

Voici un exemple très parlant quant au rôle que peut jouer un-e IPA dans la mise en place de protocoles : un chef de service de diabétologie vient effectuer des RCP à la MSP et à la CPTS. Notre IPA a vu avec lui un patient allophone et diabétique en situation de précarité sociale.

Le diabétologue a alors demandé si l'on pouvait faire de même avec un patient sortant du service mais sans médecin traitant. Des membres de la CPTS ont alors travaillé à un protocole spécifique, visant à établir le fonctionnement suivant : avant la sortie d'un patient du service de diabétologie et en l'absence de médecin traitant désigné, l'IPA contacté-e, recueille les informations nécessaires à la poursuite de la prise en charge.

Il ou elle contacte également les IDEL afin de préparer la sortie, et rencontre le patient rapidement après sa sortie pour une évaluation sociale, gériatrique, clinique et paraclinique.

Puis, dans un deuxième temps, afin de faciliter la recherche d'un médecin traitant, elle coordonne les différents acteurs. Ainsi, les IDEL ne se retrouvent pas seul-es avec un patient sans médecin traitant.

On peut ensuite proposer au médecin qui l'accepte, que la consultation suivante soit réalisée avec l'IPA, pour faciliter le travail de prise en charge de ce nouveau patient (sinon, les informations sont transmises au MT par messagerie sécurisée). Là non plus, le médecin qui accepte ce nouveau patient ne sera pas seul : il peut voir le patient en alternance avec l'IPA.

De fait, il est déchargé du lourd travail de recueil initial d'informations, de coordination avec les IDEL, le SSIAD et l'hôpital de proximité... Des liens de confiance peuvent même s'établir avec les services hospitaliers (des membres de la CPTS ont prévu des échanges sur site avec l'équipe hospitalière signant le protocole et une formation sur l'interprétation de la cétonémie a été réalisée).

## Recommanderais-tu ce mode d'exercice à des consœurs ou confrères ?

C'est évident ! Je crois que le truc, c'est que des IPA vont arriver dans un système dans lequel l'exercice coordonné n'est pas évident. Il serait décevant de ne pas saisir une telle opportunité...

## Si tu devais changer quelque chose ou mettre en garde contre des pièges à éviter ?

Je ne vois pas de piège à proprement parler pour le médecin traitant. La difficulté consiste peut-être à s'approprier le dispositif, notamment s'il n'y a pas de culture de l'exercice coordonné.

Il faut savoir prendre le temps, et dépasser nos barrières psychologiques. Pour que cela fonctionne, le médecin comme l'IPA doivent y trouver leur compte. La coordination est essentielle et pour y parvenir, il faut réussir à dégager du temps. Pour cela, la proximité géographique constitue un plus. Le dispositif doit se coconstruire en fonction des besoins de chaque équipe.

Mon conseil serait de voir le patient à deux, de temps en temps. Je ne pense pas que cela soit prévu au niveau de la nomenclature, mais le retour engendre aussi une excellente expérience. Nous accordons nos violons, cela rassure le patient qui se sent pris en charge par l'équipe et ainsi, nous ne sommes plus isolés !

Une fois encore, et pour conclure, je dirai que ce n'est pas un cadre qui nous a été imposé.

RIEN NE PEUT NI NE  
DOIT SE FAIRE POUR  
NOUS, SANS NOUS.

*Propos recueillis par Dr François-Xavier SCHELCHER,  
pour le Collège des médecins généralistes de l'URPS  
ML Grand Est le 26/05/2023*

**URPSML**  
Médecins Libéraux  
GRAND EST