



UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etude de la communication entre médecins généralistes et
infirmiers diplômés d'état sur le territoire de Maubeuge**

Présentée et soutenue publiquement le 23 mai 2018 à 18h

au Pôle Formation

Par Gabriel Seigle

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Monsieur le Docteur Luc Dauchet

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Alain Bardoux

Avertissement :

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sommaire

Abréviation	1
Résumé	2
Contexte	4
Introduction	5
Prérequis et Problématiques	9
<u>I/ Evolution de la politique de soins primaires du rôle des professionnels de santé</u> ...	9
a) Médecin généraliste : coordinateur du soin	9
1- <i>Dossier médical partagé</i>	9
2- <i>Les nouveaux modes de rémunération</i>	10
b) Les maisons de santé	10
1- <i>Rappel historique</i>	10
2- <i>Rôle dans la communication et la coordination des soins</i>	11
3- <i>la maison de santé pluridisciplinaire « Liberté » de Maubeuge</i>	11
c) Evolution du rôle des infirmiers	12
1- <i>démarche de soins infirmiers</i>	12
2- <i>Droit de prescription des infirmiers</i>	12
3- <i>Protocoles de coopération</i>	13
d) Pôle de santé	15
1- <i>Définition et fonctionnement</i>	15
2- <i>SISA</i>	15
3- <i>rôle des pôles de santé</i>	16
4- <i>Pôle de Santé de Maubeuge</i>	18
<u>II/base et enjeux la communication médicale :</u>	19
a) Base de la communication médicale.....	19
b) Enjeux de la communication médicale.....	21
Matériels et méthodes	23
<u>I/ type d'étude et population</u>	23
<u>II/recherche bibliographique</u>	23
<u>III/Réalisation et distribution des questionnaires</u>	23
<u>IV/ Analyse statistique</u>	25
Résultats	26
<u>I/ caractéristiques de la population d'étude</u>	26
a) Caractéristiques des participants	26
1- <i>Médecins du pôle santé</i>	26
2- <i>Infirmiers du pôle santé</i>	26
b) Caractéristiques des patients faisant l'objet de prescriptions d'actes infirmiers	27
<u>II/ réponses aux objectifs</u>	27
a) Etudes des questionnaires relatifs à l'exercice médical des médecins exerçant à la MSP liberté de Maubeuge	27
b) Fréquence des moyens de communication et type de patients	29
1- <i>fréquences des moyens de communication utilisés</i>	29
2- <i>types de patients nécessitant une communication entre médecins et infirmiers</i>	30
c) Participation aux RCP et son impact sur la qualité de la communication.....	31
d) Importance des freins et leviers de la communication.....	33

e) Comparaison de l'évaluation de la qualité de la communication au sein du couple médecin-infirmier	38
Discussion	40
<u>I/ caractéristiques des patients concernés</u>	40
<u>II/ Exercice médical au sein de maison de santé</u>	40
<u>III/ Moyen de communication : l'appel majoritaire</u>	42
<u>IV/ Réunions de concertation pluridisciplinaire comme vecteur de la communication interprofessionnelle</u>	44
<u>V/ Principaux freins et leviers de la communication et relation de confiance</u>	45
<u>VI/ Participation aux questionnaires</u>	47
Conclusion	48
Bibliographie	50
Annexes	54

Abréviations :

ARS : agence régionale de santé

ASALEE : action de santé libérale en équipe

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

DMP : dossier médical partagé

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : haute autorité de santé

IDE : infirmier -ère diplômé -ée d'état

Loi HPST : loi Hôpital, patients, santé et territoire

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NMR : nouveaux modes de rémunération

RCP : réunions de concertation pluridisciplinaire

SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SAED : situation, antécédents, évaluation, demande

SBAR : Situation Background Assessment Recommendation

Résumé

Contexte : L'organisation des soins primaires évolue afin de répondre à une demande croissante de soins liée à l'augmentation de pathologies chroniques chez une population vieillissante. Le rôle de coordinateur de soins du médecin généraliste est renforcé tandis que celui de l'infirmier tend vers une plus grande autonomie. Les maisons de santé et pôles de santé leur permettent une proximité plus importante et des moyens de communication communs favorisant le partage d'informations.

Méthode : Dans cette étude descriptive et transversale, les infirmiers et médecins du pôle de santé de Maubeuge ont participé à une étude quantitative à partir de 5 situations cliniques de patients suivis en binôme afin de connaître et d'évaluer la qualité de la communication entre eux. Il leur a aussi été demandé de remplir un questionnaire permettant de décrire les différents aspects de leur exercice médical.

Résultat : L'appel téléphonique, comme vecteur de communication, est le moyen le plus utilisé par les médecins et les infirmiers entre eux alors que l'utilisation du secrétariat ou le contact direct est très occasionnel.

La connaissance de l'infirmier en charge est importante pour créer une communication de qualité pour le médecin, l'inverse n'a pas été mis autant en évidence. La participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire par les deux acteurs du soin est bénéfique à la communication dans le ressenti de chacun.

Les principaux leviers de la communication sont la disponibilité et la compétence de l'autre, les infirmiers insistent aussi sur le respect de leur travail.

La mauvaise tenue du carnet de suivi est le frein de la communication jugé le plus important par la population interrogée.

Le faible nombre de couples médecins et infirmiers reconstitués n'a pas permis de mettre en évidence une corrélation entre le ressenti de la qualité de communication du médecin et de l'infirmier.

Perspectives : Une plus grande puissance avec un échantillonnage représentatif de la région permettrait de connaître plus précisément les attentes des médecins et infirmiers dans leurs rapports et de mieux définir des outils de communication

adaptés. L'analyse qualitative des relations interprofessionnelles dans les soins primaires aurait comme avantage d'explorer l'ensemble de sa complexité.

Contexte :

Notre système de soins primaires évolue pour répondre à une demande croissante liée à l'augmentation de pathologies chroniques chez une population vieillissante. La diminution du nombre de médecins généralistes dans certaines zones rurales corrélée à un taux stable ou en augmentation d'infirmiers libéraux et de professions paramédicales ont entraîné une réorganisation des soins. Des financements liés à la coordination sont mis en place au sein de maisons et pôles de santé. Une communication entre professionnels de santé est primordiale au bon fonctionnement de ces réseaux. Mon étude a pour objectif d'analyser la communication entre les médecins généralistes et les infirmiers. Peu de travaux ont été réalisés dans le secteur ambulatoire, la plupart se concentrant sur l'étude des rapports au sein de structures hospitalières. Cette thèse fait suite à plusieurs études qualitatives dont celle sur l'analyse des rapports entre médecins et infirmiers autour du suivi de plaies chroniques en Ardèche (1). La méthode quantitative s'appuie sur un travail réalisé au sein de structures hospitalière. (2)

Introduction

Infirmiers libéraux et médecins généralistes représentent les piliers du système de soins primaires. L'infirmier possède un rôle très polyvalent, à la fois technique, dans la réalisation d'actes de soins mais aussi relationnel. Il est présent quotidiennement au chevet de certains patients, faisant partie de leur intimité. Le médecin reçoit le patient au cabinet ou lui rend visite à domicile de manière épisodique. Il prescrit des thérapeutiques, des examens complémentaires et des soins infirmiers. Il représente souvent une figure d'autorité pour le patient qui ne se livre pas de la même façon à son infirmier.

Ensemble, ils travaillent dans un groupe professionnel œuvrant dans la réalisation de soins, d'éducation et de prévention. Les pouvoirs publics encouragent l'évolution de l'exercice médical des infirmiers vers une plus grande autonomie dont les grandes lignes seront développées ultérieurement. Cette redistribution des rôles et des responsabilités tend à modifier les relations entre ces deux professions. (3) Le rapport purement hiérarchique du médecin-prescripteur à l'infirmier-exécutant évolue vers une collaboration entre le médecin coordinateur du soin et l'infirmier libéral responsables d'actions conjointes. Ces actions, détaillées dans cette étude, nécessitent une communication de qualité entre les professionnels de santé afin d'élaborer et d'exécuter les projets de soins répondant à la problématique de chaque territoire.

Selon les sociologues, de nombreux facteurs influencent les relations interprofessionnelles. D'un côté, on retrouve les facteurs organisationnels qui dépendent du milieu de travail, de la façon dont les travailleurs vont être mis en relation dans leurs pratiques. Les facteurs interactionnels représentés par les relations entre les membres d'une équipe, le ressenti individuel va conditionner l'envie de rentrer en interaction avec les membres de l'équipe. Enfin, les facteurs macro structurels correspondent aux systèmes externes du milieu de travail : social, culturel et éducatif. (4)

Les relations entre médecins généralistes et infirmiers libéraux étudiées ici sont complexes car elles ne mettent pas en contact un patron avec son employé mais deux professions libérales distinctes ayant besoin l'une de l'autre pour fonctionner. (5) On peut supposer que le ressenti des professionnels de santé entre eux et

envers le patient aura une importance dans l'envie de communiquer, de même que le mode d'exercice : en groupe ou seul, faisant partie d'un pôle de santé ou d'une maison de santé, participant ou pas à des réunions entre professionnels.

Afin de répondre aux besoins de santé actuels, le ministère de la santé soutient la création de maisons de santé pluridisciplinaire et de pôles de santé. Cette organisation en réseaux a pour but de répondre à des besoins territoriaux qui sont consignés dans des projets de santé validés par l'ARS. Le regroupement des professionnels de santé modifie leurs relations et fait évoluer l'exercice de chacun. Nous essayerons d'observer de quelle manière cela influe les relations entre médecins généralistes et infirmiers.

Définition de termes utiles : Collaboration, Communication, Coordination

La diversité de termes proches tels que la communication, la collaboration ou la coordination contribue à une confusion terminologique permanente. (6) Ce qui diminue notre capacité à synthétiser nos connaissances. C'est pourquoi, il est nécessaire de clarifier les termes avant de pouvoir les étudier.

La communication qui nous intéresse ici exprime le fait de communiquer soit faire passer quelque chose à quelqu'un pour qu'il en prenne connaissance (7). Cette transmission d'informations est la base d'une collaboration entre personnes. L'importance de la communication réside dans le fait qu'elle constitue un vecteur pour d'autres composants de la collaboration interprofessionnelle tel que le respect mutuel et le partage. (8) Elle constitue donc un prérequis fondamental à un travail d'équipe efficace.

Le terme général de collaboration est défini ainsi : « *travail entre plusieurs personnes qui génèrent la création d'une œuvre commune. Dont la communication est un moyen d'y parvenir.* » (9). Une approche médicale est proposée par les docteurs Baggs, Schmidt et Eldredge tous trois exerçant dans des unités de soins intensifs de New-York qui déterminent cette collaboration par : « *les médecins et les infirmières travaillent ensemble, partagent la responsabilité pour résoudre les problèmes, et prendre les décisions pour établir et réaliser le projet de soins du patient* ». (10) De nombreuses études se sont intéressées à cette collaboration dans le secteur

hospitalier, et à son impact sur la qualité du soin avec des critères tels que la durée d'hospitalisation, le degré d'autonomie à la sortie ou encore le relais de prise en charge dans une unité de soins banalisée versus soins intensifs. (4)(11) Il en ressort qu'une bonne collaboration est un gage de qualité dans la prise en charge.

Le « travail ensemble » est vécu de manières différentes selon les médecins et les infirmiers, ainsi une collaboration de qualité peut avoir différents sens. Les infirmiers regrettent de ne pas être plus écoutés par les médecins dans un rapport jugé trop hiérarchique ce qui affecte leur volonté de communiquer. (12) Dans le monde médical la collaboration est souvent confondue avec la coopération, elle suggère le travail de tous dans un but commun : le projet de vie du patient, tout en conservant des frontières hiérarchiques. (13)

En règles générales, dans le secteur ambulatoire, l'initiative de la communication vient quasi systématiquement des infirmiers. (1) Ce qui peut être vécu comme une forme de hiérarchisation de leur rapport avec une emprise du médecin généraliste sur l'infirmier du fait qu'il dépend de ses prescriptions médicales. (5)

Une communication de qualité est un des facteurs déterminant du soin. Au contraire, un manque de communication peut aboutir à un retard de prise en charge à l'origine d'hospitalisations qui pourraient être évitées.

L'objectif principal de l'étude est de connaître les éléments importants de la communication entre médecins généralistes et infirmiers libéraux.

Afin d'y répondre, nous avons choisi d'effectuer une étude quantitative permettant d'avoir des éléments pouvant mesurer l'état des lieux de cette communication. Nous essayerons aussi d'observer comment l'évolution des pratiques médicales, répondant à un besoin de coordination, influence les rapports entre médecins et infirmiers.

Le pôle santé de Maubeuge constitue mon terrain de thèse. Exerçant dans la maison de santé de Maubeuge depuis quelques mois, mon choix a été dicté par la connaissance de ce lieu et de certains de ces professionnels. Il est composé d'une population relativement hétérogène de médecins et infirmiers en termes d'âges et de pratiques médicales.

Les participants sont soumis à des questionnaires leur proposant de stratifier ce qui est important ou non dans le contact entre ces deux professionnels de santé.

Les objectifs secondaires sont :

- Définir quels sont les moyens de communication préférentiellement utilisés.
- Mieux connaître les différences de fonctionnement entre professionnels de santé.
- Connaître l'importance des réunions de coordination pluridisciplinaire dans la qualité de la communication entre professionnels de santé.
- Savoir s'il existe une corrélation entre le ressenti de la qualité de la communication entre les infirmiers et les médecins généralistes.

Prérequis et Problématiques :

I/ Evolution de la politique de soins primaires et donc du rôle des professionnels de santé

a) Médecin généraliste : coordinateur du soin

En France, les autorités de santé reconnaissent le rôle pivot du médecin généraliste dans le système de soin. (14) La loi HPST de 2009 définit le médecin généraliste comme le coordinateur des soins primaires. Ainsi, il doit orienter les patients et coordonner les soins en s'assurant de la transmission des informations médicales.

Afin de lui permettre d'accomplir ces tâches, le système de santé cherche à valoriser le travail de coordination :

1-Dossier médical partagé, loi de 2004 :

Il permet de rassembler les informations médicales, qui deviennent accessibles à tout moment par le patient lui-même ainsi qu'aux professionnels de santé. Encore peu utilisé par les professions libérales avant 2017, il est maintenant en plein essor grâce aux efforts d'informations et d'aides fournies par la CPAM. Une expérimentation de développement d'un an dans les côtes d'Armor montre à quel point il est utile dans la transmission d'informations notamment entre la médecine ambulatoire et hospitalière. Le médecin généraliste se fait le garant de ce dossier, en l'approvisionnant régulièrement par des comptes rendus de consultation, d'hospitalisation, les derniers résultats biologiques et radiologiques.

Ce dossier est surtout utile pour des patients relevant de soins complexes. Il permet de soulager la tâche administrative du médecin généraliste en regroupant des informations consultables à tout moment. Sa généralisation est attendue dans les années à venir. Même si ce dossier peut être ouvert par n'importe quel patient à la CPAM, le médecin généraliste peut choisir de le créer et de l'approvisionner au cours de ses consultations médicales.

Le médecin généraliste peut aussi inclure des patients dans des réseaux de soins mais ce n'est pas la seule facette de son rôle de coordinateur. (15) Il peut animer des réunions de coordination et choisir de rassembler les professionnels de santé afin de planifier un projet de soins en présence ou non du patient ou de sa famille. Un bon nombre de médecins généralistes, ayant passé le DESC de gériatrie exerce un travail de coordination au sein d'EHPAD en élaborant, entre autres, le projet de soin de l'établissement.

2-Les nouveaux modes de rémunération (NMR)

Ils influencent la pratique médicale, depuis 2008 le paiement à l'acte n'est plus le seul moyen de paiement du médecin généraliste. Cette évolution correspond aux besoins de coordination plus importants de la médecine libérale devant le nombre accru de patients aux pathologies chroniques avec un recours aux spécialistes plus fréquent. (16) Le complément de rémunération est perçu selon quatre indicateurs de bonnes pratiques dont l'organisation du cabinet.

b) Les maisons de santé

Les mutations récentes visent à augmenter le travail coopératif des professionnels de santé et conduisent de plus en plus de médecins à s'installer dans des maisons de santé.

1-Rappel historique :

Anciennement appelées maisons médicales, les maisons de santé se différencient par un travail collectif entre professionnels de santé. Elles prennent leurs essors depuis la création de nouveaux modes de rémunération prévus par la loi de financement de la sécurité sociale. Cette loi prévoit un financement des maisons de santé « en complétant le paiement à l'acte ou en s'y substituant » en fonction de leur réponse à un cahier des charges défini par l'assurance maladie.

La loi HPST : hôpital, patient, santé et territoire ou loi Bachelot

Promulguée le 21 juillet 2009, elle encourage la coopération entre professionnels de santé afin de permettre une prise en charge coordonnée. Le fond de coordination pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) est un financement contrôlé par la sécurité sociale. Les premiers protocoles de coordination naissent, ils sont à la propre initiative des médecins et sont soumis à la HAS.

Les pactes territoires santé 1 et 2 :

Couvrant les périodes de 2012 à 2015 puis de 2015 à aujourd'hui, ils apportent des mesures encourageant le travail en équipe dans les zones défavorisées. Des aides à l'installation de jeunes médecins dans des territoires désertifiés sont mises en place tout comme un soutien financier au travail en équipe. Ils soutiennent une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et patient.

2-Rôle dans la communication et la coordination des soins :

Les maisons de santé sont attractives pour les patients, qui y voient une continuité et une centralisation des soins. (17) Elles répondent aux nouveaux besoins en termes de coordination devant une augmentation de la prévalence des patients avec des pathologies chroniques. Ces nouvelles structures incitent à une collaboration plus étroite entre les professionnels de santé exerçant sous le même toit. Elles symbolisent le passage d'une médecine solitaire à une médecine coordonnée et partagée.

Le développement d'activités coordonnées permet de gagner en efficacité et en efficacité, libérant ainsi du temps pour les actes médicaux. A conditions d'y mettre tous les ingrédients comme les temps de concertation interprofessionnelle et l'emploi d'une personne dédiée à la coordination qui permet d'optimiser les interventions de chacun.

3-La maison de santé pluridisciplinaire « Liberté » de Maubeuge :

L'effectif est composé de 5 médecins, 9 infirmiers, un podologue, un psychologue-psychanalyste, trois secrétaires, une coordinatrice, un agent d'entretien.

La permanence de soins est assurée tous les jours jusqu'au début de la garde médicale, la politique de la MSP étant de ne refuser aucune demande de consultation.

Les réunions de coordination mensuelles permettent d'échanger sur la prise en charge de patients chroniques en présence de leur infirmier et leur médecin traitant. Les points de vue et expériences de chacun sont bénéfiques à la remise en cause des pratiques professionnelles.

a) Evolution du rôle des infirmiers

1-Démarches de soins infirmiers :

La démarche de soins infirmiers est utilisée en soins primaires pour des patients qui bénéficient de soins complexes. L'infirmier recueille les données médicales et analyse la situation du patient pour élaborer un plan de soin. Il va alors planifier des actions lui permettant de répondre aux objectifs médicaux et de dépendance.

Ces démarches confèrent à l'infirmier une plus grande responsabilité dans la prise en charge du patient. Les soins liés à la récupération ou à la conservation de l'autonomie sont mis en valeur.

Elles sont valables pour une durée de 3 mois, son renouvellement doit être signé par le médecin traitant contrairement à la démarche initiale. Ce qui peut être l'occasion d'échanger entre les professionnels de santé sur l'évolution de la prise en charge.

2-Droit de prescription infirmier :

Il est en place depuis l'arrêté ministériel du 20 mars 2012, applicable au 31 mars 2012. Il permet la prescription par l'infirmier d'articles pour pansements, cerceaux de lit, dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital ainsi que des dispositifs médicaux de perfusions à domicile.

Ce droit est applicable sous réserve que l'infirmier agit durant la prescription médicale d'actes infirmiers, en l'absence d'indication contraire du médecin et qu'il reste dans le cadre de sa compétence.

Cependant, ce droit est soumis à quelques réticences par les infirmiers eux-mêmes. Les freins mis en évidence sont la peur du conflit avec les médecins, la méconnaissance de ce droit et le manque de formation (1) De plus, certains infirmiers voient ce nouveau droit comme un travail de gestion de stock car il constitue un renouvellement d'une prescription par le médecin. Ce travail non rémunéré est donc une charge supplémentaire qui ne constitue pas un soin. Il peut donc être négligé au détriment d'autres tâches. (5)

L'autonomie relative des infirmiers continue de s'accroître, les évolutions ultérieures concernent le renouvellement de contraceptifs oraux et la vaccination sans prescription médicale sous certaines conditions (article 4113-3 du code de santé publique modifié en 2009 et en 2013) (18)

Ces évolutions imposent une communication entre l'infirmier et le médecin généraliste afin d'éviter les doublons médicaux ou de mettre à jour le dossier médical. Ces informations peuvent être véhiculées par le patient lui-même ou par d'autres moyens qui seront analysés dans l'étude des questionnaires.

3-Protocoles de coopération :

Défini par l'article 51 de la loi HPST de 2009, ils permettent « *la mise en place de transfert d'actes ou d'activité de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients* ». Ces protocoles doivent être soumis à l'ARS et validés avant utilisation.

Ils permettent d'améliorer le soin avec une pratique commune et fiable, qui valorise les compétences des infirmiers en conservant un cadre juridique dans le cas d'un transfert de tâches entre médecins et infirmiers. Ce cadre contribue à diminuer le stress lié à la pratique médicale et autorise un œil critique afin de faire évoluer les protocoles.

Les médecins généralistes seraient d'autant plus d'accord pour déléguer certaines tâches si les infirmiers étaient rémunérés par l'assurance maladie. (19)

Exemple de l'expérimentation ASALEE :

Ce dispositif permet une délégation des tâches entre médecins généralistes et infirmiers libéraux selon quatre axes : le suivi du patient diabétique de type II, le suivi du patient à haut risque cardio-vasculaire, le suivi du patient tabagique et à risque de

BPCO, le dépistage de troubles cognitifs et de la mémoire chez les personnes âgées.

Une évaluation de l'apport de ces pratiques dans le cadre du diabète de type II a été effectuée via un travail de thèse (20) Elle montre que la collaboration entre médecins et infirmiers s'effectue sur deux modes : la délégation de tâche avec des actes dérogatoires et la coopération via des staffs de débriefing réguliers. Le dossier médical est partagé entre les acteurs de santé et rempli de manière rigoureuse. Il en résulte que ces différentes pratiques ont permis une amélioration significative du suivi des patients inclus dans le protocole grâce notamment au gain de temps dégagé par la délégation de tâche du médecin généraliste vers l'infirmier.

Etat de lieux des protocoles de coopération :

Alors que le lancement a eu lieu en 2009, le rapport d'activité de 2014 dénombre 13 protocoles mis en œuvre. Ils ont permis de structurer la coordination interprofessionnelle et d'amorcer certaines mutations de la pratique médicale. Le grand axe qui nous concerne ici représente le transfert de tâche de médecins généralistes aux infirmiers sous réserve de protocoles validés par les Agences régionales de Santé et la Haute Autorité de Santé. (21) Au 3 mars 2016, 271 autorisations de protocoles ont été délivrées par les ARS, reste à savoir combien auront l'avis favorable de la HAS et combien pourront bénéficier, comme ASALEE, d'un financement dérogatoire par l'assurance maladie.

Devant une augmentation des besoins en soins primaires, le rôle des soignants évolue. Le médecin généraliste devient coordinateur et les infirmiers tendent vers une plus grande autonomie, encadrée par des protocoles de soins et un droit de prescription. Cela renforce leurs besoins de communiquer, de collaborer au sein de structures permettant de se réunir pour échanger. Cette centralisation se fait par petits groupes dans les maisons de santé et, à l'échelle du territoire, au sein de pôles.

d) Pôle de santé

1-Définition et fonctionnement

Un pôle de santé est défini par le code de santé publique : « il regroupe des professionnels de santé et possiblement des maisons de santé, des établissements de santé, des structures médicaux-sociales et sanitaires. Il délivre des soins de premiers recours en collaborations avec les constituants, et peut participer à des campagnes de prévention, de promotion de santé et de sécurité sanitaire et sociale ».

Ils sont constitués de personnels médicaux avec des médecins généralistes et possiblement d'autres spécialités comme des gynécologues, pédiatres... On y retrouve aussi des professionnels de santé paramédicaux avec les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, podologues et autres, ainsi que d'autres professions comme les secrétaires médicales, les coordinateurs et les agents administratifs.

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, citée précédemment, a fait naître de nouveaux champs d'action. Les secrétaires font circuler l'information aux membres du pôle de santé, permettant ainsi de faciliter le fonctionnement global et d'organiser le parcours de soins des patients. Les coordinateurs organisent les réunions pluridisciplinaires, mettent en relation les différents acteurs de santé, convoquent les patients aux travaux d'éducation thérapeutique ou autres projets mis en place par le pôle.

Ces NMR incitent à favoriser une pratique collective et participent donc à l'évolution de l'exercice médical. Pour les médecins, il s'agit de concilier leurs activités individuelles (paiement à l'acte) à celles du pôle qui reste minoritaires. Cela ne semble pas poser de problème selon le rapport IRDES de juillet-août 2014, car même si un investissement est fourni, il ne menace pas le paiement à l'acte.

2-SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) :

Créées en 2012, une SISA doit compter au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Les pharmaciens peuvent aussi y adhérer.

Les SISA servent de socle au regroupement des professionnels de santé. Elles permettent de percevoir des financements publics ainsi que des rémunérations liées

aux actes de pratiques coordonnées s'inscrivant dans le cadre des NMR de la loi HPST.

Elles favorisent donc la coopération entre les acteurs des soins primaires en leur fournissant un cadre administratif et juridique nécessaire à la réalisation de travaux collectifs.

3-Le rôle des pôles de santé :

Son rôle premier est de regrouper les acteurs de santé afin de maintenir une offre de soins suffisante dans les zones les plus sous-dotées. Il s'agit d'une volonté des promoteurs de la santé de rassembler les professionnels dans un cadre territorial le plus vaste possible et souvent mal défini.

Projet de santé :

Il est le témoin et le garant d'une pratique collective des acteurs du pôle de santé. Il est décidé par l'ensemble des membres et signé par tous. (22) Le projet doit répondre aux besoins territoriaux et donc être compatible avec les schémas régionaux afin d'être validé par l'ARS. Il doit être évolutif, en fonction des nouvelles possibilités s'offrant au pôle : rémunérations diverses ou variété des membres permettant d'entreprendre de nouvelles choses.

Il permet de définir le rôle de chacun, ce qui constitue un élément fondamental permettant une communication de qualité entre les acteurs de ce projet.

Pour résumer, le projet de santé constitue les grandes lignes directrices d'une action collective de professionnels rassemblés afin de répondre au besoin d'une population.

L'éducation thérapeutique

Première composante décrite du projet de santé, l'éducation thérapeutique fait l'objet d'une indemnisation forfaitaire prévue par l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération au titre de « nouveaux services aux patients »

Ces séances sont dirigées par des infirmiers ou médecins ayant reçus une formation préalable. Elles ont lieu dans les locaux du pôle de santé. Une fois terminées, les

patients sont questionnés par leur médecin traitant, au cours d'une consultation, sur les bénéfices de cette pratique. L'objectif est de renforcer l'observance en replaçant le patient au centre de sa pathologie.

L'éducation thérapeutique est une composante importante de l'expérimentation ASALEE faisant partie d'un protocole de coopération décrit précédemment.

La prévention

Cet objectif de santé publique est doublement valorisé dans la pratique de la médecine générale par les NMR et les Rosp (rémunération sur objectif de santé publique). La prévention est un indicateur de qualité de l'exercice médical valorisé par la sécurité sociale.

Elle fait l'objet de plans de prévention mis en œuvre par les professionnels de santé au cours de consultations ou de travaux collectifs comme les ateliers d'éducation thérapeutique. Les sujets sont vastes et répondent aux besoins d'une population ciblée d'un territoire. La vaccination contre la grippe de sujets à risques par les infirmiers est un exemple de délégation de tâches définie au cours d'un protocole de coopération. On retrouve aussi la prévention du risque iatrogène chez les personnes âgées, la prévention du haut risque cardio-vasculaire par des statines, ou encore l'aide à la prise d'une contraception avec la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la réalisation de mammographies dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

La prévention est définie sur la base des référentiels nationaux. La collaboration des professionnels du pôle de santé permet une organisation à plus grande échelle mais elle ne se substitue pas à la prévention délivrée lors de consultations individuelles.

Suivi de maladies chroniques et dépistage

Ces actions sont intriquées avec l'exercice quotidien des professionnels de santé. L'organisation en pôle permet de diversifier les modes d'action et de créer une dynamique commune à tous.

La réalisation de protocoles de coopération spécifiques à chaque maladie chronique permet une redistribution des compétences entre médecins et infirmiers, nécessaires afin de répondre aux besoins de la population.

4-Pôle de Santé de Maubeuge

Structure et membres :

Le pôle de santé de Maubeuge est composé de la maison de santé pluridisciplinaire « Liberté » de Maubeuge et de leurs membres décrits précédemment ainsi que des cabinets médicaux de dix-sept médecins généralistes, un médecin à orientation nutritionniste et un gériatre. On retrouve aussi un cardiologue, trente et un infirmiers en plus des neuf de la MSP, trois pharmaciens, deux podologues en plus de celui de la MSP, deux masseurs-kinésithérapeutes, un orthophoniste, deux secrétaires et une coordinatrice.

Une annexe permet d'accueillir les réunions de coordination, les formations et les séances d'éducation thérapeutique.

Besoins de la population :

La communauté d'agglomérations de Maubeuge-Val de Sambre a fait l'objet d'une enquête réalisée par l'observatoire régionale de la santé Nord Pas de Calais en 2013.

Il en résulte un taux de chômage nettement supérieur à celui de la région pour une proportion supérieure de population ayant atteint le niveau d'étude secondaire. On retrouve une surmortalité liée aux problèmes d'alcool chez les deux sexes et aux maladies circulatoires sur un territoire à faible densité de médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens et chirurgiens dentaires.

On comprend donc les problématiques de pathologies que sont le diabète, les tumeurs, les cardiopathies, l'obésité, les addictions et les polyopathologies chez un patient à domicile.

Le projet de santé du pôle répond à ces problématiques par les moyens à sa disposition : ateliers d'éducation thérapeutique, plan de prévention, dépistage et suivi de pathologies chroniques.

La communication entre les membres de ce pôle est fondamentale à la pratique coordonnée de ces actions. Les secrétaires et la coordinatrice assurent un rouage organisationnel important.

La volonté des agences régionales de santé est de rassembler les professionnels en groupes médicaux (23). Une hétérogénéité des pratiques semble inéluctable devant le nombre élevé de participants, ce qui pose le problème d'un investissement inégal au sein de ces structures. Ces différences feront l'objet d'une partie de l'analyse des questionnaires.

II/Base et enjeux la communication médicale :

a) Bases de la communication médicale :

La communication est une action permettant de faire passer une information à quelqu'un pour qu'il en prenne conscience. La communication interhumaine est analogique, ou forme non verbale, par des gestes et des actes, et digitale ou verbale. (24) Elle est définie par son contenu et par la relation qui lie les individus. Une même information peut avoir plusieurs sens selon ce que les interlocuteurs pensent de la source.

Le dialogue entre les intervenants ne va pas de soi, il doit faire l'objet d'un travail, être réfléchi et adapté aux interlocuteurs. Il ne se résume pas à des paroles ou des écrits. La communication non verbale, le ton et l'attitude ont un rôle primordial dans le message délivré. (25)

Le concept de compétence communicationnelle est décrit par Anne-Claire Museux, dans son travail de thèse en sociologie qu'elle définit de cette façon : la compétence communicationnelle « *correspond à un ensemble d'habiletés incluant la conscience*

de soi, l'ouverture au dialogue et à l'investigation, la capacité à résoudre des conflits, à négocier ainsi qu'à mettre en place une écoute active ». (26)

L'intégration et l'analyse des informations et du comportement en lien avec les facteurs organisationnels et macro structurels (défini dans l'introduction) composent la communication et donc les relations interpersonnelles qui en découlent.

Ramené à nos couples médecins généralistes et infirmiers libéraux, les facteurs organisationnels sont liés aux rôles tenus par ces deux acteurs au sein du système de santé. Dans la pratique quotidienne, les rapports sont de moins en moins hiérarchiques mais ils sont toujours cadrés par les règles fixées par l'assurance maladie. Leurs relations sont donc complexifiées par cette ambivalence. Les facteurs macro-structurels et surtout interactionnels vont pousser les médecins et infirmiers soit vers une hiérarchisation de leur pratique, soit vers un travail collectif intégrant le savoir-faire de chacun avec des frontières de compétences se chevauchant par endroits.

Le rôle de chacun est défini par les textes de l'assurance maladie, ce qui a fait l'objet d'un chapitre précédent de cette thèse, mais aussi par la manière dont les professionnels de santé veulent l'appliquer. Cette définition claire des tâches semble être primordiale afin de pouvoir communiquer efficacement. (6) Les jeunes médecins et infirmiers sont dorénavant formés au cours de leurs études à l'apprentissage du métier de l'autre. (2) La place du médecin généraliste comme seul leader du système de santé primaire tend à s'atténuer au détriment d'un travail collectif où le patient lui-même est intégré aux prises de décisions concernant son projet de soins. (27) Le médecin généraliste doit s'efforcer, lui-aussi, de prendre en compte la gestion émotionnelle des infirmiers qui accordent de l'importance à l'équité et à la réciprocité dans leurs rapports avec le médecin. (12) Ce que les infirmiers ont intégré dans leurs exercices depuis déjà longtemps.

La collaboration interprofessionnelle qui en découle est unique à chaque couple. On ne peut pas définir de règles de bonne conduite stricte adaptable à tous même si la relation de confiance semble être importante. (1) Ce sera l'un des objectifs de cette étude.

La Professeure de la faculté de sciences infirmières de Montréal, Danielle D'Amour, nous propose une définition de la collaboration interprofessionnelle :

Il s'agit de « La structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interactions entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes. Cette définition met l'accent sur un processus, sur les acteurs, sur la formalisation des relations ainsi que sur les influences externes à l'aire du travail » (28)

L'évolution de notre politique de santé pousse les acteurs à agir en réseaux : maison de santé, pôle de santé, liens entre secteur ambulatoire et hospitalier. La médecine libérale est de moins en moins cloisonnée à son cabinet. Les réunions de concertation pluridisciplinaire, les protocoles de coopération, le dossier médical partagé, l'évolution du rôle des médecins généralistes et des infirmiers comme définie précédemment, autant de choses qui traduisent un besoin grandissant de communiquer afin d'assurer une collaboration nécessaire à la prise en charge des patients et aux besoins d'une population.

b) Enjeux de la communication médicale :

Le manque de communication entre les professionnels de santé peut aboutir à une interruption dans la continuité des soins (29) responsable d'allongement du délai de prise en charge. Lors de survenue de problèmes aigus, l'importance d'une communication rapide et complète est primordiale. Nombreuses hospitalisations ou passages aux urgences qui témoignent de la qualité de soins ambulatoires, pourraient être évités. (30) Les erreurs médicales par défaut de communication représentent un enjeu dans l'organisation de soins de santé actuelle. (25)

Le retour à domicile après une hospitalisation est un temps médical délicat, le médecin généraliste doit être informé des investigations et des possibles modifications du traitement. Un retard d'information peut conduire à des erreurs médicales, à des créations de doublons et à de possibles réhospitalisations. (31)

SAED : situation, antécédents, évaluation, demande (annexe 9)

Afin d'assurer une communication de qualité, l'HAS a créé un guide en octobre 2014 : SAED. Dérivé du modèle anglo-saxon de référence SBAR, il est un outil mnémotechnique permettant de structurer la communication orale entre professionnels de santé, afin d'être le plus complet et le plus clair possible. Plus adapté au secteur hospitalier, il est très peu utilisé en médecine de ville.

Matériels et méthodes :

I/ type d'étude et population :

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et transversale.

Les questionnaires sont soumis aux médecins et infirmiers du pôle santé de Maubeuge. Leurs coordonnées sont obtenues par des connaissances personnelles ainsi qu'à l'aide de l'annuaire tenu par les secrétaires du pôle de santé de Maubeuge.

Le nombre de participants et de questionnaires nécessaires est établi grâce à l'aide des médecins du service de santé public du CHRU de Lille et l'Etablissement Publique de Santé Mentale des Flandres.

L'accord d'un comité d'éthique n'a pas été nécessaire puisque aucun patient n'a été interrogé.

II/ Recherche bibliographique :

Plusieurs moteurs de recherche ont été utilisés : PubMed, Cairn, catalogue SUDOC, Google Scholar, Pépité.

Les mots-clés utilisés ont été les suivants : communication médicale, communication médicale libérale, rapports médecins infirmiers, collaboration médicale, coordination médicale, communication interprofessionnelle et leurs équivalents en anglais.

Le logiciel Zotero a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

III/ Réalisation et distribution des questionnaires :

Les questionnaires ont été réalisés à partir de références retenues :

« *Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration* » (2) écrit par Vasiliki Matziou (premier auteur) est une étude grecque publiée dans Journal of interprofessional care en 2014. Cette étude quantitative a évalué la perception des médecins généralistes et des infirmiers de leurs communication en secteur hospitalier selon 13 items.

« *Interdisciplinarité, collaboration médecin infirmier dans la prise en charge des plaies chroniques en Ardèche* » (1) écrit par Sébastien Doh (premier auteur) en 2016 à Lyon. Cette thèse qualitative met en évidence les facteurs influençant la communication entre médecins généralistes et infirmiers dans le suivi de plaies chroniques.

J'ai modifié les items de la première étude grâce aux conclusions de la thèse qualitative afin d'adapter mon travail aux soins primaires. Il en ressort 11 items déclinés, si possible, en freins et leviers de la communication entre médecins généralistes et infirmiers libéraux.

Chaque item est stratifié par les participants de « pas important » à « très important » selon une méthodologie validée par le travail publié dans *journal of interprofessional care* (2) et le *guide des techniques d'évaluation* (Claude Billet).

Ces items sont consignés dans les questionnaires « contact » (annexes 1 et 2) avec une échelle d'évaluation de la qualité de la communication avec son binôme de soin. Ce questionnaire est complété par les participants à partir d'une ordonnance d'actes infirmiers, excluant les actes uniques, ce qui permet d'observer la communication entre médecins et infirmiers pour des patients nécessitant un suivi. Des informations sur le patient et sur l'ordonnance sont demandées afin de rechercher leurs influences sur la manière de communiquer. Enfin les moyens de communication utilisés avec leurs fréquences sont répertoriés.

Ces questionnaires sont distribués en cinq exemplaires afin de constituer, dans le meilleur des cas, cinq couples différents médecin-infirmier, un nombre plus important expose à la création de doublons.

Chaque participant incluant reçoit en plus une fiche de description de l'exercice médical qui renseigne sur l'ancienneté d'exercice, le mode d'exercice, la place des réunions de coordination pluridisciplinaire et la connaissance personnelle d'infirmiers et de médecins. (annexes 3 et 4)

Il est expliqué à chaque participant le sujet de mon étude, par contact direct ou par mail, et un mode d'emploi personnalisé au corps de métier est fourni à chacun.

(Annexe 5,6,7,8)

Une fois leurs questionnaires remplis, les participants doivent donner au patient, ou à l'autre partie du binôme directement (médecin si IDE et vice versa) un questionnaire contact, un questionnaire de fiche descriptive de l'exercice médical et un mode d'emploi. Cinq enveloppes préimprimées sont donc distribuées et à retourner soit par voie postale soit par mail.

Au total, 240 questionnaires « contact » ont été distribués pour 79 retours. 12 médecins et 12 infirmiers ont été recrutés comme incluant. 9 médecins et 22 infirmiers ont participé au total, ce chiffre supérieur d'infirmiers provient du fait que les médecins incluant ont recruté des infirmiers non incluant ce qui a permis de référencer plus de questionnaires infirmiers « description de l'exercice médical ».

IV/ analyse statistique :

Les données ont été recueillies dans des tableaux Microsoft Excel. Une consultation d'aide à l'analyse statistique a été effectuée avec un médecin de Santé Publique du CHRU de Lille.

Les données ont été analysées de façon strictement anonyme

Résultats :

I/ caractéristiques de la population d'étude :

a) Caractéristiques des participants :

1-Médecins généralistes du pôle de santé de Maubeuge ayant participé à l'étude :

N (effectif) est de 9.

	Médecins généralistes n=9
Femme	3
Etude à Lille	9
Exercice en libéral > 20 ans	7
IDE dans la famille	4
IDE dans amis proches	5
Exercice en cabinet de groupe	7
Utilisation d'un secrétariat	8
Dossiers médicaux informatisés	8
Participation à des RCP	9
Participation à des RCP > 1/mois	8
Nombre de visites/semaine > 10	8

2-Infirmiers du pôle santé de Maubeuge ayant participé à l'étude :

N (effectif) est de 22.

	Infirmiers n=22
Femme	16
Etude à Maubeuge	13
Exercice en libérale > 20 ans	7
Médecin dans famille	10
Médecin dans amis proche	1
Exercice en collaboration	20
Dossiers médicaux informatisés	8
Participation à des RCP	17
Participation à des RCP > 1/mois	11
Nombre de visites/jour >25	18

b) Caractéristiques des patients faisant l'objet de prescriptions d'actes infirmiers

N (effectif) est de 57

	Patients n=57
Femme	31
Age > 75 ans	38
Autonomie complète	26
Isolement dans le foyer de vie	29
Diabétique	26
Prescription liée au diabète	25

II/ réponses aux objectifs

a) Etudes des questionnaires relatifs à l'exercice médical des médecins exerçant à la MSP liberté de Maubeuge :

Nous avons pu recueillir les questionnaires de 5 médecins et 8 infirmiers de la maison de santé de Maubeuge, ce qui représente l'ensemble de l'effectif de médecins un peu plus des 4/5^{ème} de l'effectif des infirmiers

Tous les médecins généralistes de la maison de santé de Maubeuge informatisent leurs dossiers médicaux. Ils possèdent le même matériel avec le même logiciel médical et, même si leur façon de l'utiliser diffère, le dossier médical informatisé est une base de la maison de santé. Cette mise en réseau des informations bénéficie aux patients, car avec la permanence de soins assurée dans la maison de santé, ils peuvent consulter un médecin qui ne sera pas forcément leur médecin traitant, durant les heures ouvrables. Le médecin de « substitution » peut, avec l'accord du patient, consulter les informations nécessaires à la prise en charge. Le dossier médical informatisé est un moyen fiable de communiquer des informations entre les professionnels de santé exerçant dans la MSP de Maubeuge. Sa bonne tenue correspond à un gage de qualité des soins en ambulatoire. (32) Pour les patients consultés à domicile, le médecin généraliste utilise souvent un carnet de suivi en commun ou non avec l'infirmier et peut compléter le dossier médical informatisé une

fois au cabinet. L'importance de la tenue du carnet de suivi est évaluée par les questionnaires et fait l'objet d'une partie de cette thèse.

Des internes en fin de cursus (SASPAS) et des assistants permettent de renforcer les effectifs répondant ainsi à la forte demande du territoire. Cette organisation permet aux médecins de se dégager du temps pour des activités, médicales ou autres. Cela correspond bien à l'évolution des pratiques chez les jeunes médecins généralistes qui privilégient le regroupement afin de conserver une qualité de vie tout en gagnant en productivité. (33)

Tous les médecins de la MSP participent à au moins une RCP par mois en compagnie des infirmiers afin de discuter de cas complexes en plus d'autres RCP propres à leurs pratiques comme des réunions dans des structures d'addictologies, au sein d'EHPAD ou au pôle de santé. Ces discussions en petits groupes permettent à chacun de se connaître personnellement ce qui constitue une composante importante dans la relation liant les professionnels de santé. (2)

Des différences entre les médecins de la MSP sont mises en évidence : ancienneté de travail, nombre de visites, présence d'IDE dans la famille ou amis proches, partage de données informatiques avec les infirmiers. La majorité des médecins exercent depuis plus de 20 ans (4/5^{ème}) ce qui correspond bien avec la tendance de la région.

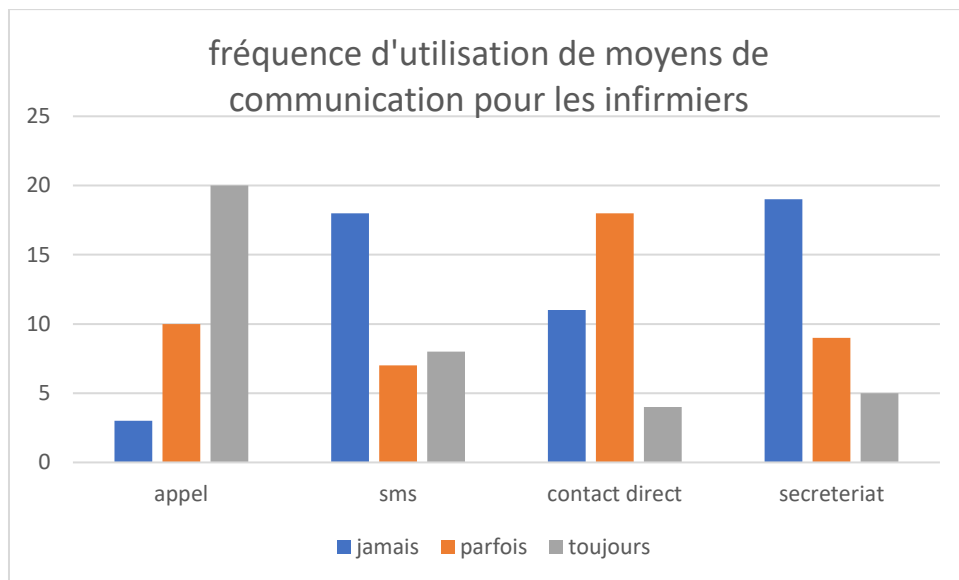
Même si cette maison de santé offre une homogénéité en matière d'outils à disposition des praticiens, les différences observées proviennent du fait que chacun a sa propre façon de travailler ce qui permet aux patients de mieux s'identifier et de choisir le médecin qui lui correspond. Un exercice médical de qualité peut prendre de nombreuses formes, c'est cette diversité qui permet le bon fonctionnement de cet exercice en groupe.

Je n'ai pas choisi dans cette partie d'analyser le mode d'exercice des infirmiers de la MSP de Maubeuge car, même s'ils possèdent un local permettant de réaliser des soins complexes, le principal de leurs activités se déroule au domicile des patients. Il est donc difficile de définir des pratiques communes en lien avec la MSP.

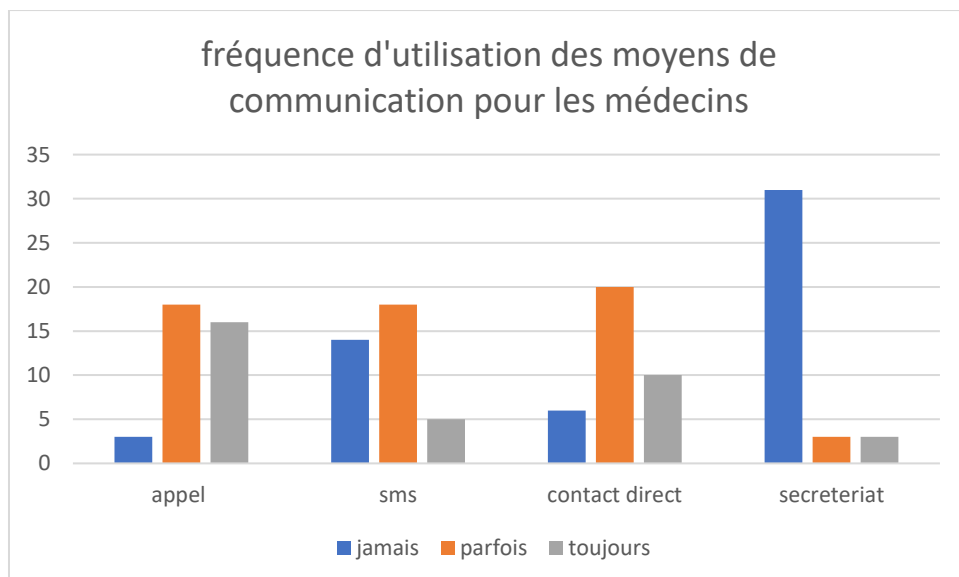
b) Fréquence des moyens de communication et type de patients

1-Fréquences des moyens de communication utilisés :

Les questionnaires contacts, permettent de connaître les moyens de communication les plus utilisés entre médecins et infirmiers du territoire de Maubeuge.



Fréquence d'utilisation de moyens de communication pour les infirmiers



Fréquence d'utilisation des moyens de communication pour les médecins

Les résultats de mes questionnaires montrent que les médecins et infirmiers privilégient l'appel téléphonique afin de communiquer entre eux. Ils ne passent que très peu par le secrétariat et ne semble avoir des contacts directs que de manière occasionnelle. L'échange d'informations par sms est globalement peu utilisé hormis pour quelques infirmiers. Le format apparait mieux adapté afin de communiquer des résultats biologiques.

Le téléphone est donc le moyen de communiquer le plus utilisé. Il permet une transmission d'informations rapide et sans intermédiaire. Mais cela nécessite que les couples médecins et infirmiers aient leurs coordonnées personnelles.

Le dossier médical informatisé et le carnet de suivi permettent de centraliser les informations et notamment le numéro des intervenants médicaux. Cela facilite la mise en relation des professionnels de santé et en cas d'urgences, de pouvoir contacter les référents soins du patient afin de pouvoir collecter les informations utiles. Le DMP a pour avantage d'être consultable à tout moment et de contenir l'ensemble des informations du patient, il permet donc un gain de temps parfois crucial lors d'urgences.

Le pôle de santé a créé un annuaire des médecins et infirmiers. Il peut être consulté si les intervenants y ont adhéré.

2-Type de patients nécessitant une communication entre médecin et infirmier :

Les patients ayant fait l'objet de prescriptions d'actes infirmiers sont majoritairement âgés de plus de 75 ans (38/57). Il s'agit donc en grande partie d'une population gériatrique présentant des pathologies chroniques nécessitant la communication des soignants.

On observe aussi que près de la moitié des ordonnances concerne au moins un soin lié au diabète (25/57). La surveillance par dextro et l'administration d'insuline peuvent être régulées par des protocoles de coopération validés (20) qui doivent être réévalués régulièrement. On comprend donc la problématique de communication résultant de cette pathologie et pourquoi ces patients ont fait l'objet d'études comme ASALEE.

Les patients n'ayant pas une autonomie complète ne représentent pas une grande proportion (31/57) tout comme les patients isolés (29/57). Ainsi la population de patients nécessitant une communication médecin-infirmier est hétérogène dans mon échantillonnage. La surveillance doit pourtant être accrue pour les patients isolées qui ne possèdent pas une autonomie complète pour les actes de la vie quotidienne car ils sont à risque de décompensation plus important pouvant aboutir à des hospitalisations.

c) Participation aux RCP et son impact sur la qualité de la communication

Le pôle de santé de Maubeuge et la maison de santé liberté organisent régulièrement des RCP en y conviant l'ensemble de ses professionnels. Ces réunions mettent en relation les médecins et infirmiers ainsi que les pharmaciens (seulement au pôle de santé). Comme exprimé précédemment, cette prise de contact facilite la création de dialogue avec l'autre acteur principal des soins primaires. Il s'agit d'un facteur pouvant amener à créer une relation de confiance. (1) L'impact de ces temps d'échanges est mesuré à partir de l'évaluation de la qualité de la communication par les infirmiers et les médecins en fonction de la présence de communications antérieures et de leurs participations aux RCP.

Médecins

		N	Moyenne d'évaluation de la communication
Communication antérieure	oui	37	8,13
	non	6	5,67

Moyenne d'évaluation de la communication pour les médecins en fonction de la présence ou non d'une communication antérieure.

Infirmiers

		N	Moyenne d'évaluation de la communication
Communication antérieure	oui	30	7.4
	non	5	7

Moyenne d'évaluation de la communication pour les infirmiers en fonction de la présence ou non d'une communication antérieure.

Dans l'échantillonnage de mon étude, la présence d'une communication antérieure influence positivement la qualité de la communication pour les médecins généralistes tandis qu'elle ne montre qu'une très faible répercussion pour les infirmiers.

Participation aux RCP

		N	Moyenne d'évaluation pour le médecin	Moyenne d'évaluation pour l'IDE
Chez le médecin et l'infirmier	oui	10	9	8.9
	non	11	7.27	7.63

Moyenne d'évaluation de la communication pour les médecins généralistes et les infirmiers en fonction de la participation du couple aux RCP.

La participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire au sein du couple médecin infirmier semble influencer positivement la communication. En effet sur les 21 couples de médecins et infirmiers différents, la moyenne d'évaluation de la qualité de la communication est ressentie comme meilleure que ce soit pour les infirmiers ou pour les médecins lorsque les deux acteurs participent à des RCP. Cela montre une volonté de prendre le temps nécessaire au dialogue afin de construire un projet autour du patient.

Variation de participations aux RCP des médecins et IDE du pôle de santé de Maubeuge

		Nombre de médecins	Nombre d'infirmiers
Participation aux RCP au moins 1 fois par mois	oui	8	11
	non	1	11

Nombre de participants aux RCP pour les médecins et infirmiers du pôle santé de Maubeuge participant à cette étude.

Il existe des différences importantes entre les constituants du pôle santé de Maubeuge, en termes de participation aux RCP. Les médecins interrogés participent majoritairement tandis que les infirmiers ne sont présents qu'à 50%.

d) Importance des freins et des leviers de la communication :

Principaux freins et leviers de la communication :

Plusieurs études hospitalières mettent en évidence des critères de bonnes conduites nécessaires à la communication entre médecins et infirmiers (2) (34)

A l'aide de ces critères et de ceux mis en évidence par le travail réalisé en Ardèche sur la coopération entre médecins et infirmiers (1), les questionnaires nous proposent d'observer ceux qui ont le plus d'importance à l'établissement d'un contact et ceux au contraire qui freinent le plus la relation entre médecins et infirmiers.

Analyse statistique des freins et leviers par importance

Levier de la communication pour les médecins généralistes sur 43 questionnaires complets :

	Important	Pas important
Disponibilité de l'IDE	41	2
Compétence de l'IDE	39	4
Impression de travail en équipe	36	7
Précédents d'échanges	31	12
Précédents de décisions communes	31	12
Outils de communication en commun	31	12
Connaissance personnelle de l'IDE	21	22

Freins de la communication pour les médecins généralistes sur 43 questionnaires complets :

	Important	Pas important
Manque de disponibilité de l'IDE	12	31
Carnet de suivi mal tenu	10	33
Manque de confiance envers l'IDE	6	37
Manque d'implication de votre part	6	37
Rapport trop hiérarchique	0	43
Méconnaissance du rôle de chacun	0	43

Levier de la communication pour les infirmiers pour 35 questionnaires complets :

	Important	Pas important
Disponibilité du médecin	33	2
Respect de votre travail par l'IDE	33	2
Compétence du médecin	32	3
Impression de travail en équipe	30	5
Outils de communication en commun	25	10
Précédents d'échanges avec le médecin	25	10
Connaissance personnelle du médecin	20	15

Freins de la communication pour les infirmiers sur 35 questionnaires complets :

	Important	Pas important
Carnet de suivi mal tenu	21	12
Manque de disponibilité du médecin	15	18
Méconnaissance du rôle de chacun	15	18
Manque d'implication du médecin	15	18
Manque de confiance envers le médecin	14	19
Rapport trop hiérarchique	14	19

La disponibilité de l'autre représente le levier le plus important à l'établissement d'un contact que ce soit pour les infirmiers ou pour les médecins dans la population étudiée. Il s'agit de la base pour pouvoir communiquer qui correspond, selon le

médecin généraliste à une obligation des relations interprofessionnelles (35). La volonté de prendre le temps nécessaire au dialogue apparaît donc comme importante. Ces temps d'échanges peuvent s'effectuer par les vecteurs de communication décrits auparavant mais aussi par les RCP. Elles fournissent un lieu et du temps dédiés aux partages d'informations.

Pour les infirmiers, on retrouve aussi le respect de son travail par le médecin. En effet, ce levier de la communication met en valeur une volonté de reconnaissance du travail fourni qui correspond à une évolution des rapports qui tend à diminuer la hiérarchisation des deux métiers. On peut donc supposer que la déclinaison en frein du respect du travail soit minorée. Cet item est décrit avec moins d'importance dans la population de médecins généralistes de cette étude. Le ressenti du rapport hiérarchique est encore présent chez les infirmiers et représente une composante importante dans leurs relations avec les médecins généralistes.

La compétence est un levier important pour chacun ce qui met en avant la valeur des qualités intrinsèques dans l'établissement d'une communication au sein du couple de soignants. La compétence est jugée plus importante que l'impression du travail en équipe, des précédents d'échanges et de prises de décisions communes ainsi que la connaissance personnelle pour les médecins et les infirmiers ce qui ne veut pas dire qu'à compétence jugée égale ces critères n'ont pas d'importance dans la communication. L'articulation des soins en réseau n'est donc pas la composante unique à la création de contact, elle vient en soutien des qualités individuelles des intervenants.

Pour le médecin généraliste, la communication antérieure et donc la connaissance personnelle de l'infirmier semble influencer positivement leur rapport (tableau reliant la communication antérieure avec la qualité de la communication). Dans l'analyse des leviers de la communication, cette composante n'est que très peu citée. On peut supposer que pour cet item, il existe une différence entre la perception et la réalité de ce qui est important aux bons rapports entre ces professionnels de santé. Il semble évident qu'un contact sera d'autant plus facilité qu'il existe des précédents d'échanges entre un médecin et un infirmier. Cet item peut avoir été délaissé au détriment de ceux qui favorisent une bonne communication après la création du contact comme la disponibilité et la compétence.

Enfin, la mauvaise tenue du carnet de suivi est un obstacle important à la communication pour les médecins et les infirmiers de mon étude. Le carnet apparaît même comme primordiale pour les infirmiers qui le voient comme un support leur permettant de se tenir au courant des résultats d'examens médicaux des patients et comme une trace du passage des intervenants. Il peut aussi être consulté par le patient et sa famille et leur permet de rentrer en contact avec les référents médicaux afin de les informer d'un changement ou d'une demande particulière. Il représente un espace d'échanges interprofessionnels qui appartient au patient et qui le responsabilise aux soins. Le carnet de suivi est un outil pratique remplissant plusieurs fonctions. Bien souvent, il suffit à la centralisation et aux partages d'informations pour les patients suivis à domicile. (36)

Importance d'une relation de confiance dans la communication entre médecins et infirmiers

« La relation de confiance est liée au temps, à la connaissance et au savoir de chacun » (1) Tout comme la relation qui lie le médecin généraliste au patient, la confiance ne se fait pas au premier contact. Elle s'établit et se renforce au cours d'échanges, surtout lors de situations nécessitant le savoir de l'autre.

Les critères retenus répondant à l'établissement d'une relation de confiance sont : la disponibilité, la compétence, la connaissance personnelle de l'autre, l'implication dans la prise en charge du patient, la connaissance du rôle de chacun, le respect du travail de l'autre.

L'hypothèse d'une relation de confiance au centre de la communication entre les professionnels de santé voudrait que ces items, précédemment cités, soit au centre de cette communication. Cependant, il n'est pas possible de dégager cette tendance par l'analyse des questionnaires.

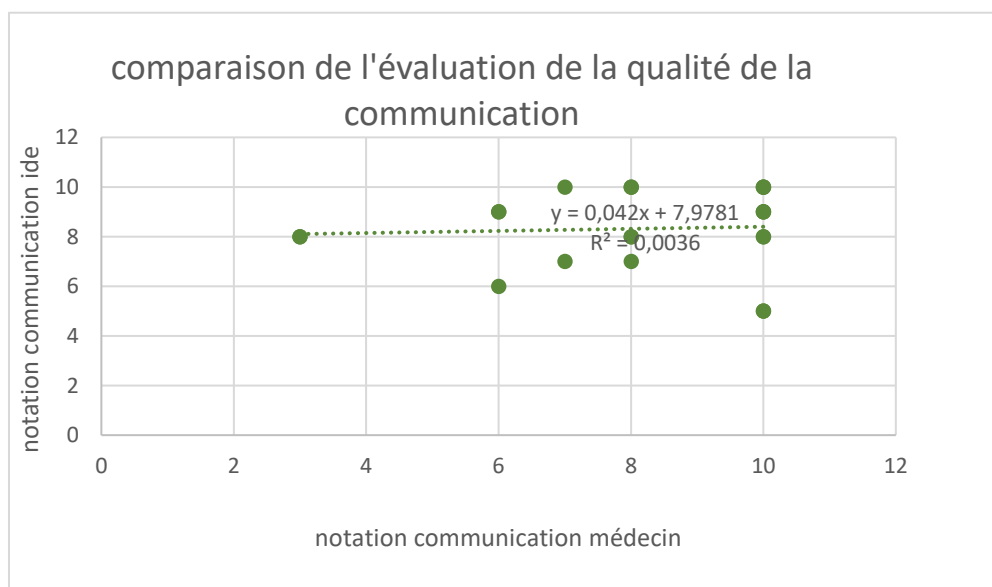
En effet, même si la disponibilité et la compétence sont importants pour les médecins et infirmiers de mon échantillonnage, le reste des items constituant une relation de confiance sont moins mis en valeur. L'aspect « pratique » de la tenue du carnet de suivi a aussi beaucoup d'importance.

La diversité proposée des composants de cette relation médecins infirmiers déclinée en freins et leviers fait qu'il est difficile pour les participants de stratifier ces items. De plus, la nature de leur relation fait qu'ils ont du mal à trouver des aspects négatifs si leur coopération est satisfaisante et au contraire, il est difficile pour l'infirmier ou le médecin de trouver des leviers véritables si leurs communications ne les satisfait pas.

Ainsi, et même si l'analyse ne répond pas de manière significative à l'hypothèse principale, il est aisé de comprendre que la nature de la communication est composée de multiples variables qui n'ont pas la même importance pour chacun. La relation de confiance semble être au centre de cette communication mais elle est acquise de différentes manières en fonction de ses acteurs et peut même être détériorée au fil du temps. Ces relations doivent être nourries par une remise en question permanente et une communication adaptée.

e) Comparaison de l'évaluation de la qualité de la communication au sein du couple médecin-infirmier :

21 couples de médecins et infirmiers ont pu être reconstitués après le recueil des questionnaires. L'évaluation respective de la qualité de leur communication a été consigné dans ce tableau.



Comparaison de l'évaluation de la qualité de la communication au sein des couples médecins et infirmiers

L'indice de corrélation proche de zéro ($R = 0.0036$) issu de ce graphique ne met pas en évidence de relation forte entre l'évaluation de la communication des médecins et des infirmiers de cette étude. Il n'est cependant pas interprétable devant cet effectif trop faible.

Sur les 21 couples différents médecins et infirmiers formés autour d'une prescription d'actes infirmiers 11 notes correspondent à 1 point près, 6 notes sont évaluées plus positivement (à au moins 2 points près) par les infirmiers et 4 notes sont évaluées plus positivement (à au moins 2 points près) par les médecins. Seulement 4 couples ont des différences de plus de 4 points ce peut montrer une certaine correspondance dans l'évaluation de la qualité de la communication.

Une communication n'est de qualité pour les deux interlocuteurs que si elle est bilatérale et qu'elle répond aux attentes de tous. La tendance actuelle, via les modifications de formation, montre un rapport de moins en moins hiérarchique, surtout entre jeunes médecins et infirmiers expérimentés. (2) Chacun a besoin de l'autre afin d'assurer des soins de qualité.

Les différences observées peuvent s'expliquer par un ressenti différent sur la qualité du travail de chacun, lié à un cas récent ou fondé sur un plus long terme. Le patient est souvent le vecteur principal de ce ressenti et peut amener les acteurs à conditionner leur communication.

Discussion

I/ caractéristiques des patients concernés :

Il a été demandé aux participants de choisir des situations cliniques chez les patients suivis sur le long terme et de ne pas traiter les actes infirmiers uniques.

Une grande majorité des patients ont plus de 75 ans. L'augmentation de la prévalence de pathologies chroniques chez les patients gériatriques peut être à l'origine de décompensations qui nécessitent un suivi particulier des professionnels de santé. On retrouve aussi dans cette population une plus grande dépendance qui se traduit par la centralisation des soins aux domiciles. Ces circonstances amènent les professionnels de santé à communiquer par un carnet de suivi laissé à domicile ou à se réunir chez le patient lors de situations complexes. Une communication directe est nécessaire lorsque les patients ne peuvent plus communiquer. La collaboration entre le médecin et l'infirmier est nécessaire afin de définir les besoins et les objectifs de santé consignés dans le projet de soins.

Près de la moitié des patients de mon étude a fait l'objet d'une prescription d'actes infirmiers en rapport avec le diabète. La surveillance et les soins qui en découlent peuvent faire l'objet de protocoles de coopération. Les infirmiers sont amenés à se rendre chez certains patients plusieurs fois par jour et à communiquer sur ces résultats. Le suivi du diabétique semble avoir une place importante dans la communication entre les médecins et infirmiers.

II/ Exercice médical au sein de maison de santé :

L'exercice professionnel des médecins de la maison de santé présente des similitudes et des différences liées aux caractéristiques intrinsèques de chacun. Ces différences sont importantes dans le fonctionnement d'un réseau dont le but n'est pas d'uniformiser ses constituants.

La façon de composer de ces réseaux varie. En dialoguant avec des médecins et infirmiers, je me suis rendu compte de deux types de collaboration. Il y a des maisons de santé acceptant tout le monde, leur assurant la participation aux RCP et

parfois des temps de consultations en commun, comme à la MSP « Liberté » de Maubeuge. D'autres organisations limitent le nombre d'infirmiers, leurs assurant une collaboration plus restreinte avec les médecins de la structure. Si cette restriction ne permet pas aux médecins d'envoyer les patients vers l'infirmier de leur choix, ce qui est interdit par la loi, elle crée des liens entre professionnels de santé favorisant un travail commun.

Ce mode de fonctionnement ne va pas dans le sens des directives de santé voulant rassembler le plus de soignants possibles mais il n'empêche pas leurs composants d'adhérer à d'autres réseaux plus importants.

Ce rassemblement des professionnels de santé est un objectif commun des Pays constituant l'Europe (17). La coopération peut être facilitée par une aide financière, l'état prenant en charge une partie du salaire des infirmiers s'installant dans des groupements médicaux comme en Finlande ou en Suède. D'autres mesures incitatives permettent la mise en réseau par l'informatisation de l'exercice médical. Ce qui crée une centralisation des informations favorisant le travail entre médecins et infirmiers.

La proximité de travail et les moyens en commun à disposition permettent de créer des liens entre les professionnels de santé favorisant la communication entre eux. Ces liens ne semblent pas influencer les médecins et infirmiers de la même manière.

Il est mis en évidence, par les résultats des questionnaires, que l'établissement de contacts antérieurs a une plus grande importance pour les médecins que pour les infirmiers dans la création d'une communication de qualité. Le besoin de connaître l'infirmier tend à montrer l'influence que les rapports affectifs ont sur les médecins. Le ressenti de la qualité de la communication est meilleur lorsque le médecin sait avec qui il travaille.

Au contraire, les infirmiers attachent beaucoup d'intérêt au respect de leur travail et relativement peu à la connaissance de son binôme de soin. Ils semblent être dans des rapports plus techniques basés sur les compétences que dans l'affectif des relations avec le médecin.

On peut supposer que les liens affectifs développés par les infirmiers durant leurs exercices quotidiens auprès des patients sont plus importants que ceux des médecins car leur proximité est plus grande. Ils recherchent peut-être à valider leurs compétences techniques auprès des médecins. Au contraire, le médecin qui est plus dans une relation technique avec le patient va rechercher des liens affectifs avec l'infirmier.

III/ Moyen de communication : l'appel majoritaire

Les participants de cette étude disent utiliser majoritairement l'appel téléphonique afin de communiquer entre eux car il permet une transmission rapide et sans intermédiaire de l'information par un vecteur consultable à chaque instant.

Le travail qualitatif réalisé en Ardèche (1) sur le suivi de plaies chroniques en ambulatoire a mis en évidence les mêmes canaux de communication. La seule différence est la quasi absence de contacts directs. L'explication vient sûrement du fait que le réseau décrit ne présente pas de RCP au contraire de celle de la MSP ou du pôle de santé de Maubeuge. Les rencontres « au lit du patient » sont très rares et répondent à des situations complexes ou au hasard des visites.

De nombreuses études s'intéressent à la place des nouvelles technologies dans la communication médicale. En 2001, Mr Cordonnier Emmanuel, expert dans le domaine de transfert de données médicales, parlait déjà de connectivité médicale (37) en se questionnant sur une centralisation des informations pouvant être consultées par les professionnels de santé à tout moment. En un peu plus de quinze ans, les nouvelles technologies, via le DMP ou l'utilisation de logiciel commun, ont pu répondre à ces attentes. Elles ont accéléré la mise en réseau des informations.

Il faut cependant rappeler que ce dossier médical informatisé nécessite un environnement qui n'est pas retrouvé chez des patients consultés en visite. Le dossier papier, bien qu'ayant une image archaïque pour la nouvelle génération, constitue un support de choix à la communication des intervenants à domicile. (36) Il répond à un besoin de transmission entre soignant et non soignant comme les travailleurs sociaux ou la famille. Mais pour être efficace, quelques critères doivent être remplis dont la mise à jour régulière, la consultation par tout le monde ou encore la sectorisation des interventions. Son utilisation est complémentaire à celle des

nouvelles technologies qui offrent des services supplémentaires comme la consultation rapide des derniers examens biologiques ou radiologiques. Le dossier informatisé permet aussi d'archiver toutes les données avec un gain de place non négligeable pour des patients avec un lourd passif médical.

Dans toutes ces nouvelles technologies, le smartphone possède un intérêt particulier, celui de centraliser plusieurs vecteurs : appels, sms, photos, appel-vidéos, mail. Il aura certainement une place encore plus importante dans le futur. Ses limites concernent sa faculté d'utilisation par des médecins ou infirmiers n'ayant pas été en lien avec cet outil de manière précoce. Il ne doit pas non plus supprimer le contact humain avec toutes ses subtilités de communication décrites auparavant. (38)

Les coordonnées des intervenants médicaux sont consignées dans des annuaires, comme celui du pôle de santé de Maubeuge facilitant ainsi leur mise en relation. La création de cet annuaire technique a fait l'objet d'un travail de thèse en Alpes Maritimes. (39) Pour être efficace, il doit répondre aux attentes des médecins et infirmiers en faisant l'objet d'une enquête préalable qui permet de comprendre les besoins en communication.

Un moyen de communication important n'a pas été décrit dans ce travail, il s'agit du patient lui-même. Même si la communication entre soignants et patients n'est pas l'objet de ma thèse, le patient peut servir de relais à la transmission d'informations entre son médecin et son infirmier. Leurs ressentis sur la prise en charge va donc conditionner celui des soignants. D'autant que l'approche médicale centrée sur le patient, d'après les travaux de Balint, (40) le responsabilise en lui donnant tous les outils nécessaires à sa prise en charge. Bien sûr, lorsqu'il existe une relation de confiance entre les binômes de soins, une critique ou un mécontentement ne remet pas tout en cause mais ils permettent de se questionner sur les profils et les choix des soignants pour tels ou tels patients. Ce rôle fait de manière volontaire ou non ne doit pas se substituer à la communication entre soignants. La connaissance relative des patients sur la santé peut les amener à déformer les informations médicales, ce qui est source d'erreurs. Il pourrait être intéressant, par un travail centré sur les informations véhiculées par le patient, de connaître son influence dans les relations qui lient les professionnels de santé.

IV/ Réunions de concertation pluridisciplinaire comme vecteur de la communication interprofessionnelle :

Les réunions de concertation pluridisciplinaires permettent un contact direct entre les professionnels de santé constituant un réseau de soin. Cette étude décrit des différences d'investissement dans la participation à ces réunions.

Les contacts antérieurs et la participation aux RCP semble avoir un effet globalement positif dans le ressenti de la communication des participants à cette étude. En effet, l'animation d'interactions est un facteur clé de la réussite des maisons de santé. (41) Ces réunions sont décrites comme des espaces de paroles libres mais structurées où les participants apportent leurs informations et leurs ressentis afin de prendre des décisions adaptées. Ces échanges peuvent permettre aux professionnels de santé de se libérer d'une partie de la charge émotionnelle développée par leurs relations sur le long terme avec des patients. (42)

En plus de discuter de situations complexes, elles interrogent sur le fonctionnement en lui-même et sur les modalités de coopération entre les professionnels de santé. Chaque réseau possède une histoire avec sa « hiérarchie relative » dû à la personnalité et au vécu de ses composants. Ces moments d'échanges, de débats contradictoires sont les lieux privilégiés au réajustement du fonctionnement de ce réseau. Encore faut-il que les constituants acceptent la critique et aient la volonté d'évoluer dans un exercice collectif afin de répondre aux problématiques de santé du territoire.

La quasi-totalité des médecins interrogés disent participer à ces réunions tandis que seulement la moitié des infirmiers s'y rendent régulièrement. Cette différence ne peut être expliquée uniquement par le manque d'attrait financier que représente le temps passé à ces réunions de coordination. En effet, même si les nouveaux modes de rémunération offrent un forfait spécifique à la coordination des soins, ils ne représentent qu'une partie négligeable par rapport au paiement à l'acte. Ce qui devrait être perçu pour les deux membres du binôme de soin. On peut donc supposer qu'il existe un défaut de motivation chez certains infirmiers qui peut être expliqué par la méconnaissance des autres membres de ces réunions ou par le désir

de ne pas être confronté à des rapports rappelant une hiérarchie du secteur médical. Cette hétérogénéité ne permet pas de dégager une dynamique commune. La volonté des pouvoirs publics de rassembler le plus de professionnels de santé au sein de réseaux ne peut pas se substituer à l'investissement de chacun à en faire partie.

Le médecin et l'infirmier peuvent être amenés à se réunir au domicile du patient, notamment lors de la mise en place d'un projet de soins dans le cadre d'un réseau gérontologique. L'intégration du lieu et de l'entourage permet de mieux évaluer les besoins liés à l'environnement. Les patients ayant besoins de soins lourds et complexes ont recours à plusieurs spécialités médicales et paramédicales. L'organisation de l'intervention de ses référents peut être compliquée à gérer pour le médecin généraliste. Un infirmier « gestionnaire de cas » ou « coordinateur » peut, dans certaines situations, aider à organiser les rendez-vous et à fournir des informations aux professionnels de santé et aux patients.

La participation active à ces réseaux sera un enjeu futur de la politique de santé. Les nouveaux médecins généralistes sont sensibilisés à ces pratiques durant leurs formations, ce qui leur permet de comprendre les problématiques de santé publique et de s'y investir en plus grand nombre. (33)

L'influence de la taille du réseau de soin sur la qualité de la communication n'a pas été étudiée dans ce travail. On peut supposer qu'une plus grande proximité liée à un faible nombre de personnes composant le réseau influencerait positivement la communication.

Un travail d'évaluation sur l'apport d'une personne permettant de faire circuler la parole à chacun lors ces réunions pourrait être utile afin de déterminer son utilité dans la communication au sein d'un réseau.

V/ Principaux freins et leviers de la communication et relation de confiance

La complexité des relations liant les professionnels de santé n'a pas permis, par une analyse quantitative, de définir clairement les freins et leviers principaux de la communication. Mais certaines tendances apparaissent, soulignant l'importance de

la disponibilité et de la compétence afin d'établir une relation de confiance nécessaire à l'échange productif d'informations entre médecins et infirmiers.

La communication est donc au centre du fonctionnement de ces réseaux, elle constitue une base de la prise en charge coordonnée du patient. Afin de dispenser des soins de qualité, il est donc primordial d'entretenir une bonne communication. Balint résume l'importance de ces rapports par : « *les soins en tant que relation et la relation en tant que soin* » et démontre que la composante affective a une place primordiale dans l'exercice médical.

Il est difficile de restreindre la complexité des rapports interhumains à ces items. Au milieu du cadre médical, des affinités se créent qui dépendent des facteurs interactionnels et macro-structurels. Les soignants intègrent une composante relationnelle entre eux associée à la technique, ce qui, d'après Worms, qualifie le mieux le soin. (43) L'adhésion à ce concept peut expliquer l'envie ou non de communiquer avec les autres professionnels de santé.

Ces liens ne sont pas dictés par des règles et ne peuvent pas être quantifiés. Le secteur libéral offre plus de liberté aux professionnels de santé, un cadre moins strict que le milieu hospitalier, une hiérarchisation des rapports moins marquée, sans code vestimentaire. Les facteurs organisationnels semblent donc moins présents.

Certains médecins et infirmiers possèdent des centres d'intérêts en commun, se rencontrent en dehors du cadre de la santé. Au contraire, d'autres ont des opinions divergentes, des modes de fonctionnement différents. Ils développent des compétences affectives personnelles qui influenceront leurs relations interprofessionnelles. (42) Ces liens ne peuvent pas être explorés dans cette étude car ils sont trop complexes pour une analyse quantitative. On peut supposer qu'ils sont une composante au ressenti de la qualité de la communication.

Les tendances dégagées par l'analyse des questionnaires permettent de définir des orientations. Cependant, la complexité des rapports interhumains rend difficile l'obtention de tous les outils nécessaires à une communication de qualité.

VI/ Participation aux questionnaires :

De nombreux questionnaires distribués n'ont pas pu être collectés, seulement 79 sur 240. Plusieurs moyens étaient à la disposition des participants : mail, adresse postale ou envoi de photos sur le téléphone. Cette dispersion n'a pas semblé faciliter les choses.

Autre frein à cette collecte, les infirmiers ne reçoivent que rarement de nouvelles ordonnances d'actes infirmiers, ce travail réalisé sur cinq ordonnances pouvait donc s'étendre dans le temps, ce qui n'a pas accéléré la collecte.

On peut aussi envisager qu'une des limites à cette étude réside dans le fait que certains des « non-participants » n'ont pas ou peu d'interactions avec les autres professionnels de santé. Ils ne voient donc pas d'intérêt à participer à une étude sur la communication médicale. Au contraire, on peut supposer que les participants travaillant en réseau s'y intéressent davantage. Ce manque relatif d'investissement pourrait faire l'objet d'une analyse qualitative afin de l'évaluer et d'en connaître les causes.

Conclusion

Au travers de la communication médicale, cette étude m'a permis de faire un état des lieux de l'évolution de l'exercice en soins primaires.

Les médecins exerçant dans la maison de santé de Maubeuge conservent des différences de fonctionnement malgré l'uniformité de leurs outils de travail qui peuvent s'expliquer par l'expression de leurs qualités et de leur vécu.

Les infirmiers et médecins utilisent préférentiellement le téléphone. Il représente un vecteur de communication rapide, sans intermédiaire et qui permet de joindre son interlocuteur à tout moment. L'évolution actuelle des nouvelles technologies ne devrait pas inverser la tendance dans un futur proche.

Plusieurs facteurs permettant d'améliorer la communication ont été mis en évidence tel que la participation aux RCP ou encore la connaissance personnelle des acteurs de soins liée à des contacts antérieurs. La disponibilité, la compétence ainsi que le respect du travail de l'autre apparaissent comme importants pour les acteurs de santé. Tandis que la mauvaise tenue du carnet de suivi des patients à domicile est un frein important à la communication médicale

Les médecins généralistes semblent accorder plus d'importance à la relation affective au sein du binôme de soins par l'analyse d'un meilleur ressenti de la communication lors de l'existence de contacts antérieurs. Les infirmiers portent plus d'intérêt au respect de leur travail et à la compétence de l'autre.

Entretenir une communication de qualité entre les professionnels de santé favorise la prise en charge du patient. Cette thèse peut donc être considérée comme un audit des pratiques médicales libérales pouvant apporter des éléments à la construction d'un réseau de soin qui veille à une communication de qualité entre ses intervenants.

L'analyse quantitative de la communication entre ces deux acteurs de santé est difficile au vu de sa complexité ce qui apparaît comme une limite de mon travail. Un effectif faible de couple rassemblé autour du patient ne m'a pas permis de mettre en évidence des corrélations entre l'évaluation de leur qualité.

Ce travail pourrait être poursuivi car l'augmentation de la puissance liée à un échantillonnage représentatif de la population de médecins et infirmiers pourrait permettre de connaître plus précisément les attentes de chacun et donc de définir des outils de communication plus adaptés. L'analyse qualitative des relations interprofessionnelles dans les soins primaires aurait comme avantage d'explorer l'ensemble de sa complexité et des hypothèses soulevées par ce travail.

Bibliographie

- (1) Doh, Sébastien, and Sylvie Erpeldinger. *Interdisciplinarité, collaboration médecin infirmier dans la prise en charge des plaies chroniques en Ardèche*. Lyon, France, 2016.
- (2) Matziou, Vasiliki, Efrosyni Vlahioti, Pantelis Perdikaris, Theodora Matziou, Efstathia Megapanou, and Konstantinos Petsios. "Physician and Nursing Perceptions Concerning Interprofessional Communication and Collaboration." *Journal of Interprofessional Care* 28, no. 6 (November 1, 2014): 526–33.
- (3) Champy, Florent. *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Presses Universitaires de France, 2015.
- (4) Wacheux, Frédéric, and Michèle Kosremelli Asmar. "Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle: cas d'un hôpital universitaire," 2007.
- (5) Feyfant, Véronique. "Ce que la Dépendance fait au métier d'infirmière libérale. Ethnographie d'une épreuve de professionnalité." *Regards*, no. 51 (July 31, 2017): 257–71.
- (6) Reeves, Scott, Ferruccio Pelone, Reema Harrison, Joanne Goldman, and Merrick Zwarenstein. "Interprofessional Collaboration to Improve Professional Practice and Healthcare Outcomes." In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd, 2017.
- (7) Grand Larousse édition 2017
- (8) Henneman Elizabeth A, Lee Jan L., and Cohen Joan I. "Collaboration: A Concept Analysis." *Journal of Advanced Nursing* 21, no. 1 (June 28, 2008): 103–9.
- (9) Petit Robert édition 2018
- (10) Baggs, J. G., M. H. Schmitt, A. I. Mushlin, P. H. Mitchell, D. H. Eldredge, D. Oakes, and A. D. Hutson. "Association between Nurse-Physician Collaboration and Patient Outcomes in Three Intensive Care Units." *Critical Care Medicine* 27, no. 9 (September 1999): 1991–98.
- (11) Perrier, Arnaud. "Collaboration Infirmières-Médecins : Un Déterminant de La Qualité Des Soins ? - Revmed," 2005
- (12) Miller, Karen-Lee, Scott Reeves, Merrick Zwarenstein, Jennifer D. Beales, Chris Kenaszchuk, and Lesley Gotlib Conn. "Nursing Emotion Work and Interprofessional Collaboration in General Internal Medicine Wards: A Qualitative Study." *Journal of Advanced Nursing* 64, no. 4 (November 1, 2008): 332–43.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04768.x>.

- (13) Mill, Judy E., and Heather M. Morris. "The Ambivalence of Ownership: Nursing Graduate Students as Collaborators in Action Research." *Educational Action Research* 8, no. 1 (March 1, 2000): 137–49.
- (14) Gay, B. "Repenser La Place Des Soins de Santé Primaires En France – Le Rôle de La Médecine Générale." *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 61, no. 3 (June 1, 2013): 193–98.
- (15) Robelet, Magali, Marina Serré, and Yann Bourgueil. "La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, Abstract." *Revue française des affaires sociales*, no. 1 (2005): 231–60.
- (16) Albouy, Valérie, and Muriel Déprez. "Mode de rémunération des médecins." *Economie & prévision*, no. 188 (November 1, 2009): 131–39.
- (17) Bourgueil, Yann, Anna Marek, and Julien Mousquès. "La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français, Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of Ontario and Quebec: what are the lessons for France ?" *Santé Publique* 21, no. hs1 (October 1, 2009): 27–38.
- (18) Hauteville-Vila, Céline. "La Prescription Infirmière Des Dispositifs Médicaux." *Droit, Déontologie & Soins* 15, no. 3 (September 1, 2015): 254–64.
- (19) Agamaliyev, Emin, Fanny Mikol, and Thierry Prost. "Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet, Factors determining private general practitioners' opinion on delegating tasks to practice nurses." *Revue française des affaires sociales*, no. 1 (June 15, 2016): 375–404.
- (20) Tardits, Élodie. "Évaluation de l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes," January 11, 2016, 77.
- (21) "Haute Autorité de Santé - Protocole de Coopération Entre Professionnels de Santé." Accessed March 26, 2018.
- (22) Code de la santé publique - Article L6323-3, L6323-3 Code de la santé publique § (n.d.). Accessed March 27, 2018.
- (23) Chevillard, Guillaume, Julien Mousques, Véronique Lucas-Gabrielli, Yann Bourgueil, Stéphane Rican, and Gérard Salem. "Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France." *Revue d'Économie Régionale & Urbaine* Octobre, no. 4 (November 12, 2015): 657–94.
- (24) Picard, Dominique, and Edmond Marc. "Chapitre IV. La communication au cœur du système." *Que sais-je ?* 2e éd. (2015): 57–74.

- (25) O’Daniel, Michelle, and Alan H. Rosenstein. “Professional Communication and Team Collaboration.” In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, edited by Ronda G. Hughes. Advances in Patient Safety. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008.
- (26) Museux, Anne-Claire, Serge Dumont, Emmanuelle Careau, and Élise Milot. “Improving Interprofessional Collaboration: The Effect of Training in Nonviolent Communication.” *Social Work in Health Care* 55, no. 6 (2016): 427–39.
- (27) Reeves, Scott, Kathleen Macmillan, and Mary Van Soeren. “Leadership of Interprofessional Health and Social Care Teams: A Socio-Historical Analysis.” *Journal of Nursing Management* 18, no. 3 (April 1, 2010): 258–64.
- (28) D’Amour, Danielle, and Université de Montréal Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse (Ph.D.)--Université de Montréal, 1997.
- (29) Leijen-Zeelenberg, Janneke E. van, Arno J. A. van Raak, Inge G. P. Duimel-Peeters, Mariëlle E. A. L. Kroese, Peter R. G. Brink, and Hubertus J. M. Vrijhoef. “Interprofessional Communication Failures in Acute Care Chains: How Can We Identify the Causes?” *Journal of Interprofessional Care* 29, no. 4 (2015): 320–30.
- (30) Eisenberg, Eric M., Alexandra G. Murphy, Kathleen Sutcliffe, Robert Wears, Stephen Schenkel, Shawna Perry, and Mary Vanderhoef. “Communication in Emergency Medicine: Implications for Patient Safety This Study Was Funded by a Generous Grant from the National Patient Safety Foundation.” *Communication Monographs* 72, no. 4 (December 1, 2005): 390–413.
- (31) Kripalani, Sunil, Frank LeFevre, Christopher O. Phillips, Mark V. Williams, Preetha Basaviah, and David W. Baker. “Deficits in Communication and Information Transfer between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care.” *JAMA* 297, no. 8 (February 28, 2007): 831–41.
- (32) Jong, Catharina C de, Wynand JG Ros, Mia van Leeuwen, and Guus Schrijvers. “How Professionals Share an E-Care Plan for the Elderly in Primary Care: Evaluating the Use of an E-Communication Tool by Different Combinations of Professionals.” *Journal of Medical Internet Research* 18, no. 11 (November 24, 2016).
- (33) Mousquès, Julien. “Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ?, Regrouping primary health care practitioners: economic prospects in terms of performance.” *Revue française des affaires sociales*, no. 2 (December 16, 2011): 253–75.
- (34) Onishi, Mami, Keiko Komi, and Katsuya Kanda. “Physicians’ Perceptions of Physician-Nurse Collaboration in Japan: Effects of Collaborative Experience.” *Journal of Interprofessional Care* 27, no. 3 (May 2013): 231–37.

- (35) Sarradon-Eck, A., A. Vega, M. Faure, A. Humbert-Gaudart, and M. Lustman. "Créer Des Liens : Les Relations Soignants–soignants Dans Les Réseaux de Soins Informels." *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 7e Journée recherche de la HAS, 56, no. 4, Supplement (July 1, 2008): S197–206.
- (36) Perrot, P., François Baudier, and Bertrand Schmitt. "Le dossier de liaison du patient dépendant à domicile : complément ou alternative au dossier électronique ?" *Santé Publique* 17, no. 2 (n.d.): 227-32.
- (37) Cordonnier, Emmanuel. "Communication dans la santé." *Les Cahiers du numérique* 2, no. 2 (2001): 13–35.
- (38) Ringart, Benoît. "La place du Smartphone en soins primaires: avis du médecin généraliste sur l'utilisation et l'intérêt du Smartphone dans le suivi des plaies chroniques." Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, 2014.
- (39) Doukan, Eric. "Amélioration de la coordination des soins ambulatoires: proposition d'un annuaire technique destiné à promouvoir la communication entre médecins généralistes et réseaux de santé." Thèse d'exercice, Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine, 2010.
- (40) Balint, Michael. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot & Rivages, 2003.
- (41) Beaucourt, Christel, Isabelle Kustos, Antoine Masingue, and Laëticia Roux. "La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions, Coordination in Health Homes: From a search for consistency to an animation of interactions." *Gestion et management public* me 2/n°4, no. 2 (October 20, 2014): 61–79.
- (42) Bardoux, Alain, Samia Serani, and Christophe Berkhout. "Le Subjectif À L'épreuve Du Collectif: 'je Vous Aime.'" *Exercer* 27 (August 1, 2016): 183–87.
- (43) Worms, Frédéric. *Le moment du soin: À quoi tenons-nous ?* Presses Universitaires de France, 2010.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire contact médecin généraliste

Remplissez ce questionnaire pour les cinq premières prescriptions d'actes infirmiers de votre journée, en excluant les prescriptions pour les actes uniques.

Relevez chez le patient :

- Son âge :
- S'il s'agit : d'un homme d'une femme
- Ses principaux antécédents :

- Son niveau d'autonomie
 - Autonome pour tous les actes de la vie quotidienne
 - Aide pour toilette et transfert
 - Patient alité
- Sa situation familiale :
 - Vit seul
 - Accompagné
 - Ne sais pas
- Perçoit-il une aide financière type APA/ASPA ?
 - Oui non ne sait pas
- Le sujet de la prescription (*exemple : contrôle TP-INR, réalisation pansement avec surveillance clinique...*)

- Connaissez-vous le nom de l'infirmière en charge du patient ?
 - Oui non
- Avez-vous déjà communiqué avec cette infirmière pour des soucis médicaux ?
 - Oui non
- Si oui, de quelle(s) manière(s) êtes-vous rentré en contact avec elle ?
 - Appel : *jamais* 1 2 3 4 *toujours*
 - Sms : *jamais* 1 2 3 4 *toujours*
 - Contact direct : *jamais* 1 2 3 4 *toujours*
 - Secrétariat : *jamais* 1 2 3 4 *toujours*

- Autres :

--

Concernant cette prescription :

- Quels éléments facilitent ce contact avec l'IDE ? entourez la réponse appropriée

- Compétence de l'IDE :

Pas important 1 2 3 4 très important

- La disponibilité de l'IDE :

Pas important 1 2 3 4 très important

- La connaissance personnelle de l'IDE :

Pas important 1 2 3 4 très important

- Des précédents d'échange avec l'IDE :

Pas important 1 2 3 4 très important

- Des précédents de décisions communes avec l'IDE :

Pas important 1 2 3 4 très important

- Des outils de communication en commun :

Pas important 1 2 3 4 très important

- L'impression du travail en équipe :

Pas important 1 2 3 4 très important

Toujours concernant cette ordonnance :

- Quels éléments freinent ce contact avec l'IDE ? entourez la réponse appropriée

- La difficulté de rencontre avec l'IDE :

Pas important 1 2 3 4 très important

- Un manque d'implication de votre part dans le soin de ce patient :

Pas important 1 2 3 4 très important

- Le manque de confiance envers l'IDE :

Pas important 1 2 3 4 très important

- Un rapport trop hiérarchique entre vous et l'IDE

Pas important 1 2 3 4 très important

- La méconnaissance du rôle de chacun :

Pas important 1 2 3 4 très important

- Un carnet de suivi pas assez développé :
Pas important 1 2 3 4 très important

- Évaluez le niveau de qualité de la communication avec cette IDE ?

Inacceptable 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellent

Annexe 2 : Questionnaire contact infirmière

Remplissez ce questionnaire pour les cinq premières prescriptions d'actes infirmiers de votre journée, en excluant les prescriptions pour un acte unique.

Relevez chez le patient :

- Son âge :
- S'il s'agit : d'un homme d'une femme
- Ses principaux antécédents :

- Son niveau d'autonomie
 - Autonome pour tous les actes de la vie quotidienne
 - Aide pour toilette et transfert
 - Patient alité
- Sa situation familiale :
 - Vit seul
 - Accompagné
 - Ne sais pas
- Perçoit-il une aide financière type APA/ASPA ?
 - Oui non ne sait pas
- Le sujet de la prescription (*exemple : contrôle TP-INR, réalisation pansement avec surveillance clinique...*)

- L'ordonnance est-elle suffisamment lisible ? entourez la réponse appropriée :
Pas lisible 1 2 3 4 tout à fait lisible
- L'ordonnance est-elle suffisamment compréhensible ? entourez la réponse appropriée
Incompréhensible 1 2 3 4 tout à fait compréhensible
- Avez-vous déjà eu besoin de contacter ce médecin pour d'autres soucis médicaux ?

oui

non

- Si oui, de quelle(s) manière(s) l'avez-vous contacté ? entourez la réponse appropriée
 - Appel : *jamais* 1 2 3 4 *toujours*
 - Sms : *jamais* 1 2 3 4 *toujours*
 - Contact direct : *jamais* 1 2 3 4 *toujours*
 - Secrétariat : *jamais* 1 2 3 4 *toujours*
 - Autres :

Concernant cette prescription :

- Quels éléments facilitent le contact avec ce médecin ? Entourez la réponse appropriée
 - *La disponibilité du médecin :*
Pas important 1 2 3 4 très important

 - *La compétence du médecin :*
Pas important 1 2 3 4 très important

 - *Le respect de votre travail par le médecin :*
Pas important 1 2 3 4 très important

 - *La connaissance personnelle du médecin :*
Pas important 1 2 3 4 très important

 - *Des précédents d'échanges avec le médecin :*
Pas important 1 2 3 4 très important

 - *Des outils de communication en commun :*
Pas important 1 2 3 4 très important

 - *L'impression du travail en équipe :*
Pas important 1 2 3 4 très important

Toujours concernant cette ordonnance :

- Quels éléments freinent le contact avec ce médecin ? entourez la réponse appropriée :
 - *La difficulté de rencontre avec le médecin :*
Pas important 1 2 3 4 très important

 - *Le manque d'implication du médecin :*
Pas important 1 2 3 4 très important

 - *Le manque de confiance envers le médecin :*
Pas important 1 2 3 4 très important

- Un rapport trop hiérarchique :
Pas important 1 2 3 4 très important

- La méconnaissance du rôle de chacun :
Pas important 1 2 3 4 très important

- Un carnet de suivi pas assez développé :
Pas important 1 2 3 4 très important

- Évaluez le niveau de qualité de la communication avec ce médecin ?
Inacceptable 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellent

Annexe 3 : Questionnaire exercice médical Médecin Généraliste

Description de l'exercice médical :

- Êtes-vous ?
 Un homme Une femme
- Depuis combien de temps exercez-vous votre activité libérale ?
 0-5 ans 5-10 ans 10–20 ans 20-30 ans > 30 ans
- Dans quelle(s) ville(s) avez-vous fait vos études ?
- Avez-vous des infirmiers-ères dans votre famille proche ?
 Oui Non
- Avez-vous des infirmier-ères dans vos amis proches ?
 Oui Non
- Quel est votre lieu d'exercice ?
 Cabinet seul cabinet de groupe partage de patientèle
- Utilisez-vous un secrétariat médical ?
 Non Oui, à temps partiel oui, à temps plein
 une plateforme téléphonique de prise de rendez-vous
- Utilisez vous un dossier médical informatisé ?
 Oui Non
- Est-il partagé avec les infirmiers ?

Oui Non

- Pour tous les patients ?

Oui Non

- Si non pour quels patients et pourquoi ?

- Combien de visites à domicile faites-vous par semaine ?

0 0-5 5-10 10-20 20-30 > 30

- Participez-vous à des réunions de concertation pluriprofessionnelles ?

Oui Non

- A quelle fréquence ?

Une fois tous les 2 mois une fois par mois
 une fois par semaine plusieurs fois par semaine

- Ces réunions ont-elles lieu à la maison de santé de Maubeuge ?

Oui Non

- Participez-vous à d'autres réunions de concertations pluriprofessionnelles ?

Oui Non

- Si oui, dans quelles autres structures ?

Annexe 4 : Questionnaire exercice médical infirmier

Description de l'exercice médical :

- Êtes-vous ?

Un homme Une femme

- Depuis combien de temps exercez-vous votre activité libérale ?
 0-5 ans 5-10 ans 10-20 ans 20-30 ans > 30ans

- Dans quelle(s) ville(s) avez-vous fait vos études ?

- Avez-vous un ou des médecin(s) généraliste(s) dans votre famille proche ?
 Oui Non

- Avez-vous un ou des médecin(s) généraliste(s) dans vos amis proches ?
 Oui Non

- Exercez-vous ?
 Seul(e) en collaboration avec un ou des infirmiers

- Combien réalisez-vous de visite à domicile par jour ?
 5-10 10-15 15-20 20-25
 > 25

- Utilisez-vous un dossier médical informatisé ?
 Oui Non

- Les dossiers patients sont-ils partagés avec les médecins traitants ?
 Oui Non

- Pour tous les patients ?
 Oui Non

- Si non, pour quels patients et pourquoi ?

- Participez-vous à des réunions de concertation pluriprofessionnelles ?
 Oui Non

- A quelle fréquence ?

- Une fois tous les 2 mois une fois par mois
 une fois par semaine plusieurs fois par semaine

- Ces réunions ont-elles lieu à la maison de santé de Maubeuge ?
 Oui Non
- Participez-vous à d'autres réunions de concertations pluriprofessionnelles ?
 Oui Non
- Si oui, dans quelles autres structures ?

Annexe 5 Thèse de médecine générale : fiche explicatrice du questionnaire

Fiche médecin incluant :

Je réalise une étude sur la communication entre les infirmiers et les médecins généralistes.

Définition de termes utiles :

*La **communication*** représente le passage d'informations par n'importe quel moyen à une personne pour qu'elle en prenne conscience. Cet acte n'a donc pas forcément vocation à entraîner un échange, ou une prise de décision commune.

*La **collaboration*** implique plusieurs personnes, au moins deux, afin de générer une œuvre commune, elle implique une prise de décision en commun afin de réaliser le projet de soin du patient et de résoudre les différents problèmes. Il s'agit donc d'un travail collectif.

*La **coordination du soin*** est l'organisation des activités de soins d'un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins. La loi HPST de 2009 définit le médecin généraliste comme coordinateur du soin primaire.

Aide au remplissage du questionnaire

Le premier questionnaire permet une description des professionnels de santé et de leurs exercices afin de mieux comprendre leurs fonctionnements pouvant expliquer une communication différente.

Le deuxième questionnaire : il est rempli à partir d'ordonnances d'actes infirmiers choisies par vos soins de façon aléatoire, les cinq premières ou dernières de la journée par exemple.

Le questionnaire est à remplir cinq fois, pour cinq ordonnances différentes afin de rassembler différents couples infirmier-médecin tout en évitant de créer des doublons.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons au patient lui-même puis à l'ordonnance et ensuite à la connaissance de l'infirmière ou du médecin correspondant. Il vous est ensuite demandé de stratifier dans plusieurs réponses de 1 à 4 ce qui vous semble le plus important à l'établissement d'un contact ou au contraire ce qui le freine par rapport à ce patient.

Pour terminer, vous devez remplir une échelle d'évaluation de la communication avec l'autre partie du couple médecin-IDE

Le troisième et quatrième questionnaires sont aussi en cinq exemplaires. Chaque questionnaire doit être remis au patient ou directement à l'infirmier en charge du patient qui fait l'objet du deuxième questionnaire qui nous le transmettra par enveloppe timbrée.

Ainsi, les médecins ne verront pas les réponses des infirmiers et vice versa.

Merci de votre participation

Annexe 6 Thèse de médecine générale : fiche explicatrice du questionnaire

Fiche médecin récepteur :

Je réalise une étude sur la communication entre les infirmiers et les médecins généralistes.

Définition de termes utiles :

La communication représente le passage d'informations par n'importe quel moyen à une personne pour qu'elle en prenne conscience. Cet acte n'a donc pas forcément vocation à entraîner un échange, ou une prise de décision commune.

La collaboration implique plusieurs personnes, au moins deux, afin de générer une œuvre commune, elle implique une prise de décision en commun afin de réaliser le projet de soin du patient et de résoudre les différents problèmes. Il s'agit donc d'un travail collectif.

La coordination du soin est l'organisation des activités de soins d'un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins. La loi HPST de 2009 définit le médecin généraliste comme coordinateur du soin primaire.

Aide au remplissage du questionnaire

Le premier questionnaire permet une description des professionnels de santé et de leurs exercices afin de mieux comprendre leurs fonctionnements pouvant expliquer une communication différente.

Le deuxième questionnaire : il est rempli à partir de l'ordonnance d'actes infirmiers que vous avez prescrite chez ce patient.

Il permet de comprendre ce qui va favoriser ou au contraire freiner la communication avec l'infirmier en charge du patient.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons au patient lui-même puis à l'ordonnance et ensuite à la connaissance de l'infirmière ou du médecin correspondant. Il vous est ensuite demandé de stratifier dans plusieurs réponses de 1 à 4 ce qui vous semble le plus important à l'établissement d'un contact ou au contraire ce qui le freine par rapport à ce patient.

Pour terminer, vous devez remplir une échelle d'évaluation de la communication avec l'autre partie du couple médecin-IDE

Vous devez renvoyer les questionnaires sous l'enveloppe timbrée à votre disposition.

Ainsi, les médecins ne verront pas les réponses des infirmiers et vice versa.

Merci de votre participation

Annexe 7 Thèse de médecine générale : fiche explicatrice du questionnaire

Fiche infirmier-ère incluant :

Je réalise une étude sur la communication entre les infirmiers et les médecins généralistes.

Définition de termes utiles :

La communication représente le passage d'informations par n'importe quel moyen à une personne pour qu'elle en prenne conscience. Cet acte n'a donc pas forcément vocation à entraîner un échange, ou une prise de décision commune.

La collaboration implique plusieurs personnes, au moins deux, afin de générer une œuvre commune, elle implique une prise de décision en commun afin de réaliser le projet de soin du patient et de résoudre les différents problèmes. Il s'agit donc d'un travail collectif.

La coordination du soin est l'organisation des activités de soins d'un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins. La loi HPST de 2009 définit le médecin généraliste comme coordinateur du soin primaire.

Aide au remplissage du questionnaire

Le premier questionnaire permet une description des professionnels de santé et de leurs exercices afin de mieux comprendre leurs fonctionnements pouvant expliquer une communication différente.

Le deuxième questionnaire : il est rempli à partir d'ordonnances d'actes infirmiers choisies par vos soins de façon aléatoire, les cinq premières ou dernières de la journée par exemple.

Le questionnaire est à remplir cinq fois, pour cinq ordonnances différentes afin de rassembler différents couples infirmier-médecin tout en évitant de créer des doublons.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons au patient lui-même puis à l'ordonnance et ensuite à la connaissance de l'infirmière ou du médecin correspondant. Il vous est ensuite

demandé de stratifier dans plusieurs réponses de 1 à 4 ce qui vous semble le plus important à l'établissement d'un contact ou au contraire ce qui le freine par rapport à ce patient.

Pour terminer, vous devez remplir une échelle d'évaluation de la communication avec l'autre partie du couple médecin-IDE

Le troisième et quatrième questionnaires sont aussi en cinq exemplaires. Chaque questionnaire doit être remis au patient ou directement au médecin en charge du patient qui fait l'objet du deuxième questionnaire qui nous le transmettra par enveloppe timbrée.

Ainsi, les médecins ne verront pas les réponses des infirmiers et vice versa.

Merci de votre participation

Annexe 8 Thèse de médecine générale : fiche explicatrice du questionnaire

Fiche infirmier-ère receveur-trice

Je réalise une étude sur la communication entre les infirmiers et les médecins généralistes.

Définition de termes utiles :

La communication représente le passage d'informations par n'importe quel moyen à une personne pour qu'elle en prenne conscience. Cet acte n'a donc pas forcément vocation à entraîner un échange, ou une prise de décision commune.

La collaboration implique plusieurs personnes, au moins deux, afin de générer une œuvre commune, elle implique une prise de décision en commun afin de réaliser le projet de soin du patient et de résoudre les différents problèmes. Il s'agit donc d'un travail collectif.

La coordination du soin est l'organisation des activités de soins d'un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins. La loi HPST de 2009 définit le médecin généraliste comme coordinateur du soin primaire.

Aide au remplissage du questionnaire

Le premier questionnaire permet une description des professionnels de santé et de leurs exercices afin de mieux comprendre leurs fonctionnements pouvant expliquer une communication différente.

Le deuxième questionnaire : il est rempli à partir de l'ordonnance d'actes infirmiers que le médecin a prescrit pour votre patient.

Il permet de comprendre ce qui va favoriser ou au contraire freiner la communication avec le médecin en charge du patient.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons au patient lui-même puis à l'ordonnance et ensuite à la connaissance de l'infirmière ou du médecin correspondant. Il vous est ensuite

demandé de stratifier dans plusieurs réponses de 1 à 4 ce qui vous semble le plus important à l'établissement d'un contact ou au contraire ce qui le freine par rapport à ce patient.

Pour terminer, vous devez remplir une échelle d'évaluation de la communication avec l'autre partie du couple médecin-IDE

Vous devez renvoyer les questionnaires sous l'enveloppe timbrée à votre disposition.

Ainsi, les médecins ne verront pas les réponses des infirmiers et vice versa.

Merci de votre participation

Annexe 9 Fiche SAED

S	<p>Je décris la <u>Situation</u> actuelle concernant le patient : Je suis : <i>prénom, nom, fonction, service/unité</i> Je vous appelle au sujet de : <i>M./Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité</i> Car actuellement il présente : <i>motif de l'appel</i> Ses constantes vitales/signes cliniques sont : <i>fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.</i></p>
A	<p>J'indique les <u>antécédents</u> utiles, liés au contexte actuel : Le patient a été admis : <i>date et motif de l'admission</i> Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ... Il a eu pendant le séjour : <i>opérations, investigations, etc.</i> Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : <i>labo, radio, etc.</i> La situation habituelle du patient est : <i>confus, douloureux, etc.</i> La situation actuelle a évolué depuis : <i>minutes, heures, jours</i></p>
E	<p>Je donne mon <u>évaluation</u> de l'état actuel du patient : Je pense que le problème est : ... J'ai fait : <i>donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.</i> Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet</p>
D	<p>Je formule ma <u>demande</u> (d'avis, de décision, etc.) : Je souhaiterais que : ... par exemple : Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : <i>quand ?</i> ET Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : <i>quoi et quand ?</i></p>
<p>RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.</p>	

AUTEUR : Nom : SEIGLE

Prénom : Gabriel

Date de Soutenance : 23 mai 2018

Titre de la Thèse : étude de la communication entre médecins généralistes et infirmiers diplômés d'état sur le territoire de Maubeuge

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : doctorat de médecine

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : communication médicale, communication médicale libérale, communication interprofessionnelle, moyen de communication, coordination médicale, collaboration médicale, rapport médecins infirmiers

Résumé :

Contexte : L'organisation des soins primaires évolue afin de répondre à une demande croissante de soins liée à l'augmentation de pathologies chroniques chez une population vieillissante. Le rôle de coordinateur de soins du médecin généraliste est renforcé tandis que celui de l'infirmier tend vers une plus grande autonomie. Les maisons de santé et pôles de santé leurs permettent une proximité plus importante et des moyens de communication communs favorisant le partage d'informations.

Méthode : Dans cette étude descriptive et transversale, les infirmiers et médecins du pôle de santé de Maubeuge ont participé à une étude quantitative à partir de 5 situations cliniques de patients suivis en binôme afin de connaître et d'évaluer la qualité de la communication entre eux. Il leur a aussi été demandé de remplir un questionnaire permettant de décrire les différents aspects de leur exercice médical.

Résultat : L'appel téléphonique, comme vecteur de communication, est le moyen le plus utilisé par les médecins et les infirmiers entre eux alors que l'utilisation du secrétariat ou le contact direct est très occasionnel.

La connaissance de l'infirmier en charge est importante pour créer une communication de qualité pour le médecin, l'inverse n'a pas été mis en évidence. La participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire par les deux acteurs du soin est bénéfique à la communication dans le ressenti de chacun.

Les principaux leviers de la communication sont la disponibilité et la compétence de l'autre, les infirmiers insistent aussi sur le respect de leur travail.

La mauvaise tenue du carnet de suivi est le frein de la communication jugé le plus important par la population interrogée.

Le faible nombre de couples médecins et infirmiers reconstitués n'a pas permis de mettre en évidence une corrélation entre le ressenti de la qualité de communication du médecin et de l'infirmier.

Perspectives : Une plus grande puissance avec un échantillonnage représentatif de la région permettrait de connaître plus précisément les attentes des médecins et infirmiers dans leurs rapports et donc de définir des outils de communication adaptés. L'analyse qualitative des relations interprofessionnelles dans les soins primaires aurait comme avantage d'explorer l'ensemble de sa complexité

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout,

Monsieur le Docteur Luc Dauchet

Monsieur le Docteur Alain Bardoux