



HAL
open science

Étude des dysfonctionnements interprofessionnels entre médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux : pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers

Philippe Siebert

► To cite this version:

Philippe Siebert. Étude des dysfonctionnements interprofessionnels entre médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux : pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932369

HAL Id: hal-01932369

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932369v1>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2017

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Philippe SIEBERT

Le 13/06/2017

**ÉTUDE DES DYSFONCTIONNEMENTS INTERPROFESSIONNELS
ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET AUTRES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX :
PHARMACIENS, MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES ET INFIRMIERS.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN	Président
M. le Professeur Jean PAYSANT	Juge
Mme la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME	Juge
Mme la Professeure Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	Juge
M. le Docteur Jean-Michel MARTY	Juge et codirecteur
Mme le Docteur Marie-France BAUDOIN	Juge et directrice



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGÉ - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel
BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel
BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE
Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX
Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain
GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER
Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle
KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire
LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre
MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT
Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel
SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle
SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Alain GERARD
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone - GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT- Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteur Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteur Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET

THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteur Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY
(1982)
*Centre de Médecine Préventive,
Houston (U.S.A)*
Professeur Pierre-Marie GALETTI
(1982)
*Brown University, Providence
(U.S.A)*
Professeure Mildred T. STAHLMAN
(1982)
*Vanderbilt University, Nashville
(U.S.A)*
Professeur Théodore H. SCHIE-
BLER (1989)
*Institut d'Anatomie de Würzburg
(R.F.A)*
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA
(1996)
*Research Institute for Mathematical
Sciences de
Kyoto (JAPON)*
Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK
(1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG
(1997)
*Université d'Hô Chi Minh-Ville
(VIËTNAM)*
Professeur Daniel G. BICHET
(2001)

Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON
(2005)
*Institute of Technology, Atlanta
(USA)*
Professeur Brian BURCHELL
(2007)
*Université de Dundee (Royaume-
Uni)*
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Président du jury,

Monsieur le professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury de thèse. Votre engagement au sein du département de médecine générale apporte un regard pertinent sur ce travail.

Soyez assurés de notre profonde reconnaissance.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean PAYSANT

Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail et nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail.

Veillez recevoir nos plus vifs remerciements et l'expression de notre plus profond respect.

Madame la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur de Médecine Interne

Vous nous faites l'honneur d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail.

Recevez le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Madame la Professeure Christine CAPDEVILLE-ATKINSON

Professeur à la faculté de Pharmacie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail et de représenter la profession de pharmacien.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de tout notre respect.

Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Vous êtes à l'origine de ce travail et avez largement contribué à sa réalisation. Je suis profondément reconnaissant de votre pédagogie et de toute votre expérience partagée au cours du stage et des soirées de formations continue.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma très grande reconnaissance.

Madame le Docteur Marie-France BAUDOIN

Docteur en Médecine Générale, Présidente de l'AMMPPU

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Merci d'avoir partagé votre passion pour la médecine générale et de permettre aux professionnels de santé mosellans de se perfectionner en présidant l'AMMPPU.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mes sincères remerciements.

Aux experts des réunions organisées par l'AMMPPU auxquelles j'ai participé :

Monsieur Hubert JUPIN, docteur Nicolas ROUX, docteur Philippe THOMAS, docteur Elisabeth LANGLOIS, docteur Edwige BATISSE, docteur Raphaëlle LONGO, docteur Jean-François CUNY, docteur Jacques BIRGÉ, docteur Jacques CALLANQUIN, docteur Jean-Marc PAULY.

Merci pour vos implications dans la formation continue des professionnels de santé libéraux.

A tous les intervenants de l'AMMPPU

Grâce à vous, j'ai pu réaliser cette thèse, merci d'avoir consacré de votre temps pour y participer. Merci en particulier pour la motivation de tous les organisateurs de réunions.

A mes cinq maîtres de stage de SASPAS

Docteur Jean-Michel MARTY, docteur Marie-France BAUDOIN, docteur Hélène GARDE-MARTY, docteur Christine LEFEBVRE-KACZMARZ et docteur Jean-Marie BIEVELEZ pour m'avoir formé à la médecine générale avec vos différentes approches et vos partages d'expériences.

A mes parents Joëlle et Marc,

De m'avoir soutenu pendant ces longues années d'études. Merci pour tout ce que vous avez su m'apporter et me donner. J'en suis là aujourd'hui grâce à vous.

A ma sœur Pauline et mon frère Nicolas,

Pour notre grande complicité, pour votre soutien et pour le partage de vos passions. Merci pour ces bons moments passés avec vous et Aurore, Yanaël et Flo.

A toute ma famille

A JM,

Pour tous les moments inoubliables passés pendant ces longues études et tes conseils dans tous les domaines.

A Thiti,

Tes cartons d'invitation sont si beaux que la salle de soutenance de thèse risque d'être bondée. Ne t'inquiète pas, je vais bientôt pouvoir signer la déclaration de choix de médecin traitant.

A Christian,

Merci pour ces valeurs de sportif que tu m'as enseigné. Ne jamais baisser les bras, ne pas se retourner en arrière, toujours aller chercher celui devant,... elles sont applicables à la vie de tous les jours ! Merci aussi à Denis et à Frank.

A mes amis,

Avec une mention spéciale à Tania et à Gaëlle pour leur soutien à distance.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES :	19
ABRÉVIATIONS	20
INTRODUCTION	21
PREMIÈRE PARTIE : DOMAINES DE COMPÉTENCES ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	25
1. DOMAINES DE COMPÉTENCES	26
1.1. MÉDECINS GÉNÉRALISTES	26
1.1.1. Référentiels métier	26
1.1.2. Code de Déontologie médicale	28
1.1.2.1. Notion de compétence	28
1.1.2.2. Libre choix	29
1.1.2.3. Diagnostic	29
1.1.2.4. Prescription	29
1.1.2.5. Secret médical	30
1.2. PHARMACIENS.....	31
1.2.1. Référentiel métier.....	31
1.2.2. Code de santé publique	32
1.2.3. L'entretien pharmaceutique.....	33
1.2.4. Règles de prescription.....	34
1.3. MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES	36
1.3.1. Référentiel métier.....	36
1.3.2. Code de santé publique	37
1.3.2.1. Domaines de compétences	37
1.3.2.2. Bilan diagnostic kinésithérapique (BDK)	39
1.3.2.3. Demande d'accord préalable (DAP)	40
1.4. INFIRMIERS	41
1.4.1. Référentiel métier.....	41
1.4.2. Code de santé publique	41

1.4.3.	Démarche de soins infirmiers (DSI)	43
1.4.4.	Pratique avancée	44
1.4.4.1.	En France	44
1.4.4.2.	A l'étranger.....	45
1.4.4.3.	Les propositions	46
1.5.	LA LOI HÔPITAL PATIENTS SANTÉ TERRITOIRES (HPST).....	47
1.5.1.	Principes généraux	47
1.5.2.	Missions du médecin généraliste de premier recours.....	48
1.5.3.	Nouvelles missions du pharmacien	49
1.5.4.	Protocole de coopération.....	50
2.	RELATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA LITTÉRATURE	52
2.1.	PHARMACIENS.....	52
2.1.1	Connaissance de la discipline, communication	52
2.1.2	Sources de dysfonctionnements relationnels.....	52
2.1.3	Éléments importants de la coopération	53
2.2.	MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES	55
2.2.1	Formation et connaissances du médecin généraliste	55
2.2.2	Prescription	56
2.2.3	Aspect relationnel	57
2.3	INFIRMIERS	58
2.3.1	Généralités	58
2.3.2	Perception de la relation par l'infirmière	58
2.3.3	Perception de la relation par le médecin	59
2.3.4	Solutions proposées	60
	DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE DES DYSFONCTIONNEMENTS INTERPROFESSIONNELS.....	61
1.	MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	62
1.1.	MATÉRIEL	62
1.1.1.	Description de l'AMMPPU	62
1.1.2.	Réunions	62
1.1.2.1.	Réunions thématiques pluriprofessionnelles	62
1.1.2.2.	Réunions de morbi-mortalité.....	63
1.2.	MÉTHODES.....	64
1.2.1.	Caractéristiques de l'étude	64

1.2.2.	Recueil de données et analyse.....	64
2.	RÉSULTATS.....	66
2.1.	PARTICIPATION A L'ÉTUDE.....	66
2.2.	DONNÉES RECUEILLIES LORS DES RÉUNIONS INTERPROFESSIONNELLES.....	67
2.2.1.	RMM médecins – pharmaciens n°1	67
2.2.2.	La kinésithérapie : un art qui mérite de savoir être prescrit	69
2.2.3.	Pathologies ostéo-articulaires de l'épaule	72
2.2.4.	Bonnes règles de prescription de soins infirmiers	73
2.2.5.	L'aide aux aidants	74
2.2.6.	Pathologies ostéo-articulaires du genou	74
2.2.7.	Prescription – dispensation	75
2.2.8.	Réunion de concertation pluridisciplinaire autour de la personne âgée fragilisée	79
2.2.9.	Prise en charge à domicile du patient en chimiothérapie	80
2.2.10.	Plaies chroniques et pansements	81
2.2.11.	RMM médecins – pharmaciens n°2	82
2.2.12.	Les antibiotiques : sensibiliser patients et médecins	85
2.2.13.	La prise en charge pluriprofessionnelle du patient diabétique à domicile	86
2.2.14.	Prescrire correctement le matériel d'orthopédie 1/2.....	88
2.2.15.	La gestion du patient en perte d'autonomie	89
2.2.16.	Prescrire correctement le matériel d'orthopédie 2/2.....	90
2.2.17.	Examen du rachis	91
2.3.	RÉCAPITULATIF	93
3.	DISCUSSION.....	95
3.1.	DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	95
3.1.1	La méconnaissance des autres professions, des indications et règles de prescription.....	95
3.1.1.1	Méconnaissance des compétences des autres professions.....	95
3.1.1.2	Méconnaissance des indications.....	96
3.1.1.3	Méconnaissance des règles de prescription.....	96
3.1.2	La communication : difficultés, moyens	97
3.1.2.1	Difficultés.....	97
3.1.2.2	Moyens.....	97
3.1.2.3	Les réseaux de soins	99
3.1.3	Le rôle propre des professionnels de santé.....	100
3.1.3.1	Quelques exemples relevés dans l'étude	100
3.1.3.2	Réflexions autour du rôle propre.....	101
3.1.4	Le suivi, la réévaluation et l'observance	103

3.1.4.1	Le suivi.....	103
3.1.4.2	La réévaluation.....	104
3.1.4.3	L'observance	104
3.1.5	L'aspect médico-légal	105
3.1.5.1	Le dossier de soins	105
3.1.5.2	Les informations.....	106
3.1.6	Les autres dysfonctionnements	107
3.1.6.1	Les spécificités des professions.....	107
3.1.6.2	La personnalité des professionnels	108
3.1.6.3	L'entourage du patient.....	108
3.2.	DISCUSSION DE LA MÉTHODE.....	109
3.2.1.	Les aspects positifs de l'étude.....	109
3.2.2.	Les limites de l'étude	110
3.3.	COMPARAISON AVEC D'AUTRES ÉTUDES	112
3.3.1	Comparaison de la méthode.....	112
3.3.2	Comparaison de résultats globaux	112
3.3.3	Comparaison de la relation MG – pharmacien.....	113
3.3.4	Comparaison de la relation MG – MK.....	114
3.3.5	Comparaison de la relation MG - IDE	114
	CONCLUSION.....	115
	BIBLIOGRAPHIE.....	119
	ANNEXES	127

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES :

Tableaux :

Tableau 1 : référentiel métier du médecin généraliste.

Tableau 2 : référentiel métier du pharmacien.

Tableau 3 : référentiel métier du masseur-kinésithérapeute.

Tableau 4 : référentiel métier de l'infirmier et de l'infirmière.

Tableau 5 : liste des réunions transversales organisées par l'AMMPPU de juin 2015 à mars 2017.

Tableau 6 : classement des problématiques par thématique.

Figure :

Figure 1 : La compétence clinique du médecin généraliste.

ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

AMMPPU : Association médicale mosellane de perfectionnement post universitaire

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS : Agence régionale de santé

BDK : bilan diagnostique kinésithérapique

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

CSP : Code de la santé publique

DAP : demande d'accord préalable

DSI : démarche de soins infirmiers

DSP : dossier de soins partagés

EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

ETP : éducation thérapeutique du patient

FMC : formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de santé

HPST : hôpital patients santé territoires

IDE : infirmier ou infirmière diplômé d'état

MG : médecin généraliste

MK : masseur-kinésithérapeute

RMM : Revue de morbi-mortalité

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est souvent considéré comme le chef d'orchestre dans la coordination des soins. Bien sûr, il n'agit pas seul mais entouré d'autres professionnels médicaux et paramédicaux. Chaque professionnel connaît-il les aptitudes de l'autre ? En effet, un bon discernement des compétences de ses interlocuteurs semble primordial pour assurer une coopération efficace.

Ainsi, la communication entre ces différents acteurs de santé est essentielle. L'absence ou la pauvreté des échanges, des transmissions approximatives ou encore des difficultés à utiliser les nouveaux moyens de communication ne risquent-elles pas d'occasionner une moins bonne prise en charge, voire des erreurs pouvant se répercuter sur la santé des patients ?

Au moment où la désertification médicale commence à s'étendre, la nécessité d'optimiser les soins apparaît au premier plan. Plus que jamais, le médecin généraliste doit coopérer avec les autres professionnels de santé notamment paramédicaux, au bénéfice du patient, mais aussi pour faire face aux modifications de la démographie médicale.

L'interprofessionnalité est actuellement au cœur des enjeux du système de soins. Les relais ville-hôpital, les services de maintien à domicile comme le SIAD (soins infirmiers à domicile) ou l'HAD (hospitalisation à domicile), les maisons de santé pluridisciplinaires, l'éducation thérapeutique pluriprofessionnelle et les nouveaux modes de communication sont plus que jamais sollicités. La coordination des professionnels de santé autour du patient est probablement la meilleure solution pour rendre le parcours de soin efficient.

L'AMMPPU (association médicale mosellane de perfectionnement post universitaire), composée essentiellement de médecins généralistes, a décidé de proposer de plus en plus d'actions de formation inter et pluriprofessionnelle dans le domaine de la santé et d'augmenter ainsi le nombre d'autres professionnels de santé parmi ses adhérents et ses cadres. Elle a fait de la « transversalité professionnelle » un de ses objectifs principaux depuis 2015. Des événements sur ce thème y sont organisés : soirées de présentation du champ de compétences des différents professionnels de santé, soirées de formation et d'échanges inter et pluriprofessionnels autour d'un thème commun, Revues de Morbidité et de Mortalité (RMM). Nous avons choisi d'observer et analyser, à travers ces réunions, les relations entre le médecin généraliste et ses principaux correspondants libéraux paramédicaux, à savoir infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pharmaciens. Le nombre de rencontres de ce type, prévu sur une durée de dix-huit mois, nous a paru adapté pour recueillir un nombre de problématiques exprimées, d'interrogations soulevées et de solutions proposées par les professionnels, suffisant pour permettre une analyse et une discussion.

Pour permettre l'analyse de ces données, nous avons commencé ce travail par une revue de la littérature sur le sujet. Ainsi, la première partie présente les référentiels métiers ainsi que les textes législatifs relevant du domaine de compétences de chaque profession, puis analyse la relation interprofessionnelle dans la littérature. La seconde partie correspond à l'étude elle-

même, à savoir, consigner les dysfonctionnements de la coopération entre professionnels de santé, repérés au cours de ces réunions, et les pistes d'amélioration proposées par les professionnels. La discussion porte sur le regroupement des problématiques par thématiques, permettant d'identifier les dysfonctionnements communs à toutes les professions étudiées, et leurs comparaisons avec les données de la littérature.

Le but de ce travail est d'identifier un certain nombre de difficultés issues de la relation interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers, pharmaciens et masseurs-kinésithérapeutes en 2016-2017 en Moselle, puis de proposer des pistes contribuant à améliorer les coopérations entre professionnels de santé libéraux.

PREMIÈRE PARTIE : DOMAINES DE
COMPÉTENCES ET REVUE DE LA
LITTÉRATURE

1. DOMAINES DE COMPÉTENCES

1.1. MÉDECINS GÉNÉRALISTES

1.1.1. Référentiels métier

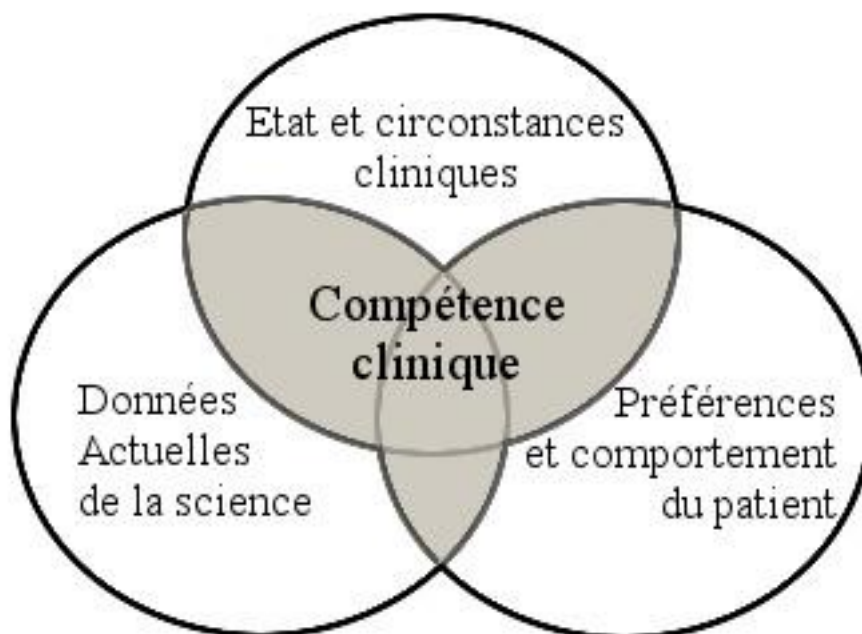
Plusieurs référentiels existent à ce jour. Le collège national des généralistes enseignants (CNGE) propose un référentiel (1), en s'inspirant de 16 situations cliniques représentatives de l'activité au quotidien. Les étapes de la prise en charge d'un patient sont les suivantes :

- Poser un **diagnostic** global de la situation
- Elaborer un **projet d'intervention** négocié avec le patient
- Mettre en œuvre le **projet thérapeutique**
- Effectuer un suivi et assurer la **continuité de la prise en charge**
- Effectuer un **suivi en temps différé**

La notion de compétence clinique est vue comme la combinaison de trois points essentiels :

- Etat et circonstances cliniques
- Données actuelles de la science
- Préférences et comportement du patient

Figure 1 : La compétence clinique du médecin généraliste.



Les compétences sont ensuite requises pour cinq champs d'activité :

- La **démarche clinique** spécifique
- La **communication** avec les patients et leur entourage

- La gestion de l'**outil professionnel**
- Les **relations coordonnées avec l'environnement professionnel** et les institutions sanitaires et sociales
- Les savoir-faire contribuant au développement et au **rayonnement de la discipline** de médecine générale

S'ajoutent à cela trois dimensions spécifiques fondamentales, puisque cette discipline scientifique est centrée sur la personne :

- **Dimension scientifique** : intègre l'approche critique basée sur des données validées, l'élaboration de connaissances et le développement professionnel continu
- **Dimension comportementale** : touche la notion de valeurs et d'éthique
- **Dimension contextuelle** : prend en compte la personne, la famille, la communauté, la culture

Le référentiel réalisé sous l'égide de la Conférence des présidents des sections généralistes des Unions professionnelles régionales de médecins libéraux, avec le partenariat de « *MG Form* », propose de considérer les compétences relatives au patient puis celles liées à l'organisation et à l'objectif de qualité (2) :

Tableau 1 : référentiel métier du médecin généraliste.

Les compétences au service du patient	
	Compétences touchant à l'identification et à la gestion d'une problématique de santé
1	Elaborer un diagnostic global de situation d'un patient, dans le but d'identifier le ou les problèmes à résoudre (recueillir, classer, analyser, synthétiser l'information)
2	Elaborer et proposer un projet de santé adapté à la situation du patient (négocier, décider, planifier, réévaluer)
3	Elaborer et proposer un projet de soins adapté à la situation du patient (négocier, décider, orienter, planifier, réévaluer)
4	Réaliser les gestes techniques utiles à la prise en charge du patient en pratique de soins primaires
5	Réaliser une prescription personnalisée conforme aux données actuelles des sciences et techniques médicales et aux réglementations en vigueur
6	S'assurer de la coopération d'autres intervenants des domaines sanitaire et social pour une prise en charge coordonnée du patient
7	Collaborer à la réalisation d'objectifs de santé publique
	Compétences touchant aux interactions médecin-patient
8	Etablir et entretenir une relation d'aide personnalisée avec le patient et son entourage, dans l'instant et dans la durée
9	Informé, conseiller et éduquer le patient, afin de lui permettre de s'impliquer dans la gestion de sa santé

Les compétences touchant à l'organisation et à l'objectif de qualité

10	Gérer la micro entreprise qu'est le cabinet , aux plans matériel, humain, administratif et économique
11	Organiser le fonctionnement du cabinet de façon à assurer continuité et permanence des soins
12	Organiser et gérer l'information médicale , quelle qu'en soit l'origine
13	Organiser l'entretien de sa compétence
14	Maîtriser la qualité des prestations

1.1.2. Code de Déontologie médicale

Les compétences du médecin généraliste sont diverses et variées. Dans un souci de concision, seuls les articles touchant à l'interprofessionnalité ont été relevés.

1.1.2.1. Notion de compétence

L'article R4127-32 du Code de santé publique (CSP) (3) amène la notion de compétence :

« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

L'article R4127-71 du CSP ajoute :

*« [...] Il doit veiller à la **compétence** des personnes qui lui apportent leur concours. »*

Quelle est la définition de « compétence » ? La définition proposée par Larousse est la suivante : « *Aptitude d'une autorité à effectuer certains actes* ». On peut en déduire qu'il s'agit d'un statut qui autorise à réaliser des actes définis. Suffit-il du diplôme pour être compétent ?

Dans la plupart des milieux du management professionnel, la notion de compétence est définie de la façon suivante :

« La compétence est un « savoir agir » validé dans une situation professionnelle complexe et en vue d'une finalité ; elle est le résultat de la combinaison de différents types de ressources » (D'après G. Le Boterf) (4).

Le professionnel sera dit compétent lorsqu'il sera capable de mobiliser à bon escient des compétences pour réaliser les activités décrites et remplir ses missions.

Si l'on définit la compétence comme un **savoir agir**, alors ces articles ont une toute autre signification. En effet, le médecin généraliste doit alors s'entourer de personnes qui exercent leur profession satisfaisant des critères de qualité.

1.1.2.2. Libre choix

L'article R4127-23 du CSP (3) précise que :

*« Tout **compérage** entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit. »*

L'article R4127-68 du CSP (3) dispose que :

*« Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le **libre choix du patient**. Avec l'accord du patient, le médecin échange avec eux les informations utiles à leur intervention. »*

Il est important d'insister sur le fait que le médecin peut conseiller une adresse, d'un professionnel de santé compétent, mais il doit respecter le libre choix du patient.

1.1.2.3. Diagnostic

L'article R4127-33 du CSP (3) détaille la notion de diagnostic :

*« Le médecin doit toujours élaborer son **diagnostic** avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. »*

Ainsi, le médecin peut **déléguer certaines tâches** comme un relevé de constantes par une infirmière, prescrire des examens complémentaires ou adresser le patient à un autre spécialiste. Il n'est pas obligé de tout réaliser lui-même, mais il doit se donner les moyens d'obtenir le bon diagnostic.

1.1.2.4. Prescription

L'article R4127-8 du CSP (3) apporte que :

*« Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le **médecin est libre de ses prescriptions** qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »*

Parfois, le médecin peut choisir de prescrire hors autorisation de mise sur le marché (AMM) ou en dehors des recommandations des sociétés savantes, ou même préférer l'abstention thérapeutique. A partir du moment où cette **prescription est justifiée** par les données scientifiques, le contexte et l'éthique, on ne pourra pas lui reprocher cette prescription, surtout si la dignité de la personne est respectée. Bien sûr, il en est responsable, et doit alors en informer les différents acteurs de santé appliquant cette prescription, qui sont eux co-responsables.

1.1.2.5. Secret médical

L'article R4127-4 du CSP (3) dispose que :

*« Le **secret professionnel**, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »*

Les autres professions médicales et paramédicales sont également soumises à cette loi. Informer les correspondants professionnels de santé tout en respectant le secret médical n'est pas aisé. Cela constitue parfois un frein dans la coordination des soins qu'il faut respecter sans entraver la bonne prise en charge du patient.

1.2. PHARMACIENS

1.2.1. Référentiel métier

Le rôle du pharmacien a évolué en France comme dans le monde au cours des dernières décennies. Centré sur la préparation et la dispensation des médicaments, il s'est orienté vers la dispensation associée à des prestations plus larges de prise en charge thérapeutique du patient. La Société française de pharmacie clinique propose un référentiel de pharmacie d'officine de 206 pages (5) détaillant toutes les compétences. Il est destiné à aider les pharmaciens à élargir et approfondir le champ de leur exercice afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge thérapeutique des patients :

Tableau 2 : référentiel métier du pharmacien.

1	Politique générale de l'officine : <ul style="list-style-type: none">- Management de la qualité- Politique économique de l'officine
2	Management opérationnel : <ul style="list-style-type: none">- Ressources humaines- Locaux- Equipements- Sous-traitance
3	Achats et logistique des produits : <ul style="list-style-type: none">- Acheter les produits dont la vente est autorisée en officine- Assurer l'approvisionnement de la pharmacie en produits dont la vente est autorisée en officine- Optimiser la gestion des stocks et assurer la mise à disposition des produits- Acheter les consommables et les équipements
4	Prise en charge du patient/client à l'officine et dans son parcours de soin : <ul style="list-style-type: none">- Prise en charge du patient/client à l'officine- Education thérapeutique du patient- Prise en charge d'un patient dans le cadre d'un protocole de coopération : rôle du pharmacien correspondant- Démarche réseau et fonction de pharmacien référent- Coordination ville-hôpital et suivi d'hospitalisation
5	Prise en charge thérapeutique du patient avec une prescription : <ul style="list-style-type: none">- Dispensation et traçabilité des médicaments prescrits- Observance thérapeutique et adhésion thérapeutique- Dispensation de dispositifs médicaux (DM)- Préparations magistrales

6	Premiers recours et autres prestations pharmaceutiques : <ul style="list-style-type: none"> - Le conseil pharmaceutique - Développement des actions de prévention et dépistage - Gestion des urgences - Maintien à domicile - Conseil et dispensation des médicaments et produits vétérinaires - Demandes d'identification
7	Prévention et gestion des risques : <ul style="list-style-type: none"> - Prévention des risques et gestion des accidents - Gestion des risques produits
8	Formation, stages et recherche : <ul style="list-style-type: none"> - Formation - Pédagogie des stages - Recherche dans le cadre de la participation à une étude de phase IV

1.2.2. Code de santé publique

Sauf dérogations, les **domaines de compétences** réservés aux pharmaciens, selon l'article L4211-1 du CSP (6) sont listés ci-dessous :

- « *La préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine*
- *La préparation des objets de pansements et de tous articles présentés comme conformes à la pharmacopée*
- *La préparation des générateurs, trousseaux ou précurseurs mentionnés à l'article L.5121-1*
- *La vente en gros, la vente au détail, y compris par internet, et toute dispensation au public des médicaments, produits et objets mentionnés aux 1°, 2° et 3°*
- *La vente des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée sous réserve des dérogations établies par décret*
- *La vente au détail et toute dispensation au public des huiles essentielles dont la liste est fixée par décret ainsi que de leurs dilutions et préparations ne constituant ni des produits cosmétiques, ni des produits à usage ménager, ni des denrées ou boissons alimentaires*
- *La vente au détail et toute dispensation au public des aliments lactés diététiques pour nourrissons et des aliments de régime destinés aux enfants du premier âge, c'est-à-dire de moins de quatre mois, dont les caractéristiques sont fixées par arrêté des ministres chargés de la consommation et de la santé*
- *La vente au détail et toute dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à être utilisés par le public, à l'exception des tests destinés au diagnostic de la grossesse ainsi que des tests d'ovulation. »*

L'article L5111-1 du CSP (7) propose une **définition du médicament** :

*« On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés **curatives** ou **préventives** à l'égard des maladies humaines ou animales. Ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée en vue d'établir un **diagnostic médical** ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une **action pharmacologique, immunologique ou métabolique**.*

*Sont notamment considérés comme des médicaments les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas par elles-mêmes des aliments mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales recherchées en **thérapeutique diététique**, soit des propriétés de repas d'épreuve. »*

1.2.3. L'entretien pharmaceutique

L'entretien pharmaceutique est un dispositif d'accompagnement par le pharmacien des patients bénéficiant d'un traitement au long cours. La nouvelle convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signée le 4 avril 2012 (8), définit l'entretien pharmaceutique dans l'article 10-2. Il constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient. L'entretien doit permettre :

- *« De renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients*
- *De valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament*
- *D'évaluer la connaissance par le patient de son traitement*
- *De rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et d'aider à s'approprier son traitement*
- *D'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement. »*

Il aide ainsi à **lutter contre la iatrogénie**. L'entretien pharmaceutique suppose une confidentialité, où les patients sont reçus individuellement. Un aménagement des locaux est d'ailleurs parfois nécessaire. Le pharmacien doit obtenir le consentement éclairé du patient pour son intégration au dispositif. Il doit également s'abstenir de tout diagnostic.

Un premier entretien a lieu à l'initiation d'un traitement, puis au moins deux rendez-vous annuels permettent d'apprécier le bon usage du médicament adapté au mode de vie du patient. A l'issue du dernier entretien, les conclusions sont envoyées au médecin référent.

La Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) fournit au pharmacien un guide d'accompagnement et une fiche de suivi au patient.

La rémunération se fait sous forme de forfait. Une indemnité de 40 euros est prévue pour la réalisation annuelle de deux entretiens pharmaceutiques avec un patient atteint d'une maladie chronique.

1.2.4. Règles de prescription

Pour être correctement traitée par le pharmacien et la caisse d'Assurance maladie du patient, la prescription de médicaments doit contenir un certain nombre d'éléments obligatoires. Voici la liste disponible directement sur le site de l'Assurance maladie (9) :

- « *l'identification complète du médecin (nom, qualification, numéro d'identification, etc.) ;*
- *le nom et le prénom du patient, éventuellement son âge, son sexe, son poids et sa taille ;*
- *la date de rédaction de l'ordonnance ;*
- *le nom de la spécialité (princeps ou générique) ou la dénomination commune d'un principe actif (DC) assortie ou non d'une marque ou du nom du fabricant ;*
- *le dosage et la forme pharmaceutique ;*
- *la posologie et le mode d'emploi ;*
- *s'il s'agit d'une préparation, il faut préciser la formule détaillée ;*
- *la durée du traitement (exemple : traitement pour trois mois) ou le nombre d'unités de conditionnement dans le cas d'une prescription en nom de marque (exemple : deux boîtes de 20 comprimés) ;*
- *le nombre de renouvellements de la prescription si nécessaire ;*
- *la mention non remboursable (NR) dans le cas d'une prescription d'un médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables ;*
- *la signature. »*

L'ordonnance peut être renouvelable jusqu'à un maximum de douze mois.

Il existe également des **règles particulières de prescription**. En voici la liste :

- Médicaments prescrits en dehors des indications thérapeutiques remboursables : la mention NR est ainsi utilisée
- Médicament non substituable : doit être écrite de manière manuscrite et en toutes lettres
- Prescription restreinte, avec surveillance ou mise en garde particulière : il s'agit des médicaments en réserve hospitalière (RH), à prescription hospitalière (PH), à initiation hospitalière (PIH), à prescription réservée à des médecins spécialistes (PRS). Enfin, on retrouve aussi les médicaments nécessitant une surveillance particulière (SP), ne pouvant être prescrits que si un certain nombre d'examen sont réalisés
- Médicaments soumis à accord préalable : cela concerne actuellement, par exemple, la Rosuvastatine et l'Ezétimibe

- Médicaments d'exception : ils ne sont pris en charge que s'ils sont prescrits dans le respect des indications thérapeutiques prévues par la fiche d'information thérapeutique (FIT)
- Prescription de stupéfiants : sur ordonnance sécurisée, l'ordonnance doit être rédigée en toutes lettres, en précisant les unités thérapeutiques par prise, les doses ou la concentration de substance. Le patient doit se rendre en pharmacie dans les 3 jours. Au-delà de ce délai, la délivrance sera limitée à la durée restant à courir
- Cas particulier des prescriptions de préparations magistrales ou officinales : il faut apposer la mention « Prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles » pour que la préparation puisse être remboursée à l'Assurance maladie

1.3. MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

1.3.1. Référentiel métier

Les compétences propres du masseur-kinésithérapeute (MK), selon le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (10), sont les suivantes :

Tableau 3 : référentiel métier du masseur-kinésithérapeute.

Les compétences propres du MK	
1	Conduire et réaliser une évaluation clinique kinésithérapique analytique et globale du patient
2	Élaborer un diagnostic kinésithérapique
3	Concevoir et conduire une stratégie d'intervention en kinésithérapie
4	Mettre en œuvre la prise en charge kinésithérapique
5	Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et de dépistage en kinésithérapie et en santé publique
Les compétences annexes du MK	
1	Évaluer, analyser et améliorer sa pratique professionnelle
2	Concevoir un projet de recherche
3	Gérer une structure et ses ressources (gestion administrative - gestion comptable - gestion du personnel - logistique et gestion du matériel)
4	Participer à la continuité des soins et à des actions de santé publique
5	Informier et former des étudiants et des professionnels

L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a publié un autre référentiel (11), moins exhaustif mais plus pratique. Il précise que pour assurer des soins, que ce soit pour une pathologie aiguë ou chronique, le masseur-kinésithérapeute effectue une succession d'étapes. Celles-ci peuvent faire l'objet d'une relation interprofessionnelle et sont mentionnées ci-dessous :

- **Accueillir le patient**
- **Effectuer un diagnostic :**
 - en orientant si nécessaire le patient, à la suite d'un diagnostic d'exclusion, vers d'autres professionnels de santé ou de soins
- **Proposer et décider un plan de prise en charge**
- **Mettre en œuvre le traitement :**
 - en coopérant avec les autres professions de santé pour synchroniser la réalisation des soins
 - en effectuant des points d'étape en réunions interdisciplinaires (pour les pathologies chroniques)
 - en coopérant étroitement avec le médecin prescripteur (pour les pathologies chroniques)

- **Effectuer un bilan final et un suivi :**
 - en communiquant au médecin ou à l'institution de soins une synthèse des modalités et résultats de l'intervention
 - en enrichissant le diagnostic médical concernant l'explication des déficiences de mouvement et des douleurs

1.3.2. Code de santé publique

La définition de la discipline est proposée par l'article R4321-1 du CSP (12) :

« La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien, et lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. »

1.3.2.1. Domaines de compétences

Selon l'article R4321-5 du CSP (12), sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de **rééducation** suivants :

« Rééducation concernant un système ou un appareil :

- *Rééducation orthopédique*
- *Rééducation neurologique*
- *Rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur*
- *Rééducation respiratoire*
- *Rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article R4321-8*
- *Rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques*

Rééducation concernant des séquelles :

- *Rééducation de l'amputé, appareillé ou non*
- *Rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal*
- *Rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement*
- *Rééducation des brûlés*
- *Rééducation cutanée*

Rééducation d'une fonction particulière :

- *Rééducation de la mobilité faciale et de la mastication*
- *Rééducation de la déglutition*
- *Rééducation des troubles de l'équilibre. »*

L'article R4321-7 du CSP (12) définit les **techniques** praticables suivantes :

- *« Massages, notamment le drainage lymphatique manuel*
- *Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article R4321-4*
- *Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux*
- *Etirements musculo-tendineux*
- *Mécanothérapie*
- *Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures*
- *Relaxation neuromusculaire*
- *Electro-physiothérapie*
- *Autres techniques de physiothérapie :*
 - *Thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments*
 - *Kinébalnéothérapie et hydrothérapie*
 - *Pressothérapie. »*

L'article R4321-9 du CSP (12) prévoit, dans le cadre des traitements prescrits par le médecin, que le masseur-kinésithérapeute peut :

- *« Prendre la pression artérielle et les pulsations*
- *Effectuer divers actes techniques au cours de la rééducation respiratoire :*
 - *Pratiquer des aspirations rhinopharyngées et trachéales*
 - *Administrer des aérosols (sans oublier les techniques de désencombrement)*
 - *Mettre en place une ventilation par masque*
 - *Mesurer le débit respiratoire maximum*
- *Prévenir les escarres*
- *Assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses.*
- *Contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs. »*

Le Code de santé publique précise que le masseur-kinésithérapeute peut également réaliser des **élongations vertébrales**, participer à la **rééducation cardio-vasculaire et respiratoire** (article R4321-8 du CSP). Il a un **rôle de prévention** important, peut établir des **bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives** (article R4321-11 du CSP), mais aussi les **gestes de secours** en attendant l'intervention d'un médecin (article R4321-10 du CSP) (12).

L'arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire (13) permet au masseur-kinésithérapeute le droit de prescriptions de dispositifs médicaux, tels des aides à la déambulation, des dispositifs de prévention d'escarre, des orthèses, des collecteurs d'urines ou encore par exemple des débitmètres de pointe.

1.3.2.2. Bilan diagnostic kinésithérapique (BDK)

L'article R4321-2 du CSP, (12) modifié par le décret n°2000-577 du 27 juin 2000, modifiant le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute (14), définit ce bilan :

« Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur. »

Le décret n°2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique (15), modifiant à nouveau cet article R4321-2 du CSP, y ajoute des précisions :

[...] « Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur.

Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix.

Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsqu'apparaît une complication pendant le déroulement du traitement. »

Il s'agit subséquemment d'un bilan initial et final réalisé à chaque prise en charge. Sa transmission à la sécurité sociale devient obligatoire à partir de la dixième séance, puis toutes les vingt séances (cinquante séances dans certains cas d'affection neurologique et musculaire). Le BDK (*annexe 1*) est un acte intellectuel rémunéré 17,41€. (16) Il devrait permettre une **coordination des soins** avec le médecin prescripteur.

Il autorise au masseur-kinésithérapeute le **libre choix de l'aspect quantitatif et qualitatif** des séances. Enfin, il présente un aspect légal quand des soins prolongés sont nécessaires. En effet, il devient obligatoire lorsqu'une demande d'accord préalable est nécessaire.

1.3.2.3. Demande d'accord préalable (DAP)

Depuis la décision du 16 mars 2010 de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance maladie (17), le masseur-kinésithérapeute doit formuler une demande d'accord préalable, une fois passé un certain nombre de séances, et si la situation du patient le nécessite :

« Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées dans les tableaux du chapitre V du présent titre, la Haute Autorité de Santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service de contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'Assurance maladie. »

La demande est envoyée à l'UNCAM. Initialement, la demande d'entente préalable était nécessaire pour quatre pathologies ostéo-articulaires. En 2017, quatorze situations sont référencées (*annexe 2*). À terme, la plupart des actes de rééducation dans le domaine ostéo-articulaire seront couverts par des référentiels validés par la HAS (Haute Autorité de santé).

1.4. INFIRMIERS

1.4.1. Référentiel métier

Le référentiel de compétences des infirmiers et infirmières diplômés d'état (IDE) est issu du programme de formation des étudiants en soins infirmiers (18) :

Tableau 4 : référentiel métier de l'infirmier et de l'infirmière.

1	Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
2	Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3	Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4	Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
5	Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
6	Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7	Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8	Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9	Organiser et coordonner des interventions soignantes
10	Informier et former des professionnels et des personnes en formation

1.4.2. Code de santé publique

Le décret du 29 juillet 2004 du CSP définit la profession d'infirmier ou d'infirmière (19). Il réunit le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles et l'ancien décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels.

Le premier article R4311-1 du CSP (19) **définit la profession** de la façon suivante :

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »

L'**objectif des soins infirmiers** est défini par l'article R4311-2 du CSP (19) suivant :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la

personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la **santé physique et mentale** des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- De concourir à la mise en place de méthodes et au **recueil des informations utiles** aux autres professionnels, et notamment **aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions** ;
- De participer à l'**évaluation du degré de dépendance** des personnes ;
- De contribuer à la **mise en œuvre des traitements** en participant à la **surveillance clinique** et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- De participer à la **prévention**, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des **soins palliatifs**, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

La profession d'infirmier est soumise aux prescriptions médicales, mais l'article R4311-3 du CSP (19) propose depuis 2002 la définition du **rôle propre** de l'infirmier et de l'infirmière :

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a la compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires [...] Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. [...] Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

En soins ambulatoires, cet article autorise les infirmiers et infirmières à prendre des initiatives et à organiser les soins aux personnes à autonomie restreinte. Cela représente une grande part de l'activité des infirmiers et infirmières libéraux. Cela suppose la tenue d'un dossier de soins infirmiers. Ainsi, le médecin généraliste n'est pas le seul gestionnaire des soins.

Le **rôle médico-délégué** de l'infirmier et de l'infirmière concerne les actes nécessitant une prescription médicale ou un protocole, les actes réalisables à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment et les actes réalisés par le médecin auxquels participent l'infirmier et l'infirmière. Cependant les infirmiers et les infirmières doivent en permanence analyser, selon leurs propres connaissances, les ordonnances du médecin et leurs adéquations avec l'état du patient : l'infirmier et l'infirmière ne sont pas que des simples « exécutants ». En cas de prescription dangereuse, son application stricte par l'infirmier ou l'infirmière peut lui être

reprochée. La responsabilité en cas de faute médicale est donc partagée entre le prescripteur et l'exécutant.

L'article R4311-14 du CSP (19) prévoit la mise en œuvre de **soins d'urgence**, selon des protocoles écrits datés et signés par le médecin responsable. Cela est rarement le cas en soins ambulatoires de ville. Ce même article prévoit :

« En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. »

Concernant la spécificité de la profession libérale, il est stipulé que l'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel (article R4312-34 dudit code), qu'il doit disposer d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients (article R4312-33). Il est précisé l'interdiction de l'exercice forain de la profession (article R4312-36) et l'interdiction de pratiquer la profession comme un commerce (article R4312-37 et 38).

Enfin l'article R4312-41 du CSP (19) relatif à la continuité des soins, rapporte la nécessité de communication avec le médecin généraliste :

*« Si l'infirmier ou l'infirmière décide [...] de ne pas effectuer des soins [...] ou si le patient choisit spontanément de s'adresser à un autre infirmier ou à une autre infirmière, l'infirmier ou l'infirmière remet au médecin prescripteur les indications nécessaires à la continuité des soins. Le cas échéant, **il transmet au médecin désigné par le patient ou par ses proches et avec leur accord explicite la fiche de synthèse du dossier de soins infirmiers.** »*

1.4.3. Démarche de soins infirmiers (DSI)

Le rôle propre de l'infirmier et de l'infirmière est l'élément central de la démarche de soins infirmiers. La DSI fait appel au bilan diagnostic infirmier, aux prescriptions de soins et à la surveillance clinique infirmière. Il consiste en une prise en charge personnalisée, en autonomie, des patients dépendants. Il est effectué en trois étapes :

- La première est gérée par le médecin traitant, constatant que l'état de santé de son patient, en situation de dépendance temporaire ou permanente, nécessite l'intervention d'une infirmière : il prescrit une **Démarche de soins infirmiers – Prescription**, où il réalise alors un bilan des déficiences fonctionnelles. Le patient remet cette prescription à l'infirmière de son choix.
- C'est seulement à la deuxième étape que l'infirmière intervient. Suite à un bilan de la situation de soins du patient, l'infirmière propose des **objectifs de soins et planifie les actions nécessaires**.

- La troisième étape consiste à proposer au médecin généraliste la mise en œuvre d'actions de soins adaptés à l'état du patient en lui transmettant l'imprimé **Démarche de soins infirmiers – Résumé**.
- Pour une première DSI, le médecin n'a pas besoin de signer le document. Il dispose de 72 heures pour formuler ses éventuelles observations. A partir de la deuxième démarche, le document nécessite les signatures du médecin et de l'infirmière avant d'être envoyé à la caisse d'Assurance maladie.

Une DSI est prescrite pour une durée maximale de trois mois. Elle est renouvelable dans la limite de cinq par an. Elle permet une rémunération spécifique de l'infirmier ou de l'infirmière. Elle autorise des soins d'hygiène appelés actes infirmiers de soins (AIS) et des actes techniques appelés actes médicaux infirmiers (AMI) (20).

1.4.4. Pratique avancée

1.4.4.1. En France

Un exercice en pratique avancée a pour objectif un **élargissement du champ de pratique** portant par exemple vers la formulation d'un diagnostic, la réalisation d'une analyse clinique, le renouvellement ou l'adaptation de prescription médicamenteuse et d'examen complémentaires ou l'accomplissement d'activités d'orientation, éducation, prévention ou dépistage. Tout ceci est possible avec la **coopération du médecin** (et non sur délégation du médecin) et au sein d'une équipe de soin.

Il s'agit de pratiques étendues d'une profession à mi-chemin entre les fonctions d'infirmière et de médecin. Cela nécessite une formation complémentaire, plus précisément un diplôme universitaire de type master. Depuis quelques années il existe une volonté de rapprocher la formation médicale du système universitaire commun LMD (licence, master, doctorat), ce qui pourrait aider à l'intégration de cette fonction.

La pratique avancée d'une profession de santé (cela concerne de façon quasi exclusive les infirmiers et les infirmières) est différente des protocoles de coopération. Les actes autorisés par ces derniers sont encadrés et contractualisés. Ils ne sont pas validants dans le sens où ils ne permettent pas d'exercer ces actes en dehors du protocole. Au contraire, la pratique avancée ne correspond pas à une délégation d'actes encadrés, mais plutôt à une **spécialisation**.

Le centre d'analyse stratégique a publié en décembre 2011 une note concernant les coopérations entre professionnels de santé et s'intéresse aux opportunités pour l'offre de demain (21). Avant de proposer des idées de changement de l'offre de soins française, l'article se préoccupe des innovations des pays étrangers.

1.4.4.2. A l'étranger

Alors que la pratique de soins avancée est en pleine discussion en France, cela fait des années qu'elle existe à l'étranger (21-22). Voici quelques exemples :

- Finlande

Au sein de centres de santé, regroupant médecins généralistes, infirmières, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, assistants de laboratoire, les infirmiers et infirmières assurent leurs propres consultations. Ils ont un **rôle d'accueil et d'orientation**, soit dans le cadre de cette consultation, soit par téléphone.

- Angleterre

Les infirmiers et infirmières peuvent être salariés des autorités locales et effectuent des soins à domicile, avec des compétences en matière de prescription. Ils peuvent aussi être **salariés du cabinet sous l'autorité hiérarchique du médecin responsable**. Ils assurent des consultations de premier recours, le suivi de maladies chroniques et développent des actions d'éducation et de promotion de la santé. Ces cabinets perçoivent des ressources supplémentaires en contrepartie d'engagement sur des objectifs de service et de qualité.

Il existe également des « **walk-in centers** », des centres de soins d'accès rapide et sans rendez-vous, ouverts 7 jours sur 7, dans des endroits très fréquentés tels que les bouches de métros ou autres lieux publics. Des infirmières y pratiquent des bilans et peuvent proposer un traitement pour des problèmes de santé mineurs.

La politique de promotion de la coopération médecins/infirmières y est forte. En effet, dès les années 1960, de nombreuses mesures incitatives ont été prises (suite à une pénurie de médecins) : suppression de la liberté d'installation, liste minimale de 1000 patients par cabinet, incitation financière forte à l'embauche d'une infirmière.

- Québec

Au Québec ont été créés les **Groupes de Médecine de Famille (GMF)** en 2000. Au sein du GMF, l'infirmière peut effectuer des activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas et de liaisons avec les autres services de soins. Dans certaines conditions, celle-ci peut prescrire.

- Allemagne

La profession d'assistante médicale, dont la formation est accessible dès l'âge de 16 ans, est praticable en Allemagne (et aux Pays-Bas). Ces assistantes exercent uniquement dans le secteur ambulatoire et sous la responsabilité des médecins. Elles permettent de soulager le médecin de travaux de secrétariat et d'actes cliniques simples.

– Etats-Unis

Les possibilités de la profession ont davantage été poussées aux Etats-Unis. Il existe comme en Allemagne, des auxiliaires médicaux. Cependant on relève deux types de pratique avancée :

- L'**infirmière praticienne** possède des activités médicales de diagnostic et de prescription. Son secteur d'activité se situe dans l'éducation, la prévention et la promotion de santé.
- L'**infirmière spécialiste clinique** possède des compétences spécifiques et joue le rôle d'expert, pouvant intervenir dans les situations complexes.

1.4.4.3. Les propositions

Suite à l'analyse de la situation française, comparée à celle des pays sus-cités, la note du centre d'analyse stratégique (21) suggère les propositions suivantes :

- « *Créer un statut et un **diplôme infirmier clinicien** en soins primaires*
- *Expérimenter, dans quelques maisons de santé, une **consultation infirmière de première ligne** au cours de laquelle l'infirmier clinicien prendrait en charge les affections bénignes et orienterait directement, si besoin, le patient vers le médecin.*
- *Instituer une **consultation infirmière** de suivi des patients atteints de **pathologies chroniques** assurée par l'infirmier clinicien*
- *Expérimenter des **modes de rémunération** à la performance collective*
- *Structurer l'offre de **formation soins primaires** (stage obligatoire de prise en charge en soins primaires, et mise en place d'un statut de professeur universitaire – praticien ambulatoire PU-PA) »*

1.5. LA LOI HÔPITAL PATIENTS SANTÉ TERRITOIRES (HPST)

1.5.1. Principes généraux

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, dite Bachelot (23) comprend quatre titres:

- **Titre I : modernisation des établissements de santé**
- **Titre II : accès à tous à des soins de qualité**
- **Titre III : prévention et santé publique**
- **Titre IV : organisation territoriale du système de soins**

La première partie définit les missions et la gouvernance des établissements de santé dans le but d'apporter une modernisation.

La deuxième partie nous intéresse particulièrement : elle traite de l'accès de tous à des soins de qualité notamment grâce à la coopération entre professionnels de santé. Cette partie comprend 45 articles, dont voici la synthèse des points en relation avec notre étude.

Les soins de premier recours sont définis dans l'article 36. Ils comprennent :

- *« la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients*
- *la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique*
- *l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social*
- *l'éducation pour la santé »*

La loi tient compte, dans l'article 37, de la nécessité d'informer les différents professionnels de santé en charge des soins du patient à l'issue de son hospitalisation :

« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »

On y retrouve les missions du médecin généraliste de premier recours (article 36) et les nouvelles missions du pharmacien (article 38). Elles seront détaillées ci-dessous. Les protocoles de coopération sont définis dans l'article 51. Ils seront détaillés dans un paragraphe ultérieur.

Une consultation de prévention est proposée dans l'article 55 :

« Les assurés ou ayants droit âgés de 16 à 25 ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais »

La troisième partie a pour but de renforcer la prévention en impliquant tous les professionnels de santé concernés :

- La sage-femme est autorisée à effectuer une consultation de contraception, réaliser un frottis cervical et assurer un suivi gynécologique de prévention
- L'infirmière peut renouveler des prescriptions de médicaments contraceptifs
- Le pharmacien peut dispenser des contraceptifs oraux pour trois mois, pour les femmes de 15 à 35 ans

Elle a aussi pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

On retrouve la définition de l'éducation thérapeutique dans l'article 84 :

« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie [...] »

La quatrième partie définit le fonctionnement des Agences régionales de santé (ARS).

1.5.2. Missions du médecin généraliste de premier recours

La définition des soins de premier recours (article 36 de la loi HPST) passe par la définition des missions du **médecin généraliste dit de « premier recours »** :

- *« de contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du malade ainsi que l'éducation pour la santé*
- *d'orienter le patient dans le système de soin et le secteur médico-social*
- *de s'assurer de la coordination des soins de ses patients*
- *de veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections longue durée et contribuer au suivi des maladies chroniques*
- *d'assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé*
- *de contribuer à des actions de prévention et de dépistage*
- *de participer à la permanence de soins*
- *de contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles universitaires. »*

1.5.3. Nouvelles missions du pharmacien

La loi HPST, dans son article 38, s'intéresse particulièrement au pharmacien en lui offrant de **nouvelles missions**. La thèse de M. Dupuy de 2014 (24), expose et commente ces différentes missions. Ainsi, les pharmaciens d'officine :

- Contribuent aux **soins de premier recours**

Ils concernent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement des maladies et des affections courantes, l'éducation thérapeutique et le suivi des patients, l'orientation dans le système de soins et l'éducation pour la santé.

- Participent à la **coopération entre professionnels de santé**

« Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. » (Article 51 de la loi HPST)

- Participent à la mission de service public de la **permanence des soins**

La pharmacie de garde doit être mentionnée de manière visible de l'extérieur de la pharmacie, avec ses coordonnées.

- Concourent aux actions de **veille et de protection sanitaire** organisées par les autorités de santé

Il s'agit de la pharmacovigilance, matériovigilance et d'enquêtes pharmaco-épidémiologiques.

- Peuvent participer à l'**éducation thérapeutique** et aux actions d'accompagnement de patients

L'**Education Thérapeutique du Patient** (ETP) doit donner aux patients les outils pour une amélioration et une certaine autonomie de la prise en charge d'une maladie chronique. Cela nécessite une formation, disponible pour tous les professionnels de santé entrant en jeu dans la prise en charge d'une maladie chronique. Le pharmacien sensibilise au bon usage du médicament, en explique les conditions d'administration, les précautions d'emploi et les modalités de surveillance. Il peut aussi favoriser l'adhésion au traitement par des méthodes pédagogiques.

Déjà défini ci-dessus, l'**Entretien pharmaceutique** fait son apparition en 2009, grâce à cette loi HPST.

- Peuvent assurer la fonction de **pharmacien référent** pour un établissement qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur

Il s'agit en particulier des EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes. Le pharmacien référent veille au respect de la permanence et de la continuité du service pharmaceutique en gérant l'approvisionnement des produits pharmaceutiques.

- Peuvent être désignés comme **correspondants** au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, **renouveler périodiquement des traitements chroniques**, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets

Le pharmacien correspondant peut donc avoir à réaliser un bilan de médication comprenant l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement, tout en identifiant les interactions avec d'autres médicaments. Si un ajustement de posologie est nécessaire, il le précise sur une feuille annexée à l'ordonnance.

- Peuvent proposer des **conseils et prestations** destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes

Cela concerne les patients qui viennent en première intention chez le pharmacien. Ce dernier peut alors délivrer des médicaments non listés, c'est-à-dire librement accessibles sans ordonnance ou des médicaments renouvelables (liste II). Bien sûr, l'orientation vers le médecin traitant est conseillée si la situation est trop complexe, nécessite une intervention rapide et/ou sort de son champ de compétence.

Le pharmacien répond alors pleinement à son rôle d'acteur de soins de premier recours.

1.5.4. Protocole de coopération

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 (23) permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, **de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention** auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avant de le soumettre à la validation de la HAS. Le patient est informé de cette coopération. Ces protocoles définissent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et les champs d'intervention des professionnels de santé concernés. **La HAS peut étendre un protocole à tout le territoire national.**

Ce dispositif intéresse tout particulièrement les infirmiers et les infirmières qui, du fait de leur rôle médico-délégué, et de la pénurie de médecins, sont, avec les pharmaciens, les premiers à expérimenter le transfert d'activité. Certains transferts d'actes se font déjà de façon informelle, parfois illégale. Le but des protocoles de coopération est de légaliser et de formaliser ces transferts d'actes, permettant une rémunération plus appropriée, tout en respectant la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. L'enjeu de la démarche de coopération entre professionnels de santé est d'**optimiser les parcours de soins**, et apporter

ainsi une réponse aux attentes des patients et des professionnels. La possibilité d'étendre le protocole de coopération à tout le territoire national permettrait ensuite de les intégrer à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé.

La HAS a mis en ligne l'évaluation des protocoles de coopération 2014, dans son rapport d'activité de novembre 2015 (25). Celui-ci en évalue les bénéfices et limites.

L'évaluation a porté sur treize protocoles différents, dont trois protocoles déployés sur plus de cinq régions. Le réseau ASALEE est de loin le plus connu et le plus abouti des protocoles de coopération.

Créée en 2004, l'association **ASALEE** (action de santé libérale en équipe) (26) a mis en place un suivi de dossiers informatisés effectué par une infirmière de santé publique. Cette dernière organise le rythme d'examen, la mise en place de rappels chez des patients atteints d'une maladie chronique, à savoir diabète et hypertension artérielle, pour la majorité des cas. Elle assure des consultations d'éducation thérapeutique, aussi bien individuelles que collectives. Ce dispositif fait gagner du temps aux médecins tout en donnant un rôle majeur de coordination aux infirmières concernées. L'objectif est une économie de la consommation des soins. Aujourd'hui, le réseau ASALEE est présent en Bourgogne, Haute-Normandie, Lorraine, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes. Même si certaines dépenses sont en hausse (actes de biologie, d'imagerie, de kinésithérapie...), il est constaté un moindre recours à l'hôpital, aux transports sanitaires et aux spécialistes.

Cependant, le rapport publié par la HAS (25) dévoile également le faible nombre de protocoles de coopération et le fait que la demande de projets diminue avec le temps. Après une forte augmentation en 2012, les demandes ont baissé de façon significative. Plusieurs difficultés sont, en effet, recensées telles que :

- L'absence de financement qui empêche des mises en œuvre (en particulier dans la filière ophtalmologique)
- La rigidité du dispositif règlementaire qui, *a priori*, ne permet pas d'adaptation souple possible des indicateurs en fonction de conditions locales différentes
- Les mises en œuvre des protocoles qui sont trop dépendants des ressources humaines, comme les délais de formation des délégués
- Le délai, avant de pouvoir évaluer la mise en œuvre d'un protocole, est long et par conséquent, il est difficile d'en évaluer l'impact
- Si le dispositif a autorisé certaines pratiques, les professionnels rapportent que des équipes pratiquent des actes dérogatoires autorisés, sans pour autant adhérer au protocole, voire pratiquent des actes non autorisés, vu la lourdeur du dispositif

2. RELATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA LITTÉRATURE

2.1. PHARMACIENS

2.1.1 Connaissance de la discipline, communication

La relation entre médecins et pharmaciens d'officine est beaucoup plus développée que celle concernant les masseurs-kinésithérapeutes. Les études sont beaucoup plus proches, en termes de cursus ou domaines enseignés. Les appels téléphoniques sont plus fréquents, peut-être parce qu'il y a plus d'ordonnances de médicaments que de soins de masso-kinésithérapie ? Ou bien existe-t-il plus de dysfonctionnement dans la relation ?

L'analyse globale de la communication entre médecin généraliste et pharmaciens par F. Parent (27) indique que le moyen le plus souvent utilisé est le **téléphone**. La visite du médecin dans la pharmacie s'observe ensuite. Plus rarement, les rencontres se font en dehors du travail, et enfin par mail.

Comme nous explique l'étude nancéienne de 2013 étudiant la relation médecin généraliste-pharmacien d'officine, dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'ostéoporose (28), l'appel téléphonique est souvent dans le sens pharmacien vers médecin. Le sujet abordé concerne des ordonnances problématiques, des produits particuliers, des posologies ou des interactions médicamenteuses.

A l'inverse, le médecin appelle rarement le spécialiste du médicament. Les outils à disposition du médecin (logiciels informatiques de pharmacologie, livres) permettent d'obtenir une solution rapide et par conséquent, il n'a pas besoin d'appeler le pharmacien. Les rares appels consistent à savoir si le pharmacien possède un produit particulier ou un dispositif médical spécifique (28).

2.1.2 Sources de dysfonctionnements relationnels

Les dysfonctionnements interprofessionnels médecin-pharmacien fréquemment relevés sont les suivants :

- Manque d'écoute du médecin généraliste (MG) / manque de communication du pharmacien
- Manque de considération des suggestions proposées par le pharmacien / manque d'explication claire du pharmacien au MG
- Délai pour avoir un pharmacien au téléphone / manque d'appel du MG
- Manque d'appréciation des connaissances du pharmacien / manque d'exploitation de celles-ci par le MG

- Erreur de prescription / erreur de délivrance
- Méconnaissance des exigences du travail de l'autre / sentiment que l'autre professionnel a outrepassé ses fonctions (27)

Les facteurs suivants favoriseraient une bonne relation :

- Proximité entre le cabinet et la pharmacie
- Patientèle commune
- Rencontre de présentation pour inaugurer une installation (28)

Une étude réalisée en Irlande en 2003 référence toutes les perceptions qu'ont les médecins vis-à-vis des pharmaciens et inversement (29). Certes assez ancienne, elle permet de mieux caractériser les différentes problématiques, en considérant que la coopération s'améliore avec le temps :

- Certains pharmaciens ont le sentiment d'être considérés comme des « **épiciers** » par les médecins, c'est-à-dire des **commerciaux** avant d'être professionnels de santé.
- Le fait de divulguer des informations au pharmacien compromet le secret médical. S'installe alors un sentiment de **hiérarchie** prescripteur et exécutant
- Pourtant le pharmacien est plus **accessible** que le médecin, ce qui pousse les patients de plus en plus à **demande conseil au pharmacien** pour prendre des médicaments sans prescription obligatoire afin d'être soigné plus rapidement. A l'inverse, le médecin reproche au pharmacien ses horaires d'ouvertures peu conciliants pour le patient
- Globalement, le médecin généraliste ne connaît pas toutes les fonctions exercées par le pharmacien et cela se traduit par de nombreuses incompréhensions. Un sentiment de **frustration** ressort des propos des pharmaciens interrogés. Pour y remédier il est proposé des formations communes pour que les deux métiers puissent coopérer plus efficacement
- Le principal élément responsable d'une mauvaise entente médecin - pharmacien est **le manque de contact en direct**
- Enfin, l'étude conclut qu'une **réorganisation des soins primaires**, réorientant les rôles et responsabilités, permettrait au pharmacien de prendre une place plus importante, et surtout bien identifiée par ses interlocuteurs (29).

2.1.3 Éléments importants de la coopération

Une étude de 2010 réalisée aux Etats-Unis, analysant la collaboration entre médecins et pharmaciens, nous certifie que la base de toute coopération repose sur l'adoption d'un **même discours** auprès du patient (30). Cela permet une **relation de confiance** dans la chaîne de soins et par conséquent, un gain de temps en terme d'information et d'éducation du soigné. Si, par exemple le pharmacien commente de façon désobligeante la prescription du médecin, à tort ou à raison, le patient risque de douter jusqu'à perdre sa confiance envers les soignants

(30 - 28). Leurs recommandations ne seront ainsi probablement pas respectées et le traitement non pris. Pour une bonne cohésion de la chaîne de soins, si l'un des professionnels de santé n'est pas en accord avec son collègue, il peut le signaler au patient mais avec le plus de précaution possible. Il doit surtout communiquer avec le second professionnel de santé afin d'éviter que le problème ne réapparaisse. Cela est valable dans le sens médecin-pharmacien et inversement, et représente toute la difficulté relationnelle entre ces professions.

Une bonne coopération médecin - pharmacien permet d'**améliorer l'observance** dans le cadre de pathologies chroniques. Une étude canadienne de 2009 (31) prétend que 96% des médecins pensent que le pharmacien est le mieux placé pour identifier ces problèmes d'observance. Il paraît alors logique que le pharmacien renforce les arguments du médecin, explique la balance bénéfice - risque de chaque médicament et arrive à convaincre le patient de suivre son traitement.

Le pharmacien n'est pas tenu de formuler un diagnostic. Pourtant, nombre de patients viennent demander conseil au pharmacien, parfois sans passer par le médecin traitant. Il est alors mis en place un **interrogatoire, sans examen clinique**. Le pharmacien doit alors faire face à une certaine difficulté, celle d'informer les patients sans connaître ni le diagnostic, ni les antécédents. Délivrer des médicaments, vérifier les posologies et la bonne compréhension du patient suppose qu'il **doit faire confiance au diagnostic du médecin**. Une autre analyse canadienne étudiant le même sujet, datant de 2013 (32), propose aux pharmaciens un droit de prescription pour toutes les pathologies dont le diagnostic peut se faire sans examen clinique (tourista, acné juvénile...). Le pharmacien ne serait pas autorisé à renouveler un traitement hormonal contraceptif puisque cela nécessite un examen clinique.

Cependant, le pharmacien **partage sa responsabilité** avec le médecin en délivrant un traitement. Serait-il judicieux d'envisager un partage d'informations (comme la valeur de la créatinine), tout en respectant le secret médical, dans le but d'assurer un meilleur contrôle des prescriptions (32) ? A l'inverse, le médecin accepterait-il qu'on lui conteste ses ordonnances ?

D'après la méta-analyse de 2013 réalisée par P. Michot, **l'intervention du pharmacien est, dans la majorité des études, bénéfique**, en particulier pour une pathologie chronique comme l'hypertension artérielle et pour corriger des problèmes de prescription médicamenteuse (33).

L'évolution des compétences actuelles tend plutôt à **renforcer la complémentarité** du pharmacien et du médecin généraliste, en veillant à garder les spécificités de chaque profession. Cet état de fait provoque un rapprochement interprofessionnel (33).

2.2. MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

2.2.1 Formation et connaissances du médecin généraliste

Il n'existe actuellement **aucune formation spécifique** pendant les études de médecine sur les relations entre professionnels de santé. En ce qui concerne les actes de kinésithérapie, la première année commune aux études de santé propose une formation optionnelle destinée aux kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Ensuite, au cours du deuxième cycle, le module 4 intitulé Handicap-Incapacité-Dépendance enseigne l'intérêt de la masso-kinésithérapie. L'intitulé du cours est le suivant : « *Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.* » *. Enfin, au sein du DES (diplôme d'études spécialisées) de médecine générale, certaines facultés proposent un enseignement pratique. A Nancy, il existe un séminaire optionnel intitulé « *Prescription des actes paramédicaux* » ** d'une durée de six heures traitant des grands principes de la masso-kinésithérapie mais aussi des soins infirmiers, de l'orthophonie et l'orthoptie. Ainsi, les nouvelles règles de prescription sont étudiées mais les compétences techniques sont beaucoup moins abordées.

D'un point de vue pratique, certains stages hospitaliers permettent de côtoyer directement les masseurs-kinésithérapeutes notamment en médecine physique et de réadaptation. La connaissance de la masso-kinésithérapie par le médecin provient souvent de sa curiosité, de sa lecture d'articles de santé, de stages, d'une formation, ou parfois d'une expérience en tant que patient (34).

Le manque de connaissance de la discipline par les médecins généralistes serait le principal facteur à l'origine de la pauvreté de la communication avec les masseurs-kinésithérapeutes, selon une étude menée à Majorque en 2013 (35). Une meilleure compréhension des rôles, des responsabilités, des forces et faiblesses de la masso-kinésithérapie permettrait d'améliorer cette coopération. Pour cela, une formation universitaire est jugée plus adaptée. Actuellement, les bonnes coopérations entre ces deux types de professionnels de santé sont principalement dues à des initiatives individuelles (35).

*Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation (COFEMER) ? Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie. Item 53. Module 4 : handicap, incapacité, dépendance

**Accès aux ressources et cours hébergés sur l'ent (ARCHE). Prescription des actes paramédicaux. Université de Lorraine. Troisième cycle des études de médecine (DESC). Département de médecine générale. Séminaire S-25.

D'une manière générale, les connaissances de la masso-kinésithérapie par le médecin généraliste peuvent être considérées comme empiriques. Autrement dit, elles **sont fondées sur des représentations et des jugements construits au fil de la pratique** et reposent très largement sur le **jugement porté par les patients**. C'est ce que nous expose le rapport d'étude concernant la prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux, menée par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (36).

D'après l'étude concernant les relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes réalisée à Nancy en 2013 (37), le manque de connaissance en masso-kinésithérapie, selon les médecins interrogés, touche en premier lieu les échelles d'évaluation (97%), puis les actes remboursés (75%), puis les techniques pratiquées (66%), puis les règles de prescriptions (34%) et enfin les indications (46%).

Les médecins soucieux d'approfondir leur connaissance en masso-kinésithérapie souhaiteraient à 59% une intervention des kinésithérapeutes, à 65% un enseignement à la faculté et à 85% une formation médicale continue (FMC) (37). Ainsi, la présente thèse est basée sur le moyen de formation le plus apprécié des médecins généralistes.

« Une relation silencieuse fondée sur une hypothèse générale de compétence du masseur-kinésithérapeute ». (36) Voici comment certains considèrent la communication aujourd'hui. Le médecin prescrit des soins, sans vraiment savoir quelles techniques seront pratiquées. De même, le médecin généraliste se déplace rarement pour visiter le cabinet de son correspondant. Les appels téléphoniques sont peu fréquents et les réunions quasiment inexistantes. Pourtant, **la prescription de masso-kinésithérapie est fréquente** : 43% des médecins en font une par jour et, pour 30% des médecins, la prescription est pluriquotidienne (37).

2.2.2 Prescription

Depuis le 27 juin 2000, les médecins généralistes ne sont plus tenus de préciser le caractère quantitatif et qualitatif des séances. En 2013, 38% reconnaissent ne pas connaître la nouvelle réglementation (30). D'après les médecins, sur l'ordonnance, il figure très souvent le diagnostic (toujours 50%, souvent 33%), le nombre de séances (toujours : 28%, souvent : 19%). Les objectifs apparaissent moins souvent (toujours : 7%, souvent : 36%), de même que pour les techniques (toujours 7%, souvent 21%). Enfin, les médecins généralistes n'envoient pas de lettre accompagnante dans 66% des cas. D'après les masseurs-kinésithérapeutes, le diagnostic figure beaucoup moins souvent sur l'ordonnance (toujours 4%, souvent 56%). Les autres critères sont assez similaires aux impressions des médecins (37).

Le diagnostic devrait figurer sur l'ordonnance. Cependant, l'écrire directement sur l'ordonnance peut être considéré comme une violation du secret médical, d'où la recommandation de rédiger une **lettre d'accompagnement**, jointe à l'ordonnance. En retour,

le masseur-kinésithérapeute doit envoyer le BDK, au prescripteur. Il s'agit d'un outil de coordination avec les médecins. Cependant en pratique, peu de médecins le reçoivent (toujours : 0%, souvent : 19%, rarement : 49% et jamais : 31%), alors que 93% des médecins généralistes interrogés en Lorraine en 2013 trouvent intéressant de recevoir ce bilan (37).

L'étude, conduite par C. Hayward et S. Willcock, réalisée en Australie en 2015 (38), examine la faculté du médecin généraliste à établir le bon diagnostic. Une pauvreté d'informations indiquées sur l'ordonnance ou un diagnostic erroné a tendance à altérer la relation du masseur-kinésithérapeute avec le prescripteur. Pourtant, les médecins souhaitent obtenir un retour du masseur-kinésithérapeute, en particulier pour savoir si leur prescription est justifiée ou non. Les masseurs-kinésithérapeutes souhaitent davantage d'informations telles que l'évaluation de la douleur, l'histoire de la maladie, le délai et durée de prise en charge souhaités, l'aspect psychologique du patient ainsi que l'évaluation d'incapacités.

Le médecin généraliste communique avec la majorité de ses interlocuteurs professionnels de santé par courrier. En retour, ces derniers répondent par ce même moyen. En répondant à l'interrogation, le spécialiste permet de faire progresser le médecin généraliste, mais aussi de maintenir une bonne communication. Inclure les masseurs-kinésithérapeutes à cette démarche semble constructif (38).

2.2.3 Aspect relationnel

Une relation interprofessionnelle avec les masseurs-kinésithérapeutes apporterait, selon les médecins généralistes, un échange professionnel (65%), une meilleure qualité des bilans (38%), une régularité des bilans (20%) et une disponibilité pour le patient (20%). Bien que la relation entre médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute soit considérée comme « collaborative, confraternelle et amicale » (37), elle semble assez pauvre. Depuis maintenant 17 ans, nombre de médecins précisent toujours la quantité de séances et les techniques à employer sur leurs ordonnances. Parallèlement, les masseurs-kinésithérapeutes n'envoient que très rarement le BDK.

2.3 INFIRMIERS

2.3.1 Généralités

Contrairement à l'hôpital, les contacts des médecins avec les infirmiers et infirmières ne sont pas souvent face à face. Les instructions destinées aux infirmières sont remises au patient, alors qu'à l'hôpital, tout transite au bureau infirmier, qui est par ailleurs la pièce centrale des services hospitaliers. Pour que les prescriptions ou consignes soient bien comprises, elles doivent être bien formulées et claires. Ainsi, l'infirmière ayant l'habitude de travailler avec les mêmes médecins généralistes, distingue rapidement les objectifs de la prescription. Pour accéder à ce niveau de relation, cela suppose de multiples échanges interprofessionnels afin que les deux professions apprennent à mieux se connaître.

La demande de soins infirmiers a vocation à s'accroître et à se diversifier. En effet il existe de nombreuses raisons telles que le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes dépendantes et le déplacement des soins de la sphère hospitalière.

De plus, la médecine générale est en train de vivre un déficit de l'offre de soins, qui va encore s'aggraver dans les prochaines années. Le **transfert de soins** paraît alors indispensable. (23)

2.3.2 Perception de la relation par l'infirmière

L'étude « *le métier d'infirmière libérale* » dirigée par A. Vilbrod (39), analyse la perception qu'ont les infirmières de leur relation avec le médecin généraliste. Elle évoque le fait que les médecins généralistes faisaient eux-mêmes les prises de sang et les pansements. D'un certain point de vue, un transfert de tâches a déjà eu lieu.

La relation avec les médecins généralistes est souvent bien perçue par les infirmières, elle est jugée bonne (46%), sur le plan de la collaboration (12%) et cordiale dans 10 % des cas. Plus rarement cette relation est moins rapprochée, jugée confidentielle et lointaine (10%), superficielle (7%), ou encore conflictuelle (1%). Entre ces deux tendances, les relations sont neutres : correctes (6%) ou encore normales (3%).

Les infirmières se positionnent non pas comme de simples exécutantes de prescriptions ou de dociles auxiliaires médicales mais plutôt comme des partenaires techniciennes, compétentes, disponibles et agissantes. L'infirmière libérale contemporaine se revendique comme **véritable coéquipière du médecin généraliste** (39).

La **communication est unilatérale** puisque, généralement, ce sont les infirmières qui joignent les médecins généralistes par téléphone ou qui se déplacent à leur cabinet. La communication est facilitée par l'exercice regroupé ou le simple fait de partager les mêmes locaux, dans le cadre de maisons de santé pluridisciplinaires. En effet, une patientèle commune aux deux professions permet à l'infirmière de regrouper ses motifs de déplacement (40).

Pour les prescriptions inadaptées, si l'ordonnance ne respecte pas la nomenclature de soins infirmiers, alors l'infirmière doit demander une nouvelle ordonnance. Quant aux prescriptions inadéquates, l'infirmière peut plus ou moins corriger, en prévenant ou non les médecins. Par exemple, un changement de protocole de pansement ou une adaptation de la dose d'insuline sont fréquemment réalisés par les infirmières sans qu'elles préviennent l'auteur de la prescription initiale. De même les infirmières gèrent le stock de médicaments, ce qui réduit le gaspillage (39).

De plus, la présence quotidienne des infirmières apporte une connaissance des habitudes du patient, des capacités réelles du patient. Le reproche adressé aux médecins généralistes est une certaine méconnaissance et un mésusage de ces **savoirs empiriques** (39).

Même si c'est de moins en moins le cas, il existe une certaine soumission à une **double domination masculine et médicale**. Pour palier cette relation « hiérarchique », les infirmières doivent proposer des suggestions afin d'orienter le contenu des prescriptions médicales. (39)

Ces processus de négociation, au sens d'A. Strauss (42), reposent sur des discussions, des accords, des arrangements, des marchandages, et obéissent à des règles implicites variables d'un praticien à l'autre. Ces variations sont souvent attribuées aux traits de personnalité et de caractère propres aux uns et aux autres. Les effets de génération, d'âge, de période ou encore de genre font de la relation médecin - infirmière non seulement une relation professionnelle mais aussi sociale.

Dans cette étude on relève que les soignants directement installés en libéral, majoritairement des femmes, avancées dans la carrière, mettent en avant des valeurs humanistes plus que la technicité. Celles qui effectuent le plus d'actes techniques sont celles qui expriment le plus vivement leur mécontentement vis-à-vis des médecins. D'une manière générale, la relation est plus facile avec les jeunes médecins. Parfois, la communication se fait même uniquement par l'intermédiaire du patient (39).

2.3.3 Perception de la relation par le médecin

D'après la thèse de M. Brodriez (40), les moyens de communication utilisés entre les médecins généralistes et les infirmières sont insuffisants. Le **téléphone** est le plus fréquent. Les transmissions de données orales par l'intermédiaire du patient sont jugées peu fiables, du fait du risque d'incompréhension et de déformation d'informations.

Le principal motif de communication est la demande de rédaction de papiers administratifs et le renouvellement d'ordonnance. Quant aux prises en charge urgentes, il y a peu de contacts et les médecins souhaitent que les infirmières se prononcent davantage. Globalement, les médecins sont satisfaits de leur communication avec les IDE, mais trois éléments contredisent ce sentiment :

- Les **contacts de courte durée** sans discussion approfondie des problèmes du patient
- **L'unilatéralité des contacts** de l'IDE vers le MG
- Et **leurs faibles fréquences**.

En effet, les appels sont de l'ordre d'un par trimestre. Enfin, d'après ce travail, l'exercice pluriprofessionnel serait un atout pour une bonne coordination des soins (40).

2.3.4 Solutions proposées

La thèse d'A. Prato (42) analyse l'intérêt du réseau ASALEE dans le département des Vosges. Il affirme qu'aussi bien du côté des médecins, des infirmières que des patients, **l'exercice pluridisciplinaire apporté par ASALEE est bénéfique** voire incontournable. Globalement, les médecins sont favorables à la délégation de tâches. Les principaux obstacles de la mise en place de ce réseau sont la **difficulté de trouver un soutien financier**, l'aménagement des locaux pour la mise en place de l'ETP et/ou du bureau des infirmières déléguées à la santé publique (IDSP) ou encore le temps de coordination.

L'étude conclut que l'impact médico-économique du dispositif ASALEE est positif, puisqu'il y a amélioration des soins primaires sans surcoût pour l'Assurance maladie.

Une étude canadienne de 2014 analysant la collaboration entre médecins et **infirmières cliniciennes** (43) rapporte que ces dernières sont **plus impliquées dans des situations en rapport avec leur spécialisation** (accompagnement des maladies chroniques, apporter des conseils ou ajuster le traitement). Par contre, le dépistage des risques de chute, des situations de violence ou encore de signes de dépression, est moins évident pour l'infirmière que pour un médecin de famille. Celui-ci autorise les infirmières à initier et ajuster certains médicaments, mais il pense qu'elles évaluent moins bien la compréhension du patient, du fait d'un manque de connaissances du domaine. Pour conclure, ce travail propose que pour une prise en charge idéale du patient, il faut la présence à la fois du médecin et de l'infirmière clinicienne. L'auteur prétend que **les deux disciplines sont complémentaires** et nécessite une éducation interprofessionnelle commune, pour mieux se connaître afin de parfaire la coopération.

Selon une étude norvégienne de 2015 (44), 97% des infirmières affirment que **la communication par messagerie électronique est un moyen efficace de communication** avec le médecin généraliste, et jugée facile à utiliser dans 89% des cas.

DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE DES
DYSFONCTIONNEMENTS
INTERPROFESSIONNELS

1. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1.1. MATÉRIEL

1.1.1. Description de l'AMMPPU

L'association médicale mosellane de perfectionnement post universitaire (AMMPPU) est une association régie par la loi de 1901 (1908 en régime local), indépendante, apolitique, gérée essentiellement par des médecins généralistes du département de la Moselle.

L'AMMPPU a pour but de promouvoir et d'organiser la Formation Médicale. Les formations proposées s'adressent à toutes les spécialités médicales, dont la médecine générale, la médecine de protection maternelle et infantile (PMI), la médecine de santé scolaire, la médecine hospitalière, ainsi qu'aux autres professionnels de santé : chirurgiens, biologistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes... Depuis quelques années, elle inscrit son action dans la transversalité du tissu professionnel de santé.

L'AMMPPU est un organisme formateur agréé pour le développement professionnel continu (DPC).

1.1.2. Réunions

Depuis 2014, et de façon plus prononcée depuis 2016, l'AMMPPU organise un cycle transversalité en y incluant différentes réunions thématiques où sont invités divers professionnels de santé. Sont également mises en avant les réunions de morbi-mortalité interprofessionnelles et pluriprofessionnelles.

1.1.2.1. Réunions thématiques pluriprofessionnelles

Ces réunions abordent des thématiques intéressantes à la fois le médecin généraliste et ses interlocuteurs professionnels de santé. La soirée débute par une brève présentation des invités et de leurs attentes ; elle est suivie par l'intervention d'un ou plusieurs experts du thème supportée par un diaporama, parfois précédée ou entrecoupée par de courts ateliers de travail et d'échanges entre participants sur le thème (cas cliniques, gestes pratiques). Dans un souci d'interactivité, les exposés laissent une place importante aux questions, pour favoriser la participation des acteurs de santé. Enfin, la soirée se termine par un débat, selon les interrogations de chacun.

Ces réunions de formation et d'échanges inter et pluriprofessionnels, autour d'un thème commun, permettent de se former de manière interactive et de débattre sur des sujets d'actualité et des pratiques du quotidien.

1.1.2.2. Réunions de morbi-mortalité

« Une revue de morbidité et de mortalité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

L'analyse systémique, menée lors de la RMM, est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. A l'issue de cette analyse, des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il s'agit de décrire les faits et d'analyser des situations s'étant produites, pour apprendre et comprendre, afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable. » (45)

De telles réunions sont organisées principalement jusqu'à présent entre médecins et pharmaciens, dans les locaux de l'association. Elles visent à faire participer autant de médecins généralistes libéraux que de pharmaciens d'officine.

Le tour de table au début de réunion est de mise. Chacun expose à tour de rôle une situation ayant posé problème dont il aura préparé à l'avance le récit synthétique. Ces situations sont discutées au fur et à mesure par l'ensemble des participants qui font préciser certains points, donnent leur avis et leurs commentaires dans un esprit critique amical et productif mais sans jugement de valeur, ton de reproche ou accusation quelconque.

Le but est de mettre en évidence un élément source de problème dans la prise en charge du patient, impliquant la relation et la communication entre médecin généraliste et pharmacien, un dysfonctionnement dans la prise en charge pouvant conduire à un retard de diagnostic, à la mise en péril de la santé d'un patient et être considéré comme une perte de chance pour le patient.

Il est parfois difficile de s'adresser à une assemblée, surtout pour s'autocritiquer mais, en faire profiter des collègues susceptibles d'être confrontés aux mêmes problèmes, est très enrichissant. Cela permet aussi aux deux professions représentées de proposer leurs points de vue complémentaires, des solutions et de progresser.

La mise en place de telles revues de morbi-mortalité est longue car il faut du temps pour y sensibiliser les différents professionnels libéraux et les mettre en confiance. Ainsi, bien qu'en projet, aucune RMM confrontant médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes et infirmiers n'ont pu être organisées pendant la durée de l'étude.

Comme prévues initialement, les RMM confrontant médecins généralistes et pharmaciens ont bien été organisées.

1.2. MÉTHODES

1.2.1. Caractéristiques de l'étude

L'étude réalisée est une enquête qualitative, observationnelle, basée sur un recueil de données lors de réunions d'inter formation organisées par l'AMMPPU entre différents acteurs de santé, avec parfois la participation d'un expert sur un thème particulier. Ces données sont alors analysées pour en faire émerger les éléments, sources de dysfonctionnement, altérant la coopération interprofessionnelle, et les pistes d'amélioration proposées par les participants ou sous-entendues. Enfin, la comparaison avec les données issues de la littérature permet de valider certains points et, pour d'autres éléments, de proposer des axes de travaux futurs.

1.2.2. Recueil de données et analyse

Pour chaque réunion, si le sujet concerne la relation interprofessionnelle, le récit est respecté au maximum afin de restituer son contenu, son sens et sa richesse. Une problématique est ensuite extraite du dialogue. A chaque dysfonctionnement sont associées des pistes d'améliorations. Ce sont celles formulées ou sous-entendues par les professionnels de santé présents aux réunions. Des commentaires sont également ajoutés pour préciser les réactions non verbales, les intonations, la fréquence de la problématique ainsi que les professionnels concernés.

Pour analyser les échanges interprofessionnels la grille d'analyse suivante a été utilisée :

- Quelle est la problématique ?
- Quels sont les professionnels concernés ?
- Quelle est sa fréquence ? Quelle est sa gravité ?
- Quelle attitude particulière les participants ont-ils manifesté ?
- Quelles sont les pistes d'amélioration proposées ou à proposer ?

Cette méthode permet d'extraire uniformément les informations, malgré l'hétérogénéité du type de réunion, représentant une des principales difficultés de ce travail.

Pour une présentation plus condensée, le détail des réunions a été reporté en annexe, laissant ainsi uniquement les résultats bruts dans la partie résultats, c'est-à-dire les problématiques, les pistes d'amélioration proposées et éventuellement le message clé de l'expert. Pour une lecture exhaustive des résultats, il est alors recommandé de lire les annexes 3 à 19.

Enfin, un tableau récapitulatif des points forts, des mots clés issus des problématiques vient conclure cette partie, dans le but de classer les dysfonctionnements par thématiques. Cela permet d'introduire la discussion, ayant pour but d'identifier les problématiques communes aux différentes professions et de les confronter aux données de la littérature.

2. RÉSULTATS

2.1. PARTICIPATION A L'ÉTUDE

Tableau 5 : liste des réunions transversales organisées par l'AMMPPU de juin 2015 à mars 2017.

Date	Réunion	MG	Pharma	IDE	MK	Expert
02/06/15	RMM médecins - pharmaciens n°1	7	6			
04/02/16	La kinésithérapie : un art qui mérite de savoir être prescrit	14			6	1
16/03/16	Pathologies ostéo-articulaires de l'épaule	12			14	1
03/05/16	Bonnes règles de prescription de soins infirmiers et de coopération pour une optimisation de la prise en charge du patient	10		10		2
01/06/16	L'aide aux aidants	4		1		
16/06/16	Pathologies ostéo-articulaires du genou	11			10	1
23/06/16	Prescription - dispensation	4	4			1
28/09/16	Réunion de concertation pluridisciplinaire autour de la personne âgée fragilisée	10	5	9	7	1
29/09/16	Prise en charge à domicile du patient en chimiothérapie	6	1	1		1
20/10/16	Plaies chroniques et pansements	9		10		1
03/11/16	RMM médecins - pharmaciens n°2	3	5			
15/11/16	Les antibiotiques : sensibiliser patients et médecins	10	2			1
24/11/16	La prise en charge pluriprofessionnelle du patient diabétique à domicile	6		12		2
25/11/16	Prescrire correctement le matériel d'orthopédie 1/2	6	14		1	1
15/12/16	La gestion du patient en perte d'autonomie	9	1	1		1
20/01/17	Prescrire correctement le matériel d'orthopédie 2/2	10	10		1	1
22/03/17	Examen du rachis	13			4	1
	TOTAL	144	48	44	43	16

La période de dix-huit mois a permis d'organiser 17 réunions. Nous avons relevé la présence de 144 MG (dont 60 MG différents), 48 pharmaciens (dont 28 différents) 44 IDE (dont 37 différents) 43 MK (dont 35 différents) ainsi que 5 orthophonistes, 2 aides-soignantes, 1 assistante sociale et 2 ergothérapeutes lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

On note en moyenne 8.4 MG par réunion, 5.3 pharmaciens, 6.2 IDE et 6.1 MK par réunion où ils sont concernés.

Seules trois réunions se sont déroulées sans expert : les deux revues de morbi-mortalité, qui, par définition, ne bénéficient pas d'expert, et la réunion « l'aide aux aidants ».

2.2. DONNÉES RECUEILLIES LORS DES RÉUNIONS INTERPROFESSIONNELLES

2.2.1. RMM médecins – pharmaciens n°1

La première réunion est une revue de morbi-mortalité. Elle a réuni six médecins généralistes et cinq pharmaciens. Le détail de la réunion se trouve en *annexe 3*. Seules les problématiques et les pistes d'amélioration sont relevées ici :

Situation 1 :

Problématiques :

- Galénique peu courante génératrice d'erreurs
- Absence d'explication claire au patient de la part du médecin et du pharmacien
- Chacun d'eux comptant sur l'autre pour convertir la posologie en fonction de la galénique et l'expliquer au patient

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Assurer une double vérification des posologies par le médecin et le pharmacien
- ✓ En cas de doute, mieux vaut écrire les deux valeurs, gouttes et microgrammes
- ✓ Déclarer un effet indésirable à l'agence nationale de sécurité du médicament, pouvant alors demander au laboratoire une modification de la présentation.

Situation 2 :

Problématique :

- Erreur de prescription : association de médicaments contre-indiquée

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Appeler le médecin : les responsabilités des deux professions sont en jeu
- ✓ Signaler un évènement indésirable (erreur médicamenteuse potentielle sans effet indésirable)

Situation 3 :

Problématiques :

- Modification de posologie passée inaperçue
- Manque de réévaluation de la part du pharmacien

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Ajouter les mentions « modification de posologie », « nouveau médicament » et « arrêt »

Situation 4 :**Problématiques :**

- Chevauchement d'ordonnance de buprénorphine ou autre traitement substitutif aux opiacés
- Quelle durée de prescription pour une première consultation pour un traitement substitutif de la dépendance aux opiacés ?
- Déconditionnement autorisé ou non, conditionnement des traitements pas toujours adapté à toutes les situations

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Mieux vaut prescrire un seul jour ou une semaine. On peut proposer une analyse d'urines pour confirmer l'indication et un seul jour de traitement, puis, la fois suivante, sept jours de traitement substitutif
- ✓ Appeler le pharmacien pour connaître la dernière dose délivrée
- ✓ Appeler le médecin à chaque écart de la part du patient
- ✓ Délivrer de façon exceptionnelle la quantité nécessaire pour dépanner (jour férié)
- ✓ Imposer un rendez-vous aux patients qui souhaitent une ordonnance entre deux autres patients
- ✓ Contrôler sur le site de l'Assurance maladie les délivrances effectives (avec la carte vitale)

Situation 5 :**Problématique :**

- Oubli de médicament à la sortie de l'hôpital

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Le pharmacien doit appeler l'hôpital au moindre doute

Situation 6 :**Problématique :**

- Ordonnances encombrées de mentions inutiles

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Indiquer seulement les informations utiles sur l'ordonnance. Cela limite le risque d'erreur et met en valeur une information

Situation 7 :**Problématiques :**

- Ordonnance illisible
- Rajout de médicaments en fin de consultation

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Utiliser au maximum le logiciel, demander au patient s'il ne manque rien d'autre avant d'imprimer l'ordonnance
- ✓ Limiter les motifs de consultation
- ✓ Ecrire les médicaments en caractère d'imprimerie
- ✓ Appeler le médecin généraliste en cas de doute à l'officine

2.2.2. La kinésithérapie : un art qui mérite de savoir être prescrit.

Cette réunion de présentation des masseurs-kinésithérapeutes (MK) a été présentée par le président de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Moselle. Au total, quatorze médecins généralistes et six masseurs-kinésithérapeutes étaient présents (*Annexe 4*).

Situation 1 :**Problématique :**

- Quand préciser l'histoire de la maladie ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Le faire systématiquement est une perte de temps pour les deux professions
- ✓ Pour préciser l'histoire de la maladie, utiliser un courrier accompagnateur plutôt qu'une ordonnance.

Situation 2 :**Problématiques :**

- Le secret médical est-il respecté quand le diagnostic est écrit sur l'ordonnance de masso-kinésithérapie ?
- Que faut-il alors préciser ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Rédiger un courrier accompagnateur permet de respecter le secret médical
- ✓ Mentionner le type de pathologie et l'appareil concerné sur l'ordonnance

Message clé proposé par l'expert :

Il est recommandé de mentionner le grand type de pathologie afin de permettre au masseur-kinésithérapeute d'appliquer sereinement les référentiels de l'UNCAM

Situation 3 :**Problématique :**

- Problème de cotation des actes en l'absence de précision de la latéralité

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Comprendre le fonctionnement des masseurs-kinésithérapeutes et la façon de coder les actes permet d'éviter ce genre d'oubli

Situation 4 :

Problématiques :

- Quel impact économique résulte de la gestion du nombre de séances par le masseur-kinésithérapeute lui-même ?
- La prescription du médecin peut-elle être modifiée ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Laisser au masseur-kinésithérapeute l'indépendance de sa prise en charge thérapeutique
- ✓ Ce n'est pas au médecin de vérifier, de limiter les séances de masso-kinésithérapie mais à l'Assurance maladie. Les référentiels permettent de contrôler les dépenses de santé

Situation 5 :

Problématique :

- La prescription qualitative de masso-kinésithérapie

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Responsabiliser le masseur-kinésithérapeute en lui laissant le libre choix du nombre de séances
- ✓ Mentionner un objectif permet d'insister sur un point et permet au MK de choisir les techniques les plus adaptées

Situation 6 :

Problématique :

- Par quel moyen renseigner les informations complémentaires ?

Piste d'améliorations proposée :

- ✓ Avec le courrier accompagnateur

Situation 7 :

Problématique :

- Le BDK, est-ce une perte de temps pour le MK comme pour le MG ? Ou un réel outil de coopération ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Soigner un symptôme est plus important que soigner des chiffres. La subjectivité du patient n'est pas à sous-estimer

Situation 8 :

Problématiques :

- Comment gérer un renouvellement d'ordonnance de masso-kinésithérapie ?
- Laisser au MK le choix du nombre de séances, est-ce le laisser gérer le remboursement des séances ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Laisser au MK le choix du nombre de séances
- ✓ Renouveler les ordonnances de masso-kinésithérapie périodiquement dans le cadre des prises en charge de pathologies chroniques
- ✓ Adresser au médecin généraliste le bilan final, d'ailleurs obligatoire pour toute demande d'entente préalable, aiderait celui-ci à savoir où en est son patient, et ainsi lui permettrait de mieux coordonner les soins

Situation 9 :

Problématique :

- Dans quels cas la prescription de transport pour des séances de masso-kinésithérapie est-elle remboursable ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Ne pas penser uniquement aux patients en ALD, mais aussi aux déficiences et incapacités
- ✓ Le MK doit aussi vérifier si le patient peut bénéficier d'un remboursement

Situation 10 :

Problématique :

- Le patient est-il à re-convoquer par le prescripteur à l'issue des séances de masso-kinésithérapie ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Privilégier d'autres modes de communication pour la coordination des soins, ne nécessitant pas obligatoirement une nouvelle consultation médicale

Situation 11 :

Problématique :

- A quel moment envoyer le courrier accompagnateur ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Paramétrer le logiciel médical pour une rédaction simplifiée d'un courrier accompagnateur, à utiliser au moins pour les cas particuliers et intéressants

2.2.3. Pathologies ostéo-articulaires de l'épaule

Trois réunions de formation et d'échanges inter et pluriprofessionnels autour des pathologies ostéo-articulaires ont bénéficié de l'expertise d'un rhumatologue des Hôpitaux Privés de Metz. Quatorze médecins généralistes et douze masseurs-kinésithérapeutes étaient présents lors de cette première réunion traitant des pathologies ostéo-articulaires de l'épaule. L'intérêt de la réunion était d'aider les médecins généralistes à améliorer la prise en charge dans cette discipline (*Annexe 5*).

Problématique : quand commencer la kinésithérapie ?

- Trop tôt
 - Sentiment de ne faire que de la massothérapie du point de vue du patient
 - Sentiment de « perdre » des séances remboursées
 - Risque d'algoneurodystrophie
- Trop tard
 - Risque de rétraction tendineuse, de diminution d'amplitude articulaire ou d'extension des douleurs aux structures de voisinage
 - Risque de perte d'autonomie du patient
 - Problème d'observance
- Absence d'un mode de prise en charge unique consensuelle

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Dans le cadre d'une épaule hyperalgique, il faut bien soulager le patient avec les médications et éventuellement une infiltration avant de prescrire de la masso-kinésithérapie. Une bonne coopération consiste, pour le médecin, à adresser le patient au masseur-kinésithérapeute au bon moment et, pour le MK, à informer le médecin d'une éventuelle sous médication.
- ✓ Il faut savoir repérer les cas particuliers où le risque de perte de fonction et/ou d'autonomie est trop important. Ces patients là doivent bénéficier d'une masso-kinésithérapie précoce.
- ✓ Dans les autres cas, le médecin généraliste doit savoir expliquer au patient quel est le moment opportun pour réaliser de la masso-kinésithérapie. Pour cela, il doit tenir compte du **profil du patient, connaître les principes de base de la rééducation** et s'adapter **aux diversités de pratique des masseurs-kinésithérapeutes** avec qui il collabore.
- ✓ Il est conseillé à ces deux professionnels de santé de faire connaissance, de mieux comprendre leurs pratiques respectives, afin de mieux répondre aux attentes de chacun.

2.2.4. Bonnes règles de prescription de soins infirmiers

La réunion intitulée « *bonnes règles de prescription de soins infirmiers (ALD, DSI ...) et de coopération pour une optimisation de la prise en charge du patient* » a réuni dix médecins généralistes et dix infirmières. Deux experts étaient présents : un médecin généraliste de l'Ordre des médecins et un médecin conseil de l'Assurance maladie (*Annexe 6*).

Situation 1 :

Problématiques :

- Méconnaissance des actes infirmiers remboursables
- Méconnaissance et sous prescription de la DSI
- Reflet indirect d'un manque de communication entre le MG et l'IDE
- Evaluation de l'autonomie insuffisante

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ S'informer des nouvelles règles de prescription de soins paramédicaux
- ✓ Informer le médecin des modalités de prescription plutôt que demander régulièrement des régularisations d'ordonnance
- ✓ Réaliser un bilan complet de l'autonomie : l'impossibilité de mettre des bas de contention peut s'intégrer dans un contexte de diminution plus globale de l'autonomie, mais ne constitue pas à elle seule une indication à une DSI
- ✓ Faire une ordonnance de soins qui sous-entend la pose de bas de contention comme la prise en charge de plaie variqueuse

Message clé de l'expert :

La DSI est un outil de communication entre MG et IDE permettant une meilleure prise en charge de la personne dépendante. Proposée depuis 2002, la DSI n'est pas suffisamment mise en œuvre.

Situation 2 :

Problématiques :

- Comment partager des informations médicales tout en respectant le secret médical ?
- Directives anticipées et/ou personne de confiance non précisées

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Le DMP sera-t-il un jour disponible à l'échelle nationale ?
- ✓ Mettre un dossier partagé à disposition du patient pour une meilleure continuité des soins et pour les urgences
- ✓ Ne placer dans le dossier remis au patient que les comptes rendus pertinents, pas de notes personnelles
- ✓ Informer le patient du caractère confidentiel de son dossier
- ✓ Penser à inscrire dans le dossier les références de la personne de confiance ainsi que les directives anticipées

2.2.5. L'aide aux aidants

Quatre médecins et une infirmière étaient présents pour discuter autour de « l'aide aux aidants ». C'était une réunion thématique mais sans expert. Il s'agit plus d'une réflexion, d'un partage d'expériences et de connaissances que d'un enseignement (*Annexe 7*).

Situation 1 :

Problématique :

- Qu'est ce qu'un aidant ?
- L'IDE est-il un aidant ?
- L'infirmière est la profession de santé la plus en relation avec le patient et sa famille. Le risque est de développer une empathie excessive, de culpabiliser en cas de carence de soins et de s'épuiser à la tâche

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Un des rôles fondamentaux du médecin généraliste est de coordonner les soins. Il doit s'assurer de la compétence des soignants. Ainsi, repérer une fragilité des soignants est un rôle annexe à ne pas négliger
- ✓ Une discussion régulière entre le médecin généraliste et l'IDE ou les proches du patient sert à prévenir une insuffisance des soins et l'épuisement des soignants

Situation 2 :

Problématiques :

- Comment repérer une fragilité de l'aidant ?
- Comment protéger l'aidant ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Chercher à connaître l'histoire familiale : elle est primordiale pour apprécier la disponibilité et la fragilité potentielle d'un aidant familial
- ✓ Ne pas donner trop de charges à l'aidant, **éviter l'épuisement ;**
- ✓ Enseigner des gestes techniques à l'aidant
- ✓ Déculpabiliser les aidants quand ils ne peuvent plus faire
- ✓ Anticiper une incapacité temporaire de l'aidant
- ✓ S'appuyer sur les différents organismes et allocations

2.2.6. Pathologies ostéo-articulaires du genou

Cette fois-ci, onze médecins généralistes et dix masseurs-kinésithérapeutes ont participé à cette réunion, présentée par un rhumatologue des hôpitaux privés de Metz (*Annexe 8*).

Situation 1 :

Problématique :

- Comment réorienter le patient vers un sport moins traumatisant ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Considérer le rôle préventif du MK, qui a parfois la casquette d'entraîneur sportif, de coach

Situation 2 :

Problématique :

- Que faire d'un patient avec une prescription de masso-kinésithérapie sans diagnostic ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Pour le MK, se poser la question si le MG a oublié un élément fondamental et refuser ainsi la prise en charge sans exploration complémentaire préalable
- ✓ Utilité du courrier accompagnateur

Situation 3 :

Problématique :

- Prise en charge de la douleur pendant la rééducation : faut-il insister pour avancer dans la prise en charge ? Ou plutôt faire réévaluer le patient par le médecin traitant ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Proposer de façon systématique la prise d'antalgiques avant une séance de kinésithérapie
- ✓ Se méfier des protocoles postopératoires. Chaque patient doit aller à son rythme
- ✓ Respecter la douleur permet de diminuer le risque de SDRC (syndrome douloureux complexe) de type 1
- ✓ Orienter le patient s'il y a un doute sur le diagnostic ou une suspicion de SDRC de type 1

2.2.7. Prescription – dispensation

Quatre médecins généralistes et quatre pharmaciens ont participé à la réunion « Prescription – dispensation ». Les modalités de prescription et de dispensation ont été définies dans cette réunion. Des situations potentiellement problématiques ont été évoquées, puis argumentées en rappelant les modalités de prescription et de dispensation (*Annexe 9*).

Situation 1 :

Problématique :

- Quand écrire la mention non substituable ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Laisser au pharmacien la gestion des génériques et écrire en DCI
- ✓ Devant un refus non justifié d'un générique, il est possible de dispenser le princeps, remboursé à la hauteur du générique le moins cher, et en laissant le reste à charge au patient.

Situation 2 :**Problématique :**

- Responsabilité partagée entre prescripteur et dispensateur

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Evaluer la pertinence de la prescription puisque la responsabilité est partagée

Situation 3 :**Problématiques :**

- Gestion des prises médicamenteuses anarchiques
- Qui peut stocker des médicaments ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Apposer la mention délivrance hebdomadaire par une IDE
- ✓ Eviter le stockage illégal de médicaments

Situation 4 :**Problématique :**

- Modification passée inaperçue au sein d'un traitement chronique

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Mentionner une modification de posologie est un acte essentiel de la coordination des soins.

Situation 5 :**Problématiques :**

- Méconnaissance des principes d'une prescription à titre exceptionnel
- Si le système est bien compris par le patient, il y a un risque d'abus
- Nomadisme pharmaceutique

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Connaître les règles de prescription à titre exceptionnel (cf. ci-dessous)
- ✓ Ne pas interrompre un traitement important et délivrer les médicaments nécessaires, même sans ordonnance
- ✓ Avoir recours au dossier pharmaceutique si suspicion de fraude
- ✓ Informer le prescripteur est vraiment utile en cas d'abus
- ✓ Utiliser une messagerie sécurisée entre pharmaciens et médecins

Message clé de l'expert :

Une délivrance à titre exceptionnel, sans ordonnance, est uniquement possible si les conditions suivantes sont réunies :

- Traitement habituel chronique
- Sauf anxiolytiques, hypnotiques, morphiniques et stupéfiants
- Si l'ordonnance périmée (d'au moins 3 mois) est amenée à l'officine
- Au maximum une fois tous les trois mois
- Le plus petit conditionnement est délivré
- Avec la mention « délivrance par la procédure exceptionnelle d'une boîte supplémentaire » apposée par le pharmacien sur l'ordonnance

Situation 6 :

Problématique :

- Méconnaissance des nouvelles conditions de délivrance d'un traitement hormonal contraceptif de la part du médecin généraliste et de certains pharmaciens

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Avoir conscience du transfert de compétence et de responsabilités au pharmacien
- ✓ Insister davantage sur la prévention, y compris par le pharmacien, puisque le délai moyen entre deux consultations risque d'augmenter

Situation 7 :

Problématiques :

- Comment le pharmacien doit-il gérer un renouvellement de traitement anti-épileptique avec une ordonnance périmée ?
- Comment gérer les ordonnances à prescription initiale par un spécialiste ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Ne jamais arrêter un traitement anti-épileptique sans l'avis du prescripteur. La délivrance est ainsi obligatoire quelles que soient les circonstances
- ✓ Se préoccuper de la contraception et fournir une attestation de contraception efficace au pharmacien
- ✓ Coopération nécessaire entre médecin généraliste, médecin spécialiste et pharmacien

Situation 8 :

Problématique :

- Quel moyen de communication faut-il utiliser en cas de rupture d'approvisionnement d'un médicament ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Pour le médecin prescripteur : se renseigner auprès du site de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) des ruptures médicamenteuses
- ✓ Pour le pharmacien : utiliser une messagerie sécurisée pour communiquer avec le médecin, lui signaler la rupture et savoir s'il a une préférence pour la substitution

Situation 9 :**Problématiques :**

- Stock médicamenteux au cabinet
- Traçabilité des médicaments

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Eviter le stock de médicaments au cabinet de médecine générale
- ✓ Légalement, pour en stocker, la prescription doit être au nom du médecin

Situation 10 :**Problématique :**

- Comment gérer les prescriptions hors AMM ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Mentionner toutes prescriptions hors AMM sur l'ordonnance
- ✓ Penser aux autorisations temporaires d'utilisations (ATU)

Situation 11 :**Problématique :**

- Quelle est la valeur médico-légale d'une ordonnance faxée ou numérique ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Penser à l'intérêt de coordination des soins de l'ordonnance numérique (ou faxée)
- ✓ Penser à régulariser la prescription avec le format papier signé

Situation 12 :**Problématique :**

- La valeur légale de la mention « départ à l'étranger » sur l'ordonnance est insuffisante

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Pour le pharmacien : ne pas s'appuyer sur la bonne foi du médecin mais sur une déclaration de départ à l'étranger à remplir par le patient lui-même
- ✓ Pour le médecin : mentionner son accord pour une délivrance en une seule fois.

Situation 13 :

Problématique :

- Difficultés pour le pharmacien de vérifier le suivi d'un médicament à surveillance particulière sans l'aide des médecins

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Apporter des mentions simples comme, par exemple, « NFS (numération formule sanguine) ok » pour que le pharmacien puisse délivrer ces médicaments

2.2.8. Réunion de concertation pluridisciplinaire autour de la personne âgée fragilisée

Quarante-quatre personnes étaient présentes pour assister à un exposé pluriprofessionnel organisé par toute l'équipe d'hôpital de jour de Marange-Silvange. Les professions de médecin généraliste, pharmacien, MK, ergothérapeute, orthophoniste, gériatre, IDE et aide soignante étaient représentées (*Annexe 10*).

L'hôpital de jour (HDJ) gériatrique permet de repérer les déficiences et déterminer un programme de réadaptation personnalisé. Indirectement, il permet d'éviter une hospitalisation pour décompensation d'une personne subissant le syndrome de glissement, le but étant de repérer les personnes à risque en médecine ambulatoire avant que la perte d'autonomie ne soit trop importante et rende la réadaptation trop longue voire vaine.

Il existe une équipe soudée en HDJ, ce qui contribue à une bonne qualité du bilan pluridisciplinaire. En médecine de ville la communication se fait plus rare.

Situation 1 :

Problématique :

- Perception erronée des familles de l'état de santé du patient et vis-à-vis des EHPAD

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Organiser une visite des établissements, proposer une mise en situation pour dédramatiser, effacer les idées reçues

Situation 2 :

Problématique :

- Refus du placement par la personne concernée

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Penser à la tutelle

Situation 3 :

Problématique :

- Routine du MG réalisant des renouvellements de prescription sans réévaluer l'autonomie

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Demander un bilan d'autonomie par le MK en ville
- ✓ Sensibiliser l'infirmière au repérage de la personne fragile, en perte d'autonomie
- ✓ Ecouter l'infirmière ! Elle est souvent en première ligne pour dépister la dégradation d'autonomie

Situation 4 :

Problématiques :

- Transmissions orales peu fiables et responsables d'une déperdition d'informations
- Oubli de rendez-vous

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Entretenir un carnet de santé de la personne âgée à disposition du patient et des professionnels de santé
- ✓ Mettre en place un rappel de rendez-vous entre professionnels via Apicrypt® par exemple

2.2.9. Prise en charge à domicile du patient en chimiothérapie

Six médecins généralistes, une infirmière et une pharmacienne sont venus à cette réunion. Le chef de service d'oncologie à l'hôpital de Mercy (CHR Metz-Thionville) était l'expert de cette soirée (*Annexe II*).

Situation 1 :

Problématiques :

- Méconnaissance des règles de prescription et de réalisation en ambulatoire des hémocultures de la part du médecin et de l'infirmière
- Gestion de la prescription urgente

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Rappeler sur l'ordonnance la nécessité d'un prélèvement périphérique en plus du central
- ✓ Informer l'infirmière du caractère urgent de la prescription

Situation 2 :

Problématique :

- Qui doit assurer le suivi biologique des patients ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Fixer dès le départ les modalités de coopération avec les autres prescripteurs.
- ✓ Au moindre doute, appeler le patient

Situation 3 :**Problématiques :**

- Inaccessibilité des protocoles de chimiothérapie par les généralistes
- Rythme de surveillance du patient souvent inconnu par son médecin traitant

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Partager le protocole de chimiothérapie aux professionnels concernés (oncologue, médecin traitant et pharmacien, voire infirmier) pour redonner au médecin traitant son rôle de coordination des soins et au pharmacien celui de vérification des prescriptions

Situation 4 :**Problématiques :**

- Méconnaissance des effets indésirables des spécialités hospitalières par le pharmacien d'officine et le médecin généraliste
- Insuffisance d'échanges interprofessionnels
- Manque de confiance entre professionnels de santé

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Connaître les effets indésirables des différentes chimiothérapies, grâce à ce genre de formation,
- ✓ Savoir comment les soigner en médecine ambulatoire afin d'éviter certaines hospitalisations
- ✓ Communiquer les protocoles de chimiothérapies au pharmacien pour un double contrôle des interactions médicamenteuses

2.2.10. Plaies chroniques et pansements

Le chef de service de dermatologie de Mercy a apporté son expertise pour cette soirée avec neuf médecins généralistes et dix infirmières. Le but de cette réunion a été de déterminer quel type de pansement utiliser en fonction de chaque type de plaie (*Annexe 12*).

Préambule :**Problématique :**

- Manque d'échanges interprofessionnels

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Noter les différents intervenants professionnels de santé dans le dossier du patient
- ✓ Inscrire l'appréciation du médecin généraliste sur l'ordonnance initiale

Situation 1 :

Problématique :

- Trop d'autonomie peut être responsable d'un retard diagnostique de cancer ou d'ulcère

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Laisser de l'autonomie à l'IDE qui a souvent plus d'expérience que le médecin et, surtout, peut suivre la plaie au jour le jour. Attention, cependant, à dépister à temps un ulcère artériel et un cancer cutané

Situation 2 :

Problématique :

- Gérer les pansements pour plaie des membres inférieurs avec la nécessité du port de contention veineuse

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Si une contention veineuse est nécessaire, préciser un passage IDE quotidien mais avec changement de pansement si besoin
- ✓ Proposer un bandage de contention multicouche

Situation 3 :

Problématiques :

- Prescription non remboursable
- Méconnaissance des règles de prescription de pansements

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Prescrire un seul type de pansement à la fois et bien préciser la plaie

Situation 4 :

Problématique :

- Prescription ne laissant pas d'autonomie à l'IDE

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Respecter le rôle propre de l'IDE, son protocole de soins et ses prescriptions de pansements
- ✓ A l'inverse, ne pas couper la communication avec le médecin traitant

2.2.11. RMM médecins – pharmaciens n°2

La seconde RMM a accueilli trois médecins généralistes et cinq pharmaciens (*Annexe 13*).

Situation 1 :

Problématique :

- Prescription absurde

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Pas de solution évidente, mis à part une éventuelle alerte à l'ordre des médecins

Situation 2 :

Problématiques :

- Faute de frappe sur l'ordonnance
- Difficultés pour joindre le médecin par téléphone

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Commenter l'ordonnance au patient, cela permet de dépister d'éventuelles erreurs
- ✓ Paramétrer un système d'alerte informatique performant par notification

Situation 3 :

Problématiques :

- Erreur de posologie
- Diagnostic non connu, ni par le patient, ni par le pharmacien

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Modifier une posologie ou substituer un médicament par le pharmacien sans l'accord du médecin si ce dernier n'est pas joignable en se basant sur les recommandations, les référentiels
- ✓ Recenser les manquements d'appels au médecin pour éviter les oublis et lui transmettre, *a posteriori*, les informations

Situation 4 :

Problématique :

- Consommation abusive de médicaments

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Délivrer au patient des informations concernant les risques des médications de la part du médecin et du pharmacien
- ✓ Ne pas dépasser les posologies maximales autorisées
- ✓ Eviter les prescriptions destinées à un autre membre de la famille
- ✓ Repérer les abus et expliquer ce qu'est la dépendance aux patients.

Situation 5 :

Problématique :

- Repérer le manque d'observance

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Grâce au retard de consultation
- ✓ Demander pourquoi le patient ne prend pas certains médicaments : oublis ou refus ?
- ✓ Changer les horaires de prises, si cela ne pose pas problème et facilite l'observance
- ✓ Si c'est le pharmacien qui le fait, en informer le médecin, de préférence, par messagerie sécurisée

Situation 6 :

Problématique :

- Médicaments prescrits de façon systématique au lieu de « si besoin »

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Relire l'ordonnance devant le patient
- ✓ Utiliser la mention : « si besoin jusqu'à »

Situation 7 :**Problématiques :**

- Substitution de médicaments à l'hôpital
- Absence de courrier de sortie pour le pharmacien
- Conditionnement de sept jours inexistants pour certains médicaments

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Savoir repérer et distinguer les substitutions de traitement lié aux disponibilités limitées de la pharmacie d'hôpital
- ✓ Inciter le patient à revoir son médecin traitant la semaine suivant la sortie d'hospitalisation
- ✓ Organiser un envoi de courrier plus rapide de la part de l'hôpital

Situation 8 :**Problématiques :**

- Manque d'informations à l'officine : allergies et antécédents
- Appel pendant une consultation : le médecin n'est pas toujours concentré

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Demander systématiquement au patient s'il présente des allergies médicamenteuses (médecin et pharmacien)
- ✓ Paramétrer le logiciel pour faire apparaître des alarmes
- ✓ Médecin : renseigner le pharmacien par écrit par l'intermédiaire du patient
- ✓ Pharmacien : préparer l'appel au médecin en vérifiant les recommandations, lui proposer des alternatives en cas de substitution et être préparé à répondre à d'éventuelles questions.

Situation 9 :**Problématiques :**

- Prescription en DCI obligatoire (pour favoriser la délivrance de génériques par le pharmacien) : DCI très longue rendant illisible l'ordonnance
- Médicaments non substituables quand même substitués du fait de cette mauvaise lisibilité

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Paramétrer le logiciel médical. Ou demander une mise à jour pour rendre l'ordonnance plus lisible ?
- ✓ Retirer les mentions inutiles
- ✓ Bien vérifier si le médicament peut être substitué

Situation 10 :

Problématiques :

- Défaut d'informations délivrées au patient à l'officine
- Confidentialité à l'officine

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Pour contourner le problème de confidentialité, spécifier ce qu'il ne faut pas faire avec le traitement

Situation 11 :

Problématiques :

- Ordonnance illisible
- Rajout de médicaments en fin de consultation

Commentaires :

Les pistes d'amélioration ont déjà été évoquées lors de la première RMM. Le problème semble encore présent malgré l'utilisation prédominante de l'informatique.

2.2.12. Les antibiotiques : sensibiliser patients et médecins

Dix médecins généralistes et deux pharmaciens sont venus écouter les conseils avisés d'un médecin généraliste, vice-président d'Antibiolor (*Annexe 14*).

Situation 1 :

Problématique :

- Problème de délai entre prescription et délivrance. L'antibiotique n'est, dans la plupart des cas, plus indiqué au bout d'une semaine

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Conseiller le patient de retourner consulter son médecin traitant afin de réévaluer l'indication d'une antibiothérapie

Situation 2 :

Problématique :

- Incompréhension du patient devant une prescription comportant deux ordonnances pour deux traitements successifs, le second ne devant être pris qu'en cas d'échec du premier

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Eviter les ordonnances différées ou préciser « à délivrer dans 48 heures »
- ✓ Le médecin doit s'assurer de la bonne compréhension de la procédure et le pharmacien l'appliquer à la lettre ! Il s'agit d'arranger le patient et non pas de lui faire courir un risque d'effets indésirables supplémentaires inutiles ou d'automédication inadaptée

Situation 3 :

Problématiques :

- Automédication inadaptée d'antibiotiques
- L'idée reçue « un traitement antibiotique commencé doit être terminé » est erronée

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Ne pas continuer une antibiothérapie inutile

Situation 4 :

Problématique :

- Une prescription ne respectant pas les recommandations, et parfois même dangereuse, doit-elle être délivrée ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Réfléchir à la co-responsabilité en tant que dispensateur avant de délivrer les médicaments

2.2.13. La prise en charge pluriprofessionnelle du patient diabétique à domicile

Un diabétologue des Hôpitaux Privés de Metz (Belle Isle) et une IDE du même service, ont répondu aux questions de six médecins généralistes et douze infirmières (*Annexe 15*).

La diabétologie est une discipline pluriprofessionnelle. Elle s'articule autour du patient et de son médecin généraliste avec la participation du pharmacien, et souvent, du pédicure et de l'infirmière libérale qui voient le patient très régulièrement. S'ajoutent à cette équipe le cardiologue, l'ophtalmologue, l'angéiologue ainsi que parfois l'IDE en diabétologie, la diététicienne et enfin le diabétologue. Ce dernier est disponible en second recours.

Situation 1 :

Problématiques :

- Contrairement à l'hôpital, l'infirmière en soins ambulatoire est souvent mise à l'écart du diagnostic et des conseils préventifs
- Observance du patient : principal problème d'une pathologie chronique

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Accorder davantage d'importance à la prévention primaire, sans oublier les compétences de l'IDE complémentaires à celles du médecin généraliste

Situation 2 :

Problématique :

- Difficulté d'utilisation des nouveaux analogues du GLP-1

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Ne pas hésiter à prescrire un passage IDE à domicile pour accompagner le patient pendant le premier mois sous traitement injectable (analogue du GLP-1 ou insulinothérapie)
- ✓ Proposer une démonstration des nouveaux analogues du GLP-1

Situation 3 :**Problématiques :**

- Renouvellement du matériel (auto piqueur une fois par an) : y penser (MG, IDE et pharmacien)
- Surveillance des techniques d'injection. Risque d'injection intramusculaire ou de lipodystrophies

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Prescrire un passage quotidien de l'IDE avec surveillance hebdomadaire
- ✓ Profiter de la demi-heure hebdomadaire pour vérifier les techniques d'injection, les RHD, rappeler les éléments du suivi des éventuelles complications, vérifier le matériel et son stock. C'est d'ailleurs une partie du travail délégué aux infirmières ASALEE

Situation 4 :**Problématique :**

- Sous-utilisation de l'IDE pour l'éducation thérapeutique

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Proposer des consultations auprès d'une IDE

Situation 5 :**Problématiques :**

- Rôle propre pas suffisamment assumé ou respecté de certaines infirmières concernant les modifications de dose d'insuline ou de taille d'aiguille
- Absence de protocole d'insulinothérapie dans certains dossiers

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Pour le médecin : inscrire des objectifs glycémiques et un protocole de rattrapage d'insuline dans le carnet de suivi du diabétique
- ✓ Laisser ensuite l'IDE assurer son rôle propre selon ses compétences personnelles
- ✓ Pour l'IDE : appeler le MG si le protocole ne peut pas être respecté

Situation 6 :**Problématique :**

- Fragilité transitoire suite à une sortie d'hospitalisation

Commentaire :

Problème récurrent déjà évoqué dans d'autres réunions.

Situation 7 :

Problématique :

- Défaut de communication interprofessionnelle

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Encourager le patient à poser des questions, à favoriser la discussion entre le médecin généraliste et l'IDE

2.2.14. Prescrire correctement le matériel d'orthopédie 1/2

Ce vaste sujet a fait l'objet de deux réunions. La première soirée a réuni six médecins généralistes, quatorze pharmaciens et un masseur-kinésithérapeute. La deuxième réunion a réuni cette fois dix médecins, huit pharmaciens, deux préparatrices en pharmacie, et un masseur-kinésithérapeute. Elles ont été animées par un expert, pharmacien d'officine, ex-chargé d'enseignement à la faculté de pharmacie de Nancy (*Annexe 16*).

Situation 1 :

Problématiques :

- Prescription « rigide » : une orthèse n'est pas substituable. Si le pharmacien ne l'a pas en stock, il doit la commander ou envoyer le patient la chercher ailleurs. Dans les deux cas, le patient perd du temps
- Toutes les orthèses ne sont pas remboursables. Le patient peut en réclamer une au médecin et ne pas la prendre ensuite chez le pharmacien

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Bien connaître la L.P.P. ou posséder un catalogue permet d'informer le patient sur le remboursement de l'orthèse avant qu'il se rende chez le pharmacien
- ✓ Règles de prescription : laisser de la liberté au pharmacien
- ✓ Prescrire une « Orthèse de type » ou « pour telle pathologie »
- ✓ Cela suppose une relation de confiance. Un réseau peut ainsi se créer. Le médecin généraliste conseillera plus facilement une pharmacie spécialisée en orthopédie

Situation 2 :

Problématiques :

- Défaut d'information délivrée au patient concernant les modalités de suivi et d'évolution
- Pas d'utilisation abusive d'orthèse. A long terme, cela peut entraîner des rétractations ou des amyotrophies

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Informer le patient de l'indication, de l'efficacité et des effets secondaires d'une orthèse. Cela est valable pour le médecin généraliste, le pharmacien et le masseur-kinésithérapeute

Situation 3 :

Problématique :

- Prescription inhabituelle et « hors normes » de la part du masseur-kinésithérapeute

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Tenir compte de la vision différente du MK de celle traditionnelle du MG ou du pharmacien ; elle peut être davantage orientée vers la reprise du travail
- ✓ Donner de l'autonomie au MK peut contribuer à l'évolution des pratiques, voire à l'élaboration de nouvelles orthèses par les laboratoires

2.2.15. La gestion du patient en perte d'autonomie

Neuf médecins généralistes, une pharmacienne et une infirmière ont répondu présent à cette réunion. L'expert présent au cours de cette réunion est médecin généraliste, diplômé de la capacité de gérontologie, et agissant en tant qu'expert inscrit sur la liste du procureur le rendant habilité à constater l'altération des facultés mentales pour le tribunal de grande instance de Thionville. Chaque participant, à tour de rôle, a été sollicité pour évoquer une problématique en lien avec le thème de la soirée (*Annexe 17*).

Situation 1 :

Problématiques :

- Personnalité du médecin perçue comme trop individualiste
- Manque de reconnaissance du rôle social du pharmacien

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Mieux connaître la personnalité d'un professionnel de santé permet de savoir comment mieux aborder un problème avec ce dernier
- ✓ Trouver « *un plan B* » : trouver un aidant dans l'entourage, se poser la question d'une mise sous tutelle, d'une hospitalisation sous contrainte, d'une aide médico-sociale selon la situation et savoir conseiller l'entourage

Situation 2 :

Problématiques :

- Gestion d'une personne présentant des troubles psychiatriques
- Comment organiser la continuité des soins ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ On a le droit de refuser une prise en charge, à condition d'assurer une continuité des soins
- ✓ Penser aux mesures de protections (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle, etc.)

Situation 3 :

Problématique :

- Perte d'autonomie passée inaperçue

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Se tourner vers les aidants, soignants ou non, pour mieux juger de l'environnement social
- ✓ Proposer un dépistage standardisé
- ✓ Utiliser des échelles d'évaluation

Situation 4 :

Problématique :

- Quelle place ont les IDE dans le dépistage de la perte d'autonomie de la personne âgée ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Alerter les autres professionnels de santé et surtout le médecin traitant de la constatation d'une fragilité d'une personne âgée pour que des mesures adaptées puissent être prises

Situation 5 :

Problématiques :

- Repérer le défaut d'observance
- Comment informer le médecin d'un manque d'observance ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Le pharmacien a plus de sensibilité que le médecin pour repérer un défaut d'observance. Il voit le patient tous les mois alors que la majorité des patients consultent leur médecin une fois par trimestre
- ✓ Chaque moyen de communication a ses avantages et inconvénients. Il faut demander directement à ses interlocuteurs quels moyens de communication utiliser

2.2.16. Prescrire correctement le matériel d'orthopédie 2/2

La deuxième réunion a réuni cette fois dix médecins, huit pharmaciens, deux préparatrices en pharmacie, et un masseur-kinésithérapeute. Un pharmacien d'officine, ex-chargé d'enseignement à la faculté de pharmacie de Nancy s'est une nouvelle fois rendu disponible pour apporter son expertise à cette soirée (*Annexe 18*).

Situation 1 :

Problématiques :

- Orthèse inadaptée
- Abus commerciaux

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Proposer un essai dans les conditions réelles d'utilisation
- ✓ Disposer d'un stock suffisant

Situation 2 :

Problématique :

- Divergence d'opinion quant à l'indication de l'orthèse

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Se baser sur le patient, au cas par cas. Il va d'autant plus adhérer au traitement si on lui a bien expliqué les conditions d'utilisation

Situation 3 :

Problématique :

- Sur correction d'une inégalité de longueur des membres inférieurs : explications variées des différents acteurs de santé

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Ne pas se sentir obligé de corriger un défaut s'il est tolérable : le corriger c'est déplacer le problème à un autre endroit
- ✓ Adopter le même discours par tous les professionnels de santé et bien expliquer au patient les indications des orthèses

Situation 4 :

Problématique :

- Matériel de mauvaise qualité et relative impuissance du médecin vis-à-vis du choix de l'orthèse

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Faire confiance aux pharmaciens
- ✓ Se bâtir un réseau de soins informel. Eventuellement conseiller au patient une pharmacie spécialisée en orthopédie
- ✓ En retour le pharmacien peut communiquer au médecin les raisons d'une substitution

2.2.17. Examen du rachis

Cette dernière réunion transversale a réuni treize médecins généralistes, quatre masseurs-kinésithérapeutes ainsi qu'un rhumatologue, expert du thème abordé (*Annexe 19*).

Situation 1 :

Problématique :

- Comment assurer la coordination des soins entre MG et MK ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Dépister une maladie grave avant d'adresser un patient en masso-kinésithérapie
- ✓ Réorienter un patient au MG si le MK a un doute diagnostique, sauf syndrome de la queue de cheval où le MK doit assurer lui-même la prise en charge d'urgence

Situation 2 :

Problématique :

- Traçabilité des résultats

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Penser au carnet de santé pour les informations importantes et la coordination des soins

Situation 3 :

Problématiques :

- Défaut de prise en charge antalgique des sciaticques
- Défaut de coordination des soins

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Assurer une prise en charge antalgique adéquate
- ✓ Proposer et organiser un plan de soins pour que le patient sache quoi faire après une étape infructueuse
- ✓ Penser aux traitements d'épargne antalgique afin d'éviter une dépendance aux antalgiques de niveaux 2 et 3 (détails en annexe 19)

2.3. RÉCAPITULATIF

Au total, 137 problématiques et 186 pistes d'amélioration ont été relevées au cours de ces 17 réunions. En regroupant toutes les problématiques, nous repérons très vite des dysfonctionnements interprofessionnels itératifs. Ceux-ci sont alors analysés afin de les répartir par thème et par profession concernée. Nous retrouvons ainsi six thématiques, dont la sixième regroupant les autres dysfonctionnements :

Tableau 6 : classement des problématiques par thématique.

Catégories de dysfonctionnement	Mots clés
La méconnaissance des autres professions, des indications et règles de prescription	<p>Méconnaissance des règles de prescription de masso-kinésithérapie</p> <p>Quelles mentions inscrire sur une ordonnance ?</p> <p>Méconnaissance des actes infirmiers remboursables, de la DSI</p> <p>Méconnaissance des règles de prescription à titre exceptionnel, de pansements, d'hémoculture...</p> <p>Méconnaissance des effets indésirables des spécialités hospitalières</p> <p>Méconnaissance du rôle propre, des compétences des autres professions de santé</p>
La communication : difficultés et moyens	<p>Carence de communication</p> <p>Ordonnances illisibles, chargées d'informations inutiles</p> <p>Quelles mentions faut-il préciser sur l'ordonnance ?</p> <p>Quel moyen de communication faut-il utiliser pour ce qui ne relève pas de l'urgence ?</p> <p>Transmission orale d'informations</p> <p>Prescription d'urgence</p> <p>Absence de diagnostic sur l'ordonnance</p> <p>Difficulté pour joindre le médecin par téléphone, appel pendant une consultation</p> <p>Accessibilité, attitude et ouverture des professionnels</p> <p>Adopter un même discours</p> <p>Comment assurer la coordination ?</p> <p>Autres moyens de communication : protocole, messagerie sécurisée, courrier accompagnateur, le BDK, le DSI, les mentions sur l'ordonnance, les antécédents et allergies,...</p>
Le rôle propre des professionnels de santé	<p>Prescription trop fermée, privant l'IDE ou le MK de rôle propre</p> <p>Prescription quantitative et qualitative de masso-kinésithérapie</p> <p>Le DSI : diagnostic infirmier et plan de soins</p> <p>Prescription trop rigide de matériel orthopédique</p>

	<p>Laisser le choix de la galénique au pharmacien</p> <p>Trop d'autonomie source de retard diagnostic ?</p> <p>Trop ou trop peu d'autonomie en substitution de médicament, d'orthèse ?</p> <p>Renouvellement du petit matériel par IDE (pansement, auto-piqueur,...)</p> <p>Responsabilité partagée entre prescripteur et dispensateur</p> <p>Nouveaux prescripteurs, source de nouvelles approches et de perspectives d'évolution des pratiques ?</p> <p>Rôle de prévention des professionnels de santé non médecin</p>
Le suivi, la réévaluation et l'observance	<p>Modification de posologie, réévaluation par le pharmacien</p> <p>Sortie d'hôpital : oublis et substitutions de médicaments, fragilité transitoire</p> <p>Suivi d'un traitement substitutif aux opiacés</p> <p>Renouvellement d'ordonnance</p> <p>Quand prescrire la masso-kinésithérapie ?</p> <p>Quand et comment utiliser les orthèses ?</p> <p>Suivi du sportif : spécificité du rôle de MK (coach)</p> <p>Repérer le manque d'observance</p> <p>Repérer la perte d'autonomie</p> <p>Continuité des soins</p> <p>Oubli de rendez-vous</p> <p>Respecter un rythme de surveillance</p> <p>L'absence de remboursement cause d'inobservance</p>
L'aspect médico-légal	<p>Conditionnement et déconditionnement des médicaments</p> <p>Diagnostic sur ordonnance ? Respect du secret médical ?</p> <p>Comment partager des informations médicales ?</p> <p>Stock et traçabilité de médicaments</p> <p>L'ordonnance numérique, faxée</p> <p>Abus commerciaux</p> <p>Prescription absurde, manque de conscience professionnelle</p> <p>Modification de l'ordonnance du médecin</p> <p>Directives anticipées et personne de confiance</p> <p>Information du patient et de sa famille</p>
Les autres dysfonctionnements	<p>Le BDK, la DSI, les mentions sur l'ordonnance</p> <p>Divergence d'opinion</p> <p>Personnalités des professionnels de santé</p> <p>Protection de l'aidant professionnel de santé</p>

3. DISCUSSION

3.1. DISCUSSION DES RÉSULTATS

3.1.1 La méconnaissance des autres professions, des indications et règles de prescription

3.1.1.1 Méconnaissance des compétences des autres professions

Les études de médecine ne préparent pas aux pathologies les plus banales quand elles ne sont pas vitales ou contagieuses. C'est à travers les effets constatés sur les patients et surtout sur ce que disent les patients des effets de leurs traitements que les médecins généralistes apprennent à connaître la masso-kinésithérapie. Une **représentation approximative des soins** véritablement effectués permet au médecin généraliste de se forger une habitude de prescription en fonction des retours des patients. Cette **démarche empirique** ne laisse que peu de place à la réévaluation et la réorientation de ses pratiques au fil du temps (36).

Concernant les soins infirmiers, le médecin se base essentiellement sur des acquis depuis la formation hospitalière. Le rôle propre des IDE n'est pas estimé à la hauteur de leurs compétences. Le médecin doit s'intéresser à ces nouvelles compétences pour une évolution de ses pratiques, en s'appropriant la DSI et en laissant une plus grande liberté de prise en charge aux IDE. Dans les zones sous-médicalisées en particulier, il faut éviter de gaspiller du temps à effectuer des tâches tout aussi bien maîtrisées par les professionnels paramédicaux et pharmaciens, et pour lesquelles ils sont qualifiés.

Il serait souhaitable que le médecin généraliste assimile mieux les domaines de compétences des autres professionnels de santé, mais l'inverse est-il souhaitable ? Ces professions doivent-elles approfondir leurs connaissances des pratiques du médecin généraliste ? Il faut signaler au médecin tout patient dont la prise en charge semble inadaptée, si un problème plus grave sous-jacent semble se cacher. Comme précisé dans la première partie de la thèse, le médecin doit s'assurer de la compétence des professionnels de santé qui l'entourent. Cela sous-entend qu'il doit détecter le défaut d'aptitude ou anticiper un manque d'expérience. L'hémoculture pratiquée en soins ambulatoires, dont on recommande au médecin de mentionner les conditions de prélèvement, est un exemple intéressant. Il s'assure de la compétence de l'IDE, du fait qu'elle ne pratique pas ce geste très souvent, en lui rappelant la nécessité d'un prélèvement périphérique sur voie centrale dans le contexte d'un patient sous chimiothérapie intra-veineuse.

3.1.1.2 Méconnaissance des indications

Découvrir les compétences des professions paramédicales permet de savoir quel est le moment opportun pour leur adresser le patient. La méconnaissance des champs d'activités des professions paramédicales entraîne une **sous-prescription**, du fait d'une ignorance de certaines aptitudes. Les masseurs-kinésithérapeutes ont relevé un manque de prescription de massothérapie, de prise en charge de la personne âgée et de la prise en charge précoce d'une pathologie ostéo-articulaire. Les pharmaciens ont souligné le manque de connaissance en prescription d'orthèse et les infirmiers et infirmières ont témoigné une insuffisance de prescription de DSI.

Il est intéressant de distinguer les **actes remboursés** de ceux qui ne le sont pas. Cela permet d'éviter une perte de temps au patient se rendant compte sur place qu'il est incapable de payer les soins. Le mécanisme est le même pour les professions de la pharmacie, qui peuvent cependant substituer un médicament par un autre, après accord du médecin.

3.1.1.3 Méconnaissance des règles de prescription

Respecter les règles de prescription permet au correspondant professionnel de santé d'obtenir la **rémunération adéquate**. En effet, le masseur-kinésithérapeute est responsable du nombre de séances nécessaires, sauf si le médecin le précise sur l'ordonnance. La cotation de séances de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de quatre au maximum par 24 heures, est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmier. De plus, la séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure n'est possible que si l'ordonnance du médecin en fait mention. En retour, l'IDE s'assure de la tenue d'une fiche de surveillance et de la transmission des informations au médecin traitant. **Ce complément de rémunération des professionnels de santé promeut la qualité et la coordination des soins.**

Un respect des recommandations des sociétés savantes de la part de tous les professionnels leur permet de parler le même langage. Si tous les professionnels de santé sont sur la même longueur d'onde, les désaccords s'en trouvent amoindris. Cela demande un effort d'apprentissage des indications et règles de prescription pour chaque professionnel avec qui le médecin généraliste coopère.

Les moyens pour minimiser cette méconnaissance sont pourtant nombreux : formations associatives (thématiques, groupes de pairs et revues de morbi-mortalité), visites du cabinet, rencontres directes, courriers, congrès et séminaires.

3.1.2 La communication : difficultés, moyens

3.1.2.1 Difficultés

Les soins primaires en France sont traditionnellement **peu organisés** et reposent en grande partie sur une organisation des soins ambulatoires associant généralistes et spécialistes, exerçant sans auxiliaire, en cabinets individuels et rémunérés à l'acte (46).

La **communication dépend beaucoup de l'accessibilité, la disponibilité, l'attitude et l'ouverture** de chacun des professionnels de santé. Certes, il y a une part de personnalité que l'on ne peut que difficilement changer, mais le reste est modifiable. Comme le précise F. Douguet et A. Vilbrod dans « le métier d'infirmière libérale » (39), même un médecin peu joignable et peu réceptif à la coopération peut se faire aborder si l'art de la négociation est maîtrisé.

Dans plusieurs réunions ont été relevées des difficultés **pour joindre le médecin généraliste**. Les horaires de consultations, influencés par les visites à domicile ou les associés, les congés, le sentiment de déranger pendant une consultation rendent l'exercice parfois délicat.

Certaines questions restent sans réponse consensuelle. Quand se pose un problème médical, faut-il prévenir l'associé ? A cette question, les réponses sont plutôt évasives. Cela dépend beaucoup du mode de fonctionnement des médecins généralistes, qui ne concerne pas les correspondants paramédicaux et pharmaciens. En effet, des médecins généralistes vérifient volontiers les courriers d'un associé s'il ne travaille pas un jour de semaine. D'autres associés préfèrent s'occuper exclusivement de leurs patients. Se pose ici la question de l'échange d'informations entre médecins associés, qui sort de l'objectif de notre travail.

3.1.2.2 Moyens

Dans cette étude, on retrouve une majorité de professionnels préférant utiliser une **messagerie électronique sécurisée pour toutes les informations non urgentes**. Une rupture de stock d'un médicament ou son réapprovisionnement, un problème d'observance, une remarque par rapport au traitement : tous ces renseignements peuvent transiter par messagerie. Cet outil de communication asynchrone permettrait non seulement de désengorger les appels téléphoniques, mais aussi d'ajouter toutes les informations jugées inopportunes par téléphone. Cela suppose l'utilisation régulière de cet outil pour que la communication soit efficace. Peu démocratisé, le moyen de communication informatisé MSSanté a été évoqué lors d'une réunion sans argumentaire, faute d'expérience. En théorie, il devrait, sous l'impulsion de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), remplacer Apicrypt dans le but de garantir une meilleure qualité des échanges.

D'autres médecins préfèrent l'intervention du **secrétariat**, qui apprécie l'éventuelle urgence et juge s'il faut noter le message à transmettre ou déranger le médecin pendant ses consultations. Ils n'utilisent pas ou peu la messagerie sécurisée, jugeant que l'on perd le côté humain du téléphone. Un appel permet de transmettre une meilleure appréciation et de répondre directement à une éventuelle question. Une simple hésitation peut être informative par cet outil de communication synchrone, ce qui ne sera jamais le cas dans un courrier électronique.

Certains professionnels préfèrent utiliser la messagerie instantanée (SMS) pour régler par exemple les problèmes d'INR (contrôle d'efficacité des anticoagulants anti-vitamines K). Il s'agit d'une méthode rapide et efficace, pouvant toutefois poser des problèmes de confidentialité.

La thèse de Hortense Binart Ecale (47) étudie tous les dispositifs de communication un à un. Elle confirme qu'une majorité de médecins généralistes (59%) considèrent l'utilisation d'internet avec messagerie sécurisée comme un outil de communication interprofessionnel pouvant améliorer la qualité des échanges. Les courriers intégrés au dossier patient viennent en deuxième position (18%). L'étude ajoute que le fax est peu utilisé puisque les inconvénients sont nombreux. Elle s'intéresse surtout à l'informatique et la dématérialisation, qui ont révolutionné le stockage de données. Tout le challenge est de disposer d'outils avec un haut niveau d'interopérabilité et sans saisie redondante. Elle souligne la difficulté de la tâche pour les médecins généralistes de devoir en permanence s'adapter à leur environnement. Informatique ou non, un courrier à l'adresse d'un confrère médecin ne sera pas rédigé de la même façon que celui destiné à un partenaire paramédical.

D'après C. Hayward et S. Willcock (38), **un courrier est un moyen de formation** du médecin généraliste, une façon d'acquérir de l'expérience. En effet, il pose une question dans le courrier qu'il envoie au spécialiste. Ce dernier répond alors à l'interrogation du médecin généraliste.

Prendre le temps de rédiger un courrier au masseur-kinésithérapeute permet d'augmenter les chances d'obtenir une réponse de sa part. Ecrire des consignes à l'IDE permet d'améliorer la prise en charge du patient. En pratique, il n'y a pas de courrier envoyé au pharmacien. Mais il faut, en contrepartie, annoter tous les changements sur l'ordonnance. On peut éventuellement réfléchir à instaurer un courrier ou une fiche pour informer le pharmacien des antécédents et allergies.

Pour chaque appel au médecin généraliste, il est recommandé au pharmacien ou à l'IDE de **préparer l'entretien téléphonique**. Il faut vérifier les recommandations, être préparé à répondre aux questions du médecin et proposer des alternatives. Cela permet de raccourcir la durée de l'appel et d'installer plus facilement une relation de confiance. Si le médecin est

injoignable, il est judicieux d'attendre les quelques jours dont dispose le patient jusqu'à la fin du traitement. Etre interrompu par un appel téléphonique dérangeant au cours d'une consultation serait responsable d'une erreur médicale une fois sur trois selon une étude de 2013 (48) basée sur une RMM en groupe d'analyse de pratiques. La grande majorité sont des erreurs par omission, plus rarement par commission et parfois par violation du secret médical.

Hortense Binart Ecale souligne également dans sa thèse (47) que les médecins sont limités dans leur capacité à libérer suffisamment de temps pour établir un contact avec leurs collaborateurs, du fait qu'ils en consacrent déjà beaucoup aux tâches administratives dans leurs cabinets libéraux. L'outil informatique semblerait pouvoir **optimiser le temps de travail**, grâce à de multiples services, comme pré-remplir des courriers en fonction du destinataire. En intégrant les progrès actuels, on constate que l'informatisation des cabinets est en retard. La télémédecine, les objets connectés, les messageries instantanées sécurisées sont des outils encore très peu utilisés dans le milieu médical. On explique ce retard par le souci de respecter le secret médical, le coût, le manque de formation et la peur de l'informatique. Il y a fort à parier qu'il y aura une révolution des moyens de communication dans le milieu médical au cours des prochaines années. L'idéal serait une uniformisation des logiciels informatiques, permettant des échanges rapides, simples et compatibles quel que soit le matériel utilisé. N'ayant pas été évoqués au cours des réunions, la télémédecine, les objets connectés, l'intelligence artificielle, la réalité augmentée peuvent bouleverser la médecine de demain.

3.1.2.3 Les réseaux de soins

La thèse souffre du manque d'intervenants exerçant en **maison de santé pluriprofessionnelle**. Très peu développées en Moselle, elles permettent un exercice se rapprochant de celui des pharmaciens ou même des infirmières et des masseurs-kinésithérapeutes, qui, pour la plupart, fonctionnent déjà dans un mode collaboratif. Les réunions mensuelles ou trimestrielles proposées dans les maisons de santé sont déjà pratiquées par les pharmaciens. La communication est facilitée par la proximité, que ce soit entre professionnels d'une même discipline ou interdisciplinaires.

Depuis les Ordonnances du 24 avril 1996, les professionnels de santé sont encouragés à constituer des réseaux de santé afin « d'assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient ». Ils sont le fruit de la coopération entre professionnels de santé qui se crée au fil du temps en fonction des compétences, affinités et de la proximité géographique. Il permet de coordonner ou de déléguer certains soins, de demander des avis, de se sentir soutenu et aidé dans ses décisions (49). Un bon réseau de soins informel est le résultat d'une communication active entre professionnels de santé.

L'étude d'Aline Sarradon-Eck (49) montre qu'aucun professionnel n'a de vision transversale de la prise en charge du malade du fait de la méconnaissance du travail de l'autre, des

cloisonnements symboliques entre groupes professionnels et des difficultés rencontrées (charges de travail en particulier). L'amélioration de la communication devrait reposer sur la désignation d'un **acteur « pivot » qui aurait une action de coordination** dans le projet thérapeutique, mais également sur des processus de décroisonnements entre les différents segments professionnels, impliquant que chaque acteur connaisse le travail effectué par l'autre et reconnaisse son utilité dans la chaîne des soins, et sur un rééquilibrage des hiérarchies sociales et symboliques entre les acteurs.

Le médecin généraliste de premier recours peut avoir besoin d'un appui pour les patients en situation complexe, s'aidant d'une diversité d'intervenants dans les différents champs (sanitaire, social et médico-social). Afin de favoriser cette coordination entre les acteurs de l'offre de soins, les pouvoirs publics visent prioritairement à faire évoluer les réseaux de santé (50).

3.1.3 Le rôle propre des professionnels de santé

3.1.3.1 Quelques exemples relevés dans l'étude

Les réunions ont permis d'identifier quelques exemples. Etant mieux placée que le médecin pour gérer ces stocks, l'IDE peut renouveler le matériel de surveillance du patient diabétique insulino-dépendant, ce qui est rarement le cas. Le pharmacien peut substituer la galénique, alors pourquoi la préciser sur l'ordonnance ? Mieux vaut préciser la galénique uniquement pour les cas particuliers comme les troubles de la déglutition ou les injectables. Il est recommandé de laisser la liberté de choix de l'orthèse par le pharmacien, qui doit alors assumer son rôle de conseiller et de délivrer des informations concernant les conditions d'utilisation et de suivi du patient.

Est-ce inadapté de laisser trop d'indépendance aux professionnels paramédicaux ? La multiplication des séances de masso-kinésithérapie par le masseur-kinésithérapeute lui-même a été évoquée lors d'une réunion. Malheureusement, il y a des abus dans tous les domaines, médicaux ou non. Les référentiels permettent d'identifier ces abus et de sanctionner, si nécessaire, par les autorités compétentes. Il semble déplacé de laisser le médecin généraliste sanctionner dans ce cas. Ces abus peuvent également concerner les pharmaciens et la dispensation d'orthèse de mauvaise qualité, ou sans essai préalable. Trop d'indépendance laissée à l'IDE peut entraîner des retards diagnostics, comme une tumeur cutanée dans un cadre de prise en charge d'une plaie chronique, pouvant être évité en communiquant avec le médecin traitant. **Laisser plus d'indépendance aux professionnels paramédicaux nécessite un retour d'informations au médecin généraliste**, garant de la coordination des soins.

Il a été soulevé lors de ces réunions que les aiguilles de 4 ou 5mm suffisent pour les glycémies per cutanée chez les patients diabétiques. La prescription de petits modèles de ceintures lombaires permet aux personnes de tailles moyennes d'avoir plus de liberté de

mouvements et une meilleure réinsertion dans le milieu professionnel. Ces prescripteurs paramédicaux ont une vision pragmatique des prises en charge. En reprenant l'expression du pharmacien expert de matériel orthopédique, il est à prévoir une **évolution du matériel** à disposition des patients **et des pratiques** avec l'effet « *kiné prescripteur* ». A force de faire des glycémies per cutanée, les IDE se rendent compte que les aiguilles de quatre ou cinq millimètres suffisent pour la grande majorité des patients, ce qui écarte les aiguilles de plus grande taille historiquement prescrites par les médecins généralistes.

3.1.3.2 Réflexions autour du rôle propre

Dans les résultats de cette étude, on retrouve à de nombreuses reprises la notion d'**indépendance insuffisante** des professionnels libéraux avec qui le médecin généraliste collabore. A l'étranger, les IDE possèdent plus de capacités et fonctionnent avec plus d'indépendance. Il a été relevé au cours des réunions le manque d'autonomie de certaines infirmières dans la prise en charge de maladies chroniques comme le diabète. Peut-être sont-elles fraîchement diplômées, à peine sorties du cursus médical où elles sont davantage encadrées ? Ou s'agit-il d'IDE plus expérimentées qui se protègent juridiquement en prenant moins de responsabilités ? Comme l'a suggéré le chef de service d'oncologie de l'hôpital de Mercy, le déficit de liberté des professionnels paramédicaux serait un problème collectif, pour ne pas dire culturel et propre à la France, reflétant un certain manque de reconnaissance de la profession.

Comme l'a dit le rhumatologue ayant apporté son expertise lors des trois soirées thématiques portant sur les pathologies ostéo-articulaires, le masseur-kinésithérapeute est un « **spécialiste** de l'appareil locomoteur ». On peut faire le même raisonnement pour le pharmacien vis-à-vis des médicaments ou l'infirmière par rapport à l'exécution des soins. Ainsi, une prescription qualitative de masso-kinésithérapie a de fortes chances d'être restrictive, compte tenu de la quantité de techniques à disposition du masseur-kinésithérapeute. Prescrire un nombre défini de séances de masso-kinésithérapie, c'est prétendre être mieux placé que le masseur-kinésithérapeute pour juger de cette quantité. On peut extrapoler cela avec les IDE et leurs soins, les orthophonistes et la rééducation de la parole, les diététiciens et la gestion alimentaire, les psychologues et la gestion des souffrances morales ou encore les sages-femmes et les grossesses physiologiques.

La relation du médecin généraliste avec le pharmacien est très particulière. Même si le pharmacien est le spécialiste du médicament, le médecin généraliste a lui aussi une grande connaissance des différentes thérapeutiques. Il ne rédige pas une ordonnance pour « une prise en charge médicamenteuse du diabète », il détaille un à un tous les médicaments. Pourquoi une telle différence avec les autres prescriptions ? Elle est principalement justifiée par le risque médicamenteux et la nécessité d'une **responsabilité partagée** par l'intermédiaire d'un double contrôle des prescriptions. Plus subtil que celui des professionnels paramédicaux, le pharmacien dispose également d'un rôle propre, qui se résume par ces points :

- Sensibiliser et informer le public, promouvoir la prévention et le dépistage
- Aider le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements
- Promouvoir le bon usage du médicament
- Apprendre et renforcer les techniques particulières de prise de certains médicaments
- Aider le patient à l'apprentissage de l'autosurveillance
- Soutenir et accompagner les patients (51)

Les médicaments non listés sont la preuve que le pharmacien peut fonctionner dans une certaine autonomie. Les pharmaciens correspondants ont beaucoup plus d'indépendance avec la gestion des traitements chroniques.

Bien sûr, les longues études des médecins généralistes les rendent compétents dans plusieurs domaines. Ils développent certaines aptitudes un peu plus spécialisées, en fonction des stages réalisés pendant leurs études, mais les autres domaines sont certainement mieux maîtrisés par des professionnels spécialisés. Coopérer avec ces derniers, c'est **accroître la connaissance globale et disposer alors de tous les éléments pour prendre une décision**. Dans la pratique, les médecins généralistes se perfectionnent dans des domaines qu'ils aiment traiter ou dont la fréquence de motifs de consultation fait que l'expérience s'accumule rapidement. Par exemple, les sutures en soins ambulatoires sont très rarement réalisées en milieu urbain, du fait de la proximité des services d'urgence.

Savoir déléguer revient à s'octroyer plus de temps libre ou plus de « **temps médical** ». Dans ce contexte durable de pénurie de médecins généralistes, il est conseillé d'optimiser les soins ambulatoires pour offrir une meilleure qualité des soins. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a mené en 2016 une enquête sans précédent qui a permis de recueillir les témoignages, perceptions et attentes de près de 35 000 médecins. 89% des médecins interrogés se disent fiers d'exercer leur profession, bien que 97% d'entre eux estiment subir trop de contraintes réglementaires, économiques et administratives, qui empiètent sur leur temps médical. L'Ordre des médecins juge nécessaire d'articuler ses propositions autour du temps médical, le préserver étant pour lui le meilleur moyen de proposer un système efficient pour tous (52).

Il n'y a pas une seule façon de travailler : **l'important est de se rencontrer et de connaître le mode de fonctionnement de son interlocuteur** professionnel de santé. Il faut mettre au clair les préférences et exigences de chacun. Le médecin généraliste crée alors un réseau informel qui constitue une solide chaîne de soins.

3.1.4 Le suivi, la réévaluation et l'observance

3.1.4.1 Le suivi

La prévention et le suivi sont des éléments fondamentaux de soins ambulatoires menés par le médecin généraliste. Chaque professionnel de santé s'occupe d'une partie du suivi des patients. L'IDE libérale en visite à domicile voit principalement des pathologies chroniques, et le pharmacien voit chaque mois ces patients pour leur dispenser leurs médicaments. Le masseur-kinésithérapeute est également très proche des patients atteints de pathologies neurologiques. Il est également au premier plan chez les personnes souffrant de pathologies ostéo-articulaires récidivantes comme la lombalgie. Dans ce cas, la prévention des récives est primordiale, avec notamment l'enseignement de posture à éviter, le renforcement musculaire au cabinet et l'apprentissage d'auto-exercice, ou encore veiller à ne pas porter une ceinture lombaire trop souvent et de façon prolongée. Il a également un rôle de prévention primaire et secondaire chez le sportif, en prenant le rôle de « coach ».

Qui doit s'occuper du **renouvellement du matériel** ? L'auto-piqueur pour glycémie percutanée chez les diabétiques doit-il être renouvelé par l'IDE ou le médecin ? Le matériel d'orthopédie devrait-il être sous la responsabilité du masseur-kinésithérapeute ? Le médecin voit tous les diabétiques alors que l'IDE ne voit que ceux en déficit d'autonomie ou à l'initiation du traitement par auto injections. De la même manière, le médecin généraliste prescrit plus d'orthèses que le masseur-kinésithérapeute. La principale question à se poser pour le médecin généraliste est de savoir s'il préfère tout gérer afin d'éviter des oublis, ou déléguer pour consacrer moins de temps aux démarches administratives. Cela dépend aussi des relations qu'il entretient avec les professionnels paramédicaux.

La sortie d'hospitalisation est une période particulièrement à risque pour les patients. La tendance actuelle est au raccourcissement des durées de séjour, entraînant parfois des sorties d'hospitalisation prématurées de patients fragiles. Les substitutions de médicaments posent problème au patient lors de son retour à domicile. Est-ce lié au manque de laboratoires représentés dans les hôpitaux ? Est-ce un changement volontaire ? Le patient change ses habitudes alimentaires pendant son hospitalisation, ce qui peut entraîner des adaptations de posologies parfois considérables. L'oubli d'une réintroduction de médicament, suspendu dans le cadre d'une intervention chirurgicale, se découvre parfois tard. Les améliorations proposées par les participants des réunions convergent toutes vers la nécessité d'une réévaluation précoce du patient rentré à domicile, que ce soit par le pharmacien, le médecin généraliste et même l'IDE si elle participe à la prise en charge. La thèse de pharmacie d'E. Frenot (53) confirme cette période à risque et propose une sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en sortie d'hospitalisation grâce au projet MEDISIS. L'objectif de ce programme est de réorganiser la sortie d'hospitalisation par la mise en œuvre, d'une part, d'un programme personnalisé d'accompagnement thérapeutique dispensé au patient renforçant

ses connaissances et ses compétences sur ses pathologies et son traitement global et, d'autre part, d'un système d'information partagé entre le patient, les professionnels de premier recours et professionnels hospitaliers impliqués dans sa prise en charge.

Enfin, il a été évoqué la surveillance de la qualité des soins en surveillant l'épuisement des soignants, en vérifiant le rythme de surveillance des examens et rendez-vous et en assurant une continuité des soins. Tous ces éléments reposent sur la communication entre les différents acteurs de la chaîne de soins. Plus il y a de communication, moins il y a de risque de déficit de soins.

3.1.4.2 La réévaluation

Le manque de **réévaluation** du patient, en particulier celui en perte d'autonomie, est un problème qui a été évoqué à plusieurs reprises. Les patients s'octroient des mécanismes de défense contre la perte d'autonomie, et la routine du médecin fait qu'il ne s'aperçoit pas toujours de la perte de capacités. Pour cela, il peut s'aider de différents avis, comme l'appréciation de l'IDE, de la famille, ou même d'une évaluation en hôpital de jour gériatrique. Le masseur-kinésithérapeute peut aussi faire un bilan de capacités fonctionnelles. La réévaluation des techniques d'auto-injection par l'infirmière une fois par an, la prévention posturale par le masseur-kinésithérapeute, la révision de tous les médicaments et leurs posologies par le pharmacien sont primordiales pour toute pathologie chronique. Cette réévaluation fait partie du rôle propre de chacun de ces professionnels.

Quand le pharmacien, l'infirmière ou le masseur-kinésithérapeute constate que le **diagnostic** du médecin est mal étayé, voire erroné, il doit informer celui-ci au plus vite. Il faut soit utiliser le téléphone, soit rédiger un courrier à remettre en main propre au patient. Si le médecin s'est trompé de diagnostic, peut-être n'avait-il pas tous les éléments ? Un simple appel téléphonique, un élément noyé par un flot de doléances de certains patients venant avec de multiples motifs de consultation, voire une journée trop chargée peut suffire à passer à côté du bon diagnostic. Un **deuxième avis**, qui plus est de la part d'un spécialiste (en l'occurrence de l'appareil locomoteur, des médicaments ou des soins ambulatoires), peut rétablir le diagnostic. Il est primordial de rester confraternel. Le risque étant une perte de confiance du patient envers la médecine, refusant alors tous soins.

3.1.4.3 L'observance

Le pharmacien voit plus fréquemment le patient que le médecin. Une irrégularité de passage du patient, un refus de certains médicaments ou encore une confusion avec le nom commercial et la dénomination commune internationale du médicament, sont des éléments évoquant un problème d'**observance**. Le pharmacien doit s'efforcer de vérifier périodiquement s'il n'y a pas eu de changement de posologie passé inaperçu.

L'instauration d'un passage infirmier à domicile entraîne parfois une correction tensionnelle surprenante, ou même le passage d'hyperglycémie permanente à d'importantes hypoglycémies. Il s'agit d'une simple vérification de la bonne prise médicamenteuse.

Du côté de la masso-kinésithérapie, le problème est différent : même en expliquant l'intérêt d'une rééducation, le patient ne trouve pas le temps de se faire soigner par le masseur-kinésithérapeute. Annoncer au patient un plan de soins permet d'éviter une certaine errance dans la prise en charge et de renforcer la coordination des soins.

Le remboursement des soins pose souvent problème au patient. Il a été relevé à plusieurs reprises qu'informer le patient de l'absence de remboursement est nécessaire pour une bonne adhésion aux soins. Cela est valable pour les prescriptions banales, celles hors AMM ou encore certains soins paramédicaux.

3.1.5 L'aspect médico-légal

3.1.5.1 Le dossier de soins

Il existe plusieurs dossiers présentés ci-dessous. Rappelons que rédiger un dossier professionnel ou remplir une fiche d'observation est un devoir du médecin envers les patients, selon l'article 45 du Code de déontologie (3).

Concernant le **dossier de soins**, il est recommandé de le compléter avec les informations utiles, en évitant toutes notes personnelles et hypothèses diagnostiques. Il faut bien expliquer l'importance du secret médical au patient, pour qu'il prenne lui-même les précautions nécessaires. Dès lors qu'il existe un problème familial ou la nécessité d'instaurer une tutelle, il n'y a, à l'heure actuelle, pas d'autre solution que de garder le dossier chez les professionnels de santé, pour préserver le secret médical. Seuls les logiciels informatiques permettent d'instaurer des clés de cryptage, délivrées aux différents acteurs de soins, avec des déverrouillages en fonction de la discipline.

Le dossier du patient est souvent considéré comme le moyen de communication le plus simple, le plus fiable et le plus répandu. Beaucoup considèrent qu'un dossier bien tenu est chronophage, mais quand arrivent des événements imprévus ou une urgence, le gain de temps pour retrouver les informations est considérable. Le DMP a pour objet de favoriser la coordination des soins, d'améliorer la communication des informations de santé sous le contrôle du patient concerné, de réduire les accidents iatrogènes et les examens redondants afin de diminuer les coûts inutiles (48). Lancé depuis 2004 sous le nom de « dossier médical personnel », il prend le nom de « dossier médical partagé » en 2016 (54). Une nouvelle tentative de déploiement sur neuf départements en décembre 2016 espère vaincre ses problèmes de coût, d'alimentation d'informations et d'éthique, qu'on lui reproche depuis son lancement.

Lancé trois ans après le DMP, le **dossier pharmaceutique** (DP) enregistre en 2015 41 millions de dossiers ouverts et 99.8% de pharmacies d'officine raccordées. Il permet d'enregistrer, sauf opposition du patient, l'historique des médicaments délivrés depuis quatre mois. Le DP est utile dans les situations d'interactions médicamenteuses pour 53% des pharmaciens, dans les situations de dépannage pour 37% des pharmaciens et dans les situations de surconsommation pour 32% des pharmaciens (55). Son succès est-il lié à sa simplicité d'utilisation, le différenciant alors du DMP ? L'implication des pharmaciens a été beaucoup plus importante du fait notamment de leur implication financière dans le projet.

3.1.5.2 Les informations

Une **information** claire, loyale et appropriée est primordiale pour assurer une bonne prise en charge. Des instructions bien comprises sont garantes d'une bonne observance. Toute la chaîne de soins doit ainsi avoir le même discours, la même ligne de conduite. Prescrire des antibiotiques à tout va alors que le pharmacien précise que « *les antibiotiques, c'est pas automatique* », fait que le pharmacien n'aura aucune crédibilité, alors qu'il a sans doute raison. Si l'infirmière, lors de sa demi-heure hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention chez le diabétique, informe le patient de la nécessité d'une consultation annuelle chez l'ophtalmologue, cela confirme les conseils du médecin traitant et le patient prendra alors le rendez-vous.

Peut-on mettre un **diagnostic** sur une ordonnance ? A partir du moment où elle chemine directement vers le professionnel concerné, cela ne pose pas de problème. Dès lors qu'elle est envoyée à la CPAM ou qu'elle se retrouve dans les mains d'un proche du patient, il y a infraction au secret médical. Le plus souvent, le diagnostic est formulé au patient à l'oral. S'il a bien compris et s'il s'en souvient, il peut le donner au professionnel concerné. Cependant, la transmission orale est responsable d'une déperdition et d'une déformation d'informations, quelles que soient les circonstances. De plus, la transmission orale d'informations pose le problème de confidentialité au comptoir de pharmacie. Si le médecin veut être sûr de donner les bonnes informations à son correspondant, alors il doit lui rédiger un courrier accompagnateur de l'ordonnance. L'envoi direct de courrier par messagerie sécurisée est peu pratiqué, pourtant très simple, mais pouvant se révéler parfois un peu trop rigide.

Concernant les **ordonnances périmées**, comment réagir face au patient ? S'il s'agit de thérapeutiques ne pouvant être arrêtées sans avis médical (traitement anti épileptique, injection d'insuline, kinésithérapie respiratoire pour une bronchiolite), il va de soit de continuer les soins et de régulariser l'ordonnance. Si le patient abuse en allant systématiquement chercher son quatrième mois de médicaments à la pharmacie, en demandant au médecin des séances de kinésithérapie de complaisance pour qu'il soit remboursé, en exigeant des prises de sang à domicile chez un patient valide, il faut savoir refuser. En principe, une seule ordonnance de masso-kinésithérapie est suffisante pour qu'il gère le nombre de séances nécessaires. Si ce nombre est inscrit sur l'ordonnance, le médecin

s'allègue une responsabilité supplémentaire et inutile. Pour le reste, c'est principalement du ressort de médecin généraliste de savoir éduquer ses patients. Même s'il agit dans l'intérêt du patient, il doit aussi veiller à respecter l'intérêt collectif de santé publique.

3.1.6 Les autres dysfonctionnements

3.1.6.1 Les spécificités des professions

C'est grâce au **bilan diagnostique kinésithérapique** que le masseur-kinésithérapeute peut proposer un diagnostic, un plan de prise en charge en définissant le nombre de séances nécessaires et les techniques envisagées. En d'autres termes, le BDK définit le rôle propre du masseur kinésithérapeute. Beaucoup de médecins généralistes n'ont pas conscience de cette indépendance de la profession puisque 48% d'entre eux en Lorraine en 2013 (37) précisent toujours le nombre de séances. Les raisons évoquées sont :

- Pour une limitation de la multiplication abusive du nombre de séances
- Par ignorance de la loi de 2000
- Pour refaire le point avec le patient
- Par habitude de prescription

Dans notre étude, les professionnels ont affirmé que les référentiels permettent la régularisation du nombre maximum de séances et qu'il est chronophage au médecin généraliste de refaire le point avec le patient. La méconnaissance de la loi semble être une raison notable et l'habitude de prescription semble étroitement liée au manque d'auto-formation et de communication directe avec le masseur-kinésithérapeute.

D'après la thèse d'Anaïs Dellandrea (37), les médecins généralistes ne reçoivent que rarement ou jamais le BDK. Pourtant, ils estiment intéressant à 48.2% de le recevoir. Ils préféreraient même recevoir le bilan final à 49.1%. Les raisons sont, paradoxalement, l'absence de demande des prescripteurs (sachant que certains MG n'en ont jamais vu, et ne connaissent pas son existence, ceux-ci ne sont pas prêts à le réclamer) et le côté chronophage de sa conception et son envoi. Un envoi informatisé par messagerie sécurisée semble alors être une solution.

La **démarche de soins infirmier** est à l'infirmière ce que le bilan diagnostique kinésithérapeute est au masseur-kinésithérapeute. En effet, le DSI représente en grande partie le rôle propre de l'IDE. Les freins à son expansion sont les mêmes : la méconnaissance du médecin généraliste, l'ignorance du dispositif et l'habitude de prescription. Le DSI est également considéré comme un outil de communication qui, cette fois, est obligatoirement mis à disposition du médecin généraliste puisque sa signature est nécessaire pour son envoi à l'Assurance maladie.

La communication écrite avec le pharmacien passe par les **mentions sur les ordonnances**. Tout en respectant le secret médical, le médecin généraliste peut, en quelques mots, donner des instructions ou informer des changements au pharmacien. De nombreux

dysfonctionnements ont été relevés au cours des réunions et auraient pu être évités avec quelques précisions à côté des prescriptions sur l'ordonnance. De plus, cet outil de communication permet au pharmacien de mieux exprimer son rôle propre à travers les informations soumises au patient.

3.1.6.2 La personnalité des professionnels

Afin de conclure cette discussion à propos des dysfonctionnements relationnels interprofessionnels, il convient d'évoquer la **personnalité des acteurs de santé**. La quantité d'échanges est directement liée au caractère des professionnels de santé. Certains communiquent naturellement davantage que d'autres, moins expressifs. La réceptivité des échanges est également un facteur sérieux influençant la communication interprofessionnelle. Un médecin très sûr de lui et susceptible obtiendra moins d'échanges avec les professionnels paramédicaux qu'un médecin ouvert et à l'écoute des conseils qu'on peut lui transmettre. Même si les changements d'humeur sont très difficiles, la communication peut néanmoins être **améliorée grâce à la connaissance de l'acteur de santé** avec qui on coopère. En effet, cela permet de savoir, par exemple, si un mot dans le cahier de transmissions suffit ou s'il vaut mieux téléphoner pour un problème précis, si le médecin souhaite être au courant du réapprovisionnement d'un médicament en rupture de stock ou si les séances de masso-kinésithérapie n'ont pas eu l'efficacité escomptée. Les réactions des professionnels sont prévisibles à condition de savoir comment communiquer (39-41).

3.1.6.3 L'entourage du patient

Une réunion entière a été consacrée à la **protection de l'aidant**. Le médecin généraliste doit veiller à la coordination des soins ainsi qu'à la compétence de ses partenaires acteurs de soins. Il doit indirectement veiller à éviter l'épuisement de l'aidant, professionnel ou non. Cela repose sur la communication entre professionnels de santé et l'écoute des aidants. L'information de la famille est primordiale pour les patients dépendants : leur évoquer les perspectives d'avenir, leur proposer une mise en situation leur permet de choisir le futur du patient.

3.2. DISCUSSION DE LA MÉTHODE

3.2.1. Les aspects positifs de l'étude

Afin de faire face à la pénurie de médecins généralistes et pour l'efficacité du parcours de soins, la coopération avec les différents professionnels de santé est primordiale. La dimension transversale et pluriprofessionnelle de l'étude vise à améliorer l'exercice quotidien des professions concernées ; elle permet également de comprendre les avantages à travailler en coopération. Grâce à l'appui des différents intervenants d'un réseau de soins, le médecin généraliste mobilise l'ensemble des ressources nécessaires pour garantir un parcours efficace, à travers une réduction des délais de prise en charge, une diminution des tâches administratives et une limitation des risques liés aux transmissions de données médicales. Tout cela permet d'aboutir à une meilleure prise en charge du patient, qui reste l'intérêt premier de toute profession de santé.

L'étude n'est pas exhaustive mais elle confronte l'avis de nombreux professionnels de santé et bénéficie de suffisamment de données pour avoir une vision transversale. Un pharmacien coopère avec plusieurs médecins, aux méthodes différentes, plus ou moins proches des recommandations des sociétés savantes, et aux personnalités différentes. De même, les relations qu'entretiennent les médecins généralistes avec les infirmiers et infirmières sont très variées. Il existe, certes, un biais de recrutement, qui sera développé dans les limites de l'étude, mais il est à relativiser, puisque les dysfonctionnements retenus ne sont pas restreint aux professionnels présents lors des réunions, mais à une population beaucoup plus large.

Selon une idée générale, relayée par le Conseil National des FMC, 50% des connaissances médicales sont obsolètes en l'espace de 7 ans, d'où l'intérêt, et même l'obligation, d'adhérer à une formation médicale continue. Le travail d'A. Debarge (34) rapporte que 85% des médecins aimeraient que la formation en masso-kinésithérapie soit abordée lors de réunion de FMC. Baser le recueil de données sur ces réunions est non seulement innovant mais semble aussi adapté à la conjoncture actuelle.

Il faut également souligner que ce travail ne se limite pas à la relation professionnelle entre les médecins généralistes et les professionnels de santé paramédicaux, notamment les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes, mais aussi les professions de la pharmacie. Très différentes dans leurs fonctionnements, toutes ces professions ont un point commun majeur, celui d'être les interlocuteurs privilégiés du médecin généraliste. En milieu libéral, la majorité des prescriptions de masso-kinésithérapie, de soins infirmiers et d'ordonnances médicamenteuses proviennent effectivement du médecin généraliste.

L'originalité de l'étude est de recueillir les informations de façon longitudinale, pendant dix-huit mois, lors de réunions de formation continue. D'autres méthodes, telles que les focus-groups ou les entretiens semi-dirigés, ont fait leurs preuves. La présente étude est plus

difficile à réaliser puisque la variabilité de la quantité d'informations extraites lors de ces réunions nécessite un nombre de réunions important, mais elle a l'intérêt de recueillir davantage d'informations. En effet, les questions ne sont pas posées par un doctorant, mais par les professionnels de santé directement : ils s'expriment librement et ne se sentent pas « surveillés ». Certaines données, issues de débats interprofessionnels, ne peuvent pas être décelées avec une autre méthode bien définie. Bien sûr, la méthodologie peut être améliorée. Le prochain paragraphe en liste les limites.

3.2.2. Les limites de l'étude

La première limite de cette étude est liée aux difficultés pour organiser des revues de morbi-mortalité et recruter des participants aux réunions. En effet, les revues de morbi-mortalité médecin – infirmier, médecin – kinésithérapeute et ville - hôpital n'ont pas pu se concrétiser. Comme l'idée initiale de cette thèse était de s'appuyer essentiellement, voire exclusivement, sur ce type de réunion, il a fallu reconsidérer le projet. Compte tenu de l'importance attribuée aux réunions thématiques et interactives pluriprofessionnelles par l'AMMPPU, et l'espoir d'organiser une RMM médecins - infirmier pour l'année 2016-2017, nous avons choisi de continuer le projet. Cela a augmenté le nombre de réunions nécessaire pour arriver au même résultat que celui attendu initialement.

Le travail de thèse de P. Cordonnier datant de 2011 (56) démontre que les formateurs et maîtres de stages accordent une plus grande importance aux formations présentielles que l'ensemble des médecins généralistes. Les médecins formateurs jugent les FMC comme « importantes » à 71% et « utiles » à 21%. Dans la population générale de médecins généralistes, les FMC sont jugées « importantes » à 35% et « utiles » à 28%. Cela montre qu'il existe un biais de recrutement des médecins. En effet, les médecins généralistes participant aux réunions de formation médicale continue sont plus souvent eux-même enseignants.

Même si elle est essentiellement constituée de médecins généralistes, l'association AMMPPU n'est pas limitée à leur formation continue mais concerne celle de toutes les professions de santé. Le recrutement des pharmaciens, infirmiers et infirmières ou masseurs-kinésithérapeutes se fait par mail, mais aussi par bouche à oreille. Ces professionnels sont intéressés et motivés pour faire progresser la coopération professionnelle. La majorité des IDE, MK et pharmaciens ne sont venus qu'une seule fois, alors que les médecins généralistes ont tendance à se déplacer plusieurs fois. En prenant en compte le nombre de réunion pour chaque profession, on peut remarquer que le nombre de représentants de chacune des quatre professions est assez similaire, ce qui est encourageant pour continuer les réunions transversales.

Un second biais de recrutement est lié aux horaires des réunions. Elles sont organisées le soir, avec le plus souvent un pot d'accueil à 20h30, pour débiter à 21h. Ces horaires ont été choisis pour que les médecins généralistes, pharmaciens et masseurs-kinésithérapeutes, travaillant souvent jusqu'à des heures tardives, puissent se libérer à temps. Par contre, la plupart des infirmières se lèvent très tôt et ne peuvent se permettre de rentrer après 23h30.

Compte tenu de la grande diversité de réunions, la principale difficulté a été d'uniformiser la rédaction des résultats. En effet, certaines réunions comme les RMM sont uniquement interactives. Il est aisé de constater les dysfonctionnements interprofessionnels au sein des nombreux échanges effectués lors de ces soirées. Certaines réunions thématiques sont plus difficiles à transcrire, du fait de leurs échanges unilatéraux. En effet, ces soirées s'apparentent à des cours ne dégageant que peu d'interactions. Enfin, certains débats d'idées, en particulier issus de la réunion « aide aux aidants » qui s'est déroulée sans expert, perdent une certaine dimension scientifique au profit d'une dimension humaine, grâce à un débat plus abouti. Cela pose quelques difficultés pour uniformiser la rédaction des résultats de cette thèse, bien que cela apporte une argumentation qui n'aurait pas pu être obtenue avec une autre méthode.

Ne répondant pas à des obligations méthodologiques, les réunions n'ont pas été enregistrées sur un dictaphone. Cela entraîne une perte d'authenticité et, peut-être, une perte d'informations. Nous avons privilégié la concision des récits pour en améliorer la lisibilité des écrits. Cela réduit considérablement le poids de la rédaction des résultats, déjà importante. Cette thèse s'écarte des approches méthodologiques standards et peut être considérée comme moins académique. Cependant, elle peut ouvrir une discussion dans différents domaines grâce à son approche de terrain plus pragmatique et servir de socle pour des études ultérieures du fait de l'abondance de sujets abordés.

3.3. COMPARAISON AVEC D'AUTRES ÉTUDES

3.3.1 Comparaison de la méthode

L'étude la plus proche de la nôtre, en termes de méthodologie, est la thèse de Gaëtan Grondin de 2011 (57), proposant une revue des dysfonctionnements des collaborations (RDC), issus de RMM dans le cadre du relais ville hôpital d'addictologie du secteur Metz Thionville. Il affirme qu'il y a peu d'expériences menées sur la relation entre soignants, particulièrement dans les réseaux de santé. La qualité de la relation dans le soin est fondamentale, notamment la relation soignant/soigné. Cependant, lorsque plusieurs soignants doivent se coordonner pour prendre en charge un patient, la qualité de leur relation est aussi importante afin de prodiguer des soins corrects. Il a pu mettre en valeur trois dysfonctionnements majeurs :

- Des problèmes de communication
 - « *Il s'agit d'un manque d'écoute des partenaires entre eux, d'un manque de soutien d'un partenaire envers un autre lors d'une prise en charge difficile d'un patient ou encore d'un manque d'information entre partenaires concernant le suivi conjoint d'un même patient* »
- Une difficulté de gestion des conflits
 - « *La bonne gestion des conflits dans la relation entre les soignants est un élément majeur dans la qualité de cette dernière* »
- Une conception différente du suivi conjoint
 - « *Certains partenaires construisent seuls un projet de soin en incluant d'autres institutions sans vérifier que ces dernières puissent intervenir auprès du patient.* »

La bonne ambiance et l'écoute lors de ces RDC encouragent les acteurs de santé à apprendre à travailler ensemble, en insistant sur la nécessité d'impliquer les médecins généralistes. Les rencontres physiques provoquées par ces réunions leur ont également apporté une meilleure connaissance du réseau qu'ils croyaient, à tort, connaître suffisamment. Pour tout réseau de soins, il paraît alors utile de proposer une RDC (ou une RMM), permettant alors d'améliorer les relations entre soignants avec une conséquence positive sur les pratiques de soins.

A notre connaissance, étudier des dysfonctionnements interprofessionnels lors de réunions de formation médicale continue est inédit.

3.3.2 Comparaison de résultats globaux

La « *grande consultation* » (52), organisée par ELABE pour l'Ordre des médecins, dans le but de faire évoluer le système actuel et d'influencer le débat politique de 2017, enregistre plus de 30 000 questionnaires enregistrés. Parmi les dix propositions, une s'intéresse particulièrement à la coopération interprofessionnelle :

« Les coopérations doivent se mettre en place sur la base des besoins exprimés par les territoires et de leurs priorités en matière de santé (incidences de certaines pathologies, addictions particulières...) afin de construire un maillage en réseau de coopération autour de trois objectifs : décroiser la médecine de l'hôpital et la médecine de ville ; favoriser la mobilité de la profession et promouvoir les échanges entre les professionnels de santé. »

L'étude propose de placer :

« le médecin traitant comme pivot entre médecin et autres professionnels de santé, la généralisation d'un numéro entre médecins et hôpital pour permettre l'hospitalisation directe des patients sans passage par les urgences, des messageries sécurisées pour les échanges entre médecins et autres professionnels de santé des comptes rendus et résultats d'examen, un dossier du patient pouvant être informatiquement partagé au sein de l'équipe de soins qui le prend en charge, le développement de la télémédecine et des technologies numériques en général. »

3.3.3 Comparaison de la relation MG – pharmacien

La méta-analyse conduite par P. Michot en 2013 (33) a permis d'identifier 22 essais ayant évalué la coopération entre médecins généralistes et pharmaciens, dont aucun conduit en France. La majorité des essais a mis en évidence un bénéfice à l'intervention du pharmacien, en particulier pour une pathologie chronique comme l'hypertension artérielle et pour corriger des problèmes de prescription médicamenteuse. L'étude souligne qu'une démarche indépendante du pharmacien est équivalente à celle dépendante (en collaboration avec le médecin généraliste). Le seul changement majeur est juridique, en engageant la responsabilité du pharmacien. Le pharmacien a besoin d'une formation adéquate et le médecin généraliste d'une connaissance des compétences de son interlocuteur, afin d'éviter une concurrence entre les deux professions. Enfin, l'étude propose d'intégrer le dossier pharmaceutique (actuellement accessible aux seuls pharmaciens d'officine) au dossier médical personnel (aujourd'hui appelé dossier médical partagé) en cours de déploiement, qui constitue un support au développement de pratiques de coopérations interprofessionnelles.

Cette méta-analyse confirme quatre problématiques que nous avons retenues dans cette thèse : la méconnaissance des compétences du pharmacien, le respect de son rôle propre, l'efficacité du suivi des patients tout en respectant l'aspect médico-légal, en évoquant le secret médical, la responsabilité ainsi que le dossier médical. Seul le défaut de communication n'est pas souligné. Cependant la thèse commune d'O. Muresan et L. Mettavant (35) affirme que la relation médecins généralistes – pharmaciens est largement liée à la communication entre les acteurs, grâce au contact interprofessionnel face-à-face, les moyens et sujets de communication, la proximité entre le cabinet médical et la pharmacie, ainsi que la patientèle commune.

3.3.4 Comparaison de la relation MG – MK

La thèse d'Anaïs Dellandrea (37) montre qu'il existe un réel manque de formation et de connaissance globale des compétences du masseur-kinésithérapeute et que les médecins généralistes reconnaissent cette lacune. Les masseurs-kinésithérapeutes souhaiteraient une meilleure reconnaissance de leur rôle propre grâce à une approche plus coopérative menant à une relation moins hiérarchique ou instrumentale. Le manque de communication peut entraîner certains paradoxes, comme l'absence d'envoi d'un bilan diagnostic kinésithérapique lié à la fausse impression de désintérêt par les médecins généralistes. Les méthodes de communication plus rapides, comme la messagerie électronique sécurisée, semblent être une solution afin d'améliorer la prévention et le suivi des patients.

Quatre thèmes fondamentaux de la relation interprofessionnelle sont vérifiés dans cette thèse de 2013 : la méconnaissance des compétences du masseur-kinésithérapeute, le respect de son rôle propre, le manque de communication et les modalités de suivi des patients. Absent des messages clés de cette étude, l'aspect médico-légal est cependant évoqué dans le cadre du partage d'informations, nécessitant soit un courrier accompagnateur, soit une communication par messagerie sécurisée.

3.3.5 Comparaison de la relation MG - IDE

La thèse de M. Brodriez (40) témoigne d'une collaboration actuelle entre médecins et infirmières quasi inexistante. L'exercice pluri-professionnel permet une bonne coordination des soins et de dégager plus de temps médical. Cela suppose l'écoute ainsi que le respect des aptitudes de l'IDE, voire un certain transfert de compétences dans la cadre des protocoles de coopération comme le réseau ASALEE. L'étude souligne que ce réseau améliore la prise en charge des patients diabétiques. Un changement juridique doit alors permettre la prise de responsabilités nouvelles et l'assurance d'une rémunération adaptée.

Sont mises en valeur les notions de défaut de communication, de respect du rôle propre des IDE, de l'amélioration du suivi et de la nécessité d'une adaptation juridique de la coopération. Ici, la méconnaissance des médecins généralistes est relative aux nouvelles structures et compétences paramédicales.

CONCLUSION

Cette thèse est originale de par sa vision transversale de la coopération interprofessionnelle et sa méthodologie. Une étude observationnelle basée sur un recueil passif de données lors de réunions de formation continue n'est pas courante. Cela donne un caractère moins académique à cette thèse qui dévoile des éléments que d'autres méthodes n'auraient pas pu déceler. L'expérience acquise lors de l'étude montre que les revues de morbi-mortalité se prêtent particulièrement bien à ce type de méthodologie.

L'étude a permis de consigner 137 dysfonctionnements interprofessionnels tout au long de 17 réunions de formation continue, ce qui est conséquent mais loin d'être exhaustif. Malgré une différence significative entre les différentes professions de santé étudiées, nous avons retrouvé des dysfonctionnements communs et récurrents. En construisant un tableau récapitulatif, nous avons pu regrouper ces dysfonctionnements en six thèmes : la méconnaissance des autres professions, des indications et règles de prescription ; les difficultés et moyens de communication ; le rôle propre des professionnels de santé ; le suivi, la réévaluation et l'observance des patients ; l'aspect médico-légal et les autres dysfonctionnements avec notamment ceux spécifiques à chaque profession.

Les problématiques identifiées témoignent d'une méconnaissance des compétences des autres professions, des indications et des règles de prescription, ainsi que d'un défaut de communication avec des moyens parfois inadaptés. Les professionnels de santé ne se font pas suffisamment confiance pour autoriser une légitime indépendance et manquent d'écoute mutuelle afin d'assurer l'observance, la réévaluation et le suivi des patients. Enfin, le dossier de soins partagé, outil fondamental de communication entre professionnels de santé, souffre d'un approvisionnement insuffisant d'informations de la part des acteurs de soins et de difficultés pour respecter le secret médical.

Les dysfonctionnements spécifiques de chaque profession constatés dans ce travail sont néanmoins relativement nouveaux, encore trop méconnus des médecins généralistes. En effet, il s'agit du bilan diagnostic kinésithérapique, de la prescription qualitative et quantitative de kinésithérapie, de la démarche de soins infirmiers, de l'entretien pharmaceutique,... et, de manière plus générale, de la méconnaissance du rôle propre des acteurs de santé.

Les 186 pistes d'amélioration proposées par les professionnels de santé permettent, d'une part, d'enrichir la pratique de ceux qui ont participé à ces réunions et, d'autre part, d'étudier comparativement les coopérations de ces différents acteurs de soins afin d'envisager des axes communs d'amélioration. Mieux comprendre les compétences des autres professions, les indications et les règles de prescription pour chaque acte est une condition incontournable à une meilleure communication, mais nécessite un travail personnel de mise à jour des connaissances. Bien sûr, la personnalité, les habitudes des différents intervenants de soins sont variées. Il est alors important de choisir le moyen de communication le plus adapté en fonction de son correspondant. Cela encourage l'émergence ou consolide l'existence de réseaux de soins. Les nouveaux modes de communication, devant être sécurisés, financés,

maîtrisés et adoptés par tous les professionnels concernés, apporteraient une avancée certaine dans le domaine. La promotion du rôle propre, de la responsabilisation des différents professionnels et du suivi pluridisciplinaire des patients, permettrait de faire face, dans une certaine mesure, au problème démographique médical actuel. L'exercice en pôle de soins ou maisons de santé pluridisciplinaire rendrait la coopération interprofessionnelle plus aisée. Enfin, alimenter un dossier de soins, avec les données essentielles et indispensables est un acte incontournable de coordination des soins. Il est particulièrement apprécié dans l'urgence quand une équipe de soins rencontre pour la première fois le patient, mais n'en est pas moins essentiel dans le suivi au long cours.

Il serait intéressant d'étudier un à un ces dysfonctionnements spécifiques entre les différents acteurs de santé, mais aussi de poursuivre l'étude approfondie des dysfonctionnements interprofessionnels avec d'autres professions comme les sages-femmes, les médecins spécialistes de second recours, les hospitaliers ou encore les médecins généralistes entre eux. Enfin, une étude similaire pourrait présenter un intérêt particulier dans un autre département où les maisons de santé pluri-professionnelles sont mieux représentées.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) DRUAIS P.L., ATTALI C., FRAPPE P. et al.
Référentiel métier et compétence des médecins généralistes.
Collège national des généralistes enseignants, 2009, 44 p.
- 2) POUCHAIN D., DRUAIS P.L., MAGNIER A.M. et al.
Référentiel professionnel du médecin généraliste. Des compétences pour un métier.
Conférence des présidents des sections généralistes des unions professionnelles
régionales de médecins libéraux, MG Form, 118 p.
- 3) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE
Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, articles
R4127-1 à R4127-113.
Journal officiel, n°209 du 8 septembre 1995, p. 13305
- 4) LE BOTERF G.
Construire les compétences individuelles et collectives.
Editions d'Organisation, 2004
- 5) LE VERGER M., AMOUROUX F., ANTOINE M.P., et al.
Référentiel de pharmacie d'officine.
Société française de pharmacie clinique, 2014, 206 p.
- 6) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE.
Articles L4211-1 à L4211-11. Profession de pharmacien, dispositions générales.
- 7) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE
Article L5111-1, modifié par la loi n°2007-248 du 26 février 2007 – art.3.
Définition du médicament.
Journal officiel du 27 février 2007
- 8) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE
Article 10.2 de l'annexe de l'arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la
convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine
et l'Assurance maladie.
Journal officiel n°0107 du 6 mai 2012 p. 8112
- 9) AMELI
Règles générales de prescription des médicaments [en ligne].
Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/medicaments/regles-generales-de-prescription-des-medicaments_savoie.php> (consulté le 30.03.2017)

- 10) DAVID J.P., ROQUET P., GATTO F.
Le référentiel de la profession.
Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2013, 218 p.
- 11) LE BOTERF G., VAILLANT J., BRUN C. et al.
Référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes.
Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 32 p.
- 12) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE
Article L4321-1 à 22. Profession de masseur-kinésithérapeute.
- 13) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE
Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.
Journal officiel, n°11 du 13 janvier 2006 p. 532
- 14) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE
Décret n°2000-577 du 27 juin 2000, modifiant le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.
Journal officiel n°149 du 29 juin 2000 p. 9767
- 15) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE
Le décret n°2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique.
Journal officiel n°0177 du 2 août 2009 p. 12915
- 16) MASSO-KINÉSITHÉRAPIE MÉMO PRESCRIPTEUR. De la prescription à la rééducation.
Caisse primaire d'Assurance maladie de Savoie. 2016.
Disponible sur : <http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Memo-Prescripteur-Masso-Kinesitherapie-_2016_.pdf> (consulté le 30.03.2017)
- 17) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE
Décision du 16 mars 2010 de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance maladie.
Journal officiel n°0121 du 28 mai 2010 p. 9663
- 18) MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE.
Diplôme d'état d'infirmier – Référentiel de compétences.
Annexe II du bulletin officiel Santé, protection sociale, solidarité n° 2009/7 du 15 août 2009 p. 266

19) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

Article R4311 - Profession d'infirmier ou d'infirmière

Journal officiel n°183 du 8 août 2004 p. 37087

20) AMELI

Démarche de soins infirmiers [en ligne].

Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/infirmiers/exercer-au-quotidien/demarche-de-soins-infirmiers/demarche-de-soins-infirmiers-mode-d-8217-emploi_bas-rhin.php> (consulté le 30.03.2017)

21) ANGER E., GIMBERT V.

Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnel de santé.

La note d'analyse n°254. Paris : Centre d'analyse stratégique, 2011, 11 p.

22) BOURGEUIL Y., MAREK A., MOUSQUES J.

Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes.

IRDES, 2006, 96 p.

23) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009 p. 12184

24) DUPUY Marion.

Les nouvelles missions du pharmacien d'officine apportées par la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire, illustrées par l'entretien pharmaceutique des patients insuffisants respiratoires. 176 p.

Th. : Pharmacie : Pontoise : 2014

25) COLLÈGE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Les protocoles de coopération art 51 : bilan du dispositif.

Evaluation 2014. Haute Autorité de Santé, novembre 2015, 147 p.

26) BOURGUEIL Y., LE FUR P., MOUSQUES J., et al.

La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE.

IRDES, Questions d'économie de la santé, 136, 2008

27) PARENT F.

Communication Médecin-Pharmacien : deux perspectives, un objectif.
Journées annuelles de santé publique : 2003

28) MURESAN O., METTAVANT L.

Identification des freins et des leviers dans la coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine, au sein d'un programme d'ETP sur l'ostéoporose (projet SIOUX). 124 p.
Th. : Médecine générale et Pharmacie : Nancy : 2013

29) HUGHES M. C., McCANN S.

Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment.
British Journal of General Practice, 2003, 53, pp. 600-606

30) SNYDER E. M., ZILLICH J. A., PRIMACK A. B. et al.

Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods.
Res Social Adm Pharm, 2010, 6, 4, pp. 307-323

31) LAUBSCHER T., EVANS C., BLACKBURN D. et al.

Collaboration between family physicians and community pharmacists to enhance adherence to chronic medications. Opinions of Saskatchewan family physicians.
Can Fam Physician, 2009, 55, pp. 69-75

32) COTE L., NORMANDEAU M., MAHEUX B. et al.

Collaboration between family physicians and community pharmacists. Opinions of graduates in family medicine.
Can Fam Physician, 2013, 59, pp. 413-420

33) MICHOT P., CATALA O., SUPPER I. et al.

Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature.
Santé publique, 2013, 25, pp. 331-341

34) DEBARGE Amandine.

La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion : enquête auprès de 79 médecins généralistes. 167 p.
Human health and pathology. Th. : Bordeaux : Médecin générale : 2013

- 35) PAZ-LOURIDO B., KUISMA R. M.E.
General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: A discourse analysis.
Journal of Interprofessional Care, 2013, 27, pp. 254-260
- 36) BONNAL C., MATHARAN J., MICHEAU J.
La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux : Rapport d'étude. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé : 2009
- 37) DELLANDRIA Anaïs.
Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains. 153 p.
Th. : Médecine générale : Nancy : 2013
- 38) HAYWARD C., WILLCOCK S.
General practitioner and physiotherapist communication : how to improve this vital interaction.
Primary Health Care Research & Development, 2015, 16, pp. 304-308
- 39) VILBROD A., DOUGUET F.
Le métier d'infirmière libérale.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, 2006, 58, 411 p.
- 40) BRODIEZ Matthieu
Collaboration entre médecins généralistes et infirmières lors du suivi des patients diabétiques de type II insulino requérants : situation actuelle et perspectives d'évolution selon les médecins. 114 p.
Th. : Médecine générale : Nancy : 2014
- 41) STRAUSS L. A.
La Trame de la Négociation.
Sociologie qualitative et interactionnisme, Paris, 1992, 10, 4, pp. 154-157
- 42) PRATO Aurélien
Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de ASALÉE Vosges par la méthode des focus group après deux ans d'expérience. 126 p.
Th. : Médecine générale : Nancy : 2011

- 43) MAHEUX B., COTE L., SOBANJO O. et al.
Collaboration between family physicians and nurse clinicians: opinions of graduates in family medicine.
College of family Physicians of Canada, 2014, 60, pp. 416-22
- 44) LYGSTAD M., HOFLOSS D., GRIMSMO A. et al.
Predictors for assessing electronic messaging between nurses and general practitioners as a useful tool for communication in home health care services: a cross-sectional study.
J MED Internet Res., 2015, 17, 2, p. 47
- 45) HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Revue de mortalité et de morbidité (RMM) [en ligne]
Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm> (consulté le 30.03.2017)
- 46) BOURGEUIL Y., MAREK A., MOUSQUES J.
Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec.
IRDES, 2008, 93, 134 p.
- 47) BINART ECALE Hortense
Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. 128 p.
Th. : Médecine générale : Bobigny : 2012
- 48) GUILLAUME J., VALLE J., BONNEFOND H. et al.
Appels téléphoniques au cours de la consultation de médecine générale. Revue de morbi-mortalité en groupe d'analyse de pratiques.
JLE, 2013, 9, 1, pp. 41-46
- 49) SARRADON-ECK A., VEGA A., FAURE M. et al.
Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels.
Epidemiology and Public Health, Elsevier Masson, 2008, 56, pp. 197-206
- 50) DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS.
Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?
2012, 77 p.

- 51) Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm)
Rôle du pharmacien [en ligne]
Disponible sur : <<http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>> (consulté le 30.03.2017)
- 52) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS
La grande consultation. 2015 [en ligne]
Disponible sur :
<http://lagrandeconsultation.medecin.fr/sites/default/files/evenements/resultatsdelagrandeconsultation_0.pdf> (consulté le 30.03.2017)
- 53) FRENOT Emmeline
La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en sortie d'hospitalisation : le lien ville-hôpital par l'accompagnement thérapeutique du patient (ATP). 85 p.
Th. : Pharmacie : Nancy : 2015
- 54) CODE DE SANTÉ PUBLIQUE
LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016
- 55) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS
Le dossier pharmaceutique - rapport d'activité 2015. [en ligne]
Disponible sur :
<<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/294338/1518413/version/1/file/D-P-Rapport%20d%20activit%20C3%20A9%202015-VF.pdf>> (consulté le 30.03.2017)
- 56) CORDONNIER Pauline
La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu. Réflexions à partir d'une enquête informatique auprès de 2407 médecins. 242 p.
Th. : Médecine générale : Strasbourg : 2011
- 57) GRONDIN Gaëtan
La revue des dysfonctionnements des collaborations : un outil pour améliorer les pratiques de soins ? 94 p.
Th. : Médecine générale : Nancy : 2011

ANNEXES

ANNEXE 1 : modèle de fiche de synthèse du bilan diagnostic kinésithérapique proposée sur ameli.fr

FICHE DE SYNTHÈSE DU BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE		
RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS		
Patient : Nom	Prénom :	Téléphone :
Sexe :	Date de naissance/âge :	
Commune de résidence :	N° de sécurité sociale :	
Prescripteur : Docteur	Adresse :	Téléphone :
		e-mail :
PRESCRIPTION		
Date de la prescription	s'agit-il d'une prescription quantitative	
		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
INDICATION MEDICALE :		
y a-t-il eu des séances de kinésithérapie antérieures pour cette indication		
		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/>
INTITULES	<input type="checkbox"/> FICHE INITIALE Date	<input type="checkbox"/> INTERMEDIAIRE <input type="checkbox"/> FINALE Date
Bilan des déficits structurels		
- Articulaires		
- Force musculaire		
- Douleurs		
Bilan des déficits fonctionnels		
Autres problèmes généraux identifiés par le MK		
Diagnostic Kinésithérapique		
Objectifs		
- A court terme		
- A moyen terme		
- A long terme		
Protocole thérapeutique		
Nombre	Rythme des séances	
Lieu des séances	dom. <input type="checkbox"/> cab. <input type="checkbox"/> étab. <input type="checkbox"/>	
Travail en groupe	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Techniques :	Balnéo. <input type="checkbox"/>	
Date de la première séance		
Conseils		
Commentaires		
Propositions consécutives :	Poursuite <input type="checkbox"/>	
	Arrêt <input type="checkbox"/>	
Date	Nom du Masseur-Kinésithérapeute, cachet et adresse e.Mail	Signature
	N° de professionnel :	

ANNEXE 2 : récapitulatif des situations de rééducation soumises à référentiel et des seuils correspondants

Situation de rééducation	Nombre de séances avant accord préalable	Demande d'accord préalable
Entorse externe récente de la cheville	1 à 10 séances	à partir de la 11ème séance
Arthroplastie de hanche par prothèse totale	1 à 15 séances	à partir de la 16ème séance
Arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentaire	1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances	à partir de la 41ème séance
Libération du nerf médian au canal carpien	--	dès la 1ère séance

Ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	1 à 15 séances	à partir de la 16ème séance
Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	1 à 50 séances*	à partir de la 51ème séance
Prise en charge d'une lombalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16ème séance ou à partir de la 31ème séance si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Prise en charge d'une cervicalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16ème séance ou à partir de la 31ème séance si 30 séances pour cervicalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance
Après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	1 à 30 séances pour une série d'actes	à partir de la 31ème séance
Après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	1 à 30 séances	à partir de la 31ème séance
Dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	1 à 10 séances	à partir de la 11ème séance
Dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance

*Ces 50 séances couvrent la rééducation postopératoire initiale correspondant à la phase de cicatrisation et visant à maintenir une mobilité passive (environ 6 semaines), et la rééducation postopératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ 3 mois)

ANNEXE 3 : RMM médecin – pharmaciens n°1

La première réunion est une revue de morbi-mortalité. Les données recueillies sont exclusivement présentées sous forme de dialogue, suivi des problématiques soulevées puis des améliorations proposées. Elle a réuni six médecins généralistes et cinq pharmaciens.

Situation 1 :

MG : « Chez une patiente n'arrivant pas à avaler les comprimés et qui désire dans la mesure du possible des galéniques liquides ou solubles, pour soigner son hypothyroïdie, j'ai dû lui prescrire de la L-THYROXYNE® en gouttes. Le souci étant que mon logiciel d'aide à la prescription donne la posologie en microgrammes et qu'il n'y a pas de correspondance avec le nombre de gouttes à administrer. J'ai prescrit en microgrammes alors que la patiente a pris cette valeur comme le nombre de gouttes à prendre. Or, une goutte ne correspond pas à un microgramme, mais à cinq microgrammes. Je ne m'en suis rendue compte que quand la patiente a présenté des signes de surdosage. »

Pharmacien : « Il faut que le médecin et le pharmacien utilisent la même galénique. Il faudrait marquer la dose en microgrammes et l'équivalence en gouttes, par exemple 5 gouttes le matin (soit 25 microgrammes par jour). »

MG 2 : « Le problème n'est pas seulement lié à la forme de la posologie, mais aussi au défaut d'explication du médecin et du pharmacien. Le problème aurait pu être évité si le calcul de la correspondance goutte/microgramme avait été fait par l'un ou l'autre professionnel de santé. »

MG : « Je pensais que le conditionnement du médicament permettait d'obtenir facilement la posologie avec, par exemple, une pipette graduée en microgrammes compte tenu de la façon dont la posologie était donnée par la Banque Claude Bernard. Lorsque j'ai constaté le surdosage, il m'a fallu faire des recherches sur d'autres banques de données pour avoir l'équivalent d'une goutte en microgrammes. Est-ce que cela aurait été plus facile pour le pharmacien qui avait le flacon en main ?

Pharmacien : « Il y a peut-être aussi un effort de lisibilité à faire de la part du laboratoire. »

MG : « Oui, j'ai prévu de faire une déclaration à l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et de produits de santé). »

Problématique :

- Galénique peu courante génératrice d'erreurs
- Absence d'explication claire au patient de la part du médecin et du pharmacien, chacun d'eux comptant sur l'autre pour convertir la posologie en fonction de la galénique et l'expliquer au patient

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Assurer une double vérification des posologies par le médecin et le pharmacien
- ✓ En cas de doute, mieux vaut écrire les deux valeurs, gouttes et microgrammes
- ✓ Déclarer un effet indésirable à l'agence nationale de sécurité du médicament, pouvant alors demander au laboratoire une modification de la présentation.

Situation 2 :

Pharmacien : « On retrouve parfois deux médicaments de même classe sur une même ordonnance. Par exemple deux sartans cachés dont l'un dissimulé sous le nom d'une association fixe »

Pharmacien 2 : « Dans ce cas, une association de médicaments de même classe est contre-indiquée. Le pharmacien étant coresponsable, il doit appeler le médecin pour le lui signaler et éviter des erreurs futures. Il peut être également très utile de signaler un événement indésirable pour ne pas mettre en danger la vie du patient. »

Problématique :

- Erreur de prescription : association de médicaments contre-indiquée

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Appeler le médecin : les responsabilités des deux professions sont en jeu
- ✓ Signaler un événement indésirable (erreur médicamenteuse potentielle sans effet indésirable)

Situation 3 :

MG : « J'ai une patiente qui présente une hypertension artérielle mal contrôlée malgré une trithérapie à dose maximale. Je pensais l'envoyer voir un hypertensiologue jusqu'au jour où la pharmacie m'appelle en me demandant si je désire modifier la posologie d'un des médicaments, ou s'il s'agit d'une erreur. Je lui réponds que non, c'est bien la dose désirée... mais que cela fait un an que j'ai augmenté cette posologie ! »

Pharmacien : « Il faut mettre une note « modification de posologie » à côté du médicament concerné, surtout pour les patients poly-pathologiques avec un lourd traitement. »

Problématiques :

- Modification de posologie passée inaperçue
- Manque de réévaluation de la part du pharmacien

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Ajouter les mentions « modification de posologie », « nouveau médicament » et « arrêt »

Situation 4 :

MG : « Un patient se présentant pour la première fois au cabinet et réclamant un traitement substitutif, je lui prescris de la Buprénorphine pour trois jours et je lui demande de revenir me voir ensuite. Etes-vous obligés de lui donner une boîte de sept jours ? »

Pharmacien : « Nous devons dispenser au détail les médicaments sous leur conditionnement d'origine, défini dans leur autorisation de mise sur le marché. Par contre, si le patient ne se présente pas à l'officine dans les trois jours suivant la date de prescription, nous devons déconditionner la spécialité pour ne délivrer que la fraction de traitement restant à courir. Il est ainsi plus logique de prescrire pour sept jours plutôt que trois jours puisqu'on dispense les sept jours. »

Pharmacien 2 : « Des patients nous posent problème également la veille d'un jour férié ou d'un week-end. On leur délivre, sans ordonnance, la quantité nécessaire jusqu'au retour du médecin. Cela devient compliqué de compter les jours de chevauchement. »

MG : « *Bien souvent ces patients sont pressés et demandent la régularisation d'ordonnance entre deux rendez-vous. Je propose systématiquement un rendez-vous et je vérifie l'indication de la prescription en contrôlant les délivrances effectives avec la carte vitale et/ou par une analyse d'urines.* »

Problématiques :

- Chevauchement d'ordonnance de buprénorphine ou autre traitement substitutif aux opiacés
- Quelle durée de prescription pour une première consultation pour un traitement substitutif de la dépendance aux opiacés ?
- Déconditionnement autorisé ou non, conditionnement des traitements pas toujours adapté à toutes les situations

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Mieux vaut prescrire un seul jour ou une semaine. On peut proposer une analyse d'urines pour confirmer l'indication et un seul jour de traitement, puis, la fois suivante, sept jours de traitement substitutif
- ✓ Appeler le pharmacien pour connaître la dernière dose délivrée
- ✓ Appeler le médecin à chaque écart de la part du patient
- ✓ Délivrer de façon exceptionnelle la quantité nécessaire pour dépanner (jour férié)
- ✓ Imposer un rendez-vous aux patients qui souhaitent une ordonnance entre deux autres patients
- ✓ Contrôler sur le site de l'Assurance maladie les délivrances effectives (avec la carte vitale)

Commentaires :

Beaucoup de commentaires décrivant le profil type du patient sous traitement substitutif aux opiacés ont été exprimés. Il en ressort la nécessité de prendre le temps d'analyser la situation avec le patient lui-même et d'en parler avec le pharmacien au moindre doute.

Situation 5 :

MG : « *Suite à une sortie d'hospitalisation, on note parfois l'arrêt d'un antiagrégant plaquettaire pour une opération. S'il ne figure pas sur l'ordonnance de sortie, est-ce un oubli ou un arrêt définitif du traitement ?* »

Pharmacien : « *Il faut à chaque fois appeler l'hôpital ! C'est un problème qu'on rencontre régulièrement. D'ailleurs, plus souvent que vous puisqu'on voit le patient avant.* »

Problématique :

- Oubli de médicament à la sortie de l'hôpital

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Le pharmacien doit appeler l'hôpital au moindre doute

Situation 6 :

Pharmacien : « Pensez à indiquer la DCI et le nom commercial du médicament. Même si la réglementation impose l'indication de la DCI, il faut néanmoins se poser la question si le princeps a déjà son générique ou non, et indiquer le nom commercial le cas échéant. »

MG : « A ce propos, moins d'éléments inutiles apparaissent sur l'ordonnance, moins il y a de risque d'erreur. Il ne sert à rien d'écrire le nom du laboratoire, la galénique, la mention « sécable », etc. »

Pharmacien : « La galénique n'est pas indispensable. On se fie à ce que nous dit le patient, s'il préfère une gélule, un sachet... Mentionner une galénique sur l'ordonnance permet en quelque sorte d'insister sur un mode d'administration. »

Problématique :

- Ordonnances encombrées de mentions inutiles

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Indiquer seulement les informations utiles sur l'ordonnance. Cela limite le risque d'erreur et met en valeur une information

Situation 7 :

Pharmacien : « Certaines ordonnances sont illisibles ! On passe un temps considérable à déchiffrer l'écriture des médecins. C'est souvent le cas avec un médicament rajouté à la main à la fin d'une ordonnance informatique. »

MG : « S'il y a un doute, il faut appeler le médecin. S'il pense gagner du temps en écrivant rapidement, il risque d'en perdre en retour au téléphone. »

Pharmacien : « Il faut écrire les médicaments en caractère d'imprimerie. »

Problématiques :

- Ordonnance illisible
- Rajout de médicaments en fin de consultation

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Utiliser au maximum le logiciel, demander au patient s'il ne manque rien d'autre avant d'imprimer l'ordonnance
- ✓ Limiter les motifs de consultation
- ✓ Ecrire les médicaments en caractère d'imprimerie
- ✓ Appeler le médecin généraliste en cas de doute à l'officine

ANNEXE 4 : la kinésithérapie : un art qui mérite de savoir être prescrit

Cette réunion de présentation des masseurs-kinésithérapeutes (MK) a été présentée par le président de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Moselle. Au total, quatorze médecins généralistes et six masseurs-kinésithérapeutes étaient présents.

La première partie de la réunion repose sur une simple question posée par l'expert : **Que doit inscrire le médecin généraliste sur l'ordonnance de masso-kinésithérapie ?**

Situation 1 :

MK : « *L'histoire de la maladie n'est que rarement renseignée. »*

MG : « *Je la rédige mais que pour des cas particuliers. »*

MK 2 : « *Je trouve que ce n'est pas le plus important ! »*

Expert (MK) : « *L'anamnèse est utile, mais loin d'être indispensable. D'autres éléments bien plus importants doivent apparaître sur l'ordonnance. Si celle-ci doit être renseignée, alors il vaut mieux rédiger le courrier accompagnateur de l'ordonnance. »*

MK 2 : « *Je profite du temps passé avec le patient pour lui demander de me raconter l'histoire de la maladie. »*

Problématique :

- Quand préciser l'histoire de la maladie ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Le faire systématiquement est une perte de temps pour les deux professions
- ✓ Pour préciser l'histoire de la maladie, utiliser un courrier accompagnateur plutôt qu'une ordonnance.

Situation 2 :

MK : « *Le diagnostic ne figure pas souvent sur une ordonnance. »*

MG : « *Cela dépend si les ordonnances sont envoyées ou non à la sécurité sociale. »*

Expert (MK) : « *Il est utile, voire indispensable de mentionner le diagnostic. Cependant, se pose le problème du secret médical. L'ordonnance va transiter dans différents bureaux de la sécurité sociale. Cette dernière n'est pas tenue de connaître le diagnostic, sauf si la demande est formulée par le médecin conseil, ou en cas d'entente préalable par le masseur-kinésithérapeute. Encore une fois, le courrier accompagnateur devrait être utilisé. Ce qu'il est recommandé de faire c'est mentionner le grand type de pathologie. Par exemple : épaule douloureuse simple, lombalgie aiguë commune, syndrome extrapyramidal... Mais aussi l'appareil concerné. Par exemple, prescrire de la kinésithérapie motrice dans le cadre d'une ré-autonomisation de la personne âgée, chose fréquemment proposée et franchement utile, n'est pas adapté aux référentiels de masso-kinésithérapie. Il vaut mieux écrire « kinésithérapie des membres inférieurs » (d'une personne âgée dans le cadre d'une perte d'autonomie). Le fait de préciser « membres inférieurs » autorise plus de séances possibles et une rémunération adéquate du masseur-kinésithérapeute. »*

Problématiques :

- Le secret médical est-il respecté si le diagnostic est écrit sur l'ordonnance de masso-kinésithérapie ?
- Que faut-il alors préciser ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Rédiger un courrier accompagnateur permet de respecter le secret médical
- ✓ Mentionner le type de pathologie et l'appareil concerné sur l'ordonnance

Commentaires :

Même si la plupart des médecins généralistes avaient conscience de la violation du secret médical en inscrivant le diagnostic sur l'ordonnance, ils ne semblaient pas savoir précisément ce qu'il faut y inscrire.

Situation 3 :

MK : « *Il faut préciser la latéralité !* »

Expert (MK) : « *Préciser la latéralité sur l'ordonnance est indispensable. On peut très bien développer le même problème à gauche qu'à droite. Si l'on ne le précise pas sur l'ordonnance, seule la première prise en charge sera remboursée. De plus la tarification des actes n'est pas la même quand il s'agit de la prise en charge d'un seul membre ou d'emblée des deux.* »

Problématique :

- Problème de cotation des actes en l'absence de précision de la latéralité

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Comprendre le fonctionnement des masseurs-kinésithérapeutes et la façon de coder les actes permet d'éviter ce genre d'oubli

Situation 4 :

MG : « *Est-il utile de spécifier le nombre de séances ?* »

Expert (MK) : « *Depuis l'an 2000, le médecin généraliste n'est plus tenu de mettre le nombre de séances sur son ordonnance de kinésithérapie.* »

MG : « *Le MK respecte-t-il le nombre de séances si celui-ci est mentionné sur l'ordonnance ?* »

MK : « *Quand il est inscrit, oui, on est obligé.* »

MK : « *Je suis prescripteur et mieux placé que le médecin généraliste pour choisir le nombre de séance qu'il faut au patient. Si je juge nécessaire de changer celui-ci dans l'intérêt du patient, alors je prends la responsabilité de mes actes. A qui d'autre cela est-il déjà arrivé de modifier le nombre de séance ?* »

MG : « *Qu'en est-il d'un point de vue médico-légal ? Si je prescris 8 séances, ce n'est pas pour que le kinésithérapeute en fasse le maximum possible.* »

Expert (MK) : « *La prescription du nombre de séances par le masseur-kinésithérapeute répond plus aux référentiels standardisés de l'HAS. Cela permet de proposer le nombre de séances en adéquation avec la symptomatologie du patient. De ce fait, des excès sont évités permettant des économies des dépenses de santé. L'inverse est moins fréquent parce qu'il est surveillé par l'Assurance maladie. Un abus de la part du masseur-kinésithérapeute est vite*

repéré s'il ne respecte pas les référentiels.

D'un point de vue légal, le masseur-kinésithérapeute a le droit de définir un plan de prise en charge, mais il n'a pas le droit d'outrepasser une prescription médicale. »

Problématiques :

- Quel impact économique résulte de la gestion du nombre de séances par le masseur-kinésithérapeute lui-même ?
- La prescription du médecin peut-elle être modifiée ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Laisser au masseur-kinésithérapeute l'indépendance de sa prise en charge thérapeutique
- ✓ Ce n'est pas au médecin de vérifier, de limiter les séances de masso-kinésithérapie mais à l'Assurance maladie. Les référentiels permettent de contrôler les dépenses de santé

Commentaire :

Le fait d'évoquer ce sujet polémique et de mentionner l'intérêt collectif plutôt que de rester à l'échelle individuelle a permis de relâcher les défiances opposant les deux professions.

Situation 5 :

MK : *« Et les techniques ? J'ai vu passer, il n'y a pas si longtemps, une ordonnance mentionnant le clapping pour une bronchiolite. C'est une technique abandonnée depuis des années ! »*

Expert (MK) : *« Elle est même proscrite depuis 1994. Le masseur-kinésithérapeute est libre de choisir les techniques en fonction de son matériel, son expérience et le profil du patient. Aucun cours, me semble-t-il, dans la formation du médecin généraliste ne détaille les différentes techniques à disposition. Il paraît peu pertinent que le choix appartienne au médecin.*

Concernant les objectifs, s'ils ne sont pas obligatoires, ils sont utiles surtout quand le médecin généraliste veut insister sur certains points comme, par exemple, l'apprentissage d'auto-exercices. »

Problématique :

- La prescription qualitative de masso-kinésithérapie

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Responsabiliser le masseur-kinésithérapeute en lui laissant le libre choix du nombre de séances
- ✓ Mentionner un objectif permet d'insister sur un point et permet au MK de choisir les techniques les plus adaptées

Situation 6 :

MK : « *Et les précautions à prendre chez certains patients !* »

Expert (MK) : « *Quand il existe des restrictions, il faut le mentionner sur l'ordonnance ou, mieux, sur le courrier accompagnateur. En effet, le masseur-kinésithérapeute n'est pas sensé savoir que le patient souffre d'un angor et que les techniques éprouvantes d'un point de vue cardio-respiratoire doivent être évitées.* »

Problématique :

- Par quel moyen renseigner les informations complémentaires ?

Piste d'améliorations proposée :

- ✓ Avec le courrier accompagnateur

Situation 7 :

MG : « *D'une manière générale, les médecins généralistes ne reçoivent pas les bilans diagnostic kinésithérapique, bien qu'ils soient, en majorité curieux d'avoir un retour objectif. Le problème du retour du patient, c'est sa composante subjective. Ne pas avoir de retour direct du masseur-kinésithérapeute laisse toujours un doute. Celui d'avoir le bon diagnostic, la bonne indication de prescription et, même, les propos du patient et l'appréciation du MK peuvent être différentes.* »

Expert (MK) : « *L'appréciation du patient, n'est-ce pas le plus important ? S'il ressent un effet bénéfique, il sera forcément content du travail du masseur-kinésithérapeute. Gagner quelques degrés d'amplitude articulaire c'est bien, mais permettre au patient de porter à nouveau une charge sans avoir mal, c'est mieux. Les patients qui ont pu bénéficier d'une rééducation vestibulaire dans mon cabinet sont très reconnaissants de la masso-kinésithérapie.* »

Problématique :

- Le BDK, est-ce une perte de temps pour le MK comme pour le MG ? Ou un réel outil de coopération ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Soigner un symptôme est plus important que soigner des chiffres. La subjectivité du patient n'est pas à sous-estimer

Situation 8 :

MG : « *Il est assez difficile pour le médecin traitant de savoir où se trouve son patient par rapport aux référentiels de prise en charge en masso-kinésithérapie. Un patient qui réclame une nouvelle ordonnance de masso-kinésithérapie est-il dans les critères ? Demande-t-il des séances de complaisance ?* »

MK : « *C'est le genre de problème qui risque d'arriver s'il y avait un nombre de séances indiqué sur l'ordonnance du médecin. C'est au MK de gérer l'aspect quantitatif des séances.* »

Grâce à la demande d'entente préalable, il demande directement à la sécurité sociale si un remboursement est possible pour les cas particuliers sortant des référentiels. Le patient peut aussi demander à avoir recours à des séances non remboursées. »

MG : *« Envoyer un bilan final de masso-kinésithérapie semble aussi être bonne une solution. »*

Problématique :

- Comment gérer un renouvellement d'ordonnance de masso-kinésithérapie ?
- Laisser au MK le choix du nombre de séances, est-ce le laisser gérer le remboursement des séances ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Laisser au MK le choix du nombre de séances
- ✓ Renouveler les ordonnances de masso-kinésithérapie périodiquement dans le cadre des prises en charge de pathologies chroniques
- ✓ Adresser au médecin généraliste le bilan final, d'ailleurs obligatoire pour toute demande d'entente préalable, aiderait celui-ci à savoir où en est son patient, et ainsi lui permettrait de mieux coordonner les soins

Situation 9 :

MG : *« Dans quelle situations, le transport jusqu'au cabinet du masseur-kinésithérapeute peut-il être remboursé ? »*

Expert (MK) : *« Les situations pouvant relever d'un remboursement par l'Assurance maladie sont les patients en ALD et ceux victimes d'un accident du travail ou maladie professionnelle. Peuvent être remboursés les transports en série (au moins 4) à plus de 50km (aller). Néanmoins, selon l'article 2 de l'arrêté du 23 décembre 2006, un transport assis professionnalisé peut être prescrit pour les personnes présentant une déficience ou incapacité physique invalidante, nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine, mais ne nécessitant ni brancardage ni portage. Il ne faut pas oublier de demander au médecin la prescription de transport en y précisant cette incapacité physique. »*

Problématique :

- Dans quels cas la prescription de transport pour des séances de masso-kinésithérapie est-elle remboursable ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Ne pas penser uniquement aux patients en ALD, mais aussi aux déficiences et incapacités
- ✓ Le MK doit aussi vérifier si le patient peut bénéficier d'un remboursement

Situation 10 :

MG : « *Faut-il re-convoquer systématiquement le patient après une rééducation, pour savoir si celle-ci a été efficace et pour discuter le cas échéant de la suite de prise en charge ?* »

MG : « *Cela suppose un volontariat de la part du patient, et par conséquent, de nombreux perdus de vue. Dans une conjoncture où la démographie médicale est insuffisante, cela ajoute du temps de travail inutile au médecin.* »

Problématique :

- Le patient est-il à re-convoquer par le prescripteur à l'issue des séances de masso-kinésithérapie ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Privilégier d'autres modes de communication pour la coordination des soins, ne nécessitant pas obligatoirement une nouvelle consultation médicale

Situation 11 :

MK : « *Pourquoi ne pas envoyer de courrier accompagnateur ?* »

MG : « *Les logiciels médicaux ne sont pas configurés pour proposer cet ajout. Il faut juste y penser, ou encore paramétrer le logiciel. Et pourquoi ne pas ajouter une mention « merci de m'envoyer le BDK en retour, et de m'informer en cas de prescription caduque ?* »

MG : « *Un courrier n'est pas indispensable pour une banale entorse de cheville. De même, le BDK ne sera pas lu par le médecin pour une banale rééducation de cheville.* »

Problématique :

- A quel moment envoyer le courrier accompagnateur ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Paramétrer le logiciel médical pour une rédaction simplifiée d'un courrier accompagnateur, à utiliser au moins pour les cas particuliers et intéressants

ANNEXE 5 : pathologies ostéo-articulaires de l'épaule

Trois réunions de formation et d'échanges inter et pluriprofessionnels autour des pathologies ostéo-articulaires ont bénéficié de l'expertise d'un rhumatologue des Hôpitaux Privés de Metz. Quatorze médecins généralistes et douze masseurs-kinésithérapeutes étaient présents lors de cette première réunion traitant des pathologies ostéo-articulaires de l'épaule. L'intérêt de la réunion était d'aider les médecins généralistes à améliorer la prise en charge dans cette discipline.

Le but du médecin généraliste devant le cas d'une épaule douloureuse est clair. Il doit reconnaître le type de pathologie et organiser la prise en charge adéquate.

Nous avons recensé cinq grands types de pathologie :

- Epaule gelée (capsulite rétractile, omarthrose)
- Epaule aiguë hyperalgique (migration calcique)
- Epaule douloureuse simple (tendinopathie, conflit sous acromial)
- Epaule pseudoparalytique (rupture de coiffe)
- Epaule instable (hyperlaxité, luxation)

Au stade précoce, médecins et kinésithérapeutes reconnaissent l'intérêt de la masso-kinésithérapie dans le cadre d'une épaule douloureuse simple, mais aussi pseudo-paralytique, gelée et instable. L'épaule aiguë hyperalgique suscite un débat :

Expert (rhumatologue) : *« Au stade précoce d'une épaule douloureuse, quel que soit le diagnostic, l'objectif initial est une prise en charge de la douleur, par le biais des thérapies médicamenteuses (antalgiques, anti-inflammatoires, infiltration). »*

MK : *« La thérapie manuelle et la physiothérapie sont très utiles au stade précoce, en particulier pour soulager les douleurs, mais aussi pour lever des contractures en périphérie sans être agressif au niveau de la zone douloureuse. Une fois que la raideur s'installe en périphérie, il est alors bien plus difficile et plus long d'agir sur le point douloureux lui-même. »*

MG : *« Cette massothérapie précoce ne permet qu'une prise en charge antalgique, mais pas une rééducation à proprement parler. Très vite, la majorité des 15 séances remboursées risquent d'être animée uniquement par des massages et des électrodes. »*

MG : *« Parfois les patients nous font part d'une prise en charge trop algique en masso-kinésithérapie précoce, et se fondent des avis négatifs à propos de la discipline, si bien qu'ils ne veulent plus en entendre parler quand elle devient vraiment utile. »*

Expert (rhumatologue) : *« Pour une épaule aiguë hyperalgique, je pense qu'il ne faut pas hésiter à infiltrer. Au stade précoce, je suis persuadé qu'il n'y a pas plus efficace. »*

Au stade avancé de la prise en charge d'une épaule douloureuse, l'intérêt des techniques de masso-kinésithérapie fait l'unanimité.

MK : *« Il faut veiller à ne pas intervenir trop tard, sans quoi le travail sur les raideurs, rétractions et amyotrophies devient plus long. Cela est particulièrement le cas pour les prises en charge postopératoires, mais aussi chez les sportifs, ne pouvant pas se permettre d'arrêter les compétitions très longtemps. »*

MG : *« Dans la plupart des cas, c'est le patient lui-même qui n'a pas le temps de se rendre chez son masseur-kinésithérapeute et attend jusqu'au stade l'empêchant de réaliser ses activités. »*

Expert (rhumatologue) : *« De nos jours, un chirurgien orthopédiste n'opère plus une tendinopathie non rompue sans qu'elle ait été infiltrée. En plus de son action antalgique*

immédiate, l'infiltration est un test diagnostic. En moyenne, une intervention chirurgicale est envisagée après six mois de traitement conservateur bien mené, comprenant bien sûr la masso-kinésithérapie. »

MK : « *L'infiltration peut fragiliser les tendons. Il est dangereux d'en proposer plusieurs par an. »*

Expert (rhumatologue) : « *Une seule infiltration suffit dans la plupart des cas ! »*

Problématique : quand commencer la kinésithérapie ?

- Trop tôt
 - Sentiment de ne faire que de la massothérapie du point de vue du patient
 - Sentiment de « perdre » des séances remboursées
 - Risque d'algoneurodystrophie
- Trop tard
 - Risque de rétraction tendineuse, de diminution d'amplitude articulaire ou d'extension des douleurs aux structures de voisinage
 - Risque de perte d'autonomie du patient
 - Problème d'observance
- Absence d'un mode de prise en charge unique consensuelle

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Dans le cadre d'une épaule hyperalgique, il faut bien soulager le patient avec les médicaments et éventuellement une infiltration avant de prescrire de la masso-kinésithérapie. Une bonne coopération consiste, pour le médecin, à adresser le patient au masseur-kinésithérapeute au bon moment et, pour le MK, à informer le médecin d'une éventuelle sous médication.
- ✓ Il faut savoir repérer les cas particuliers où le risque de perte de fonction et/ou d'autonomie est trop important. Ces patients là doivent bénéficier d'une masso-kinésithérapie précoce.
- ✓ Dans les autres cas, le médecin généraliste doit savoir expliquer au patient quel est le moment opportun pour réaliser de la masso-kinésithérapie. Pour cela, il doit tenir compte du **profil du patient, connaître les principes de base de la rééducation** et s'adapter **aux diversités de pratique des masseurs-kinésithérapeutes** avec qui il collabore.
- ✓ Il est conseillé à ces deux professionnels de santé de faire connaissance, de comprendre leurs pratiques respectives, pour mieux répondre aux attentes de chacun.

Commentaires :

Une certaine tension, relevée lors de ces échanges, montre que la problématique abordée représente la principale source de mésentente interprofessionnelle entre le médecin généraliste et le masseur-kinésithérapie. Il n'existe pas de prise en charge unique consensuelle. Ainsi, il est conseillé à ces deux professionnels de santé de faire connaissance, de mieux comprendre leurs pratiques respectives, afin de mieux répondre aux attentes de chacun.

ANNEXE 6 : Bonnes règles de prescription de soins infirmiers et de coopération pour une optimisation de la prise en charge du patient

La réunion intitulée « *bonnes règles de prescription de soins infirmiers (ALD, DSI ...) et de coopération pour une optimisation de la prise en charge du patient* » a réuni dix médecins généralistes et dix infirmières. Deux experts étaient présents : un médecin généraliste de l'Ordre des médecins et un médecin conseil de l'Assurance maladie.

Lors de cette réunion, le médecin conseil de la sécurité sociale a insisté sur l'intérêt de la démarche de soins infirmiers (DSI). Proposée depuis l'année 2002, la DSI n'est pas suffisamment mise en œuvre.

Situation 1 :

MG : « *Une surveillance tensionnelle peut-elle être prise en charge ?* »

Expert (médecin conseil) : « *Que si la personne est dépendante. Dans ce cas, il faut faire une DSI.* »

MG : « *Ainsi, à partir du moment où une personne est dans la capacité de réaliser une automesure tensionnelle, il ne faut pas contacter l'infirmière, puisque l'acte n'est pas remboursé mais aussi parce que c'est moins fiable qu'une automesure tensionnelle réalisée dans de bonnes conditions (trois mesures au lever et le soir au coucher, pendant trois jours).* »

MG : « *Qu'en est-il de la pose et dépose des bas de contention ?* »

Expert (médecin conseil) : « *Cet acte ne fait pas partie de la nomenclature des soins infirmiers. Cela ne peut faire l'objet d'une prescription remboursée. Par contre, cela peut être inclus dans une prescription qui englobe la pose de bas de contention. Il faut trouver la bonne formulation, qui autorise plusieurs actes. La DSI permet plus facilement le remboursement de soins multiples. En général, une personne ne sachant pas mettre des bas de contention est plus ou moins dépendante.* »

IDE : « *Parfois, on a une prescription de pose de bas de contention. Soit la personne n'est pas dépendante et on lui fait une facture, soit on se rend compte, après avoir fait le diagnostic infirmier, que la personne nécessite des soins plus approfondis. On effectue alors ces soins mais il nous faut une régularisation de la prescription.* »

MG : « *Quid des dépendances transitoires ?* »

Expert (médecin conseil) : « *La DSI est limitée dans le temps. Le fait qu'elle soit limitée à 3 mois, renouvelable dans la limite de 4 demandes remboursées par an, permet de différencier les prises en charges transitoires de celles chroniques. La simple nécessité d'apporter une signature motive une collaboration entre le médecin et l'infirmière. Dans un futur proche, il devrait y avoir une évolution de cette DSI en BSI : bilan de soins infirmiers, valable 1 an.* »

IDE : « *Et si le médecin refuse de signer le DSI ?* »

Expert (médecin conseil) : « *Alors il faut recourir aux syndicats puis au médecin conseil de la Commission Paritaire Départementale pour que le patient puisse recourir aux soins qui lui sont nécessaires et être remboursé comme il se doit.* »

MG : « Sommes-nous obligés d'inclure tous les soins dans la DSI ? »

Expert (médecin conseil) : « Non, vous pouvez très bien faire une ordonnance à part pour un acte qui n'est pas compris dans la DSI. Notez aussi que la nomenclature est en train d'évoluer. Par exemple, un patient ayant une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), ayant été hospitalisé pour une exacerbation de BPCO, peut bénéficier d'un service d'accompagnement de retour à domicile dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale. Il est proposé aux patients qui le souhaitent. Les expériences réalisées dans certains départements (dont la Moselle) confirment une diminution du taux de ré-hospitalisation, ce qui devrait permettre à cette mesure d'être généralisée à toute la France. »

Expert (médecin de l'Ordre) : « Il n'y aurait pas du tout de retour à domicile possible sans infirmière ! »

MG : « Cette DSI respecte-t-elle le secret médical ? »

Expert (médecin de l'Ordre) : « Les ordonnances qui transitent dans les bureaux ne sont pas nominatives. Seul le médecin conseil a le droit de voir le nom des patients. Donc, il n'y a aucune violation du secret médical. »

Problématiques :

- Méconnaissance des actes infirmiers remboursables
- Méconnaissance et sous prescription de la DSI
- Reflet indirect d'un manque de communication entre le MG et l'IDE
- Evaluation de l'autonomie insuffisante

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ S'informer des nouvelles règles de prescription de soins paramédicaux
- ✓ Informer le médecin des modalités de prescription plutôt que demander régulièrement des régularisations d'ordonnance
- ✓ Réaliser un bilan complet de l'autonomie : l'impossibilité de mettre des bas de contention peut s'intégrer dans un contexte de diminution plus globale de l'autonomie, mais ne constitue pas à elle seule une indication à une DSI
- ✓ Faire une ordonnance de soins qui englobe les bas de contention, ou mieux, demander une DSI

Commentaires :

Les nombreuses questions posées par les médecins généralistes témoignent d'une méconnaissance de la DSI. La distribution des formulaires a confirmé celle-ci. L'écoute attentive des infirmières montre qu'elles aussi avaient besoin d'un complément d'information.

Situation 2 :

IDE : « Concernant le dossier médical partagé, quelles sont aujourd'hui les possibilités ? »

Expert (médecin de l'Ordre) : « L'idéal serait un dossier sous total contrôle du patient. Il

choisit quelles informations à communiquer et quelles sont celles confidentielles. Les soignants accèdent à ce dossier par l'intermédiaire de clés qui déverrouillent une quantité d'informations prédéfinie. Le dossier médical partagé (DMP) a longuement été discuté, mais n'a malheureusement jamais pu s'imposer sur le plan national. »

IDE : *« Il y a une grosse carence d'informations concernant les directives anticipées et la personne de confiance. Rares sont les dossiers, accessibles aux infirmières, répondant à ces questions. »*

Expert (médecin de l'Ordre): *« Du côté soignant, il faut veiller à ne pas inscrire les commentaires, les notes personnelles. Il faut faire attention également aux hypothèses diagnostic parce que le dossier médical n'est pas modifiable a posteriori. Par contre, il faut des comptes-rendus pertinents dans ce dossier. Se pose le problème du secret médical. Si on laisse le dossier chez les patients, tout le monde y a accès, même les non soignants. Il ne faut pas le laisser en évidence sur la table, mais le ranger pour qu'ainsi le patient puisse autoriser l'accès à celles ou ceux qu'il juge nécessaire. »*

MG : *« Au final, comment partager le dossier de soins ? Chacun son dossier, comme ça, pas de violation de secret médical à domicile ? Ou un dossier infirmier seulement ? Un dossier commun ? »*

Expert (médecin de l'Ordre): *« C'est toute la problématique du secret médical ! Le partage d'informations favorise la continuité des soins et améliore les prises en charges. Il faut bien informer le patient et être prudent quant aux informations à partager. En cas d'urgence, un dossier bien tenu est important. Si chacun a son dossier dans son coin, il y a une carence de transmission d'informations et une coordination des soins perfectible. »*

Problématiques :

- Comment partager des informations médicales tout en respectant le secret médical ?
- Directives anticipées et/ou personne de confiance non précisées

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Le DMP sera-t-il un jour disponible à l'échelle nationale ?
- ✓ Mettre un dossier partagé à disposition du patient pour une meilleure continuité des soins et pour les urgences
- ✓ Ne placer dans le dossier remis au patient que les comptes rendus pertinents, pas de notes personnelles
- ✓ Informer le patient du caractère confidentiel de son dossier
- ✓ Penser à inscrire dans le dossier les références la personne de confiance ainsi que les directives anticipées

Commentaires :

Au cours de cette réunion, certains échanges étaient tendus, en particulier entre le médecin conseil et certaines infirmières. Au fil de la réunion, l'atmosphère s'est progressivement décontractée, probablement à la faveur du dialogue.

ANNEXE 7 : l'aide aux aidants

Quatre médecins et une infirmière étaient présents pour discuter autour de « l'aide aux aidants ». C'était une réunion thématique mais sans expert. Il s'agit plus d'une réflexion, d'un partage d'expériences et de connaissances que d'un enseignement.

Situation 1 :

MG : « *Qui est l'aidant ?* »

MG : « *Les aidants peuvent être aussi bien des professionnels de santé que des proches, le plus souvent familiaux.* »

IDE : « *Au sens propre, l'aidant est bénévole, par conséquent non rémunéré et non reconnu. L'IDE peut proposer des gestes techniques, une aide matérielle, une aide humaine et parfois même une aide administrative (rappel des rendez-vous médicaux, des transports, renouvellement de matériel, ramassage du courrier...).* »

MG : « *Le risque qu'on en déduit, c'est de trop lui en demander. Si c'est le cas, il faut trouver une aide à l'aidant. Il faut savoir déléguer aux auxiliaires de vie, demander une tutelle, réévaluer le dossier allocation personnalisée d'autonomie et/ou obtenir une allocation tierce personne.* »

Problématiques :

- Qu'est ce qu'un aidant ?
- L'IDE est-il un aidant ?
- L'infirmière est la profession de santé la plus en relation avec le patient et sa famille. Le risque est de développer une empathie excessive, de culpabiliser en cas de carence de soins et de s'épuiser à la tâche

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Un des rôles fondamentaux du médecin généraliste est de coordonner les soins. Il doit s'assurer de la compétence des soignants. Ainsi, repérer une fragilité des soignants est un rôle annexe à ne pas négliger
- ✓ Une discussion régulière entre le médecin généraliste et l'IDE ou les proches du patient sert à prévenir une insuffisance des soins et l'épuisement des soignants

Situation 2 :

MG : « *Pour les aidants privés, familiaux ou proches, il faut savoir repérer les personnes fragilisées, qui risquent une rupture de la coiffe des rotateurs en soulevant le conjoint, ou pire, une chute entraînant une fracture du col du fémur.* »

MG 2 : « *Souvent, des hospitalisations ont lieu sur épuisement du conjoint aidant et même une hospitalisation simultanée de l'aidant et de l'aidé, qui ne peut pas rester à domicile.* »

MG 3 : « *En enseignant des gestes techniques à l'aidant comme, par exemple, tourner un malade ou changer une poche de stomie, on peut éviter l'épuisement de l'aidant. Il faut aussi déculpabiliser les aidants quand ils ne peuvent plus faire.* »

IDE : « *Il est possible de bénéficier d'un placement temporaire, le temps de trouver des solutions afin d'organiser un retour à domicile dans de bonnes conditions. Par exemple, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) apportent une aide à la personne âgée et à son entourage. Il s'agit de lieux d'accueil de proximité, gratuits et ouverts à tous, en faveur des personnes âgées, et animés par un agent d'accueil et un travailleur social.* »

MG : « *A qui doit-on s'adresser pour aider nos aidants ?* »

Réponse collective : « *Grâce à différents organismes : CLIC, réseaux de gérontologie, de soins palliatif, l'association Fondation Bompard... Et différentes allocations : APA (allocation personnalisée d'autonomie), MDPH (maison départementale des personnes handicapées), pension d'invalidité de la caisse d'Assurance maladie, AAH (allocation aux adultes handicapés), Tierce-personne.* »

Problématiques :

- Comment repérer une fragilité de l'aidant ?
- Comment protéger l'aidant ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Chercher à connaître l'histoire familiale : elle est primordiale pour apprécier la disponibilité et la fragilité potentielle d'un aidant familial
- ✓ Ne pas donner trop de charges à l'aidant, **éviter l'épuisement** ;
- ✓ Enseigner des gestes techniques à l'aidant
- ✓ Déculpabiliser les aidants quand ils ne peuvent plus faire
- ✓ Anticiper une incapacité temporaire de l'aidant
- ✓ S'appuyer sur les différents organismes et allocations

Commentaires :

Il s'agit d'un dysfonctionnement relationnel entre le soignant et le patient. Cependant, tous les soignants sont impliqués. Avec un travail coopératif, la relation est vite considérée comme interprofessionnelle.

ANNEXE 8 : pathologies ostéo-articulaires du genou

Cette fois-ci, onze médecins généralistes et dix masseurs-kinésithérapeutes ont participé à cette réunion, présentée par un rhumatologue des hôpitaux privés de Metz.

A l'instar de la première réunion traitant des pathologies ostéo-articulaires, le but du médecin généraliste est défini : il doit identifier de quel genre de pathologie souffre le patient et le classer parmi six grands syndromes :

- Genou douloureux (simple)
- Genou instable
- Blocage ou pseudo-blocage

- Syndrome rotulien douloureux
- Syndrome rotulien instable
- Genou inflammatoire aigu

Situation 1 :

Expert (rhumatologue) : « *Devant une douleur de genou chez un marathonien en fin de carrière, il est difficile de lui annoncer qu'il existe une gonarthrose bilatérale avancée et qu'il est temps pour lui de changer de sport.* »

MK : « *Nous passons plus de temps avec le patient, ce qui permet de lui conseiller d'autres sports, de l'accompagner dans son travail de deuil de son sport favori.* »

Problématique :

- Comment réorienter le patient vers un sport moins traumatisant ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Considérer le rôle préventif du MK, qui a parfois la casquette d'entraîneur sportif, de coach

Situation 2 :

MK : « *On a trop souvent des patients qui nous sont adressés sans diagnostic ou un diagnostic mal étayé, voire erroné.* »

Expert (rhumatologue) : « *Si le diagnostic est mal étayé, il faut savoir signaler les erreurs, changements ou manque d'informations au médecin. Parfois, la situation clinique peut changer entre la consultation chez le médecin généraliste et le début de rééducation. S'il n'y a pas de communication, alors le patient sera traité pour un diagnostic erroné, avec une rééducation inappropriée.* »

Problématique :

- Que faire d'un patient avec une prescription de masso-kinésithérapie sans diagnostic ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Pour le MK, se poser la question si le MG a oublié un élément fondamental et refuser ainsi la prise en charge sans exploration complémentaire préalable
- ✓ Utilité du courrier accompagnateur

Situation 3 :

MG : « *Souvent, les patients font la rééducation dans la douleur. C'est notamment en insistant, en suivant des protocoles postopératoires non adaptés au cas par cas, qu'on favorise l'apparition de l'algoneurodystrophie (ou Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) de type I). Je pense que, d'une manière générale, les masseurs-kinésithérapeutes devraient nous réorienter plus souvent les patients, dans le but de réévaluer la situation et de prescrire les antalgiques nécessaires.* »

MK : « *On doit respecter le seuil de la douleur. C'est d'ailleurs pour cela qu'on nous reproche parfois de ne faire que des massages !* »

Expert (rhumatologue) : « *Je pense qu'effectivement il manque de communication pour ces cas-là.* »

Problématique :

- Prise en charge de la douleur pendant la rééducation : faut-il insister pour avancer dans la prise en charge ? Ou plutôt faire réévaluer le patient par le médecin traitant ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Proposer de façon systématique la prise d'antalgiques avant une séance de kinésithérapie
- ✓ Se méfier des protocoles postopératoires. Chaque patient doit aller à son rythme
- ✓ Respecter la douleur permet de diminuer le risque de SDRC de type 1
- ✓ Orienter le patient s'il y a un doute diagnostique ou une suspicion de SDRC de type 1

ANNEXE 9 : prescription - dispensation

Quatre médecins généralistes et quatre pharmaciens ont participé à la réunion « Prescription – dispensation ». Les modalités de prescription et de dispensation ont été définies dans cette réunion. Des situations potentiellement problématiques ont été évoquées, puis argumentées en rappelant les modalités de prescription et de dispensation.

Une nouvelle fois, la première partie de la réunion repose sur une simple question : **quelles mentions le médecin généraliste doit-il préciser sur l'ordonnance dans un but de coopération avec le pharmacien ?**

Situation 1 :

Pharmacien : « *Non substituable.* »

MG : « *Est-il utile de préciser non substituable pour un générique, pour ne pas changer de laboratoire chez certains patients ?* »

Expert (pharmacien) : « *La mention « non substituable » est valable uniquement pour un princeps. On ne peut pas mettre de générique non substituable. Si une intolérance à un excipient fourni par un laboratoire en particulier existe, c'est au pharmacien d'enregistrer une alarme sur son logiciel, de commander les génériques adéquats et de gérer les stocks.* »

MG : « *Comment gérer les demandes abusives de médicaments non substituables ?* »

MG 2 : « *Devant une demande abusive et injustifiée de princeps de la part d'un patient, il est recommandé d'éduquer le patient. Un générique possède la même efficacité que le princeps. Si le patient refuse tout générique, alors il convient de ne pas inscrire la mention non substituable, de lui dispenser les princeps, remboursé à la hauteur du générique le moins cher*

et en laissant le reste à charge au patient. Cela permet de satisfaire les patients les plus inflexibles et d'économiser des dépenses de santé injustifiées. »

Problématique :

- Quand écrire la mention non substituable ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Laisser au pharmacien la gestion des génériques et écrire en DCI
- ✓ Devant un refus non justifié d'un générique, il est possible de dispenser le princeps, remboursé à la hauteur du générique le moins cher, et en laissant le reste à charge au patient.

Commentaires :

Il existe une divergence d'opinion au sein même de ces professions. Les améliorations proposées sont à considérer comme des conseils et n'ont pas la prétention de répondre définitivement à la problématique.

Situation 2 :

MG : « *La mention « je dis bien » est-elle utile et respectée ? »*

Expert (pharmacien) : « *Même avec cette mention sur l'ordonnance, le pharmacien est tout de même coresponsable. Il est donc autorisé à refuser la délivrance mais doit se montrer diplomate envers le patient et le médecin. S'il n'y a pas de délivrance, le pharmacien doit en informer le prescripteur, l'idéal étant de sortir les textes officiels afin de justifier sa position. »*

Problématique :

- Responsabilité partagée entre prescripteur et dispensateur

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Evaluer la pertinence de la prescription puisque la responsabilité est partagée

Situation 3 :

MG : « *Quelle mention utiliser pour gérer les prises médicamenteuses anarchiques par le patient à domicile ? L'IDE garde les médicaments chez elle : est-ce légal ? »*

Expert (pharmacien) : « *La mention « délivrance hebdomadaire par IDE » peut être inscrite sur l'ordonnance. Dans tous les cas, c'est au pharmacien de stocker les médicaments et non à l'infirmière. »*

Problématiques :

- Gestion des prises médicamenteuses anarchiques
- Qui peut stocker des médicaments ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Apposer la mention délivrance hebdomadaire par IDE
- ✓ Eviter le stockage illégal de médicaments

Situation 4 :

Expert (pharmacien) : « Il faut mentionner tout changement de médicament ou de posologie. Les pharmaciens peuvent être débordés et ne pas voir un changement parmi les 15 médicaments présents sur l'ordonnance. »

Problématique :

- Modification passée inaperçue au sein d'un traitement chronique

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Mentionner une modification de posologie est un acte essentiel de la coordination des soins.

Commentaires :

Ce problème a déjà été abordé en RMM. Sa fréquence témoigne son importance en tant qu'outil de communication.

La suite de la réunion s'intéresse aux situations potentiellement problématiques. Prévue en amont, les réponses aux questions sont étayées de références des sociétés savantes, ce qui explique une argumentation détaillée :

Situation 5 :

MG : « Que faire d'un patient se rendant à la pharmacie à la fin de son traitement et demande qu'on lui délivre son traitement habituel ? »

Expert (pharmacien) : « Une délivrance à titre exceptionnel, sans ordonnance, est uniquement possible si les conditions suivantes sont réunies :

- Traitement habituel chronique
- Sauf anxiolytiques, hypnotiques, morphiniques et stupéfiants
- Si l'ordonnance périmée (d'au moins 3 mois) est amenée à l'officine
- Au maximum une fois tous les trois mois
- Le plus petit conditionnement est délivré
- Avec la mention « délivrance par la procédure exceptionnelle d'une boîte supplémentaire » apposée par le pharmacien sur l'ordonnance

Notez que le pharmacien peut vendre séparément les médicaments de liste II ou non listés, puisqu'ils ne nécessitent pas obligatoirement d'ordonnance. Tout traitement ponctuel entraînant la délivrance d'un médicament de liste I nécessite une consultation médicale. »

MG : « Et si le patient a perdu la dernière ordonnance ? »

Expert (pharmacien) : « Si l'ordonnance n'est pas présentée au pharmacien, alors il est

nécessaire de délivrer les médicaments au patient pour assurer la continuité des soins. Par contre, une ordonnance doit être remise pour que le traitement puisse être facturé à l'Assurance maladie. Le pharmacien est tenu d'informer le prescripteur de cette délivrance exceptionnelle. »

MG : « *Comment ? Le téléphone me paraît peu approprié s'il s'agit d'une simple constatation ».*

Expert (pharmacien) : « *Le plus souvent on imprime un ticket de caisse que l'on demande de vous faire parvenir dans le but de régulariser l'ordonnance. Par contre, si, malgré l'information que l'on fournit au comptoir, le patient abuse de ce système, je pense qu'on pourrait utiliser une messagerie sécurisée pour en discuter. »*

MG : « *Et si le patient se rend dans une autre pharmacie que celle habituelle ? »*

Expert (pharmacien) : « *Le dossier pharmaceutique (DP) permet de retrouver les dernières ordonnances numérisées. Dans ce DP figurent les derniers médicaments, la date de délivrance, mais ne mentionne pas quelle était la dernière pharmacie. Cela permet au patient d'obtenir le traitement dans n'importe quelle pharmacie, à condition qu'une ordonnance vienne régulariser la situation. Mais le dossier pharmaceutique n'est pas obligatoire et des patients ont le droit de refuser son utilisation. »*

Problématiques :

- Méconnaissance des principes d'une prescription à titre exceptionnel
- Si le système est bien compris par le patient, il y a un risque d'abus
- Nomadisme pharmaceutique

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Connaître les règles de prescription à titre exceptionnel
- ✓ Ne pas interrompre un traitement important et délivrer les médicaments nécessaires, même sans ordonnance
- ✓ Avoir recours au dossier pharmaceutique si suspicion de fraude
- ✓ Informer le prescripteur est vraiment utile en cas d'abus
- ✓ Utiliser une messagerie sécurisée entre pharmaciens et médecins

Situation 6 :

Pharmacien : « *Dans quelles conditions peut être délivrée une pilule contraceptive sans ordonnance ? »*

Expert (pharmacien) : « *Une ordonnance de moins d'un an peut être renouvelée à titre exceptionnel par le pharmacien, pour une durée maximale de six mois (deux fois trois mois). A condition qu'une information soit délivrée, que la prise de sang ait bien été faite, qu'éventuellement le frottis soit à jour, qu'il n'y ait pas eu de rupture de prise de traitement. En d'autres termes, si toutes les conditions sont réunies pour une bonne prise de la pilule contraceptive, alors le traitement peut être délivré pour un an, même si la prescription est de*

seulement six mois. Le plus petit conditionnement (une plaquette d'un mois) permet la continuité de soins et laisse le temps de consulter son gynécologue ou médecin traitant. Ce dispositif permet de lutter contre l'utilisation abusive de pilule du lendemain. Il est aussi évité certains recours à l'interruption volontaire de grossesse.

Dans les autres cas, le pharmacien doit rediriger la patiente vers son médecin traitant, en particulier pour une primo prescription, en cas d'arrêt, ou de consultation dans un délai supérieur à un an. La pilule du lendemain est délivrée si les conditions sont respectées. »

Problématique :

- Méconnaissance des nouvelles conditions de délivrance d'un traitement hormonal contraceptif de la part du médecin généraliste et de certains pharmaciens

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Avoir conscience du transfert de compétence et de responsabilités au pharmacien
- ✓ Insister davantage sur la prévention, y compris par le pharmacien, puisque le délai moyen entre deux consultations risque d'augmenter

Situation 7 :

Pharmacien : « *Que faire avec un patient sous traitement antiépileptique dont la dernière ordonnance est périmée ?* »

Expert (pharmacien) : « *Les médicaments anti-épileptiques ne doivent en aucun cas être arrêtés ou suspendus sans l'avis d'un médecin. Le pharmacien doit dispenser au patient son traitement quelles que soient les circonstances. Si ce n'est pas le cas, il commet une faute professionnelle.*

Les spécialités à base de Valproate et dérivés exposent à un risque élevé de malformations congénitales et de troubles neurodéveloppementaux. Depuis mai 2015, leur prescription initiale annuelle est réservée aux spécialistes en neurologie, psychiatrie ou pédiatrie selon l'indication. Un accord de soins signé doit être fourni une fois par an au pharmacien pour que le traitement puisse être délivré. Le médecin généraliste peut renouveler le traitement dans une limite d'un an, au terme duquel une réévaluation du traitement par le spécialiste est requise.

Quand il existe un risque de grossesse, il faut alors une bonne coordination des soins. C'est au spécialiste de fournir un accord de soins mais le médecin généraliste, quant à lui, peut fournir une attestation de contraception efficace. »

Problématiques :

- Comment le pharmacien doit-il gérer un renouvellement de traitement anti-épileptique avec une ordonnance périmée ?
- Comment gérer les ordonnances à prescription initiale par un spécialiste ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Ne jamais arrêter un traitement anti-épileptique sans l'avis du prescripteur. La délivrance est ainsi obligatoire quelles que soient les circonstances
- ✓ Se préoccuper de la contraception et fournir une attestation de contraception efficace au pharmacien
- ✓ Coopération nécessaire entre médecin généraliste, médecin spécialiste et pharmacien

Commentaires :

Les médecins généralistes ont écouté avec attention cette partie, notamment du fait des changements législatifs très récents. C'est pour cette raison que l'intégralité des explications a été retenue.

Situation 8 :

MG : « *Comment aborder une rupture médicamenteuse ?* »

Expert (pharmacien) : « *Quand il existe une rupture de production, de distribution d'un médicament, le pharmacien est tenu d'en informer le médecin.* »

MG : « *Faut-il qu'il l'informe de son réapprovisionnement ?* »

Expert (pharmacien) : « *Oui... mais pas par téléphone en pleine consultation. L'idéal serait par messagerie sécurisée. Il faut savoir qu'une liste des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) est disponible sur le site de l'ANSM.* »

Problématique :

- Quel moyen de communication faut-il utiliser en cas de rupture d'approvisionnement d'un médicament ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Pour le médecin prescripteur : se renseigner auprès du site de l'ANSM des ruptures médicamenteuses
- ✓ Pour le pharmacien : utiliser une messagerie sécurisée pour communiquer avec le médecin, lui signaler la rupture et savoir s'il a une préférence pour la substitution

Situation 9 :

Pharmacien : « *Est-il autorisé au médecin généraliste de faire son stock de médicaments au cabinet ?* »

Expert (pharmacien) : « *Prescrire un vaccin pour un patient, le conserver au réfrigérateur du cabinet pour ensuite l'utiliser chez le patient suivant, cela pose un problème de traçabilité. En effet, les médicaments sont aujourd'hui délivrés à titre nominatif et le lot peut être retrouvé d'une simple recherche dans la base de données du pharmacien. Le médecin doit alors se rendre à la pharmacie pour assurer son stock pour usage professionnel.* »

Problématiques :

- Stock médicamenteux au cabinet

- Traçabilité des médicaments

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Eviter le stock de médicaments au cabinet de médecine générale
- ✓ Légalement, pour en stocker, la prescription doit être au nom du médecin

Commentaires :

La question a été posée par un pharmacien qui semble connaître la réponse, probablement dans le but d'envoyer un signal aux médecins généralistes.

Situation 10 :

MG : « *Comment gérez-vous les prescriptions hors AMM ?* »

Expert (pharmacien) : « *Certains médicaments sont en autorisation temporaire d'utilisation, et se retrouvent ainsi remboursés. Il faut alors apporter la mention ATU sur l'ordonnance. Pour les autres prescriptions hors AMM, toute la difficulté que rencontre le pharmacien, c'est de déterminer si la prescription est justifiée ou détournée. En d'autres termes, c'est de savoir si le traitement est remboursable ou non.* »

Problématique :

- Comment gérer les prescriptions hors AMM ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Mentionner toutes prescriptions hors AMM sur l'ordonnance
- ✓ Penser aux autorisations temporaires d'utilisations (ATU)

Situation 11 :

MG : « *Une ordonnance envoyée par mail ou faxée est-elle valable ?* »

Expert (pharmacien) : « *Une ordonnance numérique permet, à l'heure actuelle, de préparer des médicaments, ou d'en délivrer à titre provisoire. Seule l'ordonnance originale permet la dispensation des médicaments.* »

Problématique :

- Quelle est la valeur médico-légale d'une ordonnance faxée ou numérique ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Penser à l'intérêt de coordination des soins de l'ordonnance numérique (ou faxée)
- ✓ Penser à régulariser la prescription avec le format papier signé

Situation 12 :

MG : « *Comment organiser un départ à l'étranger ?* »

Expert (pharmacien) : « *Pour un départ à l'étranger, la délivrance du traitement habituel peut se faire en une seule fois, donc sans renouvellement, et ce pour une durée maximale de six mois. Cependant, le patient doit impérativement remplir un formulaire « délivrance des*

médicaments en cas de départ à l'étranger » et le fournir à la caisse d'Assurance maladie. Pour que le pharmacien puisse délivrer en une fois, il faut bien sûr la mention « départ à l'étranger » sur l'ordonnance, mais aussi l'accord du médecin-conseil. »

Problématique :

- La valeur légale de la mention « départ à l'étranger » sur l'ordonnance est insuffisante

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Pour le pharmacien : ne pas s'appuyer sur la bonne foi du médecin mais sur une déclaration de départ à l'étranger à remplir par le patient lui-même
- ✓ Pour le médecin : mentionner son accord pour une délivrance en une seule fois.

Situation 13 :

Pharmacien : « Comment gérer un médicament à surveillance particulière ? »

Expert (pharmacien) : « *Le pharmacien doit s'assurer du bon suivi, que les prises de sang soient à jour, pour pouvoir délivrer ce médicament. Souvent, un carnet est remis au patient et facilite la tâche au pharmacien. Parfois, ce carnet est gardé par le spécialiste, ce qui nécessite la remise de copies au pharmacien. Le médecin peut également noter sur l'ordonnance la mention « NFS ok » pour que le pharmacien puisse délivrer le médicament à surveillance particulière. Cette simple mention assure au pharmacien que la numération formule sanguine (NFS) est normale, sous entendu que les globules blancs, rouges et plaquettes sont suffisamment hauts pour permettre la délivrance de médicaments ayant une toxicité hématologique. »*

Problématique :

- Difficultés pour le pharmacien de vérifier le suivi d'un médicament à surveillance particulière sans l'aide des médecins

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Apporter des mentions simples comme, par exemple, « NFS ok » pour que le pharmacien puisse délivrer ces médicaments

ANNEXE 10 : réunion de concertation pluridisciplinaire autour de la personne âgée fragilisée

Quarante-quatre personnes étaient présentes pour assister à un exposé pluriprofessionnel organisé par toute l'équipe d'hôpital de jour de Marange-Silvange. Les professions de médecin généraliste, pharmacien, MK, ergothérapeute, orthophoniste, gériatre, IDE et aide soignante étaient représentées.

L'hôpital de jour (HDJ) gériatrique permet de repérer les déficiences et déterminer un programme de réadaptation personnalisé. Indirectement, il permet d'éviter une hospitalisation pour décompensation d'une personne subissant le syndrome de glissement, le but étant de repérer les personnes à risque en médecine ambulatoire avant que la perte d'autonomie ne soit trop importante et rende la réadaptation trop longue voire vaine.

Il existe une équipe soudée en HDJ, ce qui contribue à une bonne qualité du bilan pluridisciplinaire. En médecine de ville, la communication se fait plus rare.

Situation 1 :

MG : « *Un problème récurrent, c'est le déni des familles vis-à-vis de la perte d'autonomie du patient.* »

Expert (gériatre) : « *C'est justement grâce à cette évaluation qu'a lieu la prise de conscience de la part des familles. Il y a également des fausses idées des familles vis-à-vis des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Je conseille de réaliser des visites. Cela permet d'ôter cette vision d'hospice qu'ont les familles.* »

Problématique :

- Perception erronée des familles de l'état de santé du patient et vis-à-vis des EHPAD

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Organiser une visite des établissements, proposer une mise en situation pour dédramatiser, effacer les idées reçues

Situation 2 :

IDE : « *C'est aussi le patient lui-même qui refuse* »

Expert (gériatre) : « *Il faut discuter avec la famille de l'intérêt d'une mise sous tutelle.* »

Problématique :

- Refus du placement par la personne concernée

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Penser à la tutelle

Situation 3 :

IDE : « Des médecins réalisent des renouvellements sans réévaluer l'autonomie. C'est souvent à la famille ou aux IDE d'alerter de la situation problématique. »

Expert (gériatre) : « Si une routine s'installe et altère la vision critique du médecin, un œil nouveau aide à débloquer la situation. Au moindre doute, une évaluation gériatrique aide à prendre conscience de l'état réel du patient et de ses aides. »

MG : « On est plus performant quand on travaille ensemble. Nous avons intérêt à récolter les informations utiles des professionnels paramédicaux : par exemple, écouter le ressenti d'une IDE ou demander un bilan d'autonomie à un masseur-kinésithérapeute. »

Problématique :

- Routine du MG réalisant des renouvellements de prescription sans réévaluer l'autonomie

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Demander un bilan d'autonomie par le MK en ville
- ✓ Sensibiliser l'infirmière au repérage de la personne fragile, en perte d'autonomie
- ✓ Ecouter l'infirmière ! Elle est souvent en première ligne pour dépister la dégradation d'autonomie

Situation 4 :

Expert (gériatre) : « J'aimerais m'attarder sur un point important. Il existe une déperdition d'informations médicales lors des transmissions. Selon moi, la transmission orale s'apparente au « téléphone arabe ». Il nous faut des informations de source sûre et de qualité. Le carnet de santé remplit ces fonctions et est facilement utilisable ! »

MG : « En attendant le dossier médical partagé, nous avons intérêt à trouver des solutions transitoires. Le carnet de santé a l'avantage d'être à disposition du patient. »

Expert (gériatre) : « Le manquement aux rendez-vous des personnes âgées nous pose quelques difficultés à maintenir un planning harmonieux. Pourquoi ne pas instaurer un système de rappel de rendez-vous au médecin traitant via Apicrypt® ? »

Problématiques :

- Transmissions orales peu fiables et responsables d'une déperdition d'informations
- Oubli de rendez-vous

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Entretenir un carnet de santé de la personne âgée à disposition du patient et des professionnels de santé
- ✓ Mettre en place un rappel de rendez-vous entre professionnels via Apicrypt® par exemple

ANNEXE 11 : prise en charge à domicile du patient en chimiothérapie

Six médecins généralistes, une infirmière et une pharmacienne sont venus à cette réunion. Le chef de service d'oncologie à l'hôpital de Mercy (CHR Metz-Thionville) était l'expert de cette soirée.

Situation 1 :

Expert : « *Concernant la neutropénie fébrile, chez un patient ne répondant pas aux critères de gravité imposant une hospitalisation, il est recommandé de réaliser des hémocultures par voie veineuse périphérique et centrale, et ce en même temps et le plus rapidement possible (sans oublier un ECBU, des prélèvements multi-orifices, une coproculture et radio thoracique s'il y a un point d'appel).* »

MG : « *Les infirmières libérales sont-elles toutes au clair avec l'hémoculture ? Qu'il faut impérativement un prélèvement périphérique et un central, pour diminuer le nombre de faux positifs (contamination) et calculer la vitesse de propagation de la bactérie ?* »

IDE : « *Non. Il vaudrait mieux le spécifier sur l'ordonnance, de même qu'il faudrait aussi prévenir de l'urgence de l'acte et qu'il faille se procurer le matériel adéquat (flacon à hémocultures) en stock au cabinet infirmier ou au laboratoire directement. Ceci permet d'éviter de perdre du temps à faire des allers-retours inutiles.* »

Problématiques :

- Méconnaissance des règles de prescription et de réalisation en ambulatoire des hémocultures de la part du médecin et de l'infirmière
- Gestion de la prescription urgente

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Rappeler sur l'ordonnance la nécessité d'un prélèvement périphérique en plus du central
- ✓ Informer l'infirmière du caractère urgent de la prescription

Situation 2 :

MG : « *Concernant un résultat pathologique chez un patient suivi en oncologie pour chimiothérapie, qui fait quoi ? En pratique, au lieu d'appeler le médecin prescripteur du bilan, le biologiste a tendance à appeler le médecin traitant.* »

Expert (diabétologue) : « *Il faut simplement laisser gérer l'hôpital et éventuellement appeler le patient pour savoir si le problème est géré.* »

Problématique :

- Qui doit assurer le suivi biologique des patients ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Fixer dès le départ les modalités de coopération avec les autres prescripteurs.
- ✓ Au moindre doute, appeler le patient

Situation 3 :

Pharmacien : « *Peut-on, nous pharmaciens, avoir accès aux protocoles ? L'automédication pratiquée par certains patients sous chimiothérapie pose le problème de l'interaction médicamenteuse. Le plus souvent on est obligé d'envoyer le patient voir son médecin traitant dès lors qu'il a une question concernant sa chimiothérapie.* »

MG : « *Nous n'avons pas non plus ces protocoles. Ce qui nous intéresse dans ces protocoles c'est aussi le rythme de surveillance des examens complémentaires. Par exemple, les comptes-rendus des échocardiographies ne nous sont pas adressés. On ne peut pas savoir si le patient est à jour dans son suivi ou non.* »

Expert (diabétologue) : « *Dans nos comptes-rendus initiaux nous précisons déjà quel sera le suivi des patients et quelle chimiothérapie va être employée. On peut réfléchir à instaurer un petit guide de surveillance en fonction de la chimiothérapie choisie.* »

Problématiques :

- Inaccessibilité des protocoles de chimiothérapie par les généralistes
- Rythme de surveillance du patient souvent inconnu par son médecin traitant

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Partager le protocole de chimiothérapie aux professionnels concernés (oncologue, médecin traitant et pharmacien, voire infirmier) pour redonner au médecin traitant son rôle de coordination des soins et au pharmacien celui de vérification des prescriptions

Situation 4 :

MG : « *A propos de l'interaction médicamenteuse entre les antimycosiques et l'Évérolimus (par l'intermédiaire de l'inhibition du cytochrome P450), personne n'est au courant ! Le problème des logiciels est qu'il existe trop souvent des alarmes. A force de prévenir pour des problèmes mineurs, on risque de rater des interactions majeures. On compte sur les pharmaciens pour rattraper le coup !* »

Expert (diabétologue) : « *Pour avoir travaillé dans plusieurs pays, je trouve qu'en France il existe une bonne qualité des soins mais elle est inhibée en particulier par le manque de concertation, le manque de travail en équipe.* »

Problématiques :

- Méconnaissance des effets indésirables des spécialités hospitalières par le pharmacien d'officine et le médecin généraliste
- Insuffisance d'échanges interprofessionnels
- Manque de confiance entre professionnels de santé

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Connaître les effets indésirables des différentes chimiothérapies, grâce à ce genre de formation
- ✓ Savoir comment les soigner en médecine ambulatoire afin d'éviter certaines hospitalisations

- ✓ Communiquer les protocoles de chimiothérapies au pharmacien pour un double contrôle des interactions médicamenteuses

ANNEXE 12 : plaies chroniques et pansements

Le chef de service de dermatologie de Mercy a apporté son expertise pour cette soirée avec neuf médecins généralistes et dix infirmières. Le but de cette réunion a été de déterminer quel type de pansement utiliser en fonction de chaque type de plaie. Le tour de table a permis de constater que les échanges interprofessionnels sont insuffisants. Le médecin généraliste a besoin de savoir quelle est l'infirmière qui s'occupe de son patient pour s'informer de l'évolution ou lui préciser un changement de protocole : il doit y avoir un nom accessible et/ou un numéro de téléphone dans le dossier. L'infirmière, quant à elle, aimerait connaître l'appréciation du médecin généraliste sur l'ordonnance.

Problématique :

- Manque d'échanges interprofessionnels

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Noter les différents intervenants professionnels de santé dans le dossier du patient
- ✓ Inscrire l'appréciation du médecin généraliste sur l'ordonnance initiale

Situation 1 :

Expert (dermatologue) : « Garder tous à l'esprit que toute plaie chronique qui ne guérit pas ou qui bourgeonne doit faire suspecter un cancer.

Dans le cadre de l'ulcère artériel, parfois des patients nous sont adressés par leur médecin traitant alors qu'ils devraient consulter un chirurgien ! Ils nécessitent un pontage voire une amputation. Cela dit, nous entretenons une relation étroite avec les chirurgiens vasculaires. »

Problématique :

- Trop d'autonomie peut être responsable d'un retard diagnostique de cancer ou d'ulcère

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Laisser de l'autonomie à l'IDE qui a souvent plus d'expérience que le médecin et, surtout, peut suivre la plaie au jour le jour. Attention, cependant, à dépister à temps un ulcère artériel et un cancer cutané

Situation 2 :

IDE : « Concernant la cotation des actes par l'Assurance maladie, comment doit-on rédiger une ordonnance, sachant qu'une contention des membres inférieurs est nécessaire chez un patient dépendant ? »

Expert (dermatologue) : « La phase d'attaque nécessite généralement un passage quotidien. Puis, un changement de pansement peut s'effectuer tous les deux jours. Alors, si une

contention veineuse est nécessaire, il vaut mieux mentionner sur l'ordonnance un passage quotidien pour pansement avec changement de pansement uniquement si nécessaire. L'autre solution est la contention inamovible qui est très efficace, mais peu utilisée en France. On peut également utiliser un bandage multicouche, qui se change une à deux fois par semaine. »

Problématique :

- Gérer les pansements pour plaie des membres inférieurs avec la nécessité du port de contention veineuse

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Si une contention veineuse est nécessaire, préciser un passage IDE quotidien mais avec changement de pansement si besoin
- ✓ Proposer un bandage de contention multicouche

Situation 3 :

IDE : « *Attention aux prescriptions. Un seul pansement est remboursable à la fois ! Dans le set de pansement post opératoire, il y a déjà un pansement alors que, dans un set de pansement classique, il n'y en a pas. On peut donc ajouter sur la prescription ce que l'on désire. »*

Expert (dermatologue) : « *Tout à fait. Si le pharmacien délivre des pansements alors qu'il y a déjà un set post opératoire, c'est lui qui est en tort. »*

Problématiques :

- Prescription non remboursable
- Méconnaissance des règles de prescription de pansements

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Prescrire un seul type de pansement à la fois et bien préciser la plaie

Situation 4 :

MG : « *Nous effectuons la prescription initiale, celle du passage infirmier pour pansement, mais qu'en est-il de la prescription des pansements eux-mêmes ? »*

IDE : « *Vous faites la prescription initiale, sans oublier de préciser la plaie sur l'ordonnance. Ensuite, nous prenons le relais, en collaboration avec le médecin traitant. »*

Problématique :

- Prescription ne laissant pas d'autonomie à l'IDE

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Respecter le rôle propre de l'IDE, son protocole de soins et ses prescriptions de pansements
- ✓ A l'inverse, ne pas couper la communication avec le médecin traitant

ANNEXE 13 : RMM médecins - pharmaciens n°2

La seconde RMM a accueilli trois médecins généralistes et cinq pharmaciens.

Quelques remarques ont été formulées pour introduire cette réunion :

Ce genre de réunion est très intéressant. On peut l'apparenter à un staff hospitalier. L'idéal serait d'instaurer des réunions interprofessionnelles régulières. Cela est surtout possible dans des maisons de santé.

Les pharmaciens d'officine travaillent déjà en groupe. Par contre, c'est un exercice nouveau pour les médecins généralistes.

Situation 1 :

Pharmacien : « *J'ai reçu un patient avec une prescription absurde d'antibiotiques. Plusieurs antibiotiques sont prescrits avec une posologie étrange du genre 1 jour sur 3. S'ajoute à cela de l'homéopathie, le tout sur une ordonnance manuscrite difficilement déchiffrable. Ce traitement, basé sur aucune donnée scientifique, est supposé traiter la maladie de Lyme. Ces doses insuffisantes n'entraînent-elles pas l'émergence de résistance des bactéries aux antibiotiques ? Que faire ?* »

Réponse collective : « *Dans ce cas particulièrement polémique de la maladie de Lyme, et ce cas unique, seule une sanction ordinale pourrait faire bouger les choses.* »

Problématique :

- Prescription absurde

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Pas de solution évidente, mis à part une éventuelle alerte à l'Ordre des médecins

Situation 2 :

Pharmacien : « *Sur une ordonnance était marquée la Ciprofloxacine pendant 1 mois. J'ai essayé de joindre le médecin généraliste prescripteur mais celui-ci était injoignable. J'ai donc modifié la prescription à 8 jours, selon les référentiels d'Antibiolor en attendant de pouvoir joindre ce médecin.* »

MG : « *Il s'agit d'une erreur « facile » à faire. En effet, certains logiciels ont leurs prescriptions basées sur des boutons. Il suffit d'un clic un peu trop bas et on appuie sur « mois » au lieu de « semaine ». Pour éviter ce genre de maladresse, il faut commenter l'ordonnance au patient, ce qui permet de détecter l'erreur.* »

Problématiques :

- Faute de frappe sur l'ordonnance
- Difficultés pour joindre le médecin par téléphone

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Commenter l'ordonnance au patient permet de dépister d'éventuelles erreurs
- ✓ Paramétrer un système d'alerte informatique performant par notification

Situation 3 :

Pharmacien : « *En restant sur le thème de l'erreur de posologie, j'ai eu 9 000 000 UI de SPIRAMYCINE® 3 fois par jour, soit 9 comprimés par jour. Le médecin n'était pas joignable. J'ai donc supposé qu'il s'agissait d'une erreur et j'ai délivré de quoi faire 3 comprimés par jour, comme il est précisé dans le Vidal.* »

Pharmacien : « *Nous notons tous les appels que nous effectuons. La date, l'heure, le nom du médecin. La plupart des prescriptions sans réponse de la part du médecin sont laissées en attente pendant 5 jours maximum. Sauf pour les ATB : nous sommes bien obligés de délivrer les médicaments sans la confirmation du prescripteur. Antibioville est un excellent référentiel. Cependant, l'inconvénient de la profession est que nous ne connaissons pas le diagnostic et, parfois, le patient n'a pas compris ce que lui a dit le médecin. Le médecin n'est-il pas obligé de donner le diagnostic au patient ?* »

MG : « *Non, il n'y a pas d'obligation de délivrer un diagnostic. Parfois, il vaut mieux s'abstenir de donner le diagnostic, et ce dans l'intérêt psychologique du patient. Il est vrai qu'une prescription d'antibiotique est, théoriquement, très souvent accompagnée d'une information appropriée au patient, avec, bien sûr, le diagnostic.* »

Problématiques :

- Erreur de posologie
- Diagnostic non connu, ni par le patient, ni par le pharmacien

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Modifier une posologie ou substituer un médicament par le pharmacien sans l'accord du médecin si ce dernier n'est pas joignable en se basant sur les recommandations, les référentiels
- ✓ Recenser les manquements d'appels au médecin pour éviter les oublis et lui transmettre, *a posteriori*, les informations
- ✓ Insister sur l'information du diagnostic de la part du médecin au patient

Situation 4 :

Pharmacien : « *Une patiente se présente avec une prescription d'ALMOGRAN® (un anti migraineux de la famille des triptans), un par jour pendant un mois, soit trois boîtes de 12 comprimés. De plus, le mari a la même ordonnance... pour ses migraines à elle.* »

Pharmacien : « *Il s'agit très probablement d'une céphalée chronique quotidienne induite par la prise médicamenteuse. J'ai même d'ailleurs vu un syndrome de la tête vide d'un patient sous triptan. Il avait littéralement la tête vide, il était incapable de penser, de prendre des décisions. Si on dépasse 3 prises par semaine, ou 12 par mois, on est dans le cas d'un abus médicamenteux. C'est d'ailleurs pour cela que les boîtes n'ont que 12 comprimés. Il ne faut pas délivrer autant et surtout pas la deuxième ordonnance et, bien sûr, prévenir le médecin !* »

Problématique :

- Consommation abusive de médicaments

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Délivrer au patient des informations concernant les risques des médications de la part du médecin et du pharmacien
- ✓ Ne pas dépasser les posologies maximales autorisées
- ✓ Eviter les prescriptions destinées à un autre membre de la famille
- ✓ Repérer les abus et expliquer ce qu'est la dépendance aux patients

Situation 5 :

MG : « Certains patients posent le problème d'observance. Cela se voit facilement avec le retard de consultation mensuelle ou trimestrielle. J'ai, en particulier, eu un souci avec une patiente qui prend tout si besoin, traitement anti hypertenseur y compris. Elle prend sa tension, et si elle est dans les normes, elle ne prend pas ses comprimés. Remarquez-vous la non observance, vous les pharmaciens ? »

Pharmacien : « Oui ! Le nombre de patients refusant la délivrance de certains médicaments, c'est pluriquotidien ! J'ai quelques conseils à vous donner. Par exemple, le KARDEGIC®, pourquoi le prescrire le midi ? Il n'y a aucun intérêt et cela engendre des oublis. C'est juste une habitude pour ne pas prendre tous les médicaments en même temps. C'est bête parce qu'il y a peu d'interactions médicamenteuses ! En ce qui concerne les statines, la prescription conjointe de Coenzyme Q10 permet de limiter les effets indésirables musculaires. Pensez-y ! »

Problématique :

- Repérer le manque d'observance

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Grâce au retard de consultation
- ✓ Demander pourquoi le patient ne prend pas certains médicaments : oublis ou refus ?
- ✓ Changer les horaires de prises, si cela ne pose pas problème et facilite l'observance
- ✓ Si c'est le pharmacien qui le fait, en informer le médecin, de préférence, par messagerie sécurisée

Situation 6 :

MG : « J'ai reçu une patiente pour hémoptysie sur dilatation des bronches. Je lui ai prescrit de l'EXACYL® pour tarir le saignement. Je me suis aperçu par hasard, lors d'une deuxième consultation de cette patiente pour un autre motif, que j'avais oublié d'inscrire la mention si besoin et laissé la prescription enregistrée sur l'ordonnance, à savoir 8 jours. »

MG : « Oui, c'est bien le problème des logiciels. Il faut paramétrer ceux-ci pour ne plus avoir à modifier sans cesse les durées des traitements. Encore une fois, il faut relire l'ordonnance devant le patient. »

Pharmacien : « Pourquoi ne pas mettre la mention « si besoin jusqu'à sept jours » ? C'est beaucoup plus parlant et même si le patient n'a pas tout compris lors de la consultation, il peut s'appuyer sur une ordonnance claire ! »

Problématique :

- Médicaments prescrits de façon systématique au lieu de « si besoin »

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Relire l'ordonnance devant le patient
- ✓ Utiliser la mention : « si besoin jusqu'à »

Situation 7 :

Pharmacien : « Suite à une sortie d'hospitalisation plusieurs problèmes sont souvent rencontrés. Parfois, toute l'ordonnance est changée. Les pharmacies hospitalières ne disposent pas de la même diversité de médicaments qu'en ville. Il est parfois difficile de faire la différence entre une substitution pour une raison pratique et un changement volontaire dans l'intérêt du patient. Prenons le cas d'une statine. Faut-il continuer sur la Simvastatine alors que le patient est habitué à l'Atorvastatine ?

MG : « A ce propos, les ordonnances de sortie de l'hôpital sont en général valables pour une durée de sept jours. Le problème, c'est que le plus petit conditionnement d'un antihypertenseur est de 30 comprimés. S'il vous plaît, dites au patient de demander une visite ou d'aller en consultation non pas un mois après la sortie de l'hôpital, mais une semaine. Cela permet d'éviter les oublis d'antiagrégants, de remettre la bonne statine, etc. »

Problématiques :

- Substitution de médicaments à l'hôpital
- Absence de courrier de sortie pour le pharmacien
- Conditionnement de sept jours inexistant pour certains médicaments

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Savoir repérer et distinguer les substitutions de traitement lié aux disponibilités limitées de la pharmacie d'hôpital
- ✓ Inciter le patient à revoir son médecin traitant la semaine suivant la sortie d'hospitalisation
- ✓ Organiser un envoi de courrier plus rapide de la part de l'hôpital

Situation 8 :

MG : « J'ai prescrit de la PYOSTATINE® pour une infection cutanée chez une patiente allergique à l'Amoxicilline. Le pharmacien m'appelle et me propose la substitution par l'ORBENINE®. Dérangé en pleine consultation, l'esprit un peu ailleurs, j'accepte... puis je rappelle dans la foulée : l'ORBENINE® est une pénicilline, il faut mettre de la Doxycycline ou de la FUCIDINE® ! »

Pharmacien : « Bien souvent, nous ne sommes pas au courant des allergies. C'est le minimum à renseigner au pharmacien pour éviter ce genre de désagrément ! Parfois, des logiciels marquent en gros et en rouge : allergie à la Pénicilline... avec du CLAMOXYL® sur l'ordonnance. Là, c'est facile pour nous ! »

MG : « Un pharmacien expérimenté m'a dit qu'il forme ses préparateurs à savoir comment appeler le médecin. Il ne faut pas seulement l'alerter sur la rupture de stock mais aussi lui proposer des alternatives et se préparer à d'éventuelles questions. Cela permet d'écourter l'appel et d'éviter le sentiment de déranger au téléphone. »

Problématiques :

- Manque d'informations à l'officine : allergies et antécédents
- Appel pendant une consultation : le médecin n'est pas toujours concentré

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Demander systématiquement au patient s'il présente des allergies médicamenteuses (médecin et pharmacien)
- ✓ Paramétrer le logiciel pour faire apparaître des alarmes
- ✓ Médecin : renseigner le pharmacien par écrit par l'intermédiaire du patient
- ✓ Pharmacien : préparer l'appel au médecin en vérifiant les recommandations, lui proposer des alternatives en cas de substitution et être préparé à répondre à d'éventuelles questions

Situation 9 :

MG : « *J'ai été étonnée de retrouver du Tramadol LP 200 d'une durée d'action de 12 heures à la place du MONOALGIC® LP 200 agissant pendant 24h.* »

Pharmacien : « *C'est à cause de l'obligation de faire figurer la DCI sur l'ordonnance. Elle est figurée en premier et, tout au bout de la ligne, on voit le nom commercial. Dans ce cas-là, je pense que le pharmacien a lu Tramadol LP 200 et n'a pas fait attention au fait que le MONOALGIC® a la spécificité d'agir pendant 24 heures. Cette nouvelle norme rend les ordonnances illisibles.* »

MG : « *Le problème des logiciels utilisant une banque de médicaments comme le Vidal ou la Banque Claude Bernard, est que l'ordonnance est polluée par des mentions inutiles comme « sécable », « enrobé » ou encore le nom du laboratoire fabriquant le générique.* »

Problématiques :

- Prescription en DCI obligatoire (pour favoriser la délivrance de génériques par le pharmacien) : DCI très longue rendant illisible l'ordonnance
- Médicaments non substituables quand même substitués du fait de cette mauvaise lisibilité

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Paramétrer le logiciel médical. Ou demander une mise à jour pour rendre l'ordonnance plus lisible ?
- ✓ Retirer les mentions inutiles
- ✓ Bien vérifier si le médicament peut être substitué

Situation 10 :

MG : « *J'ai eu le cas d'une automédication d'antiseptique. La patiente a pris du DIASEPTYL®, en vente libre en pharmacie, pour l'appliquer sur la muqueuse vaginale. Sans aucune surprise, les symptômes se sont aggravés ! Pour les médicaments en vente libre, une information adéquate est-elle délivrée ? Dans ce cas-ci, on ajoute le problème de confidentialité !* »

Pharmacien : « *Effectivement aux heures de pointes, les informations sont de moins grande qualité. D'une manière générale, on insiste plus sur les nouveaux médicaments que ceux en*

renouvellement chronique. Pour le problème de confidentialité, en plus de dire comment on utilise un produit, on précise également comment ne pas l'utiliser ! »

Problématiques :

- Défaut d'informations délivrées au patient à l'officine
- Confidentialité à l'officine

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Pour contourner le problème de confidentialité, spécifier ce qu'il ne faut pas faire avec le traitement

Situation 11 :

Pharmacien : *« Un cas classique : l'illisibilité des ordonnances manuscrites nous fait faire des bêtises. Une délivrance de DAKIN® au lieu de DAKTARIN® en gel buccal s'est soldée par une brûlure des muqueuses buccales. »*

MG : *« Les logiciels ont l'avantage d'éviter ces erreurs. Mais les patients qui demandent, après avoir imprimé l'ordonnance, un certain nombre de médicaments nous oblige de les ajouter à la main. »*

Problématiques :

- Ordonnance illisible
- Rajout de médicaments en fin de consultation

Commentaires :

Les pistes d'amélioration ont déjà été évoquées lors de la première RMM. Le problème semble encore présent malgré l'utilisation prédominante de l'informatique.

ANNEXE 14 : les antibiotiques : sensibiliser patients et médecins

Dix médecins généralistes et deux pharmaciens sont venus écouter les conseils avisés d'un médecin généraliste, vice-président d'Antibiolor.

Expert : *« Les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques sont responsables d'environ 12 500 décès par an en France. La prescription abusive d'antibiotiques en France est un problème sociétal. Plusieurs phénomènes peuvent être constatés :*

- *D'une manière générale, les Français sont plus demandeurs de médicaments*
- *Plus on va chez le médecin, plus on a d'antibiotiques*
- *Il est plus facile de prescrire un antibiotique que d'expliquer pourquoi on n'en prescrit pas. Une journée surchargée entraîne une sur-prescription*

Bien sûr, les médecins généralistes sont les premiers concernés. Cependant, un problème de société ne se limite pas aux médecins mais également aux autres professions de santé et surtout aux promotions gouvernementales de la santé. »

Quelques dysfonctionnements plus précis ont été évoqués :

Situation 1 :

Pharmacien : « *Que faire d'un patient se présentant au comptoir de pharmacie avec une prescription datant de plusieurs jours ?* »

Expert (MG) : « *48 heures ou sept jours ? Si c'est une semaine entière, il faut lui dire de retourner voir son médecin traitant !* »

Problématique :

- Problème de délai entre prescription et délivrance. L'antibiotique n'est, dans la plupart des cas, plus indiqué au bout d'une semaine

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Conseiller le patient de retourner consulter son médecin traitant afin de réévaluer l'indication d'une antibiothérapie

Situation 2 :

Pharmacien : « *Que faire d'un patient se présentant avec deux ordonnances, la deuxième comprenant un antibiotique. Certains patients préfèrent retirer d'emblée ces antibiotiques, sans attendre deux ou trois jours comme leur a dit le médecin.* »

Expert (MG) : « *Ce qui est dangereux ici, c'est l'automédication ! En effet, ces patients se rendent compte qu'ils n'ont pas forcément besoin de ces antibiotiques, ou commencent la boîte sans la terminer... puis, au prochain rhume, ils se traitent avec des antibiotiques.* »

Problématique :

- Incompréhension du patient devant une prescription comportant deux ordonnances pour deux traitements successifs, le second ne devant être pris qu'en cas d'échec du premier

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Eviter les ordonnances différées ou préciser « à délivrer dans 48 heures »
- ✓ Le médecin doit s'assurer de la bonne compréhension de la procédure et le pharmacien doit l'appliquer à la lettre ! Il s'agit d'arranger le patient et non pas de lui faire courir un risque d'effets indésirables supplémentaires inutiles ou d'automédication inadaptée

Situation 3 :

Pharmacien : « *A ce propos, que dire aux patients qui ont commencé un traitement antibiotique et viennent parce qu'ils n'ont pas de quoi terminer les 7 jours de traitement. Vaut-il mieux leur donner une boîte afin d'éviter de faire un traitement trop court, responsable d'une possible émergence de résistances ?* »

Expert (MG): « Non ! S'il n'y a pas d'indication, on peut arrêter l'antibiothérapie n'importe quand, et même le plus tôt possible ! Il faut se débarrasser de cette idée reçue. La tendance actuelle est au raccourcissement de la durée des antibiothérapies. »

Problématique :

- Automédication inadaptée d'antibiotiques
- L'idée reçue « un traitement antibiotique commencé doit être terminé » est erronée

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Ne pas continuer une antibiothérapie inutile

Expert (MG): « Quelques conseils pour éviter la prescription d'antibiotiques :

- ✓ Dans neuf cas sur dix, le temps qu'une coproculture se révèle positive à *Campylobacter Jejuni*, le patient guérit tout seul : ne pas lui donner d'antibiotiques.
- ✓ Dire à la secrétaire d'envoyer les patients se plaignant de signes fonctionnels urinaires faire une bandelette urinaire ! C'est un gain de temps pour le médecin et cela diminue la prescription d'antibiotiques
- ✓ Ne pas dire otite congestive, mais plutôt une rhinopharyngite.
- ✓ Ne pas dire sinusite mais sinusalgie si la sinusite ne correspond pas aux critères diagnostique »

Situation 4 :

Pharmacien : « J'ai eu le cas d'une antibiothérapie à renouveler. Que faire ? »

Expert (MG): « Pour des cystites à répétition, un sachet de Fosfomycine d'avance est peu problématique. Par contre, pour des indications plus sérieuses, il ne faut pas donner de façon systématique des antibiotiques aux patients sans avis médical. Le pharmacien est co-responsable. Renouveler ce genre de prescription expose le pharmacien, tout comme le médecin, à des sanctions ! A ce propos, il est quand même assez étrange que les médecins prescrivant les antibiotiques de façon abusive ne soient pas plus inquiétés que ça. »

Problématique :

- Une prescription ne respectant pas les recommandations, et parfois même dangereuse, doit-elle être délivrée ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Réfléchir à la co-responsabilité en tant que dispensateur avant de délivrer les médicaments

ANNEXE 15 : la prise en charge pluriprofessionnelle du patient diabétique à domicile

Un diabétologue des Hôpitaux Privés de Metz (Belle Isle) et une IDE du même service, ont répondu aux questions de six médecins généralistes et douze infirmières.

La diabétologie est une discipline pluriprofessionnelle. Elle s'articule autour du patient et de son médecin généraliste avec la participation du pharmacien, et souvent, du pédicure et de l'infirmière libérale qui voient le patient très régulièrement. S'ajoutent à cette équipe le cardiologue, l'ophtalmologue, l'angéiologue ainsi que parfois l'IDE en diabétologie, la diététicienne et enfin le diabétologue. Ce dernier est disponible en second recours.

Situation 1 :

Expert (diabétologue) : « *L'annonce du diagnostic d'une maladie chronique est primordiale pour observer une bonne adhésion du patient au traitement. La qualité de cette annonce conditionne l'observance thérapeutique. Les règles hygiéno-diététiques (RHD) sont importantes tout au long de la prise en charge. Elles comprennent trois éléments : l'activité physique, la diététique et la perte de poids. Mais attention, passé les 75 ou 80 ans, il n'est plus recommandé de perdre de poids.* »

IDE : « *Nous ne voyons que les patients dépendants. Bien souvent, il s'agit de patients insulino-requérants. Les patients jeunes, avec pour seul traitement les RHD, ne sont vus que par les médecins. Nous sommes donc bien à l'écart de l'annonce diagnostic !* »

Expert (diabétologue) : « *Pour cette annonce, il est recommandé d'avancer progressivement, en fonction de la motivation du patient. C'est lui qui décide par quel changement commencer, quelle mesure diététique à suivre. L'objectif d'une perte de poids de 5% est important. Cela permet de limiter l'insulino-résistance et d'éviter la prise de poids sous insuline. Il faut d'ailleurs savoir différencier une reprise de poids, après mise sous insuline, d'une prise de poids (pour les patients n'ayant pas perdu de poids avant l'insulinothérapie).* »

Problématiques :

- Contrairement à l'hôpital, l'infirmière en soins ambulatoire est souvent mise à l'écart du diagnostic et des conseils préventifs
- Observance du patient : principal problème d'une pathologie chronique

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Accorder davantage d'importance à la prévention primaire, sans oublier les compétences de l'IDE complémentaires à celles du médecin généraliste

Situation 2 :

MG : « Pourquoi mettre du TRULICITY® alors que le VICTOZA® était bien toléré ? La patiente a été surprise par la taille de l'aiguille et n'a pas pu s'injecter la dose. Elle ne se sent pas capable de continuer ce traitement. »

Expert (diabétologue) : « Lorsque nous introduisons un analogue du GLP-1 en hospitalisation, nous commençons toujours par une dose quotidienne (VICTOZA®) pour repérer les effets secondaires. Le problème d'une libération prolongée (TRULICITY®, BYDUREON®), c'est que les effets secondaires seront présents pendant une semaine entière sans que nous ne puissions rien faire. En l'absence d'effets secondaires, nous préférons la dose hebdomadaire, pour des raisons d'observance principalement. Nous effectuons la première injection avant la sortie d'hospitalisation, tout en la commentant, pour que le patient puisse continuer par lui-même. Dans le milieu ambulatoire, nous conseillons vivement la première injection accompagnée par une infirmière. »

Problématique :

- Difficulté d'utilisation des nouveaux analogues du GLP-1

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Ne pas hésiter à prescrire un passage IDE à domicile pour accompagner le patient pendant le premier mois sous traitement injectable (analogue du GLP-1 ou insulinothérapie)
- ✓ Proposer une démonstration des nouveaux analogues du GLP-1

Situation 3 :

Expert (IDE) : « Pensez à changer l'auto-piqueur une fois par an. Le ressort se relâche. Les aiguilles de 4 ou 5mm suffisent pour la très grande majorité des cas. »

MG : « A ce propos, il serait intéressant d'effectuer une révision des techniques d'auto-injection, par l'infirmière, une fois par an. »

IDE : « Il existe une prescription remboursée pour cela : « Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans ». Nous prenons les paramètres, révisons les règles hygiéno-diététiques, expliquons les techniques d'injection. »

Problématiques :

- Renouvellement du matériel (auto piqueur une fois par an) : y penser (MG, IDE et pharmacien)
- Surveillance des techniques d'injection. Risque d'injection intramusculaire ou de lipodystrophies

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Prescrire un passage quotidien de l'IDE avec surveillance hebdomadaire
- ✓ Profiter de la demi-heure hebdomadaire pour vérifier les techniques d'injection, les RHD, rappeler les éléments du suivi des éventuelles complications, vérifier le matériel et son stock. C'est d'ailleurs une partie du travail délégué aux infirmières ASALEE

Situation 4 :

Expert (diabétologue) : « *Il faut conseiller au patient de varier les horaires de dextro. Une fois par semaine par exemple, il faut faire une glycémie capillaire en fin d'après-midi. C'est le meilleur moyen de dépister les hypoglycémies. Pour faire adhérer le patient au rythme des dextros, il faut lui faire comprendre comment la relation insuline-glycémie fonctionne. C'est compliqué, cela prend du temps. N'hésitez pas à envoyer vos patients en consultation auprès de nos IDE. Parfois, je reçois des patients et je remarque que tous les traitements sont déjà mis en place. Je ne vois rien à y ajouter et j'explique au patient que son médecin a bien fait son boulot, si ce n'est que le médecin aurait dû l'adresser à une IDE d'éducation thérapeutique, pas à un diabétologue !* »

Problématique :

- Sous-utilisation de l'IDE pour l'éducation thérapeutique

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Proposer des consultations auprès d'une IDE

Situation 5 :

MG : « *Je suis assez souvent surpris de la frilosité qu'ont certaines infirmières à augmenter la dose de LANTUS®.* »

IDE : « *Il faut définir l'objectif glycémique et marquer un protocole d'insulinothérapie dans le carnet de suivi. Sans quoi nous n'avons aucune marge de manœuvre et nous devons appeler le médecin à chaque changement de dose d'insuline.* »

Expert (diabétologue) : « *Il faut tout de même modifier la dose d'insuline, même en l'absence de directive. On va dans l'intérêt du patient. Pour se protéger, il faut réclamer une régularisation d'ordonnance auprès du médecin traitant.* »

IDE : « *Pouvons-nous changer la taille des aiguilles ?* »

MG : « *Bien sûr que oui ! On n'y connaît rien ! Même chose pour les adaptations de 1 ou 2 UI d'insuline, vous connaissez ça aussi bien que nous !* »

Expert (diabétologue) : « *C'est une spécificité française de ne pas laisser l'IDE faire son travail. Dans d'autres pays, les infirmières ont une plus grande liberté de prescription !* »

Problématiques :

- Rôle propre pas suffisamment assumé ou respecté de certaines infirmières concernant les modifications de dose d'insuline ou de taille d'aiguille
- Absence de protocole d'insulinothérapie dans certains dossiers

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Pour le médecin : inscrire des objectifs glycémiques et un protocole de rattrapage d'insuline dans le carnet de suivi du diabétique
- ✓ Laisser ensuite l'IDE assurer son rôle propre selon ses compétences personnelles
- ✓ Pour l'IDE : appeler le MG si le protocole ne peut pas être respecté

Commentaires :

La réponse presque agacée du médecin ayant pris la parole pour répondre témoigne d'un dysfonctionnement interprofessionnel récurrent. L'autonomie, le rôle propre de l'IDE, ne semble pas suffisamment assumé.

Situation 6 :

MG : « Certains patients ne bénéficient pas de l'hospitalisation. Les horaires de repas sont très différents de ceux pris à domicile.

Problématique :

- Fragilité transitoire suite à une sortie d'hospitalisation

Commentaire :

Problème récurrent déjà évoqué dans d'autres réunions.

Situation 7 :

IDE : « J'ai quelques difficultés avec l'heure de prise de LANTUS®. Les patients refusent qu'on leur change parce que leur médecin leur a dit que c'est une heure précise. »

Expert (diabétologue) : « On peut donner la LANTUS® à n'importe quelle heure. Du moment que c'est l'heure fixe, il n'y a pas de soucis. On la donne habituellement le soir puisque la glycémie la plus intéressante est celle à jeun le matin. Dites au patient de demander confirmation au médecin s'il reste méfiant ! Si le patient requiert une dose importante de LANTUS®, il ne faut pas dépasser 60 UI d'un coup. Il faut ainsi passer à 2 injections par jour. Un accompagnement est souvent recommandé au début de l'insulinothérapie »

IDE : « Oui, l'accompagnement est très utile pendant un à deux mois ! »

Problématique :

- Défaut de communication interprofessionnelle

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Encourager le patient à poser des questions, à favoriser la discussion entre le médecin généraliste et l'IDE

ANNEXE 16 : prescrire correctement le matériel d'orthopédie 1/2

Ce vaste sujet a fait l'objet de deux réunions. La première soirée a réuni six médecins généralistes, quatorze pharmaciens et un masseur-kinésithérapeute. La deuxième réunion a réuni cette fois dix médecins, huit pharmaciens, deux préparatrices en pharmacie, et un masseur-kinésithérapeute. Elles ont été animées par un expert, pharmacien d'officine, ex-chargé d'enseignement à la faculté de pharmacie de Nancy.

Situation 1 :

Expert (pharmacien) : « *Le remboursement des orthèses repose sur la liste des produits et prestations (L.P.P.) remboursables par l'Assurance maladie. Des orthèses bien différentes peuvent faire l'objet du même remboursement, si elles remplissent une même fonction. Il peut très bien y avoir un code L.P.P. pour dix types d'orthèses différents.*

Une orthèse bien prescrite est une orthèse qui remplit la bonne fonction. On prescrit soit la fonction d'une orthèse, soit une « orthèse de type », sous-entendu l'orthèse nommée sur l'ordonnance si elle fait partie du stock de la pharmacie, ou une remplissant la même fonction.

Une orthèse n'est pas substituable. Si le MG prescrit une orthèse bien précise et qu'on ne l'a pas en stock, alors il faut la commander. Parfois, le patient se rend compte qu'elle n'est pas remboursée et ne la prend pas. Il faut laisser une liberté au pharmacien et lui faire confiance !

Le pharmacien doit la faire essayer. Une orthèse adaptée est une orthèse qui soulage immédiatement. Toutes les pharmacies ne sont pas spécialisées en orthopédie et n'ont pas un stock d'orthèse. »

Problématiques :

- Prescription rigide : une orthèse n'est pas substituable. Si le pharmacien ne l'a pas en stock, il doit la commander ou envoyer le patient la chercher ailleurs. Dans les deux cas, le patient perd du temps
- Toutes les orthèses ne sont pas remboursables. Le patient peut en réclamer une au médecin et ne pas la prendre ensuite chez le pharmacien

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Bien connaître la L.P.P. ou posséder un catalogue permet d'informer le patient sur le remboursement de l'orthèse avant qu'il se rende chez le pharmacien
- ✓ Règles de prescription : laisser de la liberté au pharmacien
- ✓ Prescrire une « Orthèse de type » ou « pour telle pathologie »
- ✓ Cela suppose une relation de confiance. Un réseau peut ainsi se créer. Le médecin généraliste conseillera plus facilement une pharmacie spécialisée en orthopédie

Situation 2 :

MK : « Pour une orthèse postopératoire, il faut faire attention aux risques de rétractions. Une orthèse, c'est bien pour soulager la douleur, pas pour regagner de l'amplitude articulaire ! »

Expert (pharmacien) : « Nous sommes bien d'accord, le but principal d'une orthèse est de soulager une douleur ! Cela n'enlève en rien la nécessité de faire des exercices à côté. »

MG : « Pendant combien de temps le patient va-t-il mettre son orthèse ? »

Expert (pharmacien) : « Quand le patient n'a plus mal, il oublie de mettre son orthèse. Cela dit, une orthèse qui soulage bien, c'est souvent une orthèse difficile à enlever. »

MK : « Là, je rejoins ce que vous dites ! Un patient qui a mal n'enlève pas son orthèse. »

Problématiques :

- Défaut d'information délivrée au patient concernant les modalités de suivi et d'évolution
- Pas d'utilisation abusive d'orthèse. A long terme, cela peut entraîner des rétractions ou des amyotrophies

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Informer le patient de l'indication, de l'efficacité et des effets secondaires d'une orthèse. Cela est valable pour le médecin généraliste, le pharmacien et le masseur-kinésithérapeute

Situation 3 :

MK : « Chez les lombalgiques chroniques, on leur prescrit des ceintures de 26cm de hauteur. J'ai tendance à prescrire une ceinture de 21 cm dans un deuxième temps, pour une reprise des activités. Cela permet un maintien sans trop gêner la reprise de travail. »

Expert (pharmacien) : « C'est l'effet masseur-kinésithérapeute prescripteur. Avant, la ceinture de 21cm était réservée uniquement aux personnes de petite taille. »

Problématique :

- Prescription inhabituelle et « hors normes » de la part du masseur-kinésithérapeute

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Tenir compte de la vision différente du MK de celle traditionnelle du MG ou du pharmacien ; elle peut être davantage orientée vers la reprise du travail
- ✓ Donner de l'autonomie au MK peut contribuer à l'évolution des pratiques, voire à l'élaboration de nouvelles orthèses par les laboratoires

ANNEXE 17 : la gestion du patient en perte d'autonomie

Neuf médecins généralistes, une pharmacienne et une infirmière ont répondu présent à cette réunion. L'expert présent au cours de cette réunion est médecin généraliste, diplômé de la capacité de gériatrie, et agissant en tant qu'expert inscrit sur la liste du procureur le rendant habilité à constater l'altération des facultés mentales pour le tribunal de grande instance de Thionville. Chaque participant, à tour de rôle, a été sollicité pour évoquer une problématique en lien avec le thème de la soirée.

Situation 1 :

Pharmacien : « *J'ai repéré une personne en perte d'autonomie grâce aux questions posées au comptoir de la pharmacie. J'en ai informé son médecin traitant mais celui-ci n'en a pas tenu compte.* »

MG : « *Avez-vous dérangé le médecin pendant ses consultations ? Vous a-t-il proposé de vous rappeler ?* »

Pharmacien : « *C'est moi qui lui ai proposé de le rappeler ! Je n'ai peut-être pas su trouver les mots pour alarmer le médecin. Quelques temps après, le patient en question a été retrouvé allongé sur le sol par le facteur, étonné que les journaux soient restés dans la boîte aux lettres.* »

Problématiques :

- Personnalité du médecin perçue comme trop individualiste
- Manque de reconnaissance du rôle social du pharmacien

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Mieux connaître la personnalité d'un professionnel de santé permet de savoir comment mieux aborder un problème avec ce dernier
- ✓ Trouver « *un plan B* » : trouver un aidant dans l'entourage, se poser la question d'une mise sous tutelle, d'une hospitalisation sous contrainte, d'une aide médico-sociale selon la situation et savoir conseiller l'entourage

Situation 2 :

Pharmacien : « *J'ai aussi le cas où une patiente, en perte de ses facultés mentales, se montre de plus en plus agressive avec l'âge. Son médecin traitant ne veut plus s'en occuper. Le problème, c'est qu'elle fait du nomadisme médical. Que faire pour améliorer cette prise en charge ?* »

Expert (MG) : « *L'idéal est d'instaurer une tutelle à la personne et aux biens.* »

Problématiques :

- Gestion d'une personne présentant des troubles psychiatriques
- Comment organiser la continuité des soins ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Droit au refus d'une prise en charge, à condition d'assurer une continuité des soins
- ✓ Penser aux mesures de protections (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle, etc.)

Situation 3 :

MG : « *Parfois, on ne se rend pas compte de la perte d'autonomie des personnes que nous soignons. Si, par exemple, elles ont un haut niveau intellectuel, il est d'autant plus difficile de repérer une dégradation des facultés mentales.* »

Expert (MG) : « *Les patients se fabriquent des mécanismes de défense, préparent des réponses toutes faites sans que la mémoire ne soit sollicitée. Il y a aussi le conjoint aidant qui peut masquer complètement la perte d'autonomie. Plus on avance dans le temps, plus l'aidant augmente sa charge de travail, jusqu'au jour où un évènement se produit et l'on découvre la fragilité réelle du couple. Des échelles d'évaluation gériatrique sont disponibles et permettent un dépistage objectif de la perte des capacités intellectuelles.* »

Problématique :

- Perte d'autonomie passée inaperçue

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Se tourner vers les aidants, soignants ou non, pour mieux juger de l'environnement social
- ✓ Proposer un dépistage standardisé
- ✓ Utiliser des échelles d'évaluation

Situation 4 :

IDE : « *J'aimerais savoir quels sont les mots clés pour parler à la famille. Comment aborder le vieillissement et la dépendance ?* »

Expert (MG) : « *La perte d'autonomie liée à l'âge relève de l'aide sociale, pas de l'aide médicale. Ce sont les auxiliaires de vie qui interviennent plutôt que les IDE. L'important est de dépister la perte d'autonomie afin d'adapter les aides. Quand les IDE sont sur le terrain, ce sont elles qui sont en première ligne pour dépister les troubles cognitifs. Combien de fois, après un passage infirmier à domicile, les œdèmes de membres inférieurs régressent suite à la bonne prise de Furosémide ?* »

Problématique :

- Quelle place ont les IDE dans le dépistage de la perte d'autonomie de la personne âgée ?

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Alerter les autres professionnels de santé et surtout le médecin traitant de la constatation d'une fragilité d'une personne âgée pour que des mesures adaptées puissent être prises

Situation 5 :

Pharmacien : « Certains patients refusent d'avaler des médicaments mais ils n'osent pas le dire au médecin de peur de ne plus être remboursés. »

MG : « Parfois, on a de belles surprises en ouvrant des placards en visite à domicile. On trouve des dizaines de boîtes empilées ! »

Pharmacien : « Comment vous informer d'un manque d'observance du patient ? Par messagerie électronique ? »

MG : « Je pense que le téléphone est plus adapté. Le dialogue fournit plus d'informations. Les non-dits, que l'on ressent dans l'intonation, nous apprennent aussi des choses. »

MG : « Pour ce genre d'information, je n'aime pas être dérangé pendant les consultations. Un mail pour informer d'un défaut d'observance est simple et efficace. L'essentiel est de déterminer quels moyens de communication privilégier avec nos principaux interlocuteurs. »

Problématiques :

- Repérer le défaut d'observance
- Comment informer le médecin d'un manque d'observance ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Le pharmacien a plus de sensibilité que le médecin pour repérer un défaut d'observance. Il voit le patient tous les mois alors que la majorité des patients consultent leur médecin une fois par trimestre
- ✓ Chaque moyen de communication a ses avantages et inconvénients. Il faut demander directement à ses interlocuteurs quels moyens de communication utiliser

ANNEXE 18 : prescrire correctement le matériel d'orthopédie 2/2

La deuxième réunion a réuni cette fois dix médecins, huit pharmaciens, deux préparatrices en pharmacie, et un masseur-kinésithérapeute. Un pharmacien d'officine, ex-chargé d'enseignement à la faculté de pharmacie de Nancy, s'est une nouvelle fois rendu disponible pour apporter son expertise à cette soirée.

Situation 1 :

MG : « Parfois, quand une genouillère ne va pas, le retour au comptoir n'est pas effectif. Le patient doit en racheter une autre ! »

Expert (pharmacien) : « Ca dépend vraiment du pharmacien. En principe, on fait essayer sur place, on fait marcher. »

MG : « Oui, mais dans les conditions réelles d'utilisation, le patient s'aperçoit qu'elle ne va pas s'il l'a testée le matin, les œdèmes des membres inférieurs vespéraux font que la genouillère n'est pas adaptée. »

MK : « *Chez le sportif, les genouillères ont tendance à descendre à cause de la transpiration. Et ça, on ne peut pas y faire grand-chose. »*

Pharmacien : « *Les attelles de Zimmer aussi glissent ! Il faut les resserrer régulièrement. »*

Expert (pharmacien) : « *A ce propos, le diplôme universitaire d'orthopédie est dorénavant obligatoire pour que les pharmaciens puissent vendre des orthèses de série, dans le but de lutter contre les abus. »*

Problématiques :

- Orthèse inadaptée
- Abus commerciaux

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Proposer un essai dans les conditions réelles d'utilisation
- ✓ Disposer d'un stock suffisant

Situation 2 :

Expert (pharmacien) : « *Prescrivez-vous des chevillières simple, ligamentaire, malléolaire ou achilléenne ? »*

MK : « *Oui, chez le sportif, c'est très utile. »*

MG : « *Bof. Je n'ai pas beaucoup de retours positifs. »*

Pharmacien : « *Concernant les orthèses stabilisatrices de chevilles, recommandez-vous au patient de les porter la nuit ? »*

MG 1 : « *Non. Quel est l'intérêt ? L'orthèse verrouille les mouvements douloureux de varus et valgus. »*

MG 2 : « *En orthopédie où j'ai été en stage, les chirurgiens préconisaient le port des orthèses de cheville la nuit. »*

MG 1 : « *En postopératoire, c'est un peu particulier. Je pense qu'il ne faut pas complètement immobiliser une cheville pour un traumatisme léger. Cela permet une meilleure récupération. Monsieur le masseur-kinésithérapeute peut-il nous confirmer cela ? »*

MK : « *Tout à fait ! »*

Problématique :

- Divergence d'opinion quant à l'indication de l'orthèse

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Se baser sur le patient, au cas par cas. Il va d'autant plus adhérer au traitement si on lui a bien expliqué les conditions d'utilisation

Situation 3 :

MG : « *A propos des orthèses plantaires, il faut corriger une inégalité de longueur des membres inférieurs que de moitié quand la différence dépasse deux centimètres. Même chose en pédiatrie...»*

MK : « Je vois effectivement souvent des patients pour des lombalgies survenant à cause d'un défaut de correction de longueur des membres inférieurs ; à défaut ou en excès. »

MG : « Il faut que les pharmaciens, podologues, kinésithérapeutes et médecins adoptent le même discours ! Et il ne faut d'ailleurs pas hésiter à écrire un mot au médecin du travail pour qu'il puisse adapter les chaussures de sécurité. »

Problématique :

- Sur correction d'une inégalité de longueur des membres inférieurs : explications variées des différents acteurs de santé

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Ne pas se sentir obligé de corriger un défaut s'il est tolérable : le corriger c'est déplacer le problème à un autre endroit
- ✓ Adopter le même discours par tous les professionnels de santé et bien expliquer au patient les indications des orthèses

Situation 4 :

MG : « Certaines marques d'orthèse sont à éviter ! Des orthèses lâchent au bout de quelques utilisations seulement ! Combien de temps une orthèse est-elle sensée soulager ? Comment dépister un abus ? »

Expert (pharmacien) : « Tout dépend du patient et de sa pathologie. En principe, on se base sur la durée de garantie comme délai raisonnable de renouvellement. »

MG : « Nous, on prescrit, mais on ne sait pas ce que le pharmacien va délivrer. »

Expert (pharmacien) : « Il faut savoir faire confiance aux pharmaciens, surtout ceux réputés spécialisés en orthopédie. Maintenant que le diplôme universitaire est obligatoire, il devrait y avoir une plus grande homogénéité des compétences et moins d'abus. »

Problématique :

- Matériel de mauvaise qualité et relative impuissance du médecin vis-à-vis du choix de l'orthèse

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Faire confiance aux pharmaciens
- ✓ Se bâtir un réseau de soins informel. Eventuellement conseiller au patient une pharmacie spécialisée en orthopédie
- ✓ En retour le pharmacien peut communiquer au médecin les raisons d'une substitution

ANNEXE 19 : examen du rachis

Cette dernière réunion transversale de l'étude a réuni treize médecins généralistes, quatre masseurs-kinésithérapeutes ainsi qu'un rhumatologue, expert du thème abordé.

Situation 1 :

MG : *« Je viens assister à cette réunion puisqu'un projet de maison de santé pluridisciplinaire est en cours et je suis curieux de voir quel changement relationnel j'observerai avec les masseurs-kinésithérapeutes. Comment assurer la coordination des soins ? »*

Expert : *« Le principal but du médecin généraliste est de ne pas passer à côté d'une pathologie grave. On ne peut pas lui en vouloir s'il ne précise pas le niveau d'un dérangement intervertébral mineur. A ce propos, les masseurs-kinésithérapeutes réalisent-ils un interrogatoire et examinent-ils les patients afin d'éliminer une cause grave symptomatique ou projetée ? »*

MK : *« Oui, mais je dirais : surtout quand on a une formation d'ostéopathe. Cette discipline nous apporte une approche diagnostic que l'on n'a pas avec une formation de masseur-kinésithérapeute seule. Nous procédons à des manœuvres d'exclusion, comme par exemple la percussion rénale. »*

Expert : *« L'urgence à ne pas méconnaître, ni par le médecin, ni par le kinésithérapeute, est le syndrome de la queue de cheval. Dans ce cas, le patient doit repartir en ambulance. »*

Problématique :

- Comment assurer la coordination des soins entre MG et MK ?

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Dépister une maladie grave avant d'adresser un patient en masso-kinésithérapie
- ✓ Réorienter un patient au MG si le MK a un doute diagnostic, sauf syndrome de la queue de cheval où le MK doit assurer lui-même la prise en charge d'urgence

Situation 2 :

Expert : *« J'aimerais attirer l'attention des médecins généralistes sur le fait que la recherche d'HLA B27 ne se fait qu'une seule fois dans la vie d'un patient, dans le cadre d'une forte probabilité de sponlyarthrite ankylosante. Il faudrait l'inscrire dans le carnet de santé afin d'éviter la perte du document en cas de déménagement ou autre. »*

Problématique :

- Traçabilité des résultats

Piste d'amélioration proposée :

- ✓ Penser au carnet de santé pour les informations importantes et la coordination des soins

Situation 3 :

Expert : « Pour les sciatiques, la principale thérapeutique à proposer est un traitement antalgique adéquat. Les corticoïdes sont inutiles, les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) situationnels et l'infiltration impossible si le patient ne peut pas s'installer sur une table d'examen. Il ne faut pas hésiter à faire une titration et, s'il le faut, revoir le patient chaque jour ! Mis à part la nécessité d'une intervention chirurgicale urgente, il s'agit du traitement le plus efficace. »

MG : « Peut-être pas tous les jours, mais je comprends la prise en charge. »

MG 2 : « Il ne faut pas laisser le patient dans une « errance », mais plutôt lui proposer un plan de prise en charge, une escalade thérapeutique, afin de ne pas perdre de temps et assurer une bonne continuité des soins. »

MG 3 : « J'ai plusieurs patients qui posent le problème d'une dépendance aux antalgiques. »

Expert : « Je parle ici des pathologies aiguës. Il est conseillé d'utiliser des moyens permettant une épargne des traitements antalgiques. Il y a en a trois principaux : l'infiltration, le traitement physique qui comprend la masso-kinésithérapie ainsi que la remise en forme physique, et les antalgiques neurotropes. »

Problématiques :

- Défaut de prise en charge antalgique des sciatiques
- Défaut de coordination des soins

Pistes d'amélioration proposées :

- ✓ Assurer une prise en charge antalgique adéquate
- ✓ Proposer et organiser un plan de soins pour que le patient sache quoi faire après une étape infructueuse
- ✓ Penser aux traitements d'épargne antalgique afin d'éviter une dépendance aux antalgiques de niveaux 2 et 3

VU

NANCY, le 11 mai 2017
Le Président de Thèse

NANCY, le 15 mai 2017
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9847

NANCY, le 18 mai 2017

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'amélioration de la coopération entre professionnels de santé autour du patient est indispensable pour que le parcours de soin soit plus efficient.

Le but de ce travail est d'identifier un certain nombre de difficultés issues de la relation interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers, pharmaciens et masseurs-kinésithérapeutes par l'analyse de réunions de FMC pendant dix-huit mois en Moselle, puis de proposer des pistes contribuant à améliorer les coopérations entre professionnels de santé libéraux. L'étude réalisée est une enquête qualitative, observationnelle, basée sur un recueil de données lors de réunions d'inter formation organisées par l'AMMPPU.

Au total, 137 problématiques et 186 pistes d'amélioration ont été relevées au cours de 17 réunions. En regroupant les dysfonctionnements et en les analysant, nous retrouvons six thèmes : la méconnaissance des autres professions, des indications et règles de prescription ; les difficultés et moyens de communication ; le rôle propre des professionnels de santé ; le suivi, la réévaluation et l'observance des patients ; l'aspect médico-légal et les autres dysfonctionnements avec notamment ceux spécifiques à chaque profession.

Mieux comprendre les compétences des autres professions, les indications et les règles de prescription pour chaque acte est une condition incontournable à une meilleure coopération. Il faut déterminer quel moyen de communication est le plus adapté en fonction de son correspondant. Les nouveaux modes de communication apporteraient une avancée certaine dans le domaine. La promotion du rôle propre, de la responsabilisation des différents professionnels et du suivi pluridisciplinaire des patients, permettrait de faire face, dans une certaine mesure, au problème démographique médical actuel. Enfin, alimenter un dossier de soins, avec les données essentielles et indispensables est un acte incontournable de coordination des soins.

TITRE EN ANGLAIS

INTER PROFESSIONAL DYSFUNCTIONS STUDY BETWEEN GENERAL PRACTITIONERS AND OTHER HEALTH CARE WORKERS: pharmacists, physiotherapists and nurses.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLES : dysfonctionnements interprofessionnels, coopération, relation interprofessionnelle, professionnels de santé libéraux, médecins généralistes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers,

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
