

COMMUNICATION

Les réseaux de soins informels

MOTS CLÉS : MÉDECINS GÉNÉRALISTES. CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES. COMMUNICATION INTERDISCIPLINAIRE

Informal networks of medical care

KEY-WORDS: GENERAL PRACTITIONERS. COMMUNITY HEALTH CENTERS. INTERDISCIPLINARY COMMUNICATION

Rissane OURABAH *

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

RÉSUMÉ

Un médecin généraliste construit autour de lui un réseau informel de soins composé de correspondants spécialistes, de structures d'hospitalisation, d'auxiliaires médico-sociaux. Les déterminants du choix de tous ces correspondants sont la réputation, l'accessibilité géographique et temporelle, la qualité de la communication et du retour d'information, l'absence de concurrence et la collaboration décisionnelle. À ces éléments, il faut ajouter les désirs des patients et la qualité de la relation que ceux-ci nouent avec les correspondants. C'est ce réseau informel, à côté des autres systèmes de structures institutionnalisées, qui fait la qualité et l'originalité d'exercice de chaque praticien.

SUMMARY

A general practitioner builds an informal network of medical care composed of specialists correspondents, hospitalization structures, and medical/social auxiliaries. The key determining factors of all these correspondents are reputation, geographical and timely accessibility, quality of the communication and information feedback, absence of competition and decisional collaboration. Patient's desires and quality of the relationship they build with these correspondents are also very key factors. This informal network, in addition to other institutionalized structures, makes the quality and originality of each physician's practice.

* Professeur émérite de l'Université Paris-Sud. Département de Médecine générale, Faculté de Médecine Paris-Sud, 63 rue Gabriel Péri 94276 Le Kremlin-Bicêtre cedex.

Tirés à part : Professeur Rissane OURABAH, même adresse

Article reçu le 18 avril 2016, accepté le 2 mai 2016

LES RÉSEAUX DE SOINS INFORMELS

Qu'il soit en exercice isolé, en cabinet de groupe ou en centre de santé, le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne a la nécessité de s'entourer d'une équipe de professionnels soignants avec qui il collabore : auxiliaires médicaux, spécialistes d'organe, biologistes, pharmaciens, travailleurs sociaux. Cette notion d'équipe correspond dans son imaginaire au modèle qu'il avait lorsqu'il participait, lors de sa formation initiale, à une équipe hospitalière.

Toutefois cette équipe se construit selon une organisation basée sur un certain nombre de critères qui correspondent à son métier de généraliste (le plus souvent libéral dans notre système de santé) :

- Il a besoin d'une autonomie de décision qui ne soit pas dirigée par les pouvoirs publics ou des structures administratives cherchant à imposer un lien de subordination (même si la pression des organismes de tutelle est de plus en plus prégnante).
- Il a besoin d'une relation de collaboration, donc se faisant sur un mode égalitaire.
- Il a besoin d'un échange avec les autres intervenants qui le sécurise dans ses décisions ou dans les décisions conjointes, et qui le conforte dans les situations de complexité ou d'incertitude.

Et surtout, il a besoin de recenser les compétences pertinentes de chacun des intervenants de l'équipe qu'il a formée autour de lui, pour offrir le meilleur pour le patient.

Les ordonnances de 1996 ont créé les réseaux de santé, le plus souvent thématiques autour d'une pathologie ou d'un type de patient. Ces réseaux institutionnels ont pour vocation de favoriser le parcours de soin du patient, d'établir des références et des protocoles, d'assurer information et formation et de s'évaluer pour juger de leur propre efficacité. Ils naissent le plus souvent à l'instigation d'une collaboration médecin hospitalier/médecin libéral. Même s'ils se déclarent complètement ouverts, dans la majorité des cas, ils intègrent de fait les généralistes qui ont déjà une attirance et une compétence pour la thématique du réseau. Quoi qu'il en soit ils se sont installés dans l'environnement médico-social d'un territoire en complétant l'offre et le parcours de soins et les habitudes des professionnels de santé.

À côté, et bien avant la création des réseaux institutionnels, chaque généraliste avait construit son réseau informel de soins. À cet égard, il est surprenant que certains réseaux institutionnels aient été instaurés sans qu'il n'y ait eu d'étude préalable.

Voici quelques réflexions qui cernent les déterminants de la construction du réseau informel de chaque médecin généraliste. Le support tangible de ce réseau informel est en fait le carnet d'adresses personnel du praticien.

Le choix des correspondants

Tout d'abord, comment se fait l'incrémentation initiale puis dynamique et évolutive de ce carnet d'adresses ? Les informations nominatives des correspondants ont

plusieurs sources : annuaires, carnet d'adresses de ses prédécesseurs, conseils de confrères, réputation locorégionale, échanges au cours de groupes de pairs, retour d'information et de satisfaction des patients...

Le contact personnalisé

Les rencontres de formation médicale continue et d'enseignement post-universitaire sont souvent un lieu d'échanges privilégié. Elles permettent de se connaître, de mettre un visage sur un nom, de conforter une réputation et d'échanger, rendant ainsi la relation plus personnelle. La relation n'est plus simplement technique mais apporte une dimension humaine et personnalisée à ce réseau de correspondants.

L'accessibilité

L'accessibilité des correspondants est un facteur important de décision. C'est à la fois une accessibilité spatiale et temporelle : proximité géographique et temps de transport optimisés, facilité de mise en relation téléphonique ou par les media électroniques, délai court (et parfois instantanés) d'obtention d'un rendez-vous mais aussi de réponse, et dans certains cas accessibilité financière pour le patient...

Le retour de l'information

Le retour de l'information épistolaire (ou par d'autres media) doit être systématique. Dans une étude qualitative en Auvergne les généralistes interviewés signalaient que certaines disciplines avaient peu de propension à ce retour : pédiatrie, ophtalmologie, psychiatrie.

Il doit se faire dans un délai raisonnable. Certains comptes rendus hospitaliers arrivent plusieurs semaines après que le médecin a revu le patient.

La qualité de cette information est un facteur majeur dans le maintien de la relation. Une réponse laconique aura peu de valeur. La justification des décisions ou des soins préconisés est très appréciée ; cette réponse doit être ressentie à chaque fois comme une forme de formation continue.

La réponse précise aux demandes initiales doit être présente dans le document. Ce retour d'information concerne les médecins correspondants, mais aussi les auxiliaires médicaux, pharmaciens, dentistes : cela préside à la fois à la communication mais est aussi un support pour certaines délégations de tâches.

La nécessité d'un rapport déontologique et de confiance

La captation du patient ou sa redirection non consensuelle dans un autre parcours de soins sont vécues de manière douloureuse. Le généraliste initiateur de l'entrée du patient dans le parcours de soin ne doit pas se sentir dépossédé de son engagement et de sa prise de décision. La relation ne doit pas laisser place à un sentiment de concurrence.

L'influence du patient et de son entourage

Le choix, souvent pressant du patient, reste aussi un élément important dans le recours aux autres intervenants : ses motivations et ses désirs, après négociation si besoin, restent primordiaux. À côté de la pression du patient, il existe aussi celles de sa famille et dans certaines situations des aidants.

Ainsi se créent des relations de collaboration avec les divers correspondants qui sont caractérisées par un partage de décision et de responsabilité, une solidarité de prise en charge avec ou sans transfert ou délégation de tâches, un sentiment d'affinité avec parfois des échanges émotionnels reposant sur la confiance accordée. Tous éléments, qui s'ils ont la spécificité de la relation confraternelle médicale, reposent aussi sur des échanges humains.

RÉFÉRENCES

- [1] Séjourné E. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Prat Organ Soins*. 2010;41(4):331-927.
- [2] Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Elsevier Masson SAS, 2008;56S,pp.S197-S206.
- [3] Krikorian L. Le carnet d'adresses du médecin généraliste. Difficultés et besoins, vers un outil en ligne partagé ? Thèse Paris 7, 15 octobre 2013.
- [4] Mizrahi A., Mizrah A. Quelles informations sur les réseaux formels et informels en santé ? Arguments socio-économiques pour la santé, janvier 2012