : e2036725. [cité 8 décembre 2021]. Disponible sur : [10.1001/jamanetworkopen.2020.36725](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36725)

44. Degen L, Linden K, Seifried-Dübon T, Werners B, Grot M, Rind E, et al. Job Satisfaction and Chronic Stress of General Practitioners and Their Teams: Baseline Data of a Cluster-Randomised Trial (IMPROVEjob). *Int J Environ Res Public Health* [En ligne]. 8 sept 2021; 18 (18) : 9458. [cité 13 janvier 2022]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3390/ijerph18189458>
45. Cohidon C, Wild P, Senn N. Practice Organization Characteristics Related to Job Satisfaction Among General Practitioners in 11 Countries. *Ann Fam Med*. nov 2019;17(6):510-517. [En ligne]. [cité 14 janvier 2022]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1370/afm.2449>
46. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman R, Czachowski S, et al. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. *BMC Fam Pract*. 9 août 2019;20(1):96. [En ligne]. [cité 14 janvier 2022]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0985-9>
47. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-54. [En ligne]. [cité 16 janvier 2022]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>
48. Fiquet L, Hugué L, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. 2015; 16(2): 105–117. [En ligne]. [cité 19 mai 2022]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1051/pmed/2015018>
49. van Diggele C, Roberts C, Burgess A, Mellis C. Interprofessional education: tips for design and implementation. *BMC Med Educ*. 3 déc 2020;20(Suppl 2):455. [En ligne]. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur : <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02286-z>
50. Dyess AL, Brown JS, Brown ND, Flautt KM, Barnes LJ. Impact of interprofessional education on students of the health professions: a systematic review. *J Educ Eval Health Prof*. 23 oct 2019;16:33. [En ligne]. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6851655/>
51. Sage L. Le développement de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé primaires français : A propos d'une association interprofessionnelle et de représentations de l'interdisciplinarité. Thèse de Médecine. Université de Besançon; 2014, 182 p.

52. Martin-Lapoirie D. Étude théorique et expérimentale de la responsabilité partagée entre le médecin et l'infirmier en pratique avancée. Thèse de Sciences Economiques. Université de Lorraine; 2020, 281 p, [En ligne]. Disponible sur : https://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC_T_2020_0139_MARTIN.pdf. Consulté le 5 avril 2022

53. Aubert M, Manière D, Mourey F, Outata S, Interprofessionnalité en gérontologie: Travailler ensemble: des théories aux pratiques. Eres; 2005, 280 p. Pratiques gérontologiques

54. REAGJIR. Guide pluriprofessionnel de REAGJIR pour mieux travailler ensemble. Condé sur Noireau : Global Média Santé ; 2019.

VII. Annexes

A. Fiche d'information aux participants

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre de la recherche en médecine générale sur le partage du travail entre les médecins généralistes et les professionnels de santé non médecins en soins primaires.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude. Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation, et pour demander au responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Si vous avez une question au sujet de notre étude, n'hésitez pas à nous contacter, nous nous ferons un plaisir de vous répondre. Vous trouverez pour cela nos coordonnées à la fin de cette fiche d'information.

Intitulé de l'étude : Perceptions des MG à propos de la répartition des tâches avec les professionnels de santé non médicaux en soins primaires : entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes d'Isère et de Haute-Savoie.

Etude sous la direction du Dr Yannick CARRILLO, directeur de thèse

Investigateurs principaux: Lucie DEGRANRUT (médecin généraliste remplaçant) et Marion JOUNOT (interne en médecine générale).

But de l'étude : Analyser les perceptions des médecins généralistes concernant la division du travail avec les professionnels de santé non médicaux dans les soins primaires.

Engagement du participant :

Il s'engage à participer à un entretien semi-directif autour du thème de notre étude, mené à l'aide d'un guide d'entretien.

La durée de cet entretien est d'en moyenne 45 minutes, mais la durée est modulable selon les disponibilités du participant.

Les entretiens seront enregistrés intégralement par un dictaphone ou smartphone. Ces enregistrements donneront lieu à une retranscription intégrale anonymisée qui apparaîtra en annexe de la thèse.

Il déclare sur l'honneur être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection.

Engagement des investigateurs principaux :

Ils s'engagent à mener l'entretien en date, heure et lieu choisis par le participant dans une limite des départements de l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Marne.

En tant qu'investigateurs principaux, ils s'engagent à mener cette recherche selon les

dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront lui être communiqués s'il le souhaite.

Liberté du participant :

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant :

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès des investigateurs principaux, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Frais :

La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de participation financière de sa part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par les promoteurs de l'étude.

Confidentialité des informations :

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif.

Législation :

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement
- vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées
- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli

Néanmoins, conformément aux articles 17.3.c et 17.3.d du RGPD, ce droit ne s'applique pas dans la mesure où le traitement des données est nécessaire à des fins statistiques et pouvant rendre impossible ou compromettre gravement la réalisation des objectifs du dit traitement. Le cas échéant, pour ne pas mettre en péril les résultats de l'étude, nous conserverons donc vos données.

- vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Pour exercer ces droits, veuillez contacter le responsable de l'étude à yannick.carrillo@univ-grenoble-alpes.fr , ou à l'adresse : UFR de Médecine – Pharmacie ; Bureau du 3eme cycle d'étude médicale ; à l'attention du Dr CARRILLO au Département de Médecine Générale - Domaine de la Merci, avenue des Marquis du Grésivaudan ; 38700 La Tronche

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par les investigateurs. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude.

Le délégué à la protection des données (le DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

Dans le cas où vous souhaiteriez retirer votre consentement, conformément à l'article L.1122-1-1 du code de la santé publique, les données recueillies préalablement au retrait de votre consentement pourront ne pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

Nous vous remercions par avance pour votre participation, et nous sommes joignables par mail ou par téléphone pour répondre à vos éventuelles questions.

B. Grille d'entretien

Dans un souci d'allègement de la présentation du présent manuscrit de la thèse, les chercheuses ont volontairement publié ici uniquement la version finale de la grille d'entretien. Celle-ci a été révisée plusieurs fois au cours du travail de recherche, sans que ces modifications changent le sens des principales questions.

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter et présenter votre activité? (Sexe, âge, type d'installation (en groupe/seul/en cabinet pluriprofessionnel), zone d'installation (en zone urbaine/semi-rurale/rurale), ancienneté d'installation.)

Question 2 : Décrivez une situation récente où vous avez échangé avec un professionnel de santé non médical au sujet d'un patient.

Question 3 : Dans la pratique, comment sollicitez-vous les autres professionnels de santé? (Si besoin, développer un ou deux exemples concrets.) (Délégation de tâches? Mise en commun des informations au sujet des patients/ des prises en charge? Place des réunions dans la pratique?)

Question 4 : Comment se passe votre travail avec les différents professionnels non médicaux? (Que pensez-vous de la qualité de vos échanges avec les autres PDS? Comment gérez-vous les désaccords?)

Question avant de conclure : Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez aborder?

C. Entretiens

1. Entretien 1

Durée: 33 minutes

E1: Du coup pour démarrer un peu la conversation est-ce que tu pourrais te présenter et me décrire un peu ton activité?

M1: Alors moi, c'est M1, je suis installée depuis le 1er octobre 2020 à V1. Donc c'est un cabinet de groupe avec sept médecins du coup avec moi. Du coup c'est pour ça que ça m'a bien botté de m'installer là-bas parce qu'on était plusieurs et c'est vraiment top. [un membre de ma famille] est dans ce cabinet mais ce n'est pas la raison pour laquelle je suis installée là haut, même si je vais reprendre sa patientèle euh, voilà.

E1: Et quel âge as-tu pour préciser?

M1: Alors moi j'ai 33 ans, et avant de m'installer j'ai fait cinq ans de remplacement. Donc je suis installée depuis six mois, un peu plus de six mois.

E1: Du coup dans le cabinet il y a uniquement des médecins ou il y a d'autres professionnels?

M1: Alors dans le cabinet il y a vraiment sept médecins, il y a deux secrétaires, et du coup il y a depuis peu une infirmière ASALEE. Donc une infirmière ASALEE c'est une infirmière qui va s'occuper de diverses pathologies comme le diabète, la tension.. donc c'est hyper intéressant de bosser avec elle. Dans le cabinet il y a vraiment que ça. Après dans la SISA, donc on fait partie d'une SISA, il y a plusieurs infirmières en fait, il y a des groupes infirmiers qui bossent avec nous, il y a les pharmaciens qui sont dans la SISA. Euuuuuh, voilà, c'est déjà pas mal. Du coup c'est intéressant de bosser avec eux, via le logiciel on va discuter avec eux, ça c'est top.

E1: Et du coup ta zone d'installation c'est plutôt urbain, semi urbain, rural?

M1: Alors la zone d'installation c'est plutôt... rural (*rire*), je sais pas ce que t'en penses comme tu remplaces là haut..?

E1: Oui, moi je dirais rural aussi. Et puis qu'est-ce que tu penses de l'accessibilité aux spécialistes?

M1: Alors on est quand même bien dotés parce que même si on est en rural on est à vingt minutes de trois villes plus grosses, V2, V3 et V4, et du coup il y a des spécialistes dans ces trois villes là donc après on a le choix.

Après sinon on envoie sur V5 ou V6, c'est à cent kilomètres ça pour le coup

c'est loin, mais on a quand même des spécialistes dans le coin. Même des services d'urgences; C'est quand même assez simple d'envoyer, même pour des gens qui ne se déplacent pas forcément loin.

E1: D'envoyer aux urgences tu veux dire?

M1: Aux urgences ou aux spécialistes. Après ceux qui ne veulent pas faire plus de vingt kilomètres.. On a quand même ce qu'il faut quoi, on a des chir ortho, on a des pédiatres... après si on conseille d'autres chir, ceux qui veulent aller plus loin, ben ils vont plus loin. Mais on a quand même des possibilités d'envoyer pas trop loin.

E1: OK. Donc maintenant pour rentrer un peu plus dans le vif du sujet, est-ce que tu pourrais me décrire une situation récente au cours de laquelle tu as échangé avec un autre professionnel de santé au sujet d'un patient?

M1: Euh alors par exemple euh, on bosse pas mal avec les infectiologues de BD qui sont super sympas -

E1: -Oui! mais ça c'est des médecins spécialistes!

M1: oui

E1: Mais donc autres que des médecins spécialistes..?

M1: Autres que des médecins spécialistes?

E1: Oui, c'est ça qui nous intéresse dans notre sujet, oui

M1: Donc faut le pharmacien tout ça?

E1: Ben oui!

M1: Ouai, baaaaah, par exemple le dernier truc qui me vient ce serait avec un pharmacien. C'était une patiente qui avait des problèmes au niveau de l'allaitement, donc j'm'en sors pas trop trop avec elle. Du coup elle m'avait dit qu'elle était allée sur un site internet, la leche league, avec une préparation pour son mamelon. Moi je ne connaissais pas forcément, je lui ai prescrit cette préparation parce que le site avait l'air bien et le pharmacien s'était renseigné, il y avait un des produits de la préparation que je ne pouvais pas forcément mettre comme ça donc on a échangé, on a échangé, on a réglé le problème, il a appelé des laboratoires, il m'a redemandé avis après donc on .. on a réglé la solution ensemble.

E1: Parce c'est quand.. tu as prescrit la préparation et quand elle elle y est allée il y avait un ingrédient qu'il n'avait pas c'est ça donc lui t'a contacté c'est ça?

M1: En fait il y a un ingrédient, c'était la mupirocine, a priori c'est pas bien de le mettre directement sur le mamelon parce qu'il y a des adjuvants ou je sais pas trop quoi, enfin, du coup il avait déjà eu le cas du coup il a

appelé le labo qui a confirmé que c'était pas bon mais qu'ils pouvaient faire une préparation sans PEG quoi. Il fallait juste mettre un générique.

E1: D'accord, et vous comment vous êtes rentré en contact avec le pharmacien c'est lui qui t'a dit "hé ça c'est pas bien"

M1: Ouai. Ouai ouai.

E1: Il t'a appelée?

M1: Euuuh, il m'a... du coup avec le Covid on a créé un groupe Whatsapp euuh, 'fin c'est via Whatsapp quoi, il a mon numéro de téléphone et il m'a envoyé un message quoi..

E1: D'accord, et du coup après vous avez échangé via whatsapp..? et il a modifié sans forcément que tu refasses une ordonnance euuh..

M1: Exactement.

E1: C'est quelque chose que tu fais fréquemment ça?

M1: ... De temps en temps, 'fin ça c'était lundi donc c'est pour ça que j'en parle là mais eeeuh, ouai ça arrive souvent, même avec les infirmières euuh. Les infirmières certaines viennent dans mon bureau en me disant est-ce que tu peux refaire une ordonnance pour régulariser euuh.. enfin une ordonnance de pansements, ou des choses comme ça. Donc ça peut être soit par téléphone, soit par whatsapp, soit.. soit via les secrétaires, soit de vive voix.

M1: A ce moment là, enfin si c'est par téléphone, elles t'appellent à n'importe quel moment de la journée, même quand tu es en consult, tu réponds euh..-

E1: Ouai, mais, après c'est hyper rare. En général elles passent par les secrétaires et c'est la secrétaire et c'est la secrétaire qui va nous redire euh, s'il faut faire une ordonnance ou quoi pour régulariser la situation. Après c'est exceptionnel les infirmières par téléphone, en général elles nous dérangent pas. A part pour des cas hyper particuliers où elles décrivent un pansement ou.. voilà

E1: Parce que du coup toi le fait d'être contactée comme ça, par une infirmière par exemple, n'importe quand dans la journée, t'en penses quoi?

M1: C'est tellement rare que pour le coup... 'fin, ça me dérange pas. Parce que c'est très très rare. Si c'était toutes les cinq minutes c'est clair que non!

E1: Mh. Parce que du coup c'est rare c'est parce que vous en avez parlé de ça? Enfin, il y a eu une mise au point-?

M1: Non parce que je pense qu'elles sont.. non non on n'en a pas du tout parlé mais comme nous on a des secrétaires elles passent par les secrétaires et la secrétaire nous retransmet l'information après quand nous on a le temps et, euet, en dehors des consult. Donc pour le coup, ça va de soit quoi. On ne dérange pas le médecin quand on est en consult.

E1: D'accord, ok. Du coup, bah tu as déjà un peu répondu aux (rire) aux questions d'après. La prochaine grosse question c'est dans ta pratique, comment toi tu vas solliciter les autres professionnels de santé? Tu peux te baser sur un ou deux exemples euh, si c'est plus facile pour toi..

M1: Bah pareil euh, pour les pharmaciens on les appelle euh, enfin on peut les appeler souvent. Pour le coup je t'avais parlé des infirmières, qu'elles appelaient pas forcément, mais les pharmaciens ils appellent quand même régulièrement, quand il y a un produit qui manque, euuh, à la pharmacie, est-ce qu'on peut le changer..? ou sur l'ordonnance, "ça ça a été changé, est-ce que c'est normal?".. 'fin je trouve que c'est vraiment une sécurité. Quand ils trouvent quelque chose d'anormal sur l'ordonnance ils n'hésitent pas à appeler quand on est en consultation et pour le coup ça ça ne me dérange pas du tout, parce que c'est pas forcément fréquent et puis de toute façon c'est.. s'il y a un médicament qui manque il faut bien qu'ils règlent le problème donc euh;. on règle la situation, même si on est en consult quoi.

E1: Et toi de.. de façon opposée là, est ce que tu vas contacter.. 'fin quand tu contactes d'autres professionnels de santé, c'est pour quelles situations? Enfin qu'est ce qui va t'amener à toi contacter..

M1: Ouai, je suis en train de réfléchir.. euuh, les infirmières mais c'est pareil c'est via les secrétaires.. euh, si les patients peuvent pas appeler, ou alors c'est des patients euuh, 'fin je fais l'ordonnance et c'est eux qui vont appeler l'infirmière. Euuh, les pharmaciens ça m'arrive de les appeler pour avoir des renseignements sur des médicaments, pff, est-ce que c'est en stock euh, est-ce que.. enfin les pharmaciens c'est possible que j'appelle pour demander des renseignements. Après euh kiné j'appelle jamais, euh, podologue non plus... j'appelle pas les autres professionnels de santé, c'est plus les pharmaciens, et puis les infirmières c'est plus euh, enfin via la secrétaires et via les patients eux même.

E1: Du coup kiné podologue tu dis tu les appelles pas mais est-ce que vous communiquez d'une autre façon peut-être au sujet des patients?

M1: Pour le coup non

E1: Pas trop; ok. Ok

M1: Pas trop

E1: Ok. Donc dans tes moyens de communication avec les autres professionnels j'ai retenu donc le téléphones, tu laisses des consignes orales à la secrétaire et après elle elle se..

M1: Ouai

E1: Voilà. Et puis est-ce que je sais pas il y a des protocoles euh, est-ce que vous fonctionnez avec des choses comme ça peut-être? D'autres supports?

M1: Bah, le logiciel P. Le logiciel P ça c'est plus vraiment entre nous et, entre les professionnels qui appartiennent à la SISA. Il y a .. encore les pharmaciens qui nous contactent beaucoup et nous laissent beaucoup de messages via P, ça c'est hyper intéressant quand il y a des nouvelles choses sur certains médicaments-

E1: Tu parles de la messagerie instantanée là sur P?

M1: Ouai, ouai.. Euh, et puis sinon les autres euh, l'infirmière ASALEE quand je lui envoie du monde, je ne lui envoie pas de message via P, je la vois tous les jours donc je lui dis "tiens je t'ai envoyé un patient" euh, c'est oralement que je vais lui dire en fait.

E1: Et le patient quand tu dis "je lui envoie le patient", concrètement ça se passe comment?

M1: Quand je suis en consult je parle de l'infirmière ASALEE, genre si c'est pour un obèse qui a besoin d'un suivi diététique ou.. je.. je lui en parle. Après il n'est pas du tout obligé de l'appeler. Je lui donne son numéro, et après je dis à l'infirmière ASALEE "tiens il y a peut-être un patient qui va t'appeler pour ça", voilà. Donc elle est au courant d'avance et puis après il l'appelle euh, si il veut quoi

E1: Ouai, d'accord, tu lui laisses euh, la charge de se prendre en charge

M1: oui je laisse au patient parce que y'en a qui sont pas motivés et j pense que ça sert à rien de forcer les choses, de les envoyer, donc s'ils sont vraiment motivés ils appelleront.

E1: D'accord. Et quand tu dis l'infirmière ASALEE tu la vois tous les jours, c'est .. au cours de réunions.. euh

M1: Ouai? Non, non non pas du tout, c'est vraiment entre deux consult, elle est en train de boire un café et puis je lui dis, ou elle est là euh, enfin puis si c'est pas aujourd'hui ce sera demain quoi. Mais non non c'est pas du tout au cours de réunions, c'est vraiment dans le couloir ou .. devant le secrétariat ou.. voilà. Ou autour d'un café.

E1: Et du coup au sujet des réunions, quelle place ça a dans ta pratique ça les réunions?

M1: Pour le coup, c'est ce que je te disais l'autre jour, comme je suis nouvelle installée, je suis pas encore dans la SISA. J'y serai seulement l'année prochaine quand mon père partira en retraite, c'était question de simplicité pour m'intégrer dans le truc. Du coup les réunions je sais qu'il y en a .. avec le covid je sais qu'il y en a eu beaucoup moins, mais j'y ai participé quand même, même si je ne fais pas partie de la SISA. Euh, je crois qu'il y en a une par mois et en fait, je crois qu'il y a les pharmaciens, les kiné qui peuvent venir, les infirmiers du coin, euh, et les médecins et du coup on va tous se réunir. J'y ai assisté une fois, j'te dis avec le covid il y a eu beaucoup beaucoup moins de réunions.. et du coup on parle de patients vraiment problématiques avec une prise en charge multidisciplinaire donc infirmiers, kiné, pharmaciens.. Et uh, pour parler de ces cas là et pour trouver des solutions si besoin.

E1: D'accord. Et à ce moment là, euh, comment vous faites pour- vous prenez des décisions au moment des réunions? comment ça s'anime?

M1: En fait on.. enfin moi j'avais pas de patients ce jour là mais on parle tous ensemble et on évoque nos points de vue et puis du coup le médecin.. enfin, on peut prendre des décisions lors de la réunion ou après, ou.. en tout cas on débat sur un patient et puis on essaye de trouver des solutions lors de cette réunion. Et je t'ai pas parlé non plus de... il y a une euh, alors, il y a une euh, enfin je sais pas comment ça s'appelle.. une eeeuh, comment euh, c'est quoi son métier? SC et CE en fait c'est deuuuux..

E1: Infirmières coordonatrices non?

M1: C'est pas des infirmières, c'est.. c'est des coordinatrices, alors je sais pas le statut de leur métier en tout cas elles aident à mettre en place des aides chez les patients, à domicile. Donc par exemple chez les personnes âgées si on a besoin d'aides à domicile, de trouver des fonds pour les aider à avoir du ménage, à avoir le portage des repas, à refaire des choses dans leur appartement pour euh, pour euh, adapter, ouai, pour une adaptation à leur vie, on fait appel à elle et elles s'en charge. Elles contactent les familles, et elles mettent tout en place, elles essayent de trouver des budgets qui vont aider les familles donc ça c'est vraiment super de bosser avec elles.

E1: Et comment vous faites appel à elles du coup?

M1: Alors elles elles viennent... Enfin, il y avait S.C et maintenant il y a C.E qui la remplace, S.C elle s'occupe d'autres choses. Elle viennent une fois par semaine au cabinet médicale donc on sait qu'elles sont là les mardis et du coup si on a besoin d'aller les voir ben on va les voir. Mais pareil avec le COVID elles venaient moins, du coup je les contacte par mail. On se contacte par mails en fait.

E1: D'accord. Après avoir demandé l'accord au patient? Enfin, tu les contactes par mail et puis après c'est elles qui recontactent les patients?

M1: Ouai. En fait en général comme c'est des personnes âgées, c'est les enfants qui nous demandent "est-ce que vous pouvez mettre ça en place" donc je leur dis oui je vais contacter une dame qui va vous appeler, et du coup je préviens cette personne par mail, je leur explique le cas et ce que ce serait bien de mettre en place, et du coup en général c'est fait dans la semaine.

E1: Du coup c'est toi qui définis les aides?

M1: Oui, et ça c'est vraiment bien ça, pour le coup?

E1: c'est vraiment bien parce que quoi?

M1: C'est bien parce que bah, en tant que médecin on n'a pas forcément le temps, de faire notre assistante sociale, d'aider les patients à mettre des aides en place.. enfin c'est un boulot monstre, enfin je pense que c'est un boulot à part et pour le coup ça c'est, c'est top qu'elles soient là. Et ça facilite pour les familles la prise en charge, les papiers.. tout ce qui est administratif tout ça.. les filles les aident vachement quoi!

E1: Du coup c'est pas vraiment une délégation de tâche parce que tu dis que c'est plutôt leur métier, enfin des compétences différentes?

M1: Oui c'est des compétences différentes mais je pense que quand y'en a pas, euh, si on tient un minimum au patient on essaye de gérer un petit peu quand même et de les aider. Donc pour le coup ça on peut déléguer facilement et c'est bien fait et c'est top. De se reposer sur elles.

E1: Ouai. Et du coup voilà tu dis "on peut déléguer facilement", c'est quoi qui fait que c'est facile pour toi de déléguer? .. Parce que c'est peut-être pas forcément évident de déléguer des choses à des gens euh, bon..

M1: En tout cas oui déléguer, c'est pas forcément notre boulot de faire ça mais en un mail, en une demande, euh, une semaine plus tard tout est mis en place. Enfin tout est lancé en tout cas, donc les patients sont hyper contents quoi.

E1: Mh. Du coup tu dirais que c'est quoi toi.. Enfin, là je vois que tu es très enthousiaste par cette façon de travailler avec ces personnes là, euh, c'est quoi qui fait que c'est vraiment facile pour toi, que t'as pas de doute à adresser à ces personnes.. qu'est-ce que ce serait les critères-

M1: Elles font que ça en fait. C'est ça. J'ai confiance en elles, c'est leur job donc elles sont.. ouai elles sont bien. J'sais pas je..

E1: Oui là tu parles de confiance..?

M1: Oui.

E1: Et comment tu as acquis la confiance du coup?

M1: Eh ben, c'est au fur et à mesure.. déjà en les ayant vu, en parlant avec, et puis on voit qu'elles sont à fond dans leur métier, qu'elles y tiennent, qu'elles vont direct quand on leur demande quelque chose c'est fait, et puis qu'elles ne vont pas prendre le truc à la légère quoi, elles vont faire direct et bien. Elles vont faire les choses bien.

E1: Oui du coup c'est l'expérience de prises en charge, que tu as vu euh..

M1: C'est ça.

E1: Est-ce qu'il y a d'autres tâches que tu aurais plus de réticences à déléguer à d'autres professionnels par exemple?

M1: .. d'autres tâches alors euh.. pfff

E1: Ou d'autres tâches que tu délègues facilement? ... L'un ou l'autre quoi

M1: Bah du coup pour les aides ça c'est elles euh. L'arrêt du tabac, le suivi diététique.. je délègue pas mal à l'infirmière ASALEE. Et puis pour tout ce qui est psychologue.. c'est vrai que j'envoie pas mal au psychologue. Psychologues, il y a des CMP au BD et à VF donc pour le coup moi dans ma pratique personnelle et professionnelle c'est vrai qu'une consultation de quinze minutes c'est vrai que je pense que ça peut pas régler les problèmes psychologiques et psychiatriques. En général c'est plutôt psychologique. Du coup il y a des psychologues dans le coin et j'envoie facilement au psychologue aussi. Après qu'est-ce que je ne délègue pas euh.. tout le reste!

E1: Ouai. Tu parlais des consultations de quinze minutes, ça ne t'arrive pas de dire bon ben là j'vais faire une consultation longue pour un patient parce c'est..

M1: Ben si si après forcément hein les problèmes psy ça va me prendre plus de quinze minutes même si j'envoie et je délègue après mais j pense que.. j pense pas.. euh.. je pense que c'est un métier aussi à part, et que je ne peux pas régler le problème en vingt ou trente minutes et qu'il va falloir plusieurs séances de une heure, voire plus, pour rentrer dans le vif du sujet, et puis euh, moi c'est pas forcément mon job... Après c'est peut-être pas ce que j'aime.... enfin j'aime de façon.. *modérée* la psy..euh, c'est peut-être pour ça que je délègue aussi mais j'ai pas envie de passer une heure avec les gens.. à essayer de trouver des trucs alors que si j'sais pas par forcément euh.. j'ai pas forcément appris ça dans mes.. dans... dans mes études.

E1: Voilà donc c'est pas qu'une histoire de temps en fait.

M1: C'est pas qu'une histoire de temps. Parce que le temps, forcément j'en prends pour ces gens hein, je les... mais c'est plus (*cherche*)... enfin je trouve qu'il y aura une meilleure prise en charge après s'il y a un suivi après par un professionnel qui a été formé.

E1: D'accord ouai, voilà tu parles, enfin tu trouves que c'est quand même plus bénéfique pour le patient, là, dans cette euh, dans cette compétence là.

M1: Ouai!

E1: Et du coup, euh, est-ce que tu pourrais ressortir quelques critères qui te semblent indispensables pour pouvoir travailler avec des professionnels, justement, adresser sans crainte auprès de professionnels.. tu parlais de la confiance, il y a le retour d'expérience..

M1: Ouai parce qu'il y a des.. des professionnels de santé... enfin, d'autres que spécialistes que.. à qui j'enverrais pas parce que j'ai des mauvais retours..

E1: mhmh.. de la part des patients c'est ça?

M1: De la part des patients donc euh, la confiance elle est là parce que je connais le professionnel, soit, et même beaucoup, par rapport au retour des patients. Donc si les patients me disent "bah ce kiné là il me fait rien faire, il est sur son téléphone, j'ai mes exercices à côté" beh, forcément je vais conseiller.. pas forcément ouvertement mais un autre kiné! Donc oui il y a la confiance, il y aaaa, il y a le retour de ce qui est fait, et le retour des patients, est-ce que ça a été bien derrière. Ouai je crois que le retour des patients c'est le plus important en fait.

E1: D'accord. Bah super! Du coup une de mes prochaines questions c'est comment ça se passe toi ton travail avec les différents professionnels non médicaux?

M1: ..

E1: Comment ça se passe, qu'est-ce que tu penses de la qualité de tes relations avec les autres professionnels?

M1: Euh, bah moi je pense que c'est.. ça reste professionnel, ça reste pour le patient et ça reste euh.. enfin c'est toujours euh, on est toujours assez d'accord entre professionnels pour euh, en ce qui concerne le patient.. enfin je ne sais pas si c'était ta question mais..

E1: Ben c'est surtout qu'est-ce que tu penses de la qualité de tes relations avec les autres professionnels: est-ce que tu es satisfaite, est-ce que tu trouves que c'est-

M1: Ouai ouai pour le coup je trouve que c'est, je trouve qu'il y a une bonne qualité de relation, en tout cas là où je travaille.

E1: Ouai. Avec tous les professionnels de ton environnement?

M1: Ouai ouai. Après il y a juste une infirmière euuuh, pff, euuuuh, qui parle moins mais c'est avec tout le monde, elle est plus rentre dedans mais après je dis ça mais c'est vraiment personne dépendant, caractère dépendant, mais tout le reste des autres professionnels de santé, c'est top quoi.

E1: Donc il y a quand même un côté "caractère personnel" qui rentre dans ta.. dans le.. dans le relationnel professionnel finalement

M1: Ah ben bien sûr! Bien sûr! .. Comme dans tous les métiers hein parce que... Si cette personne là va faire rentrer son caractère dans sa profession et va critiquer et va..enfin, va faire plein de choses qui sont non professionnelles, forcément ça va moins bien passer quoi. Avec tous les autres c'est pas le cas.

E1: D'accord. Parce qu'il y a une relation *personnelle* en fait qui est euh.. agréable..?

M1: Ouai. Parce que euh, on est d'accord sur la plupart des choses et que y'a paaas, ça reste professionnel, et justement, quand, quand ça devient trop personnel et quand le caractère de la personne rentre dans le professionnel et.. enfin elle, celle que je te parle là, je crois qu'elle mélange tout et du coup c'est pour ça que ça va pas.

E1: D'accord! oui c'est intéressant ce que tu dis! Euuh, ok. Donc tu aimes bien le côté un peu, oui, très professionnel et on ne mélange pas le.. on mélange pas tous les domaines..

M1: Mais pour le coup avec les autres avec qui ça se passe bien, on discute aussi de manière personnelle et .. il y a deux discussions et ça se passe bien aussi et euh, de manière personnelle.

E1: D'accord. Ok.. OK. Ensuite du coup une petite question euh, dans les rencontres avec les autres professionnels de santé, euh comment vous les prévoyez la plupart du temps? parce que j'entends que c'est souvent entre deux, c'est pas forcément prévu, tu dis "en buvant le café"..? il n'y a jamais de-

M1: Alors non, y'a jamais de réunion à part la réunion SISA dont je te parlais une fois par mois, sinon je te dis c'est entre deux, au téléphone, en consultations euh, via la secrétaire.. et sinon il y a juste une réunion une fois par mois. Je crois que c'est une fois par moi mais il faudra que tu redemandes aux collègues

E1: OK, Ok. Et est-ce que ça arrive que.. enfin les avis, voilà les pratiques des autres professionnels de santé influencent ta pratique à toi? te fasse changer une prise en charge ou..

M1: Oh bah oui! Ça peut arriver si.. si il y a une infirmière qui va me conseiller un autre pansement, ou voilà elle s'y connaît plus bah je vais l'écouter ou si le pharmacien il me dit "je mettrais plus ça que ça" bah je réfléchis, je

regarde.. ça peut me faire changer d'avis euh, oui bien évidemment je suis ouverte à la discussion, je ne suis pas ancrée dans mes positions et ça peut me faire changer d'avis pour le coup oui!

E1: C'est pas forcément dans des situations où tu te sens en difficulté et tu appelles au secours? parfois tu avais tes idées et puis euh..

M1: Euh ouai parfois j'avais mes idées et puis, alors parfois je campe sur mes idées parce que euh, voilà c'est comme ça. Et puis parfois sur des trucs où je suis pas sûre et j'estime qu'ils ont raison bah oui je les suis quoi.

E1: Ok... Du coup ma dernière question maintenant ça va être qu'est ce que c'est pour toi qu'est ce que c'est le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins primaires? Comment tu vois ton rôle dans le parcours de soins primaires?

M1: Qu'est ce que tu appelles les soins primaires?

E1: Bah tout.. les soins primaires c'est la première ligne de soins, avec ton réseau de professionnels, ce réseau il est quand même assez vaste.. Comment tu te situes toi?

M1: Euh, moi je pense que pour le coup pour le patient on va être important parce qu'on est le médecin et c'est nous qui décidons et du coup ils sont attentifs à ce qu'on va dire. Mais c'est pour ça que j'envoie facilement vers les autres en disant ce serait bien que vous alliez voir untel untel.. euh.. Après je pense que le médecin a un rôle très important par rapport au patient, et puis c'est lui va envoyer vers tel ou tel autre professionnel de santé.

E1: "Par rapport au patient", tu veux dire quoi?

M1: Je pense que les patients ils vont écouter le médecin.

E1: Ah tu veux dire "dans le regard du patient"?

M1: Oui. Oui oui. Si ils me demandent l'avis entre deux kinés, je suis obligée de leur dire, et du coup, c'est.. je pense que c'est moi qui vais décider et si je leur conseille quelque chose, ils vont forcément m'écouter quoi.

E1: D'accord, donc ça c'est le point de vue du patient, mais toi, comment tu te situes toi par rapport aux autres professionnels?

M1: Bah je pense que c'est un travail en équipe. Après je me situe à leur égal donc euh.. je ne sais pas ce que tu attends comme réponse..

E1: Bah je sais pas tu as parlé de coordination, enfin moi j'ai compris que c'est toi.. enfin j'ai l'impression que tu centralises quand même..?

M1: Bah je centralise dans le sens où j'envoie le patient. Enfin si je vois un patient je vais l'envoyer à d'autres professionnels de santé mais pour le coup, c'est *parce que je suis le médecin traitant* que je vais bosser avec les autres professionnels de santé en fait, qui ont un rapport avec le patient. Après oui c'est une coordination, par rapport au patient.

E1: Mh mh

M1: Mais c'est un travail d'équipe comme euh, comme à l'hôpital, comme euh. Je ne me sens pas supérieure. Voilà, par rapport à eux. Je pense que le rôle de l'infirmière qui va faire les pansements il est tout aussi important que le kiné qui va soigner une épaule, 'fin pour le coup c'est vraiment un travail d'équipe quoi.

E1: Oui. Mais pour le coup tu es quand même un peu plus décisionnaire que les autres..?

M1: Je pense. Parce que je peux envoyer à untel ou untel.

E1: Bien super! Est-ce que tu vois d'autres choses, en rapport avec le thème, que tu aurais voulu aborder?

M1: Je pense que j'ai déjà pas mal dit. Je sais pas euh ouai.

E1: Ou des choses que je ne t'ai pas laissé le temps de dire..?

M1: Non pour le coup je ne vois pas.

E1: Très bien, alors nous mettons fin à l'entretien. Merci beaucoup pour ta participation L.

2. Entretien 2

Durée : 50 minutes

E1: Donc pour commencer tranquille, est-ce que tu peux te présenter? Décrire toi et ton activité?

M2: Alors moi je suis dr XX, j'ai 39 ans, je suis médecin généraliste à V1, installée depuis septembre 2013. Je travaille en groupe dans un cabinet, 'fin dans une maison de santé même maintenant, pluriprofessionnelle, avec actuellement sept médecins. Il y a trois.. non même plus, cinq infirmières qui sont au sein de la maison de santé, un kiné et puis deux pharmacies.

E1: un kiné qui est dans la maison de santé?

M2: Non, un kiné qui est sur V2, M.X. Et euuh, voilà, c'est tout nouveau mais c'est vrai que c'est une MSP multi sites, et pas euuh... il y avait des structures existantes mais voilà personne n'avait forcément envie de se regrouper, sachant qu'on n'est quand même pas loin les uns des autres..

E1: Et ton installation c'est plutôt urbain, rural, semi rural..?

M2: Alors c'est semi rural

E1: Est-ce que tu accueilles des étudiants?

M2: Alors pas encore (*rires*) on a fait la formation de maîtres de stage il y a deux ans et on s'est inscrits pour être maîtres de stage sur V3 mais pour l'instant on a eu personne aux choix parce qu'il y a trop de terrains de stage par rapport au nombre d'internes.. Normalement on devrait en avoir un euuh, on va peut-être être fléchés en santé de la mère et de l'enfant, on est en train de réfléchir la dessus, parce qu'il y a trop de terrains de stage de niveau 1 et pas pour le reste donc on est en train de voir ça.

E1: Et est-ce que tu as fait un DU?

M2: J'ai fait un DU de gyneco

E1: Et puis qu'est-ce que tu penses de l'accessibilité aux spécialistes ici?

M2: Sur le territoire? Euh.. c'est fluctuant, ça reste compliqué pour certaines spécialités quand-même..

notamment, un bon rhumatologue, ça reste compliqué il faut tout de suite aller sur V4 ou V5... voilà on a cardio, hépato-gastro, on a ce qu'il faut sur le coin.. On a quand même des hôpitaux périphériques qui tiennent la route, notamment notamment en médecine à V6 (BLD) par exemple, en rééducation à V6, en diabète à V6, euh, voilà

E1: Du coup ça c'est facilement accessible pour des avis ou pour des rdv?

M2: Ouai, ça c'est facilement accessible parce qu'en médecine interne justement ils ont un téléphone d'astreinte donc ils sont quand même très dispo, ils sont toujours joignables et puis ils sont très à l'écoute, enfin voilà ils nous conseillent si on a besoin, et puis même les autres on peut les avoir en les appelant directement. C'est plus facile, enfin je sais pas trop pourquoi mais c'est plus facile d'avoir un médecin au téléphone sur l'hôpital de V6 que V7 (StD) par exemple, alors qu'il y a le même style de services. Après la diabète pour moi tient plus la route à V6 qu'à V7.. euh, il y a une meilleure prise en charge c'est comme ça. Après à V7 ils ont une bonne équipe à l'EMIG euh, en soins palliatifs aussi, en pédiatrie..

E1: et les cardio?

M2: Les cardio alors il y en a à V6 V7 V8 (VLF), moi je travaille plus avec V6 aussi encore euh, parce qu'ils sont plus carrés. Alors après il y a une nouvelle cardio qui vient de s'installer avec Y, qui tient bien la route aussi, qui va jusqu'au bout des choses, qui fait pas juste un ECG et une écho coeur (*rire*)

E1: Et l'accessibilité?

M2: Bah ça reste compliqué parce que les cardio de V6 ils ont plus d'un an de délai. Quand c'est pas urgent quoi. Quand c'est un contrôle simple, pour un rdv sans une chose particulière.. ouai y a un moment donné c'est quand même beaucoup

E1: Et les services d'urgences?

M2: Euh, ça va mieux que ça n'a été quand même et ouai euh, les cardio bah ça reste compliqué, ça dépend qui on veut, il y a des longs délais de rdv, les rhumato c'est compliqué, il y en a des bons mais qui prennent plus de nouveaux patients. Après les urologues c'est compliqué, aussi (*rire*) parce que sur le secteur, ils voient les gens très très vite et euh... ils... fooont.. euuuh, pas forcément euuuh, grand chose (*rires*) pendant la consultation donc bon, c'est un peu... voilà, donc on envoie facilement les gens ailleurs

E1: Ok. Du coup est-ce que maintenant tu pourrais me parler d'une situation récente, où tu as échangé avec un professionnel non médical au sujet d'un patient?

M1: Euuuh, oui. Bah alors hier (*rire*) avec une infirmière, qui me posait la question, j'ai vu une dame la semaine dernière, qui avait une sorte de furoncle, un peu abcédé quand même au niveau du pubis, donc elle avait été prise en charge par un chirurgien, le Dr Z, et puis les fils, il y a eu un lâchage de suture, c'était à nouveau induré tout autour et ça s'abcédait en dessous donc elle revoyait le chirurgien aujourd'hui et elle me demandait est-ce qu'il faudrait pas mécher, est-ce que je continue les pansements parce qu'elle n'avait plus l'ordonnance pour continuer sa prise en charge. Donc on a échangé la dessus en disant bah oui oui il fallait continuer à faire les pansements, on attend que le chir ré intervienne voire relave et puis il faudrait éventuellement mécher après. Et bon ça on s'est vu euh, quand je suis arrivée le matin, quand je suis arrivée sur le parking (*rire*) euuuh en arrivant elle m'a vu arriver et puis elle est sortie pour en parler. Et puis elle m'avait mis sinon un ptit mot sinon sur P, euuuh, sur un post-it P

E1: P qui est un logiciel commun

M2: P qui est un logiciel commun, donc accessible à tous les professionnels de la maison de santé. Alors après il n'y a pas les droits ouverts plein pot comme nous, au niveau de tous les professionnels de santé mais c'est une volonté pour euh, bah parce qu'il y a toujours le secret médical donc c'est compliqué d'ouvrir tout euh, à la fois les antécédents, le traitement, euh, le contenu des consultations plus tout le courrier, bah tous les examens qu'on reçoit. Et comme on n'a pas réussi à tomber tous d'accord sur euuh, sur ce qu'on ouvrirait et ce qu'on n'ouvrirait pas... Voilà certains confrères qui ne voulaient pas qu'il y ait un accès au contenu des consultations à tous, d'autres ça les dérangeaient pas.. il y a certaines infirmières qui trouvaient qu'il y avait trop d'informations pour elles aussi, elles avaient peur de faire une boulette, aussi parce qu'elles préfèrent ne pas savoir certaines choses euh voilà.. euh bah moi j'aurais bien voulu, alors après, il y a des contraintes aussi liées au logiciel, c'est à dire qu'on peut pas bloquer euh.... euh.. moi j'aurais bien voulu qu'elles aient accès aux antécédents et qu'elles puissent elles rentrer des consultations mais c'est pas possible. Si on veut qu'elles entrent une consultation ou euuh, qu'elles mettent un petit mot dans P, il faut qu'elles puissent avoir accès à l'onglet "consultation". Et ça ça pose souci parce que si moi je veux le faire, je ne peux pas le faire que pour mes patients, il faut que ce soit pour euh, les droits doivent être ouverts pour tout le monde..

E1: Pour tout le monde..? c'est pas toi qui ouvres le droit pour un dossier pour un professionnel?

M2: Alors si, on peut le faire au coup par coup et c'est ce qui a été décidé finalement. En fonction des prises en charges euh.. Là par exemple il y a pas longtemps il y a eu un jeune qui s'est plombé, il a voulu brûler un nid de guêpes, bref, il a foutu de l'essence dessus, il a eu un retour de flammes, il était brûlé bien comme il faut donc il a eu des greffes de peau, etc, et donc là par exemple ça aurait été intéressant d'ouvrir son dossier pour que l'infirmier qui le prenait en charge m'envoie des photos régulièrement et qu'on puisse discuter.. alors il l'a fait mais sur mon téléphone quoi. Donc euuh, là au moins il y a des photos dans le dossier..

E1: Comment du coup?

M2: Ah bah, d'une manière non sécurisée, par texto quoi!

E1: OK. Avec des photos ..

M2: Ouai, ouai.. Et euuh, donc voilà. Là ce qui a été décidé c'est d'ouvrir les droits aux professionnels de santé, après avoir informé le patient, s'il est d'accord, euh, d'ouvrir à l'infirmier ou à l'infirmière qui le suit, avec son accord. On avait mis des petits mots sur les bureaux pour les patients pour les informer qu'on travaillait en coordination avec les infirmières, les pharmaciens, le kiné, et pour les informer qu'on allait ouvrir, euh, ben l'accès à leur dossiers à ces professionnels de santé là. Mais on considère qu'on n'aura peut être pas fait tout le tour de toute la patientèle.. Et légalement on pourrait le faire, mais ça reste compliqué, d'ouvrir les droits, enfin l'accès à des informations parfois confidentielles, qui leur appartiennent, et sans qu'ils aient donné franchement leur accord même si euh, il y avait euh.. enfin je ne sais plus euh... nous on devait pouvoir les informer avec une information claire par rapport à ça donc on a mis des affichages (y a ça dans chaque bureau) mais on n'a pas vérifié d'abord, qu'ils aient bien lu l'information, on n'a pas recueilli leur signature, parce que c'est un boulot monstre de recueillir leur consentement auprès de chacun, donc voilà, on reste un peu frileux par rapport à ça, alors que je pense qu'il y a beaucoup de centres de santé qui ouvrent pour tout le monde, parce que nous on a peur de la fuite d'information médicale..

E1: Tu dis "on", mais toi, aussi? tu es d'accord?

M2: Moi je suis d'accord, alors oui, parce que je trouve que, oui oui, je suis d'accord avec ça. Mais globalement euh, oui moi je suis d'accord avec ça et j'suis d'accord pour ouvrir les droits de façon euuh, précise euh, en fonction de la prise en charge, et ça me paraît plus adapté parce que ça veut dire que sinon, par exemple il y a 3 cabinets d'infirmiers, si on ouvre l'accès de toute la patientèle à tout le monde et ben elles vont avoir accès à des dossiers de gens qu'elles connaissent pas. Et ça c'est quand même dangereux parce que voilà, euuh, ça peut vite partir en cacahuète quoi! (*rire*)

E1: Et du coup qu'est-ce que tu penses de la façon actuelle dont tu travailles avec les autres professionnels, du coup parce qu'il y a ce logiciel qui est plus ou moins... mis en place enfin..

M2: Bah, là on eeeeeest, euh nous on a ce logiciel depuis pas longtemps hein, ça fait depuis avril 2020 l'année dernière, on a eu ça en plein confinement! euuuuh, donc ça a été compliqué parce qu'il a fallu former les gens, voilà on n'avait pas que ça à faire, il y avait tout, il y avait toute la gestion du covid, l'année dernière les infirmières elles avaient tous les prélèvements qu'elles faisaient ici donc elles n'étaient pas trèèèè.. bah voilà elles n'avaient pas le temps de le faire et puis le temps que nous on se réunisse, qu'on trouve aussi uuuuun.. un point d'entente

avec ce qu'on voulait faire ce qu'on voulait pas faire avec le logiciel, euh ben voilà (*mou crispée*) dans l'idéal j'aimerais bien que chacun l'utilise plus. Pour l'instant, ça nous sert surtout d'outils de communication sécurisé avec les post it sur P, mais euuh, à l'avenir j'aimerais bien qu'il y ait des photos qui soient mises dans les dossiers des patients, par l'intermédiaire du logiciel, et puis qu'elles alimentent un peu le truc de leur côté

E1: C'est qui "elles"? parce que c'est un logiciel partagé entre euh..

M2: Ben elles et ils parce que, c'est un logiciel partagé entre médecins, infirmière, pharmaciens et euh kiné, de la SISA, uniquement. Et pareil pour le kiné, qu'il nous fasse des retours aussi euuh, parce que voilà, on en avait parlé la dernière fois à la réunion: des fois il a des demandes mais il n'ose pas nous déranger ou quoi que ce soit donc euh.. de nous faire un retour par post-it, et puis euuh.. voilà c'est quand même encore assez frais, comme façon de fonctionner et ça leur prend du temps alors c'est le gros point noir pour eux, c'est que ça prend globalement du temps en plus de leur logiciel métier. Donc dans l'idéal il aurait fallu n'y avoir que celui-ci mais elles ont un système de facturation qui est quand même assez complexe, les infirmiers infirmières, et le kiné aussi, qui fait que ils ont des logiciels métiers, pour la facturation en tout cas, qui sont très performants et plus faciles d'utilisation. Et même le commercial qui nous avait fait la présentation leur avait conseillé de garder le leur...! du coup moi j'étais pas trop pour ça parce que c'était sûr qu'en ayant deux trucs.. euuh... voilà. Bon après il faudrait que Pil s'améliore déjà sur la facturation, mais euh, après tout est une histoire de sous aussi. C'est à dire qu'il fallait résilier l'ancien logiciel, payer celui-là, il fallait pas que ça soit plus cher que celui qu'il y avait enfin c'était un peu compliqué à ce niveau là. On avait trouvé un compromis comme ça. Après, il faut que nous aussi on sollicite plus les paramédicaux par cet intermédiaire là...

E1: Parce que toi actuellement tu les sollicites comment?

M2: Ben moi j'essaye justement d'envoyer des post it quand c'est pas urgent. Après quand c'est vraiment urgent je les appelle.

E1: D'accord. Tu vas appeler facilement? Enfin c'est pour quel type de situation?

M2: Quand euh, là par exemple j'ai vu un patient ce matin qui a une maladie d'Alzheimer pour que je faxe directement l'ordonnance dans une pharmacie, et il avait une prise de sang à faire déjà le mois dernier et j'avais faxé l'ordonnance de prise de sang à la pharmacie parce que c'est elle qui récupère les médicaments et qui vont avoir normalement les ordonnances. Et il avait pas fait sa prise de sang par exemple. Et donc là c'est pas à la minute mais j'aimerais bien qu'il la fasse, donc j'ai renvoyé un post it ce matin pour ce patient là en demandant si ça peut être fait pour le mois prochain euh, qu'elles repassent à la maison lui faire son bilan. Par exemple.

E1: Et après ils te répondent par post-it aussi, c'est comme une messagerie -

M2: Ouai c'est une messagerie sécurisée, ouai!

E1: Et les kiné tu disais par exemple tout à l'heure qu'ils n'osaient pas venir te déranger, mais du coup il y a des interactions avec les kiné?

M2: Alors les kiné ben pas trop justement, euuuuh, pour le moment, euuh, la seule interaction qu'on peut avoir c'est quand on fait nos réunions de RCP, euh... à cette occasion là effectivement il peut nous solliciter sur un problème qu'il rencontre, ou les difficultés de telle ou telle rééducation... bon s'il y a besoin de faire des examens complémentaires euh voilà. Pour lui c'est plus au cours de réunions. De temps en temps il nous fait des compte-rendus de prise en charge de sa rééducation, mais c'est quand même assez rare...

E1: Et vous les réceptionnez comment?

M2: On réceptionne comment?... Bah j'en sais rien... Euuuuh

E1: C'est sur l'ordinateur?

M2: Non non non, c'est en papier, non, ça passe par le patient.. Ou par fax. Mais c'est pas par l'ordi en tout cas

E1: Mmh, d'accord. Et toi tu communique avec eux comment? Avec le kiné?

M2: Avec le kiné, bah pas trop hormis ces réunions (*rire*) de RCP

E1: Des ordonnances peut-être?

M2: Oui ben des ordonnances, après on essaye de détailler un peu des choses dessus mais euuh, c'est vrai que je décroche rarement mon téléphone pour l'appeler comme je peux le faire avec les infirmières ou le pharmacien. Parce que, parce que.. bah ya jamais trop de choses urgentes et euuh.. voilà c'est vrai qu'oon, là la dessus j pense qu'il faut qu'ooooon, qu'on communique un p'tit peu plus avec le kiné

E1: Mmh. Donc c'est le critère d'urgence du coup qui va te faire solliciter directement un autre professionnel de santé?

M2: Bah c'est le moyen de communication par téléphone quiii, oui parce que le post-it, sur P, il sera pas forcément lu tout de suite et puis comme c'est.. elles ont un double logiciel donc ils vont pas forcément dessus tout de suite, peut-être que mon post it il sera lu que ce soir donc si, par exemple j'avais une prise de sang urgente à faire d'ici 16h, j'aurais peur que mon post-it il soit pas vu et que ça passe à la trappe quoi! Donc la pour le coup j'appellerais ou je ferais appeler les secrétaires pour leur dire "ben ya ça à faire de façon urgente". Et sinon voilà.. Le kiné... si j'ai du l'appeler une paire de fois pour des enfants ou voilà quand on a une bronchiolite -même si la kiné est plus vraiment recommandée on le fait encore plus ou moins- ça dépend des fois, mais pour des cas comme ça on l'appelle et puis voilà, pour organiser la prise en charge. Mais c'est vrai qu'il y a moins de situations où j'ai du le solliciter

E1: Alors d'autres professionnels que tu vas solliciter enfin facilement, directement, ce sera les infirmières j'ai compris, tu les appelles souvent, pharmacien aussi tu as dit?

M2: Pharmaciens, alors dans le cadre de la SISA on a un protocole d'auto mesure tensionnelle avec les infirmières, infirmiers et pharmaciens. Donc normalement ça devrait passer par le logiciel aussi. Mais c'est essentiellement les pharmaciens qui le font parce que.. euh bah parce que les gens sont capables quand-même de se prendre la tension (rire) Et les infirmières c'était convenu qu'elles gèrent les patients qu'on voit en visite et qui sont pas capables de le faire eux même quoi. Donc ça concerne pas tant de monde que ça. Donc avec les pharmaciens on avait acheté des appareils d'automesure tensionnelle au sein de la SISA, donc les pharmacies ont et prêtent aux patients. Et donc je sais pas comment font les autres mais moi j'explique déjà au patient comment il faut faire, alors que le pharmacien ré explique encore au patient. Il fait son automesure pendant 3 jours et après il est sensé ramener le tableau d'automesure au pharmacien, qui nous le redonne. Comme ça il ramène son appareil à tension par la même occasion, et ils sont sensés faire la moyenne des mesures et nous l'envoyer. Alors du coup le pharmacien la de V1 qui aime bien l'informatique, qui est à fond sur le logiciel, sur P, il nous adresse ça par messagerie sécurisée et c'est top parce qu'on peut importer directement le tableau d'automesure dans le dossier du patient. L'autre pharmacie à V2, on les reçoit souvent par fax. Alors que ça pourrait être la même chose. Et les infirmières, soient elles nous les déposent ici au secrétariat, soit c'est ce que je leur disais, de nous les prendre en photos et puis pareil de les reporter sur le logiciel mais c'est pas du tout un réflexe. Pour le moment. Elles ont euuh... parce qu'elles y pensent pas, et que ça reste un peu une contrainte aussi je pense pour elles.

E1: Le fax tu vas t'en servir beaucoup pour communiquer avec les autres professionnels?

M2: Non

E1: C'est plus eux qui t'en envoient que..

M2: Alors je.. 'fin si là pour le patient de ce matin, parce qu'il est capable de perdre son ordonnance entre ici et la pharmacie (*rires*), du coup, j'ai peut-être trois patients pour qui je faxe les ordonnances à la pharmacie mais c'est vrai que... je pourrais moi aussi le faire par P (*mimique réflexive*) probablement. Faudrait que je regarde ça..! Ouai!

E1: D'accord. Et du coup tu parlais des réunions RCP, ça, ou les réunions en général, ça a quelle place dans ta pratique?

M2: Euuuuuuh, comment ça, ça a quelle place dans ma pratique?

E1: Bah, à quelle fréquence tu en fais, quels professionnels ça réunit..

M2: Aah! oui!! Normalement on en faisait une fois par mois. Et, bon là, j'te dis ça a été un p'tit peu moins. Et ça regroupe les professionnels de la SISA, donc toujours les mêmes: les cabinets infirmiers, les pharmaciens, les kinés, plus Z, la coordonnatrice de la maison de santé, et puis les médecins.. Après ..

E1: Et elles s'organisent comment?

M2: En pratique c'est Z qui envoie une invitation par mail à tous les membres de la SISA et c'est envoyé peut-être 2-3 semaines avant la date de la réunion..-

E1: Oui mais pendant la réunion, quelle est la dynamique..?

M2: Ah pendant la réunion! Alors en théorie on devrait présenter que des dossiers de patients. Soit qui posent souci, soit euh, ça peut arriver, on est un peu bloqués dans la prise en charge, donc c'est l'occasion d'en discuter, voir les avis de chacun, voir comment on peut débloquer la situation-

E1: Quand tu dis "on" c'est que les médecins?

M2: Non c'est tout le monde!.. Alors pour l'instant, les demandes n'émanent que des médecins. Le but aussi des choses c'est que ce soit tout le monde, pas que nous..! euuuh... oui des fois les paramédicaux ont des questions mais, ça voilà c'est pas... beaucoup moins que nous. Et c'est dommage parce que c'est pas fait que pour les médecins, c'est fait aussi pour s'ils ont des difficultés dans des prises en charges. Du coup Z elle envoie un mail et elle demande aussi à ce qu'on lui retourne par mail, par Paussi, pour que ce soit sécurisé, qu'on lui adresse les noms des patients qu'on aimerait présenter en réunion.

E1: Et du coup pourquoi les autres ils ne proposent pas trop de-

M2: Je ne sais pas, je pense qu'ils n'osent pas ou qu'ils ne voient pas ce qu'ils pourraient améliorer de plus ouuu, il n'y a peut-être pas de soucis.. ou (*rires*) je sais pas (*rire*) C'est vrai que c'est plus rare, c'est plus rare..

E1: Et comment vous prenez les décisions pendant les réunions?

M2: Bon, c'est une discussion en fait, on va exposer euh, alors qu'est-ce qu'il y a eu, enfin j'te dis on n'en a fait qu'une là et on n'avait pas trop de cas non plus. Mais c'était plus une situation sociale un peu compliquée là, où c'est bien d'avoir quand même le retour de tous ceux qui gravitent aussi autour de la personne aussi d'avoir leur ressenti de comment ça se passe, mais.... euh.. alors c'était pas moi mais j'ai une collègue, qui a un jeune qui a .. une maladie génétique en fait où il fait des crises, il fait des crises d'agitation assez régulièrement, il faut gérer, il faut lui donner assez rapidement un traitement bien particulier, les infirmières sont dans la boucle de cette prise en charge là.. euh.. donc là il y avait eu un échange sur comment se passaient les crises, sur comment il faut le rassurer aussi donc.. voilà, comment améliorer le truc, comment gérer les choses au mieux pour le patient.

E1: Quand tu dis "elles sont dans la boucle", c'est à dire?

M2: Ben c'est à dire que quand par exemple pour lui en l'occurrence quand il avait ses crises d'agitation, en fait la maman (parce qu'il a 15-16 ans), la maman les appelaient pour qu'elles viennent en renfort, pour le canaliser et aider à gérer les choses quoi.

E1: Du coup elles avaient un protocole les infirmières, ou comment les consignes elles étaient données?

M2: Si si il y avait un protocole écrit et il y avait une psychiatre aussi dans la boucle..

E1: Le protocole était écrit par la psychiatre?

M2: Oui par la psychiatre et le médecin traitant.

E1: D'accord. Et c'est un moyen fréquent d'échanger ou pour donner des consignes aux autres professionnels les protocoles?

M2: Ben .. fréquent non, mais c'est un peu aussi l'objectif de la SISA c'est d'en faire plus. Donc il y a le protocole d'automesure tensionnelle, là il va y avoir un protocole pour les plaies-cicatrisation, donc là il y a un groupe de travail qui est en train de se faire entre médecins et infirmières et après dans un second temps avec les pharmaciens. Et... voilà. Après euh.....

E1: D'accord, du coup je voulais te demander un peu des questions sur comment ça se passe la sollicitation des autres professionnels de santé mais tu m'en as déjà parlé un peu, mais par exemple euh.. qu'est ce que tu vas pouvoir déléguer comme tâches à des autres professionnels de santé?

M2: *mimique dubitative...*

E1: Par exemple.. euh.. non je vais pas t'inciter en fait! (*rires*)

M2: Déléguer comme tâches que je pourrais faire moi? (*gros rire*) pas grand chose! Euh qu'est ce que je pourrais déléguer..?

E1: Est-ce que ça t'arrive de déléguer des tâches..?

M2: euh... ben oui alors après je vais peut-être plus déléguer à nos secrétaires, qui sont pas tout à fait professionnelles de santé mais euh, sur la prise de rendez-vous, 'fin on leur délègue beaucoup de choses hein, sur la prise de rendez-vous urgents, de consultations pour les patients qui sont pas capables de les prendre..

E1: Et sur des choses médicales? Soit des relevés, j'sais pas, de paramètres.. des suivis..?

M2: Oui, bah alors après on rejoint encore un peu la même chose, par exemple pour les infirmiers, de prendre la tension artérielle au domicile du patient si, ça, ça arrive. Après ça arrive aussi pour les gros insuffisants cardiaques aussi, de faire des suivis hebdomadaires avec prises de tension, prise de poids, vérifier aussi s'il n'y a pas de dyspnée, voir comment ça se passe, s'il n'y a pas d'œdème, tout ça.

E1: Ca tu le fais?

M2: Ca on le fait, mais ça concerne une poignée de patients quand-même

E1: Et pourquoi tu ne délèguerais pas de tâches médicales? Parce qu'il y a des médecins qui le font..

M2: Bah je vois pas trop ce que je pourrais déléguer! .. Quoi?

E1: Bah, par exemple avec les infirmières de pratique avancée, euh, c'est en train d'être mis en place, il y a pas mal de choses qu'on peut déléguer. Elles peuvent prescrire des choses, faire des relevés de mesures, organiser des dépistage, des trucs ... enfin y a des choses qui sont -

M2: Alors après on délègueuuu, enfin on n'a pas d'infirmières de pratique avancée déjà, mais on travaille pas mal avec H aussi qui est notre infirmière ASALEE qui fait aussi, bah des automesures tensionnelles pour des patients qui seraient capables de se déplacer, ou pour lesquels on n'aurait pas besoin d'aller au domicile prendre la tension, et qui seraient capables de venir là mais juste qui comprennent pas forcément comment ça fonctionne, ou vraiment quand on voit que ça va être compliqué, plutôt que de les envoyer directement auprès des pharmaciens, ils passent une petite étape par H, qui va peut-être prendre trois quarts d'heure pour expliquer comment marche l'appareil. Et, alors elle a peut-être un peu ce rôle là H..

E1: Et par exemple l'éducation thérapeutique aussi, ça c'est un truc qu'on peut faire..

M2: Ouai, alors moi j'le fais un p'tit peu mais je délègue beaucoup à H là dessus. Pour tout ce qui est règles hygiéno-diététiques, elle a cet avantage-là que les patients n'avancent pas de frais. Donc euuuh, c'est un gros avantage pour les patients. Et le fait qu'elle soit à temps plein dans la structure en plus, ça aide vraiment beaucoup. Alors si là pour le coup je délègue beaucoup de choses à H (*rires*) Bah, les règles hygiéno diététiques chez les diabétiques, obèses, hypertendus, euh, de temps en temps, moi j'en fais un p'tit peu mais on envoie aussi tout ce qui est dépistage des troubles cognitifs. Donc MMS, test de l'horloge, les 5 mots de Dubois, tout ça elle le fait pis elle me fait un retour après.

E1: Comment?

M2: Alors, bah déjà en se parlant. Parce qu'on se croise tous les jours. Puis après elle met un mot, elle a accès à tout le logiciel, donc elle met des mots parce qu'elle fait des consultations qu'elle rentre dans P, donc on n'a pas trop le choix. Et par contre, à chaque prise en charge de patients qu'elle voit, qu'on lui envoie, elle demande le consentement du patient de pouvoir avoir accès à son dossier. Et donc elle fait du sevrage tabagique, on lui envoie aussi donc nous on peut initier des choses et puis après elle vient en complément sur le soutien et la stimulation dans le maintien du sevrage donc euh voilà. Moi je lui envoie aussi pas mal de patients qui sont désadaptés à l'effort, pour qu'elle les restimule et, elle fait des groupes de marche -alors elle faisait des gros groupes de marche avant donc là c'est plus de l'individuel ou à 2, euh, mais bon ça va p'têtre revenir...! Eet, qu'est ce qu'elle fait d'autre euh

E1: Et du coup comment tu lui euh, quand tu dis "je lui envoie"..?

M2: Alors j'en parle au patient! J'en parle au patient en lui expliquant qu'on travaille avec une infirmière ASALEE, d'éducation thérapeutique, elle travaille au sein de la maison de santé donc c'est un gros point. Le fait de ne pas avoir à se re déplacer ailleurs. Que c'est gratuit. Et puis je lui donne ses coordonnées, je lui donne sa carte, ou je lui donne son numéro de téléphone. Alors quand je sais que H est là et que je sens que ça va être compliqué pour la personne d'appeler parce que je sens que cognitivement ça va être compliqué, euh H quand elle est là on peut communiquer par MSN et puis elle me donne le rendez-vous que je donne au patient parce qu'elle gère toute seule son planning donc moi j'ai pas d'accès à son planning. Mais du coup elle me donne directement une date avec un horaire que je donne au patient puis lui il revient directement à cette date là avec elle.

E1: Et donc MSN c'est encore une autre messagerie instantanée mais qui fait pas partie du logiciel Pet qui est entre...

M2: Entre qui? Entre les médecins, les secrétaires et les IDE Asalée

E1: Les messageries instantanées c'est un moyen de communication que tu utilises beaucoup?

M2: Alors euh entre médecins et secrétaires. Bah MSN quoi... Parce que quand on a des petites questions entre nous entre médecins on l'utilise. Et après oui avec les secrétaires aussi quand on a besoin d'un truc qui n'est pas urgent mais au moins l'information est donnée, elles se le notent de leur côté et puis on oublie pas de le réécrire sur un autre support. Enfin moi je trouve que c'est pratique parce que je le fais pendant la consultation.

E1: Pendant les consult'... Ok!

M2: Voilà, par exemple de récupérer un bilan bio, de prendre euh un rendez-vous... Puis ça évite de les déranger aussi en plus... Les secrétaires!

E1: Ok! Et hum comment, comment est-ce que tu trouves que ça se passe ton travail avec les différents professionnels paramédicaux? Qu'est-ce que tu penses de la qualité aujourd'hui, de la qualité de tes relations professionnelles avec les autres professionnels de santé?

M2: ça va, ça pourrait être mieux (*rires*) Je pense que ça pourrait être mieux parce que ça manque encore de communication, et euh... d'envie d'améliorer les choses! A mon sens quoi, voilà j'ai l'impression de devoir, pfff (*souffle*), pousser un peu tout le temps, voilà d'être le moteur, et euh , et par exemple pour les RCP j'aimerais bien que ce soit d'autres personnes que les médecins qui soient à l'initiative des demandes par exemple. Et pareil pour les protocoles, j'aimerais bien que euh, bah là ça va être le cas, que je sois pas dans un groupe (*rires*) pour justement laisser la place aux autres et euh...que bah voilà qu'ils fassent , qu'ils prennent un peu d'initiatives et qu'on ne soit pas obligé de les forcer en fait quelque part, que ce soit plus naturels et qu'ils s'impliquent un peu plus dans tout ça.

E1: Ok, ok... Par exemple les protocoles, ...

M2: Bah ça pourrait être plus fluide mais alors après, voilà, on a eu un petit différend avec un cabinet infirmier. Donc voilà, on a eu une discussion par rapport à tout ça, donc ça va mieux depuis qu'on a eu cette discussion là. Il y a un projet d'extension de la maison médicale où il va y avoir un regroupement des 2 cabinets infirmiers donc euh la communication sera aussi meilleure parce que on va plus se croiser. Donc c'est l'avantage d'être tous sur place. Après l'autre cabinet infirmier de "P" on leur a proposé mais ils étaient pas intéressés parce qu'ils ont forcément leurs patients sur leur secteur , ça fait de la route supplémentaire et bon voilà après il y a moyen de communiquer plus je pense... Oui je pense qu'il y a moyen de communiquer plus! J'ai déjà...Voilà j'ai fait des remplacements et certains cabinets voilà, il y avait une meilleure communication je trouve entre les professionnels de santé. Mais parce que il y avait peut-être une équipe plus jeune, et qui était habituée, donc là ça change complètement leurs habitudes et la plupart ont toujours eu un exercice isolé. Donc il faut, voilà, c'est un travail de fond quoi hein!

E1: Et du coup ça changerait quoi dans ton travail?

M2: De mieux communiquer?

E1: Ouai!

M2: Bah déjà c'est plus sympa (*rires*) c'est au niveau de l'ambiance, après ça va pas me révolutionner ma prise en charge hein! Mais c'est plus sympa, voilà je pense que ça créer une meilleure ambiance...

E1: Hum! Mais ça changerait pas ta façon de travailler?

M2: Non, non... Je pense pas, non, pas radicalement. Après il y a certains points de détails pour lesquels on aimerait bien avoir un retour, et si on l'a pas c'est pas dramatique non plus quoi!

E1: Par exemple?

M2: Par exemple euh, tu vois...Je sais pas moi, un diabétique qu'on a du mal à équilibrer, ça pourrait faire partie d'un truc de RCP ça , comment ça se passe à la maison, est-ce que il grignote toute la journée... Comme elles elles passent peut-être plus que nous et puis elles voient plus comment ça se passe au quotidien. Donc voilà, avoir ce retour là! Parce que on nous dit pas forcément toujours la vérité en consultation, donc c'est un échange qui peut durer 5 minutes quoi, même pas!

E1: Hum! Du coup il y aurait un bénéfice vraiment pour la compréhension des situations. Enfin de ce que tu dis, "on nous dit pas forcément", tu penses qu'ils disent plus de choses aux infirmières...

M2: Non mais elles peuvent observer plus, elles peuvent observer un peu ce qui se passe à la maison et puis... C'est plus dans ce sens là hum!

E1: Et toi ça t'influencerait? Enfin ça changerait...

M2: Bin oui parce que on pourrait adapter les choses , voilà renforcer un peu tout ce qui est éducation thérapeutique, et voilà renforcer la motivation par rapport à ça! Et puis on travaille aussi avec C aussi je n'en ai pas parlé qui est coordinatrice... Alors elle elle fait de la gestion de cas complexes, donc euh alors elle c'est plutôt sur l'aspect médico-social. Par exemple là j'ai une situation d'une patiente qui a 93 ans , qui est toute seule à la maison, qui est encore relativement autonome pour son âge, qui a des aides à domicile pour la toilette, elle a un portage de repas le midi, et puis elle a les IDE qui passent pour la préparation et la distribution de ses médicaments. Elle a un petit appartement et elle souffre d'être toute seule en fait . L'isolement, de plus en plus. Elle avait 8 enfants dont 2 décédés donc il lui en reste 6, et ils s'entendent pas entre eux et pas du tout avec elle parce que elle est pas simple non plus. Elle est toujours insatisfaite de tout ce qui peut se passer autour d'elle

donc ils en ont un petit peu marre de l'entendre se plaindre et voilà voilà... Et on a l'impression que ça devient un peu malveillant, la relation de ses enfants vis-à-vis d'elle devient un peu malveillante quand même. Parce que bon voilà, elle est très près de ses sous, on sait pas trop en fait le vrai du faux, elle a toujours l'impression qu'on lui pique ses sous alors que j'en suis pas convaincue mais d'un autre côté j'en sais rien (rires). Donc là par exemple on a, la semaine dernière on avait provoqué une réunion avec C pour rencontrer une de ses filles qui s'en occupe le plus, pour l'amener... Moi j'avais en tête en fait 3 choses : d'avoir son accord pour faire venir l'équipe mobile d'intervention gériatrique à la maison, déjà pour évaluer un petit peu ses troubles cognitifs quand même...

E1: L'accord de la fille ou l'accord de la patiente?

M2: Alors la patiente je lui en avais déjà parlé, et alors le problème de la mère c'est qu'elle est très très sourde, même avec un appareillage, donc c'était compliqué donc elle était pas là. Si elle avait pu, effectivement j'aurais bien voulu qu'elle soit là. Mais il y avait que la fille, pour mettre en place une mesure de protection pour la protéger elle parce que elle est assez vulnérable. Comme elle est très en demande d'avoir des gens qui passent la voir, elle peut donner de l'argent à qui que ce soit qui passe. Donc bon c'est quand même un souci (rires). Et pour protéger les enfants aussi. Donc on avait tourné comme ça pour que ce soit accepté, pour qu'il y ait une compréhension. Parce que elle a toujours l'impression que c'est eux qui lui piquent des sous donc euh... Et elle est demandeuse d'aller en structure, d'aller en MARPA, parce que elle est pas... Je pense qu'elle peut intégrer une MARPA et pas un EHPAD. Mais les enfants sont pas d'accord, parce qu'il va falloir sortir les sous... Mais elle a une retraite qui est suffisante mais comme ils ne se parlent pas entre eux donc c'est compliqué. Donc là par exemple on avait déclenché une réunion, mais c'est plus du médico-social ça, ça sort un peu de...

E1: Oui c'est pas les compétences du médecin

M2: Non parce que il y en a plein qui ne le font pas ça. Là en plus on avait demandé à l'assistante sociale de secteur d'être là à la réunion, comme ça elle pourra suivre le dossier en plus après.

E1: Qui a organisé la rencontre?

M2: Alors bah c'était à ma demande et c'est C qui l'a fait, donc la coordinatrice de cas complexes qui l'a organisé.

E1: Du coup tu as contacté C par?

M2: Par euh... Bah comme ça parce qu'elle est là les mardis et le jeudi après-midi, donc en en parlant. Après je la contacte par mail.

E1: Ok

M2: Mais à terme avec elle pour tout ce qui est un peu médico social, on aura un outil pour que ce soit sécurisé plus que le mail.

E1: Une dernière petite question: pour toi qu'est-ce que c'est les critères qui vont faire que tu vas facilement solliciter un professionnel de santé pour leur confier la prise en charge de tes patients? Pourquoi tu vas choisir untel, un professionnel plus qu'un autre?

M2: Au niveau des paramédicaux?

E1: Hum

M2: Boh c'est le patient qui choisit là pour le coup, c'est pas moi qui choisirais. Euh pour les infirmiers ou infirmières c'est le patient qui va choisir parce qu'il y a souvent déjà un cabinet dans la boucle donc ça c'est eux qui... C'est leur choix pour le coup! Soit c'est eux qui me demandent, mais généralement ce sont eux qui ont ce choix là. Et pareil pour les pharmaciens, ils ont leurs habitudes donc euh on a pas trop le choix entre guillemets.

E1: Il y en a quand même qui demandent quel kiné vous recommanderiez ou quel...? Comment tu recommandes vers untel ou untel du coup?

M2: Oui, alors nous au sein de la SISA on a qu'un cabinet de kiné mais il y en a d'autres cabinets de kiné sur le territoire. Et effectivement, ça dépend pour quoi c'est. Par exemple pour le kiné en l'occurrence je sais qu'il y a une bonne équipe aussi à V, qui sont un peu plus toniques dans les prises en charges. Donc pour quelqu'un de jeune à qui il arrive un gros pépin j'aurais plutôt tendance à orienter (rires) ... C'est pas très confraternel

E1: Tu sais qu'il y a une bonne équipe parce que tu es allée voir, parce que...

M2: Non parce que j'ai des retours de patients. J'ai des retours de patients et puis ça a pas l'air d'être trop du travail à la chaîne non plus donc il y a un certain temps par personne. Voilà ça joue dans la qualité de la prise en charge aussi. Après voilà oui, pour les infirmiers ou infirmières, moi personnellement je ne conseille pas, enfin je

ne conseille pas... J'oriente pas! Après c'est le choix ... Je peux dire bah il y a telle, telle, telle personne qui travaille sur votre secteur . Après si on me demande précisément qui , sur des soins un peu compliqués... Là j'ai une patiente de 35-36 ans qui a un cancer du sein, elle elle avait pas du tout de prise en charge par exemple par infirmière jusqu'à présent et là je lui est conseillé un cabinet infirmier qui n'a pas peur des portacath, qui sont à l'aise avec ça, où, je sais moi, qu'ils sont à l'aise en tous cas . Et qu'ils assureront et qu'ils paniqueront pas au moindre truc qui va pas aller quoi. Donc là oui je lui ai conseillé, mais normalement on a pas vraiment le droit de le faire(rires).

E1: Hum, ouai c'est surtout via le retour des patients que tu t'es fait une idée des professionnels...

M2: Oui et puis à force de discuter, notamment au niveau des cabinets IDE de discuter avec chacun . Par exemple il y a des cabinets IDE dès qu'il n'y a plus de prescription, ils arrêtent la prescription et ça ne va pas plus loin alors qu'elles se rendent bien compte qu'il faut continuer le soin. Et puis d'autres qui vont continuer et qui vont nous demander de régulariser la prescription et je pense qu'il vaut mieux être comme ça, que d'arrêter tout d'un coup et d'attendre d'avoir une prescription (rires).

E1: Quand tu dis "à force de discuter avec les cabinets", c'est si vous vous croisez par hasard?

M2: Bah à force de communiquer, puis on a fait pas mal de réunions avec la SISA, on commence à malgré tout mieux se connaître même si ce sont souvent les médecins qui sont à l'initiative de tout ça. Là nous on est 2 médecins responsables de la SISA, mais ça aurait très bien pu être des paramédicaux. Après ça bouge, depuis qu'on a créé ça, il y a quand même une meilleure ambiance même entre les cabinets infirmiers parce qu'il y a souvent une petite concurrence entre eux donc voilà il y a...

E1: ça regroupe combien de cabinets IDE la SISA?

M2: 3! Donc il y a une amélioration quand même nette au niveau de la communication, même si je pense qu'on peut encore faire mieux. Je pense qu'on peut encore vraiment améliorer les choses, et oui on peut fluidifier encore plus .

E1: Du coup j'ai une dernière grosse question, c'est comment est-ce que toi tu définirais ton rôle par rapport aux autres professionnels de santé non médecins? En tant que médecin généraliste? Médecin traitant?

M2: Comment je définirais mon rôle? Euh, moi je considère que... On pourrait dire ça, peut-être qu'on est un peu ... Je réfléchis un peu quand même (rires)

E1: Oui il y a pas de mauvaise réponse, c'est comment toi tu vois les choses?

M2: Moi je me considère pas trop comme un chef d'orchestre, je pense qu'il y en a qui peuvent se considérer comme ça, à donner des prescriptions à chacun. Je dirais plutôt qu'on a tous des bénéfices à apporter en gravitant tous autour du patient finalement. Mais pour ça effectivement il faut qu'il y ait une bonne communication entre nous et qu'on se limite pas à se dire "il faut que tu fasses si", à être juste le donneur d'ordres au niveau des ordonnances mais à avoir un retour aussi de leurs passages. Et donc ça voilà, ça se fera ou ça se fera pas (rires) . Mais c'est l'objectif qu'il y ait un retour qui soit fait, mais jusqu'à présent soit c'est inné et ça se fait naturellement, soit c'est un apprentissage pour les autres aussi de fonctionner comme ça. Mais dans l'idéal oui, moi j'aimerais bien qu'on.. Je sais pas comment je me définirais moi? (rires) J'aimerais bien qu'on forme avec infirmiers, pharmaciens qu'on soit autour d'un cercle autour de la personne, du patient qu'on soigne et qu'on apporte tous quelque chose pour participer à sa prise en charge, à ce que ça se passe bien, à faire attention à pas mal de petites choses et puis ... Dans l'idéal il faudrait aussi des fois avoir des retours des paramédicaux en disant "bon bah ça serait peut-être mieux de faire comme si, comme ça"... après voilà y'en a qui n'aiment pas ça, mais je pense qu'on arrive à le faire ça ...

E1: Ouai ok, c'est pas encore tout à fait ça mais ...

M2: Ouai bah y'a des choses qui ont été améliorées mais je pense qu'on est pas encore au maximum de nos possibilités et je pense que ouai on peut vraiment améliorer les choses.

E1: Surtout, le manque il vient surtout... Enfin toi tu te sens ouverte à faire pas mal de choses...

M2: Moi je me sens ouverte à recevoir de l'information en tous cas! De la communication. Mais peut-être que je te dis, peut-être que c'est même pas le fait de pas oser ou quoi que ce soit, c'est pas dans les habitudes en fait de donner des retours si je le demande pas. Si je le demande j'en aurais un. C'est plus d'avoir des retours des fois comme ça, sans raison particulière finalement (rires)

E1: Ok!

M2: C'est comme, entre médecins il y a pas de soucis, on arrive à le faire ça, quand on a un patient de l'un ou de l'autre on va communiquer par MSN. Il y a pas de raison qu'on y arrive pas autrement. Mais il y a peut-être moins d'attentes, ou moins de besoins, de certains paramédicaux, c'est des perceptions différentes. Après il y a d'autres de mes collègues qui ressentiraient pas la même chose que moi non plus. Et je pense qu'il y en a d'autres que moi. Mais euh oui non ça peut être, ça peut être intéressant.

E1: Est-ce que tu vois d'autres choses, est-ce que tu aurais voulu exprimer d'autres choses sur le sujet que j'aurais pas forcément pensé, ou je sais pas..? Tu as des choses à rajouter par rapport à ça?

M2: Euh, non (rires) J'ai dit pas mal de trucs! Mais nan, nan, nan ? Nan voilà il y a encore... Tu vois c'est unLa structure elle est quand même assez récente, la SISA en soi elle est quand même assez récente donc ça a été un peu ralenti par le covid et tout donc je pense que il faudrait refaire le point dans quelques années (rires)! Pour voir si on a réussi à, bah à avancer dans le bon sens et puis à emmener tout le monde dans le bon sens et ... mais voilà il y a encore ce petit truc là où on a l'impression que... Bah voilà on reste libéraux, et tout le monde est libéraux finalement. Et il faut trouver aussi le juste milieu sans imposer les choses, parce que... Parce que bah voilà il y a aucune obligation, euh que ce soit pas trop contraignant, mais en faisant quand même les choses dans l'intérêt du patient, et puis qu'il y ait une bonne ambiance entre nous parce que si il y a une bonne ambiance on aura envie de continuer à le faire...Et voilà! Mais il y aura toujours ce côté libéral qui fait que c'est pas comme à l'hôpital, voilà, c'est pas comme à l'hôpital . Et euh bon voilà, il y a la charge de travail qui est là aussi et euh voilà... C'était aussi le but de la SISA de pouvoir rémunérer ces temps d'échanges et les réunions. Pour justement favoriser les choses et instaurer cette dynamique là.

E1: Du coup les réunions, par exemple celles auxquelles j'ai assisté, ça c'est rémunéré?

M2: Oui!

E1: Ah oui? Ok...

M2: Alors c'est rémunéré pas grand chose, voilà c'est mieux que rien. Pareil pour les protocoles d'auto mesure tensionnelle, parce que les protocoles d'auto mesure tensionnelle ça a été mis en place... C'est un projet de la SISA , euh, et donc par exemple les pharmaciens sont rémunérés pour ça. Pour le temps d'explication qu'ils vont donner.

E1: A l'acte du coup?

M2: Euh oui , alors c'est pas un truc fixe parce que... Bah c'est un peu compliqué, c'est pas un truc fixe parce que la SISA en fait on a un... Jusqu'à présent c'était que des subventions mais là on a un budget euh...Un budget à l'année euh donc qui sert à payer le salaire de Sylvie, la coordinatrice notamment. Qui sert à payer une partie du logiciel pour l'ensemble des professionnels de santé de la SISA euh... Pour les paramédicaux aussi! Donc ça a été entré dans la négociation pour le logiciel. Donc quand tu déduis toutes les charges comme ça fixes, il reste on va dire une certaine somme. Et en fonction de la participation de chacun, bah aux réunions de RCP de la SISA, ou euh à la réalisation des protocoles d'automesure, on avait mis aussi des points pour donner des idées de choses à faire en fait, pour inciter les gens à avoir des réflexions là-dessus. 'Fin voilà on avait fait un tableau avec un nombre de points par truc...

E1: C'est une ROSP...

M2: Bah ouai, c'est nos ROSP à nous! Et en fonction de chaque, de chaque personne de la SISA en fait tu as un nombre de points à l'année. Et en fonction, je sais pas si il reste 1000 euros par exemple, et que il y a tant de points, et que on divise par le nombre de points , on te donne la valeur du point et après on multiplie par le nombre de points de chacun.

E1: Ah ouai ouai ok!

M2: Parce que on s'était renseignés et il y a souvent des tensions par rapport à ça en fait. Donc pour être au plus juste, et puis pour justement aussi pas nous retrouver en déficit et de dire par exemple , eh bin je sais pas moi la RCP, au début on s'était un peu enflammés et on avait dit on compte 75 euros l'heure de RCP. Et en fait c'est pas possible, parce que c'est trop... C'est trop! Euh donc euh, donc voilà la valeur du point est variable d'une année à l'autre parce que, parce que on aura pas forcément le même budget et en fonction des dépenses qu'il y aura à faire ça va forcément varier.

E1: Du coup là il y a pas trop de tensions avec ça? Avec les choses à calculer?

M2: Alors euh... Bah ça va, ça va! C'est mieux que si... Bah sinon c'était pas juste, il y en a qui participent plus que d'autres, donc euh ... C'est plus, bah voilà c'est plus juste de rémunérer ceux qui participent à tout ça. Euh... Mais voilà on s'est un peu cassé la tête pour savoir comment on pourrait faire pour eux....

E1: Mais ça c'est pas des trucs définis? Genre c'est pas...

M2: Nan! Nan c'est interne à nous, ouai!

E1: Ah bah je savais pas vraiment comment ça marchait les SISA

M2: Du coup ça c'est interne à nous, donc on a fait aussi, des fois il y a des réunions auprès de l'ARS pour monter le projet tout ça, donc ça prend du temps en fait, c'est des choses qui prennent du temps. Et euh... Et puis voilà! Mais non c'est un, ouai c'est un bon système!

E1: Hum, et du coup juste redis-moi depuis quand elle existe la SISA là?

M2: Alors du coup, euh... Attends que je te dise pas de bêtises, juillet 2019!

E1: Ah oui ça fait pas longtemps du tout! Ok! Bon bah c'est chouette,

M2: Donc voilà

E1: Ok, bon bah merci en tous cas pour toutes tes impressions et puis ton temps tout ça!

M2: (rires) Bah de rien!

3. Entretien 3

Durée: 28 minutes

E2: Eh bien la première question c'est est-ce que tu peux te présenter toi et ton activité? Décrire ton activité?

M3: Donc bah moi, X (donne son nom et prénom), médecin généraliste, installée depuis le 2 janvier 2021 à S., dans une maison de santé où on est 8 médecins généralistes, il y a également donc euh 2 podologues, 3 psychologues, une dizaine de kinés, une infirmière libérale, une infirmière Asalée, une orthophoniste... Et une diététicienne, voilà!

E2: D'accord, ah oui c'est un gros cabinet!

M3: Ouai! (rires)

E2: Est-ce que tu pourrais décrire un peu quelle est l'activité de ton cabinet, si elle est plutôt rurale? Quel est l'accès que tu as aux médecins spécialistes? Aux services d'urgences toi au niveau du cabinet?

M3: Donc ici c'est du semi-rural. Au niveau des spécialistes c'est très compliqué. On a quelques spés notamment qui viennent de G. et qui viennent faire des vacations à l'hôpital de S. souvent une demi-journée par semaine.

E2: D'accord, ouai...

M3: Euh, après... Donc l'hôpital le plus proche c'est R. ou V. Sachant qu'on est à peu près à 25-30 minutes de l'hôpital.

E2: Ouai...

M3: Et que... Bah après ça reste quand même des petits hôpitaux, c'est-à-dire que quand ça devient trop spécialisé c'est soit G., soit V, sachant qu'on est pile au milieu, tous les deux c'est 45 minutes de route de G., 45 minutes de V.

E2: D'accord! Et c'est quelles spécialités qui viennent faire des vacations sur des demi-journées?

M3: Alors t'as un peu de tout, t'as ORL, uro, neuro, dermato, cardio, euh j'crois qu'il y a un angio, et... Euh voilà, je crois que j'ai rien oublié. En gros on a pas ophtalmo, ça on a pas.

E2: Ouai! Et quand tu dis que c'est compliqué, c'est-à-dire que toi tu te sens isolée pour les demandes d'avis spécialisés par exemple?

M3: Bin en fait j'envoie facilement des mails, c'est juste qu'il faut pas que ce soit urgent. Ca veut dire que tu vas avoir une réponse mais en gros les délais pour les spécialistes si c'est nous qui demandons c'est 1 mois, si c'est eux qui prennent c'est 3 mois quoi! Sauf bien sûr si j'ai une phlébite par exemple, l'angiologue il me le prend le lendemain, ça y'a pas de problème. Mais sinon pour des avis... En fait, j'ai remarqué qu'ici il fallait vraiment différencier voilà ce qui est urgent ce qui est pas urgent pour savoir si il pouvait attendre de voir le spé ou si il faut qu'on appelle un cardio à G. quoi pour avoir un avis.

E2: Ouai, ok! Euh, est-ce que tu peux me redire parce que ça a peut-être changé depuis qu'on s'est vues. Est-ce que tu as fait des formations complémentaires à ton DES? Un DU ou...

M3: Bah pendant mon internat j'avais fait un DU de médecine du sport que j'ai pas eu donc y compte pas (rires).

E2: D'accord

M3: Et là je suis inscrite en septembre pour un DU d'aromathérapie et phytothérapie, mais que j'ai pas encore commencé.

E2: Ok! Très bien! Et dernière petite sous-question, est-ce que dans ton cabinet vous accueillez des internes ou des étudiants en médecine?

M3: Ouai, beaucoup ouai!

E2: Ok, d'accord.

M3: Tu veux le détail ou... (rires)

E2: Non non, c'est très bien! Eh ben on va passer à la deuxième question, je voudrais bien que tu me racontes une situation récente ou dont tu te souviens bien où tu as échangé au sujet d'un patient avec un soignant. Du coup tout professionnel mais qui n'est pas médecin.

M3: Ouai.... (elle semble réfléchir)

E2: Euh une situation pour laquelle tu aurais travaillé avec un autre soignant pour la prise en charge...

M3: Ouai, bah j'en ai une en tête notamment. Donc Mme X qui a à peu près 40 ans, qui a une obésité, diabétique, hypertendue, et de nombreux problèmes articulaires, avec une arthrodèse au niveau cervical et des gonarthroses très importantes. Et donc on est 4 à la suivre au sein de la maison de santé. Il y a la kiné, avec qui j'ai pas mal discuté parce que on était dans un cercle vicieux en fait, parce que elle avait une poussée d'arthrose notamment qui l'empêchait de faire de l'activité physique. Mais si elle ne faisait pas d'activité physique elle prenait du poids. Et on était... Enfin la kiné qui voulait pas toucher à son genou parce qu'elle faisait déjà une rééducation de l'épaule. Voilà donc on a pas mal discuté de comment on pouvait aider cette patiente pour perdre du poids. Et donc j'ai mis dans la boucle la podologue orthopédiste qui fait pas mal d'appareillages pour pouvoir mettre en place une... Une pro... Une genouillère! Et puis voir aussi pour un bilan postural avec des semelles parce qu'elle a de ce fait des axes des membres inférieurs qui sont pas vraiment rectilignes. Et en plus elle est suivie par notre diététicienne.

E2: Ah oui d'accord! Trop bien! Euh, et du coup sur cette situation ça s'est passé comment, qui a sollicité qui...? Tu peux m'en dire un peu plus?

M3: Ouai bah...Bah j'ai fait un courrier à la kiné que j'ai laissé au secrétariat un soir. Parce que c'est vrai qu'au début, bah moi je commence seulement et on est quand même beaucoup de professionnels dans la maison de santé donc on s'est déjà rencontrés plusieurs fois mais le temps de mettre un visage sur tout le monde et de discuter avec tout le monde... Donc en fait j'ai fait un courrier, je l'ai laissé là-haut, je lui ai demandé de me recontacter avec mon numéro de portable, mon adresse mail... Et tout de suite le lendemain elle était trop contente de m'appeler... Elle était... Vraiment elle m'a dit "mais c'est pour ça que je me suis mise en maison de santé à l'origine" et que elle trouvait qu'il y avait pas assez d'échanges entre les médecins et les paramédicaux, donc euh voilà c'était intéressant.

E2: Ouai! Et ensuite pour contacter les autres professionnels dont tu m'as parlé, podologues et diet, ça s'est passé comment?

M3: Bah en fait la podologue la diet je mange tout le temps avec elles le midi, donc euh on échange tout le temps le midi quand on mange tous ensemble. Donc c'est facile de parler avec elles parce qu'elles sont beaucoup plus disponibles alors que les kinés mangent dans leur coin en fait, ils mangent dans leur cabinet enfin là où ils sont.

E2: Ouai! Et sur cette situation, vos échanges, tu trouves qu'ils t'ont apporté quoi?

M3: Bah ça a permis aussi... Parce que à chaque fois j'avais ce que la patiente me disait mais c'est toujours bah voilà ce qu'elle a compris et puis ce qu'elle veut aussi entendre. Donc ça a permis vraiment de savoir le message que délivrait la kiné, enfin que chaque professionnel délivrait. Qu'on puisse se mettre d'accord aussi pour uniformiser le message délivré à la patiente.

E2: Hum hum

M3: Et puis euh moi après j'ai appris quand même pas mal de choses au niveau des kinés aussi. Parce que j'y connais rien (*elle insiste sur "rien" dans la prononciation*) au niveau des méthodes et que elle m'a un peu expliqué ce qu'elle faisait avec elle. Donc euh, c'est intéressant.

E2: Ouai! Et est-ce que ils t'ont donné des idées pour poursuivre?

M3: Pour débloquer la situation? Ouai bah carrément en fait! J'étais même en train de discuter avec la kiné à midi et c'est donc M. la podologue qui est intervenue et qui m'a proposé en fait cette histoire de genouillère. Et c'était hyper intéressant parce qu'on s'est dit "bah oui comme ça ça va permettre de continuer l'activité physique" Fin voilà en fait de ce fait on a tous échangé ensemble et on a essayé de trouver une solution pour que la patiente elle continue son activité physique.

E2: Donc en fait la podologue elle a été sollicitée, c'était un peu fortuit?

M3: Ouai, c'est vrai... Bah après moi je la sollicite quand même beaucoup quand... Fin là j'y avais pas pensé. Quand je pense à un bilan postural ou... Bah je vais tout de suite lui demander. Et là en fait elle a intercepté notre conversation avant même que je songe à lui poser la question donc euh voilà, ça s'est fait comme ça.

E2: Ouai! Et ça c'est une prise en charge qui est toujours en cours?

M3: Ouai, exactement ouai! Ouai parce que c'est une grosse grosse obésité donc...Puis pour la motiver parce que il y a des mois où elle est un peu moins motivée que d'autres fois. Donc c'est aussi ce qui est bien de travailler à plusieurs professionnels, c'est qu'elle a toujours des rendez-vous à droite à gauche qui fait que elle est re motivée par les professionnels qu'elle voit.

E2: Ouai, d'accord! Et du coup vous vous continuez à échanger entre professionnels?

M3: Bah actuellement nan, je t'avoue que j'ai pas refait... On a pas refait de réunion depuis cette fois-là. Parce que en fait il y avait pas de problème spécialement. En fait à l'origine quand j'avais demandé à les rencontrer c'est plus parce que je voyais que ben on était face à une situation où je trouvais pas de solution. Et c'est vrai que là comme ça fonctionne j'ai pas à re solliciter l'ensemble des professionnels.

E2: Ok! Du coup quand tu parles des réunions, vous avez aussi des réunions organisées au niveau de ta maison de santé entre professionnels?

M3: On a pas mal de réunions mais plutôt pour l'organisation des soins ou des locaux.

E2: Ouai!

M3: Mais malheureusement en fait on a pas vraiment de réunions consacrées pour les patients. C'est plus chacun, 'fin voilà on se sollicite entre nous mais il y a pas de temps consacré pour euh... A l'origine c'est ce qu'on voulait faire mais en fait on y arrive pas. Parce que bah la vaccination avec le covid.. les réunions nous prennent quand même pas mal de temps et c'est pris un peu à la place de... Avant que j'arrive ils faisaient des réunions pour les patients complexes mais maintenant c'est difficile à faire ouai.

E2: D'accord, donc c'est vraiment du fait du contexte du covid?

M3: Bah c'est l'impression que j'ai. Mais après moi ça fait pas très longtemps que je suis installée donc euh...

E2: Ouai!

M3: C'est peut-être juste une extrapolation mais moi c'est mon impression ouai.

E2: Et les réunions au sujet des patients, elles s'organisent... Même si tu n'en as pas vu beaucoup, elles sont décidées comment?

M3: Bah normalement il y avait des temps qui étaient consacrés et en fait chacun marquait qui il voulait...Enfin de quel patient il voulait parler et qui ça concernait comme professionnels.

E2: Ouai! Et du coup les patients qui sont "à l'ordre du jour", ils sont déterminés comment? C'est quels patients?

M3: Bah c'est nous entre médecins, on se dit "ah bah lui il pose problème, c'est un cas complexe, bah à la prochaine réunion je vais en parler à tout le monde pour voir si on trouve une solution".

E2: Et c'est les médecins qui font "le planning", le "programme" un peu avec de quel patient on parle?

M3: Ouai, c'est ça!

E2: Ok! Et qu'est-ce qui est attendu de ces réunions là?

M3: Bah c'est d'échanger pour avoir différents points de vue et trouver des solutions que on trouve pas dans un seul cerveau (rires). Et puis tu as un point de vue qui est uniquement médical donc voilà...

E2: Ouai! Et toutes les professions de ton cabinet peuvent être présentes?

M3: Ouai! Le midi, on a une coordinatrice de santé et qui nous envoie les mails et qui propose les réunions.

E2: Ouai, ok! Eh bah du coup ça m'amène à ma troisième question, tu as déjà répondu à pas mal de choses mais tu auras peut-être d'autres idées. C'est dans ta pratique de quelle façon tu sollicites du coup les soignants qui travaillent avec toi? Euh, tu peux développer. Si tu as un ou deux exemples autres que ce dont on vient de parler, tu peux m'en parler.

M3: (blanc)

E2: Euh est-ce que tu aurais un autre exemple de situation par exemple, un peu différent...

M3: Alors comment je sollicite... Alors après moi je sollicite aussi pas mal les autres médecins, vu qu'on est beaucoup d'âges différents, notamment pour le réseau parce que j'ai beaucoup travaillé là et on a aussi différentes un peu spécialités entre guillemets. Il y a un médecin du sport... Par exemple je sais que hier j'ai un patient sportif et j'ai demandé au médecin du sport voilà son avis.

E2: Ouai...

M3: Et dans ce cas là bah c'est du bouche à oreille, je le sollicite parce qu'on se croise dans le couloir.

E2: ouai...

M3: Après pour les autres personnes qui sont pas médecins, c'est vrai que même si on est dans le même bâtiment on se croise quand même beaucoup moins. Et normalement on est censés avoir une messagerie parce qu'on utilise tous le même logiciel.

E2: Ok!

M3: Mais malheureusement ça fonctionne pas souvent. Donc euh j'envoie souvent des mails. Ou alors quand je les croise le midi je leur en parle. Ou alors je fais des courriers.

E2: Et pourquoi elle ne fonctionne pas souvent cette messagerie?

M3: Bah pfff... Parce que notre logiciel il est pas top (rires). Et que on a fait justement une réunion il y a un mois en leur demandant de changer des choses. Normalement ça devrait évoluer, mais pour l'instant euh...

E2: Et pour quelles raisons c'est pas top, c'est parce que ça bug ou... ?

M3: Ouai, en fait c'est censé être de la messagerie instantanée, sauf que plein de personnes ne voient pas que tu as envoyé un message. Donc en fait si t'y vas pas, tu vois pas qu'il y a quelqu'un qui t'a envoyé un message. Donc en fait tu y vas jamais et... 'Fin si t'as pas une fenêtre qui s'ouvre, bah tu peux pas... Ou un petit signal je sais pas, tu sais pas que quelqu'un t'a envoyé...

E2: Ouai!

M3: Parce que on a ça aussi avec, on fonctionne avec les pharmacies aussi dans les villages à côté, et il y en a certaines qui ont le même logiciel que nous et normalement on est censés pouvoir communiquer sur cette messagerie entre nous.

E2: D'accord!

M3: Mais malheureusement elle fonctionne pas tout le temps, même très rarement...

E2: C'est un problème de visibilité?

M3: Voilà exactement!

E2: Si t'es pas tout le temps sur la fenêtre, tu vas pas voir qu'on t'envoie un message, c'est ça?

M3: C'est ça, c'est ça!

E2: D'accord, et est-ce que l'accès sur ce logiciel pour les différentes professions il est le même pour tout le monde?

M3: Oui!

E2: Tout le monde a les mêmes droits...?

M3: Ah! En fait on choisit les droits qu'on peut donner. Et alors au sein de la maison de santé ça a été quand même choisi d'ouvrir plutôt assez large. C'est-à-dire que je sais pas exactement en fait ce que les kinés, ce que les pharmaciens peuvent voir, mais je pense que ils peuvent voir l'ensemble de nos consults.

E2: Ouai! Et qu'est-ce que tu en penses?

M3: Bah mmmh, c'est sûr que mmmh... Si...Le soucis c'est que il y a certaines choses qui sont liées au médecin qui n'ont pas spécialement besoin d'être...Enfin, il y a une confiance en fait qui peut être rompue par rapport à ça.

E2: Ouai!

M3: Mais après c'est vrai que c'est très difficile de choisir... Enfin de déterminer ce qui peut être vu ou pas. Parce que c'est vrai que le pharmacien par exemple ce serait bien qu'il voit que l'ordonnance. Mais en même temps lui pour faire son job bah il a besoin de la creat, donc il faudrait aussi qu'il voit les bios par exemple, pour voir si il y a pas une insuffisance rénale! Euh... Pour les ions, 'fin là je pense par exemple à un traitement de potassium, bah il faut aussi qu'il voit le potassium. Et puis voir les antécédents. Après je pense par exemple les consults il a pas spécialement besoin de les voir. Ce serait plutôt antécédents, et bios, et ordos quoi! Mais... ca j'ai pas la connaissance de ce qu'ils ont le droit de voir ou pas, je me suis jamais intéressée à ça en fait.

E2: Ouai, mais tu sais quand même que c'est assez large et qu'ils voient...

M3: Ouai, bin j'en avais parlé ouai il y a pas très longtemps justement avec un des médecins qui m'avait dit que lors de l'ouverture de la maison de santé en 2017 ça avait été choisi de vraiment travailler ensemble et donc que ils avaient ouvert beaucoup de droits pour chacun des professionnels au sein de la maison de santé. Je sais pas exactement ce qui y'a.

E2: OK! Euh, est-ce que tu aurais un exemple de situation où tu délègues des tâches à des professionnels qui sont pas médecins?

M3: Biiin l'infirmière Asalée! Il y a que elle que je vois... L'infirmière Asalée on travaille quand même beaucoup ensemble. Donc là j'ai fait le contrat avec elle d'ailleurs il y a pas très longtemps. Parce qu'il fallait que ce soit... Je savais pas mais au niveau de la RCP il fallait que ce soit marqué "mention Asalée" sinon on était pas couverts.

E2: D'accord!

M3: Donc j'ai appris ça et donc le temps de faire les démarches ça a mis un petit peu de temps. Mais sinon de ce fait on a pris un petit peu de temps pour qu'elle me présente son travail et voir ce qu'elle était capable de faire. Notamment les bilans neuros pour les pertes de mémoire, je lui envoie vraiment beaucoup de monde parce que j'ai pas le temps de les faire.

E2: Ouai!

M3: Et... Après beaucoup de, mmmh, pour tout ce qui est règles hygiéno-diététiques avec le diabète, les MAPA pour la tension, le sevrage tabagique, elle fait de la marche aussi 2 fois par semaine donc voilà certains patients qui marchent avec elle.

E2: Et tu y penses dans quelles situations à lui adresser des patients?

M3: Bah dès qu'il y a des facteurs de risque cardio-vasculaires je leur en parle. Dès qu'il y a du tabac je leur en parle parce que souvent en fait les substituts nicotiniques ne suffisent pas donc je leur dis bien qu'il y a pas que la nicotine et qu'il y a aussi l'aspect émotionnel, psychologique habituel. Et donc ça je leur donne souvent les coordonnées de notre infirmière Asalée parce que moi j'ai des délais de consultation qui sont vraiment trop importants. Donc je leur dis de voir notre infirmière Asalée, je leur donne les coordonnées. Et puis toutes les personnes âgées, dès qu'elles me disent qu'elles ont des pertes de mémoire je leur propose une évaluation.

E2: D'accord, donc c'est assez systématique.

M3: Ouain c'est ça!

E2: Et elle elle est assez disponible?

M3: Ouai complètement, elle demande justement qu'on lui envoie pas mal de patients parce que elle trouve que au sein de la maison de santé elle travaille pas assez. Donc elle elle demande justement que on n'hésite pas à lui en envoyer.

E2: D'accord! Et elle te fait un retour de ça après?

M3: Bah elle a beaucoup insisté pour qu'on fasse un retour. C'est vrai que pour l'instant c'est des retours "couloirs" souvent (rires). Elle elle aimerait bien qu'on passe du temps pour faire des retours de patients. Donc voilà j'aimerais bien instaurer ça. Après c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses qu'on veut faire et qu'en pratique voilà il faut trouver le temps. Mais en effet ça serait bien (rires)

E2: Ouai! Et pourquoi tu l'as pas ce temps là? Je pose une question bête mais...

M3: (rires) Parce que le soir j'ai envie de rentrer chez moi, je suis fatiguée. Et que en fait on fait déjà quand même des grosses journées parce que il y a... On est quand même dans un gros désert médical avec des sollicitations et des demandes croissantes. Et c'est vrai que souvent bah voilà, on fait... Je pense que c'est vraiment à cause ça, on a des emplois du temps tous bien chargés.

E2: Donc il y a un manque de médecins, ou de temps médical en fait?

M3: C'est ça!

E2: Ouai, ok! Eh ben j'ai une dernière question si tu as encore un tout petit peu de temps...

M3: Oui oui, vas-y!

E2: (rires) Euh, je voudrais savoir comment tu trouves que ça se passe du coup ce travail avec tous ces différents professionnels non médecins?

M3: C'est-à-dire la relation?

E2: Ouai la relation, ton évaluation... Vraiment ce que tu en penses! Ton ressenti...

M3: Bah hum je pense que c'est vraiment bien dans la prise en charge globale du patient euh qui est quand même, qui s'améliore d'année en année. Par contre c'est sûr que j'y passe pas assez de temps, et je pense qu'il faudrait encore plus favoriser la communication entre les professionnels et ça c'est sûr que euh... En pratique, enfin voilà on a tendance à le négliger. Mais après ouai c'est hyper intéressant d'avoir les différents points de vue de chaque professionnel, et puis de comprendre aussi pourquoi bin des fois il y a des limites dans les prises en charges. Et en fait c'est parce que on n'avait pas notion de certaines informations.

E2: Ouai! Et quand tu dis "favoriser la communication entre les professionnels" pour toi idéalement ça devrait être sous quelle forme?

M3: Bah, en fait je dirais plus des temps consacrés, je pense des temps consacrés parce que en fait à chaque fois c'est pendant nos repas ou euh quand on se croise dans le couloir mais on a pas de temps pour ça. Et, enfin malheureusement on est quand même en libéral et en fait le temps bah c'est aussi l'argent. En fait maintenant c'est un peu via les nouvelles maisons médicales qui se mettent en place avec l'aide de, je crois que c'est la sécu ou de l'ARS, par rapport aux ACI. Et c'est ça qui permettrait en fait de rémunérer ce temps et ainsi favoriser la communication entre les professionnels. En fait on en a des ACI, mais une fois que tu as payé le système informatique, et on a quand même des projets qui se mettent en place dans la maison de santé. Enfin nous on a des projets par rapport... En ce moment c'est plutôt tout ce qui est psychologique, 'fin des euh... Comment ça s'appelle... Des groupes de parole, euh une fois par semaine ouverts à la population. Et là ce qui a été choisi aussi cette année c'était l'obésité infantile. Donc il y avait des ateliers pour un petit groupe d'enfants. Et donc en fait voilà on a choisi de mettre l'argent dans ces projets là. Mais après c'est sûr il y a plein de choses qui sont intéressantes à faire. Mais en gros ce qui limite c'est quand même l'argent.

E2: Ouai! Et il y a une question que ne t'ai pas posée. Est-ce que vous avez mis en place des protocoles entre les professionnels, pour la gestion de problématiques particulières...

M3: Non! Non on a pas mis en place ça!

E2: Ouai! Du coup les ateliers par exemple sur l'obésité infantile, ça fait intervenir quels professionnels?

M3: Euh psychologue, il y a la psychologue qui participe, il y a eu je crois un médecin, et puis euh alors après il y a aussi la podologue qui est intervenue mais je sais pas trop pourquoi (rires). Je sais pas si c'était peut-être lié

à... Parce que elle est podologue-orthopédiste, c'était peut-être lié aux douleurs articulaires par rapport à l'obésité. Mais je sais pas.

E2: Ok, d'accord! Eh ben merci, je crois que j'ai fait le tour de mes questions...

M3: Eh bin je t'en prie!

4. Entretien 4

Durée : 29 minutes

E1: Pour démarrer notre conversation, est-ce que tu peux te présenter, et me décrire un p'tit peu ton activité?

M4: H FM, généraliste en secteur urbain, juste à côté d'un CHU. Euh j'ai une patientèle assez jeune, et puis, que dire d'autre euhh.. je sais pas si tu as besoin d'autres informations?

E1: Oui! Quel âge tu as

M4: J'ai 37 ans, bientôt 38

E1: Depuis combien de temps tu es installée?

M4: Je me suis installée en libéral depuis janvier 2017. Donc ça va faire 5 ans

E1: Et qu'est ce qu'il y a un petit peu comme PDS non médicaux dans ton secteur?

M4: Y'en n'a pas des masses à vrai dire!.. Des kinés on n'est pas très bien lotis, y'a pas de kiné à proximité. On travaille beaucoup avec le centre ville en fait. Pour tout ce qui est podologue par exemple... Après si il y a des infirmières dans le coin! On a quand même 2 cabinets avec qui on travaille pas mal. Euhh, sinon qu'est-ce qu'on a d'autre? Bon c'est vrai qu'à proximité comme on a le CHU, on n'a pas énormément de cabinets para médicaux..

E1: Ah oui? Même pour les autres professionnels de santé comme euh, les psychologues euh..

M4: Non pareil dans le quartier euh.. On est beaucoup amenés à être beaucoup centre ville ou un petit peu la périphérie, autour... non on n'a qu'un dentiste à proximité! (*rires*)

E1: Est-ce qu'il y a des infirmières spécialisées aussi ou des choses comme ça?

M4: Euh non! Y a un cabinet infirmier classique, ils sont pas spécialisés.. Non non, on n'est pas trop bien lotis ici. C'est vrai que j'avais pris quelques habitudes comme je travaillais en centre ville avant, donc j'ai gardé quelques adresses du centre ville. Et du coup je continue à travailler avec eux parce que c'est vrai que dans le coin euh... Si! il y a une infirmière! enfin non pas une infirmière, une kiné! qui vient de s'installer dans le coin et qui fait que du domicile

E1: d'accord

M4: bon j'ai pas encore eu l'occasion d'interagir avec elle parce qu'elle est venue me donner sa carte il y a 10 j

E1: D'accord, comment ça s'est passé ?

M4 : Elle est passée au cabinet parce que du coup de ce que j'ai compris elle n'a pas de cabinet, elle fait vraiment que du domicile. Ce qui peut être intéressant pour nous, pour les personnes âgées dans le coin.

E1 : Du coup elle est passée se présenter, juste euh...

M4 : Ben oui elle est venue dans la salle d'attente un jour où il y avait plein plein de monde donc elle n'a pas attendu, elle m'a donné sa petite lettre et sa carte et puis elle est repartie.

E1 : D'accord..

Ben du coup est ce que tu peux me parler d'une situation récente où tu aurais échangé avec un professionnel de santé non médical au sujet d'un patient ?

M4 : Euh bah oui là j'ai eu euh, c'était hier ? C'était hier ! .. une kiné ! Qui avait une demande pour un patient qui avait un problème de tendinite d'épaule et de coude, qui traînait un petit peu en longueur donc elle avait changé un petit peu l'orientation des soins donc elle m'a écrit. Elle a donné la lettre au patient en fait. Elle a fait une lettre à l'ordinateur et puis elle l'a donné au patient qui m'a retransmis quand il est venu nous voir... C'est vrai que les kinés souvent c'est comme ça.

E1 : Et pourquoi elle t'a envoyé une lettre ?

M4 : Ben elle m'a envoyé un courrier du coup parce que moi à la base je lui ai fait une prescription pour qu'elle travaille sur une épicondylite, et puis en fait la douleur diffusait et elle elle trouvait qu'il y avait une tendinite de la coiffe associée. Donc elle voulait savoir, elle avait commencé d'elle-même à travailler sur l'épaule mais elle voulait mon aval puis savoir si on complétait au niveau des imageries, et donc que je refasse une prescription plus axée sur l'épaule que sur le coude.

E1 : D'accord. Et du coup toi tu as répondu de quelle façon ?

M4 : Et bien j'ai fait la prescription au monsieur, et puis je lui ai transmis par oral que j'étais d'accord avec ce qu'elle avait écrit (rire !)

E1 : D'accord. Et il y a d'autres moyens de communications ou d'autres façons d'interagir avec euh-

M4 : Bah écoute avec les kiné c'est vrai que souvent ils me font un petit mot manuscrit ou ordinateur mais qu'ils transmettent au patient, c'est bien souvent comme ça.. les kinés je suis en train de réfléchir mais au niveau mail – c'est vrai que moi je fonctionne beaucoup par mails avec les patients, mais alors kiné j'ai du en avoir un une fois qui m'avait envoyé un mail mais sinon c'est très très rare. En règle générale ils passent par le biais du patient ou par courrier.. Ou ça a pu arriver une fois ou deux aussi qu'il y en ait un qui m'appelle. Mais enfin ça reste exceptionnel..

E1 : D'accord. C'était quand ils ont des problèmes ou c'est quand quoi ?

M4 : Oui c'est ça c'est quand vraiment ils ont un patient ou un cas qui bloque, où ils ont un peu tout essayé et ça n'avance plus.. Ben d'ailleurs oui si j'ai eu un mail il y a une paire de mois, d'un kiné comme ça qui était désabusé avec une patiente. Il avait un peu tout fait au niveau du dos et tout et il m'avait envoyé un mail en me disant qu'il jetait un peu l'éponge. *Rire*

E1 : D'accord.. c'était pas vraiment un échange quoi c'était juste pour te dire-

M4 : oh non c'était pas vraiment un échange quoi c'était juste pour te dire « moi en gros j'ai fait tout ce que j'ai pu mais il faut trouver une autre solution parce que la kiné là ça n'avance plus quoi ». Pour me dire, de repasser la main à un autre spécialiste (rire)

E1 : D'accord. Et il y a d'autres professionnels comme ça qui te contactent euh, qui font des retours directs ou indirects..

M4 : Alors les infirmières j'avoue qu'on communique énormément par téléphone ou SMS.. Et puis après moi je retransmets aussi par mails et puis sinon par ordonnances.. Mais sinon on fait beaucoup, comme c'est plus sur du rapide (rire), soit je les appelle directement quand je suis chez le patient, ou sinon, s'il y a des choses à rectifier après une prise de sang sur une posologie, je vais leur passer un p'tit SMS.. c'est rapide et efficace ! (rire)

E1 : Mhm... Quand tu dis du rapide c'est parce que c'est des urgences médicales, c'est parce que...

M4 : Bah souvent oui pour adapter des traitements. Après quand c'est compliqué, pour des situations difficiles oui en général on s'appelle... Elles m'appellent autant que je les appelle moi ! (rire)

E1 : Oui ? c'est quelque chose qui a l'air assez fréquent dans ta pratique ?

M4 : Oui, oui oui, avec les infirmières énormément !

E1 : Et ça c'est quelque chose qui prend du temps quand même ! Mais tu prends ce temps pour euh, enfin pourquoi, c'est pas tous les médecins qui vont prendre ce temps là, qu'est ce que ça t'apporte ?

M4 : Euh oui c'est vrai que ça prend du temps, ça mange un peu mais je trouve que c'est quand même plus simple de passer 10 minutes au téléphone pour régler les problèmes, plutôt que de laisser traîner des situations où finalement elles sont autant dans la difficulté que nous. Donc ça vaut le coup de prendre 10 minutes un quart d'heure pour faire avancer les choses une bonne fois pour toute.

E1 : D'accord, c'est plus efficace du coup.. ?

M4 : Ouai ! Ouai je trouve que c'est quand même plus efficace et en plus par téléphone on s'échange nos ressentis euh.. sur comment on ressent la personne, sur les difficultés autres que purement médicales aussi qu'il peut y avoir chez les personnes âgées qui sont seules à domicile..

E1 : Par exemple ?

M4 : Euh j'ai en tête une dame en fin de vie là à gérer en début d'année, avec des difficultés familiales autour, avec une famille un peu agressive.. Donc euh c'est vrai que c'était un soutien, autant pour elles que pour moi, sur notre ressenti par rapport à la famille qui était un peu procédurière en plus... c'est vrai que là c'était quand même bien de pouvoir échanger par téléphone et en ce moment j'ai une patiente qui est à domicile toute seule, qui est démente, avec une famille.. 'fin elle a 2 petites filles qui ne nous aident pas beaucoup on va dire. Donc c'est pareil c'est quand même pratique de pouvoir euh.. Moi elles m'appellent souvent au cabinet alors que je suis passée la voir 3 jours avant, mais c'est hyper pratique de pouvoir communiquer avec les infirmières et puis euh, elles me disent réellement si oui en effet il y a un changement de comportement ou un problème physique et j'y vais, ou alors on peut tempérer un peu et gérer un peu à distance quoi.

E1: Donc même pendant tes consult, elles t'appellent n'importe quand?

M4: Pas pendant les consult, en général je rappelle l'après midi quand je travaille pas en début d'après midi, ou le soir quand je suis là plutôt la deuxième partie de journée.

E1: Et pour revenir sur le cas juste avant, du coup tu échanges aussi avec l'infirmière pas que sur du professionnel, enfin pas que sur du technique-

M4: Ouai pas que sur du purement médical!

E1: Il y a un autre intérêt à travailler avec ces professionnels..? Est-ce que tu peux m'en parler un peu plus de ça?

M4: Ouai je dirais que.. là c'est un cas très particulier parce que c'est vraiment une dame qui est très isolée et en plus avec une démence bien installée donc pas évidente du tout à gérer à domicile donc il faudrait y aller presque tous les 2 jours quoi.. donc c'est vrai que moi ça m'fait.. à la fois ça m'fait perdre du temps quand on passe le coup de téléphone mais d'un autre côté ça fait aussi gagner du temps et que je sois pas obligée de passer chez cette personne là sans arrêt. J'dirais que quand on a la dame au téléphone elle n'est pas objective sur son état de santé, donc euh, donc les infirmières passant tous les jours la voir, elles au moins elles peuvent vraiment me dire, ouai y'a un pépin, faut y aller ou non c'est comme d'habitude, ça peut attendre la semaine prochaine..

E1: Mhm. Mais sur le côté que tu disais de partager ses sentiments, comment dire, je ne sais plus comment tu formulais.. Euh le côté, s'épauler en fait.. Euh il y a un autre aspect un peu.. affect?

M4: Oui, c'est aussi en effet, euh sur le cas que j'avais eu en début d'année, c'était oui aussi un soutien un peu moral l'une envers l'autre.. quand on se sentait un peu agressée par la famille euh, et voilà, ça permettait aussi de savoir un peu ce qu'ils envoyaient comme pic sur nous. (*rire*) Parce que les gens sont pas toujours très honnêtes en face à face. Donc ça permettait aussi de savoir un p'tit peu ce qu'ils disaient sur l'une et sur l'autre, mais bon (*rires*) C'est vrai que ça on ne peut le faire que par téléphone j pense parce que bon voilà, on peut pas écrire certaines choses euh.. qui restent dans le dossier quoi! (*rires*)

E1: Et vos numéros de téléphone vous les échangez, euh, tu leur donnes à touuuus euh..?

M4: Oui pour les infirmières je donne très facilement euh..

E1: D'accord... Et du coup dans la pratique, comment est-ce que tu vas solliciter les autres professionnels de santé? Tu peux encore développer un ou deux exemples si tu as besoin...

C'est euh, qu'est ce qui t'amène à solliciter un autre professionnel de santé, autre qu'un médecin?

M4: euh ben les infirmières c'est essentiellement pour l'heure pour des patients âgés, qu'ont besoin d'administration de médicaments à domicile, ou qu'ont besoin de soins, d'injections, de choses de comme ça (*lentement, cherche*) Après sinon les infirmières... euh, chez les patients plus jeunes oui ça va plutôt être du ponctuel c'est pour des injections.. j'sais pas j'avais dire, des injections d'anticoagulants pour une immobilisation quelconque... Euh. Les échanges que j'ai actuellement c'est pour des personnes âgées. Sinon, euh, l'administration de médicaments, les surveillances..

E1: Et d'autres professionnels que les infirmières?

M4: Euh hors infirmières, je dirais que les kinés on les sollicite beaucoup quand même. (*rires*) Mais bon là pour le coup je donne des ordonnances, c'est rarement moi qui m'occupe de ça. Les gens cherchent dans leur quartier, ou dans les pages jaunes (*rires*) et puis sinon hors infirmières ya quoi d'autre leeees, après oui y'a pas mal les podologues euh.. Pédicure podo on fait les ordonnances et le patient se débrouille aussi pas mal.. C'est vrai que là où on a le plus d'échanges c'est quand même les kiné les infirmières.. Après il y a les orthophonistes aussi. Mais bon souvent on fait la prescription et puis c'est eux par contre qui vont nous envoyer les bilans de synthèse par écrit

E1/ Et ils vous font des retours systématiques?

M4: Les orthophonistes ouai on a systématiquement en général euh, de longues (*insiste*) pages de bilan, qui sont assez longues à lire en général (*rires*) donc j'avoue qu'on va souvent à la conclusion, sur ces choses là (*rires*)

E1: Qu'est ce que tu penses de ça, les retours? parce que c'est pas avec tous les professionnels que-

M4: Non c'est vrai que c'est pas avec tous. Les orthophonistes euh, j'avoue que oui je lis la conclusion et puis eux, en général ils reviennent vers nous s'ils ont besoin d'un complément de prescription...

C'est vrai que nous on n'en fait pas grand chose (*insiste*) concrètement, de leur bilan. (*rires*) C'est un peu méchant parce que ça doit leur prendre du temps hein de planifier tout ça, mais nous on va s'en servir par exemple le jour où on doit rédiger un dossier MDPH par exemple derrière euh, on a besoin des infos pour

solliciter des aides des choses comme ça quoi. Les enfants à l'école s'il y a besoin d'aides, de protocoles ou de matériel particulier.

E1: C'est vrai, ouai, c'est parce que c'est quelque chose qu'on ne maîtrise pas ou-

M4: Oui c'est vrai que l'orthophonie, bon euh, c'est pas quelque chose euh, les termes sont vraiment très techniques! donc bon, on se sert vraiment de.. on prend les mots clefs! (*rire*) et après le restant souvent ils nous détaille les résultats des tests, qu'on connaît pas nous. Donc on prend vraiment le mot clef du diagnostic.

E1: Mhm. Est-ce queee, la délégation de tâches à d'autres professionnels, qu'est ce que t'en penses toi?

M4: T'entends par là j'pense les vaccinations par exemple, qui déléguerait un p'tit peu sur les infirmières ouuu?

E1: Bah, tout ce qu'on va pouvoir déléguer à d'autres professionnels, justement c'est toi, c'que t'en penses, qu'est ce que ça t'évoque..?

M4: Vu le contexte actuel, je suis POUR! (*rires!*) Je suis pour! ce qui peut être dans la mesure du raisonnable, c'est vrai que ce qui peut être délégué 'fin, euh on peut pas dire non quoi..

E1: Alors par exemple?

M4: J'vois par exemple sur le covid, c'était quand même top les infirmières, euh ce qu'ils ont mis en place euh: on faisait une prescription, elles passaient tous les jours vérifier la sat le pouls, la tension des patients .. C'était quand même très très pratique! et puis c'est aussi une sécurité (*pause*) Et puis ben nous c'est vrai que par téléphone euh, c'était bien au début, mais 'faut être hôte la plupart des tests qu'on faisait au téléphone pour avoir la fréquence respiratoire, j'pense que t'as été confrontée aussi (*en riant nerveusement*), une fois sur deux ils répondaient à côté! euh, bon, c'est quand même bien pratique d'avoir leur aide sur tous ces aspects là hein, la vérification des constantes, après oui s'il peut faire un p'tit peu les vaccins, même avec les pharmaciens tu vois.. Moi j'ai rien contre, je sais qu'il y a certains médecins qui sont pas très contents de ces choses là.. Moi j'vois pas pourquoi on partagerait pas! Euh, il y a pas besoin de compétences particulières pour aller vacciner euh, j'pense qu'ils sont à même de le faire et puis nous ça nous soulage derrière du temps euh, du temps médical quoi pour répondre aux urgences!

E1: Mhm, d'accord. Donc est-ce que, il y a des choses déjà que tu délègues par exemple?

M4: Euuh, bah oui niveau vaccination oui, ça c'est sûr!

E1: A qui?

M4: euh bah pharmaciens et infirmières!

E1: Pour la vaccination covid?

M4: Pour le covid et puis même pour mes vaccinations quand les infirmières des fois elles sont d'accord euh..

J'demande, si elles sont d'accord elles le font! Après y'en a certaines qui veulent pas, parce que, en effet c'est un acte médical euh, dans ces cas là je le fais! Si elles sont d'accord, c'est vrai que ça m'est arrivé déjà de le faire!

E1: Par exemple celle de la grippe? enfin ou des vaccinations des adultes..?

M4: J'vois récemment il y avait un Pneumovax que j'avais à faire chez une dame, et puis j'avais pas le dossier sous les yeux, elle l'avait dans son frigo mais j'avais plus les dates en tête de son Prevenar donc du coup j'ai vérifié et puis l'infirmière m'a dit derrière "si ça peut vous éviter de repasser je lui fais!" Du coup là euh, je lui ai donné le feu vert et puis elle l'a fait! Et ça m'a évité un déplacement supplémentaire.. Mais c'est vrai qu'il y a des infirmières, sur un vaccin comme ça elles m'auraient dit non.

E1: Mhm, ok, et toi tu en penses quoi?

M4: Ah bah moi quand elles disent oui ça me va bien! (*rires*) Parce qu'après tout elles font celui de la grippe, 'fin il n'y a pas plus de risques avec un Prevenar ou un Pneumovax! ...

E1: Mhm, d'accord. Et il y a d'autres choses comme ça que tu délègues volontiers ou que tu aimerais déléguer?

M4: .. Euuh... Beh, j'ai pas d'idée en tête comme ça.... (*cherche longtemps*) non j'ai pas d'idée j'vois pas autres choses dans l'immédiat, à déléguer... J'sais pas oui non dans les choses dont parlait le gouvernement, j'ai plus d'idées, j'sais plus s'il y avait d'autres projets là dessus, sur la délégation..

J'ai pas d'idée en tête comme ça! (*rires*)

E1: Toi donc aujourd'hui le fonctionnement que tu as avec les professionnels de santé dans ton secteur, bah, ça te convient, t'as pas besoin de plus, t'as pas besoin de moins..?

M4: Bah, c'est vrai que sur les kinés, on aimerait bien avoir un cabinet un petit peu plus dans notre secteur, pour peut-être pouvoir justement échanger un peu, sur nos patients. Mais bon c'est tout pour l'instant on fait avec ce qu'on a! (*rire*) ...Mais c'est vrai que niveau communication euh, peut-être que ça gagnerait un p'tit peu avec les

kinés à échanger un peu plus! Parce qu'on s'aperçoit des fois au bout de quelques mois, ben qu'il y a des patients qui font toujours leur une ou deux séances par semaine, et qui sont pas revenus nous voir, et puis bah en fait, on a perdu un peu de temps, sur la prise en charge... C'est vrai qu'il y aurait une communication un p'tit peu pluus, un échange avec les kinés j'pense que ça serait euh, tout bénéfice pour les patients et puis bon.. voilà

E1: Mhm.. Et qu'est ce que tu penses des infirmières dans tes suivis chroniques? Par exemple tu m'as parlé de trucs aigus, le covid tout ça, et dans les suivis chroniques? Est-ce qu'il y a des rôles particuliers.. J'sais pas?

M4: Ben, dans les suivis chroniques euh, c'est vrai que le cabinet avec qui je travaille ça tourne bien, parce que justement on est beaucoup dans l'échange. Et j'sais que s'il y a un pépin.... j'espère être suffisamment disponible pour elles! Ça roule plutôt bien! .. Après j'en ai pas non plus des dizaines pour l'instant! (*rires*)

M4: Et ça "roule bien" parce que quoi?

E1: Parce qu'on est quand même assez, j'pense, assez disponibles pour les autres. Euh, voilà s'il y a un problème, on va réussir à se joindre dans la journée. Autant moi avec elles que elles avec moi j'pense.

E1: Ok... euh, une p'tite question. Tu ne m'as pas du tout parlé de réunions.. Quelle place ça peut avoir dans ta pratique à toi?

M4: Ben c'est vrai que nous on n'en a pas du tout, j'sais qu'il y a certains secteurs où ça se fait mais nous euh.. Beh il y avait une infirmière qui était passée un p'tit peu avant le covid voir mon associée, pour justement une réunion infirmiers médecins, jsais pas si y'avait d'autres propositions, mais bah justement le covid est arrivé, et patatra! La réunion n'a jamais eu lieu!

E1: Ca avait été organisé par qui?

M4: L'infirmière en fait qui était passée euh, pour nous inviter avec mon associée.

E1: Ah oui d'accord. C'était son initiative.

M4: Oui oui oui parce qu'elle était présid-.. non elle, elle était dans la direction d'une euh.. je ne sais plus comment s'appelle l'association.. Une association des infirmières je sais plus si c'est pas l'URPS il m'semble peut-être..? Euh donc c'était au titre d'une association comme ça euh, réunir tous les médecins et, je crois que c'était infirmières et kinés du secteur. Je sais pas quel était le but de la réunion, justement si c'était pas pour mettre en place un peu des réunions de secteurs, mais du coup, coup d'épée dans l'eau à cause du Covid! (*rire*) donc peut-être que ça reviendra!

E1: Ok. euuh, Ok. Du coup, actuellement, comment se passe ton travail avec les différents professionnels non médicaux? Qu'est ce que tu penses de la qualité justement de vos échanges, de votre fonctionnement ensemble?

M4: Bah j'vais dire qu'avec c'qu'on a actuellement comme moyen et comme temps euh, c'est pas trop mal! (*rire*) C'est pas trop mal parce que je sais que les uns et les autres on court un peu partout! Donc euh.. Non si y'a vraiment qu'avec les kinés que, ça manque certainement d'échanges. Mais après euh, après tout échange demande aussi du temps, derrière. Donc j'imagine qu'ils ont pas beaucoup de temps non plus parce que c'est pareil, depuis le covid leurs plannings se sont beaucoup rallongés! je sais pas trop pourquoi d'ailleurs (*rire*) Mais c'est vrai que maintenant on voit bien que les délais, ça devient un peu cata aussi! donc c'est sûr qu'un échange supplémentaire ça veut dire aussi du temps supplémentaire aussi pour chacun derrière.

E1: Oui, mais après toi le temps tu arrives aussi à le trouver toi! par exemple tu as beaucoup dit que bah, avec les infirmières, vous arrivez à vous rendre disponibles, même si ça prend du temps vous y gagnez, il y a peut-être pas que ça au coeur du problème du coup?

M4: Non c'est sûr que en effet, y'a pas.. y'a pas que nous. Après c'est vrai qu'après, est-ce que une plateforme d'échanges.. euuh.. ça serait p'têtre euh.. Après il y a les mails! c'est vrai que c'est pas sécurisé, donc c'est pas forcément tip top..

E1: Est-ce que t'as pas par exemple une messagerie commune?

M4: Oui voilà, une messagerie commune sécurisée! Après il y a déjà Apicrypt! mais je sais pas si les kinés peuvent s'équiper avec ça..? Pour les résultats donc on l'utilise hein! ouai on l'utilise. Alors après je sais que nous on peut envoyer en sécurisé par Apicrypt, entre médecins. Donc un système comme ça sécurisé oui ça pourrait être pas mal.. de pouvoir s'échanger "tel patient bon, il faut le revoir parce que là on stagne".. Ya pas besoin forcément en effet d'écrire un roman et de faire une synthèse complète des 22 séances hein! (*rires*) ouai, ça pourrait être pratique! ... Après avec les infirmières on échange aussi par mails!

E1: Ah oui sur des boîtes non sécurisées du coup?

M4: Oui

E1: Parce que vous avez une boîte sécurisée ou pas?

M4: Bah moi j'ai que Apicrypt.

E1: Et elles elles en ont ou pas tu penses?

M4: Je sais pas si elles en ont non.. J'y pense pas.

E1: OK... Et est-ce que tu trouves du coup que c'est facile de travailler avec les autres?

M4: avec les infirmières oui c'est sûr... Les kinés c'est un p'tit peu plus compliqué parce que .. ils sont un peu plus difficiles à trouver! (*rire*) Après les autres professions paramédicales... oui les orthophonistes et tout ça..? c'est vrai qu'on a déjà du mal à trouver des praticiens en fait! Donc on les connaît pas parce que souvent les patients ils épluchent euh.. ils épluchent un peu toutes les numéros des pages jaunes pour en trouver un... Donc c'est vrai que c'est plus compliqué avec les autres...

E1: Mais de toute façon, globalement, pour les autres c'est les patients qui cherchent quoi, toi tu fais la prescription et -

M4: Oui, c'est les patients qui cherchent

E1: D'accord. Et une dernière p'tite question. Est-ce que ça t'arrive d'être en désaccord avec un autre professionnel de santé par rapport à une prise en charge d'un de tes patients?

M4:... En désaccord? je réfléchis. Non, non, franchement jusque là il n'y a pas eu de désaccord avec les équipes euh, avec lesquelles j'ai travaillé. Non non au contraire! on était plutôt soudées pour se (*rire*) pour se maintenir vu la situation où on avait été embêtées au début de l'année, avec la famille difficile euh.. Heureusement d'ailleurs qu'on était en accord parce que sinon ça aurait pu... générer des problèmes. Donc non non, jusque là, je croise les doigts mais j'ai pas eu de désaccords!

E1: Ok. Ok. Beh est-ce qu'il y a d'autres choses qui te viennent à l'esprit au sujet du travail partagé avec d'autres professionnels, que j'aurais pas.. auxquels j'aurais pas pensé..? Des remarques ou des vécus.. n'importe quoi?

M4: Non.. non bah j'ai fait le tour de moi c'est que j'ai comme échanges.. Comme j'ai pas énormément de patients hein, de suivi avec les infirmières en commun ... j'vois pas euh. Y'a un monsieur aussi derrière mais pareil on s'échange facilement par téléphone euh... et puis euh, non comme ça, ça roule bien... avec les autres c'est vrai que, il y a quand même beaucoup moins d'échanges..

E1: mais ça reste quand même un fonctionnement qui te convient..?

M4: Oui globalement, à part avec les kinés où en effet ça gagnerait des fois euh.. alors c'est p't'être, nous aussi on devrait peut-être reconvoquer et dire a patient, bah je sais pas dans 2 mois vous revenez nous voir s'il n'y a pas eu d'amélioration .. Mais c'est vrai que comme on manque un peu de temps... (*rires*) .. on le dit pas forcément non plus! après bon des fois c'est aussi au patient, quand ça va pas de prendre l'initiative, quand ça va pas de revenir vers nous!

E1: Bon et bien merci, merci pour ton temps!

5. Entretien 5

Durée : 31 minutes

E2: Voilà! La première question c'est juste une présentation, te demander de te présenter et décrire un petit peu ton activité pour qu'on puisse avoir une petite idée.

M5: Ok! Eh ben du coup moi j'ai 33 ans, euh donc je travaille ici c'est à dire dans un centre de santé communautaire ce qui est quand même un peu particulier. Et dans un quartier populaire, ce qui est aussi un peu particulier. Euh ben du coup je travaille dans une équipe de 17 professionnels qui sont des professionnels de la santé et du social. Euh et je suis salariée, du coup de l'association qui gère le centre de santé. Et hum, et puis du coup dans le quartier du Pà D. Voilà. C'est un quartier prioritaire, voilà.

E2: Ok, juste parmis... Du coup, je pense que par rapport à un cabinet entre guillemets classique et même une maison de santé, les 17 différents professionnels, euh qu'est qu'il y a qu'il y aurait pas dans d'autres cabinets?

M5: Bah bon je vais te dire tout ce qu'il y a, comme ça! Il y a médecin, kiné, une orthophoniste, une infirmière Asalée. Donc ça c'est plutôt côté un peu soignant. Et après il y a deux travailleuses sociales, qu'on appelle pas comme ça, mais c'est des travailleuses sociales.

(rires communs)

M5: Une médiatrice paire en santé, et il y a une conseillère conjugale et familiale qu'on appelle pas comme ça non plus (rires). Euh et après il y a trois accueillants et accueillantes et un coordinateur. Et voilà, je pense que c'est à peu près ça.

E2: D'accord.

M5: Donc un peu l'originalité c'est le pôle social quoi. Les travailleurs sociaux et tout ça avec qui on travaille.

E2: Ouai. Est-ce que juste pour compléter tu pourrais me dire depuis combien de temps tu es installée?

M5: Et bah le centre il a ouvert il y a 5 ans, et moi j'ai commencé au début du centre, même bien avant le début puisque j'ai monté le projet et j'ai créé la structure. Du coup voilà!

E2: Ok! Eh bah du coup ça nous fait rentrer dans le vif de notre sujet. En fait le deuxième point c'est pas vraiment une question. C'est euh, je voudrais que tu me décrives une situation récente euh pour laquelle tu as travaillé avec un professionnel qui serait pas médecin, pour la prise en charge d'un patient.

M5: Waw! Euh (rires, puis blanc).

E2: Toute situation qui te vient à l'esprit...

M5: Ok, bah il y en a tous les jours hein donc euh... (rires) Qu'est-ce que... Hum il faut pas que je te cherche un truc très original...

E2: Non c'est pas nécessaire! Je dis récent parce que quelque chose dont tu te souviennes bien et que tu puisses me décrire le plus possible, c'est ça qui m'intéresse.

M5: Ok, oui et qui a eu lieu quoi, enfin où l'interaction a eu lieu...

E2: Oui!

M5: Hum... (blanc) Eh bah je pense à... Je pense à notre kiné, à une dame du coup que je suis. Euh qui avait des douleurs un peu de partout. Et du coup que j'ai adressé à la remplaçante de notre kiné, puisque notre kiné est pas là en ce moment, mais qui est kiné du coup aussi. Euh et voilà. Et du coup c'est une dame qui a vraiment du mal à accrocher aux soins. Et là elle a hyper bien accroché avec la kiné. Et du coup j'ai fait, je pense c'était la semaine dernière, on a une réunion tous les 2 mois pour parler avec les kinés des patients. Donc j'ai fait une réunion avec elle et on a pu échanger autour de cette dame et du fait qu'elle lui faisait une séance de kiné par semaine et que sur le deuxième temps elle l'avait plutôt orientée vers le groupe de marche. Parce que besoin d'activité physique etc. Et euh suite à ça j'ai vu la dame l'après-midi. Ce qui m'a aussi... Du coup la dame l'après-midi m'a aussi parlé de pas mal de soucis, notamment d'ordre psychologique et du coup du fait que ses douleurs se réveillaient voilà. Moi connaissant du coup comment les kinés travaillent ici j'ai pu savoir qu'ils font de l'actif. Donc elle elle attribuait pas mal ça à la kiné que ses douleurs se réveillaient. Mais on a un peu réussi à décaler ça et à dire que en fait elle était en souffrance psy et que c'était quand même probablement ça qui réveillait ses douleurs. Et pas forcément l'activité physique. Essayer de décrocher ce truc là. Et on a parlé de, de, du stress et tout ça. Et du coup j'ai pu recapter la kiné, et lui en parler, et lui dire que ça pouvait, ça me semblait intéressant de l'orienter aussi vers le groupe de relaxation que font les kinés. Et voilà. Du coup ça s'est fait comme ça. Voilà je sais pas si ça répondait (rires)

E2: Si, c'est très intéressant! Euh, au départ, si t'es allée chercher les kinés pour leur parler de la dame directement... Enfin si je comprends, toi même tu t'es déplacée...

M5: Alors je l'ai adressée. Au tout départ elle avait besoin de kiné, elle galérait un peu, déjà parce que c'est la galère et en plus parce que le kiné du quartier est pas terrible. Du coup voilà. Et du coup pour moi il y a avait une bonne indication à ce qu'elle soit vue ici. Parce que du coup on a quand même des indications. Et les indications que les gens soient vus, parce que nos kinés peuvent pas suivre tous nos patients. Mais du coup l'indication à ce qu'elle soit vue ici, euh, c'est la complexité des situations et notamment les intrusions psycho-sociales, etc.

E2: Ouai!

M5: Et du coup le fait que ça ait un intérêt d'être 2 ou plusieurs pour pouvoir échanger facilement pour pouvoir gérer quand c'est compliqué.

E2: D'accord!

M5: Et donc il me semblait que ça en relevait parce que c'est quelqu'un qui a du mal à adhérer à tous les soins dans son parcours de soins. Et la deuxième chose c'était cet état de stress, enfin elle a une vie difficile, elle a un fils en prison, etc.

E2: Ouai, d'accord. En fait si je comprends bien, l'indication ça vient aussi du fait que tu connais du coup les professionnels...

M5: ...Et qu'on a nos petites règles à nous. Enfin on a un peu nos petits critères de, d'adressage. Et surtout ils me disent si ils ont de la place ou si ils ont pas de place, moi je peux savoir en temps réel si ils ont de la place ou si ils en ont pas. Donc là ils en avaient.

E2: Ouai! Euh, et quand ensuite tu as revu cette dame en consultation et que vous avez échangé suite au groupe de marche et eu cette discussion sur ses difficultés, tu as fait un retour au kiné si je comprends bien. De manière à ce qu'il puisse adapter sa prise en charge en fait.

M5: Hum, mais tout ça c'est lié. En fait il y a eu une première réunion avec la kiné ou on a échangé sur sa situation. Et ça c'est nos réunions régulières qui sont déjà programmées, c'était pas un truc spécifique. Et du coup le jour même j'ai revu cette dame. Et il y a aussi un truc, c'est que je pense que quand les gens se mettent à voir un professionnel ici, notamment kiné ou orthophoniste, c'est à dire venir 2 ou 3 fois par semaine au centre, ça crée aussi un truc. Enfin moi je sens que y'a des choses qui se disent plus facilement en fait aussi, euh voilà. Parce que voilà ça fait moins un truc de "on se voit tous les 3 mois". Ça fait un truc de "on va se croiser dans les couloirs, dans la salle d'attente etc" et donc euh elle puisse me parler plus facilement du fait que c'était dure qu'elle doive aller à perpétuer voir son fils en prison, etc, etc. Et voilà. Et du coup suite à ça j'en ai reparlé à la kiné.

E2: Hum. Et c'était aussi dans l'idée en fait de l'existence des groupes de relaxation?

M5: (acquiesce)... Et que c'est... Ouai et du coup comment dire, c'est un peu quelqu'un qui est pas forcément facile à prendre, la patiente. Moi dans la consult je lui ai parlé de relaxation, elle m'avait dit "oh ça marche pas sur moi", "mais vous avez déjà essayé?", "non" machin... Et du coup le fait d'avoir un truc régulier qui existe, ça permet aussi que je confie à quelqu'un cette question à travailler quoi. "La kiné elle pourra déjà vous faire tester quelques trucs en individuel, puis si ça vous botte après vous irez dans le groupe."

E2: Et est-ce que tu as eu aussi dans l'autre sens, la kiné est venue te trouver pour...

M5: Pas encore, mais c'était récent, donc... Mais encore une fois on a des réunions régulières donc ça va arriver!

E2: Bah justement ça m'intéresse aussi ces réunions avec les kinés.

M5: Ouai!

E2: C'est que avec les kinés?

M5: Non c'est avec tous les pros. Nous dans l'équipe on a des réunions collectives une fois par semaine sur les situations complexes de patients et ça c'est avec tout le monde. D'accord? Et on a des réunions, plutôt un peu de suivi de situations 2 à 2 avec tous les pros, c'est à dire moi je fais des réunions avec les kinés, avec l'infirmière Asalée, avec les travailleuses sociales, avec la médiatrice, avec la conseillère conjugale et familiale. Et euh l'orthophoniste mais moins parce que l'orthophoniste on est sur des prises en charges longues, à l'année. Du coup on va faire 2 "réu" par an mais quand même aussi l'orthophoniste, c'est juste qu'on est pas sur la même temporalité.

E2: Si je comprends bien il y a une fois par semaine réunion ou tout le monde est là et chacun peut parler d'une situation...

M5: Exactement ouai!

E2: Et sinon il y a des temps euh aussi toi seule avec...

M5: Exactement, avec chaque pro, plutôt pour dire "c'est quoi les patients qu'on a en commun" et puis voilà, comment ça avance la prise en charge, etc? Voilà quoi. Et puis il y a tout ce qui n'est pas formalisé, c'est à dire les captages dans les couloirs et autres discussions.

E2: Ouai! Et justement est-ce que la majeure partie des échanges vient de ces échanges informels?

M5: Eh bien on essaye que non! (rires) En tous cas quand il y a des choses urgentes c'est sûr. Mais sinon on essaye quand même de pas déborder, sur notamment des temps de pause, des temps de déjeuner, des temps de tout ça là... Et aussi bin parler dans les couloirs, faut faire attention où on est, qui écoute, etc. Et du coup on essaye pas trop quand même. On essaye de quand c'est urgent oui, mais sinon de plutôt laisser ça sur les temps de réunion.

E2: Ouai! Du coup je reste encore sur les réunions mais en fait on est déjà dans notre 3ème question parce que ça fait partie en plein de notre sujet. Du coup, les réunions qui se tiennent une fois par semaine, ce qui est à l'ordre du jour c'est quoi les indications? C'est quoi qui te fait te dire "tient ça c'est quelque chose dont il faut que je parle".

M5: Alors il y a plusieurs parties. Une première partie qui est les points de vigilance.

C'est des patients dont on a pas forcément besoin de discuter mais dont on veut informer l'équipe que là c'est chaud en ce moment, ça craint, 'fin voilà... J'sais pas, ça va de la situation de soins palliatifs, au patient en décompensation psychiatrique, à la femme victime de violences... 'Fin voilà ça peut être très varié. Mais c'est pas tellement qu'on a besoin de plus en discuter, c'est juste de dire "attention, si cette personne vient ou appelle on essaye d'être là, de faire attention, de lui donner facilement un rendez-vous, etc." Voire même, si cette personne vient il faut tout de suite qu'il y ait un médecin, qu'on appelle un médecin, etc... Enfin voilà, ce genre de choses. Euh ensuite il y a une partie situations complexes, c'est les endroits où on a besoin de discuter collectivement, et d'aide de l'équipe sur "qu'est-ce qu'y faut faire?". Donc voilà c'est très souvent, enfin comme n'empêche qu'au fil des années on devient assez compétents sur plein de trucs, on a moins besoin de l'équipe peut-être qu'au départ, mais du coup c'est très souvent des trucs très très très compliqués (rires). Euh avec plein d'intrications de partout, du social, du médical, du machin... Voilà, souvent c'est ça quand même. Et ce qu'il y a souvent aussi c'est les questions de protection de l'enfance. C'est là où on prend les décisions de "est-ce qu'on fait un signalement, est-ce qu'on fait une information préoccupante?", 'fin voilà les grandes décisions d'équipe quoi. Ensuite on a une partie qui est suivi de situations, où là l'idée c'est des situations dont on a déjà parlé ben de donner des nouvelles bonnes ou mauvaises à l'équipe. Et il y a une dernière partie qui est demandes de prises en charge, qui est plus très actuelle, parce que c'est si on a des demandes. Du coup on a une liste d'attente, et si jamais on a des demandes, si on a des gens qui nous amènent des critères d'urgence, de discuter de "est-ce qu'on leur fait griller la liste d'attente ou pas?"

E2: Pour des nouveaux patients?

M5: Ouai pour des nouveaux patients! Et voilà, sur quels critères.

E2: Et tout le monde participe à ces réunions? Les situations sont plus souvent apportées par certaines personnes, certains métiers?

M5: Ouai! Je pense que les situations sont quand même plus souvent apportées par les médecins. Après ça arrive qu'il y ait des situations amenées par le social... Et assez peu par, justement nous on a fait le constat que les situations arrivaient assez peu par l'accueil, alors qu'il se passe plein de trucs, mais ou plutôt ça n'allait pas jusqu'aux réunions. Du coup, on a créé un truc, la partie de la réunion qui s'appelle "l'invité du jour". Donc l'idée c'est qu'on tourne entre les pros pour présenter une situation. Ça peut être une situation choisie au hasard, ça peut être quelque chose qu'on a bien réussi ou alors qui nous tracasse en ce moment, ou ce genre de choses. Et du coup voilà on présente une situation à tour de rôle, ce qui fait que tout le monde va présenter une situation à un moment donné. Ça fait varier un peu, parce que comme je te disais avec le temps on a tendance à restreindre le nombre de situations qu'on présente, parce que en fait on a plein de connaissances et on sait gérer la majorité des situations sans avoir besoin de l'équipe. Du coup ça permet aussi de réentendre parler de situations, de voir des trucs qui ont été faits, d'entendre parler de situations moins complexes, en fait, comment ça se gère dans le centre...

E2: Génial! Est-ce que tu trouves que ça t'apporte ces réunions?

M5: (rires) Eh bah beaucoup de choses, beaucoup de choses! Des connaissances tout simplement d'abord, moins avec le temps encore une fois. Mais quand même des connaissances sur des trucs que je connais pas comme des dispositifs, des choses comme ça. Des connaissances beaucoup en termes de réseau. C'est à dire qu'à 17 du coup on a fait un gros travail de réseau sur le territoire, du coup on connaît très bien tout ce qui existe. Par exemple tu vas me dire "santé travail", on connaît très bien tout ce qui existe sur santé travail un peu partout. Du coup, moi ça c'est mes connaissances à moi, mais chaque personne va avoir les siennes etc, et donc du coup ça fait un truc de connaissance du réseau et de se dire "dans telle situation, je pense qu'il y aurait telle endroit où l'adresser ou ça pourrait peut-être être chouette, etc... 'Fin voilà. Donc y'a ça. Après il y a le fait je pense évidemment d'avoir des regards extérieurs sur, tout simplement extérieur à la situation. C'est-à-dire qu'ils ne sont pas dans la prise en charge de la personne. Parce que des fois on est trop le nez dedans et on voit plus trop où on va, les enjeux et tout ça. Ça permet d'éclairer justement en amenant des nouveaux enjeux, des choses

qui n'ont pas été vues. Et puis après il y a les regards situés quoi. C'est-à-dire selon que t'es travailleuse sociale, ou conseillère conjugale et familiale, tout ça, tu vas voir les choses et tu vas pouvoir amener un éclairage intéressant sur la situation. Je pense à un exemple, notre conseillère conjugale elle est formée à la systémie, donc c'est, je sais pas comment dire pour expliquer ça vite fait (rires)

E2: T'as pas de chance parce que je connais pas en plus (rires)

M5: Ouai? Du coup c'est en gros c'est dans le champ de la psychologie. Et c'est plutôt d'aborder les personnes dans leurs systèmes, que ce soit système familial... Mais dans leurs différents systèmes dans lesquels ils sont. Et que les personnes sont le produit de systèmes, c'est un peu comme ça. Et ça leur arrive régulièrement d'utiliser des outils, comme très souvent on soigne une personne mais très souvent ses parents, ses enfants, ses frères, machin, sa famille entière. Et du coup ça lui arrive régulièrement de nous faire des schémas, genre le père, la mère, les enfants, les frères et soeurs, les petits enfants... Et qu'on discute autour d'un schéma qui est un outil de travail à elle en fait, et ça aide beaucoup. Et du coup ça rejoint ce que je dis, par exemple les éclairages aussi de d'autres personnes qui suivent d'autres personnes mais qui ont un lien avec la situation. Par exemple moi je suis la fille, il y a un autre médecin qui va suivre la mère, et le père. Et du coup la fille est en galère machin, bah du coup qu'est-ce que les autres peuvent me dire sur ce qui se passe pour les parents et comment ça éclaire tout quoi.

E2: D'accord. Et sur la partie réunion plutôt en binôme 2 à 2, la décision de parler d'un certain sujet, c'est quoi la différence par rapport aux réunions ou tout le monde est là?

M5: Bah là on reprend tout les patients, c'est plutôt un peu un check des patients, donc c'est se donner des nouvelles en gros. C'est vraiment, "c'est quoi les patients qu'on a en commun", on dit un petit mot de comment ça va. Par exemple "bah lui on est en train d'espacer les séances parce que ça va mieux, nanani" 'fin voilà, un peu ce genre de choses.

E2: Et du coup ça ça t'apporte quoi de différent par rapport à ...

M5: Bah c'est assez différent parce que, c'est plutôt ça va dans le suivi global des patients pour moi. Et c'est avoir juste l'éclairage d'un autre professionnel qui est dans la prise en charge du patient et avoir son avis sur la situation en fait. Et ça permet aussi, donc il y a avoir son avis, mais ça permet aussi des fois de prendre des décisions à 2, de se dire "ah bah là"... Je sais pas avec les kinés c'est quand même souvent des trucs de "là la reprise du travail comment on va faire? Est-ce qu'on le fait? Pourquoi pas un temps partiel? Est-ce que le kiné peut commencer à lui en parler?" Enfin bon voilà, ce genre de choses. Et du coup il y a une prise de décisions à plusieurs.

E2: Ok! En dehors des réunions, comment tu échanges, est-ce que tu échanges par d'autres moyens?

M5: Ouai! Alors j'échange des fois mais rarement par mail, du coup là je t'ai beaucoup parlé du travail à l'intérieur du centre, mais du coup je pense qu'il y a aussi du travail à l'extérieur. Euh et du coup j'échange par mail? rarement à l'intérieur du centre mais ça arrive, beaucoup plus souvent avec l'extérieur. A l'intérieur du centre aussi, sur les trucs un peu urgents, on se laisse des messages sur nos plannings. Je te donne un exemple, il y a 5 min, la travailleuse sociale qui suit une personne que je suis aussi, elle me dit "ah j'ai été chez elle, machin, elle a peur d'être enceinte". Voilà, et du coup je lui dis... Elle me dit "je crois qu'elle aimerait bien faire une prise de sang", donc elle me laisse ça sur mon planning. Donc j'ai fait l'ordo. Je lui remets un message sur son planning en lui disant "j'ai fait l'ordo, je te la laisse, je te laisse organiser", parce que c'est une personne qui veut pas trop bouger. Je te laisse organiser ça avec l'infirmière...

E2: Ok! Justement, j'avais une question sur la délégation de tâches, ça me semble en être un peu une, parce que tu la laisses remettre l'ordonnance...

M5: Ouai, oui...

E2: Est-ce que tu aurais d'autres exemples?

M5: Ouai nous on fait plein de délégations de tâches en plus, qui sont plus ou moins officielles mais... (rires)

E2: Est-ce que tu pourrais m'en parler?

M5: Alors nous on a plusieurs choses. On a surtout un gros protocole de délégation de tâches avec l'accueil. Nous nos accueillants sont des super accueillants (rires), qui font plein de trucs et notamment qui font des bons de transport par exemple, des certificats d'absence scolaire dans certaines limites... 'Fin voilà! Ils font tout un tas de trucs comme ça. Ils font aussi, on a un protocole de délégation de tâches sur les ordonnances de substitution aux opiacés. Euh sur des patients qui sont stabilisés, avec lesquels il y a aucun souci. Du coup on a en vrai pas

besoin de les voir tous les 28 jours, du coup on a un truc où il viennent tous les 28 jours, il s'ont un petit entretien avec une personne de l'accueil 5 min juste pour vérifier que tout va bien, leur donner l'ordonnance et puis nous on les voit tous les 3 mois. Ils peuvent faire des dépannages d'ordonnances en attendant un rdv de suivi déjà programmé. Enfin voilà, il y a déjà quand même pas mal de choses. Du coup on a une infirmière Asalée, du coup bah là il y a des délégations et tâches qui se font sur du suivi de maladies chroniques, mais ça c'est un peu les trucs d'Asalée quoi. Euh...

E2: Tu lui délègues quoi?

M5: Par exemple elle peut faire des ECG, elle fait les tests cognitifs, euh... On a une session de fond d'oeil au centre, donc elle peut inscrire les gens... Ce genre de choses. Euh je sais pas si je devrais dire tout ça (rires), c'est les kinés et les orthophonistes qui font leurs ordonnances (rires plus fort).

E2: En même temps il paraît qu'on sait pas faire les ordonnances...

M5: Ouai bah nous maintenant on sait le faire du coup, mais en tous cas c'est eux qui font leurs ordonnances. Euh qu'est-ce qu'il y a d'autre? Si, on a quelqu'un dans le centre, le coordinateur il est un peu calé en santé travail, droit du travail, accompagnement des gens qui ont des problématiques au travail. et du coup ça arrive régulièrement que par exemple sur une situation il me dise "j'ai vu avec la personne, l'idée c'est qu'elle soit en arrêt jusqu'à telle date, ensuite qu'elle voit le médecin du travail et ensuite, il y aura un licenciement ou je sais pas quoi par exemple. Est-ce que tu peux lui faire l'arrêt, comme ça je lui donne, voilà ce genre de choses. Et à une époque, l'infirmière, c'est pas la même infirmière, l'infirmière faisait les frottis. Mais ça ça s'est un peu arrêté parce que aussi à -un moment on était stage santé de la femme, il fallait que les internes fassent les frottis, 'fin voilà. Et si il y a une grosse délégation de tâche, avec la conseillère conjugale et familiale, sur les prescriptions de contraception, sur les IVG médicamenteuses... Ah oui on en a plein... sur les IVG médicamenteuses, on fait des IVG médicamenteuses, et du coup normalement il y a 4 consultations... (elle se reprend) Normalement il y a 3 consultations, et on en fait qu'une! Et c'est la conseillère conjugale et familiale qui fait la première et la dernière consultation. Et nous on fait juste la consultation de prise des médicaments. Voilà, j'en oublie mais il y en a plein.

E2: Ouai, et pour tout ça vous faites des protocoles?

M5: Ah ouai par contre on est ouf malades de protocoles hein!

E2: Ouai! (rires)

M5/ Mais à la fois c'est important, ça sécurise les gens les protocoles, notamment sur ce genre de trucs. Mais du coup oui a, par exemple les ordonnances de substitution aux opiacés on a créé un petit truc, on a 3-4 questions que les accueillants peuvent poser "est-ce que vous avez des questions? Est-ce que vous aimeriez voir un médecin?" Ce genre de choses quoi.

E2: Ouai, d'accord! Pour finir, je voudrais te demander comment tu trouves que ça se passe ce travail entre toi et tous ces autres professionnels non médecins?

M5: (rires) Eh ben ça se passe bien! Non ça se passe bien, ça se passe très bien aussi pour une raison, enfin pour deux raisons. C'est qu'on a pas de hiérarchie dans cette équipe, il y a pas de directeur, il y a pas de hiérarchie même entre les médecins et les autres et on est tous payés pareil. Du coup, en fait ça c'est important. Parce que dans les relations de travail, ben ça fait que vraiment en fait, quand je dis vraiment d'ailleurs c'est pas tout à fait vrai. Les gens sans doute n'ont quand même pas le même accès à la parole et tout ça en réunion. Mais n'empêche que c'est quand même posé que tout le monde a la même voix et que tout le monde peut avoir un avis tout à fait pertinent sur la situation et tout ça.

E2: Et ça joue...

M5: Bin ouai ouai ouai! C'est sûr que si tu payes le médecin le double des autres en fait, qu'est-ce que ça veut dire sur sa place, sur son rôle, est-ce qu'il est plus important, est-ce que du coup son avis est plus important.

Mais ça se passe très bien. et surtout, je veux pas me vanter ou quoi mais on fait du très bon travail, et ça c'est très agréable. On a vraiment l'impression de prendre les situations très globalement, et c'est très agréable quoi.

E2: Merci beaucoup, j'ai fait à peu près le tour de ce que je voulais te demander. Est-ce que toi tu vois d'autres choses que tu voudrais dire ou rajouter?

M5: Non non ça va (rires)

E2: Merci beaucoup!

6. Entretien 6

Durée : 44 minutes

E1: Du coup, pour commencer notre conversation, est-ce que tu pourrais te présenter et décrire un petit peu ton activité?

M6: Pas de problème! Donc moi je suis installé depuis 86 donc vous n'étiez même pas là. Euh j'me suis installé en association avec un médecin que je remplaçais, et puis après ce médecin a fait de la médecine du travail euh, j'ai changé d'associé, j'me suis associé avec Pascale et puis voilà. Ah aussi c'est un cabinet médical qui se trouve dans une zone on va dire euh- j'aime pas trop ce terme là "semi rural" parce que ça veut pas dire grand chose- mais y'a encore des agriculteurs dans le village (*rire*) .. qui est devenu un peu un village euh.. assez dortoir pour une partie de la population, qui vient travailler en Suisse et qui du coup est arrivé de tous les coins de France, et il y a une forte présence de familles traditionnelles, qui sont à Lugrin depuis de nombreuses générations, et qui sont d'origine agricoles. Voilà, le village c'est 2000 habitants, on travaille sur une zone d'une vingtaine de kilomètres alentour, avec des petits villages qui sont éparpillés, plutôt des villages de pêcheurs au bord du lac. Voilà, sinon l'activité de médecine qui est faite au cabinet, c'est une activité de médecine générale, accueillant tout type de problèmes, y'a pas d'exclusion en particulier. Il y a de la gériatrie, pédiatrie etc..

E1: D'accord, est-ce que tu peux préciser juste ton âge s'il te plaît?

M6: 62 ans

E1: Et quels sont les professionnels de santé non médicaux qui travaillent dans ton secteur?

M6: Alors, avec la définition de l'OMS de la santé, d'accord? Ca veut dire qu'on est en lien, autant avec ce qu'on appelle des paramédicaux, que d'autres professionnels de santé qui sont pas reconnus comme des paramédicaux.

E1: Oui

M6: Donc les paramédicaux avec lesquels on travaille c'est classique c'est avec les infirmières, les kinés, orthophonistes, psychologues et neuropsychologues, euh, podologues, et les aides ménagères à domicile que je considère comme des agents de santé, qui sont très (*appuyé*) importantes pour nous avec qui on travaille aussi et je crois que j'ai fait le tour euh... j'ai fait le tour. J'ai pas d'autres collègues euh.. Si! Éventuellement les assistantes sociales et les réseaux pluridisciplinaires comme le réseau ACCCES, les gens comme ça.

Maya...Réseau ACCCES en fait sur notre secteur il regroupe tous les autres réseaux. Les réseaux diabète, les réseaux géranto etc, donc on a des interlocuteurs qui sont uniques.

E1: D'accord. Euh... est-ce que tu pourrais me donner une situation récente où tu as échangé avec un professionnel de santé non médical au sujet d'un patient?

M6: Bah hier. J'ai un patient qui a une résidence secondaire à E. mais qui est issu du nord de la France. C'est un monsieur qui est atteint d'une démence à corps de Lewy. Sa compagne est infirmière, elle est très engagée ici. Ils étaient en résidence ici dans leur superbe maison, qui était peut-être plus tranquille que à Lille, dont ils sont résidents principaux, et cette dame - donc il est très avancé quand même dans sa pathologie- donc elle a été obligée de s'absenter -elle est vraiment l'aidante principale- donc elle a été obligée de s'absenter pendant une dizaine de jours j'en crois. Ce qu'elle fait peu mais elle a été obligée de remonter à Lille, et du coup elle a fait un accueil temporaire en ehpad, et dans les dix jours de son séjour en ehpad il est revenu avec un escarre sacré majeur, avec un trou d'une profondeur de au moins **** centimètres de profond et puis une nécrose de 7-8 cm de diamètre. Donc on a eu des échanges photographiques et téléphoniques avec l'équipe d'infirmières, donc ça c'était la semaine dernière, et hier on a fait un pansement commun. J'ai demandé à l'infirmière à quel moment elle- euh, hier c'était mon jour de visites à domicile, quand c'est pas urgent je les groupe et donc du coup on a fait un pansement commun, sur le choix des produits de pansement.

E1: D'accord, mais comment ça s'est organisé quand tu dis "on a fait un pansement commun"

M6: Ben du coup je lui ai laissé faire le pansement parce qu'elle était protégée. On l'a défait parce que, la problématique de l'observation d'un escarre sacré majeur comme ça c'est que si tu y vas et qu'il n'y a pas l'infirmière, tu défaits le pansement et puis après toi tu n'as pas le matos pour refaire le pansement, parce que c'est elle qui a les Biatain° ***** tu sais, elle les amène parce qu'ils sont pas au chalet. C'est une organisation beaucoup plus simple de prendre rendez-vous et puis tous les deux de faire le pansement. Et puis du coup on défait le pansement, on fait le diagnostic, on regarde, on fait un choix on discute de la stratégie médicamenteuse,

euh, arrêter les antibiotiques, les poursuivre, euh, mettre plus d'algostéril° dedans, euh, est-ce qu'il y a une indication à un hydrocellulaire ou est-ce qu'on continue avec ces pansements là etc..

E1: Et comment ça se passe du coup la prise de décision? Ensemble

M6: Bah elle est conjointe, elle est conjointe. Parce que d'abord c'est elle qui va faire ses propres ordonnances, moi je vais pas faire d'ordonnance concernant le matériel qu'elle utilise, je lui laisse faire, c'est bien plus performant, de laisser le professionnel paramédical utiliser les produits qu'il a l'habitude d'utiliser. Par contre, on peut décider d'une stratégie médicamenteuse, par exemple même dans cette situation là, il y a avait éventuellement une décision de faire une prescription hors référentiel, et du coup j'en ai discuté avec elle, je lui ai demandé si elle était OK de faire ça. C'était l'instillation temporaire d'ampoule d'aminosides, ce que j'ai fait il y a longtemps, ce qui ne se fait plus du tout pour des raisons de résistances, mais c'est un monsieur qui est pas très loin de la fin de vie, donc du coup on a discuté de savoir si c'était peut-être plus judicieux d'arrêter les antibiotiques oraux, et de passer sur une attitude qui était un p'tit peu en dehors des limites habituelles des référentiels, de ce qu'on fait habituellement dans les traitements infectieux locaux. En tout cas je lui ai posé la question si elle en avait déjà fait, si elle connaissait les protocoles- elle c'est une jeune infirmière donc j pense qu'elle n'en a jamais fait- et elle était ok pour le faire donc, voilà puis en restant à sa disposition pour les questions, et puis j'ai expliqué comment je faisais. Donc du coup c'est elle qui va le gérer, on s'est donné 48 heures de plus pour voir s'il y avait une amélioration avec l'extraction des zones fibrineuses.

E2: Quand tu dis "elle elle va gérer", du coup elle va faire dans son coin? et qu'est ce qui est prévu pour que tu sois un peu ..

M6: Je suis dispo au téléphone tout le temps. Soit photo, soit téléphonique euh, après si je suis en consultation je la rappelle. En général on fait comme ça, on se tient au courant soit par photos- avec les infirmières ça marche très très bien comme ça!

E2: Sur ton téléphone personnel du coup les photos?

M6: Ouai j'ai pas de smartphone pro, c'est mon personnel. Donc les infirmières l'ont.

E2: D'accord. Et c'est uniquement avec les infirmières, cette façon de fonctionner? Quand-est-ce que tu vas être amené à faire ce fonctionnement là?

M6: Bah euh photos et téléphone, c'est plutôt infirmières.. Les orthophonistes euh, avec qui on travaille, elles sont locales, on les rencontre au cabinet secondaire qu'on a à WP et c'est Mme Y donc elle c'est assez facile, quand je fais ma tournée à WW, c'est un petit village qui est frontière à 10km de chez nous. On fait une demie journée de cabinet secondaire là bas; parce qu'il n'y a plus de médecins. Et du coup je rencontre l'orthophoniste et la neuropsychologue à cet endroit là donc ça ça permet de faire le point oralement des situations qui peuvent poser problème, des situations d'ordonnance éventuellement, des choses comme ça.. Donc ça ça ne se fait pas par téléphone. Enfin, ça peut arriver mais c'est pas usuel, parce que on a des points de rencontre. Après on peut les avoir au téléphone quand c'est des orthophonistes qui sont un peu plus éloignées, qu'on connaît euh, "téléphoniquement".

E2: D'accord. Du coup au cabinet là quand tu dis les rencontres avec les orthophonistes c'est organisé? c'est prévu du coup, à chaque fois que tu y vas tu as un temps dédié?

M6: C'est vraiment, on se croise, je lui demande si elle a un moment de discussion avec moi pour une problématique: y'en a pas, y'en a pas, y'en a, on discute! on fait pas une organisation de réunion, systématisée comme ça.. Mais c'est pareil avec la neuropsychologue. Elle est psychologue et neuro-psychologue et elle prend en charge pas mal de mes patients et du coup, c'est des temps où voilà je lui dis "je suis là jusqu'à telle heure" et elle dit "ben j'peux te donner des nouvelles de monsieur machin" et on se prend 10 minutes un quart d'heure entre deux consult.. C'est pas à chaque fois non plus. C'est assez régulier quand même!

(E2: D'accord.)

M6: On va dire euh, moi j'y vais toutes les semaines là bas euh, je pense qu'il y a euh 2 fois sur 3 on a une réunion informelle soit avec l'ortho soit avec la psychologue.

E2: Ok, ok. D'accord. Et toi dans ta pratique du coup, comment est-ce que tu vas solliciter les autres professionnels de santé?

M6: Paramédicaux?

E2: Euh, non! autres professionnels de santé, pas forcément paramédicaux non

M6: Euh c'est à dire médecin aussi?

E2: non non non pas médecins, dans toute notre thèse on s'occupe pas des autres médecins spécialistes-

M6: ah oui des autres soignants! bah ça il y a plusieurs situations dont la situation covid: on avait besoin d'avoir une stratégie commune, de faire passer des messages de prévention, d'expliquer comment nous on était organisé avec la sanctuarisation d'une partie du cabinet pour le covid, et puis eux aussi ils avaient des problématiques notamment de matériel pour les infirmières qui n'avaient pas de blouses jetables, ou qui avaient des difficultés pour les masques et tout ça.. ça c'était au moment de la première vague de covid. Donc on a fait une réunion dans une salle de la mairie, voilà on a des possibilités d'utiliser des locaux comme ça quand c'est des situations de crise. Et là on avait réuni les kinés les infirmières, pas l'orthophoniste, euh, la présidente de l'ADMR donc une association rurale qui s'occupe des aides-ménagères, on l'a eu.. euh dans un deuxième temps. Elle elle n'avait pas pu venir à la réunion. Et il y avait tous les médecins du cabinet, toutes les infirmières et 2 ou 3 kinés sur 5 qui étaient là..

E2: Donc ça c'était une situation exceptionnelle!

M6: Voilà, situation exceptionnelle qu'on sollicite! Il peut y avoir des.. sollicitations exceptionnelles sur des prises en charge euh, avec le kiné, je peux avoir fait une ordonnance en expliquant le diagnostic et puis je laisse le bilan qu'il décide de faire euh. Le retour du patient, quelquefois, je le revois, justement parce que il y a une persistance des signes, et d'une situation: là je prends le téléphone et j'appelle le kiné. On a la chance d'avoir un cabinet de kinés.. on travaille qu'avec eux pratiquement.. euh, ouai, qu'avec eux. Il y a quelques patients qui sont sur X avec d'autres praticiens kinés, mais c'est plutôt rare..

E2: Et quand tu dis d'ailleurs "on travaille avec eux", ça veut dire quoi?

M6: C'est à dire que c'est eux qui prennent en charge, on leur confie nos patients.

E2: Donc tu dis à tes patients "allez voir ce kiné là"?

M6: Mais euh ça se fait naturellement hein. Enfin si ils ont un kiné, ils vont voir leur kiné, de leur choix hein, mais en général c'est celui du village. Et s'il y a.. Alors la notion de réseau et de partenaires, c'est bien que tu soulignes cette question, c'est que, on choisit quand même de travailler avec des correspondants, et là j'inclue aussi les médecins, en qui on a confiance, qui jouent le jeu du retour d'informations, et une information qui soit claire rapide etc et avec les paramédicaux c'est aussi ce qu'on souhaite, et on va travailler plus avec des gens qui sont capables de nous alerter, de nous dire que, voilà ils ont remarqué ça euh.. de suggérer aussi des améliorations, des reprises de diagnostics, ça ça peut arriver ça. Une fois que tu as un réseau de partenaires en qui tu as confiance, ça marche vraiment bien! Tu as plus envie de travailler avec eux aussi et indirectement, il y a un effet euh (*réfléchit*) placebo (*rire*) quand t'es avec une équipe et je pense qu'on induit aussi du fait de notre attitude, la valorisation de telle équipe de kinés, quand les gens nous disent "on est pris en charge par tels kinés" ben on dit "bah ouai, ça c'est vraiment une équipe qui tient la route", en plus on a des retours avec eux, on travaille avec eux donc c'est parfait". Donc si tu veux on valorise aussi le travail des gens avec qui on bosse bien et indirectement ça se sait dans le village... Si on a un partenaire qui est assez bordélique, qui fait jamais de comptes rendus, qui téléphone jamais.. euh, même si c'est un spécialiste médecin, on ne va pas encourager quoi.

E2: Et toi tu vas téléphoner aux kinés par exemple?

M6: Ah oui ça m'arrive oui!

E2: Même pendant une consult, tu prends le temps de téléphoner au kiné?

M6: Euh ça m'arrive ouai, pendant la consult ça peut arriver oui bien sûr! C'est parfois euh, (*cherche*) à la mi journée parce que c'est là qu'on a le plus de temps mais ça peut être, si la personne elle dit "J'ai rendez-vous en fin de matinée" et tu la vois à 9h30, ben t'appelle le kiné "tu vas voir madame machin j'ai fait telle ordonnance mais.. par exemple euh, ne lui fais pas d'ondes de choc elle est sous anticoagulants!" Voilà y'a une euh.. J'pense à ça parce que ça s'est passé il y a 15 jours... c'est l'genre de choses qu'on fait. Les kinés passent au cabinet, récupérer des ordonnances souvent. Quand il y a des renouvellements pour des soins de longues durée.. la proprioception chez la personne âgée isolée, pour prévenir des chutes, c'est souvent des prises en charge qui sont longues, donc ils passent au cabinet. Parce que c'est des gens qu'on voit à domicile du coup, ça ils gèrent ça avec la secrétaire, donc ils préviennent que il faut un renouvellement, donc ils passent au cabinet donc si moi j'ai un message ou si eux ils ont un message à faire passer, quand ils passent au cabinet, ils attendent entre deux patients, ou ils avertissent la secrétaire qu'ils sont là et qu'ils ont une info à faire passer, soit j'sors de consultation soit on se voit, on prend 5 minutes.

E2: D'accord.. Sinon, qu'est-ce que toi tu délègues? Si tu délègues. (*rire*)

M6: Ben il y a des domaines de compétences qui sont complètement en dehors des champs de ce que je sais faire. Je sais pas du tout faire d'orthophonie, de rééducation orthophonique. Les diagnostics de dyslexie, de dyspraxie, qu'on voit un peu quand même, mais voilà tout ça c'est du champ de l'orthophoniste. Et franchement, même en ayant une fille orthophoniste, c'est un domaine où je délègue tout là.

E1: Finalement c'est pas du domaine médical? Donc c'est pas vraiment...

M6: Bah si quand même! Je pense que c'est du domaine de la rééducation de pathologies médicales.

E1: Oui oui oui... Mais tu penses que toi tu devrais pouvoir le faire?

M6: Ah non non non, justement je te dis, je délègue tout parce que je suis totalement incompetent, c'est très spécialisé. Le domaine de tout ce qui est, tu vois, des tests neuropsychologiques, ils sont totalement délégués. Euh de temps en temps j'utilise des tests de mémoire si jamais j'en ai besoin. Mais...Donc ça je sais faire, mais donc ça je le délègue à la neuropsychologie. Pareil quand il y a aussi des échelles de dépression... Même des diagnostics un peu frontalières avec la neuropsychologie, quelqu'un qui a eu un "TC" puis qui a des troubles du comportement, des fluctuations d'humeur, ben je trouve que c'est quand même du domaine du paramédical de m'indiquer si elle pense que c'est quand même vraiment du domaine du post-traumatique, post-lésionnel, ou le champ des troubles du comportement sont vraiment d'origine dépressive, psychologique, etc. Après la prise en charge du suivi psy, soit je le fais, soit on le fait en complément. Dans les pathologies psychiatriques lourdes, c'est toujours intéressant d'avoir, d'étayer, la prise en charge avec plusieurs personnes. Donc avec la psychologue ça se fait, c'est même pas une délégation, c'est un complément de prise en charge.

E1: Hum, et est-ce que il y a des tâches que toi tu saurais faire mais que tu délègues?

M6: Bah par manque de temps, oui.

E1: Par exemple quoi comme tâches tu vas pouvoir déléguer dans ce cas là?

M6: Par exemple les prises en charge avec les techniques de TCC, que je connais bien, que je fais, si je voulais je ferais que ça. Parce que il y a une telle demande. Donc je réduis beaucoup, je fais une vraie prise en charge par semaine. Mais quand il y a une vraie indication de TCC et que j'ai pas le temps, je le délègue à une... Alors pas la psychologue qui est à St-H, mais une autre qui a une formation solide en TCC et je lui délègue complètement la prise en charge.

E1: Mais pourquoi cette prise en charge et pas une autre? Pourquoi tu t'autorises à déléguer ça et pas une autre?

M6: Pourquoi je m'autorise... Et pas une autre, c'est-à-dire?

E1: Bah tu me donnes cet exemple de prise en charge que tu peux déléguer sans soucis, euh qu'est-ce qui fait que celle là tu vas la déléguer sans crainte?

M6: Oh bah je le délègue parce que je sais qu'elle le bosse bien, je connais sa formation et je sais que ça va être bien fait. Et que je peux pas le faire, et que j'ai pas le temps de le faire. C'est exactement de la même façon que, dans le cabinet on a des dossiers communs, donc quand il y a un rendez-vous qui... Tu vois une patiente, tu as un rendez-vous qui doit être fait... imagine je sais pas, une patiente qui veut absolument changer son stérilet, et elle part en vacances, j'ai pas de rendez-vous, si je lui ai posé le précédent stérilet, on va regarder dans l'agenda si Q. (un autre médecin du cabinet) peut lui poser, ou N. (un autre médecin du cabinet). Voilà c'est une délégation au service du patient parce que t'as pas le temps de la faire. On est trop chargés. Le facteur temps... En fait quand on sait faire les choses, on le fait avec plaisir, et si on avait du temps je pense qu'on déléguerait moins probablement. C'est une question de l'évaluation de ta compétence dans l'évaluation de certains domaines ou pas. Par exemple, je suis médecin du sport, mais je suis incapable de faire une rééducation d'un conflit sous-acromial. Je peux te faire le diagnostic mais pas la prise en charge. Donc le soignant à qui tu confies ton patient, bah tu lui confies avec le diagnostic, l'écho, éventuellement les échecs d'infiltrations, d'anti-inflammatoires, de rééducation musculaire qu'il a pu faire lui. Et après tu repasses le bébé à quelqu'un qui est compétent dans le domaine là où tu sais pas faire. Quand tu sais pertinemment que c'est ce qu'il va falloir pour ce patient, tu délègues.

E1: Hum, ça marche. Euh du coup actuellement comment tu dirais que ça se passe ton travail avec les différents professionnels non médicaux?

M6: Très bien! Quelle est la question plus précise?

E1: Que penses-tu de la qualité de tes échanges avec les autres professionnels de santé non médicaux?

M6: Ils sont très bons, avec ceux avec qui je travaille, il y a jamais de problèmes de correspondance, ou... après tu sais il y a toujours... C'est une courbe de Gauss la performance du travail collectif. Plus tu travailles en collaboration, plus tu améliores ta performance. Puis à un moment donné tu fais beaucoup de réunions, tu fais beaucoup de communication, mais il faut quand même qu'il y ait du temps pour la prise en charge. Si tu passes que ton temps à discuter sur les dossiers, tu perds de la performance. Donc je te dirais que le temps passé à faire de la coordination de soins, il est pertinent quand tu choisis les sujets à discuter en coordination. Euh tu es

pas pertinent, je pense, quand tu reparles de tous les dossiers qui sont vus par l'infirmière, la kiné, l'orthophoniste etc. Il y a un moment donné, on est moins bons si on fait ça. Parce que ça prend du temps, parce que tu te noies... Il faut avoir une vraie notion de confiance dans l'équipe à qui tu délègues ta prise en charge. Je trouve que ça serait même malvenu, je trouve. C'est des partenaires hein, c'est pas des gens sous nos ordres, même si on prescrit.

E1: Hum... Est-ce que ça t'arrive d'être en désaccord avec le travail d'un autre professionnel de santé?

M6: Ouai ça peut arriver. C'est rare, mais ça peut arriver. Enfin, c'est pas une histoire de désaccord. C'est plutôt une discussion sur un ajustement devant une progression qui est pas celle qui était attendue. Donc c'est pas un désaccord. Je travaille pas avec des gens qui ont des pratiques que je valide pas.

E1: Tu as un exemple par exemple de fois où tu as dû ajuster?

M6: Bah y'a deux catégories professionnelles qui à mon sens peuvent poser problème, ce sont les sages-femme, qui pour tout un champ de la prise en charge sont très compétentes etc. Et elles ont... Alors je n'aime pas faire des généralités, mais quand même à plusieurs reprises j'ai eu à constater des prises en charges qui sont proches de dérives, on va pas dire "sectaires", mais pas loin. Là c'est quand même problématique. Donc dans cette situation là, je peux être amené à appeler et à discuter de ça avec le professionnel. Et c'est la même chose pour les... En fait il y a des professions qui sont très avancées en matière de référentiels, y'en a qui sont en train de les mettre en place et y'en a pour qui cette notion de référentiel c'est une hiéroglyphe égyptienne. *(rires de E1)* Vraiment, vraiment! Ils ont, ils peuvent avoir des positionnements qui sont assez suspects de croyances et ça ça peut poser un problème. Et les kinés peuvent être dans cette situation là. Les kinés ont parfois des... Parce que ils ont pas beaucoup de référentiels, il y a pas beaucoup d'études qui peuvent les aider à statuer sur le fait que dans cette pathologie là, il faut faire comme ça, il y a eu des recherches, des études, qui montrent que comparé à telle autre technique dans cette pathologie là cette technique là elle est plus performante, etc.

E1: Dans ta façon de gérer, donc toi tu as dit tu appelles en général?

M6: Ouai! Et si je trouve qu'il a vraiment... Si je trouve qu'il y a une anomalie, j'appelle.

E1: ...

M6: J'appelle, ou je "squeeze"

E1: Hum, via le patient quoi. Tu dis au patient d'aller voir quelqu'un d'autre, c'est ça? *(ton amusé)*

M6: Exactement! Euh il y a eu à une période un podologue local qui, au lieu de tripoter les pieds des jeunes femmes, s'autorisait certains examens hors limites. Là, je lui ai fait une sale pub. *(rires)*

E1: D'accord! *(rires)*

M6: J'ai même proposé à une patiente de faire une plainte, elle a pas voulu. Voilà donc ce genre de choses ça existe. Donc là oui, ça me fait monter au créneau.

E1: Maintenant est-ce que tu pourrais me parler des réunions? Quelle place elles ont dans ta pratique les réunions avec les autres professionnels de santé non médecins? Quelle place ça a dans ta pratique?

M6: C'est euh... Alors réunions de crise et pas que, parce que on a fait... Alors c'est quand même des réunions de crises. C'est quand même sur des questions d'organisation, de positionnement, de réorientation, d'inclusion de nouveaux collègues... C'est à ces moments là qu'on a fait des réunions.

E1: C'est assez organisationnel du coup?

M6: Oui c'est organisationnel. On fait pas venir le Pr "tartampion" pour nous parler des escarres. Je sais que dans certaines maisons médicales ça se fait par exemple hein. Ils en ont l'obligation aussi pour valider leur statut et toucher les sub'. Mais nous on le fait pas, parce que ça prend du temps, chacun fait sa formation comme il l'entend. On a choisi d'être un réseau et pas une maison médicale, on ne travaille pas sous le même toit tous. Ça a plein d'avantages. Et du coup, je trouve pas beaucoup d'intérêt à faire ça, pas beaucoup d'intérêt à faire ce genre de réunions. Parce que dans ce genre de réunions on va... Si on fait des réunions pluriprofessionnelles déjà ça pose problème. Si c'est des réunions, des grands shows entre les infirmières et les médecins, ou les médecins et les kinés, nous on est des prescripteurs donc y'a automatiquement la notion de pouvoir à gérer. Il va y avoir une notion de pouvoir, et de prévalence des médecins sur les autres, même si on est très attentif à ça, je trouve que c'est un peu dangereux et moi j'aime pas ce genre de situations. Donc je pense que c'est beaucoup plus simple de discuter avec le professionnel qui prend en charge au sujet d'une situation, et on échange, et chacun a des éléments à amener qui valorisent la prise en charge de chacun des professionnels. Y'a pas de dominante du prescripteur par rapport à l'effecteur. Je pense que c'est bien comme ça, c'est plus égalitaire.

E1: Tu trouves qu'en étant dans un-un, donc à deux, bah du coup ça lisse la hiérarchie entre guillemets?

M6: Oui, on a des professions différentes et du coup on est complémentaires.

E1: D'accord

M6: Même quand on a fait la réunion de crise covid, donc c'était à l'initiative des médecins donc les médecins ont exposé et ont animé la réunion. Donc tu vois, en fait on a beaucoup échangé, on a fait ressortir les difficultés de

chacun etc. Mais on a animé la réunion, donc tout de suite on est dans une situation qui est un peu différente quoi.

E1: Ok! Je sens que tu as encore plein de choses à dire, est-ce que t'as des points que tu voudrais aborder sur le sujet du travail partagé avec les autres professionnels de santé auxquels j'aurais pas pensé?

M6: Euh ouai par exemple il y a une notion qui est importante dans cette histoire d'équipe, c'est que quand l'équipe est très serrée, quand elle habite sous le même toit on s'est vraiment posé cette question là, ça peut couper les paramédicaux de liens avec d'autres prescripteurs. Imagine voilà t'as le kiné qui travaille dans la même maison médicale que toi, eh ben surtout si il y a une force de frappe comme dans les grosses maisons médicales comme nous, comme Q. (ville à côté) où t'as 4-5 médecins, 5-6 kinés etc, ça doit être aussi un peu tentant pour certains médecins, par exemple isolés, de prescrire des soins de kiné pour qu'ils aillent à la maison médicale ou il y tous les collègues qui travaillent qui sont des médecins tu vois. Il peut y avoir une réticence à se dire "ils vont changer de crèmerie. Je vais perdre mon patient". Je pense que dans le lien du travail entre médecins et paramédicaux, ça peut être un élément de vigilance. Nous on est pas du tout touchés par ça, on se pose même pas la question, de toute façon actuellement en France il y a pas beaucoup d'endroits où on se pose cette question parce que c'est chargé. Mais si on imagine qu'il y a une réaumentation de la population des médecins, eh ben peut-être que cette question elle va se reposer, d'accord. Et la deuxième aussi qui est inhérente au travail des médecins avec les paramédicaux, c'est le partage des données médicales.

E1: Oui!

M6: Moi ça c'est un sujet sur lequel j'ai une sensibilité particulière. Euh je trouve que même si, le désir avec les CPTS et tout ça, voilà il faut trouver des médecins à tout le monde etc, et que on a dedans les paramédicaux. L'accès aux données de santé c'est une vraie problématique. C'est une problématique parce que c'est numérisé, c'est sur ordinateur, c'est stocké sur des réseaux. Et les gens n'ont pas tous la connaissance de ce qu'est la protection des données. Donc on peut vraiment avoir peur de se dire "ben mon médecin il fait des dossiers médicaux partagés, je sais pas où ça va, je sais pas qui les lit, je sais pas si c'est sécurisé". Il peut y avoir une vraie alimentation d'un risque de perdre le secret médical. Et nous on peut pas se permettre de laisser les gens suspecter qu'on conserve pas ce secret médical.

E1: Comment tu fais toi du coup? Comment tu fais pour partager les informations avec les autres?

M6: Eh ben en fait c'est simple, si je partage une information sur la pathologie de l'épaule de Mme Tartampion (nom factice) avec son kiné, souvent je lui dis "je vais rencontrer votre kiné, je vais l'appeler, on va discuter de ça". Mais y'a aussi parfois des moments où le kiné vient au cabinet pour une autre histoire et il me dit "est-ce que je peux te parler d'elle?" et elle le sait pas. Ce qui est toujours un petit peu empoisonnant. Donc toujours faire attention, quand on parle d'un sujet autour d'une personne, on parle bien du sujet de la rééducation, et pas de déborder sur d'autres problématiques que le kiné n'a pas à savoir parce que dans sa rééducation c'est pas intéressant. Et c'est toi qui le juges ça. Il faut toujours faire ça avec délicatesse et attention. Le secret médical c'est là où on est le moins bon, au téléphone quand les gens appellent on est en consultation, dans les bureaux il y a des lettres qui peuvent traîner, tu vois pendant que tu examines la femme de M. B. lui il est au bureau, et sur ton bureau il y a des choses qui traînent. Donc voilà quand tu t'ennuies tu portes ton regard sur le Chagall que j'ai dans mon bureau, et puis quand t'as vu le Chagall et puis que ça t'ennuie un peu "bin tiens y'a la lettre de la voisine". Parce que dans un village tout le monde se connaît, tout le monde connaît tout le monde. Le kiné il est du village, l'infirmière elle est mariée avec un gars du village.

E1: Mais du coup toi c'est quoi que tu fais pour protéger ces informations?

M6: Bah j'essaye de faire le minimum, je partage le minimum utile. J'essaye au maximum de dire au patient ou à la patiente que je suis en lien avec son kiné pour sa rééducation, et je ne parle que de sa rééducation ou que de ses soins d'infirmière...

E1: Hum, vous n'avez pas du tout de logiciel commun ou de chose en commun vous avec les autres professionnels de santé?

M6: On est très opposés à ça. C'est pour ça que c'est plus facile de la faire dans un réseau de santé plutôt que dans une maison médicale. Parce qu'une maison médicale, ça partage. Moi si j'étais patient, et que je savais que la maison médicale de mon village tout le monde a accès aux infos, je suis pas sûr que je choisirais cette maison médicale.

E1: Hum oui d'accord, c'est un point très sensible pour toi la protection des données.

M6: Bah quand tu vas à l'hôpital de U. par exemple (nom de ville), c'est à 15km d'ici, c'est le plus gros employeur du coin, j'ai une trentaine de patients qui travaillent à l'hôpital de T. Si j'ai un problème de santé en tant que médecin et que je vais là-bas, j'ai un gros risque pour que les gens connaissent mon problème de santé. Cette notion là, dans le réseau de gens qui ont une prise en charge commune avec toi il faut vraiment être très très vigilant. Si il y a pas de secret, il y a pas de confiance. Si il y a pas de confiance bah, la médecine générale c'est pas une médecine spécialisée. C'est une médecine qui touche, qui est très holistique, où la prise en charge elle

est globale. Quand tu vas chez le cardiologue tu vas pour ton coeur. Mais quand tu vas chez ton médecin généraliste, lui il sait que tu as fait une dépression, que ton gamin il se drogue, que ton papa était alcoolique, que t'as perdu un enfant d'une mort subite, que t'as été en taule, que... Voilà! Que tu as subi des attouchements quand tu étais petite, voilà. Tout ça nous on l'a dans le dossier. Et c'est certain que l'aide qu'on peut leur apporter, elle existe parce qu'ils nous confient ça, et ils nous confient ça parce que il y a du secret.

E1: Ouai, ouai ouai. Ok, ok. Merci beaucoup S. (nom du médecin interviewé), je sais pas si il y a d'autres choses comme ça?

M6: Je pense pas d'autres choses, en tout cas me concernant je t'ai raconté un petit peu ce que je pensais du travail conjoint.

E1: Bah merci beaucoup pour ton temps!

7. Entretien 7

Durée : 37 minutes

E1: Du coup je fais ma thèse avec Marion Jounot, on est toutes les deux remplaçantes en médecine générale et on fait notre thèse sur les relations de travail entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé non médicaux. Donc on ne s'intéresse pas aux relations avec les médecins spécialistes.

M7: Donc c'est paramédicaux?

E1: Bah paramédicaux et autres professionnels de santé, tous les professionnels de santé. On s'intéresse du coup particulièrement au point de vue des médecins généralistes au sujet du partage des tâches dans les prises en charge pluriprofessionnelles. Et on va essayer de comprendre comment ils perçoivent cette répartition du travail. Pour ça on fait donc des entretiens individuels Et ces entretiens on les enregistre afin de faciliter la retranscription mais ils restent anonymes, on anonymise les noms propres et on les supprime après la retranscription. Voilà!

M7: D'accord.

E1: Donc si c'est clair pour toi, on va pouvoir commencer...

M7: C'est très clair, il y a pas de soucis, j'ai l'habitude!

E1: Du coup est-ce que tu peux commencer par te présenter et décrire un petit peu ton activité?

M7: Je suis médecin généraliste à B., c'est une village de la E. entre S. et W. Je suis installé depuis 42 ans, ou 3 (43), voilà. Donc ma patientèle elle est multiple, ça va du nourrisson à la fin de vie, je fais beaucoup de fins de vie. Je m'intéresse essentiellement à la cancéro. Et je suis maître de stage depuis 40 ans.

E1: Tu es installé dans quelle zone? Plutôt urbain, plutôt...

M7: Alors au départ quand je suis arrivé c'était plutôt rural. Et c'est plutôt devenu, on va dire périurbain parce que les deux villes sont de plus en plus proches.

E1: Tu as quoi comme type d'installation?.... Tu exerces en groupe, seul, en maison de santé...

M7: Donc j'exerce seul, en cabinet seul, pas de groupe.

E1: D'accord. Quels professionnels exercent dans ton secteur?

M7: En non médicaux, tu veux dire non médecins?

E1: Oui, on restera toujours sur ça. On reste sur tous les professionnels de santé, sauf les médecins.

M7: Sauf les médecins. Donc tu veux savoir avec qui je travaille le plus, enfin avec qui j'ai des contacts. Alors moi je travaille beaucoup avec les infirmières, je travaille avec les kinés, je travaille avec les psychologues de la région. Euh voilà, parfois l'ostéopathe à la demande des patients. Orthophoniste, orthoptiste, psychomotricienne. Est-ce que j'en ai oublié? Je ne pense pas. de

E1: D'accord.

M7: C'est ceux qui me viennent à l'esprit donc c'est ceux avec qui je travaille le plus quoi.

E1: Du coup est-ce que tu peux me décrire une situation récente où tu as échangé avec un professionnel de santé non médical au sujet d'un de tes patients?

M7: Pratiquement tous les jours ça arrive ça, avec les infirmières par exemple, sur l'adaptation des traitements et sur... J'ai un groupe d'infirmières ici qui fait beaucoup d'éducation thérapeutique. Je vais te donner cet exemple là, c'était lundi. C'est une patiente qui est suivie pour un sevrage alcoolique. Et donc moi je vois ma patiente tous les quinze jours et tous les jours les IDE passent matin et soir pour un soutien psychologique de la dame. A peu près une fois par semaine j'ai un contact avec les IDE où on fait un point sur l'évolution de la patiente. Alors le dernier point par sms ou téléphone, ça se fait beaucoup par SMS, ça s'est passé par SMS lundi après-midi où ils m'ont fait le point si tu veux sur le sevrage, sur la qualité de vie de cette dame, sur son état d'esprit psychologique, si elle supporte bien, si il y a pas de risque de délirium,...

E1: Ca se passe comment du coup, c'est elles qui te contactent? Est-ce qu'il y a une réponse?

M7: Les IDE?

E1: Oui là sur ce cas là.

M7: Bah dans ce cas là si tu veux le compte-rendu il a été fait de façon orale. Et au bout d'un mois il est fait par SISRA, ils font un compte-rendu écrit, on passe ça par SISRA et moi je le mets dans le dossier de la patiente.

E1: D'accord, et du coup ça se passe comment l'interaction? Parce que là on dirait que c'est assez unidirectionnel. Elles te font un compte-rendu et toi tu leur réponds de quelle façon...

M7: Bah moi ils me disent un petit peu l'état de la situation si tu veux, après moi j'adapte. En fait elle est suivie par une équipe pluridisciplinaire où les IDE jouent le rôle d'IDE d'éducation thérapeutique, de psychologue aussi et moi j'ai le rapport régulièrement et j'adapte mon traitement au fur et à mesure.

E1: Voilà tu l'adaptes, quand tu retournes voir la patiente tu adaptes les ordonnances du coup.

M7: Voilà j'adapte. Alors ça c'est pour un cas bien particulier d'addicto, mais je fais parfois différemment en cancéro. Je fais des visites communes avec eux. Une fois de temps en temps on va auprès du patient tous ensemble, l'infirmière et moi.

E1: D'accord, et ça ça t'apporte quoi le fait d'y être tous les deux au même moment?

M7: Ça m'apporte beaucoup, parce que ils ont une autre vision que nous. D'abord c'est tous les jours eux, nous c'est une fois de temps en temps. Nous on voit les patients 15 minutes, 20 minutes... Eux ils les voient tous les jours. Ça permet d'avoir vraiment le vécu du patient d'une façon plus précise. Et puis ça permet d'adapter les traitements ensemble. Parce que nous on a pas toujours la notion de la difficulté du traitement pour le patient et pour l'IDE. Je pense entre autres aux perfusions quand je fais des fins de vie, si il faut faire des pompes à morphine. Moi il faut que je sache la difficulté pour l'IDE, après je sais aussi comment c'est vécu par le patient, chose qu'ils nous disent pas forcément à nous les médecins. C'est vraiment un travail d'équipe moi je trouve, avec les IDE.

E1: Hum hum. Qu'est-ce qui fait que justement tu as ce sentiment d'être une équipe, par rapport à d'autres professionnels "lambda"?

M7: Les prises de décision, surtout quand c'est des prises de décision un peu lourdes, surtout quand il faut mettre en route une sédation par exemple, il faut qu'il y ait une équipe derrière, déjà pour qu'il y ait l'accord pour que ce soit fait en collégialité. Ça te rassure et parfois tu peux modifier ta vision avec la vision de l'IDE.

E1: Hum, tu as un exemple comme ça où tu as changé d'idée après un échange avec l'IDE?

M7: Oui j'en ai eu, oui oui j'en ai eu. La récemment peut-être pas, je réfléchis... Bon on peut aussi parler de dermato si tu veux. Quand on a une jolie plaie vasculaire, les IDE eux voient la plaie deux fois par jour et c'est plutôt eux qui connaissent l'efficacité des traitements donc je me fie beaucoup à eux. J'avoue qu'en matière d'escarre ou de plaie, je demande carrément à l'IDE qu'est-ce qu'elle préfère comme traitement.

E1: D'accord. C'est pas elles qui font leurs prescriptions? Parce que je sais qu'elles ont cette possibilité là les IDE de faire elles même leurs ordonnances.

M7: Elles peuvent renouveler, mais la première prescription c'est toi qui la fais.

E1: Ouai, donc ça tu le fais...

M7: ... avec eux. Me retrouver au chevet du patient avec mes IDE.

E1: Quand tu dis "tes IDE", c'est les IDE qui travaillent le plus souvent avec toi?

M7: Voilà donc ici sur B. je te rappelle, on a deux groupes d'IDE, on a un groupe de trois dames et on a un groupe avec un homme et une femme. Donc je travaille de la même façon avec les deux.

E1: Hum hum ok. Du coup si tu n'as pas d'autre exemple sur ce sujet, je vais te demander dans ta pratique comment est-ce que tu vas solliciter les autres professionnels de santé non médecins? Qu'est-ce qui va t'amener à solliciter?

M7: Comment je vais solliciter un autre? Dans le cas de l'IDE, bah je prescris des soins donc je sollicite.... Je comprends pas tout à fait ta question.

E1: Eh bah quel genre de situation va t'amener à solliciter un autre professionnel de santé non médecin? Pour les médecins spécialistes par exemple on les sollicite en général quand on veut un avis spécialisé, ou...

M7: Les exemples que je t'ai donnés, quand il y a besoin de soins infirmiers, ou quand il y a besoin d'un soutien psychologique, pédagogique aussi avec l'éducation thérapeutique aussi, je me repose sur les IDE. Le cas que je t'ai cité sur l'addictologie on s'est vus une fois au cabinet avant, voir si ils acceptaient de faire ce suivi qui est pas toujours simple et qui est chronophage, donc on a discuté un peu avant est-ce qu'ils acceptent la prise en charge ou pas. Je n'impose pas.

E1: Hum hum. Et est-ce que tu vas pouvoir déléguer des tâches, est-ce que toi ça t'arrive de déléguer des tâches à d'autres professionnels?

M7: C'est toujours dur pour moi de déléguer, mais oui bien sûr.

E1: Dans quels cas?

M7: On va prendre un autre exemple, le suivi des INR par exemple. Moi j'avoue que le suivi des INR, à partir du moment où c'est des IDE qui rentrent dans la maison du patient, c'est eux qui le gèrent hein. Donc je délègue complètement le suivi des INR aux IDE.

E1: Est-ce que c'est encadré par un protocole ou juste tu leur fais confiance?

M7: Oui oui si ils ont pas de problème ils gèrent tout seuls.

E1: Il y a d'autres choses comme ça que tu délègues?

M7: La gestion de la douleur aussi, sur les fins de vie, sur les cancéreux, les hyperalgiques. Donc je leur demande de faire une évaluation de la douleur deux-trois fois par semaine, voire plus si on est vraiment dans une phase très aiguë. Ils me font leur rapport là aussi par mail ou par SMS, soit par téléphone, et moi je leur donne mon ressenti ce que je pense qu'il faut faire, ils me donnent leur accord.

E1: D'accord, c'est eux qui adaptent du coup les antalgiques avec tes...

M7: On adapte ensemble, les antalgiques on les adapte souvent ensemble. Lors d'un traitement par morphine, eux les effets secondaires ils les voient beaucoup plus vite que nous puisqu'ils passent tous les jours, donc après on adapte ensemble.

E1: Hum, est-ce que il y a d'autres professionnels avec qui tu travailles comme ça?

M7: Les kinés, souvent les kinés. Le kiné, une rééducation, tous les quinze jours trois semaines on a un petit contact avec le kiné. On va prendre l'exemple d'un genou, pour une rééducation de prothèse de genou bah il va te dire "voilà j'en suis là. Il a mal, il est à 120°.

Est-ce que je peux le pousser?". Je tiens compte du fait que c'est lui qui sait. Il y a d'autres professionnels avec qui je travaille de plus en plus, c'est les psychologues. J'aime bien, c'est pareil tous les quinze jours on fait le point de tous les patients, en respectant le secret médical. Elles me disent un petit peu l'évolution du patient, si il est mieux, si il est moins dépressif, et moi j'adapte mon traitement en fonction de ce qu'elles me disent. Les psy c'est des professionnels de santé avec lesquels je travaille de plus en plus comme ça, on va dire en collégialité.

E1: C'est des points systématiques ou alors elles te sollicitent si il y a un problème dans la prise en charge, ou alors toi si tu vois que ça n'avance pas...?

M7: C'est plutôt systématique. Ça peut être très court si il y a rien à dire sur les quinze jours d'avant. Mais sur certains patients ça peut être très long.

E1: Hum hum, c'est un temps que tu inclues dans ton emploi du temps, ou c'est sur tes temps de pause... Comment ça se gère ça?

M7: En général c'est sur mes temps de pause. Le mercredi pendant que je consulte pas, je fais souvent tout ça le mercredi.

E1: D'accord. Et du coup est-ce que les réunions elles ont une place dans ta pratique? Tu en as pas parlé mais...

M7: Les réunions? Hum non! En admettant qu'il y en ait, c'est pas programmé à l'avance si tu veux. On peut effectivement comme je t'ai dit se croiser chez le patient. Mais non. Je préfère le spontané.

E1: Oui, parce que, pourquoi?

M7: Ça peut paraître bizarre mais je pense qu'on est plus sincère quand on est pas dans la programmation.

E1: .. Il y a des gens qui vont se servir des réunions pour... même si il y avait rien à dire, poser des choses qui étaient pas prévues...

M7: Moi je te dis, le spontané je trouve quand même que... Et puis toujours si possible avec le patient quand même à côté. En réunion programmée, tu n'as pas le patient avec toi. Alors quand on travaille avec les IDE c'est plus spontané. Avec les psychologues c'est plus programmé par contre, mais il y a pas le patient.

E1: Et donc?

M7: Moi je note à peu près tout ce qu'on se dit et je le rapporte au patient après, il sait que j'ai eu un contact avec la psychologue et il sait ce qu'on s'est dit. J'essaie qu'il y ait le plus de transparence possible si tu veux.

E1: C'est par rapport au secret médical?

M7: Alors ça c'est un vaste sujet le secret médical, il faut déjà se poser la question si il existe encore. Et je pense que par rapport à un patient, bah moi j'ai confiance dans le professionnel de santé, il garde le secret. Le secret médical je pense qu'il est préservé. Il est un petit peu obsolète aujourd'hui, il faudrait le repenser.

E1: Du coup comment tu mets en commun toi les informations avec les professionnels qui travaillent autour de tes patients?

M7: Échange oral et puis il y a le dossier que je peux transmettre, la partie qui concerne le professionnel. Par exemple je vais suivre un patient avec la psychologue, je vais pas lui envoyer les antécédents médicaux. Je vais faire un résumé du dossier, que je peux lui envoyer éventuellement.

E1: Hum, en sélectionnant ce qui te semble pertinent. Est-ce que tu as observé une évolution dans ta façon de travailler avec les autres professionnels justement entre le début de ton installation et aujourd'hui?

M7: Oui, là j'ai même pas besoin de réfléchir c'est oui. C'est-à-dire que quand je suis arrivé, j'étais un peu jeune et un peu con, c'est-à-dire que je pensais faire mieux que tout le monde et savoir, et après je me suis rendu compte que tu ne peux pas soigner et prendre en charge des gens si t'es pas aidé avec d'autres professionnels.

E1: Et du coup tu as changé comment concrètement?

M7: Eh bah je suis plus dans la communication, dans le dialogue, et dans l'écoute des autres professionnels. Je suis même passé, mais c'est long hein 45 ans, du loup solitaire qui n'écoutait pas, qui voyait pas les autres autours si tu veux, à un travail d'équipe. Là j'estime qu'ici au cabinet je fais un travail d'équipe.

E1: A travers justement ces échanges réguliers, ces points systématiques... ?

M7: Alors peut-être que le métier a évolué aussi. Parce que il y a 40 ans je voyais moins de fins de vie, je prenais pas en charge tout ça. Peut-être qu'il y en avait moins. Mais ma patientèle ayant un peu vieilli, c'est normal elle vieillit avec moi, j'ai plus de fins de vie, j'ai plus de gros patients, et donc j'ai plus besoin aussi de me sentir rassuré, entouré. Il y a un côté rassurant de travailler avec les autres.

E1: Sur le plan personnel, sur le plan émotionnel, sur quoi?

M7: C'est un peu tout ensemble, et sur le plan intellectuel aussi. Et on parlait des plaies et des escarres, c'est vrai que les IDE m'apprennent énormément. Je préfère apprendre en binôme, c'est-à-dire face à face avec une personne ou deux personnes, que aller dans des formations professionnelles. Je préfère le terrain, ça vient de mon passé humanitaire je pense. Pour moi le terrain c'est être à côté du patient, avec le patient. C'est pas être dans un amphi où on nous apprend des choses qu'on va vite oublier si tu veux.

E1: D'ailleurs finalement je t'ai fait beaucoup parler des professionnels de santé, mais le patient comment il a sa place, comment il est inclus? Il donne son avis?

M7: Il donne son avis et très franchement ces visites conjointes que je fais maintenant depuis une dizaine d'années sont plutôt demandées par les patients. Des fois tu vois je fais la visite auprès d'un patient en fin de vie par exemple et il va me dire "bah vous n'êtes pas avec l'IDE?". Donc il y a presque une demande de la part du patient qu'il y ait toute l'équipe autour de lui quand on prend une décision, et la décision elle est prise devant lui. Elle est prise devant lui et avec lui. C'est-à-dire qu'on lui demande aussi, on prend les antalgiques par exemple, on va lui demander ce qu'il en pense, en lui donnant les bénéfices et les risques. En prenant l'exemple concret de la morphine, si on monte la morphine "voilà il risque de se passer ça, ça, ça et ça". Donc il fait partie de l'équipe si tu veux. Un insuffisant cardiaque pareil hein, je vais lui dire "aller je vous monte le Lasilix à 600mg" en lui expliquant ce qui va se passer. Il fait partie de l'équipe. Donc il y a l'IDE. J'ai fait des visites avec le kiné aussi, il me montre un petit peu où il en est dans sa rééducation, et moi je vois si le patient est apte à supporter plus.

E1: C'est sur demande du kiné ça en général ou...

M7: C'est souvent sur demande du kiné. Je trouve que c'est, oui par rapport à mon début de carrière ça apporte énormément de travailler avec les autres professionnels. En plus tu as des professionnels quand même où moi personnellement j'y connais pas grand chose. Et donc j'apprends pas mal de trucs. Et je trouve ça intéressant de voir l'autre côté de la barrière, il y a pas que la médecine, il y a aussi les para médicaux. Ça revalorise un peu tout le monde.

silence

E1: Est-ce que il y a d'autres choses sur le sujet que tu voudrais aborder?

M7: En discutant de ça, je pensais à la collaboration avec l'HAD. C'est un peu pareil, quand tu as un patient en HAD, tu rencontres les IDE, tu rencontres le médecin, tu rencontres le kiné, le psycho. Donc quand tu as un gros patient en stade terminal, je trouve que c'est bien si tu veux aussi bien sur le plan psychologique...

E1: Parce que... ?

M7: Tu es moins tout seul, tu es moins tout seul. Je sais que quand j'ai un patient qui va pas bien et que moi je suis fatigué ou que je dois partir une journée, je sais qu'il y a quand même quelqu'un qui est au courant du dossier, qui saura faire si il y a besoin et qui peut me contacter éventuellement. Parce que là aussi on en a peut-être pas parlé, mais avec mes groupes d'IDE, elles peuvent me contacter n'importe quand et n'importe où. Elles ont toutes mon portable.

E1: Ca c'est que avec les IDE?

M7: Oui, la psychologue aussi.

E1: Ah ouai, d'accord. Tu as déjà eu des situations d'urgence, ou je sais pas d'autres situations?

M7: J'ai eu des situations d'idées suicidaires entre autres. C'est pas très vieux d'ailleurs. J'avais une jeune femme qui était vue par la psychologue un samedi matin donc elle pouvait pas me joindre. Et la psychologue m'a dit "cette fois attention, il y a un risque suicidaire".

E1: Pendant sa consult?

M7: Après! Après elle m'a appelé, elle m'a dit "écoutez, selon moi j'ai l'impression qu'il y a un risque". Donc moi j'ai appelé la patiente.

E1: En lui disant que c'était la psychologue qui t'avait alerté.

M7: Voilà! Je l'ai appelée je lui ai dit "j'ai eu la psychologue, elle m'a dit que vous alliez pas très bien", je pouvais venir si besoin. D'ailleurs c'est rassurant pour le patient aussi je pense, de savoir qu'on est en contact.

E1: Y'en a qui pense que ça peut faire peur ça.

M7: Quoi?

E1: Bah le fait que le patient s'imagine que vous parliez à plusieurs professionnels de lui ça peut faire peur et rompre la confiance.

M7: Bah je pense qu'il faut être vraiment transparent quoi. Oui ça peut faire peur, je comprends ce que tu veux me dire, il faut pas que les patients aient l'impression qu'on travaille dans leur dos. Qu'on fait des trucs en cachette ou qu'on ne leur dit pas tout. Mais je pense qu'il faut bien leur expliquer la façon dont on travaille. Si ton patient a confiance en toi, il aura confiance dans la façon dont tu travailles. Si il a pas confiance, je pense qu'il vient pas chez toi. Après il faut leur demander hein, "êtes-vous d'accord pour que j'en parle"... Par exemple la psychologue, j'en parle ici au cabinet "êtes-vous d'accord, est-ce que je peux en parler de ce petit sujet avec la psychologue? Ils te disent oui ou non. Des fois aussi ce que je fais, quand ils me disent oui je leur dis "attendez je vais lui passer un mail" donc j'écris un mail et ils voient ce que j'écris. Moi je suis transparent. J'y pense parce que ça m'est arrivé lundi, pour une jeune IDE en burn out.

E1: C'est une façon de communiquer que tu utilises beaucoup le mail?

M7: Oui, de plus en plus.

E1: D'accord. Est-ce que tu as des logiciels communs avec d'autres professionnels?

M7: Alors ça j'ai pas!

E1: Parce que?

M7: Parce que justement il faut quand même que tu sélectionne des choses. Tu vas pas dire telle jeune femme, je sais pas moi qui a un HIV ou qui a fait une IVG, le kiné il a pas à le savoir ça tu comprends. Si tu partages ton dossier, il va le voir. Donc ça c'est comme dans sa vie, il faut savoir cloisonner. Il y a des choses qui regardent tout le monde, il y a des choses qui regardent moins...

E1: Hum, est-ce que tu as d'autres exemples dont tu voudrais parler?

M7: Non là j'en vois pas. Le travail en commun avec les autres professionnels de santé, ça tourne essentiellement sur la fin de vie, sur la grabatisation des gens, sur l'isolement. Ici on a encore des gens très isolés, et l'IDE ça reste le relais. Les aides-soignantes aussi.

E1: C'est des interlocuteurs pour toi les aides-soignantes?

M7: Oui parce que maintenant tu as des organismes comme l'ADMR où se sont des aides-soignantes. Donc on peut aussi avoir des contacts avec les aides-soignantes sur des problèmes que peuvent poser l'alimentation, ou l'hygiène corporelle. Là ce sera pas les IDE, ce sera les aides-soignantes.

E1: Qui vont te contacter pour dire il y a un souci?

M7: Oui, et dans ce cas là je peux aller faire une visite avec les aides-soignantes, ça m'arrive. Pour adapter, c'est pas de l'ergothérapie mais presque, ne serait-ce que la salle de bain.

silence

E1: As-tu d'autres choses qui pourraient être intéressantes pour notre sujet?

M7: *cherche..* Non non pas vraiment. Des exemples, je peux t'en donner plein mais bon. Non

E1: Et bien merci beaucoup!

8. Entretien 8

Durée : 25 minutes

E2: Ok! Est-ce que tu pourrais aussi décrire un peu comment tu travailles dans le cabinet? Si c'est plutôt cabinet groupe, enfin comment le cabinet fonctionne. Et puis un petit peu le type de patientèle ou la zone dans laquelle t'es installé?

M8: Donc au niveau du cabinet c'est un cabinet de groupe. On est 3 médecins, mais on est pas 3 temps pleins. J'ai 2 associés qui travaillent 3 jours par semaine. On a chacun notre patientèle en gros. Mais on répond à toutes les demandes, tu vois si un confrère a une urgence qu'il peut pas prendre, on la voit. Niveau de la patientèle, on a une patientèle qui est très variée, un peu de toutes les classes sociales. La population déjà est variée, et dans notre quartier on est un peu à cheval entre le quartier prioritaire de la ville et puis ici c'est un quartier de... Ici c'est une "copro" de propriétaires par exemple. Il y a un tout petit peu de logements sociaux. Il y a un peu tout le monde.

E2: Ok! Pour le deuxième point, je voudrais te demander si t'as un exemple d'une situation

récente en tête que t'as géré avec un autre professionnel non médecin. Est-ce que tu pourrais décrire une situation?

M8: *blanc de plusieurs secondes, il semble chercher un exemple pour répondre à la question qui vient d'être posée.*

E2: Récente, ou qui t'a marquée... Dont tu te souviens assez bien.

M8: Donc là tu cherches un truc un peu complexe j'imagine?

E2: Par exemple! C'est pratique parce que il y a plein d'interactions et de choses à décrire mais je te laisse le choix d'une situation surtout dont tu te souviens bien, que tu peux bien restituer.

M: Donc récentes, des situations complexes non. C'est plutôt des situations simples d'interactions avec un paramédical, des retours de kinés nécessitant un renouvellement, des infirmières pour une plaie, un truc comme ça... Une fois qu'on s'est parlés là tu vois c'est fini, c'est simple.

E2: Ouais après ça nous intéresse quand même, dans le sens où si tu choisis une situation, ce qui m'intéresse c'est de savoir finalement qui a contacté l'autre en premier, quelle a été l'indication pour que vous échangiez...

M8: Alors une situation récente où il y a eu un peu de suites derrière, c'était la situation d'une personne âgée qui a un état général qui s'altère assez vite en ce moment. L'IDE m'a contacté parce que elle a eu une plaie au niveau du grand trochanter d'un côté. Donc ça a donné lieu à des échanges "questions-réponses" mais il y en a eu plusieurs. C'est-à-dire que elle m'a alerté, je suis allé voir, j'ai agi. Puis après elle m'a recontacté pour dire que ça évoluait pas bien. Et donc à partir du moment où on se contacte facilement, l'échange c'est hyper facile.

E2: Et vous avez échangé comment?

M8: Donc là c'était par l'intermédiaire de Mon Sisra où elle m'a envoyé un message en fait.

E2: D'accord!

M8: Et puis derrière bon bah ça a donné lieu à la prescription d'un matelas, de contacter un autre professionnel qui est le fournisseur du matelas. Il y a eu des suites derrière, le matelas il était pas bien, il a fallu changer, changer les réglages...

E2: Ouai! Et donc toi une fois qu'elle t'a alerté, t'es passé une fois assez vite voir le patient, et ensuite tu l'as laissé gérer? Vous aviez des échanges, elle te tenait au courant de la situation et toi tu...

M8: Ouai! J'ai dû retourner une fois parce que elle me disait que les choses s'aggravaient. Voilà. J'ai prescrit des examens complémentaires. En fait, c'est elle qui s'en occupe. Quand je vais voir cette patiente, je ne défais pas son pansement systématiquement (*il insiste*).

E2: Ok, parce que elle t'a déjà envoyé des photos?

M8: Pour cette patiente là... Non, je crois pas que j'ai eu des photos.

E2: Et pour qu'elle puisse gérer un peu toute seule dans la semaine, tu établis un protocole? Est-ce que tu lui dis dans cette situation si elle évolue comme ça, tu fais ça...

M8: Non, elle a la prescription et si ça évolue mal elle me recontacte en fait.

E2: Ok. Justement ça mène à te demander est-ce que tu délègues des tâches dans ta pratique?

M8: Alors je délègue avec un cabinet de kinés. Là actuellement on a, je sais pas si t'en a entendu parler, d'un projet qui s'appelle Lombalgip? C'est un projet de délégation de tâches avec les kinés concernant la lombalgie commune, il y a pas la sciatique. Donc là c'est un projet où on adresse directement le patient au kiné sans qu'il passe par chez nous.

E2: Ah si j'en ai entendu parler! C'est un projet national, c'est pas au niveau du cabinet?

M8: Alors la délégation de tâches c'est un projet national. C'est pour la lombalgie, l'entorse de cheville et puis peut-être un 3ème, j'ai oublié. Et là il y a un projet de recherche sur le pôle de santé.

E2: Sur le projet lombalgip?

M8: Lombalgip oui.

E2: Et du coup concrètement comment ça se passe la délégation?

M8: Bon on reçoit un appel du patient pour une demande urgente, on lui demande pourquoi en général, et si on sait que c'est pour une lombalgie on l'adresse directement au kiné, on lui donne le rendez-vous.

E2: Ouais, et du coup le patient est-ce que tu dois impérativement l'avoir eu toi même au

téléphone? Est-ce qu'il doit avoir eu un contact médical pour que toi tu définisses qu'on est bien dans les critères?

M8: Non, on définit qu'il est dans les critères mais ça peut être (*prénom de l'assistante médicale du cabinet*) qui le fait...

E2: Et pour définir qu'il est bien dans les critères, comment ça se passe?

M8: Eh bien il y a un petit interrogatoire avec un petit nombre de questions à poser, "est-ce que vous avez de la fièvre, est-ce que c'est à la suite d'un traumatisme..." pour s'assurer à priori qu'on est bien dans le cadre d'une lombalgie commune.

E2: ouais et dans ces cas là est-ce qu'il a tout de même besoin d'une prescription? Est ce que t'adresses une prescription pour ce patient directement?

M8: Non je crois pas.

E2: Non, et par la suite comment ça se passe, est-ce que il y a des échanges sur l'évolution? Est-ce que tu as systématiquement un retour par exemple...

M8: Il y a forcément un retour.

E2: Ca c'est un exemple exceptionnel ou...

M8: Oui parce que ça vient de démarrer. On a essayé d'adresser un patient et ils étaient pas prêts pour l'étude. Et on a pas encore eu d'autres situations.

E2: Ok, vous avez pas d'autres exemples comme ça de délégation de tâches? Ou même au sein du cabinet, où vous vous êtes dit "tiens ça on remarque que on peut le laisser à l'IDE Asalée"...

M8: Alors on travaille avec une infirmière de pratique avancée (IPA). Elle on lui délègue pas mal, elle peut renouveler les traitements, prescrire la bio...

E2: Et pour lui déléguer tout ça, est-ce que vous avez mis au point ensemble un protocole qui vous convenait à tous?

M8: Bah en fait elle nous a expliqué son cadre d'intervention et puis on s'est mis dedans en fait.

E2: Ok, c'est déjà défini par la loi en fait.

M8: Ouai, par exemple elle ne peut pas rajouter un médicament, modifier une posologie sans voir avec nous. Donc à ce niveau là il y a des interactions, voilà.

E2: Ok sur la manière dont tu travailles avec les autres professionnels, est-ce que vous faites des réunions?

M8: Oui, par exemple avec l'infirmière Asalée ce coup-ci, là on lui délègue beaucoup l'éducation du patient, la surveillance annuelle de certains éléments de l'examen clinique que je fais pas forcément puisque elle est là.

E2: Ouai, par exemple?

M8: Le monofilament, l'examen des pieds, tu vois aller voir un peu dans les plis les endroits cachés (*rires*), tout ça j'ai tendance à passer dessus en consultation parce que (*prénom de l'IDE Asalée*) voit le patient tous les ans, qu'elle va faire les choses comme il faut, elle fait un électrocardiogramme... Voilà et l'éducation thérapeutique aussi, enfin l'éducation du patient elle s'en occupe.

E2: Ouai, et du coup vous faites des réunions après? Pour...

M8: Ouai! Bah pour faire le point sur ce qu'elle constate.

E2: Pour faire le point sur les patients.

M8: Ouai. Elle nous signale que par exemple certains s'aggravent ou des choses comme ça. Et on adopte parfois une ligne de conduite sur "qu'est-ce qu'on fait".

E2: Pour tel patient, telle situation?

M8: Voilà! Si par exemple récemment elle m'a un peu poussé à renvoyer un patient en réentraînement cardio-respiratoire à l'effort par exemple. Elle a dû me convaincre (*rires*). J'étais pas très chaud au départ et finalement elle m'a convaincue. Si elle avait pas été là je l'aurais pas fait.

E2: Donc ça t'apporte finalement un autre point de vue...

M8: Ca m'apporte un autre point de vue, un peu de contradiction parce que dans cet exemple là il y a contradiction. Mais le plus souvent ça se fait très facilement.

E2: Hum hum. Et est-ce les réunions c'est uniquement clinique ou ça peut aussi être l'occasion de de vous coordonner au niveau de l'organisation professionnelle? Est-ce qu'il y a une partie comme ça?

M8: Alors je trouve que, surtout avec la crise covid, je trouve qu'on passe notre temps à se réorganiser en fait.

E2: Ok.

M8: Après j'ai tendance à de temps en temps interroger ma base de données pour sortir des choses de ma base de données. Et donc à orienter le travail, par exemple je sais pas je vais dire "punaise le dépistage du cancer colo-rectal cette année ça s'est pas bien passé du tout". Et à ce moment là j'ai toute une liste de patients qui sont en retard qui l'ont pas fait. Et je sollicite l'assistante médicale, l'IDE Asalée pour motiver les patients, et les faire revenir chercher leur test.

E2: Est-ce que dans l'autre sens ça marche aussi? Est-ce que elles elles font des retours comme ça, et finalement on met en place à partir de leurs observations?

M8: Sur la masse des patients non pas trop. Elles c'est plutôt des retours sur un patient donné. Parce que c'est un peu technique en fait. On pourrait dire quels sont les patients qui n'ont pas vu l'IDE Asalée depuis longtemps. Ca on arrive à faire ça.

E2: Et quand tu dis que depuis le covid vous faites un peu plus de réunions où vous discutez de l'organisation entre vous, c'est quoi le thème? Vous discutez quoi?

M8: Bah par exemple un des thèmes en ce moment c'est d'arriver à adresser des patients à l'IPA. Pour l'instant c'est pas encore bien...

E2: Donc vous discutez comment être plus efficace entre guillemets pour la patientèle? Comment améliorer les prises en charge?

M8: Oui, comment le proposer aux patients, comment adresser le patient... Là pour l'instant ça c'est un truc qui a du mal à démarrer avec moi.

E2: Qu'est-ce qui a du mal à démarrer?

M8: Il y a des patients qui refusent... Surtout l'IPA parce que ça c'est tout neuf, c'est récent. Alors que l'IDE Asalée c'est rentré un peu dans la routine maintenant. Ça fait pas mal d'années que ça existe.

E2: Ouai, et qu'est ce que t'en penses justement de l'évolution avec les nouvelles professions...

M8: Moi je trouve ça très bien, ça nous permet de dégager du temps de consultation pour d'autres patients. Parce que il y a énormément de patients qui ont du mal à trouver un médecin traitant, mais aussi pour consulter tout simplement hein. Un étudiant qui débarque dans une ville, si il est malade c'est la catastrophe. Donc voilà moi je suis sensible à ça, et pour ça je trouve que c'est pas mal. Sauf pour l'IPA où je suis pas convaincu pour l'instant que je vais dégager du temps parce que elle est là.

E2: Ah oui, pourquoi?

M8: Parce que elle est amenée à voir des situations complexes et que ça donne lieu à chaque fois à du temps d'échanges...

E2: Donc tu trouves que ça te permet pas de voir plus de patients parce que finalement tu vas aussi utiliser du temps pour re-débriefe avec elle?

M8: Ouai, voilà!

E2: Donc peut-être que ça améliore, peut-être...

M8: Alors ce que ça s'améliore c'est que elle a du temps pour fouiller les dossiers, aller chercher des contre-indications, aller chercher des interactions médicamenteuses... Ca en théorie ça paraît pas mal mais alors le gros biais par rapport à ce que je te dis c'est qu'elle a vu très peu de mes patients pour l'instant. Ca fait pas longtemps du tout qu'elle est là, et elle a à mon avis vachement besoin de vérifier qu'elle a bien fait.

E2: Oui.

M8: Voilà, ça c'est le petit bémol que j'apporte à ce que j'ai dit avant.

E2: Ok, et de voir ça se développer pour toi, qu'est-ce que t'en penses?

M8: Moi ça me paraît indispensable en fait, en ce moment avec la démographie.

E2: Et sur les conditions actuelles de lois ou de la rémunération de ces temps d'équipe?

M8: Alors je n'ai pas d'idées là-dessus en fait. Je pense que quand je débrieфе avec l'IDE Asalée, elle envoie ça à Asalée. J'ai un petit virement de temps en temps.

E2: Tu es rémunéré aussi pour ça?

M8: Ouai. Je sais pas du tout... C'est compliqué le calcul de la rémunération, ça dépend de combien de patients elle a vu, de quelques éléments comme ça, puis du temps de débriefing qu'on passe avec elle. Mais j'ai aucune idée de ce que ça représente.

E2: Et est ce que c'est quelque chose qui est gênant pour toi?

M8: D'être rémunéré?

E2: Ouai, cette question là, que ce soit flou..

M8: Bin c'est flou parce que je m'y intéresse pas. Je compte pas combien de fois, je fais confiance à ce qui se passe. Après avec l'IPA, elle est salariée d'Asalée pour celle qui est chez nous. Elle pourrait être libérale. Nous on a de la chance, c'est une pression en moins de pas avoir la responsabilité de la faire travailler.

E2: Est-ce que ça te fait penser à des questions que je ne t'aurais pas posées? Est-ce qu'il y a des choses que je ne t'aurais pas posées comme questions et que tu aurais envie de dire ou d'ajouter?

M8: Ouai alors les para-médicaux avec lesquels on a le plus de contacts c'est les kinés et les IDE. Après moi je regrette de pas être bien calé pour pouvoir mieux échanger avec les orthophonistes et ces professions là. Parce que je me sens pas très compétent. Déjà quand je lis un compte-rendu d'orthophoniste je suis pas sûr de tout comprendre.

E2: Orthophoniste et tu penses à d'autres professions aussi?

M8: Bin orthoptistes c'est un peu pareil.

E2: Hum hum, l'idée c'est que tu as beaucoup d'échanges avec les IDE et les kinés et que finalement tu cernes leurs activités, ce que tu peux leur demander, leurs objectifs, etc.

M8: Voilà, puis si ça se passe pas bien je peux les appeler pour savoir ce qu'il font. Alors que orthophonistes, non.

E2: Et finalement qu'est-ce qui fait que vous échangez pas beaucoup, et que pour l'instant c'est comme ça?

M8: Parce que j'y connais rien. Moi j'aimerais bien qu'on soit mieux formés à ça. Pour justement échanger avec eux.

E2: Qu'on nous donne plus de notions...

M8: Voilà, parce que les enfants "dys-" dans notre patientèle il y en a plein. Dyslexiques, ou dyspraxiques, ou dys... Et voilà on fait entièrement confiance.

E2: Parce que là ça te permettrait quoi d'en connaître plus en orthophonie par exemple?

M8: Bah déjà je pourrais mieux intervenir pour remplir les certificats de MDPH, mieux orienter sans doute, voilà. Il y a comme une frustration de ce côté là. Alors tu me diras rien ne m'empêche d'aller me former.

E2: Et donc en général tu reçois des compte-rendus et puis il y a pas forcément d'échanges derrière? Ou tu trouves que tu n'exploites pas suffisamment ce compte-rendu?

M8: Voilà, moi je suis l'avis de l'orthophoniste. Et après tu vois pour aider les enfants au sein de l'école, faire des PAI, faire... Je me sens pas bien à l'aise en fait.

E2: Oui, il y a autre chose comme ça auquel mon sujet te fait penser et que tu aurais voulu rajouter?

M8: Non je pense que c'est bon.

E2: Eh bien merci beaucoup!