

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° 280

**THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État

Mention D.E.S de Médecine Générale

PAR

SCHADE Valentine

née le 04/10/1993 à Quito (Équateur)

**COMMENT CONSTRUIRE UNE COMMUNICATION EFFICACE ET
DÉONTOLOGIQUE AUTOUR DES PATIENTS ENTRE MÉDECINS
GÉNÉRALISTES, MÉDECINS SPÉCIALISTES ET SECRÉTAIRES
MÉDICAUX ?**

**Étude qualitative réalisée auprès des médecins et secrétaires
médicaux libéraux dans le Bas-Rhin**

Président de thèse : Monsieur le Professeur HANSMANN Yves

Directrice de thèse : Madame la Docteur FRAIH Elise



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Première Vice Doyenne de la Faculté** Mme CHARLOUX Anne
- **Doyens honoraires : (1s8s-1ss4)** M. VINCENDON Guy
- (1ss4-2001)** M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011)** M. LUDÉS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	4s.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	4s.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	4s.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	4s.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	4s.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	4s.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	4s.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	4s.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	4s.02 Médecine et santé au travail
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute pierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute pierre	4s.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	4s.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	4s.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	4s.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA72s5/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

NOM et Prénoms	CS*	• Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	4s.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	4s.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	4s.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	4s.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	4s.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	4s.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	4s.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	4s.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Amaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Iliès		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UFs237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCÉF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	4s.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	4s.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	4s.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
HERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	4s.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	4s.04 Pédo-psychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	4s.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P01ss	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	ss.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	ss.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	ss.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HERZOG Florent
 Dr HOLLANDER David
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth
 Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1-(UFs317) – Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMUs7 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'Institut)**
 CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 BELLOCC Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 HERBRECHT Raoul (Hématologie) STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 MOULIN Bruno (Néphrologie)
 PINGET Michel (Endocrinologie)
 ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 ROUL Gérald (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCC Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

AdLoFF Michel (chirurgie urologique) / 01.0s.4	KuNTzMANN Francis (gériatrie) / 01.0s.07
dALdAuF Jean-Jacques (gynécologie-obstétrique) / 01.0s.21	KunTz daniel (Neurologie) / 01.0s.s8
Pierre (caruologie) / 01.0s.12	LANG gabriel (orthopédie et traumatologie) / 01.0s.s8 LANGen
dATzeNschLagen Anuré (Anatomie Pathologique) / 01.10.st	druno (gynécologie) / 01.11.1s
dAUMANN René (hépatogastro-entérologie) / 01.0s.10	Levy Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.st
decMeun François (chirurgie Pédiatrie) / 01.0s.23	LoNsdon Fen Jean (Physiologie) / 01.0s.10
denzenAT Jean-Pierre (cancérologie) / 01.01.1s	LuTz Patrick (Pédiatrie) / 01.0s.1s
denTheL Marc (gériatrie) / 01.0s.18	MAiLoT clauue (Anatomie normale) / 01.0s.03
dieNTz Michel (hygiène hospitalière) / 01.0s.04	MAiTe Michel (biochimie et biologie moléculaire) / 01.0s.13
dLickLe Jean-Frédéric (Médecine interne) / 1t.10.17	MANdeL Jean-Louis (généraliste) / 01.0s.1s
dLoch Pierre (neurologie) / 01.10.st	MANgiN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
dohM-dunzen Nelly (histologie) / 01.0s.20	MANescAux christian (Neurologie) / 01.0s.1s
dounjAT Pierre (neurologie) / 01.0s.03	MANescAux jacques (chirurgie urologique) / 01.0s.1s
dousQueT Pascal (Pharmacologie) / 01.0s.1s	MANK Jean-Joseph (biochimie et biologie cellulaire) / 01.0s.ss
dnecheNMachen clauue (caruologie) / 01.07.ss	MANk Manuel (génomique fonctionnelle et cancer-igdMc) / 01.07.23
dneTTes Jean-Philippe (gynécologie-obstétrique) / 01.0s.10	Messen Jean (Pédiatrie) / 01.0s.07
dunszTejn clauue (Péuopsychiatrie) / 01.0s.18	Meyen christian (chirurgie générale) / 01.0s.13
cANTiNeAu Alain (Médecine et santé au travail) / 01.0s.1t	Meyen Pierre (diostatistiques, informatique méu.) / 01.0s.10
cAzeNAve Jean-Pierre (hématologie) / 01.0s.1t	MoNTeL henri (dactériologie) / 01.0s.11
chAMPy Maxime (stomatologie) / 01.10.st	NiSAND Israël (gynécologie-obstétrique) / 01.0s.1s
chAuvIN Michel (caruologie) / 01.0s.18	oudET Pierre (diologie cellulaire) / 01.0s.13
cheLy Jameleuine (diagnostic généraliste) / 01.0s.20	PASQuAL Jean-Louis (immunologie clinique) / 01.0s.1t
ciNQuALdne jacques (chirurgie générale) / 01.10.12	PATris Michel (Psychiatrie) / 01.0s.1t
cLAVenT Jean-Michel (chirurgie infantile) / 31.10.1s	PAULi gabrielle (Pneumologie) / 01.0s.11
colLAnd Maurice (Neurologie) / 01.0s.00	PoTTechen Thiery (Anesthésie-réanimation) / 01.0s.18
coNSTANTiNesco Anuré (diophysique et médecine nucléaire) / 01.0s.11	neys Philippe (chirurgie générale) / 01.0s.s8
dieTeMANN Jean-Louis (neurologie) / 01.0s.17	nITTen Jean (gynécologie-obstétrique) / 01.0s.02
doFFoel Michel (gastroentérologie) / 01.0s.17	nuMPLen Yves (diol. développement) / 01.0s.10
duclOs demaru (hépatogastro-hématologie) / 01.0s.1s	sANdNen guy (Physiologie) / 01.0s.14
duFoun Patrick (centre Paul Strauss) / 01.0s.1s	sAuden Philippe (réanimation médicale) / 01.0s.20
duPeynoN Jean-Pierre (Anesthésiologie-général. chir.) / 01.0s.13	sAuvAge Paul (chirurgie infantile) / 01.0s.04
eiseNMANN demaru (chirurgie caruo-vasculaire) / 01.04.10	schLAeden guy (gynécologie-obstétrique) / 01.0s.01
FAdne Michel (cytologie et histologie) / 01.0s.02	schLiNgen Jean-Louis (Médecine interne) / 01.08.11
FischdAch Michel (Pédiatrie) / 01.10.1s	schNaud simon (radiothérapie) / 01.0s.12
FLAMeNT jacques (ophtalmologie) / 01.0s.0s	sick henri (Anatomie Normale) / 01.0s.0s
gAy géranu (hépatogastro-entérologie) / 01.0s.13	sTeid Annick (Anesthésiologie) / 01.04.1s
guT Jean-Pierre (virologie) / 01.0s.14	sTienLe Jean-Luc (opL) / 01.0s.10
hAsselMANN Michel (réanimation médicale) / 01.0s.18	sToLL clauue (généraliste) / 01.0s.0s
hAuPTMANN georges (hématologie biologique) / 01.0s.0s	sToLL-KeLLeN Françoise (virologie) / 01.0s.1t
heid ernest (dermatologie) / 01.0s.04	sTonck daniel (Médecine interne) / 01.0s.03
imLeN Marc (Médecine interne) / 01.0s.s8	TeMPE Jean-Daniel (réanimation médicale) / 01.0s.0s
JAcQMIn diuier (urologie) / 0s.08.17	ToNgio Jean (neurologie) / 01.0s.02
JAcck daniel (chirurgie générale) / 01.0s.11	vAUTn Avenis Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.0s.1s
jesel Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.0s.04	veLLoN Francis (imagerie viscérale, opL et mammaire) / 01.0s.23
KAhN Jean-Luc (Anatomie) / 01.0s.18	veTTen denis (Méu. interne, diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
Kehn Pierre (chirurgie orthopédique) / 01.0s.0s	veTTen Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.0s.13
KneMen Michel / 01.0t.s8	wALTen Paul (Anatomie Pathologique) / 01.0s.0s
KneTZ Jean-Georges (chirurgie vasculaire) / 01.0s.18	wihLM Jean-Marie (chirurgie thoracique) / 01.0s.13
Kneegen Jean (Neurologie) / 01.01.07	wLK Astriu (chirurgie maxillo-faciale) / 01.0s.1t
KuNTz Jean-Louis (neurologie) / 01.0s.08	wOLFen AM-gAdeL née (Anatomie) / 01.0s.ss

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - s708t strasbourg ceuex - Tél. : 03.88.8t.3t.20 - Fax : 03.88.8t.3t.18 ou 03.88.8t.34.s7

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- Nhc : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'hôpital - dP 42s - F - s70s1 strasbourg ceuex - Tél. : 03 ss tt 07 08
- hc : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'hôpital - d.P. 42s - F - s70s1 strasbourg ceuex - Tél. : 03.88.11.s7.s8
- hP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - d.P. 4s - F - s70s8 strasbourg ceuex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue himmerich - F - s701t strasbourg ceuex - Tél. : 03.88.11.tt.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 1t, rue cranach - s7200 strasbourg - Tél. : 03.88.11.s7.s8

ICANS - institut de Cancérologie strasbourg : 17 rue Albert Calmette - s7200 strasbourg - Tél. : 03 s8 7s s7 s7

CMCO - centre Méuico-chirurgical et obstétrical : 1s, rue Louis Pasteur - dP 120 - schiltigheim - F - s7303 strasbourg ceuex - Tél. : 03.88.s2.83.00

C.C.O.M. - centre de chirurgie orthopédique et de la Main : 10, avenue daumann - d.P. ss - F - s7403 illkirch graffenstauen ceuex - Tél. : 03.88.tt.20.00

E.F.S. : établissement Français de santé - Alsace : 10, rue spielmann - dP N°3s - s70st strasbourg ceuex - Tél. : 03.88.21.2t.2t

IURC - institut universitaire de réadaptation clemenceau - chu de strasbourg et ugeAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 4t boulevard clemenceau - s7082 strasbourg ceuex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur olivier dive, conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury :

Monsieur le **Professeur Yves HANSMANN**, président de jury.

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir mes sincères remerciements ainsi que ma respectueuse reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Monsieur le **Docteur Florent HERZOG**, membre du jury.

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Madame la **Docteure Elise FRAIH**, directrice de thèse.

Un immense merci pour ton soutien constant tout au long de ce travail. Malgré des moments parfois difficiles, tes conseils et ta patience ont été précieux. Tu as pris le temps de relire et de répondre à mes nombreuses questions, et même si les ajustements ont été nombreux, c'est grâce à toi que je suis aujourd'hui satisfaite du résultat. Ce fut aussi un honneur de t'avoir comme tutrice durant mon internat, une expérience marquante de mon parcours. Je sais que m'accompagner n'a pas toujours été facile, et je t'en suis profondément reconnaissante.

Aux participants de cette étude :

Merci à tous les volontaires qui ont accepté de participer à ce travail, sans vous celui-ci n'aurait pas pu voir le jour. Merci pour la confiance et le temps accordé. J'espère qu'il pourra aider à une meilleure communication entre nous.

Aux médecins rencontrés au cours de mes stages et remplacements :

Merci au **Dr Véronique SCHALLER** que j'ai eu la chance d'avoir comme maître de stage lors de mon premier semestre d'internat. Tu as confirmé que la médecine générale était le bon choix pour moi et tu as participé avec beaucoup d'humanité et de bienveillance à ma formation professionnelle et à mon développement personnel.

Merci également au **Dr Stéphanie LIU** avec qui j'ai terminé mon internat en tant que SASPAS, plus confiante encore dans la voie que j'avais choisie.

Je tiens aussi à remercier tous les autres médecins qui m'ont accompagnée durant mes études, certains ayant été plus présents que d'autres, mais tous ayant contribué à ma formation professionnelle.

Un merci au **Dr Hélène FULL** et au **Dr Eugénie SCHUCK** que j'ai eu le privilège de remplacer régulièrement pendant deux ans. Vous m'avez soutenue moralement pendant cette période de travail intense sur ma thèse, et je suis reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée. Bien que notre collaboration ait dû s'arrêter, je garde un souvenir précieux de ces moments partagés ensemble.

Et aux médecins ayant inspiré ma jeunesse :

Un merci tout spécial au **Dr Alexis DUSANTER**, mon Docteur ! C'est en grande partie grâce à vous, à votre passion pour ce métier, ainsi qu'à nos discussions lorsque nous vivions en Normandie, que j'ai eu envie de me lancer dans l'aventure de la médecine. Vos conseils avisés, notamment lorsque je doutais après les ECN sur mon choix de la médecine générale, m'ont profondément marqué. Vous aviez raison, c'est véritablement l'un des plus beaux métiers du monde !

A ma famille :

À **mes parents**, merci du fond du cœur pour votre soutien inconditionnel tout au long de ces années d'études et dans ma vie en général. Vous avez toujours cru en moi, même dans les moments de doute, et m'avez laissée partir seule en Amérique du Sud malgré votre inquiétude, pour que je réalise mes rêves. Votre amour, votre patience et votre confiance m'ont donné la force d'avancer. Je sais que mon caractère et mes périodes de découragement n'ont pas été faciles, et je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir été là. Sans vous, je n'aurais pas pu en arriver là. Même si nos relations ne sont pas toujours simples, sachez que je vous aime.

À **Alexander**, notre relation a parfois été complexe, et je sais que tu as souvent dû faire preuve de patience avec moi. Je suis fière de l'homme que tu es devenu, et heureuse de voir notre lien se renforcer avec le temps. Ton soutien, même indirect, m'a beaucoup aidée, et ton regard m'a été précieux pour achever ce projet, je t'en remercie. J'espère sincèrement que nous continuerons à créer de beaux souvenirs ensemble. Je t'aime fort et suis fière de t'avoir comme petit frère.

À **Mamina**, merci d'avoir toujours été là pour moi et d'avoir cru en mes capacités. C'est avec une grande joie et une fierté immense que j'arrive au bout de ce projet, entourée de votre amour.

À **Grand Pa, Oma et Opa**, vous êtes partis trop tôt, et je ressens votre absence aujourd'hui. Vous êtes toujours présents dans mon cœur et dans mes pensées, et votre soutien continue de m'accompagner.

À **mes oncles, tantes, cousins et cousines**, merci pour votre soutien indéfectible et votre amour tout au long de ce parcours. Votre présence et vos encouragements ont été précieux. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir contribué à cette belle aventure.

À **Victor**, notre rencontre inattendue en 2015 a été une belle surprise. Dès le début, le courant est passé, et on se demande encore comment il a fallu tant de temps pour croiser nos chemins, étant cousins issus de germains (si si la famille !). Merci pour tous ces moments de partage et de fous rires qui ont illuminé ces dernières années, rendant les épreuves plus légères.

A ma deuxième famille, mes amis, sans qui rien n'aurait été possible :

A mes plus « vieux » amis :

À **Sarah**, je ne pourrai jamais assez remercier la vie de t'avoir rencontrée au collège. Depuis 19 ans, tu es ma meilleure amie, et je suis infiniment reconnaissante pour tous les moments partagés. Ton soutien infailible m'a été précieux et m'a permis d'arriver où j'en suis aujourd'hui. Merci d'être cet exemple de positivité et de résilience, toujours souriante, même dans les moments difficiles. Je suis fière d'avoir été témoin de la belle femme forte que tu es devenue, et je suis d'autant plus ravie de te voir épanouie dans ton nouveau rôle de maman. **Amélie**, sache que ta maman est une véritable warrior ! Et un grand merci à ton mari **Stefan**, qui t'apporte tant de bonheur !

À **Guillaume**, mon pilier depuis tant d'années. Peu importe les circonstances, je sais que je peux toujours compter sur toi, et je t'en suis profondément reconnaissante. Merci pour ta bonne humeur contagieuse, nos discussions enrichissantes et ta maturité qui m'ont aidée à grandir. J'ai eu la chance de te voir devenir cet homme sensible, généreux et attentionné. Merci d'être toujours dans ma vie !

À **Eléonore**, notre amitié a traversé quelques épreuves et en est ressortie renforcée. Que d'évolution depuis nos vacances à Valras-Plage ! Ton calme et ta sérénité m'ont souvent aidée à me tempérer. Merci pour ta capacité à poser les bonnes questions et à écouter, rendant chaque moment partagé plus précieux. Merci à **Sam** de te rendre heureuse et épanouie.

À **Maxime**, le lycée n'a pas été simple, mais tu as été la rencontre la plus marquante de ces années. Même si nous sommes moins proches aujourd'hui, je tiens à te remercier pour ton soutien indéfectible et pour avoir été un des premiers à croire en ma capacité à devenir médecin. Merci pour tout.

A mes amis médecins rencontrés pendant ce cursus :

À **Hélène**, ma meilleure voisine au Sturm (merci l'ascenseur !), avec qui j'ai partagé tant de folies et de souvenirs inoubliables, comme notre voyage en Islande et les aventures dans notre van Simon. Merci pour ton amitié sincère, qui persiste malgré la distance. J'ai hâte de dévaler à nouveau les pistes noires à tes côtés en mode phoque, pendant que tu réalises tes virages de pro ! Merci aussi pour tes tips pour m'aider à franchir cette dernière ligne droite !

À **Cosette**, une des plus belles rencontres de mes études. C'est en D1 que notre amitié a commencé, marquée par tant de fous rires, voyages, et épreuves surmontées ensemble. Ton soutien a toujours été inestimable, même pendant mes mois en Amérique du Sud, et ta douceur, ton attention et ta générosité m'ont souvent aidée à garder le cap. Avec ton petit brin de folie, tu rends chaque moment plus léger et précieux. J'ai hâte d'être là pour ta thèse, pour enfin clore ce chapitre et profiter de la suite. Merci à **Antonin** de te rendre heureuse depuis plus de dix ans : ensemble, vous traversez tout, et c'est inspirant.

À **Christian**, je ne serais pas venue à bout de ce semestre d'internat en médecine interne sans toi ! Ta bonne humeur, nos fous rires dans notre petit cagibi, et ton soutien constant m'ont vraiment aidée à tenir le coup. Merci pour ta présence attentive encore aujourd'hui. A quand notre virée à vélo avec Chloé !?

À **Rozenn**, c'est grâce à Boogie Spirit et les incroyables cours de danse du jeudi soir que nous avons vraiment appris à nous connaître. Merci pour les moments de légèreté pendant que nous tentions de travailler nos thèses respectives. J'espère que nous aurons l'occasion de continuer à passer des moments ensemble !

À **Alma**, merci pour ton soutien dans mes galères de thèse et le partage de ton expérience pour faciliter la mienne !

À la team **Poutes Poutsch / Zouzs**, merci pour votre soutien inestimable, vos conseils médicaux et désormais vos réponses à mes questions de trentenaire ! Que de chemin parcouru depuis les urgences de Haguenau. **Charlène**, merci pour tes conseils avisés, toujours agrémentés d'une touche de folie. J'apprécie tous nos moments passés chez toi. **Audrey**, merci pour ces moments de légèreté où l'on peut rire sans se prendre au sérieux (et se moquer du rire de l'autre haha), tout en revenant aux choses sérieuses quand il le faut. J'ai hâte de continuer à partager des moments avec vous, à refaire le monde et se partager des tips ménage après les tips administratifs haha !

Aux **YOLO** ! Difficile de savoir par où commencer tant notre trio est précieux depuis toutes ces années. Entre fous rires, ballet legs, vacances, soirées et appels, vous avez été là, d'un soutien sans faille, dans les bons comme dans les mauvais moments. **Julie**, merci pour ton honnêteté et cette énergie positive qui m'aide à garder du recul et un esprit optimiste, peu importe la situation. **Ophélie**, mon acolyte chat noir en garde, même à distance, tu sais toujours prendre soin des autres et faire en sorte qu'on se retrouve.

Merci d'être ce rayon de soleil qui sait alléger tous les moments. Un grand merci à **Jérémie et Julien** de vous rendre aussi heureuses et épanouies. Hâte qu'on se retrouve pour fêter les belles nouvelles !

Aux amis non médecins rencontrés à Strasbourg :

À **Lucile**, parmi mes treize colocs dans ce grand palais, c'est avec toi que j'ai tissé la plus belle amitié, qui résiste au temps bien après nos années de colocation. Merci d'avoir partagé mon quotidien pendant mon externat de médecine, malgré les moments pas toujours simples. Avec toi, j'ai vécu mes plus grands fous rires et trouvé une complice prête à me suivre dans toutes mes folies. Ton ouverture d'esprit, ta générosité, ton humour, et tant d'autres qualités ont rendu notre amitié naturelle. Merci à **Adrien** de te rendre si heureuse et à **Uksy** d'égayer vos vies ! Hâte de partager encore de belles aventures, car attention ça touuuuuunne !!!

À **Gabriel**, une amitié précieuse s'est tissée entre nous depuis ces soirées du Language Exchange. Ton arrivée à 50 mètres de la coloc' ainsi que l'instauration des soirées du casting 40 chaque jeudi ont rapidement resserré nos liens. Aujourd'hui, tu es un ami fidèle, toujours là pour m'écouter, me faire rire ou m'aider dans les moments difficiles. Merci pour chaque soirée partagée, à rire et pleurer, et pour les coups de main indispensables, que ce soit pour un meuble ou pour le moral.

À **Thomas**, merci d'avoir été présent dès les débuts de ce projet, de m'avoir aidée à y voir plus clair lorsque j'hésitais sur la direction à prendre. Tu as énormément contribué à ce projet, et s'il voit le jour aujourd'hui, c'est en partie grâce à toi. Merci pour ton soutien et de m'avoir accompagnée du mieux que tu le pouvais.

Aux rencontres faites pendant mes voyages :

À **Ralph**, que de souvenirs partagés à travers nos voyages respectifs en Amérique du Sud. Meilleur compagnon en cas de coup de blues, toujours prêt à dénicher les meilleurs spots pour se retrouver. Mention spéciale à notre semaine aux Galápagos et à celle passée à Rincón del Mar ! Malgré la distance entre Berlin et Strasbourg, on a réussi à garder contact, et j'espère sincèrement que l'on continuera de se revoir régulièrement. Ce sera aussi l'occasion de pratiquer ton français pour comprendre ce texte, haha !

À **Pauline**, merveilleuse rencontre au Vietnam. Parfois, il est bon de se rapprocher des Français à l'étranger, car notre amitié, née à Hôï An, est devenue précieuse pour moi. Ton honnêteté et tes conseils m'ont toujours poussée à avancer. Merci d'avoir été là, depuis ces premiers jours jusqu'à aujourd'hui. Merci aussi à **Anthony**, qui sait si bien te comprendre et avec qui tu sembles si épanouie. Beaucoup de bonheur dans cette nouvelle aventure avec l'arrivée de votre petite **Claudia** !

À **Katy**, ma Frozzy ... LA rencontre de mes voyages, my soul sister. On se comprenait sans même avoir besoin de mots, partageant des moments fous, inoubliables. Ta présence et ton amitié me manquent énormément. Tu resteras à jamais dans mon cœur pour tous ces moments où tu as illuminé ma vie. Je sais que tu es près de moi quand j'en ai besoin, et que tu m'accompagnes dans chacun de mes voyages. Merci aussi à tous ceux qui ont supporté notre phrase fétiche : *'You don't know where Frozstralia is !? Go back to school!'* I miss you so much.

Et à toutes les autres rencontres faites au fil de mes voyages, merci d'avoir été là, ne serait-ce que pour un bout de chemin.

Merci aussi à tous ceux que je n'ai pas mentionné et qui ont croisé ma route.

Et enfin merci à **Vixy**, ma Vixouille fripouille d'amour. Je te dédicace cette thèse, car c'est bien ton arrivée dans ma vie qui m'a aidée à retrouver un équilibre. Merci d'avoir été cette chienne extraordinaire qui a illuminé mon quotidien ces derniers mois. J'avais tellement hâte de te voir grandir et de continuer à être une humaine complètement gaga de toi, mais tu es partie trop vite. Tu vas me manquer.

Table des matières

SERMENT D'HIPPOCRATE	14
REMERCIEMENTS	15
TABLE DES MATIERES	22
LISTE DES ABREVIATIONS	28
TABLE DES TABLEAUX	29
I. INTRODUCTION	30
1. LES ENJEUX DE LA COMMUNICATION	30
2. LES CONDITIONS DE TRAVAIL ACTUELLES	31
2.1 <i>Les impacts des progrès du numérique dans la médecine</i>	31
2.2 <i>L'adaptation des professionnels de santé face à la surcharge administrative : Disposer d'un secrétariat médical devient nécessaire</i>	32
2.3 <i>Le rôle attendu du médecin généraliste traitant</i>	33
2.4 <i>Les moyens mis en place par l'Etat afin d'optimiser la coordination des soins du patient</i> 34	
2.4.a) Le Dossier Médical Partagé et ses difficultés	34
2.4.b) Le SEGUR du numérique faisant évoluer le DMP	35
2.4.c) Les incitations gouvernementales pour généraliser l'utilisation de « Mon Espace Santé » par les professionnels de santé	36
3. LE TRAVAIL EN EQUIPE	37
3.1 <i>Les enjeux du travail en équipe</i>	37
3.2 <i>Une formation au travail en équipe insuffisante en France</i>	37
3.3 <i>La constitution d'équipes dans le libéral</i>	38
3.4 <i>La gestion des désaccords dans le travail en équipe</i>	39
4. PRECEDENTES ETUDES MENEES CONCERNANT LA COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE 40	
4.1 <i>Les objectifs démontrés d'une communication efficace</i>	40
4.2 <i>Les difficultés relevées et les aspirations déjà décrites concernant la communication entre médecins généralistes et médecins spécialistes</i>	41
4.3 <i>Une communication qui reste insuffisante avec un impact sur la prise en charge des patients</i>	42
5. PROBLEMATIQUE	43
II. MATERIEL ET METHODES	45
1. TYPE D'ETUDE	45
2. POPULATION	45
2.1 <i>Echantillonnage</i>	45
2.2 <i>Recrutement</i>	45
2.3 <i>Critères d'inclusion</i>	46
2.4 <i>Nombre de sujets à inclure</i>	46
3. RECUEIL DES DONNEES	46
3.1 <i>Présentation de l'étude</i>	46
3.2 <i>Lieu de réalisation</i>	47
3.3 <i>Modalités d'enregistrement des entretiens</i>	47
3.4 <i>Obtention du consentement</i>	47
3.5 <i>Caractéristique des participants</i>	48
3.6 <i>Guide d'entretien</i>	48
4. ANALYSE DES DONNEES	49
4.1 <i>Retranscription des entretiens</i>	49

4.2.	<i>Etiquetage des entretiens</i>	49
5.	ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	50
5.1.	<i>Le consentement éclairé</i>	50
5.2.	<i>La confidentialité</i>	50
5.3.	<i>Les autorisations réglementaires</i>	50
III.	RESULTATS	52
1.	LES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	52
2.	LA DEMOGRAPHIE MEDICALE COMME JUSTIFICATION DES COMPLICATIONS DANS LA COMMUNICATION 54	
2.1	<i>La situation dans le Bas Rhin plutôt favorable</i>	54
2.2	<i>Mais il existe quand même des difficultés débutantes</i>	54
2.3	<i>Il existe une appréhension de l'avenir concernant l'offre de soins et la capacité à maintenir une communication entre libéraux</i>	55
2.4	<i>Les professionnels de santé libéraux sont débordés avec des emplois du temps peu flexibles source d'une charge mentale difficile à gérer</i>	57
2.5	<i>La conjoncture obligeant à trouver le juste milieu entre la vie professionnelle et la vie personnelle</i>	59
2.6	<i>L'indisponibilité des professionnels libéraux accentuée par la hausse du nombre d'appels au cours des dernières années</i>	61
3.	LE ROLE ET LA PLACE DU SECRETARIAT DANS LA COMMUNICATION ENTRE MEDECINS.....	62
3.1	<i>Différentes missions investies aux secrétaires médicales</i>	62
3.1.a)	Rôle d'intermédiaire pour la communication directe entre médecins.....	62
3.1.b)	Rôle de bouc émissaire.....	63
3.1.c)	Rôle d'optimisation du temps médical par les secrétaires.....	65
3.1.c).(1)	Participation dans l'organisation du cabinet.....	65
3.1.c).(2)	L'optimisation des appels téléphoniques.....	65
3.1.c).(3)	La gestion des rendez-vous.....	66
3.1.c).(4)	La récupération ou transmission de données manquantes.....	66
3.1.c).(5)	Autonomisation du patient.....	66
3.1.d)	Rôle d'enquêteur.....	67
3.2	<i>Différence entre télésecrétariat et secrétariat physique</i>	68
3.2.a)	Le secrétariat présentiel.....	68
3.2.b)	Le télésecrétariat.....	70
3.2.b).(1)	Les inconvénients.....	70
3.2.b).(2)	Les avantages.....	71
3.3	<i>La présence d'un secrétariat facilitateur de communication</i>	72
3.3.a)	Réducteur d'appréhension.....	72
3.3.b)	Explicateur d'habitudes de fonctionnement.....	72
3.4	<i>La communication entre secrétaires</i>	73
3.5	<i>L'indifférence des médecins envers le rôle actif des secrétaires dans la communication autour du patient</i>	74
3.6	<i>Il existe parfois des incohérences entre les messages transmis à l'appelant et la réalité</i>	75
3.7	<i>La formation et l'autonomisation des secrétaires variables d'un cabinet à l'autre</i>	76
3.7.a)	La formation de secrétaire médicale insuffisante.....	76
3.7.b)	Autonomisation des secrétaires par la formation interne au cabinet et l'expérience.....	77
3.7.c)	La légitimité du secrétariat renforcée par l'autonomie accordée par les médecins.....	78
3.7.d)	Certains secrétariats limités à un rôle purement administratif.....	79
3.8	<i>Les attentes des secrétaires</i>	80
3.8.a)	Soutien de la part des médecins pour qui ils travaillent.....	80
3.8.b)	Bienveillance de la part des médecins.....	81
4.	L'INFORMATISATION DES CABINETS : SECURISATION ET FLUIDIFICATION DES ECHANGES PARFOIS PROBLEMATIQUES.....	81
4.1	<i>Transformations et obstacles : l'impact de l'informatisation sur la communication entre professionnels de santé</i>	81
4.2	<i>Les messageries sécurisées</i>	83

4.3	<i>Les messageries de communication internes aux logiciels métiers : fluidification des échanges au sein d'un cabinet</i>	86
5.	LES MEDIAS DE COMMUNICATION DISPONIBLES ET UTILISES	87
5.1	<i>Les mails</i>	87
5.1.a)	L'obtention des adresses mails	87
5.1.b)	Les avantages exprimés	88
5.1.b).(1)	Permettre de communiquer en fonction des disponibilités de chacun	88
5.1.b).(2)	Permettre d'obtenir un avis rapide pour faire avancer la prise en charge patient.....	89
5.1.c)	Les inconvénients exprimés	89
5.1.d)	Les e-mails une solution de secours même si ce n'est pas le média privilégié de certains	90
5.2	<i>Le téléphone</i>	90
5.2.a)	Le ressenti exprimé de l'utilisation du téléphone pour les appels.....	90
5.2.b)	L'intégration du téléphone dans certaines situations	92
5.2.c)	La communication directe entre médecins par téléphone.....	93
5.2.c).(1)	L'obtention des coordonnées personnelles	93
5.2.c).(2)	L'utilisation en pratique courante	94
5.2.c).(3)	Mécanismes de protection contre les abus	96
5.3	<i>Les SMS</i>	96
5.3.a)	Les avantages exprimés	96
5.3.b)	Les inconvénients exprimés.....	97
5.3.c)	L'utilisation en pratique courante	98
5.4	<i>Les plateformes de téléexpertise ou des applications</i>	99
5.4.a)	Les applications	99
5.4.b)	Les plateformes de téléexpertise.....	99
5.4.b).(1)	Les avantages exprimés	99
5.4.b).(2)	Les inconvénients exprimés.....	101
5.5	<i>Les réseaux sociaux</i>	102
6.	LE ROLE DU COURRIER D'ADRESSAGE ET DU COMPTE RENDU DE CONSULTATION SPECIALISE DANS LA COMMUNICATION.....	102
6.1	<i>Les ressentis sur l'utilisation de ces médias de communication</i>	102
6.2	<i>Les informations fournies dans les courriers d'adressages et les comptes rendus de consultations</i>	103
6.3	<i>L'utilité de la transmission des informations</i>	104
6.4	<i>Les difficultés exprimées en l'absence de courrier d'adressage</i>	105
7.	COMMUNIQUER DANS L'URGENCE ET LA SEMI-URGENCE.....	106
7.1	<i>Communiquer quand la situation est urgente</i>	106
7.1.a)	Les appels téléphoniques	106
7.1.b)	L'utilisation des e-mails dans les situations urgentes	108
7.1.c)	Passeport d'entrée aux cabinets des spécialistes.....	109
7.1.d)	L'implication des patients.....	110
7.1.e)	Les attentes des médecins généralistes pour mieux décrypter les situations urgentes.....	110
7.2	<i>Communiquer quand la situation est semi-urgente</i>	112
7.2.a)	L'utilisation des e-mails avec des professionnels réactifs	112
7.2.b)	Les SMS pour demander un rappel quand la situation le nécessite	112
7.2.c)	Favoriser l'autonomisation des médecins généralistes par la communication avec les médecins spécialistes.....	113
8.	LE ROLE DE FILTRE DU MEDECIN GENERALISTE ET DU SECRETARIAT	114
8.1	<i>Rôle de filtre du médecin généraliste</i>	114
8.2	<i>Le rôle de filtre du secrétariat</i>	116
8.2.a)	Filtre entre appels de patients et de médecins	116
8.2.b)	Filtre pour les urgences	116
8.2.c)	Filtre parfois rigide.....	116
8.2.d)	Filtre pour protéger les médecins	117
9.	L'ORGANISATION INTERNE DES CABINETS A UNE INFLUENCE SUR LA FLUIDIFICATION DES ECHANGES	118
9.1	<i>Priorisation des appels en fonction de l'appelant</i>	118
9.2	<i>L'adaptation des emplois du temps en fonction des demandes</i>	120
9.3	<i>Les avantages relevés de l'exercice en cabinet de groupe et pluridisciplinaire</i>	121

9.3.a)	Une gestion plus facile des demandes	121
9.3.b)	Les avantages d'un cabinet pluridisciplinaire.....	122
9.3.b).(1)	Un partage de tâches plus facile	122
9.3.b).(2)	Un travail en équipe facilité	122
9.3.c)	Communication interne : résolution de difficultés et partage des expériences.....	123
9.4	<i>Les difficultés des secrétaires lorsque le nombre de médecins au sein du cabinet est important</i>	123
9.5	<i>Les médias de communication utilisés au sein même d'un cabinet pour communiquer entre secrétaires et médecins</i>	125
9.6	<i>L'importance de l'ambiance de travail au sein même du cabinet ressenti par les secrétaires médicaux</i>	128
9.7	<i>Des dossiers médicaux tenus à jour pour fluidifier la communication</i>	129
9.8	<i>L'organisation interne des cabinets varie en fonction des rôles que chacun est prêt à assumer ou à attribuer aux autres</i>	130
10.	LA HIERARCHISATION DES RAPPORTS.....	132
10.1	<i>Hiérarchie entre médecins généralistes et médecins spécialistes</i>	132
10.1.a)	Rares opportunités de liaison entre les médecins généralistes et spécialistes durant les études	132
10.1.b)	Internalisation des codes hospitaliers.....	134
10.1.b).(1)	Reproduction des dynamiques apprises à l'hôpital pendant les études.....	134
10.1.b).(2)	Auto-dévalorisation par le médecin généraliste	136
10.1.b).(3)	Impression de domination des médecins généralistes par les médecins spécialistes renforcée par les attitudes de certains médecins spécialistes.....	136
10.1.b).(4)	Les plateformes de téléexpertise renforcent cette impression	137
10.1.b).(5)	Dynamique de pouvoir : la position des médecins spécialistes dans la formation des médecins généralistes	137
10.1.c)	Hiérarchie exacerbée dans les ayants droit à la communication	138
10.1.d)	Valorisation inégale du temps entre médecins spécialistes et médecins généralistes	138
10.1.e)	Impression d'une sous formation des médecins généralistes selon les médecins spécialistes	140
10.1.f)	Les mécanismes de protection pour atténuer la hiérarchisation internalisée.....	141
10.1.g)	Rationalisation des médecins généralistes par rapport à certaines situations difficiles avec un confrère spécialiste	142
10.1.h)	Le médecin généraliste doit faire ses preuves auprès du médecin spécialiste.....	143
10.1.i)	La hiérarchie inversée entre médecins généralistes et médecins spécialistes	144
10.1.j)	Déséquilibre dans le choix des interlocuteurs entre médecins généralistes et médecins spécialistes	145
10.2	<i>Hiérarchie entre médecins et secrétaires</i>	146
10.2.a)	Les difficultés des secrétaires à légitimer leur place et rôle auprès des médecins	146
10.2.b)	Réserve des médecins quant à la fiabilité des informations transmises par les secrétaires	147
10.2.c)	Difficultés rencontrées par les médecins dans l'acceptation du rôle du secrétariat dans la communication	148
10.2.d)	Le contexte de non-autonomie des patients comme facteurs facilitants pour la communication directe entre médecins et secrétaires	149
11.	LA LEGITIMITE DES DEMANDES.....	150
11.1	<i>Appréhension du dérangement</i>	150
11.1.a)	Déséquilibre entre la perception du dérangement par les médecins généralistes et la réalité vécue par les médecins spécialistes.....	150
11.1.a).(1)	La perception de déranger ressentie par les médecins généralistes.....	150
11.1.a).(2)	La nécessité de requêtes synthétisées favorisant cette appréhension du dérangement.....	150
11.1.a).(3)	Une réalité vécue différemment par les médecins spécialistes	151
11.1.b)	Appréhension du dérangement non ressentie par les médecins spécialistes.....	152
11.1.b).(1)	Légitimité ressentie par le médecin spécialiste de contacter ses confrères et consoeurs... ..	152
11.1.b).(2)	Légitimité confirmée par les médecins généralistes	153
11.2	<i>Etablissement d'un réseau privilégié pour légitimer les demandes</i>	154
11.2.a)	Etablissement du réseau via les études et les connaissances prépondérantes pour les médecins spécialistes.....	154
11.2.a).(1)	Le réseau via l'externat.....	154
11.2.a).(2)	Le réseau via l'internat.....	154
11.2.a).(3)	Le réseau via l'entourage	155
11.2.b)	Etablissement du réseau via le retour des patients et le temps pour les médecins généralistes	155
11.2.b).(1)	Le réseau via les médecins déjà impliqué dans le suivi du patient	155

11.2.b).(2) Le réseau via le carnet d'adresse des collègues.....	156
11.2.b).(3) Le réseau via l'expérience personnelle et le temps.....	156
11.3 <i>Communication et légitimité facilitée quand le patient est déjà suivi par le cabinet spécialiste.....</i>	159
11.4 <i>Collaboration entre médecins généralistes pour assurer la légitimité des demandes adressées aux spécialistes.....</i>	160
11.5 <i>Certaines demandes non légitimées.....</i>	160
12. L'IMPLICATION DE LA DEONTOLOGIE CONFRATERNELLE ET MORALE ENVERS LES PATIENTS DANS LA COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX.....	161
12.1 <i>Déontologie confraternelle.....</i>	161
12.1.a) Les relations confraternelles restent des relations humaines avec leurs difficultés.....	161
12.1.b) L'absence de réponse délétère pour le patient.....	164
12.1.c) L'absence de communication injustifiée.....	165
12.1.d) Le risque de compérage dans l'adressage des patients.....	165
12.1.e) L'implication du patient pouvant créer des difficultés déontologiques.....	167
12.1.f) La déontologie confraternelle impactée par les générations.....	168
12.2 <i>Déontologie morale envers le patient.....</i>	169
12.2.a) Relation de confiance avec les patients.....	169
12.2.b) La déontologie morale envers le patient prime sur la déontologie confraternelle et professionnelle	170
12.2.c) Certaines situations peuvent être possiblement source de conflits déontologiques pour les patients	172
13. LES PERSPECTIVES POUR HUMANISER ET FLUIDIFIER LES ECHANGES.....	173
13.1 <i>Favoriser la communication directe pour améliorer la fluidité des échanges.....</i>	173
13.2 <i>Favoriser la rencontre entre les professionnels de santé.....</i>	175
13.2.a) Entre médecins.....	175
13.2.b) Favoriser la rencontre entre médecins et secrétaires de cabinets différents.....	178
13.3 <i>Optimiser l'entretien des relations.....</i>	179
13.3.a) Etre cordial en toute circonstance.....	179
13.3.b) Maintenir une attitude de déontologie confraternelle en toute circonstance.....	180
13.3.c) Les effets positifs démontrés d'un travail en équipe harmonieux et dans le respect de chacun.....	182
13.4 <i>Reconnaître que tous les médecins sont à un pied d'égalité.....</i>	183
13.4.a) Chaque médecin est expert dans son domaine.....	183
13.4.b) Le médecin généraliste : un pivot essentiel dans la communication et la gestion des soins.....	185
13.5 <i>Optimisation du temps pour tous.....</i>	186
13.5.a) Eviter aux médecins de devenir les secrétaires de leurs patients.....	186
13.5.b) Optimiser l'intérêt de la consultation spécialisée.....	188
13.5.c) Optimiser la formation des médecins généralistes.....	189
13.5.c).(1) Le médecin généraliste : un mini-spécialiste dans toutes les spécialités.....	189
13.5.c).(2) Mais impossibilité d'avoir des connaissances dans toutes les spécialités.....	190
13.5.c).(3) Création de formations localisées pour répondre aux attentes des médecins.....	191
13.5.c).(4) Création de formations à plus grande échelle.....	193
13.5.d) Favoriser l'autonomisation des médecins généralistes.....	194
13.6 <i>Des pistes pour palier les difficultés liées aux incompréhensions et à l'absence de réponses.....</i>	195
13.6.a) Prévenir ses correspondants du média de communication qui les rend disponibles.....	195
13.6.b) Expliquer les raisons d'absence de communication avec l'interlocuteur.....	196
13.6.c) Communiquer pour éluder les problèmes d'incompréhension.....	198
13.7 <i>Nécessité d'avoir la capacité à s'adapter pour travailler en équipe.....</i>	199
13.7.a) Connaître les contraintes de chacun favorise la communication.....	199
13.7.b) Les médecins généralistes s'adaptent aux habitudes de communications et de travail du spécialiste	200
13.7.c) Dans certains cas, les médecins spécialistes s'adaptent aux habitudes de communication et de travail des médecins généralistes.....	201
IV. DISCUSSION.....	202
1. LES FORCES ET LES LIMITES.....	202
1.1 <i>Les forces.....</i>	202
1.2 <i>Les limites.....</i>	203

2.	ANALYSE DES RESULTATS AVEC CONFRONTATION AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.....	206
2.1	<i>Les principaux freins à une communication efficace et déontologique</i>	206
2.1.a)	L'indisponibilité de soignants	206
2.1.b)	La déontologie professionnelle pas toujours respectée	207
2.1.b).(1)	Hiérarchisation des rapports favorisant l'omerta de l'anti-professionnalité.....	207
(a)	Hiérarchie entre médecins	207
(b)	Hiérarchie entre médecins et secrétaires.....	210
2.1.b).(2)	Préférence implicite dans le choix des spécialistes par les médecins généralistes malgré des efforts d'impartialité.....	210
2.1.c)	Insuffisance de connaissance des canaux de communication et sous-utilisation des messageries sécurisées	211
2.1.c).(1)	Une difficulté de communication inégale	211
2.1.c).(2)	Un défaut de sécurisation des partages de données médicales	212
2.1.c).(3)	Des difficultés techniques à mettre en place des accès directs aux professionnels de santé	213
2.1.d)	L'implication du patient dans la communication responsable d'une mise à mal de la déontologie confraternelle	214
2.2	<i>Les hypothèses avancées pour pouvoir améliorer la communication</i>	215
2.2.a)	Modification des conditions d'exercice	215
2.2.a).(1)	Dévalorisation de l'image du médecin généraliste et difficultés de coordination entre médecins généralistes et médecins spécialistes	215
2.2.a).(2)	Stratégies pour optimiser la prise en charge du patient.....	216
2.2.b)	Le rôle des secrétaires médicaux: les revaloriser.....	216
2.2.b).(1)	Un rôle principalement administratif actuellement.....	216
2.2.b).(2)	Une légitimité de leur place dans la prise en charge globale des patients peu reconnue par les médecins	217
2.2.b).(3)	Revoir la formation des secrétaires médicaux.....	218
2.2.c)	L'importance du travail en équipe.....	219
2.2.c).(1)	Développer des outils pour favoriser le travail en équipe	219
2.2.c).(2)	L'impact de l'organisation interne des cabinets sur la fluidité des échanges	221
2.2.c).(3)	Faciliter la communication directe	222
2.2.c).(4)	Améliorer la connaissance des contraintes de chacun	223
2.2.d)	La rencontre entre médecins.....	224
2.2.d).(1)	Redonner une dimension humaine aux échanges	224
2.2.d).(2)	Abolir le sentiment de hiérarchie	225
2.2.d).(3)	Les formations à petite échelle pour favoriser la rencontre.....	226
2.2.e)	Des changements possibles au cours de l'internat ?.....	227
2.2.e).(1)	L'importance de l'internat pour créer des liens entre médecins : réseautage et légitimité dans les échanges entre médecins	227
2.2.e).(2)	Formation des internes de médecine générale dans les services de spécialité	228
2.2.e).(3)	Réorganisation nécessaire pour une meilleure intégration de l'interne en médecine générale	229
3.	AMELIORER LA COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE : PISTES POUR UNE FORMATION ET UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE PLUS EFFICACES	229
3.1	<i>Améliorer la formation à la communication des internes en médecine</i>	229
3.2	<i>Renforcer la communication dans la vie professionnelle</i>	230
3.2.a)	Au moment de l'installation des médecins	230
3.2.b)	Dans le cadre des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.....	231
V.	CONCLUSION.....	232
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	235
ANNEXES	245
1.	ANNEXE 1 - MAIL D'INFORMATION A DESTINATION DES PARTICIPANTS.....	245
2.	ANNEXE 2 – DECLARATION DE CONSENTEMENT.....	246
3.	ANNEXE 3 - GRILLE D'ENTRETIEN MEDECINS GENERALISTES	247
4.	ANNEXE 4 - GRILLE D'ENTRETIEN MEDECINS SPECIALISTES	248
5.	ANNEXE 5 - GRILLE D'ENTRETIEN SECRETAIRES MEDICAUX	249
6.	ANNEXE 6 – AVIS FAVORABLE DU COMITE D'ETHIQUE.....	250

Liste des abréviations

AMA : American Medical Association

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

Densito : Ostéodensitométrie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

ECG : Electrocardiogramme

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EMG : Electromyogramme

GAPP : Groupes d'Analyse de Pratique entre Pairs

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

Méd G : Médecin Généraliste

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SMS : Short Message Service

Spé : Spécialiste

Table des tableaux

Tableau 1 : Principales caractéristiques des médecins	52
Tableau 2 : Principales caractéristiques des secrétaires médicaux	53

I. Introduction

1. Les enjeux de la communication

La communication entre professionnels de santé peut être définie comme un processus interactif et dynamique au cours duquel des données concernant un patient peuvent être échangées. L'objectif de cette communication est de faciliter la gestion du patient en favorisant la coordination des soins et en apportant un soutien à la prise de décision, que ce soit dans des situations d'urgence ou dans le cadre d'un suivi chronique. Actuellement, il existe des difficultés dans l'établissement d'une communication efficace et déontologique entre médecins généralistes et médecins d'autres spécialités du fait d'un quotidien surchargé pouvant aboutir à une perte de chance pour le patient. En effet, d'après les résultats publiés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en janvier 2020, les médecins interrogés jugent que l'offre de soins est insuffisante et que cela va en s'aggravant. Trois médecins généralistes sur quatre disent avoir des difficultés à trouver des confrères spécialistes pour les aider dans la prise en charge de leurs patients, et nombreux sont les médecins généralistes qui pensent devoir adapter leur pratique en se spécialisant ou en rejoignant une structure d'exercice coordonnée (1). Nous assistons à une augmentation du nombre de patients présentant des pathologies multiples, aux profils complexes, et nécessitant des prises en charge de plus en plus délicates. Cela s'inscrit dans un contexte de progrès majeurs dans l'informatisation des données et dans une société de consommation exigeant des réponses immédiates, avec des patients devenant des « experts » grâce à l'accès aux informations médicales sur Internet et les réseaux sociaux, le tout accentué par un contexte de désertification médicale (2). Afin d'assurer une coopération optimale entre

les intervenants auprès des patients, il est nécessaire d'établir une communication efficace et rapide.

2. Les conditions de travail actuelles

2.1 Les impacts des progrès du numérique dans la médecine

La crise de la COVID-19 a accéléré l'adoption des technologies numériques, obligeant les professionnels de la santé à s'adapter pour répondre de manière plus efficace à la demande croissante de communication et de collaboration, répondant ainsi aux besoins de soins dans un contexte sans précédent (3). Dans une thèse publiée en 2012, il a été conclu que l'informatisation des cabinets avait déjà permis une bonne amélioration de la communication entre les professionnels de santé puisque l'informatique facilitait la rédaction et le classement des courriers qui étaient alors le principal outil de communication (4). Dans le contexte de l'urgence, l'adaptation aux nouvelles méthodes de communication est devenue impérative et a été relativement réussie. Les médecins généralistes ont dû revoir leur façon de trier les consultations et améliorer leur communication avec les spécialistes, ce qui a permis un meilleur triage des patients chez ces derniers, comme l'a montré une étude menée en Belgique (5).

Avec ces progrès informatiques, la transmission des informations s'est accélérée, entraînant ainsi une augmentation de la charge administrative. L'OMS, dans sa définition d'une communication efficace via le numérique, dit bien que les technologies permettraient « de réduire les inégalités, et d'améliorer la santé et le bien-être » (6). La communication directe peut parfois être complexe et le choix du moyen de communication influence la manière dont les informations sont transmises à l'interlocuteur. D'ailleurs, les praticiens peuvent se sentir dépassés par la multitude

d'outils disponibles, tels que les différentes messageries sécurisées (7) comme *Lifen* (8), *Apicrypt* (9) ou *Mailiz* (10), des systèmes de téléconsultations avec utilisation de visioconférence, et les plateformes de téléexpertise comme *Omnidoc* (11). Cette complexité est exacerbée par la charge de travail quotidienne et les défis liés à la démographie médicale (12), ce qui rend la communication encore plus difficile et délicate, bien qu'elle soit essentielle et constitutive du métier de soignant, comme l'a montré le travail de 2013 sur l'importance de la communication dans le système hospitalier (13), un constat également valable pour le secteur libéral.

Une récente thèse examinait les besoins des médecins en relation avec le développement envisagé de la téléexpertise, qui avait déjà été prévu dans la loi HPST de 2009 (14). Elle mettait en lumière que la demande d'avis des médecins généralistes auprès des spécialistes constituait déjà une forme de téléexpertise informelle. Cette étude soulignait particulièrement le désir des médecins d'avoir une plateforme permettant de maintenir un contact humain lors des échanges tout en recherchant une plus grande rapidité et efficacité (15). En effet, le principal obstacle rencontré dans les échanges traditionnels entre médecins généralistes et spécialistes, via des échanges de courriers et de comptes rendus, réside dans le délai nécessaire pour obtenir les informations, comme le démontrent les diverses études détaillées un peu plus loin ayant examiné cette problématique et qui semble toujours d'actualité (16–18).

2.2 L'adaptation des professionnels de santé face à la surcharge

administrative : Disposer d'un secrétariat médical devient nécessaire

Concilier la gestion de l'urgence des situations de patients et leur suivi, tout en maintenant le professionnalisme et en évitant les pertes de temps constitue un réel défi. Cela est d'autant plus vrai dans un contexte où les emplois du temps des professionnels

de santé sont chargés, avec une impression fréquente de débordement (19). Pour faire face à la surcharge administrative qui en résulte, certains médecins ont été incités à recruter un secrétariat médical. La DREES dans son rapport de 2022 montre que depuis 2019 le nombre de médecins qui déclarent avoir un secrétariat augmente. Les jeunes médecins optent généralement pour un secrétariat téléphonique externalisé, mais la tendance croissante à exercer au sein de groupes pluri-professionnels semble encourager la mise en place d'un secrétariat médical physique (20). La hausse de la charge de travail ne concerne pas seulement les médecins, mais affecte également les secrétaires médicaux. Selon une autre thèse, en plus de cela, les conditions de travail des secrétaires médicaux se détériorent, avec une normalisation de la violence de plus en plus fréquente (21). Par ailleurs, selon une autre étude, le travail des secrétaires médicaux n'est pas véritablement structuré, et ils bénéficient rarement d'une formation formelle, acquérant plutôt leurs compétences au fil de l'expérience professionnelle (22). Cependant, l'effet de l'intervention d'un tiers (en l'occurrence ici les secrétaires médicaux) dans l'établissement de la communication entre médecins généralistes et médecins d'autres spécialités n'a pas été étudié. Les secrétaires médicaux en cabinet semblent jouer un rôle plus significatif dans cette communication, car ils font partie intégrante de l'équipe de soins chargée des patients, leur présence au cabinet étant un élément essentiel.

2.3 Le rôle attendu du médecin généraliste traitant

En France, le recours aux soins primaires, incarnés principalement par le médecin généraliste, reste encore insuffisamment privilégié, malgré les efforts gouvernementaux visant à sensibiliser la population à l'importance d'y avoir accès. Le rôle central du médecin traitant, qui agit comme un « *gatekeeper* », est pourtant crucial

pour hiérarchiser l'accès aux soins et éviter un recours excessif aux spécialistes. L'absence de cette hiérarchisation aggrave le paradoxe entre la difficulté d'accès aux soins et le gaspillage des ressources. Cette situation contribue à une surutilisation des soins spécialisés et à des hospitalisations prolongées et coûteuses (23), tout en compromettant un suivi continu et cohérent des patients, souvent mal informés sur l'état global de leur santé en l'absence de coordination efficace avec leur médecin traitant. La loi du 13 août 2004 visait déjà à instaurer une meilleure organisation des soins, avec l'introduction du « parcours de soin coordonné autour du médecin traitant [...] qui se verra confier un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins » (24) ayant pour objectif de favoriser la communication entre le médecin traitant et les autres médecins consultés par le patient. A l'époque le Gouvernement souhaitait faciliter la coordination des soins entre professionnels de santé. Pour cela il considérait le dossier médical personnel comme « l'outil le plus efficace de cette coordination [...] [il est la] garantie d'un bon respect des protocoles de soins. Il permettra de suivre le cheminement du malade dans le système de soins » (24).

2.4 Les moyens mis en place par l'Etat afin d'optimiser la coordination des soins du patient

2.4.a) Le Dossier Médical Partagé et ses difficultés

Cette idée qui se voulait être révolutionnaire s'est révélée être un échec, pour de multiples raisons : à la fois juridiques, éthiques, logistiques et économiques (25,26). C'est pourquoi le gouvernement a choisi de relancer cette initiative d'outil de coordination via un décret en juillet 2016, en modifiant son appellation en Dossier Médical Partagé (DMP), plutôt que Personnel comme en 2004. Cette démarche implique une redéfinition des causes de l'échec du premier DMP, ainsi que des conditions d'accès,

de création et d'utilisation (27). Cependant, cette nouvelle version ne semble pas être largement adoptée par les médecins libéraux. Un communiqué de presse établi par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) en décembre 2018 semble confirmer le manque de succès auprès des médecins puisqu'à plus de deux ans de la publication du décret et à plus de deux mois du lancement officiel (28) au niveau national seuls « 4 % [des DMP ont été ouverts] par les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé » (29). De plus, une thèse publiée en 2019 révèle que la plupart des médecins ne sont pas familiers avec le DMP et ses avantages, ce qui pourrait expliquer son faible taux d'utilisation par les professionnels de santé. Certains praticiens reconnaissent que le DMP pourrait simplifier et accélérer les échanges entre les professionnels de santé. Néanmoins, plusieurs expriment des préoccupations concernant sa complexité d'utilisation, le temps supplémentaire requis, ainsi que l'éventuelle obligation de l'État d'utiliser cet outil (30).

2.4.b) Le SÉGUR du numérique faisant évoluer le DMP

Devant le relatif échec de cette deuxième version du DMP, le gouvernement et l'Assurance Maladie ont instauré en 2022 la création automatique d'un nouveau DMP intitulé « *Mon espace Santé* » pour tous les assurés (sauf en cas d'opposition de leur part) (31) qui s'inscrit dans les suites du Ségur du numérique en santé annoncé le 21 juillet 2020 (32). L'objectif de ce Ségur est « de généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels de santé et entre soignants et patients, pour mieux prévenir et mieux soigner » (33). Dans ce cadre, la mise à jour des logiciels médicaux vise à simplifier le processus de gestion du DMP et à améliorer la communication entre les différents acteurs de santé impliqués dans le suivi du patient. Selon l'Assurance Maladie, l'élément central de cet espace santé est le « volet de

synthèse médicale », rempli par le médecin traitant. Cela faciliterait les échanges entre les professionnels de santé en considérant le patient dans sa globalité (34).

2.4.c) Les incitations gouvernementales pour généraliser l'utilisation de « Mon Espace Santé » par les professionnels de santé

Le gouvernement incite tous les médecins à s'équiper de logiciels médicaux « référencés Ségur » par le biais d'incitations financières. En effet, les médecins libéraux reçoivent, en plus de leur rémunération pour les actes réalisés au quotidien auprès des patients, une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)¹ créée en 2011 (35). Les modalités de rémunération évoluent avec les réformes du Projet de Loi et Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) (36). Depuis 2016, cette ROSP est complétée par le « Forfait structure » (37) qui consiste en un financement octroyé au praticien s'il respecte deux volets, le premier volet implique l'équipement du cabinet et le second concerne le service au patient, correspondant à une rémunération de 8085 euros si tous les critères sont validés (38). D'après la loi « Ségur », à partir de 2023, l'utilisation de logiciels médicaux référencés sera requise pour recevoir l'intégralité des points et percevoir ainsi les 2800 euros liés au premier volet du forfait structure. En conséquence, les médecins non équipés ne pourront pas bénéficier de cette rémunération (39). Il apparaît ici clairement que l'État souhaite encourager l'équipement de logiciels compatibles chez tous les médecins libéraux pour permettre une communication et un suivi plus fluides des patients via cet espace santé. Le sujet de la communication paraît

¹ Cette ROSP est censée pouvoir permettre d'évaluer de façon objective la pratique des médecins en fonction de critères bien spécifiques, permettant une rémunération maximale de 6580 euros en 2023 si tous les objectifs sont atteints chez les médecins traitants de l'adulte.

donc important devant la volonté attendue d'encourager une communication autour du dossier médical partagé du patient.

3. Le travail en équipe

3.1 Les enjeux du travail en équipe

Les cabinets médicaux constituent des équipes à part entière, regroupant notamment les médecins et les secrétaires médicaux. Or, il est essentiel d'établir une communication efficace à la fois au sein d'un cabinet médical et entre les différents cabinets, afin de garantir la sécurité dans la prise en charge des patients, comme l'a démontré l'étude de 2013 dans le contexte hospitalier (13).

En effet, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) du 21 juillet 2009 a mis en lumière la problématique de la communication entre l'hôpital et le secteur libéral, soulignant que cette lacune nuisait à la qualité des soins et, par conséquent, aux patients (14).

3.2 Une formation au travail en équipe insuffisante en France

Pourtant, les formations des professionnels de santé en France ne semblent pas inclure l'enseignement des compétences de communication et de travail en équipe. Les formations universitaires en communication semblent principalement axées sur les interactions entre les professionnels de santé et les patients, mais négligent celles entre les soignants. Travailler en équipe requiert une adaptabilité et une flexibilité de la part de chaque membre, des compétences qui nécessitent donc d'être apprises. C'est d'ailleurs une lacune soulevée par plusieurs thèses françaises, abordées plus loin, sur la communication entre les médecins généralistes et les médecins de certaines spécialités (40-42).

L'acquisition des compétences de travail en équipe devrait se faire dès le deuxième cycle des études médicales pour les médecins, comme le souligne le Bulletin Officiel du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Ce cycle vise à permettre aux étudiants d'acquérir les compétences « de communicateur, de clinicien, de coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique » (43) via des stages hospitaliers encadrés par un responsable pédagogique, qui évalue et vérifie que l'étudiant obtient bien les compétences nécessaires.

En revanche, ce travail en équipe n'est pas imposé en secteur libéral, puisque pendant très longtemps les médecins s'installaient plutôt seuls dans leur cabinet (44), accentuant ainsi les lacunes et l'absence d'entretien de compétences de travail en équipe acquises lors de leur formation.

3.3 La constitution d'équipes dans le libéral

Depuis 2010, on remarque une croissance de l'installation des médecins libéraux dans des pratiques de groupe, ce qui marque un changement par rapport à la tendance précédente qui favorisait les cabinets individuels (44). Cette évolution est plus marquée chez les médecins âgés de moins de 50 ans et chez les femmes, mais elle est moins notable dans les zones où la densité médicale est faible, d'après le rapport de la DREES (20). La loi de modernisation de notre système de santé votée en 2016 (45) a créé les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) visant à favoriser une activité en équipe et « aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner » (46,47). Initialement, ces CPTS étaient constituées à l'initiative des professionnels de santé, mais en avril 2023, la proposition de loi VALLETOUX visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des

professionnels de santé, proposait de rendre obligatoire l'adhésion de tous les professionnels de santé à ces dispositifs, comme mentionné dans l'article 3. Cette mesure s'inscrivait « dans une volonté plus large exprimée par le Président de la République en avril 2023, que d'ici la fin de cette année tout le territoire soit couvert par une CPTS » (48). Cette notion d'obligation a finalement été abandonnée lors de la révision de la proposition de loi (49,50), mais a suscité des interrogations parmi les praticiens. Selon la DREES, début 2022 « 20 % des médecins généralistes libéraux déclarent faire partie d'une CPTS en fonctionnement » et « 13 % considèrent que les CPTS représentent un mode d'organisation incontournable dans les années à venir » (51). Ainsi, l'émergence des CPTS semble représenter une perspective d'avenir sur la manière dont les professionnels de santé libéraux pourraient travailler en collaboration. D'ailleurs, la surcharge du quotidien des médecins pendant la pandémie COVID-19 a été un réel défi pour tous les soignants, mais les structures qui travaillaient en réseau auraient mieux répondu à la demande, d'après une enquête de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (52). Cela suggère donc que travailler en réseau faciliterait l'adaptation des soignants à l'évolution des demandes, des conditions d'exercice et de la communication attendue. Ceci est à nouveau le reflet de l'importance majeure d'une bonne communication entre professionnels de santé.

3.4 La gestion des désaccords dans le travail en équipe

La communication entre professionnels de santé sur la prise en charge de patients peut être compliquée par des divergences d'opinions, ce qui rend la coordination des soins plus difficile. Il arrive que des professionnels de santé ne partagent pas les décisions ou avis de leurs collègues, surtout lorsque les situations de prise en charge semblent complexes ou peu atypiques. La complexification croissante de

la prise en charge médicale tend à intensifier ces situations. À notre connaissance, peu d'articles ou d'études abordent spécifiquement ce sujet. Une étude a toutefois examiné les désaccords entre les internes de médecine générale et leurs séniors (53), mettant en lumière les difficultés de gestion des désaccords entre professionnels de santé, même dans une relation hiérarchique. Cette étude révèle que les internes manifestent leur désaccord principalement en cas de danger imminent pour la santé du patient. Par ailleurs, le code de la santé publique stipule que « un différend avec un confrère doit être réglé par conciliation [...] Les médecins se doivent assistance dans l'adversité » (54). Ainsi, les désaccords, potentiels générateurs de conflits, doivent être désamorçés rapidement pour éviter d'entraver la prise en charge des patients, grâce à une communication efficace et déontologique. Il semble donc pertinent d'explorer les réactions individuelles face à cette situation.

4. Précédentes études menées concernant la communication entre professionnels de santé

4.1 Les objectifs démontrés d'une communication efficace

Depuis plusieurs années, de nombreuses recherches mettent en lumière l'importance d'une communication améliorée entre médecins spécialistes et médecins généralistes pour optimiser la prise en charge des patients. Parmi ces études, une étude londonienne datant de 1996 soulignait déjà que la communication écrite, en plus d'être chronophage, apportait peu sur le plan éducatif aux médecins généralistes. Elle prônait l'utilité des consultations conjointes entre médecins généralistes et spécialistes via des plateformes de visioconférence comme moyen d'améliorer la qualité des soins et le côté formateur des médecins généralistes, entraînant ainsi une réduction significative de

l'utilisation des services spécialisés (16). Des conclusions similaires ont été corroborées par une étude autrichienne en 2002 (55), ainsi que par une étude canadienne menée à Montréal en 2013 ayant fait un recensement de toutes les études publiées sur l'impact de l'utilisation de services de consultations pour les médecins généralistes afin d'obtenir une deuxième opinion de médecins spécialistes. Cette dernière a confirmé les résultats précédents et démontré que l'utilisation de ces services améliore la rapidité et la qualité du diagnostic. Elle a également souligné que la formation des médecins généralistes par le partage de connaissances avec les spécialistes renforce la prise en charge des patients et accroît la confiance des médecins généralistes (56). Malgré l'évolution des années, des études plus récentes, comme celle publiée en 2018 aux États-Unis, montrent que la survie des patients pris en charge par des soignants de première ligne guidés par des spécialistes est significativement meilleure que celle des patients n'ayant reçu aucun soin guidé, et semble comparable à celle des patients pris en charge directement par des spécialistes (57). Cette dernière étude démontre donc bien l'intérêt d'un travail collaboratif entre médecins spécialistes et généralistes pour permettre une prise en charge spécialisée pour tous.

4.2 Les difficultés relevées et les aspirations déjà décrites concernant la communication entre médecins généralistes et médecins spécialistes

Certaines études se sont spécifiquement penchées sur l'état de la communication entre médecins généralistes et spécialistes, permettant de soulever plusieurs points concernant l'établissement de celle-ci. En 1990, une enquête réalisée aux Pays-Bas a mis en évidence que la qualité des courriers ainsi que leurs délais constituaient le principal obstacle à une communication efficace entre les médecins généralistes et les spécialistes hospitaliers (17). Une thèse publiée en 2012 examinait le point de vue des psychiatres

sur leur communication avec les médecins généralistes, révélant que ces derniers étaient conscients des défis liés à leur spécialité et aux pathologies qu'ils traitent, et qu'ils étaient unanimes sur la nécessité d'améliorer la communication avec les médecins traitants. Parmi les principales suggestions évoquées figuraient le besoin de renforcer les liens entre les professionnels par des contacts directs, d'établir des échanges systématisés via des courriers standardisés, et d'améliorer non seulement les échanges d'enseignements mutuels, mais surtout la formation des médecins généralistes (40). Une autre thèse soutenue en 2014, portant sur la communication entre généralistes et spécialistes en évaluant le ressenti des médecins généralistes, a mis en évidence un désir de communication équitable et bidirectionnelle. Cela comprend la reconnaissance de l'importance d'un enseignement mutuel et d'une communication interopérable, indépendante, non chronophage, incitative et novatrice. De plus, la recherche a également soulevé l'importance, pour certains médecins généralistes, de pouvoir choisir librement le spécialiste vers lequel orienter leurs patients en pratique libérale, une autonomie qui n'est pas toujours possible lorsqu'ils adressent des patients à l'hôpital (41). En revanche, une thèse soutenue en 2016 soulignait l'importance du dynamisme dans la communication entre médecins généralistes et spécialistes, préfigurant la nécessité d'un outil tel que le DMP présenté par le gouvernement (18).

4.3 Une communication qui reste insuffisante avec un impact sur la prise en charge des patients

Le sujet de la communication entre médecins généralistes et spécialistes est souvent centré sur certaines spécialités, en particulier la psychiatrie. Une étude plus récente de 2021 montre que la communication et la coopération entre médecins généralistes et psychiatres restent insuffisantes, ce qui augmente la morbidité des

patients, déjà plus fragilisés que la population générale (42). Par ailleurs, le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2010 à 2018 mettait en évidence la nécessité d'une collaboration renforcée entre les professionnels de santé, démontrant que cette communication reste insuffisante et que son amélioration doit figurer parmi les mesures à prendre afin de renforcer la prise en charge des patients (58).

Pour conclure, une étude néerlandaise de 2009 a tenté d'évaluer les perceptions des médecins généralistes et spécialistes concernant leur communication mutuelle. Les médecins spécialistes ont exprimé des difficultés à joindre les généralistes par téléphone, une insatisfaction quant à la qualité des lettres d'adressage des généralistes, et une frustration liée au fait que leurs recommandations étaient rarement suivies. Ils ont également manifesté un désir d'améliorer la formation des généralistes. De leur côté, les généralistes ont rapporté qu'ils recevaient rarement les réponses attendues dans les courriers des spécialistes et que les délais de retour étaient jugés trop longs. Ils souhaitent que les spécialistes comprennent mieux leurs rôles et les contraintes de leur pratique. De manière générale, les deux groupes ont exprimé un manque de communication et un besoin de feedback mutuel sur leurs impressions respectives (59).

5. Problématique

La communication représente un défi réel et vital pour améliorer la prise en charge des patients. La surcharge de travail des médecins, tant sur le plan démographique qu'administratif, a favorisé un changement dans les installations en libéral. Les médecins ne s'installent plus seuls, ils ont tendance à s'installer à plusieurs et/ou à rejoindre des structures d'exercice coordonnées. Ces évolutions incitent également les médecins à disposer d'un secrétariat médical présentiel, qui joue un rôle

important dans la prise en charge des patients, étant souvent les premiers interlocuteurs, tant pour les médecins que pour les patients.

Cela fait plusieurs décennies que la problématique de la communication entre professionnels de santé est au cœur des préoccupations, entraînant même des changements majeurs dans la politique de santé française. Plusieurs études ont tenté de démontrer l'importance d'une communication efficace et d'identifier les difficultés, tout en réfléchissant à des pistes d'amélioration entre médecins généralistes et spécialistes. Cependant, ces recherches restent souvent spécifiques à certaines spécialités et n'évaluent pas vraiment les stratégies de contournement déjà mises en place. De plus, elles ne semblent pas intégrer la question de la communication dans la gestion de l'urgence et du suivi chronique des patients en même temps. En outre, personne ne semble s'être véritablement penché le rôle que les secrétaires médicaux peuvent jouer dans cette communication.

Au vu de ces différents éléments, il nous a semblé pertinent d'explorer les écueils et les moyens mis en œuvre pour construire une communication efficace et déontologique autour des patients entre médecins généralistes, autres médecins spécialistes et secrétaires médicales.

II. Matériel et Méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative. Nous avons choisi de nous inspirer de cette méthodologie, car le but de l'étude était de recueillir des expériences de vie et de comprendre des habitudes ou comportements dans la population choisie.

Les entretiens réalisés pour mener à bien cette étude étaient individuels et semi-directifs.

2. Population

2.1. Echantillonnage

Pour réaliser cette étude, nous avons constitué un échantillonnage homogène, c'est-à-dire que nous avons recruté des personnes ayant le même vécu du phénomène que nous avons étudié, soit des médecins et des secrétaires médicaux confrontés aux défis de la communication interprofessionnelle au quotidien.

Pour ce faire nous avons recruté plusieurs médecins généralistes, médecins spécialistes, et secrétaires médicaux exerçant pour une part dans des cabinets de médecine générale et pour l'autre part dans des cabinets de médecins spécialistes.

2.2. Recrutement

Concernant le recrutement de ces populations, les premiers contacts faisaient partie de l'entourage professionnel de l'enquêtrice principale, puis les autres ont été des contacts fournis par les participants. Ces derniers ont été contactés soit directement par l'enquêtrice principale, soit prévenus à l'avance par les contacts,

avec un accord préalable donné. Par la suite, toutes les modalités de l'étude leur ont été expliquées, et l'accord à nouveau obtenu suite à une explication claire et informée avant de débiter les entretiens individuels.

2.3. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des médecins portaient sur le fait d'être docteur en médecine et d'exercer en cabinet libéral.

Les critères d'inclusion pour les secrétaires portaient sur le fait de travailler de façon présentielle dans les cabinets des médecins.

2.4. Nombre de sujets à inclure

Il n'a pas été défini de réel nombre de sujets à inclure en amont de l'étude, car nous avons initialement convenu d'attendre la saturation des données, c'est-à-dire lorsque plus aucune nouvelle donnée n'apparaissait au cours des entretiens. Cependant, compte tenu de la complexité du sujet et de l'approche par phénoménologie interprétative, nous avons prévu d'interroger 3 à 5 candidats de chaque profession.

3. Recueil des données

3.1. Présentation de l'étude

L'étude était brièvement présentée dans ses grandes lignes lors du premier contact, soit par l'enquêtrice principale, soit par des participants auprès d'autres participants.

La présentation initiale de l'étude se faisait soit à l'oral lorsque l'enquêtrice principale rencontrait directement les personnes, soit par téléphone, avec un

complément d'information envoyé par mail après l'accord des participants potentiels (Annexe 1).

L'étude était à nouveau brièvement présentée dans les grandes lignes, sans entrer dans le détail, avant de débiter chaque entretien.

3.2. Lieu de réalisation

Le choix du lieu de l'entretien était laissé aux participants. Concernant les médecins, les entretiens se sont déroulés dans leurs cabinets, à l'exception d'un médecin spécialiste pour lequel l'entretien a eu lieu dans un café.

Pour les secrétaires, certains entretiens ont eu lieu dans les cabinets : soit pendant leurs heures de travail, soit en dehors de celles-ci. D'autres entretiens ont eu lieu au domicile des secrétaires médicaux.

Les différents lieux choisis étaient des endroits calmes, propices à un enregistrement de qualité et permettant une libre parole des participants.

3.3. Modalités d'enregistrement des entretiens

Les participants ont été informés en amont de la rencontre de l'enregistrement audio des entretiens, de leurs retranscriptions complètes et anonymisées, ainsi que de leur droit de se rétracter à tout moment.

Les entretiens individuels étaient enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone d'un iPhone, puis les enregistrements ont été détruits à la fin de l'étude.

3.4. Obtention du consentement

Avant chaque entretien, l'enregistrement était lancé afin de rappeler le sujet de l'étude et d'obtenir oralement l'accord du participant sous enregistrement.

Par ailleurs, un formulaire de consentement était remis aux participants, rappelant les modalités de recueil des données et signé en deux exemplaires : un pour l'enquêtrice principale et l'autre pour le participant (Annexe 2).

3.5. Caractéristique des participants

Les caractéristiques des participants étaient initialement obtenues à la fin des entretiens. Ces informations ont été complétées pour pallier certains oublis par des questions posées oralement en début d'entretien et enregistrées sur le dictaphone du *Smartphone*. Les données comprenaient pour tous le sexe et l'âge.

Pour les médecins, il leur était également demandé l'année d'installation, leur mode d'exercice (seul ou en groupe), le type d'exercice (urbain, semi-rural ou rural), ainsi que la présence d'un secrétariat présentiel, à distance ou l'absence de secrétariat.

Pour les secrétaires, il leur était demandé s'ils avaient suivi une formation initiale, leur année de début d'exercice en tant que secrétaire médicale dans le cabinet, leur volume horaire (mi-temps ou temps plein), et la spécialité médicale pour laquelle ils travaillent.

3.6. Guide d'entretien

Les entretiens ont été réalisés à l'aide de guides d'entretiens (Annexes 3 à 5) établis à partir de données d'expériences personnelles et de recherches dans la littérature. Ces derniers ont été légèrement modifiés au fur et à mesure des entretiens pour écarter certaines questions moins pertinentes et intégrer de nouvelles pistes proposées par les participants.

Chaque sous-groupe de participant avait un guide d'entretien adapté à sa profession. Les médecins avaient des questions similaires, formulées différemment

selon le contexte. Les secrétaires médicaux avaient les mêmes questions, indépendamment de leur lieu d'exercice.

L'enquêtrice principale s'est appuyée sur ces questions pour garantir le bon déroulement des entretiens. Cependant, étant donné que les guides d'entretiens étaient semi-directifs, ils permettaient aussi une libre parole des participants, et l'investigatrice ajoutait des questions si des éléments paraissaient pertinents.

4. Analyse des données

4.1. Retranscription des entretiens

Tous les entretiens enregistrés ont été retranscrits mot à mot afin d'en restituer le contenu le plus fidèlement possible, en utilisant le logiciel Microsoft Word® et le lecteur du *Smartphone* comme support d'écoute.

Les moments d'hésitation, les pauses et parfois également certaines attitudes ont été ajoutés dans le *Verbatim* pour reproduire au mieux le déroulement des entretiens.

Tous les entretiens ont été anonymisés et nommés en fonction de la profession du participant et numérotés en fonction de l'ordre chronologique de leur réalisation. Un prénom fictif a été attribué à chaque participant pour faciliter la lecture.

4.2. Etiquetage des entretiens

Les quatre premiers entretiens ont été triangulés par une confrontation des résultats entre l'enquêtrice principale et sa directrice de thèse. Les résultats d'un entretien mené avec un médecin généraliste ont également été comparés avec ceux d'un ingénieur en mécanique. Les résultats étant similaires, il a été admis par la suite que les analyses de l'enquêtrice principale étaient représentatives.

L'étiquetage initial, l'analyse intégrative, ainsi que la construction du modèle explicatif ont été effectués par l'investigatrice principale à l'aide du logiciel Excel®.

5. Aspects éthiques et réglementaires

5.1. Le consentement éclairé

Les participants ont consenti librement à leur participation, en toute connaissance de cause. Leur consentement a été recueilli oralement lors du recrutement et au début de chaque entretien, puis par écrit via un formulaire d'information signé en deux exemplaires : un pour l'investigatrice principale et l'autre pour le participant (Annexe 2).

5.2. La confidentialité

Tous les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, en respectant l'anonymat des données partagées. Les noms ont été remplacés par des lettres aléatoires de l'alphabet, et le nom des villes et villages ont été modifiés pour apparaître sous forme de lettres, en précisant s'il s'agissait d'une ville ou d'un village (ex : Xville, Dvillage). Toute information susceptible de permettre l'identification du participant a été soit supprimée, soit reformulée afin d'assurer leur confidentialité.

5.3. Les autorisations réglementaires

En accord avec l'article 4 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil, cette étude a fait l'objet d'une demande auprès de la déléguée à la protection des données (DPO) et d'une déclaration à la CNIL par l'investigatrice principale, validée le 19 octobre 2022 (Référence 2227876v0).

Une demande auprès du Comité d’Ethique des Facultés de Médecine, d’Odontologie, de Pharmacie, des Ecoles d’Infirmières, de Kinésithérapie, de Sages-Femmes et des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg a également été effectuée, et un avis favorable a été obtenu le 29 janvier 2024 (Référence CE-2021-17) (Annexe 6).

III. Résultats

1. Les caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants ont été synthétisées sous forme de tableaux. Par souci de clarté dans les résultats, nous avons attribué des prénoms fictifs aux participants, accompagnés d'une mention indiquant leur fonction et/ou leur spécialité : « MG » pour les médecins généralistes, « secr. MG » pour les secrétaires de médecins généralistes, le nom de la spécialité pour les médecins spécialistes, et « secr. [spécialité] » pour les secrétaires travaillant avec des médecins spécialistes. Le tableau 1 présente les caractéristiques des médecins, tandis que le tableau 2 décrit celles des secrétaires. Concernant les secrétaires, l'année de début d'exercice indiquée correspond à celle de leur arrivée dans le cabinet actuel, bien que certains aient occupé d'autres postes précédemment, comme précisés dans la dernière ligne du tableau.

Tableau 1

Caractéristiques	Elodie MG	Amandine MG	Nicolas MG	Arthur neurologue	Claire rhumatologue
Sexe	Femme	Femme	Homme	Homme	Femme
Age	33 ans	47 ans	45 ans	34 ans	35 ans
Année d'installation	2021	2013	2016	2020	2020/2021
Mode d'exercice	En groupe	En groupe	En groupe (avec spécialiste)	En groupe	Seule (mais cabinet avec généralistes)
Type d'exercice	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Urbain	Semi-rural
Secrétariat	Télésecrétariat	Présentiel	Télésecrétariat	Présentiel	Télésecrétariat

Tableau 2

Caractéristiques	Sophie secr. MG	Marie secr. MG	Camille secr. MG	Lucie secr. orthopédiste	Hélène secr. cardiologue
Sexe	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme
Age	55 ans	44 ans	61 ans	44 ans	50 ans
Formation	Assistante dentaire et Aide Médico- Psychologique	Aucune	Oui (reconversion professionnelle)	Oui	Oui (reconversion professionnelle)
Début d'exercice	2016	2010	2016	2021	2020
Temps de travail	Mi-temps	Temps plein	Temps plein	Temps plein	Temps plein
Spécialité	Généraliste	Généraliste	Généraliste	Chirurgien orthopédique	Cardiologue
Expériences antérieures	Assistante dentaire pendant 23 ans	Secrétaire d'orthodontie, puis secrétaire de radiologie pendant 8-9 ans	Expérience en tant que remplaçante chez certains spécialistes et en EHPAD	Secrétaire dans une première clinique pendant 8 ans, puis secrétaire dans une autre clinique pendant 3 ans	Secrétaire à l'hôpital pendant 1 an et demi

2. La démographie médicale comme justification des complications dans la communication

2.1 La situation dans le Bas Rhin plutôt favorable

Il existe actuellement une modification des conditions d'exercices liée à la démographie médicale avec une indisponibilité des médecins et des secrétaires attribuée à une **inégalité entre l'offre et la demande des soins**. En **Alsace**, il semblerait que les **médecins ne se sentent pas excessivement confrontés** à cette difficulté à l'heure actuelle : « *nous on a l'avantage d'avoir des spécialistes qui sont encore ... disponibles rapidement, [...] on arrive à avoir un rendez-vous dans la journée si on les appelle, euh ... même via le secrétariat* » (Nicolas, MG) ; « *[le confrère] refuse jamais de voir un patient en général, euh il est toujours vu dans la demi journée ou dans les 24 heures, rajouté ... vraiment ... même le samedi* (avec une intonation faisant sous-entendre le dévouement du confrère) » (Amandine, MG) ; « *ils me donnent le contexte ... « pouvez-vous voir Mme Machin pour tel ou tel soucis ? » et puis en général je le rajoute ... et puis ils sont contents, ça se passe bien.* » (Claire, rhumatologue).

2.2 Mais il existe quand même des difficultés débutantes

Certains médecins signalent que des **emplois du temps peu ou pas flexibles**, en raison de demandes excessives d'ajouts, **réduisent leur disponibilité** pour la communication. Même s'ils ont conscience que « *toute communication, transfert de données, d'informations est ... est importante pour le bien du patient, mais ... pareil, c'est du temps comme toujours ... se prendre le temps de le faire* » (Elodie, MG).

Les spécialistes ont conscience de leurs « **délais de consultation qui sont énormes** (petite attitude de désespoir) » (Arthur, neurologue) : « *on a ... neuf mois de*

délais pour les premières fois, et nos créneaux d'urgence sans ... rajouter sur la pause déjeuner, c'est dans deux mois ! » (Claire, rhumatologue).

Les médecins généralistes soulignent que ce problème est **plus important avec des « praticiens hospitaliers que ... qu'en ville. »** (Nicolas, MG) et avec **certaines spécialités** « il y a pénurie de dermato [...] Pour les rendez-vous d'urgences pour les jeunes aussi ... en pédopsy ... c'est ... c'est ass... ouais là c'est compliqué » (Amandine, MG). Ils essaient donc de s'adapter comme ils peuvent quand ils n'ont pas de possibilité d'avoir de retours des médecins spécialistes : « je me suis débrouillé parce que j'ai pas réussi à avoir de réponses. » (Nicolas, MG).

Ces difficultés sont **également résumées par les secrétaires** qui décrivent une situation où tout le monde est « surbooké de partout ! Et beaucoup de demandes de partout aussi. » (Hélène, secr. cardiologue), avec « l'un ou l'autre spécialiste [où ils ont] un peu du mal à les joindre » (Sophie, secr. MG) et des médecins spécialistes qui se sont installés récemment mais qui ne prennent « déjà plus de nouveaux patients » (Marie, secr. MG).

2.3 Il existe une appréhension de l'avenir concernant l'offre de soins et la capacité à maintenir une communication entre libéraux

Les contraintes liées à la démographie médicale et au fait qu'« il y a plein de spécialistes et de médecins généralistes qui sont partis à la retraite, qu'ont pas été remplacés » (Marie, secr. MG) font que peu à peu « le spécialiste devient inaccessible » (Lucie, secr. orthopédiste).

Les **médecins généralistes disent manquer de temps** et s'interrogent sur « comment trouver le temps » (Elodie, MG). Ils aimeraient un monde où « tout le monde soit disponible tout le temps rapidement quoi (grand sourire en rigolant) » (Amandine,

MG), mais cela paraît difficilement réalisable car selon eux pour pouvoir plus facilement communiquer il faudrait « *diminuer le nombre de patients par jour pour avoir plus de temps pour ... pour ... ben se prendre ce temps là à côté* » (Elodie, MG).

Les médecins spécialistes sont tellement peu nombreux qu'ils ne peuvent pas se permettre de communiquer avec chaque médecin : « *Parce que aujourd'hui il y a des choses [...] que je fais avec certains médecins généralistes, que si il y en avait ... je sais pas, cent ou cent cinquante qui faisaient ça... je pourrai pas en fait* » (Arthur, neurologue).

L'évolution de la situation est perçue comme une situation où « ***tout devient difficile*** » (Lucie, secr. orthopédiste) décrite par les médecins et leurs secrétaires, avec l'appréhension en particulier pour un médecin spécialiste de notre étude au sujet de **prises en charges qui s'éloignent de l'idéal :** « *J'appréhende quand même parce que je me dis ... fin je, je sais pas comment ça va ... parce que il y a l'idéal (en montant dans le ton) et ... il y a la réalité en fait (rebaisse dans le ton) et ... et aujourd'hui ... la réalité ... s'éloigne de (rigole) l'idéal j'ai l'impression, de plus en plus (regard un peu de déception).* » (Arthur, neurologue).

Avec ces difficultés de communication liées aux indisponibilités des soignants, certains médecins ont parfois « *pas de solutions, pour le patient* » (Marie, secr. MG) et **finissent par se décharger sur les hôpitaux déjà surchargés :** « *j'ai finalement envoyé le patient [...] aux urgences* » (Amandine, MG), « *mais... sinon ils finissent bah... aux urgences quoi hein. S'il y a pas d'autres... d'autres alternatives ...* » (Marie, secr. MG).

2.4 Les professionnels de santé libéraux sont débordés avec des emplois du temps peu flexibles source d'une charge mentale difficile à gérer

Les médecins et les secrétaires se retrouvent débordés avec la conjoncture actuelle ajoutée à une surcharge administrative et d'accueil des patients, avec des constats de **sentiments de souffrance pour certains** de ne pas pouvoir assurer une réponse à la demande des patients et des soignants.

Elodie, MG: « *la médecine actuelle en fait ... quand on est tous surchargés ... le ... ouais, le manque de médecin ... parce qu'en fait si finalement on faisait des horaires ... on va dire convenables et on se sentait pas pressé ... on ... on avait du temps un peu à côté pour faire ... l'administratif et ... qu'on, fin ... répondre à ses ... à ses ... collègues ... ça irait mieux je pense. C'est vraiment tout l'exercice libéral je pense qui est après à revoir pour trouver le temps* » ;

Arthur, neurologue : « *Aujourd'hui ... j'y arrive pas. Donc euh ... ça déborde. Mais c'est vraiment ce ... ce six mois qui est important pour moi, passé six mois du coup c'est compliqué [...] Il y a toujours des patients à avancer, il y a une liste d'attente qui est toujours... (les yeux qui se lèvent) voilà quoi, et j'arrive jamais à la terminer [...] c'est vrai que je me dis que si tous les médecins généralistes ont mon mail et qu'ils m'en envoient, fin je ... j'y arriverai pas en fait. C'est pas possible.* » ;

Claire, rhumatologue : « *avant je gardais une heure par jour pour faire tout ce temps de secrétariat et tout ça, et en fait j'ai rajouté, rajouté, rajouté les patients dessus. Donc là je suis arrivée au stade où j'arrive au cabinet je commence, et je vois le patient, le dernier patient au cabinet et je suis déjà limite en retard pour chercher les enfants le soir [...] On est pas assez hein, euh... on est pas assez et du coup on est tous saturés et ... du coup ça fou le bordel partout, les patients sont pas contents et ... en fait on est sous pression et on est*

tous limite ... burn out... régulièrement le matin t'as pas envie, parce que tu sais que tu vas avoir une journée ... reloue quoi ! Mais c... on est pas assez ! [...] au cabinet je suis sous pression tout le temps » ;

Marie, secr. MG : « *Parce qu'on a quand même... en plus avec les jours fériés, on a 10 – 15 jours de délais pour les... les demandes non urgentes [...] et pourtant on... les, les, le médecin il... le médecin il gère, un des deux médecins il commence à sept heures moins le quart le matin. Voilà ! Donc... on va dire il compte pas ses heures... » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : « *alors oui, on l'entend, sait qu'ils ont mal, que la nuit c'est compliqué. Mais... à un moment donné bah les plannings vous le savez hein (avec petit sourire déçu) sont pas extensibles (petit rire nerveux) [...] Parce que, que ce soit les médecins traitants, ou les ... les spécialistes, ben... on s'en sort plus avec toutes les demandes, le téléphone, les mails... voilà ! ça prend énormément (insiste) de temps » ;*

Hélène, secr. Cardiologue : « *j'ai plus de créneaux ... d'urgence en fait. Vu que tous les plannings sont pleins. ».*

Compenser le manque de personnel et l'augmentation des demandes comme le décrivent Claire, rhumatologue : « *On est pas assez hein, euh... on est pas assez et du coup on est tous saturés* » et Marie, secr. MG « *c'est juste le nombre de patients qui est trop important pour... pour la capacité humaine de, de, de... des spécialistes et des généralistes hein (petit rire discret) !* », ne peut toujours être entièrement assumé, ce qui peut **accentuer la souffrance ressentie** par les soignants et leurs secrétaires : « *c'est pas acceptable de dire à quelqu'un qui a mal au genou ... de venir en octobre. [Entretien ayant eu lieu début avril]* » (Claire, rhumatologue) ; « *Ben des rajouts en fin de compte il y a déjà beaucoup de rajouts. On en rajoute déjà pas mal ... en surbooking [...] ils sont déjà*

drôlement surbookés en temps normal. Donc je peux pas encore leur rajouter ... encore un ou deux patients le soir quoi (en rigolant un peu tristement et en faisant une mimique avec les yeux) » (Hélène, secr. cardiologue).

Certains essaient donc de **garder une certaine distance** par rapport à la situation et aux difficultés ressenties, car ils semblent s'être résignés à propos de l'impossibilité de pouvoir répondre à toutes les demandes.

Claire, rhumatologue : « *moi j'étais pas capable de faire ça, mais après j'ai... j'ai mis mes barrières et j'ai mis mes conditions de travail.* » ;

Arthur, neurologue : « *il faut toujours trouver la limite entre ne pas trop déranger parce qu'on est tous de toute façon surchargé de travail, que ce soit généraliste ou spécialiste* ».

Et cela est tout à fait intégré par les secrétaires qui semblent plus à même de comprendre les contraintes de chacun.

Marie, secr. MG : « *ils peuvent pas toujours faire plus qu'ils ne le font déjà quoi. Comme nous ! Fin voilà... au bout d'un moment ils peuvent plus quoi.* » ;

Hélène, secr. Cardiologue : « *Il y a des jours où voilà [...] il faudrait caser trois personnes, elle peut pas.* ».

2.5 La conjoncture obligeant à trouver le juste milieu entre la vie professionnelle et la vie personnelle

Des médecins spécialistes se retrouvent à **réorganiser leur quotidien à la dernière minute** : « *Dr B va plus dire effectivement à E, mon ... « Là, là tant pis, j'ouvre un créneau, je reste plus longtemps ce jour là, mais vous me mettez ce patient, il faut qu'on le voit* ». » (Lucie, secr. orthopédiste), allant jusqu'à empiéter sur leur vie personnelle pour répondre à certaines demandes professionnelles : « *parfois il me répond même le*

dimanche (intonation de surprise) » (Elodie, MG) ; « *Et il y en a même qui nous répondent depuis la plage !* » (Nicolas, MG).

Certains médecins spécialistes semblent se sentir responsables de répondre aux médecins généralistes, même en dehors de leurs heures de travail, et **s'adaptent pour rester joignables au-delà des heures d'ouverture de leur cabinet** : « *Parce que les généralistes l'appellent quand même beaucoup en dehors (insiste) du temps de travail quoi. [...] Et elle prend les appels donc... elle va pas les laisser dans le vide quand elle travaille pas [...] il suffit que maintenant moi le mercredi je suis pas là, ils veulent un avis, ils l'appellent directement chez elle à la maison quoi ou ce genre de choses* » (Hélène, secr. cardio).

Concernant certains médecins, leurs secrétariats estiment qu'ils sont déjà **au bout de leurs capacités adaptatives** : « *c'est vrai que ... entre la gestion du cabinet, l'administratif, aller au bloc, les journées de consultes, euh et gérer encore un petit peu sa vie privée ...* » (Lucie, secr. orthopédiste) ; « *ils sont déjà drôlement surbookés en temps normal. Donc je peux pas encore leur rajouter [...] c'est difficile de faire la part des choses entre le travail et ... et le familial en fait. Parce que elle arrête pas quoi.* » (Hélène, secr. cardiologue).

Certains professionnels de santé soulignent qu'ils sont tellement débordés qu'ils ont même **du mal à satisfaire leurs besoins primaires** : « *C'est très court, mais on arrive un peu à manger* (en rigolant, manifestant la difficulté à s'accorder des temps de pause, même pour manger) » (Hélène, secr. cardiologue).

2.6 L'indisponibilité des professionnels libéraux accentuée par la hausse du nombre d'appels au cours des dernières années

Les secrétaires soulignent qu'il y a «*énormément d'appels*» (Camille, secr. MG) et qu'ils sont «*souvent au téléphone*» (Sophie, secr. MG) et «*qui sonne sans arrêt, sans arrêt*» (Camille, secr. MG), les rendant souvent **injoignables**. Ces termes soulignant la contrainte de la **surcharge téléphonique** sont également décrits par les secrétaires de médecins spécialistes : «*à tous les cabinets je crois, c'est devenu compliqué de, d'avoir quelqu'un au téléphone. [...] Parce que ... on a tellement d'appels !*» (Lucie, secr. orthopédiste) ; «*C'est ça qui est un peu compliqué. Parce que il y a beaucoup d'appels*» (Hélène, secr. cardiologue).

A cette indisponibilité liée à la surcharge d'appels s'ajoute la difficulté du manque de temps lié à la surcharge de travail. La **communication** est donc parfois très difficile car **chronophage et énergivore** «*ça demande de l'énergie parce que parfois il faut rappeler*» (Elodie, MG), les professionnels de santé sont **obligés de s'y reprendre à plusieurs fois** pour obtenir leurs réponses «*Ça répond pas, donc ... on ... je réessaie hein (rire partagé). Je réessaie*» (Amandine, MG) ce qui est parfois source d'agacement «*après c'est quand même chronophage quand on est obligé d'appeler cinq fois et ... qu'on a quand même quelqu'un au téléphone ! [...] Parce que ... on a un peu autre chose à faire quoi (en rigolant un peu)*» (Nicolas, MG). Les secrétaires ont un discours un peu plus résigné : «*Il y en a 2-3 dans le lot. Et puis on le sait que ... ça va être long pour les joindre.*» (Sophie, secr. MG).

3. Le rôle et la place du secrétariat dans la communication entre médecins

3.1 Différentes missions investies aux secrétaires médicales

3.1.a) Rôle d'intermédiaire pour la communication directe entre médecins

Dans la plupart des cabinets, la priorité semble être de **faciliter une communication directe entre médecins**, les secrétaires décrivent leur rôle comme étant « *vraiment l'intermédiaire* » (Sophie, secr. MG) entre les médecins. Cela libère ainsi du temps et du confort pour les médecins pour qui ils travaillent.

Arthur, neurologue : « *la secrétaire qui du coup me transfère les mails quand c'est nécessaire [...] c'est elle qui ... qui répond. Et du coup qui nous transfère, qui nous transfère après.* » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « *Je transfère l'appel directement. Quand c'est des choses ... assez particulières et bien précises et un peu plus complexes, où là moi je sais que moi je vais pas pouvoir forcément répondre ... là je passe directement au chirurgien.* ».

Certains secrétaires semblent être **soulagés de ne pas avoir à s'impliquer activement dans la communication** avec les médecins, se sentant parfois dépassés lorsque les discussions deviennent **trop techniques sur le plan médical** : « *je préfère quand même quand c'est des médecins que ce soit le médecin qui, qui parle... Ils, ils parlent le même langage, ils se comprennent mieux... le médecin aura de meilleurs arguments que moi (en rigolant), voilà.* » (Marie, secr. MG).

Il semble également que ce soit **ce que les médecins attendent d'eux** : « *Je vais pas dire la même chose avec... à la secrétaire ou au secrétaire que... qu'au médecin, parce*

que de toute façon à un moment elle me dit « mais euh arrêtez parce que là c'est médical, moi je sais pas » (rigole) donc [...] si elles sont dépassées, passer l'appel au spécialiste enfin c'est ... et la plupart du temps, quand c'est des secrétaires qui sont bien formées, elles... quand ça devient trop médical elles passent l'appel au... au spécialiste, donc ... elles font bien leur travail » (Nicolas, MG).

3.1.b) Rôle de bouc émissaire

Les secrétaires, étant en première ligne pour les appels, font face à de nombreuses difficultés : « (Inspiration marquée avec réponse dans l'expiration soufflée) *Bah moi je fais un peu tampon hein (puis rigole)» (Marie, secr. MG), source parfois de **charge mentale supplémentaire** « c'est toujours difficile d'encaisser quelque chose comme ça. » (Hélène, secr. cardiologue). Certains décrivent **devoir** « **joue[r] à la méchante** » (Sophie, secr. MG) ce qui n'est pas toujours facile à assumer notamment en raison de **l'augmentation des exigences de la part des patients, voire des patients qui deviennent** « presque violents » (Camille, secr. MG) comme le montrent les différents témoignages :*

Camille, secr. MG : « il y a un monsieur qui est arrivé du petit village d'à côté avec son téléphone en main : (prend une voix grave et un peu énervée) « Ouais ! ça fait vingt minutes que j'essaie de vous appeler ! Vous voyez ? Vous me répondez pas ! Qu'est-ce que vous foutez ??? Enfin ! », et elles se sont faites insulter ... et ... puis il racontait n'importe quoi euh (en reprenant la même voix qu'avant) « C'est moi qui les paye ! C'est des fonctionnaires ! » Enfin... n'importe quoi ! Mais... voilà, il avait besoin de cracher sa hargne... [...] pareil, où là c'était une nana qui, qui a pété ... voilà. Et c'est tout de suite les insultes, et c'est tout de suite les menaces, et... c'est pour un rendez-vous quoi ! C'est... (rigole) » ;

Hélène, secr. cardiologue : « *il y a beaucoup de demandes. Enormément. Après... du moment où ... je met un rendez-vous quatre mois ou six mois après ben ... « mais non ! Vous vous rendez compte ?? Euh mais on peut crever entre temps !! » Fin cette phrase je l'ai ... tous les jours hein (en posant fortement les mains sur la table), euhm je sais pas combien de fois par jour (refait le mouvement des mains) ! « Ouais je peux crever ... Mais non ça va pas il me faut un rendez-vous plus rapide ! Mais vous vous rendez compte ?! » Enfin voilà. Donc c'est un peu ... c'est ça un peu cette pression ... des personnes en fait qui veulent rendez-vous tout de suite. ».*

Ces violences proviennent aussi **parfois des soignants** :

Lucie, secr. orthopédiste : « *le (insiste) médecin traitant ... m'a envoyé un mail pour m'expliquer ... que voilà il trouvait ça inadmissible... de devoir prescrire un arthroscanner et qu'il ne le ferait pas. » ;*

Hélène, secr. cardiologue : « *Si une fois, je vais pas vous mentir, une fois j'ai eu un souci. [...] Une patiente m'appelle comme quoi il lui fallait un rendez-vous urgent [...] ben alors je dis « écoutez, s'il y a vraiment urgence, voyez votre médecin traitant et il peut nous rappeler ou vous nous rappelez ». Et ben du coup elle a appelé le médecin traitant, et le médecin traitant m'a rappelé. Et là il m'a un peu incendié, il a dit « ouais bon c'est pas normal, faut pas dire ça aux patients parce que sinon j'arrête pas de téléphoner aux spécialistes et tout ! » enfin bref. [...] c'est le patient qui l'a énervé en fait. Et du coup après il a déchargé sur moi. [...] c'est toujours difficile d'encaisser quelque chose comme ça. ».*

Ce rôle semble être rationalisé par les secrétaires, bien qu'ils semblent **éprouver une certaine forme de frustration** : « *on va avoir le droit à notre petite réflexion qui nous concerne pas, mais qui concerne le médecin qui fonctionne pas comme les autres, voilà » (Camille, secr. MG).*

Cela peut avoir un **impact significatif sur la santé mentale** des soignants, compromettant leur bien-être et, par conséquent, leur capacité à travailler efficacement, ce qui peut également affecter la communication entre professionnels de santé : « *faut penser à autre chose, il faut... penser aux bons côtés aussi du travail parce qu'il y a plein de bons côté* » (Camille, secr. MG).

3.1.c) Rôle d'optimisation du temps médical par les secrétaires

En libérant du temps, les secrétaires facilitent la communication entre les médecins « *pour nous c'est la meilleure décision qu'on ait prise ... de recruter une secrétaire [...] par rapport à la communication avec les spécialistes ... je trouve que ça ... c'est, c'est, c'... ça, ça simplifie beaucoup les choses* » (Amandine, MG).

3.1.c).(1) Participation dans l'organisation du cabinet

Les secrétaires ont pour mission d'optimiser le temps des médecins en veillant à **une organisation efficace du cabinet**, permettant ainsi aux médecins de ne gérer « *que le médical* » (Marie, secr. MG) sans être distraits par des responsabilités administratives ou organisationnelles comme « *La mise à jour des agendas [...] Le suivi du stock du matériel* » (Sophie, secr. MG) ; « *Moi je fais l'encaissement, je prends les rendez-vous, je prends le téléphone* » (Marie, secr. MG). Si le secrétaire peut s'occuper de choses c'est lui qui gère : « *donc les choses ... voilà, ou que je peux gérer... il me dit euh* » (bruit d'air qui s'échappe de la bouche, comme quelqu'un qui en a marre) *vous gérez* » » (Lucie, secr. orthopédiste).

3.1.c).(2) L'optimisation des appels téléphoniques

Nous y reviendrons plus en détail par la suite, mais l'utilisation du téléphone est chronophage, et les secrétaires médicaux contribuent à **optimiser le temps consacré**

aux appels : « *Quand Dr Associé ou Dr Associé 2 veut parler à un spécialiste, moi je, j'appelle le cabinet, donc j'ai la secrétaire, et je dis que Dr Associé ou Dr Associé 2 veut parler au médecin* » (Sophie, secr. MG).

3.1.c).(3) La gestion des rendez-vous

Ils contribuent également à une meilleure **gestion des rendez-vous** : « [citation de la phrase d'un confrère] *ma secrétaire trouve le rendez-vous et je le revois quand c'est fait* » (Amandine, MG) ; « *on prend le rendez-vous auprès du secrétariat* » (Nicolas, MG) ; « *il faut poser un Holter ECG ou une MAPA ou ce genre de choses, je vais le faire de moi-même* » (Hélène, secr. cardiologue).

3.1.c).(4) La récupération ou transmission de données manquantes

Les secrétaires médicaux ont également leur rôle dans la **récupération de données manquantes** : « *c'est les secrétaires hein, il manque un numéro de téléphone dans le dossier, ou j'arrive pas à joindre madame, ou vous avez son adresse mail* » (Amandine, MG). Ils vont aussi **envoyer les courriers** « *c'est elle qui envoie les courriers* » (Arthur, neurologue) ou **récupérer les comptes rendus** manquants « *quand j'ai pas de compte rendu, c'est les secrétaires justement qui s'en occupent* » (Amandine, MG) ; « *souvent elles me demandent d'appeler les spécialistes parce que on n'a pas eu les comptes rendus* » (Sophie, secr. MG).

3.1.c).(5) Autonomisation du patient

Ils jouent aussi un rôle dans **l'autonomisation des patients** en leur rappelant les documents nécessaires pour la consultation afin de pouvoir répondre au mieux à la demande : « *la secrétaire quand elle ... quand elle a les gens, elle leur dit « ramenez tout,*

vos imageries, IRM, résultats, et ... et ... et les ordonnances » » (Arthur, neurologue) ; « quand ils prennent rendez-vous ... je demande qu'ils l'emmenent [le dossier médical] plutôt par clef USB ou ... de nous l'envoyer par mail » (Sophie, secr. MG) ; « je pose les questions, les imageries, est-ce qu'ils ont tout » (Lucie, secr. orthopédiste).

Cependant, autonomiser le patient n'est pas toujours facile, les secrétaires décrivent un **comportement régressif des patients** qui ont « *de plus en plus besoins d'être pris par la main* » (Marie, secr. MG).

Sophie, secr. MG : « Mais souvent je fais rappeler le patient parce que je me dis qu'il faut aussi qu'il se responsabilise. Parce que si moi je lui fais tout, voilà ... c'est, c'est plus facile, alors que s'il doit rappeler une deuxième fois, ben s'il oublie, ben c'est tant pis pour lui quoi. Donc il faut aussi le faire un peu ... (en rigolant) responsabiliser. » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « On a déjà nous ce problème des fois avec les patients, parce qu'ils sont (en chuchotant) ... voilà, ils appellent avec un peu avec les mains dans les poches ».

3.1.d) Rôle d'enquêteur

Les secrétaires s'efforcent de poser un maximum de questions pour **bien cerner les demandes** des appelants et tenter d'y répondre. Ils doivent à la fois **être informés et attentifs** pour pouvoir orienter au mieux les appelants.

Sophie, secr. MG : « en général quand un spécialiste appelle, je demande pour quel patient, donc dans quelle spécialisation et ... bon en général ils se présentent, [...] ils ne disent pas forcément le nom du patient mais je demande toujours » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « il y en a par contre qui veulent juste un avis, et... quand ... pareil, là j'essaie un petit peu de sonder, [...] je vais poser des questions vraiment bien, bien précises [...] quand il y a pas grand chose, quand c'est pas franc, là je vais me prendre plus

de temps et je vais poser plein de questions [...] nous on a besoin (insiste) de, de connaître les imageries, les dates ».

Ce rôle est nécessaire **surtout quand des données sont manquantes** :

Lucie, secr. orthopédiste : « *c'est pas forcément des médecins qui les suivent depuis longtemps, mais ... ça m'est déjà arrivé de demander « mais c'est, c'est suite à une chute ? – Ah bah je sais pas » (petit temps de pause). OK. Euh ... « est-ce qu'elle a une radio ? – Ah je sais pas, il faudrait demander au patient » (avec les joues qui se gonflent et dégonflent nonchalamment). Euh... Voilà !* ».

3.2 Différence entre télésecrétariat et secrétariat physique

Nous détaillerons plus tard l'importance du filtre que constitue le secrétariat dans les appels. Cependant, plusieurs personnes interrogées ont souligné **une distinction** entre les cabinets disposant d'un **secrétariat sur place** et ceux ayant un **secrétariat à distance**.

3.2.a) Le secrétariat présentiel

Le secrétariat présentiel, en plus de filtrer les appels téléphoniques, assure **l'accueil des patients** et contribue à **humaniser les relations**, renforçant ainsi le lien entre les patients et les professionnels de santé.

Amandine, MG : « *nous d'avoir quelqu'un sur place, ça nous ... et puis ça..., elles font aussi tellement plus que le secrétariat téléphonique. Voilà. Donc ... fin moi je trouve ça ... je ne reviendrai pas en arrière !* » ;

Claire, rhumatologue : « *fin moi j'aimerais avoir une secrétaire physique. Je trouve que c'est mieux (insiste) d'avoir un visage, que les gens disent « bonjour » et que les petits alsaciens*

puissent discuter avec la secrétaire. Fin moi je trouve que c'est mieux d'avoir une secrétaire. » ;

Camille, secr. MG : *« on retrouve aussi au niveau des patients, c'est toujours un peu les mêmes patients qui reviennent. On sait où ils habitent, on les croise au marché, on ... c'est vrai que ça joue quand même aussi ça. Il y a une espèce de... de, de, de proximité qui fait que... on va pas dire que tout le monde se connaît, mais... quand on se croise, voilà on se croise dans la rue, ils savent que c'est la secrétaire de tel endroit, moi je sais que c'est tel patient de tel médecin, voilà. Ça s'arrête là bien sûr que... mais voilà, il y a une... une proximité qui fait qu'il y a une ... une espèce de, d'entente, une... voilà. Et c'est, c'est assez... c'est assez sympa à vivre, ouais ».*

Le nombre réduit de secrétaires **facilite également l'application des consignes internes** : *« je sais pas si c'est agréable mais en tout c'est, c'est plus simple (insiste) pour les spécialistes d'avoir ... une secrétaire en présentiel, parce que on va répondre. On est, fin moi je suis pas une plate forme qui va laisser un message pour que le médecin rappelle dans les s... fin, voilà, c'est plus direct (insiste) si vous voulez. Si le médecin est s... au cabinet, ils savent qu'ils l'ont ... dans la minute quoi, alors que c'est pas... voilà. Je pense que c'est surtout ça l'avantage » (Marie, secr. MG).*

De plus, les secrétaires, en établissant **une relation plus personnelle avec les patients**, sont souvent mieux à même de répondre aux demandes des interlocuteurs et ainsi éviter certaines erreurs.

Sophie, secr. MG : *« Parce que je sais quand même qui, qui suit qui comme ... voilà donc des fois il y a des ... des petits ... qui ne correspondent pas toujours » ;*

Marie, secr. MG : *« Je pense que c'est surtout ça l'avantage ... d'une secrétaire en présentiel qui connaît, enfin moi à force depuis voilà... bientôt 15 ans, fin... je connais les gens... voilà,*

les patients pour la plupart, voilà ... j'ai... quand ils me parlent, oui je vois déjà (en rigolant discrètement) et je connais un peu les antécédents et tout ça donc, voilà. ».

3.2.b) Le télésecrétariat

3.2.b).(1) Les inconvénients

Le télésecrétariat est une solution gérée par des plateformes avec de nombreux secrétaires ce qui peut entraîner une **dépersonnalisation de l'accueil**. Il devient également plus **difficile de faire respecter les consignes**, avec un turn-over souvent élevé. Cela est **généralement perçu comme un obstacle** à la communication entre professionnels de santé, comparé à un secrétariat présentiel.

Nicolas, MG : « c'est plus un frein (petit rire) parce que les spécialistes qui appellent se trouvent retoqués à dire « on laisse un message et on vous rappelle », alors que ça fait vingt fois qu'on leur dit que si c'est un spécialiste il faut qu'ils nous passent l'appel. Donc... le télésecrétariat pour ... l'interaction avec les spécialistes je suis pas sûr que ce soit quelque chose de bénéfique ... ni dans un sens ni... dans l'autre sens euh en fait [...] j'ai essayé d'appeler le pneumologue, et je suis tombée sur une ... une plateforme qui m'a envoyé bouler, alors... je me suis dit c'est bizarre, en général, fin la secrétaire passe l'appel et ... et voilà. Et ben il nous a dit « ah bah on a un sur secrétariat, enfin une plateforme téléphonique qui fait n'importe quoi » (petit rire), voilà. » ;

Claire, rhumatologue : « Non, je les appelle quand je vois qu'elles font n'importe quoi (fini le mot en rigolant) ! Que il y en a une qui, il y en a une qui appelle le patient qui laisse le message sur le répondeur, le patient il rappelle, c'est une autre qui décroche, elle a pas suivi la conversation, elle a pas lu la note, elle me repose deux fois la même question, donc là je m'énerve. Fin je m'énerve, je les appelle je leur dis « non là c'est n'importe quoi ». Ou

quand ça me met, quand c'est une nouvelle qui arrive elle met des rendez-vous partout sur tous les trous qu'elle voit, je dis que c'est pas comme ça que ça marche, donc là je la rappelle».

3.2.b).(2) Les avantages

Cela représente une solution permettant de **gérer la surcharge d'appels** : « *Après la configuration fait que ben les méd G ils ont pas forcément envie ni besoin d'avoir une secrétaire physique, donc c'est pour ça que j'ai pris un télésecrétariat au début. C'est important pour filtrer en fait* » (Claire, rhumatologue).

De plus, la **relation de confiance étant moins solide** entre les médecins du cabinet et les secrétariats à distance, les tâches confiées à ces secrétaires se **limitent souvent à l'accueil téléphonique**. Cela réduit les possibilités de délégation et limite l'optimisation du temps pour les médecins dans leur communication avec les autres professionnels de santé que nous détaillerons plus loin : « *contrairement à une secrétaire, c'est vrai qu'on ... sollicite pas le télésecrétariat pour appeler les spécialistes* » (Nicolas, MG).

Le télésecrétariat présente l'avantage de **collaborer avec plusieurs médecins de différentes spécialités**, ce qui leur permet d'aider les jeunes praticiens à éviter d'être submergés dès leur installation.

Claire, rhumatologue : « *Après elles m'ont demandé hein ! Elles m'ont demandé, parce que jeune installée j'ai dit « Bonjouuuuur ! Alors j'ouvre de 9 heures à 18 heures » (avec une voix d'une personne un peu naïve et aigüe) elles ont dit « non, non docteur faut pas faire ça, faut pas faire ça. Et alors on filtre comment alors les urgences : qu'est-ce qui est urgent pour vous, quand est-ce qu'on peut rajouter ? » et au fur et à mesure j'ai pris. ».*

3.3 La présence d'un secrétariat facilitateur de communication

3.3.a) Réducteur d'appréhension

Lorsque les professionnels de santé savent qu'un secrétariat est présent dans le cabinet qu'ils souhaitent contacter, la **communication semble être facilitée**, car **l'appréhension de déranger**, même pour des informations « banales », est **réduite**. Cependant, cela nécessite des **secrétaires réactifs**.

Amandine, MG : « ça impacte sur les secrétaires donc je pense que pour eux c'est tout bénéf aussi ... de ... de passer par notre secrétariat pour tout ce qui n'est pas médical en fait [...] je trouve que si déjà, fin tu vois, si les secrétaires sont ... sont là et réactives ... » ;

Nicolas, MG : « D'abord j'appelle le secrétariat pour ... voir s'ils sont là, fin ... peut-être pas la peine de les embêter sur le portable... ouais, je passe d'abord par le secrétariat. » ;

Marie, secr. MG : « La communication bah déjà, ce qui est je pense ... je sais pas si c'est agréable mais en tout c'est, c'est plus simple (insiste) pour les spécialistes d'avoir ... une secrétaire en présentiel, parce que on va répondre » ;

Hélène, secr. cardiologue : « qu'il y ait quand même un relais, qu'ils arrivent quand même à avoir quelqu'un les gens ».

3.3.b) Explicateur d'habitudes de fonctionnement

De plus, le secrétariat joue un rôle important en **expliquant les attentes des médecins et leurs habitudes** de travail ou de communication, ce qui contribue à fluidifier la communication et à accélérer la prise en charge des patients.

Amandine, MG : « elles nous disent si on veut rentrer en contact avec le spécialiste « envoyez lui un mail », ou avec un radiologue « envoyez un mail, envoyez la demande d'IRM avec tous les détails et le radiologue va statuer » » ;

Claire, rhumatologue : « Je leur ai dit « ben voilà, mes critères d'urgence c'est ça, c'est ça, c'est ça, les patients qui rappellent ben faut leur dire que le lundi matin je suis au CHU, que le mercredi je travaille pas, que le jeudi je suis à Cville, donc physiquement au cabinet j'y suis le lundi, le mardi, le vendredi » » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « il faut un petit peu s'expliquer comment ... du coup ça fonctionne chez le spécialiste [...] on souhaite voir le patient bah voilà avec toutes les imageries, pour qu'il y ait qu'une seule consultation de prise et après poser ... bah le diagnostic [...] je lui ai expliqué voilà comment Dr A souhaitait qu'on, qu'on procède » ;

Hélène, secr. cardiologue : « j'ai du faire un mail ... aux différents généralistes, pour s'ils ont des avis ou des ... des demandes particulières directes au docteur ils passent par une plateforme, je sais pas [Nom de la plateforme de téléexpertise] ».

3.4 La communication entre secrétaires

Lorsqu'il s'agit d'**échanges d'informations médicales de base**, tels que les antécédents ou les traitements, ou pour récupérer des données administratives simples, la communication peut se faire directement entre secrétaires, sans impliquer les médecins.

Marie, secr. MG : « la majeure partie du temps... on se débrouille entre secrétaires [...] Les secrétaires c'est plus pour des précisions ... numéro de sécu du patient qu'ils ont pas, les numéros de téléphone parce qu'ils arrivent pas à le contacter » ;

Camille, secr. MG : « Souvent oui c'est entre secrétaires, et ils veulent... bah pareil c'est toujours pareil, ils... ou alors il leur manque une ordonnance. Voilà, il leur manque une ordonnance pour la consultation de la personne... au moment là, la personne elle a oublié son ordonnance donc ils nous envoient un mail ou ils nous téléphonent pour nous demander cette ordonnance en, en dernière ».

Ou simplement **pour la prise de rendez-vous** qui ne nécessite pas une communication directe entre médecins.

Marie, secr. MG : « *les secrétaires à la limite que j'ai... plus en ligne parce que ils... moi je demande des rendez-vous urgents (en rigolant) chez elles* » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « *je suis vraiment... souvent en contact avec d'autres secrétaires médicales, parce que ... je prends tous les rendez-vous pour ... pour les patients quand il y a une prothèse d'épaule, c'est moi qui leur prend les rendez-vous : dentiste, ORL, cardiologue (en rigolant légèrement). On laisse pas la place ... au bénéfice du doute et qu'ils arrivent avec rien !* ».

Un interrogé a toutefois souligné l'importance de **maintenir de bonnes relations** même **entre secrétaires** afin de faciliter la communication : « *après quand on est entre secrétaires sympas ça passe quand même mieux quoi ! (Rire partagé)* » (Marie, secr. MG).

3.5 L'indifférence des médecins envers le rôle actif des secrétaires dans la communication autour du patient

Les secrétaires **ressentent une certaine indifférence de la part des médecins, marquée** tout de même **d'une tristesse quant à leur rôle direct dans la communication**. Ils notent que leur **contribution** semble **peu valorisée**, certains notant que les soignants préfèrent éviter de leur parler directement lorsqu'ils ont le choix « *Personne ne veut parler à moi (rigole)* » (Sophie, secr. MG). Pour justifier cette attitude, **leurs compétences et leur contribution** à la communication entre soignants sont souvent **minimisées**.

Sophie, secr. MG : « *Ben on est vraiment l'intermédiaire hein. Je pense quand même. [...] parce que du coup maintenant il y a deux secrétaires au cabinet, donc ... voilà,*

donc forcément l'appel passe par nous. [...] c'est très rapide hein. J'ai aucun..., aucune communication » ;

Camille, secr. MG : *« C'est pas un rôle ... ben comme je vous dis hein, c'est pas un ... mis à part donner voilà à la clinique X les... sinon on est pas... [...] notre rôle est quand même assez limité à l'accueil téléphonique et physique et l'orientation des gens ici, mais pas... pas spécialement... on a, on a pas de demandes de la part des médecins pour prendre des rendez-vous par exemple [...] je vous dis, c'est pas l'essentiel de notre travail [...] on est quand même pas totalement en relation avec des, des... spécialistes ».*

3.6 Il existe parfois des incohérences entre les messages transmis à

l'appelant et la réalité

Lorsque les médecins appellent et **passent par le secrétariat** sans parler directement avec le médecin, soit parce que celui-ci est indisponible, soit parce que l'appelant n'en ressent pas le besoin, **les consignes données et leur mise en pratique peuvent différer**, pouvant être source d'agacement pour l'appelant.

Amandine, MG : *« La secrétaire me dit « pas de problème, le secrétariat du Dr G sera disponible à 16h30 le patient peut rappeler et on le rajoutera ». Sauf que le patient m'a rappelé tout à l'heure pour dire euh (avec petit rire dans la voix) « le secrétaire est pas du tout d'accord que ce soit moi qui prenne le rendez-vous » [...] Donc là il y a eu une mésentente ... il y a eu un manque de communication parce que ... moi je suis en consult' l'après-midi ... j'ai demandé si c'est le patient qui pouvait rappeler histoire de, que je sois pas ennuyée tout le temps ... et en fait, faut que je la rappelle cet après-midi tu vois, ça n'a pas été ... ça a pas été réglé.» ;*

Nicolas, MG : « *c'est plus un frein (petit rire) parce que les spécialistes qui appellent se trouvent retoqués à dire « on laisse un message et on vous rappelle », alors que ça fait vingt fois qu'on leur dit que si c'est un spécialiste il faut qu'ils nous passent l'appel » ;*

Arthur, neurologue : « *elle l'avait déjà fait une ou deux fois tu vois, de dire « ah oui, il vous ... il vous rappellera plus tard » alors que j'aurais été disponible tout de suite quoi ».*

3.7 La formation et l'autonomisation des secrétaires variables d'un cabinet à l'autre

Il existe une véritable **disparité dans les rôles assumés** par les secrétaires, tant entre le télésecrétariat et le secrétariat physique qu'au sein même des secrétariats physiques. Certains montrent une plus grande motivation à assumer des responsabilités, tandis que la confiance des médecins dans la délégation de tâches aux secrétaires varie.

3.7.a) La formation de secrétaire médicale insuffisante

Les **formations initiales** des secrétaires semblent souvent **insuffisantes**, et ils **apprennent** généralement **sur le terrain**, ce qui requiert un véritable désir d'implication de leur part pour gagner en autonomie. Il existe donc une **réelle disparité** entre les secrétaires quant à l'acquisition de leurs connaissances et l'autonomisation qui en résulte, impactant ainsi leurs capacités à communiquer.

Hélène, secr. cardiologue : « *on nous a pas appris forcément le métier en soit... je veux dire c'était plus ... des, des bases... de faire un courrier par exemple [...] mais c'est vrai que la... la base de la formation n'était pas ... celle du terrain en fait » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : « *je me rends compte que ... ce qui est important aussi c'est ... la formation des secrétaires médicales (avec un ton de voix légèrement plus triste). Parce que ... c'est vrai que lui il a de la chance, je suis quelqu'un qui est ... qui est, qui m'intéresse*

à beaucoup de choses, donc du coup je suis arrivée effectivement à un moment de ma vie où ... je, je peux répondre aux médecins traitants en étant sûre de moi ... de la marche à suivre [...] je pense que ça aussi effectivement ce serait intéressant que ... ben que dans les, dans les secrétariats, les, les gens soient un petit peu plus formés ».

3.7.b) Autonomisation des secrétaires par la formation interne au cabinet et l'expérience

On observe cependant une tendance à **l'autonomisation croissante des secrétaires avec le temps et l'expérience.**

Sophie, secr. MG « *ben au début on ne me demandait pas tr... pas trop de ... on ne me sollicitait pas... pas autant que, qu'en ce moment je trouve [...] je prends aussi plus d'assurance enfin, j'ai pris plus d'assurance, donc on me ... on me charge peut-être aussi de ... plus de travail par rapport à ça. Qu'au début on essaie peut-être de me (en rigolant) ... de me préserver un peu, et donc elles faisaient peut-être tout elles mêmes » ;*

Hélène, secr. cardiologue : « *Après tout s'apprend au fur et à mesure [...] Après du moment où je suis arrivée dans le cabinet, ben j'étais toute seule. Donc à un moment donné il faut y aller quoi. Voilà. Et prendre confiance, et y aller quoi [...] je suis beaucoup plus à l'aise ! ».*

Les **médecins du cabinet**, ayant **davantage confiance** en leurs capacités, **confient** aux secrétaires de plus en plus de **nouvelles responsabilités** que ces derniers n'avaient pas auparavant, voire leurs **délèguent certaines tâches**. Cela requiert une communication interne efficace, une solide confiance en soi de la part du secrétaire, ainsi qu'un réel désir de s'impliquer davantage.

Marie, secr. MG : « *Il y a quand même une relation de confiance... qui s'installe et ... ils, ils savent très..., enfin ils savent que je vais pas faire des ordonnances hop, comme ça (en rigolant), leur préparer alors que... il y a pas ... il y a pas besoin ou ... ils l'auraient pas fait*

eux. [...] les ordonnances par exemple je les préparais pas avant, je leur disais, je leur mettais « faudrait... untel qui a demandé une ordonnance pour renouveler la location du lit médicalisé » par exemple. Ça maintenant voilà, pfiout (en sifflant) je la prépare, ils signent. Des fois je... ils me laissent même signer en disant « oui vous pouvez la signer » » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « Il y a une relation de confiance qui s'est instaurée, il sait que voilà... que ce, je... je vais plutôt bien gérer, que ce soit les, les demandes urgentes, ce que je dois répondre au médecin traitant, et même des certificats médicaux que je fais moi même parce que il a pas le temps. Mais voilà, j'ai toujours son accord (avec un petit regard de culpabilité et qui se veut rassurant). Mais ... parce qu'il, il est, il a pas le temps ».

3.7.c) La légitimité du secrétariat renforcée par l'autonomie accordée par les médecins

Certains médecins accordent **une telle confiance** à leurs secrétaires qu'ils en font **des partenaires essentiels**, capables de répondre directement aux questions des appelants et de les guider sans intervention du médecin. Mais cela nécessite de prendre le temps, à la fois pour le secrétaire et le médecin.

Lucie, secr. orthopédiste : « quand je suis arrivée dans le cabinet, Dr A m'a vraiment ... formée sur un petit peu toutes les pathologies qu'il traite [...] il m'a bien formée, il m'a bien expliqué les choses, et que pour une bonne (insiste) partie des choses, je peux gérer moi : répondre au médecin traitant, répondre aux patients, demander les examens qu'il faut, voilà. [...] moi j'ai eu de la chance... il m'a donné du temps, mais voilà ... ça, ça a payé quoi. Ça, ça permet d'aider le patient, d'aider les médecins ... et de les aider eux hein, faciliter les choses. [...] tout ça en fait voilà je l'ai pris, je l'ai appris en amont avec Dr A [...] j'ai plus besoin en fait (marque un temps de pause) de demander à Dr A quelle est l'imagerie qu'il faut pour le patient en fonction de ... voilà, de mon protocole, de questions au téléphone ».

3.7.d) Certains secrétariats limités à un rôle purement administratif

Chaque cabinet ayant ses propres méthodes de fonctionnement, certains secrétaires **se limitent aux tâches administratives** classiques et ne se sentent **pas à l'aise d'aller au-delà de ces responsabilités**. Ils ne se permettent pas de prendre des libertés pour s'autonomiser et font simplement ce qu'on leur dit de faire.

Camille, secr. MG : « *Bon eux ils ont, ils sont tous sur [Logiciel Métier], nous sinon on travaille pas avec [Logiciel Métier]. Donc ils nous ont appris à gérer au, au mieux [Logiciel Métier], selon ce qu'on a à faire... cliquer sur tel ou tel... icône, enfin voilà. Voilà. C'est, c'est à notre niveau... » ;*

Camille, secr. MG : « *notre rôle est quand même assez limité à l'accueil téléphonique et physique et l'orientation des gens ici, mais pas... pas spécialement... on a, on a pas de demandes de la part des médecins pour prendre des rendez-vous par exemple [...] ça fait pas parti vraiment de nos tâches ».*

Bien que pour certains le **rôle administratif** ne soit pas leur seule fonction, il constitue néanmoins une **part significative** de leur travail.

Sophie, secr. MG : « *le mail est réceptionné sur tous les postes en même temps, mais moi je les intègre dans le ... dans le dossier du patient [...] Il y a le scan des dossiers médicaux [...] ça fait beaucoup de choses à transcrire ... à réécrire, et ça prend beaucoup, ça me prend beaucoup de temps » ;*

Hélène, secr. cardiologue : « *Parce que actuellement en fin de compte je fais, c'est ce que je leur disais, je fais que du standard (avec une voix un peu dépitée) ».*

3.8 Les attentes des secrétaires

3.8.a) Soutien de la part des médecins pour qui ils travaillent

Nous avons vu que les secrétaires étaient en première ligne et pouvaient parfois même servir de bouc émissaire, il semble donc important que **les informations communiquées aux patients soient cohérentes entre les secrétaires et les médecins**, afin de réduire les confrontations avec des patients agressifs : *« que les infos soient les mêmes vis-à-vis du patient, parce que souvent ils essaient avec le médecin, ou ils essaient avec moi, ça passe pas du coup ... ils rappellent Dr Associé sur le portable ... et je dis « mais attends, elle m'a ... fin, elle m'a juste appelé il y a un quart d'heure, j'ai dit bah non il faut qu'elle vienne en consultation » [...] du coup ben il faut quand même qu'on soit d'accord sur ... pour répondre la même chose. Ça passe pas quoi (petit rire) [...] il fallait qu'on ... qu'on soit sur la même longueur d'onde on va dire oui. Par rapport ... aux ord... surtout aux ordonnances ... qui ... sont sorties comme ça ... sur appel » (Sophie, secr. MG).*

Certains cabinets ne tolèrent plus aucun **comportement incivique** et ont mis en place des **stratégies pour dissuader les patients de récidiver**, les avertissant qu'ils pourraient ne plus être pris en charge par le cabinet médical : *« il y a Dr C qui est intervenu, un autre médecin aussi, je sais plus lequel, m'enfin ils ont essayé de le... et on lui a, parce que maintenant on fait ça depuis le COVID : on a un... un formulaire prêt à signer par les, par le méd..., par un médecin où on leur envoie avec accusé de réception en leur disant que... on a constaté qu'ils avaient été très désagréables avec le personnel et que si ça se reproduisait, il fallait qu'ils trouvent un autre médecin, enfin bon... voilà. Un courrier... qui, qui, qui est censé les recadrer un petit peu, voilà » (Camille, secr. MG).*

3.8.b) Bienveillance de la part des médecins

Il est également important que les médecins ne dénigrent pas les secrétaires et leur travail, afin de maintenir leur confiance et optimiser la communication entre professionnels de santé. Les médecins doivent **jouer un rôle protecteur** envers leurs secrétaires afin d'assurer une **solidarité au sein du même cabinet**.

Hélène, secr. cardiologue : « *ils mettent aucune pression, je veux dire, j'ai déjà assez de pression extérieure. Ils me mettent aucune pression, après ils savent que je fais mon travail, [...] ils savent que je vais le faire... et si ça vient pas tout de suite ils vont pas me mettre une pression du genre ... « allez faut quand même... ben il me le faut pour aujourd'hui quoi ! »* (en rigolant). *Non, fin voilà, j'ai pas cette pression là encore de leur part, donc... ça se passe bien » ;*

Camille, secr. MG : « *ils viennent toujours nous voir hein à un moment ou à un autre. Là quand vous êtes arrivée, je discutais avec un, voilà ils passent, on se dit deux mots ».*

4. L'informatisation des cabinets : sécurisation et fluidification des échanges parfois problématiques

4.1 Transformations et obstacles : l'impact de l'informatisation sur la communication entre professionnels de santé

L'informatisation des cabinets, initialement conçue pour améliorer l'efficacité des échanges, a profondément transformé les pratiques de communication entre les professionnels de santé. Les **courriers papier sont désormais rares** : « *On a beaucoup moins de courriers papiers, ça, ça disparaît.* » (Camille, secr. MG).

Cependant, notre étude a mis en évidence que l'informatisation peut également introduire de **nouveaux obstacles à la communication**, en raison de **problèmes**

techniques : *« je leur dis gentiment, mais... je leur dis oui, « oui c'est hyper compliqué de vous joindre ! » voilà, après la réponse elle est [...] « oui aujourd'hui on a un problème informatique »»* (Nicolas, MG).

Il arrive que les **comptes rendus de consultation ne parviennent pas** aux cabinets médicaux, ce qui génère des tâches administratives supplémentaires pour les médecins et leurs secrétaires : *« on n'a pas eu les comptes rendus [...] il y a eu un soucis au niveau informatique, on l'a pas réceptionné »* (Sophie, secr. MG).

L'informatisation des cabinets a poussé les professionnels de santé à adopter des logiciels médicaux, qui doivent désormais répondre à certaines normes depuis la loi SEGUR. Toutefois, les médecins spécialistes ont souligné que **les mises à jour de ces logiciels semblent avoir accentué les problèmes techniques**, renforçant ainsi les obstacles déjà existants à la communication liés à l'informatisation des cabinets, comme mentionné précédemment : *« En fait il y a eu une mise à jour tu sais avec ... le logiciel de la sécu, et ça a foutu le bordel en fait »* (Claire, rhumatologue).

Un médecin spécialiste a souligné que les difficultés pouvaient être en partie dues à **l'absence d'uniformisation des logiciels**, ce qui amplifie les problèmes de compatibilité et pourrait expliquer les obstacles rencontrés : *« je pense qu'il y a peut-être un problème vis-à-vis des logiciels médicaux aussi... parce que avant on avait un logiciel [...] de notre ordinateur en fait il est impossible d'envoyer un mail. Donc si par exemple on veut... envoyer à un médecin généraliste par messagerie sécurisée de santé [...] en fait c'est impossible [...] On sait pas pourquoi, on a changé de logiciel, ça fonctionne maintenant. Donc euh ... c'est vrai qu'il y a quand même des bugs comme ça qui je pense limitent »* (Arthur, neurologue).

Un des objectifs supplémentaires de cette mise à jour des logiciels est de **simplifier l'utilisation des messageries sécurisées en les intégrant dans les logiciels**. Toutefois, bien que les médecins soient informés de cette fonctionnalité, **peu d'entre eux l'exploitent réellement pour communiquer** et ne s'en servent principalement que comme base d'envoi et de réception de comptes rendus de consultation spécialisés : « *Alors, si pour le coup, on a une messagerie sécurisée sur [Nom de Logiciel métier] qu'on vient d'avoir, donc ça nous permet de récupérer des ... des... mais je l'ai pas utilisé encore pour envoyer* » (Amandine, MG) ; « *avec notre logiciel on peut envoyer directement [...] les courriers* » (Arthur, neurologue) ; « *moi j'envoie beaucoup par [...] messagerie sécurisée.* » (Claire, rhumatologue) ; « *il y a [Nom de la messagerie sécurisée] beaucoup donc ça c'est directement, ça arrive chez le médecin dans sa boîte à lui* » (Camille, secr. MG).

4.2 Les messageries sécurisées

Bien qu'il y ait une incitation gouvernementale à utiliser les messageries sécurisées « *Il faudrait comme ça je gagne des points ! (rigole) Oui, oui il faudrait que je fasse ça par ... par [Nom d'une messagerie sécurisée] ou par ... oui par [Nom d'une autre messagerie sécurisée] là. Pffff.* » (Amandine, MG), **leur adoption reste limitée** : « *il y en a qui m'envoient des mails sur [Nom d'une messagerie sécurisée] je crois (doute sur le nom) ? Je crois que c'est via ce biais là, mais c'est hyper rare...* » (Elodie, MG) ; « *les messageries [Nom d'une messagerie sécurisée], jamais on ... j'ai des mails par [Nom d'une messagerie sécurisée] ... ou c'est extrêmement rare... pour demander un avis* » (Arthur, neurologue).

Cela s'explique par le fait que ces **messageries ne font pas partie des habitudes de communication** des médecins, auxquels s'ajoutent des **problèmes**

techniques qui les **dissuadent** de les utiliser : « *actuellement, globalement moi les mails ça passe par ma messagerie ... fin du cabinet quoi ... donc c'est pas des messageries sécurisées. Euh et ça ... ça je pense que c'est un problème parce que aujourd'hui on a quand même, fin ça fonctionne pas trop mal quand même les messageries sécurisées. Mais ... fin ça fonctionne plus ou moins (rire) [...] C'est peut-être parce que c'est pas encore au point [...] c'est pas quelque chose qui est envisageable pour que ça soit fluide et fait régulièrement en fait* » (Arthur, neurologue).

Parmi les problèmes techniques décrits, les médecins **spécialistes déplorent la perte de leurs mails sécurisés quelque part** « *dans la stratosphère* » (Claire, rhumatologue) sans pouvoir incriminer les logiciels médicaux puisque pour certains médecins d'un même cabinet cela fonctionne mais pas pour d'autres : « *je lui ai demandé si elle recevait mes courriers, et en fait elle recevait pas mes courriers. C'était un problème de la messagerie, ils étaient envoyés à chaque fois hein. Et il y a sa collègue du même cabinet ça fonctionnait (petit bruit d'étonnement)* » (Arthur, neurologue).

Cela **engendre cependant des quiproquos** dans la communication puisque les médecins généralistes peuvent penser que le médecin spécialiste ne souhaite tout simplement pas communiquer : « *il y a un médecin qui m'a dit que en fait il... avait jamais de courriers de ma part ! Mais il me l'a dit j'avais déjà vu la patiente six fois ! J'avais déjà fait six courriers envoyés je ne sais pas où dans la stratosphère ! Mais visiblement pas au méd G* » (Claire, rhumatologue). Parfois, les mails sécurisés **n'arrivaient tout simplement pas à être envoyés** : « *moi les mails ils s'envoyaient pas pendant un moment* » (Claire, rhumatologue).

Cela dit, tous s'accordent à reconnaître que le **faible usage des messageries sécurisées n'est pas l'idéal** : « *on a les mails [Nom d'une messagerie sécurisée], mais ...*

pfff, je vous avoue j'ai pas encore vraiment le... le réflexe ... [Nom d'une messagerie sécurisée], même si ... c'est ce qu'il faudrait faire parce que au moins on peut coter les choses et ... et c'est de manière sécurisée » (Nicolas, MG) et qu'il **faudrait plus les utiliser** notamment afin de pouvoir **protéger les données** de santé des patients : « *Théoriquement on n'a pas le droit de parler de patients sur (rigole), sur les messageries normales* » (Arthur, neurologue).

Un autre avantage des messageries sécurisées est qu'elles permettent **d'obtenir facilement les coordonnées directes** des soignants avec qui l'on souhaite communiquer : « *la messagerie, les messageries [Nom d'une messagerie sécurisée], on les a tous, on a l'annuaire* » (Arthur, neurologue). Cela facilite la communication quand les professionnels de santé ne disposent pas des autres coordonnées permettant de joindre le médecin « *je suis au Centre à Cville, j'ai des gynécos de Cville qui m'envoient parfois des patients, fin des demandes de rendez-vous suite à une densito faite après la ménopause, et là elles m'envoient le mail sur [Nom d'une messagerie sécurisée], parce qu'elles ont pas mon mail...* » (Claire, rhumatologue).

Il existe donc une reconnaissance générale de l'importance des messageries sécurisées, et **certains tentent de modifier leurs habitudes de communication**. Toutefois, même après la résolution des problèmes techniques, il **reste souvent difficile** de changer ces habitudes et leur utilisation reste occasionnelle : « *donc on a changé le logiciel [...] je peux aujourd'hui envoyer des messages directement à un médecin généraliste. Et c'est vrai que maintenant que j'ai ça, ça m'est d'ailleurs déjà arrivé une ou*

deux fois d'envoyer, d'envoyer ... par, par ... par messagerie sécurisée de santé» (Arthur, neurologue).

4.3 Les messageries de communication internes aux logiciels métiers :

fluidification des échanges au sein d'un cabinet

Une marque de logiciel métier propose une messagerie interne qui permet des échanges a priori sécurisés et offre l'avantage de fonctionner **comme une messagerie instantanée** permettant donc une rapidité dans les échanges :

Elodie, MG : « J'ai un psychiatre [...] il m'avait répondu en me disant par [la messagerie interne d'un logiciel métier] en me disant ... « c'est plus simple par ce biais là, on peut se contacter comme ça ... c'est plus ... c'est plus simple quoi, c'est plus rapide » ;

Claire, rhumatologue : « Et après il y a des méd G maintenant qui me connaissent bien à ... bah à Hville et qui m'écrivent sur [ce logiciel métier]. Et là du coup c'est bien, moi j'aime bien [ce logiciel], je sais pas si c'est forcément très sécurisé, mais... c'est un tchat, donc en fait pendant que le patient passe la carte vitale et qu'il se déshabille, j'ai le temps de regarder le problème et après pendant qu'il se rhabille ben je dis « ben fais ci, fais ça, il y a pas de soucis je le verrai » et c'est plus rapide ».

D'autres logiciels métiers ont également une messagerie interne sécurisée mais qui elle fonctionne plutôt comme une **messagerie sécurisée classique**.

Amandine, MG : « Alors, si pour le coup, on a une messagerie sécurisée sur [logiciel métier] qu'on vient d'avoir » ;

Marie, secr. MG : « Les mails ... donc les par... qui viennent [...] bientôt par [logiciel métier] aussi. ».

Seulement, l'utilisation de ces médias de communication **a tendance à totalement laisser à l'écart les secrétaires médicaux** : « Ben c'est de plus en plus les...

les messageries internes je dirai. Ça passe encore par nous mais plus beaucoup hein»
(Camille, secr. MG).

5. Les médias de communication disponibles et utilisés

Avec la **multiplication des outils** de communication, il devient parfois difficile de savoir quel moyen est le plus efficace pour joindre ses collègues. Il est important de **connaître ceux qui permettent de rendre les soignants disponibles**. Tous les interrogés reconnaissent l'importance de maintenir une communication fluide et régulière mais qui nécessite de **connaître les habitudes de communication de chacun**.

5.1 Les mails

5.1.a) L'obtention des adresses mails

Pour pouvoir communiquer par e-mails classiques, les médecins ont besoin d'obtenir les adresses. Pour cela, **les secrétaires permettent de faciliter l'obtention** de ces données.

Elodie, MG : *« j'avais déjà son adresse mail parce que j'avais ... c'est ... c'est un urologue avec qui je travaille pas mal ... et je l'avais déjà ... j'avais déjà contacté son secrétariat par téléphone [...] premier contact forcément par téléphone parce que j'avais pas leurs adresses mail ... »* ;

Arthur, neurologue : *« pour avoir mon adresse mail, elle est pas ... elle est affichée nulle part. Donc c'est un moment donné ils ont appelé, on leur a donné le mail directement »*.

5.1.b) Les avantages exprimés

5.1.b).(1) Permettre de communiquer en fonction des disponibilités de chacun

On constate que l'e-mail classique est un moyen de communication privilégié car il est **facile** à utiliser, **rapide** et permet à chacun de **répondre selon sa disponibilité**.

Elodie, MG : « *je sais pas si c'est très bien mais je prends ma boîte mail orange en fait ... je communique surtout par ma boîte mail orange ... sur leurs adresses ... pro ou pers ou fin... perso finalement [...] je trouve le mail c'est euh... ça permet ... à la personne de le lire quand elle veut ... euh ... de prendre le temps ... de lire, de pas la déranger pendant la consultation* » ;

Amandine, MG : « *je vais avoir plutôt tendance à communiquer par mail ... à ... à envoyer un mail soit quand je suis en consultation avec le patient, ici au cabinet parce que ça se fait rapidement avec le logiciel. Soit, je le fais le soir ...* » ;

Arthur, neurologue : « *Mails réguliers, euh ça c'est vraiment le ... le plus qu'on ait. [...] C'est ce que je trouve d'ailleurs le mieux, les mails. C'est là que ça passe le mieux.* » ;

Claire, rhumatologue : « *Les mails je trouve c'est tellement, c'est tellement plus simple ! [...] c'est rapide, je peux le lire au feu rouge (en rigolant), sur mon canapé à 22 heures, et en, en fait dans la journée j'ai pas le temps [...] donc en fait les mails ça me permet de les traiter quand je veux. [...] Donc le mail ça me permet de le faire quand, quand je peux (insiste) traiter les mails.* » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « *quelques médecins traitants ont l'adresse mail par exemple directement du Dr A, donc je reçois les demandes tout de suite sur ma boîte mail.* ».

- 5.1.b).(2) Permettre d'obtenir un avis rapide pour faire avancer la prise en charge patient

Parfois, la communication vise principalement à **obtenir un avis rapide afin de faire progresser les choses** directement pour le patient **de manière autonome**. Comme il ne s'agit pas d'une urgence, ces demandes se font généralement par écrit afin de pouvoir s'adapter aux disponibilités de chacun : *« je passe par mail c'est ra... c'est qu'il y a une question derrière qui nécessite ... que moi je peux prendre en charge peut-être sans que le ... fin ... voilà, ça peut être pour tout, mais ... je peux moi même adapter par exemple l'adaptation thérapeutique, ou si j'ai une question c'est pour après tenir le patient au courant de la ... de la réponse ... »* (Elodie, MG).

5.1.c) Les inconvénients exprimés

Le problème avec les e-mails non sécurisés est qu'ils **ne protègent pas les informations médicales des patients**, ce qui peut poser problème en cas de piratage. Bien que les soignants en soient conscients, ils continuent souvent à utiliser ce mode de communication, surtout lorsque leur **réseau est établi et que chacun dispose des coordonnées de ses interlocuteurs** : *« j'ai été piratée il y a deux semaines, mais j'ai changé mon mot de passe (rire). Donc voilà, surtout je sais pas si c'est la bonne solution, mais là c'est la première fois en quatre ans que j'ai été piratée [...] tous mes contacts ont cette boîte mail là, ont cette adresse mail là maintenant, donc c'est vrai que tout changer j'avoue ... c'est un peu ... embêtant quoi »* (Elodie, MG).

Cependant, il est envisageable de **sécuriser les boîtes mails classiques** afin de **maintenir son carnet d'adresses** sans bouleverser radicalement les modes de communication. Toutefois, cela demande des efforts pour se renseigner et peut entraîner des coûts financiers : *« j'ai déjà réfléchi à prendre sinon une boîte sécurisée ... je*

sais que [nom de serveur] le fait ... fin ...pareil, faut que je prenne juste le temps de regarder cette adresse mail là » (Elodie, MG).

5.1.d) Les e-mails une solution de secours même si ce n'est pas le média privilégié de certains

En revanche, certains professionnels de santé ne sont **pas à l'aise avec ce type de média** et le déclarent clairement : « *il y en a qui veulent pas qu'on... passe par mail. [...]* *Il y a des spécialistes, non... trop compliqué pour eux, donc voilà.* » (Marie, secr. MG).

Mais quand ils ne sont **pas joignables** autrement et qu'il n'y a pas d'autre choix, l'e-mail **reste quand même un média de choix** : « *on a essayé par téléphone et puis qu'on arrive pas ... et qu'on se permet de faire un mail* » (Sophie, secr. MG).

5.2 Le téléphone

5.2.a) Le ressenti exprimé de l'utilisation du téléphone pour les appels

Le **nombre d'appel étant trop important** et pouvant aller jusqu'à « *400 appels par jour !* » (Marie, secr. MG), ceci génère « *un temps d'attente forcément pour celui qui est au bout du fil* » (Arthur, neurologue). Médecins spécialistes comme médecins généralistes le savent et **ressentent le même inconfort et la même sensation de perte de temps** en passant par les secrétariats.

Nicolas, MG : « *on peut mettre ... une demi heure à réussir à joindre le secrétariat* » ;

Arthur, neurologue : « *je pense qu'il y a ... il y en a peut-être qui ont déjà appelé et puis que ... qui ... ben ont attendu et puis ... et puis ils ont raccroché parce que ... c'était pas possible d'attendre ... voilà. Fin moi je le vois hein, quand j'appelle les généralistes ou d'autres*

spécialistes, des fois je suis en ligne, je mets mon téléphone ... fin c'est un peu galère hein. C'est pas, c'est pas très agréable hein. » ;

Claire, rhumatologue : « *franchement même moi quand j'essaie de joindre les secrétaires, je dois mettre sur haut parleur pendant 5 minutes, c'est insupportable (insiste) ! [...] fin le téléphone franchement c'est une perte de temps. ».*

Pour améliorer la communication entre médecins, les secrétaires **optimisent le temps passé au téléphone**. Les secrétaires qui prennent en charge ces appels évitent ainsi aux médecins de perdre du temps en initiant eux-mêmes les communications.

Amandine, MG : « *et quand on fait téléphoner notre secrétaire pour elles ça se passe toujours très bien aussi. Parce que parfois il y a de longs délais d'attente donc pour pouvoir avancer dans le travail on demande à Z ou Y de ... d'entamer [...] l'appel » ;*

Nicolas, MG : « *la plupart du temps quand ça arrive sur le télésecrétariat, c'est la secrétaire du spécialiste qui essaie de nous joindre [...] Enfin dans le sens où c'est la secrétaire qui appelle pour le spécialiste, fin c'est pas lui qui est en train d'attendre au téléphone, mais c'est pour que le spécialiste me parle » ;*

Sophie, secr. MG : « *Quand Dr Associé ou Dr Associé 2 veut parler à un spécialiste, moi je, j'appelle le cabinet, donc j'ai la secrétaire, et je dis que Dr Associé ou Dr Associé 2 veut parler au médecin, et ... pour tel et tel patient ».*

Cependant, l'usage du téléphone **permet parfois de résoudre une situation plus rapidement**, et certains médecins se sentent plus à l'aise en l'utilisant depuis leur cabinet : « *en fait c'est d'abord les médecins qui appellent. Vu que moi je prends pas l'appel, pendant mes consult', les médecins appellent le secrétariat téléphonique, et ils demandent*

à être rappelés. [...] Il y a des médecins qui demandent à être rappelés [...] à la fin des consult' j'appelle avec le dossier sous les yeux, il me pose les questions, en général c'est rapide » (Claire, rhumatologue). Ce moyen de communication est toutefois évité autant que possible par certains médecins durant les consultations, car il est **perçu comme une source supplémentaire de perte de temps** : « j'aime pas trop décrocher au téléphone, t'es avec des patients, tu perds du temps, tu sors de la salle de consult', t'as le dossier, fin c'est pas... » (Claire, rhumatologue).

5.2.b) L'intégration du téléphone dans certaines situations

Nous aborderons ultérieurement la communication dans les situations urgentes et semi-urgentes, ainsi que le rôle du téléphone dans ces contextes.

Lorsque la **situation est complexe**, il n'est pas toujours pertinent de prendre le temps d'écrire ou de lire. Dans ces cas, les professionnels de santé privilégient l'utilisation du téléphone, qui se révèle **plus efficace**.

Elodie, MG : « téléphone quand il y a beaucoup de questions ou que la situation est plus complexe à expliquer par mail ... par ... fin ça prend trois plombes à écrire un mail c'est pas le but non plus ou s'il y a ... je sais pas ... genre cinq questions ... je pense que ça ... pour le spécialiste c'est pas hyper agréable non plus d'avoir un mail de trois tonnes de long ... si c'est compliqué je passe par ... par téléphone » ;

Arthur, neurologue : « si c'est un avis où je vois pas le patient, il y aura forcément un appel à un moment donné. [...] et puis nous en neuro assez souvent il y a plusieurs trucs, il y a plusieurs questions à poser, fin ... c'est rarement une ou deux questions quoi (petit rire) c'est souvent un peu plus donc ... » ;

Claire, rhumatologue : « quand c'est vraiment des trucs, sur des échanges par rapport à des patients, des... des dossiers un peu compliqués où tu... Tu vois un, un Horton compliqué,

le patient il veut pas se traiter, le machin, là je sens que c'est le bordel, là j'appelle le, j'appelle le médecin ».

5.2.c) La communication directe entre médecins par téléphone

5.2.c).(1) L'obtention des coordonnées personnelles

Pour palier les difficultés liées aux appels passant par des secrétariats souvent surchargés, certains spécialistes choisissent **d'échanger leurs numéros de portable** avec des généralistes, cette initiative étant laissée à la discrétion du spécialiste.

Amandine, MG : « *Dr P le rhumato par exemple, qui nous a donné son portable* » ;

Nicolas, MG : « *Il y en a qui disent « ben voilà j'ai mon portable, t'appelles sur mon portable s'il y a un problème... avec ça » [...] Les numéros des spécialistes en général c'est le spécialiste qui nous le donne directement. [...] Lors de soirées ou... au téléphone* » ;

Arthur, neurologue : « *Alors moi j'ai certains médecins qui ont mon téléphone perso ... [...] C'est vraiment, c'est moi (insiste dessus) qui leur ait donné.* » ;

Claire, rhumatologue : « *la plupart des médecins généralistes du secteur, quand je me suis installée je leur ai donné mon numéro de portable* ».

Il arrive aussi que les médecins obtiennent les coordonnées personnelles de leurs confrères **par l'intermédiaire du secrétariat**.

Amandine, MG : « *la secrétaire, très sympa, m'a donné les coordonnées, et m'a dit « bon, il est au [Autre Pays] ... il vous répondra peut-être à son retour* » » ;

Sophie, secr. MG : « *quand le Dr Associé est pas là, je ... si elle est en visite à domicile je leur propose d'appeler sur le portable* ».

De plus, un **généraliste peut transmettre ses informations personnelles au spécialiste via le secrétariat**, afin de contourner les retards engendrés par les lignes téléphoniques traditionnelles des cabinets.

Amandine, MG : « *quand j'appelle un secrétariat et qu'on me dit « le spécialiste n'est pas disponible ... est-ce que vous pourriez rappeler entre telle et telle heure ? »*, ça m'arrive de leur dire « *écoutez moi je serai en visite, quand il a deux minutes ... il peut m'appeler quand il veut, je lui laisse mon portable* », ça évite de passer par la secrétaire qui va me ... me retransférer l'appel [...] moi je donne beaucoup mon portable aussi ».

5.2.c).(2) L'utilisation en pratique courante

Certains médecins donnent leurs coordonnées surtout **pour faciliter la communication** dans une situation bien précise, le plus souvent dans un **contexte d'urgence ou en dehors des horaires de secrétariat** : « *quand je donne mon numéro c'est parce que ... ou c'est un truc un peu urgent, je sais que la secrétaire ... c'est compliqué, j'ai pas ... qu'ils veulent pas réattendre longtemps ... où je leur dis « ben le secrétariat est fermé, rappelez moi sur mon téléphone perso quoi directement »*. » (Arthur, neurologue) ; « *le médecin si... il estime qu'il veut être contacté quand il est pas là, il laisse son numéro de portable [...] c'est souvent quand c'est des patients à domicile qui sont plus... voilà... où il sait qu'il y a... voilà plus trop ... voilà que c'est un peu la fin quoi* » (Marie, secr. MG).

La plupart des participants déclarent **que l'utilisation de ce média de communication direct ne pose pas de problème**, car ils estiment que s'ils en disposent, c'est que son utilisation est acceptée par l'interlocuteur.

Nicolas, MG : « *C'est juste ... ceux qui donnent le numéro de portable c'est qu'ils sont ... et si... c'est qu'ils sont joignables et disponibles pour répondre à ce portable là... »* ;

Arthur, neurologue : « *j'ai certains médecins qui ont mon téléphone perso ... parce que je sais pas, ou ils ont appelé et c'était compliqué donc je leur ai donné mon numéro, donc maintenant ils m'appellent sur mon numéro [...] j'ai d'autres spécialistes qui ont mon numéro de portable direct, et ... ben qui m'appellent quand il y a besoin. C'est pas un problème, même si on est en consultation* ».

Nous verrons plus loin, que les médecins généralistes présentent une appréhension de déranger le médecin spécialiste, mais celle-ci semble **atténuée, voire inexistante, lorsque** le médecin généraliste **entretient une relation personnelle** avec le médecin spécialiste. En effet, si le spécialiste est un ami ou une connaissance, le généraliste n'hésitera pas à le contacter par téléphone privé.

Arthur, neurologue : « *Il y a le côté informel où ... où des fois ils m'appellent ils me disent « qu'est-ce que t'en penses ? Est-ce que ... ? » Et puis je dis « bah voilà faudrait faire ci faire ça et puis oui faut voir un neuro ou non faut pas voir un neurologue ». Donc ça c'est ce côté vraiment informel, [...] j'ai une amie là, mais très bonne amie qui est médecin généraliste à côté de Uville des fois qui m'appelle ! Aussi. Mais c'est très informel et puis ses patients c'est loin de Xville donc ils ne viennent pas me voir. Donc ça, ça reste très informel.* » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « *les généralistes, ceux qui ont le numéro de téléphone du Dr C, ils l'appellent, souvent.* ».

Et les médecins **spécialistes** connaissant personnellement ces médecins généralistes **vont également répondre de façon informelle ou plus rapide** que s'il s'agissait de connaissances strictement professionnelles : « *je la rappelle derrière et ... c'est forcément beaucoup plus ... fin comment on va dire ça, c'est pas un passe droit hein, mais c'est ... c'est... ouais c'est pas les mêmes relations en fait. C'est ... c'est plus rapide, tu*

prends peut-être plus le ... je sais pas, plus le temps tu vois, quand ma copine va m'envoyer un message pour me dire « j'ai vu un patient, j'ai besoin de ton aide, je sais pas quoi faire », je vais la rappeler dès que j'ai cinq minutes dans les deux jours » (Claire, rhumatologue).

5.2.c).(3) Mécanismes de protection contre les abus

Certains professionnels cependant **évitent** cette méthode de contournement parce qu'ils trouvent que c'est **trop personnel** : *« je trouve qu'il y a le téléphone personnel, c... fin ça reste personnel en fait... pas censé mélanger » (Elodie, MG)* et qu'ils n'ont pas envie d'être contactés sur ce numéro de façon excessive ou en dehors de leurs horaires de travail : *« il y en a qui ont pas envie, [...] Je comprends hein, il y a peut-être des gens qui ont pas envie de se faire embêter sur le portable, ils sont au boulot ... on les embête quand ils sont au boulot, et on les embête pas sur le portable. » (Nicolas, MG)* ; *« Après j'évite au maximum parce que après, on peut se retrouver vite ... fin surchargé, avoir des appels tout le temps ... fin c'est pas, mon portable c'est mon portable perso donc ... j'ai pas envie de me retrouver avec dix milles appels tout le temps. » (Arthur, neurologue).*

5.3 Les SMS

5.3.a) Les avantages exprimés

Les SMS offrent **un compromis entre les e-mails et les appels** : ils assurent une lecture plus rapide qu'un e-mail tout en étant moins intrusifs qu'un appel.

Arthur, neurologue : *« globalement ceux qui ont mon numéro ce qui est bien c'est qu'ils m'envoient un message (petit rire gêné avec regard qui pourrait faire penser à un remerciement). Ils m'envoient un message et puis ils me disent, ben alors s'il faut voir un patient, voilà ... ils me disent un petit peu ce qu'il a et puis bah voilà je gère finalement un peu comme un mail » ;*

Arthur, neurologue : « J'ai deux cardiologues j'envoie [...] un message, par SMS [...] je suis passé en néphro... [...] Des néphrologues de Dville! (rigole) Qui vont [...] demander un avis par SMS » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « SMS directement au chirurgien (avec un petit sourire de stupéfaction). Il y a des médecins traitants ... voilà qui ont noué certaines bonnes relations avec les chirurgiens, et ils ont, et ils leurs envoient en fait directement des SMS ».

Les SMS permettent également de **gérer la communication en cas d'absence du secrétariat** : « je fais un copier coller [du SMS], je vais sur ... j'envoie un mail à mon secrétariat en disant « quand le secrétariat rouvre le 3 juillet, merci de contacter Mr Machin et de programmer un rendez-vous ». Comme ça je sais que c'est traité, c'est bon, j'ai répondu au méd G, les secrétaires sont informées et ça va rouler » (Claire, rhumatologue).

Ce moyen de communication est **même utilisé** par des médecins lorsqu'ils sont **en déplacement à l'étranger** : « il m'a (en rigolant) envoyé un SMS vers 3h du matin, [...] et donc on a communiqué comme ça, parce que il était ... parce qu'il était loin pour quelques mois pour son travail et ... il a pu faire les choses à distance avec le patient » (Amandine, MG).

5.3.b) Les inconvénients exprimés

Cependant, **l'aspect informel** des SMS dérange certains médecins qui préfèrent ne pas utiliser ce moyen de communication : « l'informalité me gêne un peu dans le, l'échange de SMS » (Elodie, MG). Lorsqu'un médecin privilégie les SMS et que l'autre interlocuteur n'est pas à l'aise avec ce média, ce dernier répond souvent de manière plus formelle, comme s'il rédigeait un e-mail : « j'avais une dermatologue qui avait un téléphone, un numéro de téléphone portable mais professionnel ... avec qui je pouvais écrire, envoyer des photos ... donc ça c'est plutôt pratique je trouvais ... pareil elle peut

répondre quand elle veut ... ça c'est, bon ça reste quand même ... fin je mets pas « coucou », fin ... c'est, ça reste quand même « bonjour », un peu la même formulation que les mails »
(Elodie, MG).

5.3.c) L'utilisation en pratique courante

Mais lorsque le médecin **spécialiste fait partie des connaissances du médecin généraliste**, celui-ci n'hésitera pas à envoyer un SMS s'il en a besoin, même à des heures peu conventionnelles.

Elodie, MG : « mon entourage amical bien sûr je leur enverrai un SMS » ;

Amandine, MG : « si j'ai un copain cardio dans un autre pays ... mais ... que j'ai déjà appelé pour des ... pour des questions ... parce que je peux lui envoyer un SMS n'importe quand ... [...] pendant mes premières gardes oui j'ai pu lui envoyer un ... un électrocardiogramme pour lui demander ce qu'il en pensait » ;

Claire, rhumatologue : « j'ai deux – trois copines méd G installées qui du coup me font des ... textos à 22 heures, [...] fin quand c'est vraiment des copines, ben si y a pas de, il y a pas de filtre. Elle va m'envoyer un message à 22heures « j'ai un problème avec tel ou tel patient » [...] quand c'est mes copines j'envoie un texto « Ah j'ai vu ton patient, nananana, je vais faire ça, je vais faire ça, je te tiendrai au courant, je te ferai un courrier » » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « Il y a des médecins traitants ... voilà qui ont noué certaines bonnes relations avec les chirurgiens, et ils ont, et ils leurs envoient en fait directement des SMS ».

5.4 Les plateformes de téléexpertise ou des applications

5.4.a) Les applications

Il semblerait également exister **des applications** permettant aux professionnels de santé d'obtenir des réponses à leurs questions. Cependant, elles ne sont **pas très connues**, même parmi les médecins qui devraient être au courant de leur existence, car ils en parlent au conditionnel : *« apparemment il y a une application sur lequel ... sur laquelle le médecin pourrait mettre des patients pour lequel il suspecte une pathologie neuroinflammatoire »* (Arthur, neurologue).

5.4.b) Les plateformes de téléexpertise

5.4.b).(1) Les avantages exprimés

Il existe également des **plateformes de téléexpertise** permettant de communiquer directement et de poser des questions. C'est un outil qui paraît utile lorsque les **spécialistes habituels ne sont pas disponibles**, qu'un complément d'information est nécessaire, ou simplement pour consulter un spécialiste en l'absence de certaines spécialités dans le secteur.

Elodie, MG : *« qu'on ait un avis assez rapide pour les patients ... mais pareil je ... je ... j'ai pas trop le détail ... mais fin ce qui ressortait c'est que ... pour les ... pour les ... pour certaines spécialités où on a du mal à contacter un spécialiste, là il y aurait qqn pour répondre à des questions de dermatologie ou ... choses comme ça »* ;

Nicolas, MG : *« Maintenant on a l'avantage de ... pouvoir joindre des spécialistes sur [Nom d'une plateforme] où ... où, où là c'est quand même ... plus simple ... on se dit voilà, on essaie sur [Nom d'une plateforme] et au pire ils nous rappellent s'il y a... s'il y a quelque chose. [...] si c'est un spécialiste que je connais pas, enfin... je peux utiliser [Nom d'une*

plateforme] maintenant qui est quand même assez pratique ... on prend un problème de ... de traumatisme ou de chose comme ça, c'est vrai qu'on arrive à avoir un avis assez rapide ».

Tous cependant ne sont pas encore familiers avec ce média : *« on m'a dit que c'est un outil intéressant mais j'ai pas du tout encore pris ... les détails quoi [...] donc je sais même pas comment ça se présente » (Elodie, MG).*

Il semble que les professionnels interrogés utilisent principalement cet outil pour les spécialités hospitalières. Certains spécialistes libéraux l'auraient adopté dans l'espoir de **réduire les communications téléphoniques directes** avec les médecins de leur secteur, afin de mieux gérer leur emploi du temps et équilibrer leur vie professionnelle et personnelle.

Hélène, secr. cardiologue : *« maintenant en fin de compte le docteur ... ben depuis peu au..., utilise un autre, fin que j'ai dû faire un mail ... aux différents généralistes, pour s'ils ont des avis ou des ... des demandes particulières directes au docteur ils passent par une plateforme, je sais pas [Nom d'une plateforme] ? [...] Je pense pour être moins dérangée aussi ... ben euh le mercredi ... ou les appels quand, fin quand on est pas à la maison. ».*

Son utilisation offre également l'avantage de **permettre une rémunération** pour la demande et le retour d'avis, ce qui peut être une **source de motivation** pour certains : *« j'ai tanné une copine qui est diabète pour qu'elle se mette sur [Nom d'une plateforme] pour qu'elle puisse coter le... l'échange en fait, c'est tout (en rigolant). Donc... c'est vrai que je lui... donc je lui envoie par [Nom d'une plateforme] pour pouvoir coter l'échange parce que c'est plus facile de le faire, de le coter sur [Nom d'une*

plateforme] parce qu'ils sortent le truc en fait... [...] Alors des fois je l'appelle et j'envoie le truc sur [Nom d'une plateforme] (en rigolant) quand même après » (Nicolas, MG).

Certains professionnels utilisent cette rémunération en appliquant la téléexpertise par d'autres moyens : « *il y a des confrères qui me demandent par exemple de pouvoir coter un avis à distance, donc quand on leur écrit par mail ou même par téléphone, on leur donne les coordonnées du patient avec leur numéro de sécurité sociale, et il y a une facturation qui est faite en téléconsult' [...] Et je trouve ça tout à fait légitime » (Amandine, MG).*

5.4.b).(2) Les inconvénients exprimés

Cela dit, ce type de média est limité à des avis succincts en raison de son format protocolaire, ce qui peut **déshumaniser les échanges**. Par conséquent, les professionnels **préfèrent généralement utiliser leurs réseaux habituels** et les e-mails.

Nicolas, MG : « *euh c'est un peu perturbant parce qu'il y a une réponse par rapport à l'avis ponctuel qui est là, il y a pas une continuation de l'échange en fait [...] il y a pas de... d'interaction... encore après. Qui est un petit peu différent quand on a quelqu'un au téléphone je trouve » ;*

Nicolas, MG : « *quand la demande elle est un peu ... multifactorielle et un peu floue, je trouve que [Nom d'une plateforme] c'est pas... c'est pas, c'est pas pratique parce que ... on, on a des choses qui passent par de l'humain et on s... ressent des trucs que ... ou qu'on a l'impression de passer à côté de quelque chose sans forcément que ce soit quelque chose à lister dans une anamnèse ou un ... ou un, ou quelque chose comme ça [...] j'ai envoyé un mail au... au pédiatre en lui disant « bah là j'ai l'impression de passer à côté de quelque chose », je l'aurais pas mis sur [Nom d'une plateforme] [...] après c'est ... c'est, c'est le but*

aussi je pense de la chose, d'avoir un avis ponctuel et un... un peu rapide aussi pour les deux côtés quoi ».

5.5 Les réseaux sociaux

Certains professionnels utilisent aussi les réseaux sociaux pour poser des questions et échanger avec des collègues. Mais cela semble rester assez anecdotique.

Elodie, MG : « sur [Nom du réseau social] je connais des médecins de Xville donc ça m'arrive ... avec un cardiologue notamment ... de, d'échanger. Euh (réfléchit) ... et un chirurgien de l'épaule. Parce qu'on se connaît via [Nom du réseau social] ... ce biais-là. Donc ça m'arrive d'échanger par ... par ce biais là » ;

Elodie, MG « j'ai tout un groupe d'amies donc on a fait un groupe [Nom de la messagerie et du réseau social] ... on pose toutes nos questions en rapport avec la médecine [...] où là ben chacune pose un peu ses questions, questions, remarques, voilà un peu de tout ... et là c'est assez fluide hein ... dès qu'il y en a une qui est connectée qui voit le mail, qui a, qui a le message, qui a le temps ben euh ... elle y répond ».

6. Le rôle du courrier d'adressage et du compte rendu de consultation spécialisé dans la communication

6.1 Les ressentis sur l'utilisation de ces médias de communication

Il semble à la fois impossible et irrespectueux d'envoyer un patient à un spécialiste sans courrier d'adressage ou incomplet, tout comme il est tout aussi inacceptable de ne pas fournir de compte rendu après une consultation spécialisée. Les professionnels médicaux considèrent **ces documents comme le minimum requis** pour une communication efficace.

Arthur, neurologue : « *les médecins ils font toujours un courrier. La qualité (blanc très court) plus ou moins bonne (petit rire avec haussement d'épaules). Toujours la même chose (à nouveau discret petit rire) [...] c'est compliqué la majorité sont quand même très bien hein les courriers. Mais j'ai encore, j'ai encore des courriers « avis neurologique » quoi. Fin ... voilà, une ordonnance, écrit à la main, « avis neurologique » (lance un petit regard) ou avec un symptôme décrit » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : « *On prend toujours le nom du médecin traitant, et même s'ils sont venus sans courrier, on envoie un courrier au médecin traitant. Si un patient est envoyé par son rhumatologue, on informe quand même toujours le médecin traitant. [...] c'est quand même lui qui est censé tout chapoter et après diriger le patient donc... c'est important pour nous en tout cas que le médecin traitant soit au courant ».*

L'absence de l'un de ces documents nuit à la relation confraternelle, et les médecins qui le peuvent **préfèrent éviter de collaborer avec ceux qui ne respectent pas** cette communication minimale : « *Il y a une consœur rhumato je sais qui ne fait jamais de courrier. Bon. Jamais. Et elle le dit aux patients « je fais pas de courrier ». OK (petit rire). C'est pas la rhumatologue avec qui, avec laquelle je travaille ... en priorité » (Amandine, MG).*

6.2 Les informations fournies dans les courriers d'adressage et les comptes rendus de consultations

Parfois, au lieu d'utiliser des moyens de communication directs comme ceux mentionnés précédemment, certains professionnels posent parfois leurs **questions par le biais de courriers d'adressage** : « *si j'adresse pour une première fois là il y a la question qui est insérée dans le courrier » (Elodie, MG) ou de comptes rendus de*

consultation : « *on pose des questions sur les courriers, sur nos courriers à nous* » (Arthur, neurologue).

Cependant, ce média présente plus de difficultés pour obtenir des réponses précises, et il est souvent **préférable de l'accompagner d'un autre moyen de communication** lorsque des réponses sont nécessaires, car parfois il n'y a « *jamais de réponse* » (Arthur, neurologue). Cela implique également qu'il n'y a pas d'urgence à obtenir l'information : « *mais ça veut dire pareil, qu'il y a rien d'urgent* » (Elodie, MG). En revanche, ce média reste couramment utilisé **pour la transmission complète d'informations** : « *tout est écrit sur mon courrier* » (Arthur, neurologue).

6.3 L'utilité de la transmission des informations

Transmettre un courrier ou un compte rendu de consultation **facilite la transmission d'informations au médecin**, lui permettant de **répondre plus aisément aux questions** que le **patient** pourrait lui poser : « *après le patient il comprend pas, parce que de un tu lui as pas expliqué, il comprend pas et il va voir son médecin traitant il dit « j'ai pas compris pourquoi », et le méd G en face il a pas de courrier, il sait pas du coup il dit « ah bah je sais pas, faut revoir avec elle »* » (Claire, rhumatologue).

Certains médecins spécialistes **incluent des recommandations** détaillées dans leurs comptes rendus de consultation ou les conduites à tenir, dans le but **d'autonomiser le médecin généraliste** et de l'orienter dans la poursuite de la prise en charge du patient.

Claire, rhumatologue : « *Je mets dans mon compte rendu « faut faire ça, faut faire ça, je reste à votre disposition » [...] je fais des courriers j'essaie de ... de tout dire dans le courrier. Tu vois... le lombalgique ben je vais dire « bah voilà faut renforcer les abdos, les muscles érecteurs du rachis, faut faire ça, la technique de kiné c'est ça, on peut faire de la*

balnéo, la ceinture lombaire c'est tant et tant, sur la prévention on peut faire ça ». Quand c'est en crise douloureuse des cervicales « on peut faire ça, on peut faire ça, on peut faire ça » » ;

Claire, rhumatologue : *« et je dis « ben voilà faut refaire une densito dans deux ans, faut la refaire dans cinq ans, faut la refaire dans sept ans et à ce moment là on discutera d'un relai par ça, ou par ça, ou par ça » et du coup je, je mets le fil conducteur pour que le ... pour que le méd G en fasse se dise « OK je comprends ce qu'elle fait ».*

Bien que cela puisse **parfois être perçu comme une délégation de tâche**, les spécialistes interrogés soulignent que cela survient principalement lorsque des **informations essentielles**, qui auraient dû être fournies en amont, **leur font défaut**. Nous développerons ce point dans la prochaine section : *« s'ils ont pas leur traitement, s'ils ont déjà un beta bloquant, s'il y a des problèmes au niveau cardio, à partir d'un certain âge... donc dans ces cas là, si j'y arrive pas bah j'écris ... dans mon compte rendu ou dans ma conclusion, bah je dis « bah voilà, il faudrait mettre tel beta bloquant à telle posologie » avec la façon de comment le mettre pour que le médecin généraliste derrière puisse le mettre... puisse le mettre lui même en fait [...] ou alors ... quelqu'un d'un peu âgé par exemple, des fois ... quelques antécédents cardio ... pffss ... j'ai pas le compte rendu de cardio [...] bon, bah je préfère pas mettre et puis ... et puis je dis « bon ben voilà, être sûr qu'il n'y ait pas de contre indication à ce niveau là quoi » (Arthur, neurologue).*

6.4 Les difficultés exprimées en l'absence de courrier d'adressage

Lorsque le médecin n'a pas accès aux informations contenues dans les courriers, il se retrouve en **difficulté pour répondre efficacement à la demande** d'avis de son confrère : *« J'ai pas les antécédents, j'ai pas les traitements [...] Nous en neuro ... clairement ... sans les antécédents, fin c'est quand même hyper important quoi. Vis à vis de nos*

traitements qu'on peut proposer ... fin, voilà. En tout cas moi je, j'imagine pas, quand les patients n'ont pas leur liste de traitement, bah c'est vite compliqué quoi » (Arthur, neurologue).

La plupart des médecins spécialistes **comprennent que ce problème est davantage lié à l'implication du patient** qu'au manque de diligence du médecin généraliste : *« C'est rare que j'en ai pas, et ... si j'en ai pas ... fin ... c'est quasiment tout le temps parce que les gens les ont oublié quoi. Donc ça non, les médecins ils font toujours un courrier »* (Arthur, neurologue).

Mais parfois, c'est aussi parce que **les patients consultent directement** les spécialistes sans en informer leur médecin généraliste : *« On a quand même beaucoup de patients qui viennent sans courrier de médecin traitant. Qui ne sont même pas au courant qu'ils sont allés voir un spécialiste, qui vont tomber ... dessus parce qu'on va leur envoyer la lettre de la consultation. Ils vont se dire « ah bah tiens il est allé voir un chirurgien ! » »* (Lucie, secr. orthopédiste).

7. Communiquer dans l'urgence et la semi-urgence

7.1 Communiquer quand la situation est urgente

7.1.a) Les appels téléphoniques

Bien que les appels soient chronophages, nous avons vu qu'ils **garantissaient une réponse instantanée** quand l'interlocuteur décroche, ce qui est parfois nécessaire dans des situations urgentes ou lorsque le professionnel de santé a vraiment besoin d'une réponse rapide et ne veut pas risquer d'attendre en utilisant un autre média de communication.

Elodie, MG : « soit je passe par le téléphone quand c'est vraiment urgent [...] en général c'est plutôt pour les choses urgentes, alors hein « je vous l'adresse pour ... douleurs thoraciques, je vous l'adresse pour lalala... » et là effectivement je passe rarement par le mail, ça sera l'appel téléphonique parce que comme avant ... c'est plutôt urgent comme demande quoi » ;

Amandine, MG : « c'était entre midi et deux, j'avais besoin de parler à un ... à un médecin d'urgence. Une patiente qui avait des idées suicidaires. [...] le médecin m'a rappelé un quart d'heure plus tard » ;

Arthur, neurologue : « je fais un bilan de polyneuropathie par exemple ... et puis il y a une grosse hyponatrémie, ou un truc, je sais pas, une kaliémie qui est ... une dyskaliémie, fin ou un truc comme ça un petit peu urgent à gérer, où là bah je rappelle le médecin généraliste » ;

Marie, secr. MG : « Alors quand c'est urgent c'est souvent le médecin [...] le ... spécialiste qui va téléphoner directement ».

Lorsque le médecin n'est pas disponible, le médecin requérant un avis urgent **s'assure auprès du secrétariat** que celui-ci informe le médecin de l'envoi de sa demande par un autre moyen de communication ou **qu'ils transmettent bien le message** au médecin.

Elodie, MG : « j'avais appelé par téléphone mais il était au bloc (petit sourire) [...] et je me suis dit j'envoie tout comme ça au moins je suis sûre qu'il ait tous les résultats ... et là à ce moment là j'ai dit ... ben à ce moment là je lui envoie un mail euh ... « dites lui que je lui ai envoyé un mail » [...] Là c'était un cancer donc pour moi ça paraissait normal que ce soit rapide ... » ;

Nicolas, MG : « en général quand on a une urgence [...] ils nous disent « bah il vous rappelle »... et ils rappellent ».

D'autres fois, les généralistes insistent auprès du spécialiste pour obtenir la réponse à leur demande en le **contactant directement sur son numéro personnel**, lorsque les médecins disposent de ces données : « Après si vraiment ça répond pas, on appelle, on a le numéro portable de... des cardiologues, euh... un peu, c'est un peu la même chose pour le ... pour les pneumologues... c'est vrai que les ... les niveaux d'urgences ... on appelle sur..., d'abord (en remontant le ton de la voix) en général, d'abord j'appelle le cabinet, et si j'y arrive pas via le secrétariat à parler au médecin, j'appelle sur le portable ... » (Nicolas, MG).

7.1.b) L'utilisation des e-mails dans les situations urgentes

Parfois, le mail est quand même utilisé dans les situations urgentes car il permet **une réponse plus rapide que par téléphone** en fonction des habitudes de communication des médecins : « là comme la neurologue, en fait ... au bout de dix minutes elle m'avait appelé après le mail donc ... je sais que maintenant il faut que j'envoie un mail pour réussir à la joindre [...] il y a des gens qu'on contacte par mail, au bout de vingt secondes ils ont répondu » (Nicolas, MG).

Mais **l'urgence dépend également de la spécialité** et les habitudes de communication peuvent varier en plus en fonction des médecins spécialistes à qui un médecin généraliste s'adresse : « sinon un mail... t'as pas d'avis forcément, en rhumato on a pas vraiment d'avis urgent urgent. Ça peut être temporisé [...] Après parfois il y a des mails que je laisse en non lu, et en fait je m'en rends compte... une fois par mois je fais un gr..., quand je fais ma compta en fait, je reprends (avec petit rire) tous les mails non lus du

mois et je fais « Ah ! Là j'ai pas répondu ! ». Mais souvent en rhumato c'est pas des avis urgents » (Claire, rhumatologue).

7.1.c) Passeport d'entrée aux cabinets des spécialistes

Lorsque la situation du patient est urgente, **cela renforce la légitimité** des demandes du médecin généraliste, que nous développerons plus loin, et les médecins spécialistes tendent à être **plus réactifs** aux sollicitations des médecins généralistes.

Elodie, MG : « *il allait pas bien, fin vraiment décompensation cardiaque [...] j'ai appelé un autre cardio [...] et elle l'a vu dans la journée, et il a été hospitalisé le soir même* » ;

Nicolas, MG : « *si c'est urgent ... j'appelle tout de suite* » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « *tout ce qui est fractures ... on les voit dans la semaine ! [...] on se débrouille ... voilà de façon pour voir le patient, qu'il soit appelé par le médecin traitant ou même par le patient directement* ».

Avec **l'expérience et l'assurance acquises** au fil du temps, le médecin généraliste gagne en autonomie, **réduisant ainsi son appréhension** à déranger un cabinet spécialisé pour un patient dont la situation dépasse son champ de compétence. Il devient **plus habile à identifier les situations urgentes** et sollicite les médecins spécialistes uniquement lorsque cela est vraiment nécessaire. Cette **confiance en soi** croissante lui permet de justifier plus aisément la légitimité de ses demandes.

Elodie, MG : « *ça l'urgence je pense c'est ... c'est ... ça c'est le feeling* » ;

Amandine, MG : « *si j'estime que c'est urgent j'appelle, si j'estime que c'est pas urgent je demande au patient de prendre ... de prendre son mal en patience* » ;

Nicolas, MG : « *je m'adapte ... au secrétariat, enfin je ... je sais quoi dire au secrétariat pour qu'ils puissent me passer (rigole) le... le médecin, euh ou... quoi dire pour avoir un rendez-*

vous [...] par rapport aux ... aux radiologues ... je sais ce qu'il faut dire pour avoir un rendez-vous rapide ».

Et parfois même **d'insister pour obtenir une réponse** :

Amandine, MG : « *Ça répond pas, donc ... on ... je réessaie hein (rire partagé). Je réessaie, je les embête un peu* » ;

Nicolas, MG : « *en général c'est... c'est rarement un échec parce que je suis un peu têtu (en rigolant) ! J'arrive, j'arrive quand même à ... à, à joindre quelqu'un* ».

7.1.d) L'implication des patients

La perception de l'urgence varie entre les patients et les médecins, ce qui conduit parfois à une **communication jugée urgente par le patient, mais imposée au médecin** : « *c'est vrai que ces derniers temps ... je trouve qu'il y a de plus en plus de médecins (marque le mot) qui, qui appellent pour prendre rendez-vous pour leurs patients. [...] Et d'autres j'ai l'impression qui appellent plus sous la pression du patient ! [...] des fois j'ai des patients qui vont m'appeler ... trois fois de suite [...] Et d'un coup c'est le médecin traitant qui appelle ! Pour ce patient là (avec petit regard complice et sourire aux lèvres). On va dire, par des mots bien employés, bien po... placés, le médecin traitant me fait comprendre « bon ben pfff, c'est pour qu'il arrête là » (baisse dans l'intonation de la voix) (puis repart plus fort en rigolant) « je vous ai appelé, j'ai fait mon job ! » (rigole) » (Lucie, secr. orthopédiste).*

7.1.e) Les attentes des médecins généralistes pour mieux décrypter

les situations urgentes

Parfois, les médecins généralistes **doutent de l'urgence** d'une situation et nécessitent une aide pour déterminer si le patient doit consulter rapidement un

spécialiste ou pas. Pour cela, ils ont besoin de pouvoir contacter le médecin spécialiste afin qu'il puisse **les aider à décrypter l'urgence éventuelle de la situation**.

Amandine, MG : « *c'est en répondant par mail qu'on nous dit c'est urgent / pas urgent, il faut le voir dans tel et tel délai [...] j'ai plus aucun scrupule (avec une voix bien posée) à poser la question. Je trouve ça plus serein en fait hein. « Est-ce que, est-ce que ça nécessite une consultation ou pas ? Est-ce que vous pensez que ... quelles sont les choses à faire avant une éventuelle consultation ? » » ;*

Arthur, neurologue : « *des fois ils m'appellent ils me disent « qu'est-ce que t'en penses ? Est-ce que ... ? » Et puis je dis « bah voilà faudrait faire ci faire ça et puis oui faut voir un neuro ou non faut pas voir un neurologue » ».*

Comme nous l'avons montré, la communication peut être difficile en raison de la surcharge d'appels qui rend parfois les spécialistes **injoignables** par téléphone, et les e-mails ne sont pas toujours adaptés aux situations d'urgences. En réponse, certains spécialistes **cherchent des solutions** pour aider les médecins généralistes à évaluer l'urgence d'une situation, souvent en **utilisant des plateformes ou des questionnaires**, ce qui peut toutefois déshumaniser les échanges : « *il y a une application [...] à la fin finalement c'est un peu un algorithme et puis qui dise « bah oui faut contacter un neurologue rapidement » et puis « non » »* (Arthur, neurologue).

Nous allons également détailler plus tard que certains médecins généralistes sollicitent leur réseau personnel quand ils ne se sentent pas suffisamment légitimes pour contacter un médecin spécialiste afin d'évaluer l'urgence de la situation pour leur patient. Lorsque le **spécialiste** confirme la nécessité d'une consultation rapide, il **peut**

alors mettre son réseau à disposition du médecin généraliste pour faciliter le processus si le patient est de son secteur : « *« bah écoute tu appelles untel ou un autre neuro » si c'est un avis neuro, par exemple dans le Département à côté parce que... moi je les connais très bien, je dis « beh t'appelles untel tu lui dis que c'est de ma part » et puis... et puis voilà. Dès que j'ai un doute » (Arthur, neurologue).*

7.2 Communiquer quand la situation est semi-urgente

7.2.a) L'utilisation des e-mails avec des professionnels réactifs

Les e-mails, comme mentionné précédemment, sont un média de communication très apprécié par les professionnels de santé. Leur utilisation est désormais une **habitude pour la majorité des soignants**, rendant ainsi **assez facile d'obtenir une réponse rapide**, surtout lorsque l'on sait que l'interlocuteur est réactif.

Elodie, MG : « *quand la situation n'est pas urgente ou que je sais que ... le ... médecin avec qui j'ai déjà communiqué autrefois par mail ... regarde quand même ses mails dans la semaine et s'il y a pas d'urgence [...] Je lui envoie le mail euh ... et si ça prend une semaine pour qu'il me réponde c'est pas ... c'est pas ... c'est pas grave on va dire. Ça dépend de l'urgence de ... de la demande quoi » ;*

Amandine, MG : « *quand c'est moins urgent, je vais avoir plutôt tendance à communiquer par mail ».*

7.2.b) Les SMS pour demander un rappel quand la situation le nécessite

Parfois, certains professionnels trouvent qu'expliquer la situation par téléphone est plus simple et agréable. Ainsi, lorsque le cas n'est pas urgent, ils utilisent **les SMS pour convenir d'un rendez-vous téléphonique** avec le médecin.

Nicolas, MG : « après si c'est semi urgent et que ça peut attendre dans la semaine ... j'envoie un texto et je demande « est-ce que tu peux me rappeler ? » » ;

Arthur, neurologue : « globalement ceux qui ont mon numéro ce qui est bien c'est qu'ils m'envoient un message (petit rire gêné avec regard qui pourrait faire penser à un remerciement). [...] Après quand on veut en parler ils me disent « bah quand est-ce que je peux vous appeler ? » » ;

Hélène, secr. cardiologue : « elle va avoir des SMS, fin ou un message vocal ou « rappelle-moi » ou un truc comme ça d'un mé..., d'un généraliste ».

7.2.c) Favoriser l'autonomisation des médecins généralistes par la communication avec les médecins spécialistes

Les médecins généralistes souhaitent communiquer avec les spécialistes pour déterminer s'ils peuvent **prendre en charge certains aspects des soins de leurs patients eux-mêmes**, comme « par exemple l'adaptation thérapeutique, ou [...] une question [...] pour après tenir le patient au courant [...] de la réponse » (Elodie, MG) sans recourir systématiquement à une consultation spécialisée : « surtout c'est quand moi je peux moi gérer le truc » (Elodie, MG).

Amandine, MG : « si j'ai des questions, j'essaie d'avoir le ... le spécialiste soit par mail soit ... soit au téléphone [...] moi j'a... j'avais besoin que ... que le spécialiste me dise... me dise la conduite à tenir pour ... pour le pansement, pour les soins ... ce qui allait se passer pour le patient » ;

Nicolas, MG : « j'ai besoin de quelque chose j'appelle quand même le... le spécialiste [...] J'ai vu une petite là qui arrête pas d'enchaîner ... une petite de ... de un an, qui arrête pas d'enchaîner les... les infections avec des antibiotiques tout le temps et ... c'est vrai que j'ai envoyé

un mail au... au pédiatre en lui disant « bah là j'ai l'impression de passer à côté de quelque chose » » ;

Claire, rhumatologue : *« j'ai des médecins qui m'écrivent aussi juste pour un avis, pas forcément pour voir le patient. Mais... pour un avis « la densito c'est ça, qu'est-ce que je dois faire ? » ou « elle supporte pas ... le Biphosphonate oral, qu'est-ce que je peux faire ? » et... moi dans ce cas là je réponds pas « je vois le patient », je réponds « ben on peut faire ça, on peut faire ça, on peut faire ça » » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : *« c'est vrai que souvent... quand justement ils se disent « tiens ça il y a... hmm il y a rien de forcément de chirurgical, ça traîne, ça dure, kiné ça marche pas, infiltration ça marche pas, qu'est-ce qui se passe ? », donc souvent ils vont demander l'avis à Dr B ».*

Parfois, lorsque les médecins ne parviennent pas à obtenir de retour du spécialiste en charge, **ils s'appuient sur des contacts dans leur entourage** pour s'assurer des actions à entreprendre pour leurs patients : *« s'il y a un autre neurologue, parce que des fois il y a déjà des neurologues dans la boucle, mais s'ils arrivent pas à les joindre ils passent quand même par moi... et ... et du coup ... donc ça c'est très informel »* (Arthur, neurologue).

8. Le rôle de filtre du médecin généraliste et du secrétariat

8.1 Rôle de filtre du médecin généraliste

Dans la société de consommation actuelle, il est essentiel que les médecins **généralistes jouent un rôle de filtre** en évaluant la nécessité d'une consultation spécialisée **avant d'orienter le patient**. En effet, pour **préserver la disponibilité des spécialistes**, il est crucial que les généralistes agissent comme des gardes-fous ou « gate

keeper », empêchant ainsi les patients de contourner ce processus en cherchant directement à consulter un spécialiste, ce qui pourrait aggraver l'indisponibilité des médecins spécialistes.

Claire, rhumatologue : « *En fait ils arrivent à driver les patients en leur expliquant que ben ... c'est pas forcément urgent [...] Et vu que notre seule... alors ça c'est moche pour les médecins généralistes je trouve, mais notre seule ... notre seule justi... enfin, tu vois pour avoir un rendez-vous plus tôt, on dit que c'est dans le cadre du protocole de soin, qu'il faut avoir le courrier du médecin traitant. Et ça nous sauve aussi, parce que du coup ça limite un peu (insiste) les consult' sans queue ni tête qui ne servent à rien, et le médecin généraliste il filtre un peu » ;*

Claire, rhumatologue : « *les patients ils viennent plus trop sans rien. Ils viennent plus trop en disant « Voilà j'ai mal à l'épaule depuis six mois, j'ai rien fait ». Non, ils viennent, ils ont mal à l'épaule, ils ont déjà fait de la kiné, ils ont déjà fait ci, on a, ils viennent avec les imageries des cervicales, on sait que ça vient pas des cervicales, fin... tout est déjà débrouillé tu vois, dans la plupart des cas » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : « *ils sont pas forcément envoyés tout de suite vers un spécialiste, ce qui est bien parce que ... la tendinopathie, c'est bon hein on a déjà pas mal d'appels (en rigolant) mais... « oui mais ... vous avez une tendinite, allez voir votre kiné ! » (en tapant dans les mains) mais euhm... donc c'est bien que le, le, aussi les médecins généralistes n'envoient pas forcément tout le temps vers un ... vers un chirurgien. [...] ça m'arrive même souvent de leur dire « vous allez voir votre médecin traitant, vous allez remontrer, vous allez montrer vo... tous vos bilans, tout ce que vous avez fait, vous discutez avec le médecin traitant et vous le laissez vous orienter » ».*

8.2 Le rôle de filtre du secrétariat

8.2.a) Filtre entre appels de patients et de médecins

Nous avons précédemment souligné que les professionnels de santé sont souvent submergés d'appels. Ainsi, en plus des rôles déjà évoqués, le secrétariat joue **un rôle crucial en filtrant ces appels**, en distinguant ceux émanant des patients de ceux provenant des médecins : « *il faut ... fin, il faut forcément un ... un filtre pour les patients* » (Arthur, neurologue) ; « *j'ai un appel et c'est ... et c'est une consoeur, et ... c'est pas un appel noyé entre quinze autres qui te demandent s'il y a du monde pour un rendez-vous, si le cabinet est ouvert samedi* » (Amandine, MG) ; « *Elles sont là quand même pour hiérarchiser le... et prioriser les... les rendez-vous et ... les appels* » (Nicolas, MG).

8.2.b) Filtre pour les urgences

Certains secrétariats permettent également de **filtrer les urgences en fonction des consignes données** en amont par les médecins pour qui ils travaillent : « *elles filtrent les urgences, elles savent que « gros genou » dès qu'il y a un créneau elles le mettent dessus, le lombalgique de 2-3 mois c'est pas une urgence, fin ... elles, elles filtrent* » (Claire, rhumatologue). Cela nécessite par contre une **capacité à savoir filtrer correctement** : « *il faut vraiment être... creuser, être bonne dans le tri, par rapport ce qui... ce qu'on transfère ou pas (petit rire).* » (Sophie, secr. MG).

8.2.c) Filtre parfois rigide

Dans certaines situations, les cabinets de médecins spécialistes sont submergés et ne peuvent plus accueillir de nouveaux patients. **Face aux délais de rendez-vous** qui en découlent et à cette surcharge, les secrétaires médicaux assument un **rôle de filtre rigide**.

Amandine, MG : « des secrétaires qui sont intransigeantes, bah le rés... le rendez vous est dans 6 mois c'est dans 6 mois » ;

Nicolas, MG : « ils font trop le filtre et on arrive pas à avoir un... un avis ... auprès du ... auprès du médecin, et on se fait retoquer [...] C'est vrai qu'il y a des secrétariats où vraiment ils font le filtre [...] c'est un petit peu embêtant parce qu'en général quand c'est urgent on... passe quand même un peu rapidement vers le ... vers le spécialiste en direct en fait ».

Cependant, certains secrétariats restent intransigeants, et même si le cabinet de médecine générale parvient à négocier un rendez-vous, ils finissent par annoncer **qu'ils ne prennent plus de nouveaux patients** : « elles te disent « ah bah nos délais c'est août 2024 » je dis « bah très bien » « oui, mais on ne prend plus ». [...] Et c'est très cordial, et pas ... mais c'est non, c'est non » (Amandine, MG).

8.2.d) Filtre pour protéger les médecins

Les secrétaires constatent que les médecins sont souvent débordés et éprouvent des difficultés à équilibrer leur vie professionnelle et personnelle. Cela peut expliquer l'impression de barrière infranchissable que représentent certains secrétariats. De plus, connaissant bien l'emploi du temps des médecins pour lesquels ils travaillent, les secrétaires agissent également **pour protéger le médecin**.

Nicolas, MG : « ils sont là je pense pour décharger les spécialistes, pour pas qu'on les embête ... toutes les vingt secondes à discuter en... en direct avec eux » ;

Claire, rhumatologue : « Après elles m'ont demandé hein ! Elles m'ont demandé, parce que jeune installée j'ai dit « Bonjouuuuur ! Alors j'ouvre de 9 heures à 18 heures » (avec une voix d'une personne un peu naïve et aigüe) elles ont dit « non, non docteur faut pas faire

ça, faut pas faire ça. Et alors on filtre comment alors les urgences : qu'est-ce qui est urgent pour vous, quand est-ce qu'on peut rajouter ? » ».

9. L'organisation interne des cabinets a une influence sur la fluidification des échanges

9.1 Priorisation des appels en fonction de l'appelant

Dans certains cabinets, la priorité semble être de **transférer directement les appels des médecins au médecin du cabinet** pour favoriser la communication directe entre eux.

Amandine, MG : *« en fait notre, notre ... notre mot d'ordre c'est de ... c'est de passer les communications ... quand c'est les spécialistes » ;*

Nicolas, MG : *« on leur dit que si c'est un spécialiste il faut qu'ils nous passent l'appel » ;*

Camille, secr. MG : *« nous dans la mesure où c'est un médecin il a priorité. Donc ... voilà ! [...] quand ils nous demandent de parler à un médecin d'ici (en rigolant) ! Là on transfère » ;*

Arthur, neurologue : *« t'façon c'est elle qui reçoit tous les appels donc [...] du coup c'est elle qui ... qui répond. Et du coup qui nous transfère, qui nous transfère après » ;*

Hélène, secr. cardiologue : *« Ils sont un peu prioritaires sur ... du moment où un médecin traitant appelle [...] Si les médecins traitants viennent, c'est qu'il y a déjà un peu plus urgence ».*

Ou bien de **fixer immédiatement un rendez-vous disponible** sans nécessairement consulter le médecin, lorsque cela est possible : *« sur mon planning [...] il y a plus de créneaux réservables par le patient, par contre quand c'est un médecin traitant qui appelle tu peux donner n'importe quel créneau, quand c'est urgent. Donc si t'as un*

médecin traitant qui appelle qui dit « voilà, j'ai besoin d'un rendez-vous urgent, le mec il a une sciatique », elles le savent, elles m'appellent même pas, et elles prennent les créneaux d'urgence sur le planning et elles mettent le rendez-vous dessus » (Claire, rhumatologue).

Plusieurs professionnels soulignent la **difficulté de donner la priorité aux appels des médecins** en raison de la saturation des lignes téléphoniques et suggèrent la mise en place de lignes dédiées pour améliorer la fluidité de la communication.

Nicolas, MG : *« un accès dédié pour ... pour les spécialistes, fin pour les généralistes, pour les médecins quoi... ça je pense que ça... ça permet quand même d'avoir un ... un échange plus fluide... et déjà plus rapide » ;*

Arthur, neurologue : *« le problème c'est comment ... comment enlever ce filtre, fin comment faire la différence entre patient et médecin ? Euh ... ça aujourd'hui ... j'ai pas trop la solution en fait [...] s'il y avait une solution technique qui ferait que ... c'est le médecin qui appelle qui peut ... bah il passerait devant les autres bien sûr. Euh, devant les patients ... ça ... ça, voilà, bien sûr. Mais techniquement aujourd'hui ... c'est compliqué » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : *« je pense que ... j'aur..., j'aurais plus d'appels de médecins si on avait une ligne qui était dédiée pour ... pour les médecins. Parce que ... on a tellement d'appels ! [...] je pense qu'effectivement, si il y avait une ligne maintenant dédiée, juste pour les médecins, je pense qu'effectivement on serait plus sollicités ».*

Certains cabinets ont **réussi à mettre en place des lignes directes pour les professionnels de santé**, permettant une réelle optimisation du temps pour les soignants appelant. Cependant, la réalité montre que **ces systèmes sont complexes à instaurer** et les solutions techniques pas toujours faciles à trouver.

Nicolas, MG : « *il y a certains spécialistes qui maintenant ont mis en place des... via leur secrétariat, des ... des numéros dédiés. C'est-à-dire que quand on appelle nous chez le cardiologue là ils disent « si vous êtes un professionnel de santé tapez 1 », effectivement ... on a un avis assez rapide [...] Mais d'après ce que disait le cardiologue c'est quand même assez compliqué à mettre en place. [...] Mais c'est hyper intéressant, là c'est vrai que chez le cardiologue on... attend presque plus [...] on l'a aussi chez le... chez les radiologues à Aville aussi, il y a deux numéros : un numéro pour nous et un numéro pour ... pour, pour les patients. Sachant que c'est un numéro pour nous, mais qui arrive quand même sur le secrétariat ! ».*

9.2 L'adaptation des emplois du temps en fonction des demandes

Comme mentionné précédemment, la conjoncture actuelle rend difficile la possibilité de répondre à toutes les demandes. Cependant, **les urgences doivent pouvoir être prises en compte** sans empiéter excessivement sur la vie personnelle du médecin. Ainsi, certains s'adaptent comme ils le peuvent pour rester disponibles pour leurs collègues et les patients :

- Certains vont **se prendre le temps de communiquer en dehors de la consultation avec le patient** « *quand le patient est là ... j'arrive pas à faire les deux choses, je me sens pressée par le temps ... justement j'aime bien prendre mon temps pour rédiger le mail, donc je fais ... je me note sur un bout de papier « faire le mail à ... » et je le fais après ouais* » (Elodie, MG).
- Certains **adaptent les créneaux de rendez-vous disponibles** : « *je me garde des créneaux chaque semaine pour voir un peu des urgences* » (Arthur, neurologue) ; « *Dr D qui lui a des créneaux voilà spécialement pour la traumato pour les urgences* » (Lucie, secr. orthopédiste).

- Pour d'autres, cela ne suffit pas, et ils sont contraints de **d'ajouter des patients en surnombre** : *« j'ai plus de créneaux ... d'urgence en fait. [...] Parce que ouais il y a vraiment de la surcharge en fait, dans les plannings. Donc c'est pas toujours évident pour moi, euh de... de placer quelqu'un en urgence quoi. Faut que je voie avec le médecin »* (Hélène, secr. cardiologue).

9.3 Les avantages relevés de l'exercice en cabinet de groupe et pluridisciplinaire

9.3.a) Une gestion plus facile des demandes

Les conditions de travail diffèrent lorsque l'on travaille seul ou en équipe. Être à plusieurs permet de **gérer plus facilement les demandes** et les besoins des collègues professionnels de santé, car il y a plus de chances qu'un médecin ou un secrétaire soit disponible.

Claire, rhumatologue : *« j'ai une copine qui s'est installée à Bville, elles sont trois rhumatos. Elles sont à trois mois pour les premières fois, et elles ont des rendez-vous d'urgence dans la semaine, même parfois le jour même. Euh moi et une copine qui s'est installées toutes seules à Gville, on a ... neuf mois de délais pour les premières fois, et nos créneaux d'urgence sans ... rajouter sur la pause déjeuner, c'est dans deux mois ! [...] Et du coup tu, tu le sens en fait, plus t'es nombreux et plus t'arrives à drainer, plus t'en as toujours un qui aura du temps pour voir le patient, t'en as toujours un qui sera dispo... » ;*

Claire, rhumatologue : *« et les méd G c'est pareil hein. Quand C elle est arrivée dans le cabinet, ben du coup pfiou ils pouvaient souffler » ;*

Camille, secr. MG : *« un résultat de bio qui est pas bon, pour le médecin qui l'a prescrit la veille mais qui est pas là le lendemain et que c'est les autres qui doivent gérer si... si c'est*

compliqué voilà [...] On a tous les jours ici un médecin entre guillemets de, de garde. C'est une espèce de garde interne entre eux, un roulement où tous les, tous les jours où il y a des médecins absents, ce médecin là doit gérer les problèmes [...] des médecins absents » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « Il y a toujours un médecin au cabinet [...] il y a toujours au moins Dr B... il est plus médecin rééducateur, mais il peut quand même nous aider à répondre à certaines questions des fois quand... on est un peu coincé (soulève les épaules) ».

9.3.b) Les avantages d'un cabinet pluridisciplinaire

9.3.b).(1) Un partage de tâches plus facile

Travailler dans un cabinet pluridisciplinaire permet de **déléguer plus facilement certaines tâches**. En répartissant ainsi les responsabilités, les différents professionnels sont davantage disponibles pour répondre aux demandes de communication : *« Mme F, en fait c'est notre infirmière coordinatrice post-opératoire. [...] Et c'est vrai que depuis qu'elle est là en fait elle gère beaucoup de choses. Elle va et... elle va gérer ... la gestion de la douleur, les médicaments, euh et c'est plus elle qui va être confronté effectivement des fois d'appeler le médecin traitant » (Lucie, secr. orthopédiste).*

9.3.b).(2) Un travail en équipe facilité

Dans certains cas, lorsque les médecins généralistes sont installés dans des zones sous-dotées en spécialistes, ces derniers **organisent des vacances dans les cabinets des généralistes** pour offrir des avis et consultations aux patients qui en ont besoin. Le cabinet devient alors pluridisciplinaire quelques jours par mois, permettant ainsi aux généralistes d'être épaulés par les spécialistes : *« Alors ici c'est majoritairement des généralistes et de plus en plus ils font, il y a des spécialistes qui font des vacances, on dit ça*

comme ça ? Un jour par semaine. On a une rhumato, on a un... un chirurgien orthopédiste, un chirurgien gastro, euh... et on a une chirurgien de la main aussi, et on va avoir un dermato ! [...] c'est très organisé, ça roule bien. C'est... c'est une mécanique bien huilée, ça va se développer » (Camille, secr. MG).

9.3.c) Communication interne : résolution de difficultés et partage des expériences

Par ailleurs, exercer en cabinet de groupe permet de **communiquer entre collègues du cabinet** sur une situation, de désamorcer des tensions si nécessaire, ou de discuter des problèmes de communication avec certains cabinets. Cela permet de réaliser que les difficultés ressenties peuvent être partagées.

Elodie, MG : « après ben c'est plutôt la communication orale avec ... avec mes collègues ... principalement ouais, principalement » ;

Nicolas, MG : « en discutant avec les collègues ils me disent aussi... « Non non mais j'arrête d'envoyer là-bas ! » quoi (avec un rire) [...] Mais ... faudrait que je rediscute avec les collègues si ... ils passent par [Nom d'une plateforme de téléexpertise] quand... en mettant des choses un petit peu plus... personnelles entre guillemets. Je sais pas, ouais ».

9.4 Les difficultés des secrétaires lorsque le nombre de médecins au sein du cabinet est important

L'augmentation du nombre de médecins dans le cabinet **semble accroître la charge de travail des secrétaires**, ce qui peut entraîner une charge mentale supplémentaire pour eux.

Marie, secr. MG : « je pense que j'ai la chance de travailler où je travaille ! Parce que mon ancienne collègue qui travaille ailleurs, elle se mord un peu les doigts d'être partie, voilà.

Parce que... c'est un peu... voilà, elle déborde de, de travail. Je dis pas que je fais rien hein, parce qu'il y a des, des matins où je vois pas le temps passer non plus (en rigolant un peu) ! Mais voilà, il y a une autre ambiance ! Je suis seule... il y a deux médecins, jamais en même temps. Là elle, elle est... elles sont deux et ils sont quatre médecins, c'est... je pense que... [...] des fois ça déborde chez eux, et elle en peut plus quoi » ;

Camille, secr. MG : « *En fait ici, comme ils sont nombreux les généralistes, euh... pour prendre un rendez-vous avec un spécialiste par exemple ils se débrouillent. Parce que on... ils sont sept, nous on est trois secrétaires, enfin toujours par deux ou voire seule. Donc on peut pas et accueillir les gens et téléphoner à droite à gauche pour prendre des rendez-vous à droite à gauche pour les patients » ;*

Hélène, secr. cardiologue : « *C'est comme là maintenant vu que je suis toute seule avec deux médecins, il y a beaucoup beaucoup d'appels. Donc on essaie de trouver une solution. Là on est en train de chercher [...] la semaine dernière je suis allée un samedi pour aller travailler, parce que toute (insiste) la semaine j'avais fait que du standard pratiquement, et je n'ai rien avancé sur le reste. Et ça s'accumule, et ça s'accumule, et ça s'accumule (en imitant avec la main une pile de dossiers qui s'accumulent sur la table) ».*

Parfois, la charge de travail des secrétaires est si élevée que, **dans certains cabinets, le turn-over est trop fréquent** pour permettre l'établissement de relations stables entre les différents interlocuteurs : « *il y a des secrétariats ça tourne, tous les six mois ça change de secrétaire ... donc c'est compliqué de se dire on se donne du temps* » (Lucie, secr. orthopédiste).

La **complexité s'intensifie** lorsque, en plus du nombre de médecins, s'ajoute la **diversité des spécialités représentées** au sein du même cabinet. Cette situation peut rendre le travail des secrétaires particulièrement ardu, car ils doivent acquérir des connaissances sur les différentes spécialités pour orienter correctement les demandes. Dans cette étude, seul un secrétariat est confronté à cette difficulté, mais le cabinet semble avoir anticipé le problème et la **secrétaire semble avoir développé les compétences d'adaptation nécessaires**. Les **médecins restent disponibles** pour aider les secrétaires dans l'orientation et la facilitation de la communication : « *Alors quand on a un doute, si c'est plutôt chirurgical ou plutôt médical, ben j'en discute avec les deux. [...] Comme ça euh je suis sûre que l'orientation elle sera bonne. [...] Mais, quand il y a pas grand chose, quand c'est pas franc, là je vais me prendre plus de temps et je vais poser plein de questions pour justement... ils puissent trancher les deux [...] ils vont, ils vont me dire « ah non c'est un rendez-vous avec Dr A ou non c'est un avec Dr B »» (Lucie, secr. orthopédiste).*

Toutefois, lorsque cela est possible, il est préférable d'avoir **un secrétariat par médecin** afin de ne pas surcharger les secrétaires et de minimiser les risques de malentendus dans les communications : « *Je pense que ce qui marche bien c'est que ... ben chaque praticien a sa secrétaire. Parce que ça permet ... en tout cas pour le praticien, d'avoir le fonctionnement qu'il veut » (Lucie, secr. orthopédiste).*

9.5 Les médias de communication utilisés au sein même d'un cabinet pour communiquer entre secrétaires et médecins

Pour fluidifier le volume important de communications, certains cabinets ont instauré **des systèmes de communication interne** pour faciliter les échanges entre les médecins du même cabinet et entre les médecins et les secrétaires. Cela permet

d'optimiser le partage d'informations et d'éviter les quiproquos lorsqu'il y a plusieurs facteurs extérieurs à gérer. Il n'y a pas de consensus réel sur la méthode idéale, chaque cabinet ayant adopté ses propres habitudes. Cela ne peut pas toujours être appliqué universellement, mais cela permet d'observer différents fonctionnements avec leurs avantages et inconvénients.

Certains **utilisent des cahiers**, de manière un peu traditionnelle, pour tout consigner et retrouver facilement les informations. Cela permet d'alerter plus rapidement en cas de communication semi-urgente, sans avoir à interrompre une consultation : *« moi je les intègre dans le ... dans le dossier du patient, et je le note dans notre cahier de liaison, je note « conférer mail, réponse du docteur tel et tel » [...] je le mentionne quand même dans le cahier [...] Après, tout est vu dans la journée, donc ... Mais je passe l'info quand même si je le vois ouais [...] le cabinet vraiment est très organisé par rapport au cahier, aux couleurs, aux ... je trouve que ... c'est bien (petit rire timide) »* (Sophie, secr. MG).

D'autres **prennent des notes** pour ensuite en **discuter directement** avec les personnes concernées : *« en général je prends l'attelle, euh l'appel, je m'imprime ma note et j'en parle au chirurgien le soir après la consultation. Parce que c'est... si il y a pas de caractère d'urgence [...] Et donc en fait souvent le soir, ou le matin, quand il est au bloc, quand je le revois le lendemain matin, moi j'ai ma petite pile : « Alors j'ai Dr machin qui veut... qui a un doute par rapport à ça qu'est-ce que vous en pensez ? » Tac tac, et il va me répondre, et c'est moi qui vais répondre au médecin. [...] elle [la collègue secrétaire] c'est pareil, elle a les ... elle, elle a beaucoup de mails par contre de médecins traitants. Donc elle*

les imprime, elle les soumet à Dr B, donc ... Elle a tout un paquet où elle soumet tous les ren..., toutes les demandes de rendez-vous, les avis... que ce soit des patients ou des médecins traitants » (Lucie, secr. orthopédiste).

D'autres utilisent des **messageries instantanées** ou des messageries intégrées aux logiciels.

Camille, secr. MG : *« c'est je dirais presque... plus qu'oralement, c'est le tchat qui nous sert vraiment à communiquer pendant qu'ils travaillent, pendant qu'ils sont dans leurs cabinets, c'est ce qui nous sert vraiment à communiquer » ;*

Hélène, secr. cardiologue : *« on communique beaucoup par [Nom de messagerie] entre nous en fait, entre le docteur et moi. Et ... pour nous dire déjà comment coter les ... les, les actes et ... ce qui a à faire aussi derrière, ou à donner des rendez-vous ou ce genre de choses. [...] on communique beaucoup par [Nom de messagerie] pour pas se déranger en fait. [...] la communication entre les médecins, fin entre les spécialistes et moi, je trouve que [Nom de messagerie] c'est vraiment super ! Parce que en fin de compte quand ils sortent de consultation, moi je peux être au téléphone en même temps, et si ils viennent me parler ... je vais pas comprendre peut-être la moitié de ce qu'ils m'ont dit alors que j'ai un appel ... en attente. Donc ... je suis plus encore sollicitée, alors que [Nom de messagerie] je trouve que c'est bien parce que ... du coup ben je suis en appel, la personne qui sort de consultation elle arrive, voilà elle se pose devant moi elle attend que je termine, et du coup moi ben je peux regarder ce qu'elle m'a noté en cotation, ce qu'il y a à faire. Et au moins je peux revenir peut-être sur des choses aussi que j'ai peut-être zappé dans la journée ou ... voilà, donc tout se passe un peu par écrit ».*

Et pour finir, d'autres utilisent les outils de communication proposés par le télésecrétariat, comme les **systèmes de notes informatiques ou les e-mails** : *« j'ai le mot des secrétaires « Mr Machin aimerait que vous le rappeliez à propos de Mme Bidule Chouette » [...] j'envoie un mail à mon secrétariat » (Claire, rhumatologue).*

9.6 L'importance de l'ambiance de travail au sein même du cabinet ressenti par les secrétaires médicaux

Pour garantir une communication efficace entre professionnels de santé de différents cabinets, il est également **important que chacun se sente à l'aise dans son lieu de travail et écouté par ses collègues** , afin d'optimiser ensuite les échanges avec les professionnels de santé externes. Cela est principalement décrit par les secrétaires médicaux de notre étude qui sont, comme nous l'avons déjà détaillé, les premiers interlocuteurs dans la communication. Pour cela, il paraît essentiel de **créer des moments de partage** entre professionnels du même cabinet, à l'image d'une micro-entreprise et de ses activités de team building.

Sophie, secr. MG : *« il fallait qu'on ... qu'on soit sur la même longueur d'onde on va dire [...] Dr Associé 2 ... ben elle mange aussi ici, donc ... donc quand on mange ensemble on discute [...] de choses, si on a un ... une situation qui nous embête, ou un patient qui n'était pas ... pas sympa, voilà, qui nous a raccroché au nez, fin voilà, je veux dire ... moi j'en parle tout de suite et puis ... comme ça, ça ... (en rigolant) ça reste pas au fond de moi (rire) » ;*

Camille, secr. MG : *« Ça se passe bien. Non, franchement on est dans une bonne structure, on est, on est écoutées [...] non on est vraiment une bonne équipe. [...] et quand il y a un truc important à dire on prend le temps de le dire aussi [...] on se lève pas le matin avec la boule au ventre » ;*

Camille, secr. MG : « On... on sort ... extérieur à ici deux fois par an, mais ça c'est depuis, depuis toujours [...] histoire de se voir en dehors du... du lieu de travail » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « Le matin souvent on se retrouve tous au café » ;

Hélène, secr. cardiologue : « tout ce qui se passe au cabinet j'en parle avec ... avec ma patronne hein. [...] c'est lors du repas ou ... quand un patient vient pas ou ... voilà qu'on arrive un peu à ... à communiquer ».

9.7 Des dossiers médicaux tenus à jour pour fluidifier la communication

Les dossiers médicaux doivent être régulièrement **mis à jour** afin que, en cas d'absence du médecin et d'impossibilité de communication directe entre médecins, **les secrétaires puissent faciliter les échanges** en fournissant les informations nécessaires à l'interlocuteur.

Marie, secr. MG : « je transmet en général par mail les ... ce que j'ai dans... le dossier [...] s'ils ont besoin de, d'antécédents, ça je peux leur... leur procurer si c'est rempli dans le dossier. Euh ou le nom d'un, voilà d'un confrère chez qui il a été consulter, voilà. Donc ça, ça va, ça je peux faire. Après... en général ils appellent pour ça quoi. Connaître le traitement... si le médecin est pas là, j'imprime la dernière ordo et je leur maile » ;

Camille, secr. MG : « si ils veulent que de l'oral, on peut leur lire [les antécédents et les traitements] mais nous au niveau du logiciel on peut pas imprimer ».

Un des secrétaires interrogés a souligné la **difficulté et la perte de temps que représentent les dossiers médicaux non à jour**. Dans ces cas, il doit chercher les informations demandées par d'autres moyens, ce qui complique considérablement sa tâche : « quand le médecin est pas là et que c'est un médecin des urgences qui a absolument besoin des antécédents et... et des, du traitement et tout ça, et alors moi des fois je... je

cherche dans le dossier, ils sont pas tous remplis surtout quand c'est des patients que le médecin voit uniquement à domicile... [...] Donc... j'ai pas forcément toutes les infos, donc j'essaie de me dépatouiller comme je peux, en donnant le nom des spécialistes, en regardant les c... les derniers comptes rendus d'hospit où en général il y a les antécédents, voilà donc ... je leur maile ça en général avec la dernière ordo quoi, que j'ai » (Marie, secr. MG).

Cela est **également observé lorsque ce sont les médecins qui appellent** et qui ne tiennent pas leurs dossiers à jour ou qui ne les préparent pas correctement avant de solliciter un avis, impactant ainsi négativement la fluidité des échanges : *« je vais avoir des médecins » oui alors le numéro de téléphone je sais pas, attendez, faut que je cherche [...] euh oui il a une IRM bah alors la radio j'en sais rien, attendez faut que je cherche » (avec un petit sourire) » (Lucie, secr. orthopédiste).*

Au contraire, quand ces derniers **sont bien tenus il devient alors plus fluide de transmettre les informations**, même quand c'est le médecin : *« j'ai des médecins traitants où l'appel ça va être fait en deux-trois minutes parce qu'il a tout (insiste) devant lui : il a vraiment le fichier patient, fin c'est l'impression que j'ai hein, euh avec le numéro de téléphone, la date de naissance du patient, il a fait la radio-écho à telle date telle conclusion, il a fait l'IRM à telle date telle conclusion » (Lucie, secr. orthopédiste).*

9.8 L'organisation interne des cabinets varie en fonction des rôles que chacun est prêt à assumer ou à attribuer aux autres

Certains reconnaissent que leur méthode de travail ne peut pas nécessairement être appliquée à tous les cabinets *« les choses que nous on met en place, ça va pas forcément coller ... avec la façon de travailler ailleurs. On a tous notre... nos habitudes, et*

notre façon de fonctionner » (Marie, secr. MG), car **cela dépend de la confiance que les médecins accordent à leurs secrétaires et du niveau d'autonomie que ces secrétaires sont prêts à assumer** : « *il y a des médecins où le secrétariat va peut-être, ils vont s'occuper que du téléphone, pas forcément la carte vitale... et c'est eux qui vont encaisser* » (Marie, secr. MG).

De plus, les rôles peuvent varier en **fonction des nécessités** qui diffèrent entre un cabinet de généralistes et un cabinet de spécialistes : « *Sachant qu'en plus quand elles sont spé... quand vous travaillez chez un spécialiste faut taper les comptes rendus souvent. Bon maintenant ils sont dictés... voilà... ils s'écrivent quasiment tous seuls mais il y a quand même un, je pense un travail de relecture et... et d'envoi aussi* » (Marie, secr. MG).

Par ailleurs, il faut noter que tous les cabinets n'ont pas forcément les moyens de se doter d'un secrétariat, qui **représente un coût non négligeable**.

Marie, secr. MG : « *après il faut ... vouloir hein. Je pense que... et puis il y a des... il y a des cabinets même qui ont pas une sec... même de spécialistes qu'ont pas forcément une secrétaire à temps plein* » ;

Hélène, secr. cardiologue : « *ils veulent pas prendre une deuxième personne, parce que voilà... ça fait trop. Et du coup ... ben au début quand moi j'étais pas là, elle avait pris une centrale, pour les appels. Euh du coup elle se posait la question de prendre peut-être encore une fois une centrale, quand moi je peu..., j'arrive pas à prendre les appels [...] Mais apparemment c'est ... très cher, c'est très onéreux* ».

Cependant, les cabinets qui disposent de secrétaires **considèrent ce soutien comme indispensable** et ne souhaitent en aucun cas s'en passer : « *On est très contentes*

nous d'avoir des secrétaires et une assistante médicale, et que ... c'est vraiment ... fin moi je reviendrai pas en arrière hein, vraiment. [...] c'est un coût, ça ... mais c'est, c'est ... ça permet de travailler tellement plus sereinement ... » (Amandine, MG).

10. La hiérarchisation des rapports

10.1 Hiérarchie entre médecins généralistes et médecins spécialistes

10.1.a) Rares opportunités de liaison entre les médecins généralistes et spécialistes durant les études

Après les Epreuves Classantes Nationales (ECN), les médecins généralistes côtoient peu les autres spécialistes, rendant difficile la création de liens, car ils ne partagent pas les mêmes expériences durant l'internat. **Les internes de médecine générale restent souvent entre eux**, tandis que **les internes d'autres spécialités collaborent fréquemment avec d'autres spécialistes pendant leurs cursus**, ce qui facilite la création de leur réseau.

Elodie, MG : « après post ECN c'est ... l'internat, les stages ... voilà ... leur spécialité commune qui les rapproche ensemble, et nous c'est la médecine générale donc on côtoie un peu moins les spé je pense [...] je pense que les... les spécialistes se rencontrent après dans leur spécialités, se côtoient dans les stages, ils nouent, ils se nouent d'amitié ... fin ils se ren... ils se rapprochent je pense comme ça... Comme nous on se rapproche d'autres internes de médecine G quand on est en stage et que pendant six mois on ... on est dans le même bureau, on partage les mêmes ... les mêmes choses. Donc ça rapproche » ;

Claire, rhumatologue : « il y a un seul stage où j'ai créé des liens (avec petit rire), c'est pendant le ... mon premier semestre d'internat en médecine interne chez Monsieur P où du coup ben les méd G ont accès à ce stage, et donc c'est là où j'ai ... où j'ai, où j'ai rencontré

les méd G. [...] mais qu'il y ait pas plus de lien qui soit fait, pendant l'internat notamment de méd G avec les spé, je trouve que c'est pas forcément ... top ».

De plus, lorsque les médecins généralistes passent dans de rares services de spécialité, il leur est **difficile de nouer des liens avec les internes et les chefs de cette spécialité**. Cette dynamique favoriserait **l'internalisation des codes hospitaliers** qui persiste après l'installation des médecins, rendant la constitution d'un réseau plus difficile pour les généralistes, qui peuvent se sentir inférieurs aux spécialistes : *« j'étais quelqu'un de pas à l'aise avec les ... avec les ... avec nos chefs et tout ça où j'étais vraiment dans le respect du mandarin et tout ça donc ... j'ai, j'ai pas noué de contacts avec le... les chefs chez qui je suis passé [...] les, les services où je su... je suis passé et où je sais que ... les médecins sont des référents importants, fin type Professeur B en Spécialité Médicale, euh ... je l'appelle comme si je le connaissais pas en fait » (Nicolas, MG).*

Un des interrogés a émis l'hypothèse que les difficultés à partager les terrains de stages entre internes de médecine générale et internes de spécialités d'organes **pourraient être liées à des questions d'ego dans l'organisation des stages**. Cependant, il ne semble pas pertinent de réduire les difficultés à cette seule explication : *« parce qu'en fait au début la rhumato a fermé les vannes aux internes de méd G ... après les méd G ils se sont fermés, ils voulaient plus rien entendre des rhumato, ça a fait un espèce de, de, de guerre froide ! Et ... et c'est vraiment dommage ! » (Claire, rhumatologue).*

10.1.b) Internalisation des codes hospitaliers

10.1.b).(1) Reproduction des dynamiques apprises à l'hôpital pendant les études

Les médecins généralistes se retrouvent parfois à **reproduire les dynamiques observées en milieu hospitalier**, où ils se sentent contraints de justifier systématiquement leurs demandes de communication ou de consultation pour leurs patients. Cette situation semble refléter une **hiérarchie internalisée**, où les médecins généralistes se perçoivent comme étant dominés par les médecins spécialistes, une hiérarchie qui pourrait avoir été instaurée durant leurs études, notamment pendant l'internat.

Elodie, MG : *« Je trouve de mettre par écrit, de mettre les mots, parfois même ça me permet même moi de poser un peu les idées [...] j'avoue j'aime bien ... avoir le dossier du patient ... mettre mes petites annotations ... refaire un point, même en rédigeant le mail, en expliquant la situation, ça permet à moi même de ... quelle est vraiment ma question ? Qu'est-ce qui a déjà été fait ? De ... de réfléchir sur le cas du patient même pour moi même en fait » ;*

Amandine, MG : *« quand t'essaies d'être un chouya respectueux avec ... avec les demandes urgentes [...] Quand on joue le jeu je trouve ... je trouve que les relations sont plutôt bonnes (insiste sur ce dernier terme) » ;*

Amandine, MG : *« J'avais l'impression d'être un externe qui avait pas d'expérience, qui comprenait pas, qui connaissait pas la patiente » ;*

Nicolas, MG : *« la discussion est moins (insiste) aisée quand ... on a pas au moins (insiste) un tout petit diagnostic et qu'on est moins à l'aise [...] je reprends [...] mon statut d'externe à décrire tout le truc pendant ... dix minutes... » ;*

Nicolas, MG : « *c'est peut-être juste moi hein, mais on a quand même toujours l'impression en tant que généraliste d'être le petit généraliste qui appelle le grand spécialiste pour aller lui demander un truc quoi... ».*

Les médecins généralistes **estiment parfois devoir fournir une double justification** de leur demande de communication sur un patient, à la fois au secrétariat du médecin spécialiste et au médecin concerné.

Elodie, MG : « *on tombe sur la secrétaire ... euh ... qui ... filtre, donc j'explique le pourquoi de mon appel, que j'aimerais parler avec euh ... le spécialiste... euhm... donc en général ça se passe bien, ils me passent le spécialiste s'il est là et euh ... on a l'échange » ;*

Amandine, MG : « *moi j'essayais de me justifier ».*

Pour éviter de faire perdre du temps au médecin spécialiste et garantir une réponse efficace, le médecin généraliste se sent contraint **de présenter clairement et succinctement** la situation.

Elodie, MG : « *faut aller au fait quoi. Faut pas terg... fin faut pas expliquer en long en large, faut ... je pense faut... faut synthétiser un peu la situation [...] fin moi je suis pas à l'aise avec le téléphone ... de base ... euh ... téléphone c'est instantané ... le ... voilà faut préparer le di... fin ... faut que les idées soient claires dans sa tête pour dire : « voilà j'ai un patient qui a tel et tel symptôme ... ça, ça comme antécédents, j'ai vu ça nanana » fin faut que ce soit déjà clair dans sa tête pour ... pour parler » ;*

Nicolas, MG : « *quand c'est vraiment que (insiste) une connaissance, j'ai plus un ... une description vraiment ... très complète ... après c'est peut-être trop d'ailleurs (petit rire) ! [...] j'essaie de faire d... un truc hyper carré (accentue dessus) ».*

10.1.b).(2) Auto-dévalorisation par le médecin généraliste

Il arrive que les médecins **généralistes se dévalorisent devant les médecins spécialistes pour justifier leur demande d'avis**. Certains considèrent qu'en reconnaissant le spécialiste comme un expert, leurs demandes seront mieux accueillies : *« quand j'exprime un doute je dis « bah voilà moi je suis pas en mesure de ... je suis pas compétente pour, pour gérer cette ... cette pathologie là, j'ai besoin de vous ... » [...] j'ai moins de culpabilité à dire « je ne suis pas compétente pour ... pour faire ... pour gérer ça ». Et donc je trouve que on est souvent mieux reçus [...] « bah écoutez peut-être que ... peut-être que ça paraît très simple pour vous, mais en fait moi ... pour moi ça ne l'est pas » et je trouve que j'ai plus de faci... plus de facilités à dire ça et en général on est toujours bien reçus » (Amandine, MG).*

10.1.b).(3) Impression de domination des médecins

généralistes par les médecins spécialistes renforcée par les attitudes de certains médecins spécialistes

Certains **spécialistes ressentent une véritable irritation** lorsqu'ils sont contactés par des médecins généralistes pour des avis ou lorsqu'ils consultent des patients sans nécessité, ce qui, selon eux, constitue une perte de temps : *« le chirurgien il... voilà, il ... ils ont déjà des grosses grosses journées, ils sont déjà énormément sollicités ... par tellement plein de choses... [...] que du coup si ils sont encore sollicités pour des trucs ... c'est... oui c'est... ça les irrite très facilement. Surtout que, quand c'est pour des trucs pour eux (insiste) qui paraissent ... anodins et simples [...] éviter voilà des rendez-vous des fois peut-être inutiles... ou plusieurs rendez-vous pour la même chose quoi » (Lucie, secr. orthopédiste).*

Et certains médecins généralistes semblent avoir perçus cela, et **estiment que le temps du spécialiste est supérieur au leur** : *« faut [...] pas faire, faire perdre trop de temps au spécialiste qui est lui même occupé »* (Elodie, MG).

10.1.b).(4) Les plateformes de téléexpertise renforcent
cette impression

Les **plateformes** de téléexpertise, censées faciliter et fluidifier les échanges pour les demandes d'avis, semblent en réalité **exacerber le sentiment de hiérarchisation** des relations entre les médecins : *« c'est vraiment hyper carré [...] alors c'est peut-être moi qui... j'ai, j'ai l'impression qu'il faut que ce soit plus structuré en fait, mais c'est parce que le truc est fait comme ça en fait. Et que... il faut que les informations soient déjà structurées avec une case examen clinique, une case anamnèse, une case ... examens complémentaires (en imitant des cases sur l'écran de son ordinateur), et je me dis que ... il faut qu'on remplisse ces cases. Mais après ça c'est mon côté bon élève qui fait ça je pense (en rigolant) ! »* (Nicolas, MG).

10.1.b).(5) Dynamique de pouvoir : la position des médecins
spécialistes dans la formation des médecins généralistes

De plus, les médecins spécialistes sont souvent responsables de l'organisation des formations continues pour les médecins généralistes dans leurs domaines de spécialisation. Ils possèdent ainsi un **statut d'expert et de formateur reconnu par les généralistes**, alors que cette reconnaissance n'est **pas toujours réciproque** : *« moi ils me connaissent pas, moi je les ai vus parce qu'ils étaient ... orateurs, fin ils exposaient quelque chose »* (Elodie, MG).

10.1.c) Hiérarchie exacerbée dans les ayants droit à la communication

Pour certaines spécialités, en particulier parmi les spécialistes hospitaliers considérés comme de **grands experts**, les médecins généralistes se trouvent souvent dans **une position de faiblesse**. Ils ne peuvent pas se permettre de faire perdre du temps à ces médecins spécialistes dans le cadre de la communication. Dans ces cas, seule la communication provenant d'un médecin de la spécialité est jugée légitime pour discuter de la situation d'un patient.

Amandine, MG : « moi j'ai pas du tout pu communiquer avec le médecin des greffes. Ça devait partir du gastro et ... et ... j'aurais aimé hein avoir un échange [...] Là c'est parfois un peu hiérarchisé. C'est vrai [...] on parle d'une greffe de foie, c'est le gastroentérologue qui s'occupe de ça, et quand t'appelle ... en gros on est un peu étonné que ce soit le médecin traitant. Donc j'ai pas eu de retour. Il fallait que repasse par le gastro » ;

Nicolas, MG : « Après avec les spécialistes, avec les hospitaliers qui étaient là pour nous former ... bah à aucun moment j'ai senti ... l'ouverture de dire « bah voilà vous pouvez nous appeler si, si il y a un problème après » donc ça, ça, il y a que ça, ça pêche quand même un petit peu de... de ce côté là ».

10.1.d) Valorisation inégale du temps entre médecins spécialistes et médecins généralistes

Par ailleurs, les médecins **spécialistes ont souvent tendance à déléguer des tâches aux médecins généralistes**, en justifiant que cela dépasse leur domaine de compétence, même si le spécialiste est à l'origine de la prescription de l'examen paraclinique nécessitant une prise en charge différente de sa spécialité.

Arthur, neurologue : « je fais un bilan de polyneuropathie par exemple ... et puis il y a une grosse hyponatrémie, ou un truc, je sais pas, une kaliémie qui est ... une dyskaliémie, fin ou un truc comme ça un petit peu urgent à gérer, où là bah je rappelle le médecin généraliste parce que j'ai pas forcément en plus toutes les informations moi, et puis moi ... gérer une hyponatrémie ... fin voilà, je suis encore jeune, je sais à peu près mais ... mais je pense c'est quand même le rôle du médecin traitant de ... de ... de ... de gérer quand même plutôt ça parce que si derrière il faut faire un bilan, s'il faut faire ... ça va pas être dans mes cordes donc ... c'est pas trop mon rôle » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « c'est nous qui avons fait la prescription de l'ECBU. Euh ... et pour que du coup il ... il prescrive des antibiotiques au patient. Parce que souvent ... les ECBU on les fait à peu près trois semaines avant la mise en place de la prothèse d'épaule, donc il faut que ... le jour de l'intervention il y ait plus d'infection ! Donc pareil ça c'est un travail aussi qu'on fait avec les médecins traitants, c'est que dès qu'il y a quelque chose à l'ECBU, en fait tout de suite j'appelle le médecin traitant pour qu'il soit averti, qu'il puisse faire la prescription ».

Bien que cela puisse **parfois être involontaire**, il semble que le **spécialiste s'appuie implicitement sur la réactivité du généraliste** : « je trouve que les patients dans le coin ils sont aussi bien gérés tu vois, les médecins ils sont quand même assez réactifs donc quand j'appelle pour une CRP à 80, souvent je vois la bio, fin déjà mes bios je les relève une fois par semaine, quand je vois une CRP à 80 je dis « Ah, merde ! ». Donc j'appelle le patient, il fait « Ah oui le médecin il est passé hier ! » (Claire, rhumatologue).

Cependant, les médecins **généralistes peuvent adhérer à cette démarche**, estimant qu'elle relève de leur rôle, et considèrent que si le spécialiste les sollicite, c'est

pour « signaler ... un fait dans la consultation ou ... un examen qu'il a prescrit qui est pas forcément ... qui était pas forcément prévu ou un élément clinique qu'il faudrait surveiller dans les prochains temps » (Elodie, MG).

10.1.e) Impression d'une sous formation des médecins généralistes selon les médecins spécialistes

Les spécialistes justifient en partie leur manque de temps par «*énormément de formation*» (Arthur, neurologue). La mise en exergue de cet argument aussi bien par les spécialistes que par leurs secrétaires **peut sous-entendre qu'ils pensent que les médecins généralistes bénéficient de moins de formation continue**, ce qui impliquerait **qu'ils disposeraient ainsi de plus de temps**.

Arthur, neurologue : « nous on a énormément de formations, fin... je pourrai être toutes les semaines en visio ou à une réunion ou à un truc hein » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « bah le chirurgien il... voilà, il ... ils ont déjà des grosses grosses journées, ils sont déjà énormément sollicités ... par tellement plein de choses [...] par leur, leur formation continue ».

Certains médecins spécialistes ressentent que les médecins généralistes sont parfois insuffisamment formés pendant leur internat et après, ce qui conduit selon eux à des demandes d'avis inutiles ou, à l'inverse, trop tardives. Ils estiment que **renforcer la formation des généralistes** permettrait d'améliorer la communication et la prise en charge des patients. Nous y reviendrons plus bas, dans les pistes d'améliorations.

Arthur, neurologue : « alors après, à mon avis je pense vraiment, la base, la base de tout c'est la formation (insiste sur le terme) qui doit être ... qui doit être la base de tout. Et

justement pas envoyer des mails quand c'est pas nécessaire. Et ça ... c'est uniquement la formation qui peut répondre à ça. Des médecins généralistes » ;

Arthur, neurologue : « je pense que ça passe plutôt par peut-être une ... une éducation, et de la formation qui devrait être faite par ... les spécialistes auprès des médecins généralistes. Alors peut-être c'est de la formation qu'on doit faire initialement ... à l'internat. Mais à mon avis c'est des choses qui doivent être peut-être faits de façon un peu plus régulière ... dans le temps » ;

Claire, rhumatologue : « les méd G sont pas formés, pas assez formés [...] Pendant le cursus je trouve que les méd G devraient avoir accès à beaucoup plus de stages de spé. Parce que... un méd G pour moi c'est un ... c'est un mini spécialiste. C'est-à-dire que tu dois un peu tout savoir sur tout, mais sans trop savoir dans les détails parce que de toute façon tu peux pas tout, non tu peux pas tout savoir [...] mais qu'il y ait pas plus de lien qui soit fait, pendant l'internat notamment de méd G avec les spé, je trouve que c'est pas forcément ... top. Pour la formation des méd G tu vois » ;

Claire, rhumatologue : « il y a un défaut de formation, bah tu sais pas et du coup bah à juste titre, comme tu sais pas tu envoies chez le rhumato alors que ... il y a des choses de bases que tout le monde devrait, devrait savoir faire ».

10.1.f) Les mécanismes de protection pour atténuer la hiérarchisation internalisée

Comme mentionné précédemment, certains médecins généralistes estiment que leur accueil s'améliore lorsqu'ils reconnaissent l'expertise du médecin spécialiste et admettent leur propre manque de compétence pour obtenir une réponse. Lors des entretiens, certains ont **utilisé l'humour** pour illustrer ces situations, ce qui permet de prendre du recul par rapport à cette hiérarchisation perçue et d'accepter plus facilement

cette dynamique dans leur pratique : « *alors peut-être que ... peut-être qu'ils se moquent de moi hein* (en partant dans un rire), *j'en sais rien [...] souvent les néphrologues ils ...* (petit rire) *ils disent « c'est pas grave c'est bon ça roule, il a 23 de clairance tout va bien » alors que ... que toi à 50 [sous-entendu : tu paniques] ... tu vois. Voilà.* » (Amandine, MG).

En plus de l'humour, certains préfèrent simplement **ignorer ces situations** pour pouvoir avancer plus sereinement : « *peut-être que je les oublie en fait tu vois* (avec un sourire et rigole) » ; « *Bon, après j'ai passé* (avec un regard de quelqu'un qui est passé à autre chose mais encore touchée de l'histoire) *[...] après j'ai eu re... j'ai eu à faire à elle ... pour ... d'autres patients et dans d'autres circonstances, et ... moi je* (petit rire) *je suis pas rancunière hein et ça s'est toujours très bien passé ensuite [...] j'avais trouvé ça un peu violent quoi. Bon maintenant je m'en fous tu vois mais ... sur le coup ...* » (Amandine, MG).

10.1.g) Rationalisation des médecins généralistes par rapport à certaines situations difficiles avec un confrère spécialiste

Certains exemples fournis par les participants illustrent que certains collègues spécialistes ont **parfois agi de manière déontologiquement douteuse**, mais les médecins généralistes **leurs trouvent néanmoins des excuses pour expliquer** les difficultés rencontrées dans la communication.

Amandine, MG : « *J'avais l'impression d'être un externe qui avait pas d'expérience, qui comprenait pas, qui connaissait pas la patiente, mais aujourd'hui les relations sont ... beaucoup plus sereines avec un confrère comme ça, qui me prenait peut-être pas au sérieux ... il y a quinze ans quoi. Je sais pas* (attitude de quelqu'un qui ne sait vraiment pas et qui s'interroge vraiment). *Ou c'était pas son jour hein. C'est possible aussi hein* » ;

Amandine, MG : « *j'ai pas eu de retour. Il fallait que repasse par le gastro pour ... après je pense que c'était des spécialistes qui sont extrêmement pris et demandés, et qui sont ... qui se ... voilà quoi* ».

Jusqu'à se dénigrer eux mêmes pour justifier l'origine éventuelle des situations conflictuelles : « *c'était juste que moi j'avais pas eu ... j'avais pas eu l'assise pour qu'il accepte d'être ... d'être hospitalisé. Il voulait pas [...] sauf qu'il a accepté d'aller en néphro, donc je me suis dit bon ben ...* » (Amandine, MG).

10.1.h) Le médecin généraliste doit faire ses preuves auprès du médecin spécialiste

Le médecin généraliste **se sent obligé de justifier** qu'il ne contacte pas le médecin spécialiste de manière superflue. Certains observent **qu'avec le temps, les retours deviennent plus fréquents et plus faciles à obtenir.**

Elodie, MG : « *après de fil en aiguille ... au fur et à mesure des situations de patients et plus je leurs adressais de patients et plus ben ils me répondaient aussi, fin ... ils me reconnaissaient donc ça s'est fait au fur et à mesure* » ;

Amandine, MG : « *C'est plus simple quand t'as ton cabi... fin je trouve hein [...] je trouve que les relations sont plutôt bonnes (insiste sur ce dernier terme) et sont meilleures d'année en année en fait hein* » ;

Claire, rhumatologue : « *c'est la façon de présenter, c'est parce que je les connais et je sais que si elles m'écrivent c'est ... c'est pas... fin c'est pas de la merde quoi [...] quand elles m'écrivent, vu que je les connais je sais qu'elles, entre guillemets, elles dérangent pas pour rien, si elles m'écrivent sur [Logiciel métier] pour que je vois rapidement quelqu'un c'est ... c'est parce que il y a vraiment besoin tu vois* » ;

Marie, secr. MG : « je demande des rendez-vous urgents (en rigolant) chez elles, donc à force là oui elles me connaissent et elles savent que si je téléphone c'est pas... pour un petit truc quoi. [...] les secrétaires savent que si on téléphone, si un médecin téléphone c'est pas pour rien ».

10.1.i) La hiérarchie inversée entre médecins généralistes et médecins spécialistes

Dans certaines situations, les relations s'inversent, le médecin généraliste ne percevant plus le **spécialiste** comme un collègue de même niveau mais plutôt **comme un exécutant**. Cela semble en partie **générationnel**, suggérant que les dynamiques de pouvoir ont pu évoluer avec le temps. Les rapports entre médecins généralistes plus âgés et spécialistes plus jeunes semblent parfois conflictuels, les premiers **tendant d'imposer leurs habitudes** aux seconds. Ainsi, la **hiérarchie serait davantage liée à l'âge qu'à la spécialité**.

Arthur, neurologue : « Mais j'ai encore, j'ai encore des courriers « avis neurologique » quoi. Fin ... voilà, une ordonnance, écrit à la main, « avis neurologique » (lance un petit regard) ou avec un symptôme décrit. J'ai pas les antécédents, j'ai pas les traitements... [...] alors ça j'ai, j'ai beaucoup de vieux médecins un peu comme ça » ;

Claire, rhumatologue : « les anciens méd G quand je me suis installée ils m'ont dit « Ah mais nous avant avec le rhumato avant qui était à Bville, en fait on l'appelait et il prenait le patient dans la journée ». (Marque un temps de pause avec un air un peu de stupéfaction) [...] les médecins qui m'appelaient en me disant « oui, nana ni nanana, avant je fonctionnais comme ça » ».

10.1.j) Déséquilibre dans le choix des interlocuteurs entre médecins généralistes et médecins spécialistes

Bien que les médecins **généralistes** puissent parfois ressentir un sentiment d'infériorité, ils conservent néanmoins un certain pouvoir, car ils **ont la possibilité de choisir et de changer leur interlocuteur** en fonction des besoins du patient : « *là la secrétaire m'a dit qu'il était en vacances. Et là je me suis dit « ben ... ça, ça suffit quoi », fin ... je ... du coup j'ai appelé un autre cardio, une des autres cardiologues avec qui j'ai vraiment confiance et qui est ... qui est pro réactive, toujours disponible* » (Elodie, MG).

En revanche, **les médecins spécialistes**, s'ils préfèrent ne pas interagir avec un médecin généraliste, **ne peuvent pas choisir un autre généraliste**, car ce dernier occupe une place centrale dans la prise en charge du patient : « *Alors t'as des méd G avec qui ça colle moins bien tu vois, où tu sais qu'ils ... t'envoient un peu par dépit entre guillemets parce que le patient veut pas aller à Cville, fin je pense qu'il y a des méd G avec qui ça matche pas, mais ça peut pas matcher avec tout le monde de toute façon [...] il y en a une. Elle m'a dit « oui moi je fonctionne pas comme ça » (avec une voix d'une femme au ton hautain et agacé), « ouais bah moi je fonctionne comme ça » et puis voilà... J'ai quelques patients d'elle, mais ... j'en ai pas plus que ça et on interagit pas plus que ça, mais après ... je respecte, fin tu t'entends pas avec tout le monde de toute façon* » (Claire, rhumatologue).

10.2 Hiérarchie entre médecins et secrétaires

10.2.a) *Les difficultés des secrétaires à légitimer leur place et rôle auprès des médecins*

Nous avons constaté qu'il existait une disparité notable dans l'autonomisation des secrétaires. Ceux qui réussissent à devenir plus autonomes et indépendants rencontrent souvent des **difficultés pour faire accepter leur rôle** au sein du trinôme formé avec les médecins généralistes et spécialistes. Les **médecins** semblent parfois **méfiant**s à l'égard des secrétaires, et il apparaît qu'une hiérarchie subtile existe entre eux. Néanmoins, les **secrétaires jouent un rôle crucial**, contribuant à éviter certaines erreurs et à améliorer le fonctionnement global.

Lucie, secr. orthopédiste : « j'ai du m'expliquer que voilà, je suis quand même formée par Dr A directement, que je travaille pour lui quand même depuis 3 ans, que je sais exactement (accentue sur ce mot) comment il fonctionne, qu'est-ce qu'il préconise, fin... je réponds pas ... voilà à tâtons sans savoir ... et quand j'ai un doute, je demande toujours ! Et quand je suis sûre de ma réponse [...] J'essaie ... de pas flancher. De m..., de faire sentir que je suis sûre de moi et que je sais de quoi je parle. Parce que je pense que si on montre que ils nous déstabilisent ... bah du coup on va plus donner avoir s..., on aura plus c..., on va plus donner cette image où on est sûr de notre réponse... ouais j'essaie de toujours ... rester ... ouais de, de pas flancher en fait... à cette façon de ... ouais de vous déstabiliser en vous faisant comprendre « mais attendez vous êtes que secrétaire ! » (Avec un petit regard de perplexité) ».

Les secrétaires ont par ailleurs **du mal à dénoncer les erreurs de prise en charge des médecins** car ils ne se sentent pas assez légitimes pour le faire : *« c'est plus*

des, des médecins ... euhm... je sais pas comment formuler ça... correctement, mais... qui... je sais pas comment vraiment le formuler sans que ce soit trop tranchant (petit rire), mais j'ai l'impression ne savent pas... comment gérer une tendinopathie ? (prend un attitude un peu gênée) [...] souvent très rapidement... pfff... « ouais non vous allez voir le chirurgien », ils m'appellent et ils... souvent oui c'est de la tendinite, et ... moi je suis coincée au téléphone parce que c'est compliqué de dire à un médecin « mais euh... faudrait que le patient fasse de la kiné ! » (avec voix un peu plus basse), fin que nous... niveau ch..., sur le plan chirurgical, on peut pas faire grand chose » (Lucie, secr. orthopédiste).

Nous avons vu précédemment que les secrétariats fournissaient parfois les coordonnées directes des médecins, mais certains secrétariats **ne fournissent pas ces coordonnées des médecins** qu'ils assistent, soit pour protéger les médecins pour lesquels ils travaillent : *« le médecin si... il estime qu'il veut être contacté quand il est pas là, il laisse son numéro de portable. Mais moi, sans son accord, je ne le donne jamais (insiste) »* (Marie, secr. MG), soit pour garantir leur légitimité dans la communication entre médecins concernant le patient : *« le secrétariat m'a jamais (insiste) donné le numéro pour joindre le spécialiste d'un autre moyen que de passer par le secrétariat (en rigolant) ! Ils vont pas saborder leur boulot (en rigolant) ! »* (Nicolas, MG).

10.2.b) Réserve des médecins quant à la fiabilité des informations transmises par les secrétaires

Comme mentionné précédemment, les médecins manifestent souvent une **méfiance envers les secrétaires lorsqu'il s'agit de transmettre des informations** à leurs collègues, préférant transmettre les informations eux-mêmes.

Elodie, MG : « pour transmettre moi l'information et pas forcément via la secrétaire ... pour détailler un peu [...] pas d'avoir un tiers à chaque fois pour parler entre nous » ;

Nicolas, MG : « Des fois, parce que le secrétariat fait mal son boulot ou... parce que ... ils ont pas compris que ben il fallait nous passer le... le spécialiste » ;

Marie, secr. MG : « j'ai appelé là vendredi pour une hospiti... euhm... à Bville, et là par contre ... la secrétaire m'a passé le service, le service a passé, m'a passé le médecin, et le médecin m'a dit « je peux avoir le médecin ? » ».

Impliquant donc des **difficultés pour accepter de prescrire** des bilans complémentaires quand ces derniers sont demandés par les secrétaires : « j'ai déjà été confrontée ... à des médecins traitants qui avaient du mal à ... à comprendre la demande des examens ... d'imageries un peu plus poussées. [...] là où je rencontre un peu plus de difficultés c'est pour tout ce qui est arthroscanner. (Petit temps de pause en levant un peu les yeux). Les médecins traitants ont du mal à prescrire cet examen, ils comprennent pas que ce soit pas le chirurgien qui le fasse la prescription [...] il y a des médecins même qui sont complètement fermés et qui ne veulent pas le prescrire » (Lucie, secr. orthopédiste).

10.2.c) Difficultés rencontrées par les médecins dans l'acceptation du rôle du secrétariat dans la communication

Les médecins éprouvent le **besoin de communiquer directement avec leurs confrères** lorsqu'ils nécessitent un avis et ne comprennent pas pourquoi le secrétariat pourrait vouloir intervenir ou émettre des avis dans ce contexte.

Nicolas, MG : « si j'appelle en disant que c'est une urgence, qu'ils me passent ... qu'ils me passent le spécialiste ou si je suis en train de ... d'expliquer plein de trucs médicaux et qu'ils sont dépassés, ils essaient pas de bidouiller, ils me passent le... ils me passent le médecin en fait » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « *les quelques médecins qui m'ont appelé pour avoir un avis... euhm ... il y en a certains par contre j'ai senti qu'ils avaient pas forcément confiance, que ce soit moi qui réponde aux questions. Ils m'ont bien fait comprendre que « mais vous êtes sûre ? Mais vous voulez pas demander au chirurgien ? » ».*

10.2.d) Le contexte de non-autonomie des patients comme facteur facilitant la communication directe entre médecins et secrétaires

Dans certaines situations, les secrétaires communiquent directement avec les médecins pour des **patients**, notamment lorsque ces derniers sont très âgés ou souffrent de troubles cognitifs rendant leur **prise en charge autonome impossible**. Cela semble être une **manière pour les secrétaires de faciliter un dialogue direct avec les médecins**, qui acceptent alors plus volontiers cette communication sans méfiance.

Camille, secr. MG : « *on appelle aussi... puis je vous dis, quelques fois pour les pa... les personnes plus âgées qui... où là c'est vrai qu'on avait appelé un ... un ORL à Dville aussi une fois » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : « *de temps en temps ça m'arrive de prendre contact avec le médecin traitant quand ... c'est des personnes d'un certain âge, qui ont un petit peu des troubles cognitifs, où c'est un petit peu compliqué ».*

11. La légitimité des demandes

11.1 Appréhension du dérangement

11.1.a) *Déséquilibre entre la perception du dérangement par les médecins généralistes et la réalité vécue par les médecins spécialistes*

11.1.a).(1) La perception de déranger ressentie par les médecins généralistes

Certains médecins généralistes expriment une **réelle appréhension à l'idée de déranger les médecins spécialistes.**

Elodie, MG : « *quand j'appelle et que je déränge un ... un spécialiste* » ; « *j'ai pas envie de le déranger* » ; « *souvent je les contacte plutôt par mail en fait ... toujours pour pas ... fin pour éviter des les, de les déranger en fait* » ;

Nicolas, MG : « *ça m'embête de les embêter. [...] en général je demande si ... s'ils sont là et si je peux les déranger quoi [...] en général je, je demande « est-ce que je peux te déranger ? » plutôt ... « je te déränge »... [...] je commence par là ... et je dis « ben si je peux ... sinon tu me rappelles » quoi, fin... c'est ... ou « sinon vous me rappelez tout à l'heure »* ».

11.1.a).(2) La nécessité de requêtes synthétisées favorisant cette appréhension du dérangement

Pour répondre efficacement aux demandes des médecins généralistes, les spécialistes semblent avoir besoin de **requêtes synthétisées**, c'est-à-dire claires, précises et allant droit au but avec les **examens complémentaires et traitements déjà réalisés** : « *faut aller au fait quoi. Faut pas terg... fin faut pas expliquer en long en large,*

faut ... je pense faut... faut synthétiser un peu la situation [...] ça se passe plutôt bien [...] faut que les idées soient claires dans sa tête pour dire : « voilà j'ai un patient qui a tel et tel symptôme ... ça, ça comme antécédents, j'ai vu ça nanana » » (Elodie, MG).

Les médecins généralistes s'astreignent à un mode de communication, et celui-ci **semble reconnu par les médecins spécialistes et leurs secrétaires.**

Arthur, neurologue : *« parce qu'il faut toujours trouver la limite entre ne pas trop déranger [...] donc c'est sur qu'on peut pas prendre son téléphone à chaque fois, envoyer un mail tout le temps. Fin voilà, faut trouver le juste milieu » ;*

Claire, rhumatologue : *« fin les med G ils sont... ils sont quand même assez carrés. Fin ils vont pas m'envoyer un gros genou sans avoir d'abord fait une radio, donc... en général tout est fait » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : *« Quand le médecin traitant, que ce soit par téléphone ou par mail, il ait toutes les informations. C'est, j'ai des médecins traitants où l'appel ça va être fait en deux-trois minutes parce qu'il a tout (insiste) devant lui [...] on va dire le, l'appel facile ouais c'est le médecin traitant qui va être bien organisé, qui appelle mais hop il a tout, il répond à toutes nos questions, il sait si c'est traumatique ou pas... S'il y a déjà de la kiné, s'il y a déjà eu de l'infiltration de fait, fin ... voilà, qui conn..., qui a son dossier devant les yeux quoi ».*

11.1.a).(3) Une réalité vécue différemment par les médecins spécialistes

Les spécialistes affirment que les interruptions par les médecins généralistes ne sont **pas les aspects les plus chronophages ou les plus gênants** de leur travail ; d'autres situations leur demandent davantage de temps.

Arthur, neurologue : « *En dehors des consultations à gérer tous mes à côtés : les appels des patients, les mails qu'on a aussi ... régulièrement à gérer, mais pas que les médecins généralistes, loin de là même, c'est pas forcément eux le plus. [...] Les patients de cabinet oui, c'est très chronophage (petit rire), mais les avis des autres non ça va, c'est franchement pas chronophage non* ».

Cette impression est confirmée auprès de certains médecins généralistes : « *Ça se fini plutôt en rigolant que en s'énervant hein (avec un sourire). Non, non hein, il y a pas eu un spécialiste qui nous gueule dessus parce qu'on l'a... parce qu'on l'a dérangé.* » (Nicolas, MG).

11.1.b) Appréhension du dérangement non ressentie par les médecins spécialistes

11.1.b).(1) Légitimité ressentie par le médecin spécialiste de contacter ses confrères et consoeurs

Cependant, un spécialiste souligne que, pour lui, contacter d'autres spécialistes ou médecins généralistes ne constitue pas un obstacle particulier. Il **se sent pleinement légitime** de le faire.

Arthur, neurologue : « *Moi j'ai d'autres spécialistes qui ont mon numéro de portable direct, et ... ben qui m'appellent quand il y a besoin. C'est pas un problème, même si on est en consultation [...] Quand je dois appeler quelqu'un ... alors ça dépend ... euh ... ben d'autres spécialistes quand j'ai besoin d'autres avis ... je sais pas, par e... une cardiologue, un angiologue ... enfin, voilà j'appelle* » ;

Arthur, neurologue : « *il y avait une dermatologue là, j'ai du appeler, une dame qui avait présenté une toxidermie au Lamictal ... et du coup, j'ai du lui prendre rendez-vous c'était*

assez rapide mais, je voulais quand même la contacter. Et je savais que ma femme la connaissait, mais de il y a longtemps. Et je lui ai demandé voilà, si elle avait son numéro, bon c'est ma femme hein, mais... mais elle avait son numéro encore ! Donc du coup je l'ai recontacté tu vois comme ça. Et puis voilà. D'ailleurs je pense que aujourd'hui, maintenant j'ai son téléphone, si j'ai besoin d'avis dermato ... bah, je passerai par elle ».

11.1.b).(2) Légitimité confirmée par les médecins

généralistes

De plus, les médecins **généralistes confirment qu'il est tout à fait normal que les médecins spécialistes les contactent**, même si cela les dérange pendant une consultation. Ils considèrent que le contact du médecin spécialiste **est toujours justifié**, contrairement à leurs propres sollicitations dans le sens inverse.

Elodie, MG : « *c'est rare mais quand ils appellent c'est souvent pour quelque chose ... je trouve d'important ... fin ... à prendre en compte, ils appellent rarement pour ... pour rien je trouve. [...] en général c'est quand même pour me dire « je l'ai envoyé aux urgences ou j'ai, j'ai fait ça » pour me tenir au courant. Mais, c'est ... c'est souvent pour me transmettre une information importante » ;*

Nicolas, MG : « *fin c'est quand même assez rare (insiste) que le spécialiste nous appelle. Quand même (petit rire) [...] le dernier exemple, c'était la radiologue ... qui ... qui avait essayé de m'appeler parce que elle avait trouvé une ... une masse ... sur, sur un scanner en fait, et qu'elle... qu'elle voulait en parler » ;*

Marie, secr. MG : « *après quand c'est des médecins comme dit c'est pas moi qui les ai en ligne et je pense que s'ils appellent c'est quand même ... que ça vaut le coup ! [...] si c'est un médecin c'est que... ils appellent pas pour... pour rien quoi. Même si c'est pour avoir les antécédents ou les trucs... oui c'est toujours, c'est qu'ils en ont besoin et que... il y a une*

nécessité quoi. Je pense qu'ils ont autre chose à faire de leur temps que de passer des coups de fil. [...] Je pense que si vraiment ils téléphonent, qu'ils prennent... du temps sur leur temps de consultation pour appeler, c'est que ça... c'est nécessaire ».

11.2 Etablissement d'un réseau privilégié pour légitimer les demandes

11.2.a) Etablissement du réseau via les études et les connaissances prépondérantes pour les médecins spécialistes

11.2.a).(1) Le réseau via l'externat

Il semble y avoir une véritable **différence entre la période précédant (l'externat) et suivant (l'internat) les Épreuves Classantes Nationales (ECN)** : *« Je pense qu'il y a l'avant ECN et l'après ECN... Avant ECN c'est les affinités ... amicales vraiment, les soirées, ouais les passes temps. Et après, c'est pl... après post ECN c'est ... l'internat, les stages » (Elodie, MG)*, et les possibilités de se faire des relations avec les médecins spécialistes pour les médecins généralistes se font **plutôt avant ces ECN** : *« plus avec les collègues avec qui j'étais ... en études, qui maintenant sont installés, sont des... des collègues spécialistes en fait » (Nicolas, MG)* ; *« Après il y a des gens avec qui on était à la fac [...] Des gens de la même génération » (Amandine, MG)* ; *« on a gardé des liens, après c'est des copains de promo en fait » (Claire, rhumatologue).*

11.2.a).(2) Le réseau via l'internat

En revanche, l'**internat** est la période cruciale permettant de **nouer** de véritables **liens avec ses co-internes**. Les médecins généralistes étant plutôt entre eux, ils n'ont pas les mêmes opportunités que les médecins spécialistes.

Elodie, MG : « leur spécialité commune qui les rapproche ensemble, et nous c'est la médecine générale donc on côtoie un peu moins les spé je pense » ;

Arthur, neurologue : « j'ai un médecin rééducateur là, j'étais interne avec lui, il était passé en neuro donc je le connais, donc je lui envoie des patients, donc là tu vois c'est plus par rapport à ça. [...] j'ai mes correspondants en fait, donc ... c'est vrai que c'est facile ».

11.2.a).(3) Le réseau via l'entourage

Un spécialiste de l'étude a souligné qu'il établissait également son réseau **via les contacts de son entourage proche** : « ma femme est aussi médecin, elle est néphrologue, donc du coup ... elle a des amis médecins, donc ... et ainsi de suite quoi. Donc il y a des réseaux comme ça qui se font aussi (baisse la voix), fin voilà (remonte la voix) moi au niveau néphrologue du coup bah il y a des gens. Euh j'ai un ami par l'intermédiaire justement de ma femme qui est chirurgien thoracique. J'ai, j'ai, voilà, j'ai des gens comme ça, un autre qui est radiothérapeute ... j'ai, j'ai des connaissances comme ça, mais plutôt du côté personnel [...] parce qu'il y a les amis, et puis il y a aussi les amis d'amis (part dans un rire en plusieurs temps). Qui dit « ah mais si je connais un neurologue, écoute appelle le de ma part et... » fin tu vois, il y a ça. Et moi pareil aussi » (Arthur, neurologue).

11.2.b) Etablissement du réseau via le retour des patients et le temps pour les médecins généralistes

11.2.b).(1) Le réseau via les médecins déjà impliqués dans le suivi du patient

Lorsqu'un médecin généraliste débute sa pratique, il se trouve souvent à devoir communiquer avec des médecins **spécialistes déjà impliqués dans le suivi** de certains

de ses patients. Si ces spécialistes fournissent des retours satisfaisants, le médecin généraliste les inclut alors dans son carnet d'adresses de contacts privilégiés.

Elodie, MG : « *des patients chez, qui étaient déjà suivis depuis plusieurs temps par un prat, un spécialiste ... qui ... pareil que j'avais du contacter pour avoir ... un avis pour ce patient là et ... avec qui je trouvais qu'il travaillait bien, ben je lui, je lui adressais des patients aussi au fur et à mesure* » ;

Arthur, neurologue : « *bah voilà, si ça se passe bien, si voilà les patients derrière ils sont contents de la pris en charge, ils le disent à leurs médecins, du coup ils renvoient et ainsi de suite quoi* ».

11.2.b).(2) Le réseau via le carnet d'adresse des collègues

Certains médecins généralistes, en particulier lorsqu'ils débutent, utilisent le **carnet d'adresses de leurs collègues** du cabinet pour déterminer à qui adresser les patients, avant de se forger leur propre avis sur les médecins spécialistes : « *elle m'avait donné un petit annuaire ou en gros de spécialistes [...] au fur et à mesure ben quand il y a des situations complexes j'ai commencé à les contacter ...* » (Elodie, MG).

11.2.b).(3) Le réseau via l'expérience personnelle et le temps

Lorsque le médecin généraliste **se sent à l'aise** avec un cabinet de médecins spécialistes et que ces derniers **répondent positivement à ses demandes**, il est alors plus enclin à leur adresser des patients ou à les contacter lorsque cela est nécessaire.

Elodie, MG : « *j'ai mes propres contacts et que ... que pour l'instant ça marche en fait!* » ;

Nicolas, MG : « *Comme tout médecin généraliste on fait un réseau, et à un moment on sait ... il y a un problème de pédiatrie, je vais appeler lui [...] quand on ... débarque... on sait pas,*

enfin... et après avec le réseau on sait qu'il y a des gens qu'on peut appeler, et des gens qu'on peut pas appeler tout le temps, et d'autres que ... on peut de toute façon pas appeler » ;

Claire, rhumatologue : *« Et après il y a des méd G maintenant qui me connaissent bien [...] Et puis après c'est le... c'est le bouche à oreille [...] tu sais la campagne c'est petit donc les méd G à Hvillage ben en général c'est des jeunes mamans, ben tu tombes dessus au parc le mercredi avec tes enfants : « Ah c'est toi la méd G nanana na na na » et puis du coup tu discutes et puis tu te revois une fois, deux fois, trois fois, tu finis par te tutoyer et puis tu crées des ... des, des petits liens » ;*

Hélène, secr. cardiologue : *« par la force des choses c'est des connaissances qui envoient des personnes et ils ont leur numéro de portable en fait, à force ... de se côtoyer, ou à force de se poser des questions ... ils ont ... ils ont réussi à créer leur, leur lien ».*

Autrement, si les médecins n'obtiennent pas la réponse à leurs questions, ils cherchent à **trouver des solutions alternatives** pour leurs patients, notamment en **arrêtant d'adresser leurs patients** aux médecins spécialistes avec qui la confiance n'existe pas ou plus.

Elodie, MG : *« dans le compte rendu du cardiologue ... je pense que c'était un copier coller limite du... la consultation précédente, il y a marqué « pas de souffle audible ». Je me dis «tiens, c'est quand même bizarre », fin moi je l'entendais vraiment fin ... fin ... je comprenais pas [...] j'ai revu le patient en août, et là ... clairement il allait pas bien, fin vraiment décompensation cardiaque ... et là j'ai rappelé le cabinet et là la secrétaire m'a dit qu'il était en vacances. Et là je me suis dit « ben ... ça, ça suffit quoi » [...] le patient a*

bien compris que j'avais pas trop confiance en son cardio, et maintenant il est suivi par la nouvelle cardiologue et plus par l'ancien en fait » ;

Amandine, MG : « *Sur des compétences de spécialiste, il y a deux-trois, il y a des choses qui m'ont choquée [...] Parce que si nous on les envoie c'est qu'on a besoin d'un avis. Donc au bout d'un moment j'envoie plus, en fait. [...] Et j'ai absolument pas pu communiquer avec l'urologue. Et pour le coup j'ai plus ... j'ai plus jamais adressé de ... de patients [...] ça m'est arrivé par exemple ... de ... de trouver une autre solution [...] j'ai essayé de l'appeler, on m'a garanti qu'il allait me rappeler ... euh j'ai re-rappelé, on m'a dit « c'est bon il a v... il a... » et puis si j'ai pas de nouvelles et que mon patient est ... je trouve une autre solution en fait » ;*

Nicolas, MG : « *après j'envoie plus les gens chez ce spécialiste là en fait [...] on arrête d'envoyer les gens là-bas si on a pas la réponse appropriée à la problématique quoi [...] quand on a réussi à comprendre qu'il y en a qu'il faut pas joindre, ça se passe, fin on arrête quoi, voilà c'est tout (en rigolant) ! Euh... Si de tout façon on a pas de réponse... ou si toute façon ils sont pas joignables ben on... on arrête de passer par eux quoi ».*

En maintenant un lien de confiance et en répondant de manière adéquate aux demandes, les relations entre les médecins s'améliorent, rendant ainsi la communication plus fluide et cela a été bien compris par un des médecins spécialiste de notre étude : « *tu dois avoir une relation de confiance, et pour les méd G c'est pareil [...] ben hier j'étais de 21 heures à 23 heures sur l'ordi pour faire mes bios, répondre aux mails, répondre à ci, fin les certificats les machins, OK. Mais... je bosse pas le mercredi et le vendredi à quatre heures je cherche les enfants à l'école, donc je pars du principe que tu peux pas tout avoir dans la vie, et que c'est pas choquant de faire un soir par semaine*

jusqu'à minuit sur l'ordi, traiter tes mails si t'as des... avantages à côté» (Claire, rhumatologue).

11.3 Communication et légitimité facilitée quand le patient est déjà suivi par le cabinet spécialiste

Lorsque le patient **est déjà suivi** par le médecin spécialiste contacté par le médecin généraliste ou son secrétaire, la communication est souvent plus fluide, car il n'est **pas nécessaire de justifier** la situation du patient pour obtenir un rendez-vous. En effet, dans le contexte actuel, de nombreux médecins spécialistes limitent l'accueil de nouveaux patients et réservent leurs créneaux aux patients qu'ils connaissent déjà.

Elodie, MG : *« c'est souvent pour des patients qui sont déjà ... qu'ils connaissent. C'est rarement pour des patients non connus » ;*

Elodie, MG : *« si un patient est suivi par je sais pas, une gynéco, un cardio, je préfère écrire au cardiologue de la personne [...] si la p... le patient a son spécialiste, ce sera toujours le spécialiste que je contacterai » ;*

Marie, secr. MG : *« C'est souvent des patients qui sont déjà suivi par le spécialiste, donc ils connaissent aussi » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : *« quand c'est des patients qui sont déjà venus au cabinet, qu'on connaît, on fait les prescriptions. Il y a pas de soucis. Mais c'est vrai que quand le patient on ne le connaît pas, on ne l'a jamais vu, on n'a pas de dossier, normalement on fait pas de prescription ».*

11.4 Collaboration entre médecins généralistes pour assurer la légitimité des demandes adressées aux spécialistes

Les médecins généralistes, ayant développé des relations plus étroites pendant leurs études, forment souvent **des groupes de soutien** où ils peuvent poser des questions et déterminer ensemble la nécessité pour leur patient de consulter un spécialiste. Lorsqu'une question peut être résolue par un autre généraliste, ils privilégient cette option avant de contacter le médecin spécialiste : *« j'ai tout un groupe d'amies donc on a fait un groupe [Nom de la messagerie et du réseau social] ... on pose toutes nos questions en rapport avec la médecine [...] où là ben chacune pose un peu ses questions, questions, remarques, voilà un peu de tout ... et là c'est assez fluide hein ... dès qu'il y en a une qui est connectée qui voit le mail, qui a, qui a le message, qui a le temps ben euh ... elle y répond. [...] j'étais dans un groupe de pairs ... où on se retrouvait tous les ... tous les mois, mais j'ai un peu lâché mais du coup on a groupe [Nom du réseau social] ... avec ce groupe de pairs où on parle aussi médecine [...] après ben c'est plutôt la communication orale avec ... avec mes collègues ... principalement ouais, principalement »* (Elodie, MG).

11.5 Certaines demandes non légitimées

Le médecin généraliste joue un rôle clé dans la prise en charge des patients, étant celui qui **connaît le mieux le patient et son entourage**. Les généralistes sont donc parfois confrontés à des demandes dont la légitimité est moins évidente pour les spécialistes, mais auxquelles ils savent accéder quand même : *« j'avais son épouse [...] c'était légitime qu'on réponde à ses questions et ... et voilà. Et, et c'est vrai que de temps en temps elle me demandait si je pouvais joindre le spécialiste parce que elle n'avait pas réussi à le ... à le, à le joindre [...] je me souviens avoir dit au gastroentérologue « OK, d'accord il y*

a rien à faire, mais en tout cas c'est légitime de répondre aux questions de son épouse ... voilà, c'est son aidante principale, c'est sa femme et elle a peur de le voir mourir ... »»
(Amandine, MG).

12. L'implication de la déontologie confraternelle et morale envers les patients dans la communication entre professionnels de santé libéraux

12.1 Déontologie confraternelle

12.1.a) Les relations confraternelles restent des relations humaines avec leurs difficultés

Les relations entre médecins et avec les secrétaires restent **avant tout des relations humaines**, susceptibles de présenter des difficultés et de provoquer des **conflits**. Nos participants ont suggéré plusieurs solutions pour éviter ces conflits :

- **Le temps et l'expérience** peuvent contribuer à apaiser certaines relations conflictuelles : *« mais aujourd'hui les relations sont ... beaucoup plus sereines avec un confrère comme ça, qui me prenait peut-être pas au sérieux ... il y a quinze ans quoi [...] j'ai eu à faire à elle ... pour ... d'autres patients et dans d'autres circonstances, et ... moi je (petit rire), je suis pas rancunière hein et ça s'est toujours très bien passé ensuite »* (Amandine, MG).
- **Adapter son discours aux besoins spécifiques** du médecin spécialiste permettant ainsi au médecin de mieux comprendre la situation : *« il y a des gens qui sont plus ou moins cash et on a l'impression que... selon la spécialité, il y a des gens qui sont plus ou moins cash. C'est sûr que quand vous appelez un chirurgien vous allez pas lui parler de ... de la problématique de la belle-mère qui... qui va pas bien en ce moment. Par... alors que si c'est le psychiatre que vous avez au téléphone*

ça va être différent (avec petit rire) ! Euh... Effectivement il y a... il y a des choses peut-être un peu plus rigides chez certaines spécialités ... que d'autres. Mais je pense qu'il y a quand même une grosse problématique humaine derrière » (Nicolas, MG).

- **La nécessité de ne pas adopter d'attitude de supériorité** : « *Si tu te dis que toi ... t'es le cardio Dieu le Père et que tu sais tout et que ... (en rigolant) le méd G il sait rien, forcément ça marchera pas !* » (Claire, rhumatologue).
- **Accepter un refus de consultation** : « Et je leur ai dit hein aux secrétaires, j'ai dit « *mais je fais quoi alors ? Je, je ... je prends un autre ... ?* » « *Oui bah prenez un autre cabinet* ». Et c'est très cordial, et pas ... mais c'est non, c'est non. Donc voilà [...] c'est pas conflictuel en fait ... parfois on peut ne pas être d'accord » (Amandine, MG), **ou un avis divergent avec ouverture**, surtout en présence du patient : « *je leur dis « écoutez voilà, c'était peut-être pas une bonne idée, ça n'a pas marché, on va prendre un autre avis* ». Mais je, je ... je pense jamais avoir été médisante ... devant le patient » (Amandine, MG), **même en cas de conflit** avec le professionnel de santé : « *Devant c'est tout sourire, c'est un machin, c'est un... ah bah je le connais, c'est un ami, c'est un pote. Derrière... ça se descend quand même beaucoup !* » (Lucie, secr. orthopédiste).
- **Faire preuve de compréhension** face aux désaccords de ses collègues : « *il y en a un ou deux où je pense que ça... c'est pas leur (insiste) vision des choses [la façon de travailler du spécialiste]. Ce que je peux comprendre* » (Claire, rhumatologue).

Les **malentendus** dans la prise en charge peuvent **générer des tensions et même des conflits significatifs**, surtout lorsqu'ils sont amplifiés par un sentiment d'échec dans le suivi du patient, ce qui complique davantage la situation. Un exemple

cité par un médecin généraliste de notre étude illustre bien ce phénomène. Lorsqu'elle était remplaçante, elle avait conscience de ne **pas avoir pu informer correctement le spécialiste sur la raison précise de l'adressage du patient** : *« ce monsieur est parti chez la néphrologue, et je lui ai fait un courrier en disant « voilà, j'ai cette situation là, je pense que ce monsieur nécessiterait de passer aux urgences mais il ne veut pas, il, il refuse. En gros, est-ce que vous, vous pouvez appuyer et faire quelque chose ? » [...] Et effectivement je n'ai pas appelé la néphro parce que ce jour là j'étais dans un autre stress »* (Amandine, MG). Ce manque de communication a été **interprété par la spécialiste comme une attitude anti-confraternelle**, et cette dernière a réagi de manière similaire, allant jusqu'à humilier la généraliste *« elle m'a rappelé, elle a été odieuse avec moi. Elle m'a dit que ... c'était très discourtois d'avoir fait ça, que évidemment elle s'en est occupée et l'a envoyé aux urgences mais que ce n'était pas à elle de faire ça, et que... que ça aurait mérité un appel et que ... et que ... vraiment j'étais une bonne à rien [...] [elle] m'a incendié, et ... (soupir) et voilà [...] elle a fait un courrier de retour au médecin que je remplaçais, je lui avais expliqué hein la situation, et en fait elle a, elle a été jusqu'à décrire mon comportement dans ce courrier en disant que le docteur interrogé avait ... fin que c'était en dessous de tout »* (Amandine, MG). Dans une **volonté de clarifier la situation**, la généraliste a tenté d'expliquer son comportement perçu comme discourtois, mais la spécialiste, en colère et ne connaissant pas tous les éléments, **semblait réticente à l'écouter** *« j'ai expliqué la situation, je dis « voilà ... » en plus ... (mimique de quelqu'un qui s'en fiche avec échappée d'air des joues gonflées) elle en avait rien à foutre. C'était discourtois, c'était discourtois [...] moi j'essayais de me justifier et de lui dire que effectivement j'avais ... en fait elle a rien voulu entendre [...] en fait je pense qu'elle m'a même pas cru »* (Amandine, MG). Ces types de conflits peuvent créer des **situations de**

stress supplémentaires, inutiles pour les soignants « *j'avais trouvé ça choquant [...] j'avais trouvé ça un peu violent quoi* » (Amandine, MG).

12.1.b) L'absence de réponse délétère pour le patient

L'absence de réponse ou une réponse incomplète peut nuire aux relations entre les professionnels libéraux, et **les conséquences retombent généralement sur le patient**. Cela compromet la confiance entre les deux parties médicales.

Elodie, MG : « *dans le compte rendu du cardiologue ... je pense que c'était un copier coller limite du... la consultation précédente, il y a marqué « pas de souffle audible ». Je me dis « tiens, c'est quand même bizarre », fin moi je l'entendais vraiment fin ... fin ... je comprenais pas. Et ... donc je l'avais rappelé un mois après, en disant « écoutez ce serait bien ... » fin, j'avais appelé le secrétariat en disant « j'ai une question à lui poser pour ce souffle en fait ». Et il m'avait pas rappelé... j'ai revu le patient en août, et là ... clairement il allait pas bien, fin vraiment décompensation cardiaque ... » ;*

Amandine, MG : « *moi je ne savais pas comment faire pour ... pour les soins, pour sa plaie, savoir combien de temps ça allait durer. Et j'ai appelé l'urologue qui m'a ... qui m'a ... pour le coup, sèchement répondu que « ben c'était comme une posthémorragie... posthémorragie classique et que ... et que ... » voilà. Et j'ai absolument pas pu communiquer avec l'urologue. Et pour le coup j'ai plus ... j'ai plus jamais adressé de ... de patients [...] moi j'a... j'avais besoin que ... que le spécialiste me dise... me dise la conduite à tenir pour ... pour le pansement, pour les soins ... ce qui allait se passer pour le patient parce que j'avais pas de retour ... et ... et ... j'ai pas du tout été bien reçue effectivement ».*

12.1.c) L'absence de communication injustifiée

La communication est déjà décrite comme chronophage, mais certains soignants **se retrouvent à devoir insister** et à prendre encore plus de temps pour obtenir une réponse de la part de leurs interlocuteurs : « *c'est rare qu'on me rappelle ... j'avoue. C'est plutôt à moi de rappeler, à relancer* » (Elodie, MG) ; « *ça tourne dans le vide pendant ... au bout de cinq six appels...* » (Nicolas, MG), puisqu'ils n'ont **pas d'explication quant à leurs indisponibilités** et qu'ils ont besoin d'une réponse.

Cela semble plutôt concerner les médecins généralistes et leurs secrétaires qui semblent ainsi décrire une forme de **déception d'une communication décrite comme inexistante**.

Elodie, MG : « *quand ça se passe pas bien : c'est quand j'appelle et qu'on me répond pas, il y en a hein, je dis pas le contraire* » ;

Amandine, MG : « *on est rarement mal reçus, on est parfois pas reçus. Ça répond pas [...] C'est surtout quand ... surtout quand on arrive pas à les joindre et qu'ils nous rappellent pas* » ;

Nicolas, MG : « *ce qui marche pas c'est quand on a pas le ... le référent au bout du fil [...] Le... grosse problématique comme tu dis c'est quand on appelle et qu'on a personne, enfin qu'on a même pas le secrétariat au téléphone [...] la plupart du temps c'est un échec quand on arrive ... pas à avoir le... l'interlocuteur au téléphone* » ;

Sophie, secr. MG : « *Après il y a ... l'un ou l'autre spécialiste on a un peu du mal à les joindre [...] à un moment donné ils décrochent plus trop le téléphone* ».

12.1.d) Le risque de compéage dans l'adressage des patients

Nous avons vu que les médecins établissement des réseaux privilégiés pour légitimer plus facilement leurs demandes de communication. Nous avons souligné

l'importance de la relation de confiance entre les patients et leurs médecins. Ainsi, lorsqu'un généraliste doit orienter un patient vers un spécialiste, le patient demande souvent des recommandations à son médecin traitant. Il devient alors **difficile de ne pas imposer un médecin particulier**, ce qui pourrait être perçu comme du favoritisme et aller à l'encontre de la déontologie confraternelle : *« s'ils me demandent « avec qui vous travaillez ? » je leur dis « bah je travaille avec cette personne, cette personne, cette personne » et ... je vais pas citer ... après pour moi ils sont libres de ... d'aller où ils veulent. J'ai, j'ai ... j'ai jamais dit à un patient « n'allez surtout pas chez cette personne ». Je me permettrais pas »* (Amandine, MG).

Les **patients** conservent la **liberté de choisir le médecin** qu'ils souhaitent consulter, et il est crucial de ne pas **dévaloriser le collègue sélectionné**, notamment en présence du patient, même si la communication avec celui-ci s'avère compliquée.

Elodie, MG : *« les freins c'est ... quand le patient est suivi par un spécialiste ... qui n'est ... avec qui je communique peu parce que ... soit j'en ai pas eu l'occasion ou soit parce que c'est quelqu'un qui est très pris ou très ... et que j'arrive pas à contacter ... ben c'est là le frein » ;*

Amandine, MG : *« Il y a une consoeur rhumato je sais qui ne fait jamais de courrier. Bon. Jamais. Et elle le dit aux patients « je fais pas de courrier ». OK (petit rire). C'est pas la rhumatologue avec qui, avec laquelle je travaille ... en priorité, mais parfois des patients ont envie de leur av... ont envie de son avis et ... et ... ils vont sans, même sans courrier hein, donc décident de prendre un avis ... chez elle. Mais je sais que j'ai pas de retour » ;*

Claire, rhumatologue : *« t'as des méd G avec qui ça colle moins bien tu vois, où tu sais qu'ils ... t'envoient un peu par dépit entre guillemets parce que le patient veut pas aller à*

Cville [...] J'ai quelques patients d'elle, mais ... j'en ai pas plus que ça et on interagit pas plus que ça ».

12.1.e) L'implication du patient pouvant créer des difficultés déontologiques

Les patients cherchent parfois à obtenir ce qu'ils désirent par tous les moyens, allant **jusqu'à manipuler les médecins** en leur faisant croire que le médecin généraliste ou spécialiste a dit des choses qui ne sont pas nécessairement vraies. Cela **peut détériorer les relations entre professionnels** de santé s'ils n'ont pas suffisamment de recul, mais les exemples montrent que **les médecins tendent à mettre en doute les affirmations des patients** lorsqu'elles semblent exagérées.

Claire, rhumatologue : « *la patiente qui me dit « ah ouais mais non mais le médecin il m'a dit qu'en fait on allait arrêter le traitement », et la patiente tu sens qu'en fait elle te ... c'est du pipeau ! Donc j'appelle le médecin et il dit « non mais elle est ingérable, elle me dit que c'est vous qui voulez arrêter le traitement », j'étais là « ah pas du tout (avec un rire) ! » » ;*

Claire, rhumatologue : « *j'en ai deux trois des petits papis, ils veulent à chaque fois que je renouvelle leurs traitements de fond. [...] Sauf que quand ça vient toutes les consult' où tous les quatre mois je vois le patient et tous les quatre mois il me fait le même truc [...] à chaque fois c'est une excuse différente, donc je finis par appeler le médecin traitant. Et le médecin il dit « non non ! Faut arrêter, faut pas lui prescrire ses trucs, il faut qu'il vienne chez moi. Justement j'en mets pas beaucoup pour qu'il revienne chez moi ! » (en rigolant) » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : « *souvent il y a des patients en post-op qui commencent à nous raconter qu'ils ont pris ça, ça, mais parce qu'ils avaient ça à la maison, que ... il a vu le médecin traitant ... parce qu'il, parce qu'ils arrivaient pas à nous joindre, et que le médecin*

traitant a prescrit un médicament. Et du coup, des fois F elle se dit « ouhla ouhla, qu'est-ce qu'il est en train de nous faire le patient ? ». Et souvent elle app..., elle va appeler le médecin traitant : « bon alors, qu'est-ce que vous avez prescrit ? Parce que nous on a prescrit ça », et le patient ne dit même pas en fait ce que nous on a prescrit (en rigolant d'inquiétude) ! Ça devient des fois du n'importe quoi (avec petite voix modifiée) ».

En revanche, dans certaines situations, les médecins **croient le patient**, surtout lorsque **plusieurs patients font les mêmes retours**.

Amandine, MG : *« j'é... écoute aussi beaucoup les patients. C'est-à-dire que quand ... quand un, quand plusieurs patients me disent « je veux plus aller chez ce spécialiste parce qu'il a dit ça, ça, ça et ça, et que il a été malpoli, froid, distant, parfois grossier » ... ça j'en tiens compte aussi » ;*

Nicolas, MG : *« les gens ont pas forcément été ... écoutés, ou alors les ... les problématiques ont pas été entendues et c'est vrai que c'est, c'est un peu souvent quand le patient revient chez nous en disant « bah voilà, fin... moi je... j'ai pas compris ce qu'il a fait » ou « j'ai pas compris ce qu'il a dit » ou « il a dit ça, il m'a pas... il a pas fait ça » ».*

12.1.f) La déontologie confraternelle impactée par les générations

Il est possible que **certaines difficultés soient liées aux différences générationnelles**, avec des habitudes de communication et de travail évoluant parallèlement aux conditions d'exercice. Ainsi, les deux générations extrêmes peuvent parfois rencontrer des difficultés à respecter le travail de chacun.

Arthur, neurologue : *« j'ai encore, j'ai encore des courriers « avis neurologique » quoi. Fin ... voilà, une ordonnance, écrit à la main, « avis neurologique » (lance un petit regard) ou avec un symptôme décrit. J'ai pas les antécédents, j'ai pas les traitements... alors ça j'ai, j'ai*

beaucoup de vieux médecins un peu comme ça parce que ben ils sont pas informatisés, donc ... bah ils sont encore au papier, donc ils écrivent. Donc c'est sûr que quand t'as une liste d'antécédents comme ça (montre une longue liste avec les mains), ben en fait ... ils l'écrivent pas, ils ont pas la liste de leur traitement. [...] Donc là c'est un peu galère quoi» ;

Claire, rhumatologue : *« c'est générationnel je trouve. Tu vois, de ma génération, fin des jeunes entre guillemets ben c'est « ouais, super, génial ! Donne moi ton mail nanana », et puis les... plus anciens qui sont ... près de la retraite tu vois, 4-5 ans de la retraite, en fait ils ont été très gentils hein, ils m'ont dit « ah c'est bien que vous vous installiez, il y a pas de rhumato dans le secteur, c'est bien ! Bon après nous on travaille avec machin, nous on envoie là-bas, moi j'ai pas envie de changer mes habitudes, je fonctionne comme ça » et puis bah ... il y avait pas de soucis ».*

12.2 Déontologie morale envers le patient

12.2.a) Relation de confiance avec les patients

Il est important **d'entretenir une bonne relation** avec les patients comme le confirme un spécialiste interrogé *« j'aime bien discuter avec les patients [...] je trouve que c'est important parce que ... tu dois avoir une relation de confiance »* (Claire, rhumatologue) pour favoriser une communication efficace et **faciliter ainsi l'acceptation des décisions prises** par les médecins comme l'exemple donné par un médecin généraliste interrogé : *« le patient a bien compris que j'avais pas trop confiance en son cardio, et maintenant il est suivi par la nouvelle cardiologue et plus par l'ancien en fait »* (Elodie, MG).

Être **honnête avec eux en admettant ses limites** et en expliquant que cela motive la consultation des spécialistes contribue à établir une relation de confiance avec

le patient et simplifie les échanges entre professionnels de santé : « *j'ai moins de difficultés, et à le dire aussi au patient : « ça dépasse mes compétences, je vais me renseigner, je vais regarder ... » et de poser la question » (Amandine, MG).*

Cependant, **la relation médecin-patient peut parfois être compromise**, notamment **avec le médecin traitant** lorsqu'il ne parvient pas à identifier la pathologie du patient et ne sait pas forcément vers qui se tourner pour l'aider dans la prise en charge de son patient. Les patients tentent alors de prendre eux-mêmes en charge leur santé : « *Mais je pense qu'au bout d'un moment il y a des patients qui sont un petit peu ouais dans... qui ont la sensation d'être dans une errance thérapeutique et qui nous appellent directement » (Lucie, secr. orthopédiste).*

Ou lorsque le médecin spécialiste ne répond plus aux demandes que présente le patient, c'est alors la **relation médecin-patient avec le médecin spécialiste qui se rompt** : « *un patient, qui avait l'habitude quand il faisait un colique néphrétique ... de l'appeler, de passer là-bas, il était toujours pris entre deux ... fin, voilà. Et ... et il est arrivé là-bas, il s'est fait recevoir, on lui a dit « revenez dans 3 jours » et ça a fini aux urgences, et ça a fini en infection, et ça a fini en sepsis et machin, machin ... et ... et ça a été un petit peu choquant et pour le patient » (Amandine, MG).*

12.2.b) La déontologie morale envers le patient prime sur la déontologie confraternelle et professionnelle

Si le professionnel de santé estime que cela est nécessaire, il donnera **priorité à sa déontologie morale envers le patient plutôt qu'à la déontologie confraternelle**, même si cela implique de rompre certaines relations professionnelles. Cela est illustré

par l'exemple d'une secrétaire de médecin spécialiste, où le patient a été pris en charge sans le consentement de son médecin traitant : *« on avait pas le choix. Le, le patient il était déjà à sa sixième luxation d'épaule en deux ans, le médecin veut pas lui prescrire un arthroscanner ... (lève les bras comme quelqu'un de désolé) bah voilà, on lui a prescrit son arthroscanner, on l'a vu, et bah finalement c'est un patient qu'on a opéré après ... d'une instabilité (petit sourire d'ironie) »* (Lucie, secr. orthopédiste).

Les médecins traitants tiennent particulièrement à préserver la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, **plaçant ainsi les intérêts de ces derniers au-dessus de l'harmonie dans la communication** avec leurs collègues.

Amandine, MG : *« j'é... écoute aussi beaucoup les patients. C'est-à-dire que quand ... quand un, quand plusieurs patients me disent « je veux plus aller chez ce spécialiste parce qu'il a dit ça, ça, ça et ça, et que il a été malpoli, froid, distant, parfois grossier » ... ça j'en tiens compte aussi » ;*

Nicolas, MG : *« on arrête d'envoyer les gens là-bas si on a pas la réponse appropriée à la problématique quoi [...] où... les... où les gens ont pas forcément été ... écoutés, ou alors les ... les problématiques ont pas été entendues ».*

Parfois les **secrétaires** sont utiles aussi pour **pouvoir défendre et parler au nom du patient** quand il existe des querelles entre médecins : *« on leur dit oui, d'accord, c'est docteur Untel mais le patient il a un problème là donc, faut quand même ... voilà on essaie de... de parler au nom du patient qui a un soucis et qu'il faut agir quoi, voilà. Et bon ben ils le font toujours, mais voilà, c'est plus du relationnel entre médecins je dirai »* (Camille, secr. MG)

Certains signalent leur **déception** de **l'absence de communication en amont** de la consultation spécialisée, résultant ainsi en une perte de chance pour le patient liée au retard de prise en charge : « *et des fois on voit des patients six mois après et on se dit ... bah mince ils auraient du nous appeler ! Ils auraient du nous contacter parce que attendre six mois pour ça c'est un peu compliqué* » (Arthur, neurologue).

Si l'absence de communication **n'a pas d'impact direct sur le patient**, que le professionnel de santé puisse noter, alors certains ne vont **pas chercher à fournir plus d'efforts** pour établir une communication efficace si les interlocuteurs n'en font pas non plus. En revanche, ils maintiennent une communication minimale pour le bien du patient : « *Quand je vois que c'est pas forcément hyper important je dis bon ben qu'est-ce que tu veux, je laisse tomber, c'est pas ... Mais par contre quand il y a vraiment besoin pour la prise en charge ... si c'est juste un avis et que finalement (bruit qui sort quand on gonfle et dégonfle sa joue spontanément) il y a pas besoin, bon je vais pas chercher* » (Arthur, neurologue).

12.2.c) Certaines situations peuvent être possiblement source de conflits déontologiques pour les patients

Certaines solutions proposées pour pallier le manque de spécialistes, comme des **algorithmes ou des formulaires** à soumettre pour obtenir une réponse, peuvent soulever des **questions sur le respect de la déontologie morale envers le patient**. En effet, certains spécialistes pourraient refuser de prendre en charge les patients sous prétexte d'indisponibilité, laissant ainsi les médecins généralistes et leurs patients sans réponse comme le sous-entend un exemple proposé par un spécialiste de notre étude : « *à la fin finalement c'est un peu un algorithme et puis qui dise « bah oui faut contacter un neurologue rapidement » et puis « non » [...] et puis nous de notre côté bah on recevrait. De*

notre côté on dirait « bah voilà il y a tel patient, fin tel médecin généraliste aurait besoin d'un avis pour tel patient » et puis nous en tant que neurologue bah voilà on dit « bah ok pour, j'ai le temps, je le prends » et puis ... et puis voilà. Là il y a donc par exemple ça qui est en train de ... qui est en train de se développer » (Arthur, neurologue).

Dans certaines situations il existe une **certaine forme de sélection de patientèle** : *« si ... son planning est déjà très chargé, même moi je vais rediriger vers les autres chirurgiens, qui eux ... plus jeunes (petit rire). Et ... voilà qui ... ça dérange pas d'opérer dix patients dans la journée ! [...] Dr A voilà, lui il est arrivé à un niveau maintenant où ... il a plus besoin de, de, de se casser la tête ... à prendre tout ce qui est de la trauma, à se faire des planni... des, des blocs à plus finir. [...] Il a déjà assez (insiste) de monde, on a déjà du mal comme ça à placer des fois ... les réparations de coiffe, les prothèses ... pour encore se rajouter de la traumato ! » (Lucie, secr. orthopédiste).*

13. Les perspectives pour humaniser et fluidifier les échanges

La plupart des participants ont souligné **l'importance d'humaniser les échanges** entre professionnels de santé pour améliorer la communication. Ils expriment des **inquiétudes concernant l'excès d'informatisation** dans les cabinets et les moyens de communication. Pour maintenir une dimension humaine dans ces interactions, plusieurs ont suggéré des idées.

13.1 Favoriser la communication directe pour améliorer la fluidité des échanges

En **privilegiant les contacts directs** sans passer par les plateformes de téléexpertise, plusieurs participants estiment que cela permet de **préserver une**

certaine humanité dans leurs interactions et de fluidifier les échanges grâce à une collaboration directe. Cela **favorise le travail en équipe** et contribue au bien-être du patient. Il serait donc souhaitable de privilégier cette forme de communication, quitte à shunter les secrétariats, car certains affirment qu'une communication plus fluide serait parfois nécessaire.

Elodie, MG : « *je demande l'adresse mail euh pour communiquer ... pour dire moi ... fin pour transmettre moi l'information et pas forcément via la secrétaire [...] et ça permet aussi je trouve de ... ben d'entretenir un peu les relations finalement* » ;

Amandine, MG : « *je trouve que au fur et à mesure [...] de s'être peut-être déjà rencontrés ou parlés l'une ou l'autre fois au téléphone, ça favorise aussi le contact* » ;

Nicolas, MG : « *ce côté ... téléexpertise [...] ça marche très bien hein, fin ça c'est ... mais bon, donc ça ça shunt complètement le côté secrétaire (en rigolant) ! Et ça shunt même le côté humain et interaction [...] on a vécu un petit peu le... le, la... la déshumanisation (insiste en rigolant) du truc... Puis la ré humanisation parce que finalement à chaque fois que j'envoie par [Nom de plateforme de téléexpertise], ben ils rappellent quand même !* » ;

Arthur, neurologue : « *Le fait de discuter, envoyer des mails, des choses comme ça, des fois on aurait un peu besoin ... on l'a pas forcément* » ;

Claire, rhumatologue : « *Après ... je trouve que les patients dans le coin ils sont aussi bien gérés tu vois, les médecins ils sont quand même assez réactifs [...] Après... faudrait que t'interroges les méd G du coin pour savoir s'ils ont le même ressenti que moi ou si c'est moi qui suis dans mon monde* ».

La communication médicale doit se dérouler **directement entre médecins**, car beaucoup estiment qu'aucun autre professionnel ne peut se substituer à eux dans ce

rôle. Bien que cela demande du temps, cette démarche est essentielle : **il est important de consacrer le temps nécessaire** pour répondre aux sollicitations des autres professionnels de santé.

Elodie, MG : « finalement, rédiger un mail personne peut le faire à ma place hein » ;

Elodie, MG : « je pense globalement, tout le monde essaie de faire de son mieux... après c'est ... ça demande... c'est juste le temps en fait ... le temps de répondre à ses contacts hein, c'est ... pour moi c'est ... c'est surtout ça [...] on a les moyens de le faire, faut juste se prendre le temps en fait hein. Mais ... mais non. Je trouve... je trouve, voilà c'est pas ... c'est ... ça fait partie de notre ... notre prise en charge. Mais c'est sûr que c'est ... c'est ... c'est accepter. Faut accepter de prendre le temps » ;

Arthur, neurologue : « personnellement ça ne me dérange pas qu'on m'appelle ... qu'on m'appelle dans la journée ... dans la journée pendant les consultations quoi. Au pire je peux pas, je peux pas. Je rappelle ... quand j'ai le temps ».

13.2 Favoriser la rencontre entre les professionnels de santé

13.2.a) Entre médecins

Rencontrer en personne les interlocuteurs habituels permet **d'associer des visages aux noms** des médecins avec qui ils communiquent régulièrement, rendant un côté plus humain aux interactions. Cela aide également à **atténuer l'impact de la hiérarchie**, un aspect que certains médecins généralistes semblent ressentir comme nous l'avons déjà vu.

Amandine, MG : « de s'être peut-être déjà rencontrés [...] ça favorise aussi le contact » ;

Nicolas, MG : « j'ai l'impression quand même, assez important, c'est quand même le rapport humain et d'avoir déjà vu les gens, ça permet quand même de... parler de manière

un peu plus... fluide et ...moins ... (Temps marqué de réflexion) Sur un pied d'égalité ! Un peu plus, je trouve » ;

Arthur, neurologue : *« c'est toujours bien sur le plan humain, parce qu'on met un visage sur ... sur ... sur une adresse mail (en rigolant). Donc je trouve ça bien moi, de pouvoir rencontrer, d'échanger, de voir un peu ... après on échange par téléphone aussi des fois donc... ça permet déjà, c'est ... c'est un premier contact, c'est quand même mieux que ... que d'écrire » ;*

Claire, rhumatologue : *« Et je me suis dit que c'était important de ... de mettre un visage sur un nom, que ce soit moi pour les méd G mais aussi pour les méd G pour moi, de dire « ah oui ok la rhumato elle ressemble à ça quoi ! ». [...] Ben c'est peut-être con mais, parce qu'on est humains tu vois, et que ... c'est comme les patients, tu ... tu traites des patients, mais tu traites des personnes [...] je trouve que c'est important ouais de mettre un visage, de connaître les gens, d'essayer de garder de bonnes relations avec tout le monde » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : *« je trouve que ce serait une bonne idée effectivement ... que ... les spécialistes, et les médecins généralistes arrivent un petit peu à ... à se rapprocher, même si c'est une fois ou deux dans l'année ».*

En revanche, certains notent que **cela ne leur paraît pas indispensable**.

Elodie, MG : *« en fait je cherche pas plus, fin ... ça m'intéresse pas forcément ... de les rencontrer, fin ... si l'occasion se présente c'est bien, mais ... je ... je cherche pas forcément à créer plus de lien » ;*

Arthur, neurologue : *« moi je trouve que c'est bien mais euh après c'est pas forcément indispensable ».*

Pour favoriser leur rencontres, il est possible aux médecins soit :

- de **se présenter lors de leurs installations** « *Quand je me suis installée, je suis tous allée les voir, je leur ai dit « Bonjouuuur (en affichant un grand sourire) ! Je m'installe » et ... et voilà, ils étaient tous contents, ils ont gardé le numéro quoi » (Claire, rhumatologue) ;*
- d'organiser une **inauguration de leur cabinet** « *il y a un prat, un psychiatre qui ... qui m'avait invi... invité à la crémaillère de son cabinet, donc là je l'avais rencontré » (Elodie, MG) ; « j'avais des correspondants ... que ... j'avais par mail, que j'ai rencontré récemment à des réunions ... ou ... il y avait une ouverture de cabinet il y a pas longtemps, j'étais invité, finalement il y avait plein de monde et du coup j'ai vu des gens (petit rire en parlant) avec qui je communiquais par mail on s'est vu pour la première fois. Bon c'était chouette » (Arthur, neurologue) ;*
- d'organiser des événements tels que des **soirées de formation** avec les médecins du même secteur « *on les a déjà croisé en... en visuel [...] Par des formations [...] avec les spécialistes ... du secteur, et les médecins généralistes du secteur donc... le pneumologue c'est comme ça ... le cardiologue c'est comme ça ... le, la diabéto qui est à Bville c'est comme ça aussi » (Nicolas, MG) ; « ce que j'aurais aimé euh c'est ... justement cette relation entre médecin traitant et chirurgien, qu'il y ait plus de ... peut-être de petites form... pas de formation, mais des ... des, des journées un peu initiatiques comme ça où, ben toutes les spécialités, mais que chaque ... médecin un petit peu de la région, euh ... puisse se retrouver ... dans des réunions où ... d'information [...] pour un petit peu (temps de réflexion) améliorer les prises en charge patients, euh ... bah de commencer un petit peu à s'entendre un petit peu ... pour que ça facilite certaines choses » (Lucie, secr. orthopédiste).*

Ces moments permettent de créer « *une cohésion et une mise en contact de ... même des généralistes du secteur, fin ça fait quand même un intérêt* » (Nicolas, MG) et c'est le moment choisi où les médecins spécialistes disent « *bah voilà, je vous donne mon numéro de portable... et si vous voulez me joindre ... vous appelez sur le portable quoi* » (Nicolas, MG).

13.2.b) Favoriser la rencontre entre médecins et secrétaires de cabinets différents

Il est notable qu'**aucun participant ne considérait essentiel de rencontrer les secrétaires d'autres cabinets**. Bien que la relation entre secrétaires et médecins au sein d'un même cabinet soit reconnue comme importante, les interactions avec les secrétaires de différents cabinets ne semblent pas prioritaires pour les participants. Organiser des rencontres entre secrétaires et médecins, par exemple lors de soirées de formation, pourrait humaniser ces échanges et renforcer leur légitimité comme le laissait sous-entendre une secrétaire interrogée : « *je pense que ... ça faciliterait aussi beaucoup les choses entre les médecins traitants et les spécialistes, parce que comme ils ont pas le temps, vous vous avez besoin des fois d'avoir des, des in..., des réponses, donc c... quand vous appelez le secrétariat, si vous pouvez avoir une réponse et quand même avoir confiance un petit peu à ce que... à ce qu'on vous dit, ce serait déjà aussi ... agréable pour les médecins traitants. Parce que c'est vrai que ... le spécialiste devient inaccessible* » (Lucie, secr. orthopédiste).

Un médecin généraliste a cependant quand même fait remarquer qu'elle **travaillait en équipe aussi avec les secrétaires médicaux**, et a fait une rapide allusion sur le fait qu'elle ne les avait jamais rencontrés, mais qu'elle connaissait leurs voix : « à

chaque fois que je téléphone à la secrétaire du Dr I, je ne la connais pas par exemple, je ne l'ai jamais vu, mais je connais sa voix et ... et on a toujours un petit mot pour ... un petit mot sympa quoi, voilà, parce qu'on travaille ensemble » (Amandine, MG). Il en est de même pour une secrétaire de spécialiste ayant fait une allusion similaire : « Fin moi je les connais pas personnellement, juste au téléphone, mais ... ouais il y a une autre relation qui s'est créée quand même ! » (Hélène, secr. cardiologue).

13.3 Optimiser l'entretien des relations

13.3.a) *Etre cordial en toute circonstance*

Maintenir une **attitude agréable en toute circonstance** favorise les échanges et rend le travail plus agréable, même face à une surcharge d'appels et de tâches. Cette approche contribue à **préservier et parfois à développer de bonnes relations** rendant le travail en équipe plus facile.

Elodie, MG : « Mais en général, l'échange il est plutôt cordial » ;

Amandine, MG : « il y a une différence dans le sens où tu seras peut-être ... ce sera peut-être plus chaleureux avec quelqu'un que tu connais ou qui va te demander comment ça va et machin... ou même des gens avec, qu'on tutoie et d'autres qu'on vouvoie [...] on a une ambiance ... on a ... on a des secrétaires qui sont souriantes, réceptives ... ça aussi je trouve que dans la communication ... tu tombes sur une secrétaire, c'est un dragon et elle ... elle ... c'est toujours plus sympa avec un petit sourire et « bonjour comment vous allez ? ». Et en plus c'est sincère en fait [...] on a toujours un petit mot pour ... un petit mot sympa quoi, voilà, parce qu'on travaille ensemble et ... et ça c'est aussi quelque chose qu'on ... qu'on sent dans le secrétariat » ;

Claire, rhumatologue : « globalement ils ont tous été ... fin ils sont ... tous cool hein. Moi je pars du principe que en fait, on est ... on est là pour bosser ensemble et pour ... pour bien s'entendre et... pour être une équipe. Fin ça sert à rien de se tirer ... de se tirer dans les pattes tu vois [...] je respecte, fin tu t'entends pas avec tout le monde de toute façon [...] ça change pas, quand on doit interagir sur des patients, on interagit. Après je fais attention tu vois » ;

Marie, secr. MG : « après quand on est entre secrétaires sympas ça passe quand même mieux quoi ! (Rire partagé). Que les nanas où on se dit « punaise mais elle, elle a pas dû avoir une bonne journée ! » » ;

Camille, secr. MG : « il y a une espèce de... comment on va dire, de... de solidarité ! On va dire, oui oui. C'est vrai que oui, oui, quand on ... même si on connaît pas les secrétaires qu'on a au bout du fil... voilà on est du même ... fin le même métier quoi ! » ;

Hélène, secr. cardiologue : « les médecins traitants quand ils m'appellent maintenant c'est « bonjour ! Ah comment ça va ? (En rigolant) j'ai une question ». Voilà. Fin moi je les connais pas personnellement, juste au téléphone, mais ... ouais il y a une autre relation qui s'est créée quand même ! ».

13.3.b) Maintenir une attitude de déontologie confraternelle en toute circonstance

Il arrive que les médecins **généralistes se sentent dépassés par les attentes de leurs patients**, même lorsqu'ils savent que celles-ci ne relèvent pas du spécialiste vers lequel ils les orientent. Dans ces cas, **ils espèrent** que le **spécialiste** confirmera leur évaluation et **appuiera leurs demandes** de prise en charge auprès des patients : « parfois on demande simplement un avis au chirurgien pour que lui dise « non ce n'est pas chirurgical, continuez à renforcer votre dos, faites ci, faites ça... ». Voilà. Et parfois on a

besoin de ça. [...] Parfois on a besoin juste qu'ils disent « bah non c'est pas chirurgical, oui effectivement on peut faire une infiltration » alors peut-être qu'on leur fait perdre leur temps, mais ... mais ... bon voilà, parfois ... et c'est jamais des, des ... des rendez-vous qu'on demande en urgence hein » (Amandine, MG).

L'importance de ce soutien implicite semble avoir été **reconnue** par certains cabinets de spécialistes dans notre étude.

Claire, rhumatologue : *« C'est hyper compliqué à gérer, t'as des situations fin... j'en discute souvent avec A et B tu vois, faut aussi que le spécialiste il soit là en ... en back up derrière le médecin G il peut pas tout gérer non plus ! [...] Ben tu vois le ... le lombalgique chronique, qui fait pas de sport, qui veut être en arrêt tout le temps... qui a mal au dos tout le temps, qui se plaint tout le temps, qui est poly médicamenté et qui râle tout le temps, au bout d'un moment, le médecin généraliste il a beau dire « Ben non faut vous remettre au sport, non je vous remet pas d'arrêt de travail » mais si ça sort pas de la bouche d'un spécialiste, le patient je pense qu'au bout d'un moment ... il l'entend pas tu vois. [...] Et nous c'est plus facile, on les voit ponctuellement. Et on leur dit « Ben ça n'ira pas mieux tant que vous ne vous mettez pas au sport, en fait il faut bosser, il faut être actif, il faut faire quelque chose de votre vie, on peut pas être en arrêt indéfiniment ! », et du coup on ... on les secoue un peu et ... moi je sais que B de temps en temps ça lui permet de dire « Ben vous verrez la rhumato, vous verrez bien ce qu'elle vous dira et après on ... on verra comment on avise ! » » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : *« le patient a vraiment très mal, ils ont tout essayé en terme d'antalgiques et ... j'ai l'impression que voilà, ils savent plus trop quoi faire, donc ... ils essaient de voir pour avoir un rendez-vous [...] Et c'est vrai que souvent ... c'est des, c'est beaucoup des avis, euhm... pour essayer de trancher parce que ... est-ce que c'... voilà, c'est*

l'épaule, c'est les cervicales ? Et souvent ben ils nous envoient d'abord en fait chez nous. Pour essayer de dépatouiller voir ce qui se passe ».

Une spécialiste interrogée confirme avoir **bien saisi le rôle de soutien que les spécialistes peuvent jouer envers le généraliste face aux patients**, même en l'absence de demande explicite : *« je pars du principe que si le médecin généraliste m'envoie un mail pour que je vois un patient, c'est qu'il y a une demande derrière, donc de toute façon je vais le voir [...] si t'as une demande du méd G, ben t'y réponds et tu vois le patient. Que ce soit justifié à 100% ou à 30% tu le vois quand même [...] si le méd G il ... il a besoin d'un avis rhumato, c'est qu'il a besoin d'un avis rhumato, même si dans le fond tu changes pas grand chose au problème, ben... s'il a besoin d'un avis il a besoin d'un avis »* (Claire, rhumatologue).

13.3.c) Les effets positifs démontrés d'un travail en équipe

harmonieux et dans le respect de chacun

Les situations où les échanges se déroulent **harmonieusement** et où chacun respecte le travail et le rôle de l'autre semblent **devenir de plus en plus rares**. Un témoignage **souligne les sentiments positifs éprouvés lors d'une collaboration confraternelle efficace et désintéressée**, comme si ces interactions étaient rares et déstabilisantes : *« Bon, ça c'est quand même super royal, alors qu'il le connaissait pas, que c'était pas son patient [...] J'ai trouvé ça ... très très chouette ! [...] C'était ... confraternel et gratuit, et c'est pas quelqu'un que je connais, c'est quelqu'un avec qui je travaille ra, régulièrement mais ... voilà, j'ai trouvé ça très très agréable [...] là j'ai trouvé ça vraiment ... vraiment sympa ! [...] Très souvent je pense qu'ils font comme nous ... ils ont de bonnes intentions de le faire, parfois je me dis »* (Amandine, MG).

De même, **respecter ses engagements**, notamment lorsqu'un secrétariat s'engage à ce que le médecin rappelle, est **grandement apprécié** par le médecin ayant sollicité ce contact.

Elodie, MG : « *en général ... je trouve les spécialistes qui sont présents au cabinet, qui sont surchargés, ils me rappellent en fin de journée ... je trouve c'est plutôt ... plutôt bien...* » ;

Amandine, MG : « *le secrétariat du Dr L par exemple ... t'as besoin d'un avis, elle le passe très facilement, très rapidement ... il rappelle ... c'est vraiment très chouette* » ;

Nicolas, MG : « *quand la secrétaire dit qu'il rappelle, il rappelle [...] quand on demande à parler au spécialiste ils nous le passent ou alors ils nous disent « bah il vous rappelle »... et ils rappellent* ».

13.4 **Reconnaître que tous les médecins sont à un pied d'égalité**

13.4.a) Chaque médecin est expert dans son domaine

En fin de compte, les médecins généralistes dépendent des médecins spécialistes pour les orienter dans des situations qui dépassent leurs compétences ou leur domaine d'expertise. De leur côté, les médecins spécialistes ont besoin des médecins généralistes pour obtenir des informations complètes sur les patients qu'ils prennent en charge. Comme l'a souligné un médecin généraliste : « *nous on est spécialistes ... de médecine générale, et eux ils sont spécialistes d'organes et on est au même niveau quoi* » (Nicolas, MG). Il est donc important de **reconnaître que tous les médecins sont à un pied d'égalité** pour permettre un travail en équipe fluide et dynamique.

Nicolas, MG : « *c'est peut-être juste moi hein, mais on a quand même toujours l'impression en tant que généraliste d'être le petit généraliste qui appelle le grand spécialiste pour aller lui demander un truc quoi... quand on a déjà vu les gens, quand on a déjà interagi avec eux*

et discuté, fin... sur une soirée ou des choses comme ça... ça, ça permet de remettre les choses un petit peu à niveau [...] et ça ça permet quand même de ... de fluidifier un petit peu l'échange... de... de savoir qui c'est qu'on a en face » ;

Claire, rhumatologue : *« je me mets à la place de mon papa médecin généraliste, et je me mets toujours à la place des médecins généralistes. C'est hyper compliqué à gérer, t'as des situations fin... j'en discute souvent avec A et B tu vois, faut aussi que le spécialiste il soit là en ... en back up derrière le médecin G il peut pas tout gérer non plus ! [...] Après je pense tu sais ça dépend de... fin c'est toujours pareil, ça dépend comment tu vois la ... comment tu vois la vie, et comment tu vois la médecine, et comment tu vois ta façon de travailler, tu vois. Si tu te dis que toi ... t'es le cardio Dieu le Père et que tu sais tout et que ... (en rigolant) le méd G il sait rien, forcément ça marchera pas ! [...] après est-ce que c'est le fait que mon père était méd G où... du coup... ben je me dis franchement que être méd G c'est un, un sacré taf, et moi pour rien au monde j'aurai voulu être méd G parce que franchement c'est tellement (insiste) de ... pour le coup de charge mentale, de trucs à gérer, de tout savoir, tu dois en plus tout savoir de toutes les spé, et en même temps tu dois déléguer, en même temps t'as les ... fin je trouve que c'est dur d'être en première ligne et ... c'est peut-être aussi pour ça que je me dis que ... tu vois si un méd G veut t'envoyer quelqu'un c'est que pour lui il a besoin de te l'envoyer et que la moindre des choses c'est au moins de lui dire « ben voilà on peut faire ça, ça, ça, en aigu on fait ça, ça, ça, en chronique on fait ça, ça, ça, moi faut que je le revois tatata » » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : *« Et c'est vrai que ... en tant que généraliste ... je trouve que c'est pas évident pour vous parce que vous devez savoir beaucoup de choses fin, tout, tout ce qui se passe dans le corps... et de pouvoir orienter, cibler, après le patient correc... fin c'est pas évident ! C'est pas comme les chirurgiens où entre guillemets c'est facile, eux ils se*

concentrent sur une ... une partie du corps, et oui forcément ils... ils savent tout dans les détails ».

Certains médecins spécialistes **reconnaissent l'égalité de statut** entre généralistes et spécialistes, tout en **expliquant que certaines de leurs attitudes, pouvant être perçues différemment**, sont en réalité dues au manque d'informations nécessaires pour éviter de déléguer certaines tâches aux médecins généralistes : *« normalement je mets tous mes traitements en place. Je ... je délègue pas « oui vous pouvez mettre ça, ou vous pouvez mettre ça », je le fais moi même. Si je le fais pas c'est que il y a une raison ... et la plupart du temps c'est par manque d'information »* (Arthur, neurologue).

13.4.b) Le médecin généraliste : un pivot essentiel dans la communication et la gestion des soins

Il est important de rappeler que le médecin **généraliste occupe une position centrale dans la prise en charge des patients**. Il assure la liaison entre les différents professionnels de santé impliqués et **doit être tenu informé** des divers aspects des soins. En connaissant le mieux le patient et son entourage, il est en mesure d'expliquer certains aspects des soins et de justifier certaines demandes.

Elodie, MG : *« je pense ... toute ... toute communication, transfert de données, d'informations est ... est importante pour le bien du patient » ;*

Claire, rhumatologue : *« Sauf que quand ça vient toutes les consult' où tous les quatre mois je vois le patient et tous les quatre mois il me fait le même truc, je dis « écoutez je suis pas votre médecin généraliste, je prends pas votre tension, j'écoute pas votre cœur, euh je connais pas votre taux de cholestérol » euh ils sont sous Lasilix, ils ont du Kardégic, je dis «*

écoutez c'est des médicaments qui nécessitent une réévaluation, c'est pour ça qu'on represcrit les traitements ! » » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « Qui ne sont même pas au courant qu'ils sont allés voir un spécialiste, qui vont tomber ... dessus parce qu'on va leur envoyer la lettre de la consultation. Ils vont se dire « ah bah tiens il est allé voir un chirurgien ! » [...] on prend toujours le nom du médecin traitant, et même s'ils sont venus sans courrier, on envoie un courrier au médecin traitant. Si un patient est envoyé par son rhumatologue, on informe quand même toujours le médecin traitant [...] c'est quand même lui qui est censé tout chapeauter et après diriger le patient donc... c'est important pour nous en tout cas que le médecin traitant soit au courant... voilà, de ce que D..., Dr A en a pensé, du diagnostic, surtout que souvent Dr A va réorienter les patients vers des chirurgiens du rachis, donc faire faire une IRM du rachis cervical. Donc après c'est des patients qu'on va pas forcément nous revoir, donc c'est très important que le médecin traitant soit au courant ».

13.5 Optimisation du temps pour tous

Les emplois du temps sont surchargés pour tous les professionnels de santé. Si chacun faisait des efforts pour optimiser le temps global, cela **faciliterait les échanges et améliorerait l'efficacité**, ce qui permettrait une meilleure prise en charge des patients.

13.5.a) Eviter aux médecins de devenir les secrétaires de leurs patients

Cela semble rarement être le cas pour les médecins spécialistes, mais c'est plus fréquent pour les médecins **généralistes**, qui se retrouvent souvent à **devoir initier la communication avec les cabinets de spécialistes pour organiser des rendez-vous**

pour leurs patients. Si cela est justifié en cas d'urgence, cela peut être perçu comme une contrainte dans d'autres situations, surtout lorsque les cabinets de spécialistes ne répondent pas aux demandes des généralistes.

Elodie, MG : « le médecin m'a répondu et ... souvent il demande euh ... « est-ce que c'est vous ou moi qui contacte le patient ? » En général je dis que c'est à eux de le recontacter pour fixer l'heure et pour euh ... pour euh les modalités du rendez-vous ... » ;

Amandine, MG : « il y a pénurie de dermato à Mville, il y a eu une période où les ... secrétaires des, de, du cabinet de dermato ont dit aux patients « si vous avez besoin d'un rendez-vous, demandez à votre médecin d'appeler » (petit regard surpris) [...] nous on les a contacté en disant « non on ne peut pas appeler à chaque fois qu'on a besoin d'un rendez-vous dermato. Si on estime que c'est urgent on appelle, si on estime que c'est pas urgent, le patient prend son rendez-vous et si le délai c'est huit mois, un an, dix-huit mois, on lui dit au patient » [...] je n'appellerai pas si c'est pas urgent. Parce que on ... à ce moment là on est plus crédible ».

En revanche, certains spécialistes en ont bien conscience et s'occupent **de ne pas surcharger les médecins généralistes** de tâches qui ne devraient pas leur incomber.

Amandine, MG : « Il n'a pas vu le patient, il a vu les images, et il m'a dit « on s'occupe de lui faire une écho dynamique, je trouve le rendez-vous, fin ma secrétaire trouve le rendez-vous et je le revois quand c'est fait » [...] il a quand même ... pris le temps de regarder ... les clichés, donner son avis ... de recontacter le patient après l'écho dynamique pour laquelle il a pris rendez-vous » ;

Arthur, neurologue : « Sinon, normalement je mets tous mes traitements en place. Je ... je délègue pas » ;

Claire, rhumatologue : « A la base c'est pour aider, si finalement ça rend pas service, ben je, je délègue ... » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « on rappelle pas forcément le médecin traitant parce qu'en fait on va tout de suite en fait positionner un rendez-vous. Donc du coup... c'est vrai que c'est plus simple d'appeler le patient, comme ça on fixe tout de suite un rendez-vous avec le chirurgien. Parce que sinon le médecin traitant ça l'oblige lui à rappeler le patient, pour dire qu'il y a un rendez-vous tel jour. Il suffit que le même jour le patient il a un rendez-vous chez le cardiologue, ça va pas. Fin, vous voyez ? En fait c'est juste que ... pour que le circuit en fait soit le plus court pour tout le monde ».

13.5.b) Optimiser l'intérêt de la consultation spécialisée

En établissant une communication directe avec le cabinet des médecins spécialistes, les médecins généralistes peuvent **connaître les habitudes ou attentes de chaque spécialiste ainsi que les examens complémentaires nécessaires**. Ainsi, cela permet au patient de se rendre à la consultation avec un médecin spécialiste ayant toutes les informations nécessaires pour pouvoir donner un avis complet en une seule consultation.

Claire, rhumatologue : « fin les med G ils sont... ils sont quand même assez carrés. Fin ils vont pas m'envoyer un gros genou sans avoir d'abord fait une radio, donc... en général tout est fait. [...] Dans 50% des cas je dis « ok, vérifiez juste ça, faites juste ça, prescrivez juste ça en plus comme ça il vient avec tout et je le verrai rapidement ». [...] Plus de choses qui est fait en amont ! Tu vois, les ... les patients ils viennent plus trop sans rien. Ils viennent plus trop en disant « Voilà j'ai mal à l'épaule depuis six mois, j'ai rien fait ». Non, ils viennent, ils ont mal à l'épaule, ils ont déjà fait de la kiné, ils ont déjà fait ci, on a, ils viennent avec les

imageries des cervicales, on sait que ça vient pas des cervicales, fin... tout est déjà débrouillé tu vois, dans la plupart des cas » ;

Lucie, secr. orthopédiste : *« ça permet pareil au patient d'arriver ... d'avoir une (insiste) consultation et de repartir avec son diagnostic. (Regard de quelqu'un qui essaie de faire comprendre quelque chose de simple, pratique et efficace) [...] là j'ai l'impression que ... alors je ne sais pas si c'est avec le temps, mais maintenant les pa..., ils nous appellent tout de suite en fait pour savoir voilà « est-ce que je prescris tout de suite au patient... un examen complémentaire ? ». J'ai l'impression qu'en fait maintenant les médecins aussi ils ont envie peut-être que ça avance un petit peu plus vite les prises en charges, et donc du coup ils se disent « bah tiens je vais appeler, je vais demander est-ce qu'il veut un arthroscanner, une IRM, est-ce qu'il voit le patient juste avec la radio ? », en fait pour que le patient aussi... soit pris en charge un petit peu plus rapidement je pense ».*

13.5.c) Optimiser la formation des médecins généralistes

13.5.c).(1) Le médecin généraliste : un mini-spécialiste dans toutes les spécialités

Les médecins spécialistes considèrent souvent **les généralistes comme des mini-spécialistes**, et attendent donc d'eux un niveau élevé de connaissance dans leur domaine de spécialité. Toutefois, ils **reconnaissent la complexité de cette attente**.

Arthur, neurologue : *« C'est hyper compliqué ... et c'est pour ça qu'il faudrait, fin je sais pas, il faudrait des ... un peu des drapeaux rouges en disant bah là oui là non, et ... et ... mais, mais ouais, fin c'est même quasi impossible de ... de pouvoir ... de pouvoir, fin tout connaître et tout gérer, fin savoir gérer l'urgence de tout... autant voilà, suspicion d'AVC*

oui c'est facile. Mais il y a d'autres choses, ça peut être ... ça peut être un peu plus compliqué... » ;

Claire, rhumatologue : *« un méd G pour moi c'est un ... c'est un mini spécialiste. C'est-à-dire que tu dois un peu tout savoir sur tout, mais sans trop savoir dans les détails [...] par exemple la base de l'ostéoporose le méd G il peut très bien le gérer. Il y a pas forcément besoin de nous à chaque fois. Mais le problème c'est que vu que... il y a un défaut de formation, bah tu sais pas et du coup bah à juste titre, comme tu sais pas tu envoies chez le rhumato alors que ... il y a des choses de bases que tout le monde devrait, devrait savoir faire » ;*

Lucie, secr. orthopédiste : *« si ils sont encore sollicités pour des trucs ... c'est... oui c'est... ça les irrite très facilement. Surtout que, quand c'est pour des trucs pour eux (insiste) qui paraissent ... anodins et simples mais ... des fois ils oublient que ça l'est pas, si simple pour d'autres personnes (petit rire) ! Ils l'oublient ça ».*

13.5.c).(2) Mais impossibilité d'avoir des connaissances
dans toutes les spécialités

Cependant, il est **difficile pour un médecin de maîtriser les fondamentaux de toutes les spécialités**, car chacun développe ses compétences en fonction de ses intérêts et de ses affinités, et *in fine* **sélectionne un peu sa patientèle dans les domaines où il est à l'aise** : *« on sélectionne de toute façon ... je veux dire des... moi je suis moins à l'aise en gynéco, je vois moins de gynéco donc ... effectivement j'ai ... mais quand je vois un problème gynéco et que j'ai..., j'ai besoin de quelque chose j'appelle quand même le... le spécialiste ... » (Nicolas, MG).*

13.5.c).(3) Création de formations localisées pour répondre
aux attentes des médecins

Il est donc essentiel que **les médecins spécialistes créent des opportunités pour rencontrer les médecins généralistes et les former aux aspects essentiels de leur spécialité**, afin de favoriser les interactions entre professionnels et d'élargir les connaissances des généralistes.

Nicolas, MG : « *Et en général les spécialistes font quelque chose qui est accessible ... aux gens qui sont autour d'eux ... je pense par rapport à des problématiques qui ... qui sont importantes sur le secteur, fin c'est pas des trucs ... hors sol quoi* » ;

Claire, rhumatologue : « *quand je me suis installée j'ai fait une soirée avec les médecins généralistes, c'était sur la... spondylarthrite. Rappel des signes cliniques, quels examens que tu fais avant d'envoyer chez le rhumato [...] Et je vois que depuis que j'ai fait cette réunion, les ... les patients qui me sont adressés pour suspicion de spondylarthrite ils ont tous l'IRM du, des sacro-iliaques. Ce qui était jamais le cas avant* » ;

Claire, rhumatologue : « *Moi j'aimerais bien essayer de faire aussi un thème sur l'ostéoporose tu vois. Avec les médecins généralistes. Quand est-ce qu'on fait une densito ? Quel seuil de vitamine D ? Quels sont les traitements et les contre-indications ? Pourquoi faut aller voir le dentiste ? Fin, des rappels de base, mais en fait qui sont... qu'on oublie avec le temps ou qu'on sait pas* » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « *Mais pour le généraliste je trouve c'est, c'est vraiment pas évident, euh ... parce que il faut savoir ... vraiment beaucoup beaucoup beaucoup de choses, donc ... et c'est pour ça que je me dis que ça peut être in..., intéressant effectivement des fois d'approfondir certaines choses. Mais faut pas que ce soit comme vous disiez, une formation,*

apprendre encore plus de choses... mais quelque chose ... un moment sympa, détendu où... voilà à titre inf..., d'information... comment ça se passe. Je trouve ça peut être intéressant ».

Les laboratoires sont utiles dans l'organisation de soirées de formation pour les médecins même si le sujet **fait débat**. Ces évènements ont démontré leurs bénéfices dans la formation des médecins généralistes et leurs rencontres avec les spécialistes, mais les laboratoires **ne sont plus intéressés par les médecins généralistes**, alors qu'ils l'étaient autrefois.

Nicolas, MG : « *Dans le temps les s... les labos organisaient (petit rire gêné) des formations avec ... avec les, fin si ils le font encore, mais avec les spécialistes ... du secteur » ;*

Claire, rhumatologue : « *mon père [médecin généraliste] il en avait souvent des formations, des trucs ».*

Les spécialistes motivés doivent donc souvent chercher des solutions alternatives pour **convaincre les laboratoires** : « *c'est compliqué, parce que en fait ben... les labos ! [...] on l'avait déguisé en ... réunion d'adressage (en faisant des guillemets avec les mains) donc officiellement pour le labo c'était « réunion d'adressage » [...] c'est T qui a monté la réunion, je sais pas comment il s'est débrouillé avec le labo pour essayer de les convaincre [...] Mais t'en as pas, t'en as pas sinon des ... des soirées comme ça et je trouve que c'est ... c'est dommage [...] par exemple en mai normalement ils nous ont dit « Bah on fait pas avec les méd G, fin... non, on peut faire une réunion de spé (en rigolant) mais pas de méd G ». On a dit « Ben non on veut voir les méd G sinon ça n'a pas de sens ! » » (Claire, rhumatologue).*

13.5.c).(4) Création de formations à plus grande échelle

En l'absence de possibilités pour organiser des formations avec les médecins du secteur, il est envisageable de mettre en place **des formations au niveau national** dans le cadre des formations médicales continues : « *alors est-ce que ça doit être des ... des ... nos syndicats par exemple ? Nos syndicats de neurologues ? Est-ce qu'ils devraient pas faire ... être ... fin initier ce genre de choses ? A mon avis, c'est de la que ça devrait partir parce que c'est quelque chose finalement qui est un peu général, partout. Donc ... les syndicats c'est quand même souvent nationaux* » (Arthur, neurologue).

Et puis selon certains spécialistes il faudrait aussi **améliorer la formation des internes de médecine générale**.

Arthur, neurologue : « *c'est un peu dommage que justement... fin moi j'ai jamais vu un médecin généraliste en service de neuro par exemple [...] fin t'façon ils peuvent pas passer partout ! C'est pas possible. Mais ... je sais pas comment adapter ... fin je sais pas ... faudrait que les profs de neuro ... qu'il y ait des cours ... at... fassent des interventions ... auprès des internes, je sais pas si c'est fait ça ? Auprès de, lors de la formation des internes ... est-ce que y a les profs de neuro qui viennent faire des ... ?* » ;

Claire, rhumatologue : « *Mais ... tu vois que les méd G puissent av..., puissent aller en ... en rhumato ! Je pense que c'est vraiment important pour leur formation. Pas la rhumato forcément au CHU qui est trop immuno, anticorps et tout ça, mais la rhumato en périph, fin je trouve que c'est ... c'est dommage qu'il y ait pas plus de ... pas plus de lien [...] au moins ouvrir en périph, tu vois à à Dville, à Tville, ouvrir pour qu'il y ait un méd G qui puisse faire la rhumato quoi [...] tu vois plus des diagnostics de polyarthrite, tu vois des tendinites, tu*

vois de l'ostéoporose fin... le tout venant de la rhumato de base que finalement le méd G voit aussi... régulièrement ».

13.5.d) Favoriser l'autonomisation des médecins généralistes

De plus, une meilleure formation des médecins généralistes ainsi qu'une meilleure communication de la part des médecins spécialistes pourrait rendre les **généralistes plus aptes à gérer un plus grand nombre de situations qu'ils ne maîtrisent pas actuellement.**

Arthur, neurologue : « je pourrai dire au médecin, « Beh voilà euh ... on réévalue à trois mois », si, c'est pas très compliqué la migraine. « Trois mois, si il y a une amélioration de plus de 50% des crises on continue le traitement de fond, si moins de 50% on change de traitement de fond ». Donc je pourrais très bien, ça je l'explique hein sur ma conclusion, et je dis « Si ça fonctionne pas on peut essayer tel traitement de fond de migraine ». Et puis le médecin traitant pourra le mettre. Fin si le truc est écrit, il n'y a pas de raisons que ... voilà hein, les trai... c'est pas des traitements spécifiques la migraine hein, c'est des traitements qu'on utilise ... pour plein d'autres choses, donc ... donc ils savent le faire. [...] Mais ça vous le savez pas, on vous l'a jamais expliqué. C'est, c'est des choses un peu basiques qui pourraient peut-être être gérées » ;

Claire, rhumatologue : « et du coup c'est vraiment dommage parce que t'as tellement de choses qui pourraient être faites par le médecin traitant en première ligne, tu pourrais infiltrer un genou, enfin t'as... t'as tellement de choses qui pourraient être faits et ... qui sont pas faits parce que vous êtes pas formés » ;

Claire, rhumatologue : « je fais des courriers j'essaie de ... de tout dire dans le courrier. [...] Et... je pense, j'imagine, que les méd G ... ben font un peu des copier coller ou enregistrent en tout cas les ... les grandes lignes et qu'après pour les prochains ils sont...

enfin ils calquent un peu la conduite à tenir sur les autres patients qui ont les mêmes symptômes et que... fin je pense, j'imagine, fin moi c'est comme ça que je... je fais mais... » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « *je me, je me suis toujours dit que ce serait quand même intéressant de faire ça aussi avec les médecins généralistes de la région, parce que bah du coup ils sauraient que ... bah pour une instabilité d'épaule, ben voilà faut pas hésiter à prescrire un arthroscanner pour qu'il puisse aller voir le chirurgien, pour demander un avis, fin... pour que les choses soient un peu plus fluides ».*

13.6 Des pistes pour palier les difficultés liées aux incompréhensions et à l'absence de réponses

13.6.a) Prévenir ses correspondants du média de communication qui les rend disponibles

Les médecins généralistes expriment surtout le besoin de **connaître les canaux de communication permettant de joindre** les médecins spécialistes ou leurs secrétariats : « *ce qu'il y a c'est qu'on a des médias de communication pour joindre chaque personne* » (Nicolas, MG). Bien que les professionnels parviennent à identifier les méthodes les plus efficaces grâce à la construction de leur réseau, ils trouvent que ce processus peut être **difficile et peu évident**.

Nicolas, MG : « *ce qu'il y a c'est qu'on a des médias de communication pour joindre chaque personne. [...] Malheureusement parce que des fois on sait pas en fait comment ... comment faire [...] surtout sur le média de communication en fait. De... c'est justement là par rapport à cette histoire de mail ... il y a des gens qu'on contacte par mail, au bout de vingt secondes ils ont répondu. Ouais. Si on sait pas que c'est comme ça qu'on doit les contacter ... on peut mettre ... une demi heure à réussir à joindre le secrétariat pour avoir ... finalement pas de*

réponse, euh donc c'est plus le... quel est le média de communication avec les... avec les spécialistes en fait qui ... qui pêche. [...] Après je pense que vraiment le... la, la grosse problématique qu'on a c'est de savoir comment joindre les gens en fait... quand on a réussi à comprendre comment joindre les gens, en général ça se passe bien. [...] je pense... vraiment qu'il y a un... un... un truc à développer, c'est, c'est de savoir comment joindre ... les gens ».

Conscients de ces difficultés, certains prennent l'initiative, **dès leur installation, d'indiquer clairement le moyen de communication à privilégier** pour les joindre rapidement : *« la plupart des médecins généralistes du secteur, quand je me suis installée je leur ai donné mon numéro de portable et je leur ai donné mon adresse mail, fin l'adresse mail pro, en leur disant : « Voilà si vous avez des questions, des demandes urgentes, des demandes de rendez-vous, des avis, vous m'envoyez un mail ou un message plutôt que de m'appeler parce que je décroche pas »» (Claire, rhumatologue).*

La question demeure de savoir qui est responsable de transmettre cette information, bien que la solution la plus logique semble être que ce soit le professionnel qui s'installe : *« mais après je pense pas que ça doit venir, fin vu que c'est moi qui m'installe, je parlais du principe que c'était à moi d'aller voir les... méd G et à moi de leur dire comment je fonctionnais » (Claire, rhumatologue).*

13.6.b) Expliquer les raisons d'absence de communication avec l'interlocuteur

Parfois, les professionnels de santé ne sont **pas joignables et cela s'explique** par différentes raisons :

- ils peuvent être *« en train de faire des examens » (Nicolas, MG) : « par exemple je suis en EMG, c'est sûr je suis en train de piquer avec une aiguille ... euh ... c'est un*

peu compliqué » (Arthur, neurologue) ; « *si maintenant ils sont en train de faire un ... examen ou quoi que ce soit, ben voilà, ça sonne dans le vide* » (Hélène, secr. cardiologue) ;

- ils peuvent être au « *milieu d'une annonce diagnostique d'une maladie neurodégénérative* » (Arthur, neurologue) les incitant à couper leur téléphone pour ne pas être dérangés ;
- ou alors simplement absents pour diverses raisons « *il y a des spécialistes qui sont pas là* » (Nicolas, MG).

En **informant ses interlocuteurs de son absence**, ces derniers comprendront les raisons du manque de réponse, évitant ainsi toute interprétation comme un manque de respect ou de motivation. Les participants ont suggéré plusieurs moyens pour gérer cette situation :

- Utiliser des e-mails avec des **réponses automatiques** pour informer les interlocuteurs de l'absence du professionnel de santé ainsi que de la date de son retour : « *quand je suis en congés. Et là je mets un ... une réponse automatique par mail, que je suis pas là, que les mails sont pas traités et en général quand tu vois, je rentre le dimanche de vacances, je reprends le lundi, je mets dans la boîte mail que c'est traité à partir du mardi. Comme ça le lundi j'ai le temps de débrouiller, je réponds même le lundi donc avant même la date de réouverture (avec un rire) ! Et non, je, je, je mets un, je mets un, une réponse automatique dans le mail.* » (Claire, rhumatologue).
- L'utilité des **secrétaires médicaux, qui peuvent également informer** le médecin appelant **de la raison** de la non disponibilité du médecin : « *la secrétaire m'a dit qu'il était en vacances* » (Elodie, MG) ; « *j'ai déjà eu plusieurs fois où la*

secrétaire, où elle a plein de choses en même temps, elle dit « Ah mais le Dr X est en train de faire ça » [...] elle est là « Bah il est en train de faire l'EMG, faut qu'il rappelle après »» (Arthur, neurologue) ; « Je leur ai dit [aux secrétaires] [...] « faut leur dire que le lundi matin je suis au CHU, que le mercredi je travaille pas, que le jeudi je suis à Cville, donc physiquement au cabinet j'y suis le lundi, le mardi, le vendredi ». Donc quand on appelle mercredi matin, ben ils ont pas de retour avant le vendredi ou le lundi parce que c'est comme ça et que je suis pas physiquement au cabinet »» (Claire, rhumatologue) ; « Par contre si maintenant ils sont en train de faire un ... examen ou quoi que ce soit, ben voilà, ça sonne dans le vide et je dis à la personne en f..., que j'ai au téléphone qu'elle est pas joignable, et je prends son numéro de téléphone et qu'on rappelle plus tard quoi. » (Hélène, secr. cardiologue).

13.6.c) Communiquer pour éluder les problèmes d'incompréhension

Parfois, les retours peuvent manquer de clarté et les prises en charge semblent ne pas correspondre aux attentes du professionnel de santé qui a adressé le patient. Il est donc important de **pouvoir échanger après la consultation pour comprendre les raisons de la prise en charge** et vérifier s'il y a eu un éventuel problème de communication. Chacun doit ainsi maintenir **un esprit critique et analytique** vis-à-vis des informations reçues.

Elodie, MG : « dans le compte rendu du cardiologue ... je pense que c'était un copier coller limite du... la consultation précédente, il y a marqué « pas de souffle audible ». Je me dis « tiens, c'est quand même bizarre », fin moi je l'entendais vraiment fin ... fin ... je comprenais pas donc je l'avais rappelé un mois après, en disant « écoutez ce serait bien ... » fin, j'avais appelé le secrétariat en disant « j'ai une question à lui poser pour ce souffle en fait »» ;

Nicolas, MG : « en général j'appelle le spécialiste et je lui pose la question quand ... je me dis... ou c'est moi qui ai pas compris le truc ou alors effectivement il y a quelque chose qui est mal passé et qu'il était pas ... avec toutes les informations... à sa disposition, et qu'il a remis le même médicament qui était déjà là, ou un truc comme ça. En général je l'appelle et je discute ... et je discute avec lui » ;

Arthur, neurologue : « fin j'ai d'ailleurs des médecins généralistes ... il y en avait une que je communique régulièrement avec elle, et puis à un moment donné elle m'a posé une question et je me suis dit « Mais mince, mais tout est écrit sur mon courrier ». Et puis je lui ai demandé si elle recevait mes courriers, et en fait elle recevait pas mes courriers » ;

Claire, rhumatologue : « elle s'est vexée parce que dans mon modèle d'ordonnance de prise de sang je mettais pas sur tous les modèles « copie au médecin traitant ». Donc elle m'a dit, « Mais moi (insiste) je comprends pas, je suis pas en copie de toutes les prises de sang. Et en fait avant le rhumatologue il disait « Ben voilà, il y a une ostéoporose donc il faut faire ça, faut faire ça, faut faire ça », et c'est moi qui faisais tout. Et en fait avec vous, vous donnez les courriers pour le dentiste, vous donnez la prise de sang et vous remettez un rendez-vous dans deux mois pour mettre le traitement, et du coup moi je fais plus rien »».

13.7 Nécessité d'avoir la capacité à s'adapter pour travailler en équipe

13.7.a) Connaître les contraintes de chacun favorise la communication

Lorsque l'on **comprend mieux le fonctionnement de chacun**, il devient plus facile de communiquer et de trouver des moyens de contourner les obstacles pour initier l'échange.

Marie, secr. MG : « déjà on peut pas comparer ... une consultation de médecin spécialiste, par exemple cardiologue qui va mettre sa machine, qui va faire tous les branchements ... voilà, c'est quand même plus long que chez nous quand il faut renouveler une ordonnance, voilà il y en a pas pour longtemps quoi » ;

Camille, secr. MG : « C'est vrai que oui, oui, quand on ... même si on connaît pas les secrétaires qu'on a au bout du fil... voilà on est du même ... fin le même métier quoi ! Donc on, on sait que si on laisse sonner dix minutes ben c'est parce qu'elle a du boulot de l'autre côté » ;

Lucie, secr. orthopédiste : « certaines imageries où c'est tellement subtile, il faut tellement aller chercher... les coupes, coupes par coupes au niveau des IRM... où le radiologue qui fait ça... (roule un peu les yeux au ciel) en deux secondes parce qu'il a tellement de monde... il voit pas certaines choses et Dr A va tomber dessus ».

13.7.b) Les médecins généralistes s'adaptent aux habitudes de communications et de travail du spécialiste

Une fois que les médecins généralistes connaissent les habitudes de communication du spécialiste, **la plupart acceptent plus ou moins volontiers de s'adapter à chaque spécialiste en échange de leur assistance** lorsque les généralistes le jugent nécessaire.

Nicolas, MG : « c'est vrai qu'on s'adapte (en haussant les épaules) un petit peu à ... plus au spécialiste et au média de communication ... qui le rend joignable, plutôt que ... que ce qui m'arrange moi en fait ... Malheureusement (avec un petit rire soufflé à la fin) » ;

Nicolas, MG : « auprès du cardiologue quand il y a un bilan de ... de malaise, je sais qu'en général le cardiologue fait d'abord un Holter ou quelque chose comme ça, donc j'appelle en

demandant le rendez-vous pour le holter directement et elle [la secrétaire] cale les choses ... et après le cardiologue voit ... après derrière en fait » ;

Claire, rhumatologue : *« je pense qu'avec le temps ils ont compris que moi c'était soit texto soit mail, soit sur [logiciel métier] mais je... je décroche pas au téléphone donc... [...] en fait j'en ai qui me disent que « C'est compliqué avec le secrétariat, est-ce que je peux pas vous appeler ? », je dis « Non, je décrocherais pas, mais faites moi un mail ». [...] Parce que c'est, c'est pas dans mon mode de fonctionnement. Je sais que je vais regarder mes textos, je vais regarder mes mails non lus, je vais regarder... mais je vais pas écouter mes messages ».*

13.7.c) Dans certains cas, les médecins spécialistes s'adaptent aux habitudes de communication et de travail des médecins généralistes

Les médecins **spécialistes** ont fait remarquer qu'ils peuvent **aussi s'adapter aux habitudes de communication de médecins généralistes** particulièrement réfractaires, à condition que le nombre de ces médecins soit **très limité**.

Arthur, neurologue : *« Parce que aujourd'hui il y a des choses que je ferais avec certains médecins, que je fais avec certains médecins généralistes, que si il y en avait ... je sais pas, cent ou cent cinquante qui faisaient ça... je pourrais pas en fait, ce serait juste pas possible, je passerais mes journées devant l'ordinateur » ;*

Claire, rhumatologue : *« Donc en fait, avec ce médecin en particulier je sais comment elle fonctionne, je sais qu'elle veut un courrier à chaque patient [...] et je m'adapte, quand c'est deux-trois je m'adapte aussi [...] il y en a deux-trois où je sais un peu comment ils fonctionnent, mais je m'adapte aussi un peu à eux et au final ça se passe bien quand on doit interagir, on interagit normalement ».*

IV. Discussion

1. Les forces et les limites

1.1 Les forces

Dans un contexte où l'accessibilité aux médecins, en particulier aux spécialistes, devient de plus en plus difficile, il est essentiel d'optimiser la communication autour du patient pour améliorer sa prise en charge. La question que nous avons explorée dans cette étude est donc particulièrement pertinente, car elle nous a permis de recueillir les retours des différents participants sur les obstacles qu'ils rencontrent et les stratégies qu'ils adoptent pour surmonter les difficultés de communication. De plus, il est important de noter qu'à notre connaissance, aucune étude n'a abordé ce sujet sous cet angle en interrogeant directement le ressenti des professionnels de santé, y compris celui des secrétaires médicaux. La plupart des études se concentrent généralement sur les difficultés spécifiques à une seule spécialité, sans inclure le rôle des secrétariats médicaux.

Le choix d'une méthode qualitative dans ce contexte s'est avéré particulièrement adapté, car il permet de capturer librement les ressentis des personnes interrogées, offrant ainsi une compréhension plus approfondie des dynamiques de communication et de leur complexité. L'approche par analyse interprétative phénoménologique s'est révélée très pertinente pour explorer la manière dont les professionnels de santé perçoivent et vivent l'expérience de la communication. Bien que l'échantillon ait montré une homogénéité sur le plan des difficultés de communication, la diversité des participants, comprenant des médecins généralistes, des spécialistes, ainsi que des

secrétaires médicaux de ces deux groupes, a permis de recueillir des données riches grâce à la multiplicité des points de vue.

Cette étude a ainsi rassemblé les perspectives de divers professionnels de santé sur l'efficacité et le respect de la déontologie dans la communication interprofessionnelle autour du patient. En interrogeant ces différents acteurs, nous avons pu mettre en lumière plusieurs difficultés rencontrées, mais aussi les stratégies mises en place pour améliorer la communication, tout en identifiant des pistes d'amélioration potentielles.

Bien que le nombre d'entretiens puisse sembler restreint, les données recueillies ont montré des similitudes significatives. Pour les entretiens menés avec les médecins généralistes, nous avons atteint la saturation des données selon nos critères, tout comme pour les secrétaires de médecins généralistes. Les entretiens, bien que semi-directifs, ont été peu influencés par les préconceptions de l'enquêtrice principale. Les médecins ont majoritairement partagé leurs expériences de manière spontanée, sans nécessiter de réorientation, ce qui a également été le cas pour une secrétaire médicale de spécialiste.

Enfin, l'analyse de quatre entretiens a été réalisée en collaboration avec la directrice de thèse pour assurer une triangulation des données. De plus, un entretien a été revu par une personne extérieure au domaine médical, qui a confirmé les mêmes résultats, validant ainsi, en principe, les conclusions proposées par l'enquêtrice principale.

1.2 Les limites

Dans le cadre d'une approche basée sur l'analyse interprétative phénoménologique, des entretiens plus ouverts auraient été préférables. Toutefois,

l'enquêtrice principale a opté pour un guide d'entretien semi-directif afin de réorienter les participants si nécessaire. Cette méthode s'est avérée particulièrement utile pour les secrétaires de médecins généralistes et une secrétaire de médecin spécialiste, bien que les autres participants aient nécessité moins de redirections. Cependant, la redirection des entretiens a parfois pu, dans certains cas, influencer les réponses des participants.

La participation des médecins spécialistes a été difficile à obtenir. En raison de la surcharge de travail et des contraintes de temps, plusieurs spécialistes ont décliné l'invitation à participer, invoquant un manque de disponibilité. Bien qu'il aurait été précieux d'inclure le point de vue de médecins spécialistes confrontés à des situations d'urgence réelle, l'enquêtrice principale a essuyé plusieurs refus ou n'a reçu aucune réponse, malgré des relances. Il en a été de même pour certains secrétaires médicaux de médecins spécialistes, notamment ceux disposant d'une ligne directe dédiée aux professionnels de santé. Il aurait été pertinent de recueillir leurs impressions, notamment sur la difficulté de gérer les appels des médecins généralistes et d'explorer si cela influençait leurs perceptions de leur rôle dans la communication.

La participation de médecins plus âgés a également été limitée, ce qui a empêché d'obtenir des perspectives supplémentaires, surtout lorsque des participants ont soulevé des difficultés potentiellement liées aux différences générationnelles.

Le nombre d'entretiens réalisés est relativement faible, et il est possible que la réalisation d'un plus grand nombre d'entretiens aurait permis de révéler d'autres obstacles ou pistes d'amélioration. En particulier, il aurait été bénéfique d'inclure un ou deux entretiens supplémentaires avec des médecins spécialistes et leurs secrétaires. De plus, l'écart temporel significatif entre les premiers et les derniers entretiens (plus d'un

an) pourrait avoir influencé les réponses, notamment en ce qui concerne les perceptions de la téléexpertise, qui a évolué au cours de cette période.

Le recrutement des participants s'est fait par effet « boule de neige », ce qui signifie que les participants étaient principalement ceux qui manifestaient un réel intérêt pour le sujet de l'étude et qui s'efforçaient de maintenir une communication efficace et déontologique dans leur pratique quotidienne. Par conséquent, les soignants que les participants ont décrits comme injoignables n'ont pas pu être inclus dans l'étude, alors qu'il aurait été pertinent d'explorer les raisons de leur manque de communication.

L'étude visait à explorer le ressenti de plusieurs types de professionnels, ce qui s'est avéré difficile à réaliser pour une seule personne. Cependant, l'enquêtrice principale a estimé que cette vue d'ensemble permettait de trianguler les données émanant de différents professionnels, afin d'appréhender au mieux la construction de la communication autour du patient.

Cette étude constitue une première exploration des défis et des stratégies de contournement rencontrés par les soignants, mais il est clair que le nombre d'entretiens réalisés est insuffisant pour une analyse exhaustive. Il serait pertinent de mener des recherches supplémentaires en interrogeant un plus grand nombre de professionnels et en incluant éventuellement des patients pour évaluer la généralisation des résultats à une plus grande échelle.

Enfin, les professionnels interrogés étaient tous situés dans le Bas-Rhin, un territoire encore relativement épargné par la désertification médicale. Il serait intéressant d'élargir l'étude à d'autres départements, notamment ceux confrontés à des difficultés d'accès aux spécialistes plus importantes ou à des problèmes de réseaux plus significatifs.

2. Analyse des résultats avec confrontation aux données de la littérature

2.1 Les principaux freins à une communication efficace et déontologique

2.1.a) L'indisponibilité de soignants

Nous avons observé que la surcharge de travail constitue un facteur majeur d'indisponibilité des soignants et représente souvent un obstacle significatif à la communication entre professionnels de santé autour du patient. Bien que des mesures aient été mises en place pour alléger cette charge, telles que l'informatisation des cabinets et des dossiers médicaux, de nombreux praticiens ont rapporté que ces outils informatiques sont souvent source de problèmes, notamment en raison des mises à jour obligatoires imposées par la loi SEGUR (60). Une thèse publiée en 2018 sur les besoins territoriaux des médecins généralistes du 14^{ème} arrondissement de Paris (61) corrobore ces difficultés, en soulignant que les médecins se sentent pressés par le temps, en grande partie à cause des surcharges administratives et téléphoniques. Cette étude met également en lumière la coordination des soins et la collaboration avec les autres professionnels de santé du territoire comme l'une des principales problématiques.

À ce jour, aucune solution réellement efficace n'a émergé pour soulager les médecins et les secrétaires de ces tâches, hormis l'embauche accrue d'assistants médicaux, comme préconisé par le gouvernement dans son Plan Santé (62), pour libérer du temps médical. Toutefois, il demeure difficile de limiter le nombre d'appels, étant donné la demande croissante et le recours accru aux soins par les patients, comme le confirme le rapport de la DREES de 2022 : « La consommation de soins de médecins généralistes et spécialistes progresse de nouveau en 2022 : +3,8 % pour les généralistes et +4,1 % pour les spécialistes. En volume, les soins des généralistes dépassent leur

niveau d'avant crise ; pour les spécialistes, l'activité avait déjà retrouvé ce niveau en 2021. » (63).

La situation risque de se compliquer davantage, car bien que le nombre de médecins en activité soit censé augmenter à partir de 2030 grâce aux diverses mesures gouvernementales, la densité médicale restera faible en raison de la croissance continue de la population et de son vieillissement, avec une véritable amélioration attendue seulement à partir de 2050, toujours selon la DREES (64).

2.1.b) La déontologie professionnelle pas toujours respectée

2.1.b).(1) Hiérarchisation des rapports favorisant l'omerta de l'anti-professionnalité

(a) Hiérarchie entre médecins

Cette anti-confraternité, bien que présente, reste difficile à tolérer et s'accompagne d'une certaine omerta. Les médecins ont eu du mal à partager leurs expériences, surtout les généralistes, qui semblent intérioriser une hiérarchie favorable aux spécialistes, acceptant ainsi en partie ces comportements. En revanche, les spécialistes interrogés n'ont pas évoqué d'exemples similaires. Une thèse publiée en 2013, qui soutenait 41 concepts de l'exercice de la médecine générale, incluait une fiche intitulée "La Soumission à l'Autorité." (65). Cette fiche évoquait la hiérarchie entre médecins, en soulignant l'importance pour les généralistes de s'en émanciper. Michael Balint, psychiatre et psychanalyste britannique, désignait ce phénomène hiérarchique comme la "pérennité injustifiée de la relation professeur-élève" dans son ouvrage *Le médecin, son malade et la maladie*. (66). Cependant, une étude menée au Canada en 2012 montrait que les situations d'anti-confraternité étaient malheureusement très

fréquentes et clairement favorisées par la perception d'une hiérarchie inculquée dès les études notamment entre médecins spécialistes et médecins généralistes (67). Elle démontre que les attitudes commencent dès les études médicales et se poursuivent de génération de médecins en génération. De plus, cette étude montre également que les médecins n'osent pas forcément rapporter les faits, et que, pour ceux qui osent, ils n'étaient pas soutenus et les médecins responsables quasiment jamais incriminés.

La hiérarchie entre médecins généralistes et spécialistes puise ses origines dans les distinctions établies avant les réformes des études médicales. À cette époque, les spécialistes étaient ceux qui réussissaient le concours, tandis que les généralistes étaient souvent perçus comme ceux qui ne souhaitaient pas le passer ou qui échouaient. Cette distinction a contribué à des tensions entre les deux groupes, comme le souligne un article paru en 2002 dans la revue *Actes de la recherche en sciences sociales* (68). Ce n'est qu'à partir de 2004 que la médecine générale a été reconnue comme une spécialité à part entière, au même titre que les autres spécialités d'organes (69).

Les attitudes anti-professionnelles entre médecins généralistes et spécialistes, bien que rarement explorées dans la littérature, influencent leur communication et leurs relations. Une étude sociologique, analysant les dynamiques de coopération et de conflit entre ces professionnels, distingue les acteurs « captants », qui jouent un rôle central et continu dans le suivi des patients, des « non captants », dont l'intervention est ponctuelle et limitée. Cette distinction met en lumière une hiérarchie implicite fondée sur les rapports de pouvoir : les médecins spécialistes sont perçus comme « captants » car ils détiennent une expertise unique, indispensable pour certains examens et traitements que les généralistes ne peuvent réaliser. Cela crée une forme de dépendance

des généralistes, qui adaptent leur pratique aux spécialistes sans remettre en question cette asymétrie (70).

Cependant, les généralistes sont également des « captants » puisqu'ils dirigent le parcours de soins en orientant les patients vers des spécialistes, ou en mettant fin à la collaboration si nécessaire. Ainsi, les spécialistes sont eux aussi pris dans une relation d'interdépendance où la confraternité demeure essentielle : ils doivent répondre aux demandes des généralistes, les informer et les inclure dans le suivi des patients, car ils ne sont pas impliqués dans la gestion à long terme des cas (70). Cette hiérarchisation, qui valorise davantage la spécialisation, peut générer des tensions latentes ou des non-coopérations entre ces acteurs, malgré des objectifs thérapeutiques partagés, contribuant ainsi à un cloisonnement des soins plutôt qu'à une réelle collaboration interdisciplinaire.

L'article précédent souligne que l'envoi de « non malades » vers des spécialistes à orientation curative provoque incompréhension et tension dans les relations professionnelles. Notre étude a confirmé que ces conflits surviennent notamment lorsque des médecins spécialistes « non captants », comme la néphrologue ou le chirurgien du rachis cités dans notre étude, ne comprennent pas pourquoi un patient leur est adressé. Ce phénomène hiérarchique est renforcé par la volonté des spécialistes de ne pas « perdre de temps » avec des patients qu'ils ne traiteront pas. De plus, la sélection des patients, essentielle au bon fonctionnement des réseaux de coopération, devient une source de tensions lorsque les généralistes n'adressent pas des patients considérés comme « pertinents » (70).

(b) *Hiérarchie entre médecins et secrétaires*

Les secrétaires médicaux, se percevant comme moins légitimes, tendent à accepter et justifier les comportements négatifs de certains médecins. Cette impression d'infériorité les amène à tolérer des attitudes inappropriées. Une étude a identifié plusieurs facteurs contribuant à de tels comportements non professionnels dans le système de soins, parmi lesquels la hiérarchie perçue et le manque de légitimité. Ce sentiment conduit les personnels concernés à garder le silence, perpétuant ainsi un cercle vicieux (71). Cette étude est formelle sur les impacts négatifs que cela peut avoir à la fois sur la prise en charge des patients, mais également sur les capacités de communication des professionnels de santé, aggravant ainsi les difficultés pour construire une communication efficace et déontologique entre soignants.

2.1.b).(2) Préférence implicite dans le choix des
spécialistes par les médecins généralistes malgré des efforts
d'impartialité

Bien que les généralistes s'efforcent de maintenir des relations respectueuses avec les spécialistes, ils privilégient discrètement ceux en qui ils ont confiance et qui sont disponibles, construisant ainsi, au fil du temps, des partenariats durables avec des « correspondants » ou « référents » vers lesquels ils orientent régulièrement des patients ou délèguent des tâches selon des routines organisationnelles établies (70). Lorsqu'un patient demande conseil à son médecin traitant, ce dernier oriente souvent vers ces spécialistes « référents ». Pour éviter le compérage, il est conseillé de diversifier les contacts, bien que cela reste difficile en raison des tensions et de la démographie médicale. Si un patient est déjà suivi par un spécialiste avec lequel le généraliste rencontre des difficultés de collaboration, ce dernier respecte en général ce choix,

conformément à l'article 6 du code de déontologie médicale (72). Cependant, en cas d'inaccessibilité prolongée, le généraliste peut recommander un autre spécialiste pour garantir une prise en charge rapide, même si cela peut être perçu comme du favoritisme. Une étude publiée en 2018 dans l'*AMA Journal of Ethics* abordait les enjeux éthiques liés aux conflits entre les choix de spécialistes faits par les patients et les recommandations émises par les médecins généralistes. L'article mettait en évidence que certains généralistes privilégient leurs recommandations professionnelles par rapport aux préférences du patient, lorsqu'ils jugent que cette approche est dans le meilleur intérêt de ce dernier (73). Selon l'article sociologique mentionné plus haut, une coopération durable entre professionnels repose sur l'orientation de patients « conformes » et l'équilibre entre engagements « captants » et « non captants ». Lorsque ces conditions sont respectées, les soignants deviennent mutuellement des correspondants privilégiés, favorisant ainsi une coopération stable (70) et donc la tendance des médecins généralistes à adresser leurs patients aux médecins spécialistes avec qui ils ont l'habitude de travailler.

2.1.c) Insuffisance de connaissance des canaux de communication et sous-utilisation des messageries sécurisées

2.1.c).(1) Une difficulté de communication inégale

Selon notre étude, l'indisponibilité téléphonique semble davantage concerner les secrétaires et les médecins spécialistes que les généralistes. La majorité des généralistes n'ont pas signalé de difficultés majeures à être contactés par les spécialistes, à l'exception d'un généraliste qui a mentionné des problèmes liés à l'utilisation d'un télésecrétariat. Les communications sont généralement initiées par les cabinets de

généralistes, tandis que la rhumatologue de notre étude a précisé qu'elle ne contactait directement les généralistes que deux ou trois fois par mois. Les études de 2009 (59) et 2015 (74) confirment cette tendance, les généralistes affirmant être facilement joignables, mais les spécialistes estimant que les généralistes sont également difficiles à joindre. Il est important de noter que ces perceptions concernent principalement les spécialistes hospitaliers et non les praticiens libéraux.

La hiérarchisation des relations entre généralistes et spécialistes, combinée à la perception que le temps des spécialistes est plus précieux, semble expliquer pourquoi les généralistes s'adaptent plus facilement aux disponibilités des spécialistes. Ils sont également plus enclins à partager leur numéro personnel avec les secrétariats des spécialistes pour faciliter la communication. Notre étude montre que, lorsque des relations régulières s'installent, les médecins finissent par échanger leurs coordonnées directes, ce qui accélère les échanges. Cela illustre l'importance de connaître les préférences de communication de ses interlocuteurs.

2.1.c).(2) Un défaut de sécurisation des partages de données médicales

Certains médecins ont exprimé l'intérêt d'avoir un annuaire avec les coordonnées directes de leurs confrères. Bien que des outils comme la messagerie sécurisée *Mailiz* existent déjà (10), notre étude montre que beaucoup continuent à privilégier le téléphone ou des e-mails non sécurisés, même si cela demande plus de temps pour obtenir les coordonnées. Cela rejoint les conclusions d'un article du *Concours Médical*, qui souligne la nécessité de proposer des solutions mobiles sécurisées et ergonomiques, afin de modifier les habitudes actuelles qui favorisent des moyens non sécurisés comme les messageries classiques, les SMS ou *WhatsApp* (75), et peut-être ainsi optimiser le

temps des soignants en leur donnant accès aux contacts directs. Il serait pertinent de créer un dispositif unique et sécurisé centralisant toutes les communications entre professionnels de santé, optimisant ainsi leur temps.

Pour l'avenir, le gouvernement prévoit, en collaboration avec l'Agence Numérique en Santé, de lancer en mars 2024 une version bêta de l'Espace d'Interopérabilité des Messageries Instantanées de Santé (EIMIS). Cette initiative vise à permettre aux professionnels de santé de continuer à utiliser leurs moyens de communication habituels, tout en les intégrant dans un réseau unifié et sécurisé, exclusivement réservé aux professionnels de santé (76).

2.1.c).(3) Des difficultés techniques à mettre en place des accès directs aux professionnels de santé

Nos résultats montrent que plusieurs soignants déplorent l'absence ou la difficulté d'installation de lignes téléphoniques directes. Bien que nous n'ayons pas interrogé de professionnels utilisant ce système, ceux qui collaborent avec des cabinets équipés constatent une amélioration notable de la communication, surtout dans les cabinets de spécialistes. Certains médecins ont cherché à installer ces lignes, mais ont rencontré des obstacles liés à la complexité technique et aux coûts. Un généraliste a rapporté que des collègues ayant réussi avaient trouvé le processus long et coûteux. Un article de 2015 suggérait également d'installer des lignes distinctes pour les soignants et les patients comme piste d'amélioration à la communication (74).

Si les lignes directes étaient plus répandues, cela pourrait modifier le rôle des secrétaires médicaux, qui seraient davantage sollicités pour filtrer les appels des soignants. Actuellement, les secrétaires interrogés reçoivent peu d'appels de médecins. Face aux délais d'attente, certains médecins préfèrent raccrocher et chercher une autre

solution, bien que certains persistent malgré la perte de temps. Aucune étude n'a encore exploré l'impact potentiel de l'implantation généralisée de ces lignes sur le rôle des secrétaires, ce qui pourrait être un sujet pertinent à investiguer.

**2.1.d) *L'implication du patient dans la communication responsable
d'une mise à mal de la déontologie confraternelle***

Les médecins généralistes, lorsqu'ils recueillent des retours similaires de plusieurs patients à propos d'un confrère, tendent à croire ces témoignages et à développer une attitude critique envers ce collègue. Toutefois, ils évitent de partager des commentaires négatifs avec leurs patients, en respect de la déontologie confraternelle. En revanche, les généralistes interrogés estiment que les spécialistes n'adoptent pas toujours cette même réserve et ne fournissent pas toujours le soutien attendu, surtout en cas de consultation non justifiée. Comme évoqué précédemment, pour les spécialistes « non captants », il est essentiel que l'orientation des patients corresponde à leurs attentes, afin de préserver des relations de coopération optimales. Toujours selon l'article sociologique, un partage d'informations plus équilibré et pertinent entre professionnels permettrait de réduire les insatisfactions, souvent à l'origine des tensions et donc a fortiori aggravées par les patients. Ainsi, en minimisant les sentiments d'instrumentalisation ressentis par certains spécialistes, il serait possible de stabiliser des réseaux de coopération fragilisés par un déséquilibre structurel (70).

2.2 Les hypothèses avancées pour pouvoir améliorer la communication

2.2.a) *Modification des conditions d'exercice*

2.2.a).(1) Dévalorisation de l'image du médecin généraliste et difficultés de coordination entre médecins généralistes et médecins spécialistes

L'image du médecin généraliste est dévalorisée par les difficultés d'accès aux spécialistes. Certains spécialistes demandent aux généralistes de prendre les rendez-vous pour leurs patients, ce qui est difficile à gérer avec leur charge de travail. Bien que certains secrétaires généralistes tentent de gérer ces demandes, de nombreux médecins refusent d'assumer ce rôle. Une secrétaire de spécialiste a indiqué qu'un médecin généraliste, frustré par les conditions de travail, avait critiqué l'évolution défavorable de sa profession, qui ne date pas d'hier. Le médecin généraliste est parfois considéré comme un professionnel « non captant » (70), ce qui peut provoquer des situations de tension. Ce constat est corroboré par un article publié dans la revue *Exercer*, qui soulignait que les médecins généralistes se sentent sous-évalués, non seulement par les patients, mais aussi par le gouvernement et le milieu hospitalier (77). Par ailleurs, d'autres études ont révélé que les médecins généralistes passent une part importante de leur temps à des tâches administratives et à la gestion des demandes de rendez-vous, ce qui nuit à leur rôle de coordinateur de soins (78). Plusieurs recherches ont ainsi mis en évidence le sentiment de dévalorisation qui en résulte pour les médecins généralistes, compliquant ainsi la communication entre médecins généralistes et médecins spécialistes.

2.2.a).(2) Stratégies pour optimiser la prise en charge du patient

En revanche, une autre secrétaire a noté que les médecins généralistes préféreraient souvent appeler les spécialistes pour obtenir des conseils sur la meilleure manière de faire avancer le dossier de leurs patients, plutôt que de prendre directement les rendez-vous. Cette approche permettrait au patient de bénéficier plus rapidement d'une consultation spécialisée, si nécessaire.

Ainsi, dans ce contexte, le médecin généraliste redevient le pivot central de la gestion des soins, pilotant les examens principaux et n'adressant les patients aux spécialistes qu'en dernier recours. En attendant une amélioration de la démographie médicale, une meilleure communication entre les médecins généralistes et les spécialistes pourrait permettre d'optimiser les soins. Cela permettrait aux généralistes de guider leurs patients efficacement et, si nécessaire, d'envoyer les patients aux spécialistes, comme nous l'avons évoqué précédemment avec cette étude de 2013 (79). En procédant ainsi, cela permet de maintenir la stabilité des réseaux de coopération, puisque le médecin généraliste « captant » adressera aux médecins spécialistes « non captants » des patients « bien sélectionnés » (70).

2.2.b) Le rôle des secrétaires médicaux: les revaloriser

2.2.b).(1) Un rôle principalement administratif actuellement

Dans le cadre de notre étude, il apparaît que le rôle des secrétaires médicaux varie en fonction de plusieurs facteurs, tels que l'organisation des cabinets, la confiance des médecins, leur expérience et leur volonté d'assumer plus de responsabilités. Bien

que la majorité des secrétaires soient principalement affectés à des tâches administratives, certains expriment le souhait de s'impliquer davantage dans la prise en charge des patients. Cependant, leur rôle est souvent limité par la gestion d'un volume important d'appels téléphoniques, qui occupe la majeure partie de leur temps (80), restreignant ainsi leur disponibilité pour la communication avec d'autres professionnels de santé et pour d'autres tâches.

Une secrétaire de spécialiste de notre étude, formée en milieu hospitalier, a démontré qu'elle joue déjà un rôle clé dans la communication et l'efficacité du travail grâce à sa formation et aux instructions du médecin pour qui elle travaille. Pourtant, les généralistes préfèrent obtenir directement des conseils auprès du spécialiste. Compte tenu des difficultés d'accès croissant aux spécialistes, il devient crucial de valoriser et de reconnaître le rôle des secrétaires médicaux dans la communication.

2.2.b).(2) Une légitimité de leur place dans la prise en charge globale des patients peu reconnue par les médecins

Certains secrétaires se sentent découragés face au manque de reconnaissance accordée par les médecins, perçus comme méfiants à leur égard. Selon Sarradon-Eck, dans son ouvrage *"Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale"* (81), les secrétaires ne sont pas toujours considérés comme des partenaires par les médecins, qui les voient plutôt comme un support administratif et donc comme des acteurs « non captants » (70).

Une étude de 2018 renforce cette vision, indiquant que les médecins attendent surtout une aide dans la gestion des plannings et dossiers médicaux (82). Pourtant, une étude danoise de 2017 montre que déléguer davantage de responsabilités aux secrétaires et infirmiers améliore la satisfaction au travail des médecins et de leurs

employés (83). Une étude de 2010 révèle que les secrétaires souhaiteraient s'impliquer davantage dans la prise en charge médicale des patients, cherchant ainsi une légitimation de leur rôle dans la communication avec les autres professionnels de santé (84).

Ces résultats suggèrent l'importance de revaloriser leur rôle. La présence d'un secrétariat facilite aussi la communication, car les médecins se sentent plus à l'aise de contacter un secrétaire. Inviter les secrétaires aux soirées interprofessionnelles pourrait renforcer cette dynamique et il serait intéressant d'étudier l'impact de ces soirées interprofessionnelles sur la communication.

2.2.b).(3) Revoir la formation des secrétaires médicaux

Les secrétaires de spécialistes interrogées ont souligné que leur formation initiale ne correspond pas toujours aux exigences du terrain. Repenser leur formation, ou proposer des formations continues, pourrait renforcer leur légitimité, comme l'a montré une thèse qualitative de 2017 (85).

Une des pistes serait de les faire évoluer vers un statut d'assistants médicaux, un des objectifs du Plan Santé du gouvernement étant d'augmenter leur nombre dans les cabinets (62). Toutefois, un autre employé devrait rester dédié à l'accueil téléphonique, permettant ainsi aux secrétaires médicaux et assistants de se concentrer sur la prise en charge des patients et la communication avec les professionnels. Il serait également pertinent de mener une étude auprès des assistants médicaux pour mieux comprendre leur ressenti et leur rôle dans la communication avec les médecins.

2.2.c) L'importance du travail en équipe

2.2.c).(1) Développer des outils pour favoriser le travail en équipe

Plusieurs participants de l'étude ont souligné qu'ils considéraient faire partie d'une même équipe, notamment au sein du même cabinet, et certains l'étendaient même à tous les professionnels intervenant autour du même patient. Cependant, nombreux sont ceux qui ont mis en avant les difficultés rencontrées dans ce travail d'équipe, et peu semblaient avoir des outils généralisables pour améliorer la situation. Parmi les difficultés évoquées, la prise en charge urgente et délicate des patients a été fréquemment mentionnée. Il en découle qu'une mauvaise collaboration en équipe, souvent due à une communication défailante, peut avoir des conséquences préjudiciables pour les patients.

Les États-Unis semblent avoir remarqué l'importance d'une communication efficace en équipe, surtout dès lors que les équipes ont une responsabilité sur la prise en charge de la vie humaine. Ainsi, le Department of Dense et l'Agency for Healthcare Research and Quality ont publié en août 2008 un outil formateur sur la communication qui semble être devenu une référence à l'échelle nationale afin d'enseigner la communication dès les études : la TeamSTEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety) (86). Cet outil repose sur quatre principes fondamentaux : le leadership, la surveillance des situations, l'assistance mutuelle et la communication. Cela montre bien que le travail en équipe n'est pas quelque chose d'inné, encore moins quand la vie de personnes humaines peut être engagée, et que la communication en constitue un des piliers fondamentaux.

Il est important de noter qu'en France, les formations et outils dédiés à l'amélioration des compétences en communication entre les professionnels de santé sont peu nombreux et peu connus. Bien qu'il existe un outil comme le SAED (Situation Antécédents Évaluation Demande) (87), conçu pour guider les médecins dans leur communication avec leurs collègues, aucun des participants de l'étude ne l'a mentionné, ce qui laisse penser qu'il est largement méconnu parmi les soignants. Il serait donc intéressant de réaliser une étude sur ce sujet, savoir si les professionnels de santé s'aident d'outils pour mieux communiquer.

Cela souligne l'importance de promouvoir ces outils pour améliorer la collaboration entre les professionnels de santé autour du patient. Bien que l'organisation des CPTS, mentionnée en introduction, soit censée faciliter ce travail d'équipe, aucun des participants n'a évoqué cette initiative. Une coopération efficace dépend de l'utilisation adéquate des outils, d'un management approprié et de la compréhension des dynamiques de pouvoir entre les acteurs. C'est en s'adaptant à ces relations que les professionnels peuvent influencer positivement la coopération. Comme l'indique l'article de sociologie cité, les conflits surgissent souvent lorsque certains refusent le rôle attendu et se placent en concurrence, par exemple lorsqu'un spécialiste ou un secrétaire médical « non captant » cherche à jouer un rôle plus central. À l'inverse, la coopération s'épanouit lorsque chacun respecte son rôle, les spécialistes « non captants » se limitant à des interventions ponctuelles dans le parcours de soins et les secrétaires se limitant à leur rôle administratif (70).

2.2.c).(2) L'impact de l'organisation interne des cabinets
sur la fluidité des échanges

Bien que les CPTS n'aient pas été évoquées, la majorité des participants, sauf ceux sans secrétariat, ont souligné l'importance de la collaboration au sein de leur cabinet. Les secrétaires ont mentionné l'organisation de moments conviviaux pour résoudre les problèmes et renforcer la cohésion d'équipe, semblables aux pratiques d'entreprise. Étant donné que les cabinets médicaux fonctionnent comme des entreprises, puisque tout médecin libéral est automatiquement entrepreneur (88), une communication interne efficace est cruciale pour améliorer l'efficacité et le respect de la déontologie.

Bien que certaines études aient examiné cette dynamique dans les établissements de santé hospitaliers (89,90), aucune, à notre connaissance, n'a vraiment exploré son impact au sein d'un cabinet médical libéral. En revanche, les recherches sur la communication interne dans les entreprises soulignent son impact positif sur les performances (91,92). Les médecins doivent adopter une approche de gestion pour soutenir leurs équipes, ce qui favorisera une meilleure communication avec les autres professionnels de santé. L'ambiance au sein du cabinet est également déterminante pour maintenir des interactions respectueuses et efficaces avec les collègues.

Aucune étude, à notre connaissance, ne semble évaluer l'impact de la communication interne entre les professionnels de santé sur la communication globale entre eux. Il semblerait nécessaire d'améliorer celle-ci afin de pouvoir construire au mieux une communication efficace et déontologique.

Enfin, un autre point important qui est ressorti est la tenue à jour des dossiers médicaux, ce qui ressort également dans la littérature et a fait l'objet de

recommandations de l'ANAES (93). En cas d'absence du médecin, il est essentiel que les soignants qui appellent puissent obtenir l'aide nécessaire. Cependant, si les dossiers ne sont pas à jour ou si l'accès à ces dossiers est limité pour les secrétaires, cela peut créer des situations conflictuelles. Par exemple, lorsque les secrétaires promettent que le médecin rappellera car ils ne peuvent les renseigner, mais que cela n'est finalement pas fait.

2.2.c).(3) Faciliter la communication directe

Le Code de déontologie médicale souligne l'importance de la communication entre les médecins généralistes et les spécialistes pour assurer la coordination et la continuité des soins, sous réserve du consentement du patient (94). Notre étude confirme que la communication minimale attendue entre ces deux groupes de professionnels se limite souvent à une lettre d'adressage de la part du généraliste et à un compte rendu de consultation de la part du spécialiste. Bien qu'un décret impose la remise d'une lettre de liaison au médecin traitant à la sortie d'une hospitalisation (95), il n'existe pas de réglementation spécifique concernant la remise d'un compte rendu par les spécialistes. Cependant, la majorité des médecins interrogés dans notre étude disent que presque tous respectent cette pratique minimale, avec seulement quelques réfractaires, comme le confirme un article paru dans *Le Quotidien du Médecin* en 2015 (96). Néanmoins, les réfractaires ont tendance à ne pas faire partie du réseau habituel avec lequel les médecins ont l'habitude de travailler.

Notre étude montre que la communication minimale, souvent via les secrétaires, est insuffisante, surtout en cas d'urgence. Une communication directe entre médecins et secrétaires est cruciale pour échanger des informations médicales et organiser des rendez-vous. La mise en place de lignes d'accès directes aux spécialistes et la

valorisation du rôle des secrétaires pourraient améliorer les référencements, éviter les consultations inutiles, et mieux gérer les malentendus.

Une étude de 2013 a souligné les avantages de la communication préalable entre généralistes et spécialistes avant l'adressage des patients (79). C'est dans cette perspective que des plateformes de téléexpertise ont émergé et montré des bénéfices, tels que des avis médicaux rapides, mais aussi des inconvénients comme la déshumanisation des échanges. Elles s'avèrent utiles dans des spécialités difficiles d'accès comme la dermatologie (97) et l'ophtalmologie (98), bien que, à notre connaissance, des études plus globales sur leur efficacité soient encore manquantes.

2.2.c).(4) Améliorer la connaissance des contraintes de chacun

Le choix des spécialistes par les médecins généralistes semble être davantage influencé par les compétences médicales des spécialistes, leur historique de collaboration, leur aptitude à communiquer, leurs efforts pour renvoyer les patients vers leur médecin traitant, et la qualité des relations entre le spécialiste et le patient, comme l'indique l'étude parue en 2004 dans les *Annals of Family Medicine* (99). Nos participants ont exprimé ces mêmes critères, même si ce n'était pas toujours explicitement mentionné.

Pour renforcer les relations entre médecins généralistes, spécialistes, et secrétaires, il est crucial d'améliorer la compréhension mutuelle des contraintes professionnelles. Notre étude révèle que les spécialistes, souvent peu conscients des défis des généralistes, ont une connaissance variable de ces contraintes. Ici, le médecin spécialiste avec une connexion personnelle à la médecine générale comprenait mieux les défis des généralistes que celui sans cette expérience.

Actuellement, les spécialistes ont un seul stage en médecine générale durant l'externat (100), ce qui est insuffisant pour appréhender pleinement les réalités des généralistes. En revanche, les internes en médecine générale bénéficient de plusieurs stages en spécialités durant leur formation, en particulier des stages obligatoires en médecine polyvalente et en santé de la femme et de l'enfant (101), ce qui leur permet de mieux comprendre les défis des spécialistes. La réforme récente des études médicales, qui augmente les stages en ambulatoire, pourrait offrir une opportunité pour améliorer cette compréhension mutuelle (102).

2.2.d) La rencontre entre médecins

2.2.d).(1) Redonner une dimension humaine aux échanges

Notre étude met en évidence que l'un des principaux obstacles à une communication efficace entre médecins est le manque de connaissance des canaux de communication appropriés. En l'absence de messageries sécurisées ou de plateformes de téléexpertise, il est crucial de partager ces informations directement. Il serait bénéfique pour les nouveaux médecins de se présenter aux autres professionnels du secteur, par exemple lors de l'inauguration de leur cabinet ou en visitant les autres cabinets médicaux, comme l'a fait un spécialiste dans notre étude. Cette approche, encore peu courante, pourrait améliorer les échanges et renforcer les relations entre médecins.

Bien que non indispensable pour une collaboration efficace, humaniser les interactions en mettant un visage sur un nom est largement apprécié. Réintroduire cette dimension humaine est particulièrement important dans un contexte où le manque d'empathie des médecins, souvent surmenés, est de plus en plus critiqué. Selon un article de psychologie de 2020, intégrer une équipe de soins empathique est essentiel

pour prévenir les dérives et favoriser la cohésion d'équipe (103). Ainsi, promouvoir des relations humaines entre soignants pourrait donc améliorer non seulement la collaboration professionnelle, mais aussi la qualité de la prise en charge des patients.

2.2.d).(2) Abolir le sentiment de hiérarchie

Rencontrer les médecins du secteur permet, d'après les résultats de notre étude, de placer tous les médecins sur un pied d'égalité. Cela revêt une importance particulière, car nos données montrent que les médecins généralistes ont intériorisé une forme de hiérarchie vis-à-vis des médecins spécialistes depuis leur internat, ce qui les empêche parfois de se sentir légitimes pour initier une communication avec eux. Un texte intitulé "*L'honneur perdu du généraliste*" illustre bien ce sentiment de hiérarchisation (68).

Ainsi, aller à la rencontre de ses confrères et consœurs, avec qui les médecins forment une équipe, est l'une des solutions proposées par une étude canadienne. Cette étude visait à identifier les moyens par lesquels les médecins généralistes peuvent obtenir le respect de leurs pairs spécialistes en développant de bonnes relations avec eux. Toutefois, elle souligne également que ces initiatives individuelles ne suffisent pas et qu'il serait nécessaire d'impliquer les centres universitaires et autres organismes pour soutenir ces efforts (104).

La thèse de de Vienne, citée en introduction, rapporte également le regret exprimé par certains médecins généralistes de ne pas avoir plus de contacts directs avec leurs confrères. L'un d'eux déplorait que les nouveaux installés ne viennent pas se présenter, ce qui aurait permis de mieux comprendre leur vision de la médecine et de poser les bases des relations futures (41). La rhumatologue de notre étude exprimait une idée similaire en évoquant l'importance d'un travail d'équipe qui dépend de la manière dont chacun perçoit la médecine.

2.2.d).(3) Les formations à petite échelle pour favoriser la
rencontre

La rencontre entre médecins peut se faire lors de formations de petite envergure, spécialement organisées pour les praticiens d'un même secteur géographique. Cela permet aux médecins généralistes de ne pas rester anonymes face aux spécialistes, ce qui est souvent le cas lors de formations plus larges. Toutefois, ces formations se font de plus en plus rares. Initialement, elles étaient souvent soutenues par les laboratoires pharmaceutiques, comme le montre une étude de 2009 où 31 % des médecins libéraux interrogés participaient à des formations organisées par ces laboratoires, soit en tant que formateurs, soit en tant que participants (105). Cependant, plusieurs médecins interrogés dans notre étude ont indiqué que les laboratoires ne présentent plus autant d'intérêt pour les généralistes qu'à une certaine époque. Une thèse publiée sur le sujet révèle que les laboratoires pharmaceutiques privilégient les spécialistes par rapport aux généralistes dans le secteur libéral, car ils représentent une cible marketing plus intéressante (106).

Bien que les formations financées par les laboratoires soient controversées en raison des conflits d'intérêts possibles, surtout depuis la loi Bertrand expliquée dans cet article (107), se former reste nécessaire. Les médecins spécialistes, en raison de leurs emplois du temps surchargés, ne peuvent pas organiser ces formations seuls ni gérer les aspects administratifs associés.

Une alternative pourrait être les soirées organisées par les Groupes d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP). Ces groupes réunissent un petit nombre de médecins généralistes d'un même secteur qui se rencontrent volontairement pour discuter de cas

cliniques (108). L'enquêtrice principale a assisté à certaines de ces soirées, où un médecin spécialiste était parfois invité pour fournir une formation sur un sujet spécifique. Bien que ces soirées éliminent l'anonymat des généralistes, étant donné leur faible nombre de participants, elles étaient généralement animées par un médecin hospitalier. À notre connaissance, aucune étude n'a encore évalué l'impact de ces groupes sur les rencontres entre médecins généralistes et médecins spécialistes du même secteur, mais cela pourrait représenter une solution prometteuse.

Enfin, la rhumatologue de notre étude a noté que l'organisation de soirées entre professionnels de santé peut être compliquée par des contraintes de lieu, de budget et de temps. Toutefois, avec un investissement de chaque participant, ces rencontres pourraient devenir à la fois conviviales et formatrices. Inviter les secrétaires médicaux à ces soirées, du moins au début, pourrait faciliter les interactions, même s'ils pourraient se retirer lorsque les discussions deviennent trop techniques. Il serait nécessaire de trouver de nouvelles sources de financement pour ces événements, qui pourraient être organisés par les médecins eux-mêmes. Comme l'a souligné un médecin généraliste, il est plus facile de communiquer avec quelqu'un que l'on connaît bien.

2.2.e) Des changements possibles au cours de l'internat ?

2.2.e).(1) L'importance de l'internat pour créer des liens
entre médecins : réseautage et légitimité dans les échanges
entre médecins

L'internat est souvent considéré comme crucial pour tisser des liens entre praticiens, car les internes partagent des expériences similaires. Cependant, dans les

services spécialisés où les médecins généralistes effectuent leurs stages, comme en pédiatrie, gynécologie, médecine polyvalente, gériatrie ou urgences (101), les opportunités de collaboration directe avec les internes de spécialité sont limitées. Cela restreint le développement d'un réseau interdisciplinaire pour les généralistes. En conséquence, ces derniers s'appuient principalement sur leurs confrères de la même spécialité avant de contacter un spécialiste, ce qui peut parfois les amener à douter de leur légitimité à initier ces échanges. En revanche, les spécialistes, grâce à la diversité de leurs stages, nouent plus facilement des liens avec d'autres disciplines et ne remettent pas en question leur légitimité à échanger avec d'autres spécialités.

2.2.e).(2) Formation des internes de médecine générale dans les services de spécialité

Les spécialistes interrogés regrettent l'absence de stages pour les internes en médecine générale dans leurs spécialités, estimant que cela renforcerait leurs compétences et créerait des liens interprofessionnels. Ils proposent de réorganiser l'internat en incluant davantage de stages dans des services spécialisés, bien que toutes les spécialités ne puissent être couvertes. Certains internes de médecine générale voient ces stages comme une opportunité, tandis que d'autres jugent qu'ils apportent peu à leur formation en raison de la sur-spécialisation (109).

Il pourrait donc être intéressant d'utiliser la quatrième année d'internat de médecine générale pour inclure davantage de stages en milieu hospitalier spécialisé ou en ambulatoire chez des médecins spécialistes, renforçant à la fois les compétences et les réseaux des généralistes.

2.2.e).(3) Réorganisation nécessaire pour une meilleure intégration de l'interne en médecine générale

Il est essentiel de repenser l'intégration des internes en médecine générale dans les services spécialisés, afin qu'ils bénéficient d'un rôle similaire à celui des internes de spécialité. Cela améliorerait la qualité de leur formation et favoriserait la création de liens interprofessionnels. Une étude menée à Strasbourg montre que les internes en médecine générale craignent souvent d'être traités de manière inégale dans ces services, notamment en médecine polyvalente. Cette différence de traitement, due aux parcours distincts, peut freiner la formation de relations interdisciplinaires, surtout si les chefs de service accordent moins d'attention aux internes généralistes, perçus comme ne revenant pas dans ces services (110).

3. Améliorer la communication entre les professionnels de santé : pistes pour une formation et une pratique professionnelle plus efficaces

3.1 Améliorer la formation à la communication des internes en médecine

L'un des axes centraux pour renforcer la communication interprofessionnelle réside dans l'amélioration de la formation des internes en médecine générale. Notre étude a montré que les liens entre médecins généralistes et spécialistes ne se tissent pas naturellement au cours de l'internat, en grande partie en raison du manque d'opportunités de collaboration directe entre les deux groupes. Pour pallier cette carence, il serait pertinent d'introduire des séances de tutorat ou des formations optionnelles spécifiquement axées sur la communication entre professionnels. Ces sessions permettraient aux internes d'apprendre à structurer et à formaliser leurs échanges avec les autres praticiens. Les médecins généralistes, en particulier, auraient

ainsi l'occasion de discuter des outils de communication disponibles (mails sécurisés, appels téléphoniques, plateformes dédiées), d'explorer les façons de faire de leurs confrères spécialistes, et de comprendre comment aborder les discussions autour des dossiers patients. Apprendre à poser des questions pertinentes, à transmettre des informations de manière claire, et à négocier la prise en charge de patients dans des situations complexes sont autant de compétences essentielles qui devraient être intégrées dès la formation initiale pour améliorer la coordination des soins tout au long de la carrière des praticiens.

3.2 Renforcer la communication dans la vie professionnelle

3.2.a) Au moment de l'installation des médecins

Notre étude a révélé que la communication entre médecins généralistes et spécialistes reste souvent limitée et insuffisante, ce qui peut nuire à une prise en charge optimale des patients. Lors de l'installation d'un nouveau praticien, il serait bénéfique de formaliser une démarche proactive de présentation auprès des autres professionnels de santé de son secteur. Cette étape permettrait de poser les bases d'une communication fluide en clarifiant les attentes et en définissant les modalités d'échange. Par exemple, un médecin pourrait expliquer son mode de fonctionnement, ses préférences en matière de transmission d'informations (téléphone, courriel, plateformes numériques), et recueillir de la même manière les pratiques des autres médecins et secrétaires médicaux. Cette approche faciliterait la coordination, notamment en cas de dossiers complexes, en posant un cadre relationnel dès le début de l'exercice, renforçant ainsi la collaboration entre médecins généralistes, spécialistes et secrétaires.

3.2.b) Dans le cadre des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Les CPTS visent à structurer l'organisation des soins de ville en réponse aux enjeux actuels tels que la gestion des maladies chroniques et la coordination ville-hôpital. L'une des missions fondamentales des CPTS est d'améliorer l'exercice coordonné entre différents acteurs de santé, en particulier pour répondre aux besoins de suivi des patients chroniques, qui nécessitent une communication constante et efficace. La constitution de ces communautés offrirait une opportunité précieuse pour systématiser les échanges interprofessionnels. Les CPTS peuvent non seulement faciliter la mise en place d'outils partagés de communication (réseaux sécurisés, dossiers partagés), mais aussi créer des espaces de discussion réguliers entre médecins généralistes, spécialistes, et secrétaires médicaux. Ces instances pourraient, par exemple, organiser des réunions périodiques pour discuter des problématiques de terrain, échanger sur les pratiques, et s'accorder sur les protocoles de prise en charge. Ce cadre structuré serait un atout majeur pour surmonter les tensions et favoriser un exercice plus coordonné, améliorant ainsi la continuité des soins et la qualité des prises en charge.

V. Conclusion

Cette étude met en lumière la situation globalement favorable du Bas-Rhin en termes de densité médicale, mais souligne les défis émergents liés à la communication entre médecins généralistes, spécialistes, et secrétaires médicaux. Bien que la collaboration entre ces acteurs soit essentielle pour garantir une prise en charge optimale des patients, plusieurs obstacles rendent cet objectif difficile à atteindre.

Les emplois du temps surchargés et peu flexibles des professionnels de santé compliquent la gestion des patients, en particulier pour les spécialistes. Des solutions comme le blocage de créneaux spécifiques pour les demandes des généralistes existent, mais nécessitent une bonne coordination et une communication claire sur les canaux à privilégier.

Les professionnels de santé disposent de divers médias pour échanger, mais chacun présente des avantages et des limites. Le **courrier d'adressage** et le **compte rendu de consultation** demeurent les bases de la communication entre généralistes et spécialistes, pour pouvoir garantir un suivi optimal. Cependant, les **e-mails** se sont imposés comme le principal moyen de communication non urgent, car ils permettent de répondre selon la disponibilité de chacun. Ils ne garantissent cependant pas de réponse immédiate, ce qui peut être problématique en cas d'urgence. Les **appels téléphoniques**, bien que parfois difficiles à obtenir en raison des lignes surchargées, restent préférés pour les situations urgentes. Quant aux **SMS**, même s'ils sont perçus comme informels, ils sont fréquemment utilisés pour organiser des rendez-vous téléphoniques ou obtenir une réponse rapide. Les plateformes de **téléexpertise**, bien que sous-utilisées, offrent un potentiel pour des avis rapides, surtout dans les spécialités en pénurie. Toutefois, certains soignants estiment que ces outils déshumanisent les échanges.

En situation d'urgence, l'appel téléphonique direct reste le média de prédilection, permettant une réponse immédiate et directe. Dans ce cas, les généralistes attendent une aide rapide des spécialistes pour déchiffrer des situations critiques. Cependant, pour les situations semi-urgentes, l'email ou le SMS trouve toute sa place, à condition que le spécialiste soit réactif. Ces moyens permettent aussi de proposer des conduites à tenir ou une prise en charge à distance sans consultation, favorisant ainsi l'autonomisation des généralistes tout en respectant la capacité des spécialistes à optimiser leur temps.

Les secrétaires médicaux, bien que souvent relégués à un rôle d'intermédiaire, sont essentiels pour faciliter cette communication et optimiser le temps des médecins. Une meilleure reconnaissance de leur rôle, ainsi que des formations adaptées, pourrait alléger la pression sur les médecins tout en améliorant la fluidité des échanges. Leurs conditions de travail doivent également être prises en compte, car ils subissent de plein fouet la montée des exigences des patients et la surcharge des cabinets.

L'informatisation, bien que prometteuse, n'a pas encore atteint son plein potentiel. Les **messageries sécurisées** et les **plateformes de téléexpertise** restent sous-utilisées ou mal adaptées aux besoins quotidiens des médecins, qui préfèrent souvent des canaux plus classiques, bien que moins sécurisés. L'efficacité de ces outils dépend encore de l'appropriation par les soignants, et de la résolution des problèmes techniques persistants.

La hiérarchie perçue entre généralistes et spécialistes est un autre facteur qui complique la collaboration. Les généralistes se sentent souvent subordonnés aux spécialistes, ce qui affecte la qualité des échanges. Toutefois, une meilleure connaissance

mutuelle, par des rencontres professionnelles régulières, permettrait de réduire ces tensions et d'établir un partenariat plus équilibré.

Enfin, il est nécessaire de repenser la formation des futurs médecins pour favoriser la collaboration interdisciplinaire dès les études, en renforçant la communication entre internes de médecine générale et de spécialité. L'amélioration de l'organisation interne des cabinets, avec une meilleure coordination entre médecins et secrétaires, est également cruciale pour fluidifier les échanges, tout en respectant les impératifs déontologiques et la nécessité d'une communication centrée sur le patient.

En somme, une communication efficace repose sur des solutions techniques adaptées, une reconnaissance accrue des rôles de chacun, et un effort continu pour dépasser les hiérarchies implicites, au service d'une prise en charge cohérente et respectueuse du patient.

VU

Strasbourg, le 26.10.2024

Le président du jury de thèse

Professeur HANSMANN

Professeur Yves HANSMANN
 PU-PH Chef de Pôle SMO
 HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
 Nouvel Hôpital Civil
 Service des Maladies Infectieuses et Tropicales - UF 2401
 Tél. : 03 69 55 05 45 - Fax : 03 69 55 18 36
 Email : yves.hansmann@chru-strasbourg.fr
 N° RPPS : 10002435294



VU et approuvé
 Strasbourg, le 29 OCT. 2024
 Le Doyen de la Faculté de
 Médecine, Maieutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



VI. Bibliographie

1. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Chevillard G, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). jan 2020; Etudes & Résultats. Report No.: 1140.
2. Dumez H, Minvielle E, Marraud L. États des lieux de l'innovation en santé numérique [Internet]. 2015 [cité 17 août 2024]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01483000>
3. Coucke CH, Coucke P. La pandémie COVID-19 : une formidable opportunité pour les technologies digitales. Rev Médicale Liège [Internet]. 2020 [cité 14 févr 2024]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/257227>
4. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris-Nord; 2012.
5. Belche JL, Joly L, Crismer A, Giet D. Résilience et réactivité de la médecine générale durant la pandémie COVID-19. Rev Méd Liège [Internet]. sept 2020 [cité 14 févr 2024];75(S1). Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/259412>
6. Organisation Mondiale de la Santé. Santé numérique : transformer et élargir la prestation des services de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/09-09-2020-digital-health-transforming-and-extending-the-delivery-of-health-services>
7. Choisir une messagerie sécurisée de santé en 2022 [Internet]. [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.lifen.fr/articles/choisir-une-messagerie-securisee-de-sante>
8. Lifen : Solution de communication médicale [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.lifen.fr/>
9. SARL A. APICRYPT® - Messagerie Sécurisée en Santé [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.apicrypt.org/>
10. Mailiz [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://mailiz.mssante.fr/>
11. Omnidoc. Solution de téléexpertise [Internet]. 2022 [cité 21 janv 2024]. Disponible sur: <https://omnidoc.fr//>
12. France 3 Auvergne-Rhône-Alpes. TEMOIGNAGE. « Je suis au maximum de ma charge de travail à 35 ans », dans le Rhône, les médecins libéraux racontent [Internet]. 2023 [cité 17 août 2024]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/rhone/temoignage-je-suis-au->

maximum-de-ma-charge-de-travail-a-35-ans-dans-le-rhone-les-medecins-liberaux-racontent-2714018.html

13. Haberey-Knuessi V, Morgan De Paula E. L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Rech Soins Infirm.* 2013;115(4):8-18.
14. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte>
15. Bentajou-Pacouill A, Subra J. Télé-expertise: les besoins des médecins ariégeois en 2020 [Thèse d'exercice]. Université Toulouse 3; 2021.
16. Harrison R, Clayton W, Wallace P. Can telemedicine be used to improve communication between primary and secondary care? *BMJ.* 30 nov 1996;313(7069):1377-80; discussion 1380-1381.
17. Westerman RF, Hull FM. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract.* 1990.
18. Rivière Q. Transmission d'information entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes de la Somme dans le cadre du suivi ambulatoire des patients (consultation): analyse descriptive des pratiques et opinion des protagonistes sur la qualité de cet échange [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne; 2016.
19. Rakotoarivonina S. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. Nice, France : Université de Nice Sophia Antipolis; 2015.
20. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les médecins généralistes exercent de plus en plus souvent en groupe et ont davantage recours à un secrétariat [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-medecins-generalistes-exercent-de-plus-en-plus-souvent-en-groupe-et-ont>
21. Chotard C. Place et vécu des secrétaires médicales en cabinet de médecine générale à travers leurs interactions avec les usagers et les médecins [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
22. Faure Y. Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale : étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Université de Rouen; 2012.
23. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* juin 2013;61(3):193-8.

24. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie - Exposé des motifs [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000017759372/?detailType=EXPOSE_MOTIFS&detailId=
25. CNIL. Conclusions des missions de contrôles relatives à l'expérimentation du DMP [Internet]. mars 2006. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/CNIL-controle_DMP.pdf
26. Boaretto Y, Dumas P, Cholley F, Gagneux M, Romenteau P. Rapport sur le dossier médical personnel (DMP) [Internet]. IGAS, IGF, Conseil général des Technologies de l'information; 2007. Disponible sur: <https://documentation.insp.gouv.fr/insp/doc/SYRACUSE/131512/rapport-sur-le-dossier-medical-personnel-dmp-yann-boaretto-philippe-dumas-michel-gagneux-et-al>
27. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032842901>
28. DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/>
29. Assurance Maladie. Dossier Médical Partagé (DMP) : la barre des 3 millions franchise [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2018-12-14-cp-ouverture-3-millions-dmp>
30. Renault PO. Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé: enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018 [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux; 2019.
31. Mon espace santé - Vous avez la main sur votre santé [Internet]. [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.monespacesante.fr/>
32. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Ségur de la santé : les conclusions [Internet]. 2024 [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>
33. Tout savoir sur le passage au logiciel métier version « Ségur » et la prise en charge de l'État [Internet]. 2022 [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/tout-savoir-sur-le-passage-au-logiciel-metier-version-segur-et-la-prise-en-charge-de-l-etat>
34. Le DMP en pratique [Internet]. [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
35. La Rosp [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>

36. Assemblée nationale (FR). Projet de loi de financement de la sécurité sociale n°274 - 16e législature [Internet]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0274_projet-loi
37. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, article 20 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000047580711/2023-11-29
38. ROSP 2023 pour le médecin traitant de l'adulte [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.affid.fr/la-rosp-du-medecin-traitant-de-ladulte-le-forfait-structure-des-invitations-a-la-modernisation>
39. Modernisation du cabinet médical avec le forfait structure [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/modernisation-cabinet>
40. Catherine PH, Mercier A. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes: une enquête qualitative [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Université de Rouen; 2012.
41. de Vienne HM. Communication avec les médecins spécialistes: quel ressenti des médecins traitants? [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Université de Rouen; 2014.
42. Cohen IB, Halkoum R, Fau L. La communication et la coordination entre médecins traitants et psychiatres - Inexistante ? *Inf Psychiatr.* 2021;97:10.
43. enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. Études médicales. [cité 17 août 2024]. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo20/ESRS1308333A.htm>
44. RUBIANA AMD. Installation libérale : en solo ou en groupe ? *Remede.org.* [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/installation-liberale-en-solo-ou-en-groupe.html>
45. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>
46. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/>
47. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante>

48. Assemblée nationale (FR). Proposition de loi n°1175 - 16e législature [Internet]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b1175_proposition-loi
49. Jacquot G. Accès aux soins : la proposition de loi Valletoux remaniée en commission des affaires sociales du Sénat. Public Sénat [Internet]. 2023 [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/actualites/sante/acces-aux-soins-la-proposition-de-loi-valletoux-remaniee-en-commission-des-affaires-sociales-du-senat>
50. LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (1) [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048678304>
51. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale [Internet]. [cité 14 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq>
52. Fournier C. Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques [Internet]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.pdf>
53. Galam É, Multon R. Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. Gestion et impacts sur le hidden curriculum. Étude qualitative de 37 situations en Île-de-France. *Presse Médicale*. mars 2016; 45(3):e39-50.
54. Code de la santé publique - Article R4127-56 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912924/
55. Abrahamian H, Schueller A, Mauler H, Prager R, Irsigler K. Transfer of knowledge from the specialist to the generalist by videoconferencing: effect on diabetes care. *J Telemed Telecare*. 2002;8(6):350-5.
56. Deblois S, Lepanto L. Les services de consultation permettant à des médecins de première ligne d'obtenir une deuxième opinion de médecins spécialistes. Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (DETMIS). Centre hospitalier de l'université de Montréal; décembre 2013.
57. Su GL, Glass L, Tapper EB, Van T, Waljee AK, Sales AE. Virtual Consultations Through the Veterans Administration SCAN-ECHO Project Improves Survival for Veterans With Liver Disease. *Hepatology* Baltim Md. déc 2018;68(6):2317-24.
58. Haute Autorité de Santé [Internet]. Protocole de coopération entre professionnels de santé. [cité 8 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_978700/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

59. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res.* 8 août 2009;9(1):143.
60. Agence du Numérique en Santé [Internet]. Le Ségur du numérique en santé pour les médecins de ville. [cité 24 août 2024]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/segur/medecin-de-ville>
61. Bernard S. Offre de soins et besoins territoriaux des médecins généralistes du 14ème arrondissement parisien [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université de Paris Descartes; 2018.
62. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Le recrutement d'assistants médicaux pour libérer du temps médical [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/un-meilleur-acces-aux-soins-pour-tous-sur-le-territoire/article/le-recrutement-d-assistants-medicaux-pour-liberer-du-temps-medical>
63. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2023 [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de>
64. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
65. Bousquet MA. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université de Paris VI; 2013.
66. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot. 1996. 430 p.
67. Miedema B, MacIntyre L, Tatemichi S, Lambert-Lanning A, Lemire F, Manca D, et al. How the Medical Culture Contributes to Coworker-Perpetrated Harassment and Abuse of Family Physicians. *Ann Fam Med.* 1 mars 2012;10(2):111-7.
68. Jaisson M. L'honneur perdu du généraliste. *Actes Rech En Sci Soc.* 2002;143(3):31-5.
69. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000781658>

70. Bergeron H, Castel P. Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociol Trav.* oct 2010;52(4):441-60.
71. Aunger JA, Maben J, Abrams R, Wright JM, Mannion R, Pearson M, et al. Drivers of unprofessional behaviour between staff in acute care hospitals: a realist review. *BMC Health Serv Res.* 30 nov 2023;23(1):1326.
72. Code de la santé publique - Article R4127-6. Abrogé par Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 art. 5 A JORF 8 août 2004 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912867
73. Lown BA, Victor KE. Should a Physician Offer Recommendations Based on Experience but Contrary to Current Practice Guidelines? *AMA J Ethics.* 1 nov 2018;20(11):1007-16.
74. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Ommeslag D, Van De Putte M, Heytens S, et al. Mutual perception of communication between general practitioners and hospital-based specialists. *Acta Clin Belg.* 3 sept 2015;70(5):350-6.
75. Renaud A, Ramsay K. Santé connectée. Une réponse à des besoins territoriaux. *Concours Méd.* 20 avr 2021;(4):18-27.
76. Agence du Numérique en Santé [Internet]. Quelle messagerie instantanée pour les professionnels de santé? [cité 25 août 2024]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/actualites/quelle-messagerie-instantanee-pour-les-professionnels-de-sante>
77. Dory V. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. *Exercer.* 2009;(85):4-7.
78. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties. *Ann Intern Med.* 6 déc 2016;165(11):753-60.
79. Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. The consultants' role in the referring process with general practitioners: partners or adjudicators? a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 11 oct 2013;14(1):153.
80. Kern LM, Barrón Y, Dhopeswarkar RV, Edwards A, Kaushal R, HITEC Investigators. Electronic health records and ambulatory quality of care. *J Gen Intern Med.* avr 2013;28(4):496-503.
81. Sarradon-Eck A. "Qui mieux que nous?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins. In: *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale.* 2010 [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03193316/document>

82. Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 mai 2018;66(3):171-80.
83. Riisgaard H, Søndergaard J, Munch M, Le JV, Ledderer L, Pedersen LB, et al. Associations between degrees of task delegation and job satisfaction of general practitioners and their staff: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 17 janv 2017;17(1):44.
84. Lassalle-Gérard M. Les secrétaires médicales en médecine générale : leur rôle, leurs tâches, leurs projets : enquête auprès des cabinets libéraux de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. Nantes, France : Université de Nantes; 2010.
85. Boulday-Derouet A. Impact d'une formation continue de secrétaires médicales à la gestion des appels de soins urgents ou non programmés : étude qualitative auprès de 18 secrétaires médicales formées en Mayenne en 2013 [Thèse d'exercice]. Anger, France : Université d'Angers; 2017.
86. King HB, Battles J, Baker DP, Alonso A, Salas E, Webster J, et al. TeamSTEPPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Vol 3: Performance and Tools [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43686/>
87. Haute Autorité de Santé [Internet]. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
88. Renaud A. Médecin et chef d'entreprise, ce double rôle qui vous dérange. *Egora* [Internet]. 2022 [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-dexercice/medecin-et-chef-dentreprise-ce-double-role-qui-vous-derange>
89. Pajares Conde DR, March Cerdá JC, Gómez Martínez ME. Audit of a hospital internal communication. *Gac Sanit*. 1998;12(5):231-8.
90. Kotwal S, Khaliq W, Landis R, Wright S. Developing a compartment and communication tool for use in hospital medicine. *J Hosp Med*. déc 2016;11(12):853-8.
91. Bahloul B, Bebane M. L'apport de la communication interne dans la performance sociale de l'entreprise : Cas SARL ABDELLAH IDAHMANENE [Internet]. Université Mouloud Mammeri; 2021 [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://dspace.ummo.dz/handle/ummo/16272>

92. Mayeur A. Impact de la communication interne sur la motivation et la qualité du travail du collaborateur. [Mémoire de Master en communication]. Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgique : Université Catholique de Louvain; 2017.
93. Haute Autorité de Santé. Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu du dossier du patient [Internet]. ANAES; juin 2003. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf
94. Echanges et partage d'informations au sein de l'équipe de soins prenant en charge une personne. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 févr.
95. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux Informations des personnes accueillies.
96. Le Quotidien du Médecin [Internet]. « Cher confrère, je vous adresse ce patient... ». [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/cher-confrere-je-vous-adresse-ce-patient>
97. Zerdani Y, Castel M, Common M, Hajj C, Idoudi F, Tan S, et al. Télé-expertise de dermatologie pédiatrique de proximité. *Ann Dermatol Vénéréologie - FMC*. 1 déc 2023;3(8, Supplement 1).
98. Bourré T, Costes M, Mouriaux F, Soethoudt M. Télé-expertise en ophtalmologie au centre hospitalier universitaire de Rennes : évaluation de la plateforme sécurisée OMNIDOC au cours de sa première année d'utilisation. *J Fr Ophtalmol*. 1 oct 2024;47(8):104263.
99. Kinchen KS, Cooper LA, Levine D, Wang NY, Powe NR. Referral of Patients to Specialists: Factors Affecting Choice of Specialist by Primary Care Physicians. *Ann Fam Med*. 1 mai 2004;2(3):245-52.
100. Cycle 2 : l'externat de médecine [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.conference-cartesia.fr/externat-medecine>
101. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.
102. L'Etudiant [Internet]. Ce qui change à partir de 2022 pour les étudiants externes en médecine. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/ce-qui-change-a-partir-de-2022-pour-les-etudiants-externes-en-medecine.html>
103. Leclerc C. De la carence empathique en milieu de soins.... *Cah Psychol Polit* [Internet]. 1 juill 2020;37(37). [cité 26 août 2024] Disponible sur: <https://cpp.numerev.com/articles/revue-37/1553-de-la-carence-empathique-en-milieu-de-soins>

104. Manca D, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O. RESPECT from specialists: Concerns of family physicians. *Can Fam Physician*. 1 oct 2008;54(10):1434-1435.e5.
105. Paganelli C, Evelyne M. Pratiques et usages de l'information spécialisée chez les médecins spécialistes : place et rôle des structures documentaires. In: Rothbauer PA, éditeur. *Tracer l'horizon informationnel du XXIe siècle: Frontières, passerelles et carrefours : 37ème congrès annuel de l'Association Canadienne des Sciences de l'Information* [Internet]. Carleton University, Ottawa, Ontario, Canada; 2009 [cité 26 août 2024]. p. 19. Disponible sur: <https://hal.science/hal-00651724>
106. Garçon H. *Essais sur les relations laboratoire-médecins et la concurrence entre princeps et génériques* [Thèse de doctorat]. Lille, France : Université de Lille; 2023.
107. Tilman L. Expertise sanitaire et conflits d'intérêts. *Sci Société*. 1 déc 2015;(95):53-61.
108. François P, Philibert AC, Esturillo G, Sellier É. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. *Presse Médicale*. 1 janv 2013;42(1):e21-7.
109. Mehr M. *Exploration du ressenti des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg concernant le développement des compétences lors des stages réalisés en ambulatoire à l'issue de leur formation* [Thèse d'exercice]. Strasbourg, France : Université de Strasbourg; 2024.
110. Wagenheim A. *Attentes des internes de médecine générale de phase d'approfondissement avant leur stage hospitalier de médecine polyvalente : étude qualitative en Alsace* [Thèse d'exercice]. Strasbourg, France : Université de Strasbourg; 2023.

Annexes

1. ANNEXE 1 - Mail d'information à destination des participants

A l'attention des médecins et des secrétaires médicaux du cabinet.

Bonjour,

Je me présente : Valentine SCHADE, je suis remplaçante en médecine générale, et je réalise sous la direction du Dr Elise FRAIH une étude qualitative pour l'obtention de ma thèse de docteur en médecine.

Celle-ci porte sur la communication entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes libéraux avec implication des secrétaires médicales.

Pour cette étude, je réalise des entretiens individuels semi-dirigés pour les 3 professions d'une durée allant de 30 à 60 minutes.

L'entretien sera enregistré à l'aide d'un téléphone portable puis retranscrit dans sa globalité en assurant l'anonymat de la personne interrogée. Le contenu audio sera détruit à la fin de ce travail.

Si vous souhaitez davantage de renseignements, n'hésitez pas à me contacter par mail à l'adresse valentine.schade.these@gmail.com.

Je vous remercie par avance de votre collaboration,

Valentine SCHADE.

2. ANNEXE 2 – Déclaration de consentement

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur

Prénom Nom

Certifie avoir reçu de façon claire et loyale les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude sur la communication entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

J'accepte un enregistrement audio-phonique de l'entretien qui sera rendu anonyme.

Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un travail de thèse en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en médecine générale qui sera soutenue par Valentine Schade à la faculté de médecine de Strasbourg.

Fait à, le

Signature

Document conservé par le chercheur et l'interrogé

3. ANNEXE 3 - Grille d'entretien médecins généralistes

1/ Quelle est la dernière situation où vous avez eu besoin de recourir à un médecin spécialiste ?

2a/ Comment interagissez vous avec le médecin spécialiste en fonction du degré d'urgence de la situation ?

2b/ Comment vos connaissances sur la spécialité du médecin que vous contactez peuvent-elles influencer votre dialogue avec lui ou elle ?

2c/ Comment faites vous pour prendre contact avec les spécialistes ?

Comment est-ce que votre façon de vous y prendre peut-elle être influencée en fonction du spécialiste ?

2d/ Quand vous prenez contact avec les spécialistes, leur demandez vous comment ils souhaitent être contactés ? Comment le faites vous ?

3/ Dans votre pratique, quelles sont les différences dans vos dialogues et façon d'échanger que vous avez pu relever en fonction de la relation entretenue avec le médecin spécialiste avec qui vous communiquez ?

4/ Pendant vos études, comment des liens éventuels ont-ils pu être créés avec les spécialistes ? Qu'est-ce qui, selon vous, vous a manqué ?

5a/ Disposez-vous d'un secrétariat ou télésecrétariat ?

Quels en sont les bénéfices et les freins dans votre communication avec les médecins spécialistes ?

5b/ Comment gérez vous la présence de cet intermédiaire dans la constitution d'un dialogue efficace avec les médecins spécialistes avec lesquels vous travaillez ?

5c/ Comment interagissez vous avec les médecins spécialistes avec lesquelles une communication directe est possible, c'est-à-dire sans ce tiers ?

5d/ Comment définiriez vous le rôle des secrétaires médicaux dans l'élaboration de votre communication avec les spécialistes ?

6/ La situation inverse (le médecin spécialiste qui souhaite vous contacter) se produit-elle aussi ? Si oui, comment se déroulent les échanges ? Si non, quelles modifications pourraient être faites pour améliorer les échanges et qu'attendez vous d'un contact par le médecin spécialiste ?

7/ En quoi la démographie médicale actuelle peut-elle avoir un impact sur la qualité des échanges entre médecins selon vous ? Et entre les médecins et secrétaires ?

8/ Quelle est la ou quelles sont les dernière(s) situation(s) qui semble(nt) avoir été un échec dans votre dialogue avec le médecin spécialiste? Quelles en ont été les conclusions personnelles tirées ?

4. ANNEXE 4 - Grille d'entretien médecins spécialistes

1/ Quelle est la dernière situation où un médecin généraliste a eu recours à vous ?

2a/ Comment interagissez vous avec le médecin généraliste en fonction du degré d'urgence de la situation ?

2b/ Comment les médecins généralistes vous contactent-ils ?

2c/ Des médecins généralistes vous contactent-ils pour savoir comment vous joindre au mieux ? Si oui, comment s'y prennent-ils ? Si non, comment est-ce que cela pourrait avoir une influence sur votre disponibilité pour eux ?

2d/ Comment les connaissances du médecin généraliste sur votre spécialité peuvent-elles influencer votre dialogue avec lui ou elle ?

3/ Dans votre pratique, quelles sont les différences dans votre façon d'échanger que vous avez pu remarquer en fonction de la relation entretenue avec le médecin généraliste avec qui vous communiquez ?

4/ Pendant vos études, comment avez vous pu créer des liens avec les généralistes ? Qu'est-ce qui selon vous manque peut-être pour optimiser les relations médecins généralistes et spécialistes ?

5a/ Disposez vous d'un secrétariat ou télésecrétariat ?

Quels en sont les bénéfices et les freins dans votre communication avec les médecins généralistes ?

5b/ Les médecins généralistes disposent-ils d'un moyen direct pour vous contacter (sans passer par un tiers) ? Si oui, comment cela se passe-t-il dans votre quotidien, quels sont les échanges ? Si non, comment cela se passe-t-il lorsque les médecins généralistes cherchent à vous contacter ?

5c/ Racontez moi une ou plusieurs situations où un médecin généraliste a essayé de vous contacter directement ou indirectement mais où vous n'étiez pas joignable ?

Quand vous n'êtes pas joignables, quelles en sont les principales raisons ?

6a/ Racontez moi les dernières fois où vous avez contacté un médecin généraliste au sujet d'un patient

6b/ Avez-vous déjà été confrontés à un médecin généraliste qui dispose d'un secrétariat ? Comment cela se passe-t-il ? Comment gérez vous la présence de ce tiers dans la constitution d'un dialogue efficace avec le ou les médecin(s) généraliste(s) ?

7/ En quoi la démographie médicale actuelle peut-elle avoir un impact sur la qualité des échanges entre médecins selon vous ? Et entre les médecins et secrétaires ?

8/ Quelle est la ou quelles sont les dernière(s) situation(s) qui semble(nt) avoir été un échec dans votre dialogue avec le médecin généraliste qui vous a adressé un patient ? Quelles en ont été les conclusions personnelles tirées ?

5. ANNEXE 5 - Grille d'entretien secrétaires médicaux

- 1/ Racontez moi l'une des dernières demandes où un médecin vous a contacté pour un patient
- 2/ Comment définiriez vous votre rôle dans la communication entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes ?
- 3a/ Comment les médecins vous contactent-ils habituellement ?
- 3b/ Comment fonctionnez vous ensuite au cabinet pour faire le lien entre les deux médecins ?
- 4/ Quelle est l'attitude adoptée par le médecin quand il vous appelle ?
- 5a/ Comment faites vous lorsque le médecin n'est pas certain du degré d'urgence de la situation ?
- 5b/ Rencontrez vous parfois des difficultés pour trier les appels des médecins ?
- 6a/ Quelles sont pour vous les situations les plus faciles dans les demandes de médecins et pourquoi ?
- 6b/ Quelles sont pour vous les situations les plus difficiles dans les demandes de médecins et pourquoi ?
- 7/ Est-ce que le médecin vous a déjà fait part de son irritation d'être dérangé et pourquoi ?
- 8/ Selon vous, l'évolution actuelle des conditions de travail a-t-elle un impact sur votre travail et comment ? Comment est-ce que cela influence-t-il sur la qualité des échanges ?
- 9/ Quelles sont les choses qui pourraient être mise en place selon vous pour améliorer le trinôme que vous constituez avec les médecins généralistes et spécialistes ?

6. ANNEXE 6 – Avis favorable du comité d'éthique

COMITE D'ETHIQUE

des Facultés de Médecine, d'Odontologie,
de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de
Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux

Strasbourg, le 29 janvier 2024

Dr Schade et Dr Fraih

HUS

Jean SIBILIA
Doyen

Affaire suivie par
Anne-Marie KASPROWICZ
NHC
Tél. : (33) 03 69 55 08 79
Anne-marie.medina@chru-
strasbourg.fr

Référence : CE-2024-17

Chers collègues

Horaires d'ouverture :
- du lundi au vendredi
de 08h00 à 12h00
de 13h00 à 16h00

Le comité d'éthique vous remercie d'avoir soumis l'étude non interventionnelle intitulée
**«Comment construire une communication efficace et déontologique autour des patients
entre médecins généralistes, spécialistes et secrétaires médicaux ? ».**

Après en avoir délibéré, le comité d'éthique émet un avis favorable à cette étude et
nous restons à votre disposition pour les aspects éthiques et réglementaires.

Pr François Clauss



Faculté de médecine
Secrétariat Général
4, rue Kirschleger
F-67085 Strasbourg Cedex
Tél : (33) 03 68 85 34 98
Fax : (33) 03 68 85 34 24
www-unistra.fr
medecine@adm-ulp.u-strasbg.fr

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom :SCHADE..... Prénom :Valentine.....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Strasbourg....., le 22/01/2024.....

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.