

**Collaboration entre médecins généralistes et infirmiers
lors du suivi des patients diabétiques de type II
insulino-requérants : situation actuelle et perspectives
d'évolution selon les infirmiers**

Jeanne Husson

► **To cite this version:**

Jeanne Husson. Collaboration entre médecins généralistes et infirmiers lors du suivi des patients diabétiques de type II insulino-requérants : situation actuelle et perspectives d'évolution selon les infirmiers. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01059647

HAL Id: dumas-01059647

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01059647>

Submitted on 1 Sep 2014

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2014

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ETAT)

PAR

Jeanne COTTARD épouse HUSSON

NEE LE 05 AVRIL 1983 A MONT-SAINT-AIGNAN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 AVRIL 2014

**COLLABORATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET INFIRMIERS
LORS DU SUIVI DES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE II INSULINO-
REQUERANTS :**

**SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION SELON LES
INFIRMIERS**

PRESIDENT DU JURY : PROFESSEUR Hervé LEFEBVRE

DIRECTEUR DE THESE : PROFESSEUR Pierre FAINSILBER

MEMBRES DU JURY:

PROFESSEUR Pierre FAINSILBER

PROFESSEUR Jean-Loup HERMIL

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **M. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie

Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHO	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>Surnombre</i>)		CRMPR Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW de la santé	HCH	Epidémiologie, économie
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mme Danièle DEHESDIN (Surnombre)	HCN	Oto-Rhino- Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie

M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie

M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie

Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SERVIN** UFR Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

**HCN - Hôpital Charles Nicolle
GUILLAUME**

**CB - Centre HENRI BECQUEREL
Hospitalier Spécialisé du Rouvray**

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS

CHS - Centre

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Hervé Lefebvre, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse de médecine générale.

Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil, je vous remercie d'accepter de juger mon travail et de vous investir autant dans la formation des internes de médecine générale.

Monsieur le Professeur Pierre Fainsilber, je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie également de m'avoir donné votre confiance pour vous remplacer lors de mon premier remplacement en médecine générale.

Je remercie vivement tous les infirmiers ayant participé à l'étude, pour le temps et l'intérêt que qu'ils y ont consacré.

Je remercie mes « co-thésards », Matthieu et Valérie, pour leur investissement et pour avoir rendu la réalisation de ce travail plus conviviale.

Benjamin, mon mari, je te remercie de ton soutien et de tes encouragements. Ensemble, nous avons réussi à former une très belle famille avec l'arrivée d'Arthur et de Robin et ensemble, nous arrivons à conjuguer notre vie familiale avec nos vies professionnelles prenantes. « Maman dort debout, Papa court partout mais ils sont fous de nous » continue, 3 ans après, de correspondre parfaitement à notre belle vie !

Arthur et Robin, vous avez changé ma vie, vous êtes ma plus grande fierté !

Papa, Maman, je vous remercie pour tout. Vous êtes mes modèles. Même s'il est certain que j'ai réussi à prendre vos défauts respectifs (pauvre Ben !), j'espère avoir réussi à prendre le maximum de vos qualités. Vous m'avez appris les valeurs d'une famille, les valeurs du mérite et du travail. Vous m'avez toujours soutenue, toujours encouragée, parfois bousculée. Je ne serai pas arrivée là sans vous. Merci !

Marie et Rémi, Paul et Laura, merci pour ces week-end familiaux toujours très réussis et très festifs qui permettent de décompresser et de se croire le temps d'un week-end en vacances !

Anne-Marie et Jean-Yves, Aurélie et Bertrand, je vous remercie de m'avoir accueilli si chaleureusement dans votre famille. Chaque moment passé en votre compagnie est un vrai plaisir. Anne-Marie, je vous remercie particulièrement pour votre très grande disponibilité, indispensable dans notre organisation actuelle !

Agathe, je te remercie d'être toujours à l'écoute. Il est toujours agréable de pouvoir partager ses doutes et ses questionnements si facilement avec quelqu'un de si rigoureux et passionné que toi.

Merci aux maîtres de stage de m'avoir fait découvrir la médecine générale. Les stages en ambulatoires ont vraiment été importants pour moi et m'ont rapidement rassuré sur mon choix professionnel.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	19
2. CONTEXTE.....	21
2.1. La maladie diabétique	21
2.2. Epidémiologie du diabète de type II.....	22
2.3. La démographie médicale et paramédicale	23
2.4. Le coût de la maladie diabétique	24
2.5. L'inter professionnalité MG-IDE à l'étranger	25
2.5.1. L'évolution du rôle propre de l'IDE	25
2.5.2. Les structures de soins pluridisciplinaires	27
2.6. L'inter professionnalité MG-IDE en France	28
3. METHODE	30
3.1. Type de méthode	30
3.2. Type d'entretiens	30
3.3. Outils	31
3.4. Sélection des participants	31
3.5. Réalisation des entretiens	32
3.6. Retranscription des entretiens.....	32
3.7. Analyse des données	33
3.8. Coût	33
4. RESULTATS.....	34
4.1. Caractéristiques socio démographiques des IDE interrogés.....	34
4.2. La communication actuelle IDE-MG	35
4.2.1. La fréquence des contacts.....	35
4.2.2. Les facteurs favorisant les contacts.....	35
4.2.3. Les facteurs limitant les contacts	36
4.2.4. Les moyens de communication	36
4.2.5. Les motifs des contacts	39
4.3. Le rôle des IDE	41
4.3.1. L'adaptation des doses.....	41
4.3.2. L'éducation thérapeutique du patient	42

4.3.3.	L'exécution de la prescription	43
4.3.4.	La réassurance des patients	43
4.3.5.	L'orientation des patients	44
4.4.	La collaboration IDE-MG.....	45
4.4.1.	Les facteurs favorisant la collaboration	45
4.4.2.	Les facteurs limitant la collaboration	46
4.4.3.	L'état actuel de la collaboration IDE-MG	49
4.4.4.	Les évolutions possibles	51
5.	DISCUSSION	54
5.1.	Comparaison avec les résultats de l'étude concernant les MG	54
5.1.1.	La collaboration actuelle	54
5.1.2.	Les propositions d'évolution	55
5.2.	Comparaison avec les résultats de l'étude concernant les patients.....	57
5.2.1.	La collaboration actuelle	57
5.2.2.	Les propositions d'évolution	58
5.3.	Comparaison avec la littérature	58
5.3.1.	La collaboration actuelle	58
5.3.2.	Les propositions d'évolution	63
5.4.	Discussion de la méthode.....	68
5.4.1.	Choix de l'échantillon	68
5.4.2.	Biais de l'étude	68
6.	CONCLUSION	70
7.	ABREVIATIONS ET SIGLES UTILISES.....	72
8.	BIBLIOGRAPHIE.....	73

1. INTRODUCTION

La collaboration inter professionnelle se définit par : « un processus de communication et de prise de décision qui favorise la synergie entre les connaissances et les compétences spécifiques et communes de différents professionnels de la santé afin d'influer sur les soins offerts au patient. » (1)

En France, le contexte démographique actuel, avec une baisse de la densité médicale et une hausse de la densité paramédicale concernant les infirmiers, associé à une augmentation de la population, amène à envisager la collaboration entre médecins généralistes et infirmiers libéraux non seulement comme facteur d'amélioration de la prise en charge des patients mais également comme facteur de maintien de l'accès aux soins.

Les pathologies prises en charge de façon commune par ces 2 professionnels étant multiples, nous avons décidé de nous concentrer sur la prise en charge d'une pathologie chronique fréquente, le diabète de type 2 insulino-requérant.

En 2009, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement a été estimée à 4,4 % de la population résidant en France, soit 2,7 millions de personnes. 16% des patients diabétiques de type 2 sont insulino-requérant. L'augmentation de la prévalence du diabète risque de se poursuivre en raison du vieillissement de la population, de l'allongement de la durée de vie et de l'augmentation de la fréquence de l'obésité. (2)

La prise en charge du diabète de type 2 insulino-requérant est multidisciplinaire, associant au minimum le médecin généraliste et l'infirmier, souvent associés au diabétologue et parfois au diététicien. En 2011, les objectifs requis par la loi du 9 Août 2004, qui sont d'assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique pour 80% des patients diabétiques et de réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète, ne sont toujours pas remplis (3). Les hospitalisations et les prises en charge des complications n'ont pas baissé (4).

La collaboration MG-IDE actuelle concernant la prise en charge des patients diabétiques de type 2 insulino-requérant est-elle satisfaisante ? Comment l'optimiser ?

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude qualitative nous permettant de recevoir les opinions des infirmiers libéraux sur cette collaboration et sur les évolutions possibles.

Cette étude a été réalisée dans le même temps que 2 autres études portant sur le même sujet mais analysant, pour l'un, le point de vue des médecins généralistes, et pour l'autre, celui des patients.

Nous allons dans un premier temps faire ressortir de manière concrète les qualités et défauts de cette collaboration du point de vue des infirmiers puis analyser leurs désirs d'évolution.

Dans un second temps, nous allons confronter les résultats aux 2 autres études citées ci-dessus afin d'avoir une vision globale plus objective de la collaboration MG-IDE actuelle dans le cadre de la prise en charge du patient diabétique de type II insulino-requérant et de comparer les désirs d'évolution des différents protagonistes.

2. CONTEXTE

2.1. La maladie diabétique

Le diabète de type II se définit par une hyperglycémie chronique. Le diagnostic du diabète de type II est biologique et l'OMS le définit par l'existence de 2 glycémies à jeun supérieures ou égales à 1.26g/L ou à l'existence d'une glycémie supérieure à 2g/L associée à des signes cliniques d'hyperglycémie.

Sur le plan physiopathologique le diabète de type II est secondaire à une insulino-résistance associée à une insulino-pénie relative. Cette insulino-pénie, évoluant tout au long de la maladie, peut aboutir à une insulino-requérance (5).

Selon le collège des enseignants d'endocrinologie (5), les indications à la mise en route d'une insulinothérapie sont :

- l'existence de signes cliniques d'insulinorequérance (amaigrissement, asthénie, amyotrophie)
- l'échec du traitement oral (lorsque l'HbA1c reste supérieure à 8 % malgré un traitement oral maximal)
- l'existence d'une contre-indication aux hypoglycémifiants oraux
- Dans certaines situations transitoires : infectieuses, chirurgicales, complications aiguës, grossesse.

La prise en charge du patient diabétique de type II est multidisciplinaire. Elle demande l'intervention de différents professionnels de santé que sont les MG, les spécialistes

(Endocrinologues, Ophtalmologue, Cardiologue, Néphrologues), les IDE (bilan biologiques réguliers, gestion et surveillance de l'insulinothérapie pour certains patients) plus ou moins associés aux pédicures et aux diététiciens.

Dans les nouvelles recommandations HAS concernant le diabète de type II, les objectifs de l'HbA1c ne sont plus fixes pour toute la population mais sont adaptés à chaque patient, en fonction de leurs antécédents cardio-vasculaires, de leur âge, de leur tolérance vis-à-vis du traitement anti-diabétique. (6)

Le temps d'éducation thérapeutique est indispensable à la prise en charge du patient diabétique. Le contrôle des règles hygiéno-diététiques fait partie intégrante du traitement du diabète avec des conseils diététiques et des conseils sur l'activité physique adaptés à chaque patient. La compréhension de la pathologie permet également une meilleure compliance au traitement et permet aux patients de conserver leur autonomie lors du passage au traitement par insuline.

Cette mission peut dépendre du médecin généraliste et/ou des infirmiers.

2.2. Epidémiologie du diabète de type II

Compte tenu du vieillissement de la population, de l'augmentation de l'espérance de vie des patients diabétiques, de l'augmentation de facteurs de risques tels que l'obésité et la sédentarité et de l'augmentation du dépistage du diabète de type II, la prévalence du diabète de type II est en progression.

En 2011, le seuil des 3 millions de personnes traitées pour diabète a été franchi, soit une prévalence de 4,6 % de la population française. (7)

Entre 2010 et 2011 la croissance en terme de nombre de personnes traitées pour le diabète s'élève à + 3,8%. 16% des patients de plus de 65 ans sont diabétiques. (8)

La moyenne d'âge des personnes diabétiques est de 65 ans et un quart d'entre elles sont âgées de 75 ans ou plus. Le vieillissement de la population française et l'allongement de la durée de vie du patient diabétique auront pour conséquence une augmentation du nombre de personnes

diabétiques âgées (7) avec une augmentation de patients âgés insulino-requérants, compte tenu de l'augmentation de durée d'évolution de la maladie diabétique.

Les MG suivent seuls, sans recours au diabétologue, 87 % de ces patients. Ils ont donc une place centrale dans la prise en charge du patient diabétique de type II et ont un rôle de coordonateurs du parcours de soins, entre paramédicaux et spécialistes. (2)

2.3.La démographie médicale et paramédicale

La démographie médicale prévoit une baisse des médecins généralistes jusqu'en 2018 (-5,52% soit une diminution de 8990 médecins de 2007 à 2018, pour atteindre un nombre estimé de médecins généralistes de 87899 en 2018) (9).

Cette baisse de nombre est en partie secondaire au vieillissement de la population médicale. En effet, en 2013, l'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans.

En 2013, la densité médicale, en ce qui concerne la médecine générale, de la seime maritime est de 132.8 médecins généralistes pour 100000 habitants et celle de l'Eure est de 101,2/100000, pour une moyenne nationale de 138.6/100000.

A contrario, l'évolution du nombre d'infirmiers libéraux est en hausse depuis 1995 avec une accélération à partir de 2005 (+ 4.6 % par an). Cette augmentation est secondaire à une augmentation du nombre de diplômés, mais aussi au choix de l'installation en libéral plus fréquent associé à des cessations d'activités libérales plus tardives. Les infirmiers libéraux sont plus de 70 000 en 2012 et représentent 12 % des effectifs totaux d'infirmiers (libéraux et salariés). (8)

2.4. Le coût de la maladie diabétique

L'ensemble des remboursements de soins pour des personnes traitées pour le diabète était de 17,7 milliards d'euros en 2010 dont 2,5 milliards d'euros pour les coûts directement liés à la prise en charge du diabète et à la prévention des complications et 4,2 milliards d'euros pour les coûts de traitement des complications du diabète. Le reste des coûts étant dus à l'âge et aux comorbidités présentées par les patients diabétiques. (10)

Dans le texte de Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2014 (8), nous retrouvons le montant des dépenses actuelles de santé concernant la maladie diabétique avec plus de détails sur les coûts des soins infirmiers.

En 2011, 7,5 milliards d'euros ont été dépensé pour la prise en charge du diabète. L'accélération de la croissance du nombre de patients diabétiques traités (+ 3.8% entre 2010 et 2011) correspond à une majoration des dépenses de 3.4%. Une partie de ces dépenses correspond aux soins infirmiers : 1.3 milliards en 2011.

Les soins infirmiers se divisent en 2 types d'actes : actes AMI (Actes Médico-Infirmiers) qui sont des actes techniques et actes AIS (Actes Infirmiers de Soins) qui sont des soins associés à des actes d'aide pour personne dépendante.

Les patients sous insuline et non autonomes dans leur traitement sont les patients qui recourent le plus aux soins infirmiers. En effet un infirmier peut délivrer jusqu'à 6 actes AMI par jour pour un patient diabétique : administration d'insuline plusieurs fois par jour associée à un forfait de surveillance pour chaque injection. Cela est responsable d'un cout moyen annuel de 12000 euros par patient.

Cette nécessité de soins infirmiers peut être justifiée par les caractéristiques mêmes des patients traités par insuline, souvent âgés et atteints de plusieurs pathologies. En effet, le taux de recours aux soins infirmiers (toute pathologie confondue) augmente avec l'âge : la part des patients ayant eu des soins infirmiers est de 13 % avant 60 ans, de 32 % après 60 ans, de plus de 60 % au-delà de 80 ans. Dans ces situations, cette prise en charge peut favoriser le maintien à domicile.

Néanmoins le rapport note des disparités importantes de recours aux soins infirmiers selon les régions. « Parmi les patients diabétiques qui sont traités par insuline, la proportion de ceux dont l'insuline est administrée par une infirmière libérale varie de 7,5 % à 53 % selon les départements ». Ce constat amène à penser que de nombreux patients pourraient être autonomisés vis-à-vis de leurs injections d'insuline.

2.5.L'inter professionnalité MG-IDE à l'étranger

Dans de nombreux pays, l'organisation des soins s'est adaptée à la demande croissante des soins associée à une baisse de la densité médicale. L'interprofessionnalité MG-IDE est une réponse à la pénurie médicale. Deux évolutions permettent de la favoriser : l'évolution du rôle propre de l'infirmier libéral et l'association des médecins généralistes et des infirmiers au sein de structures de soins pluridisciplinaires.

L'objectif est d'optimiser les soins et d'améliorer l'accès aux soins.

2.5.1. L'évolution du rôle propre de l'IDE

L'IDE a, dans de nombreux pays, vu ses fonctions et son autonomie se modifier afin de pallier au manque de médecins généralistes. Cela a été rendu possible par une réorganisation de la formation des infirmiers mais aussi par une réorganisation des soins. Ces changements se font selon l'état actuel de la densité médicale de chaque pays et on note qu'en Allemagne tout comme en Italie, où la densité médicale reste assez élevée comparativement à d'autres pays, les infirmiers ont des rôles limités et sont peu autonomes alors qu'au Royaume-Uni et au Canada, où les densités médicales sont plus faibles, leurs rôles sont plus vastes. (11)

- Les Etats Unis ont été les précurseurs dans la spécialisation des IDE dès 1965. En 2010, le pays compte 135000 « Nurses practitioners (NP)» et compte 600 millions de

consultations de NP par an. Elles permettent de palier à la pénurie médicale grâce à l'extension de leurs rôles : prise en charge globale du patient, éducation thérapeutique mais aussi prescription d'examens complémentaires, diagnostics et traitements de pathologies chroniques (12). Elles permettent également au système de soins américain de faire des économies car elles engendrent moins de coûts. C'est initialement dans ce but que cette nouvelle fonction avait été créée (13).

- Au Canada, les infirmiers ont vu leurs missions s'élargir à partir de 2003. Cette évolution a été rendue possible par une modification de leur formation qui leur permet de se spécialiser en validant, en plus de leur maîtrise en sciences infirmières, un diplôme complémentaire en sciences médicales. Les « infirmières praticiennes spécialisées » (IPS) sont formées pour les soins spécialisés dans 5 spécialités : en néonatalogie, en néphrologie, en cardiologie et, depuis 2007 en soins de première ligne.

Cette délégation des tâches a été légiférée en 2003 mais pose le problème de sa gestion différente selon les provinces. En effet chaque province a son propre cadre législatif réglementant l'exercice des infirmières praticiennes, ce qui entraîne des disparités inter-provinces en termes d'autonomie. (14)

Les IPS en soins de première ligne sont aptes à gérer les problèmes de santé courants, le suivi de maladie chronique stable, les activités de promotion de santé et de prévention et le suivi de grossesse normale. En ambulatoire, elles exercent au sein de structures telles que les CLSC (Centre Local de Services Communautaires, dont la mission est d'offrir des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion à la population du territoire concerné (15)) ou les GMF (Groupe de Médecins de famille (16)) ou de manière isolée dans les régions isolées sous réserve d'attestation de formation supplémentaire. (17)

- Au Royaume-Uni, la densité médicale est très faible (0.82 médecin pour 1000 habitants en 2012 (18)) et la délégation de certaines tâches médicales aux IDE a permis de maintenir un accès aux soins satisfaisant aux patients. Ces infirmières ont

également le titre d'infirmière clinicienne ou praticienne et effectuent des actes médicaux encadrés par des protocoles. L'infirmière praticienne en première ligne peut diagnostiquer, prescrire et traiter des problèmes de santé courants (11) et suivre des patients atteints de maladies chroniques (13).

- En Australie, le titre d'infirmière « praticienne » a également été créé mais n'existe pas dans tous les états. Il permet aux infirmières de prescrire certains médicaments (11).

- En Nouvelle-Zélande, depuis 2000, l'infirmière praticienne prescrit et interprète des tests diagnostics et elle pose des diagnostics différentiels. Elle peut décider de prescrire ou non, ce qui demande une formation complémentaire reconnue par le Nursing Council et une inscription au « Nurse Prescriber Register » (11)

2.5.2. Les structures de soins pluridisciplinaires

Une autre évolution permet de majorer la collaboration MG-IDE en la facilitant : la création de structures de santé pluridisciplinaires. Dans certains pays, la proportion de médecins travaillant en groupe est très élevée : 97 % en Suède et en Finlande, 92 % au Royaume Uni, 90% au Québec (19).

- En Suède et en Finlande : Les centres de santé sont gérés et financés par les collectivités locales et les médecins sont salariés ou rémunérés à la capitation. Les centres sont pluridisciplinaires et sont les pivots du système de santé.

- Au Québec, 6 médecins sur 7 exercent en groupe d'en moyenne 5 MG. La plupart des groupes sont privés. 20% exercent au sein de CLSC (Centres Locaux de Soins

Communautaires) qui sont des structures publiques (19).

Différents cabinets de groupe privés existent dont le Groupe de Médecine de Famille (GMF) qui est un groupe multidisciplinaire comprenant des MG, des infirmiers, plus ou moins associés à des nutritionnistes et des travailleurs sociaux. Au sein des GMF, le dossier médical est partagé entre tous les professionnels du groupement. Un formulaire doit être signé par chaque patient pour donner l'autorisation de ce partage de dossier médical (20). Cette situation est favorisée par la reconnaissance financière de plusieurs missions (travail en interdisciplinarité, élaboration de plans de soins, appel des patients pour le suivi,...) et par un financement de l'outil informatique, du personnel administratif et du personnel infirmier par le MSSS (Ministère de la santé et des services sociaux) (21)

- Au Royaume-Uni, seuls 8% des médecins exercent seuls. La plupart exercent au sein de cabinets de groupe composés en moyenne de 4.8 MG et d'un infirmier (19). Il existe une incitation financière à l'installation en groupe et au recrutement des infirmières.

2.6.L'inter professionnalité MG-IDE en France

En France, l'infirmier peut se spécialiser : puériculture, anesthésie, bloc opératoire et cadre de santé, mais ces spécialisations ne concernent que le secteur hospitalier. En ce qui concerne les soins primaires, il n'existe pas de spécialisation possible des infirmiers leur permettant d'obtenir une plus grande autonomie.

L'évolution du système de soins français en réponse à la diminution de la densité médicale est plutôt d'origine structurelle avec la création de maisons médicales. Cette évolution permet à la fois d'améliorer l'offre de soins pour le patient et les conditions de travail pour le professionnel.

Dans le Baromètre Santé Médecins généralistes 2009 qui analyse l'évolution des comportements des médecins généralistes (22), une étude porte sur l'exercice de groupe. L'activité en groupe des médecins généralistes en France est en constante augmentation depuis plus de 20 ans et est passée de 43% en 1998 à 54% en 2009. Cette augmentation est surtout marquée chez les médecins les plus jeunes de moins de 40 ans. En revanche, seul 1/4 des médecins généralistes exerçant au sein de groupes le fait dans des structures pluridisciplinaires associant professionnels médicaux et paramédicaux, et près de la moitié des groupes médicaux ne compte que 2 médecins généralistes. Ce chiffre devrait évoluer en raison de l'installation des jeunes médecins préférentiellement au sein de groupes plus importants.

En effet, l'exercice de groupe est encouragé par diverses mesures : création du statut de collaborateur libéral, incitation financière à la pratique de groupe en zone de densité médicale faible, expérimentation de nouveaux modes de rémunération, définitions des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires.

La définition d'une maison de santé est donnée par le Code de la Santé Publique (23) :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens [...] et (elles) peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent ».

3. METHODE

3.1. Type de méthode

Le choix de la méthode a été déterminant pour la réalisation de notre thèse. La méthode qualitative nous est apparue la plus appropriée pour répondre à notre sujet. Selon sa définition propre, la méthode qualitative consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative, qui permet de répondre aux questions « pourquoi » et « comment ». Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux (24).

Dans le même temps, 2 autres thèses ont été réalisées sur le thème de la collaboration MG-IDE dans le cadre de la prise en charge du patient diabétique de type II insulino-requérant. L'une analysant le point de vue des médecins généralistes et l'autre, le point de vue des patients.

Le recoupement des données recueillies nous a permis d'obtenir une vision assez précise de la « réalité » sur le terrain et des attentes de chacun pour améliorer la collaboration MG-IDE.

3.2. Type d'entretiens

Il a été choisi pour le recueil des données de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés qui permettent aux sujets interrogés de s'exprimer librement tout en répondant à notre sujet (25). Ce type d'entretien a été choisi dans le but d'obtenir des informations sur la situation actuelle ressentie par les infirmiers et leurs désirs d'évolution sans les influencer par des questions fermées.

3.3. Outils

Pour la réalisation des entretiens, un guide d'entretien a été nécessaire afin d'éviter les « hors-sujets » et de guider les infirmiers vers des thèmes importants. Un guide d'entretien semi structuré avec des questions ouvertes a permis de laisser libre parole aux personnes interrogées tout en restant dans le thème recherché. Quelques questions fermées permettaient au chercheur d'orienter la personne interrogée sur certains thèmes non évoqués spontanément. Les personnes interrogées ont donc eu la possibilité de répondre avec la plus grande liberté.

3.4. Sélection des participants

La sélection des participants à l'étude permet de diversifier les données. L'objectif est d'inclure des personnes aux caractéristiques sociales, démographiques, intellectuelles, professionnelles différentes.

Les infirmiers ont été contactés par téléphone. L'entretien téléphonique court permettait au chercheur de se présenter et de présenter le thème de la thèse. Au terme de cette présentation succincte, un rendez-vous était fixé pour un entretien individuel. Dix-sept infirmiers ont été contactés, neuf ont accepté. Deux infirmières contactées ont été accompagnées par leurs associées lors de l'entretien, à la demande de ces dernières en raison de leur intérêt porté au sujet de l'étude. Lorsque les infirmiers ont répondu directement à l'appel, 1 seul a refusé. Lorsqu'un message a été laissé sur leur répondeur, 2 seulement ont par la suite répondu favorablement.

La sélection faite initialement était essentiellement démographique. L'objectif était d'avoir au moins dans l'échantillon interrogé :

- Un IDE récemment installé en libéral / un IDE installé de longue date en libérale
- Un IDE ayant exercé en diabétologie dans un service hospitalier / un IDE sans formation spécifique sur le diabète
- Un IDE exerçant en milieu rural / un IDE exerçant en milieu urbain
- Une IDE femme / un IDE homme,

- Un IDE travaillant en groupe mono disciplinaire / un IDE travaillant en groupe pluridisciplinaire.

3.5. Réalisation des entretiens

Les entretiens des infirmiers ont été faits en face à face au cabinet des professionnels excepté un qui a été réalisé à son domicile, selon ses souhaits. Deux entretiens ont été réalisés avec plusieurs professionnels du même cabinet, à la demande de ces derniers (3 IDE sur un cabinet de 4 pour l'entretien n°4 et 2 IDE sur un cabinet de 3 pour l'entretien n°9).

Chaque entretien a été enregistré dans son intégralité à l'aide d'un dictaphone, après avoir obtenu l'autorisation du professionnel interrogé. Les entretiens ont été réalisés entre Juin 2012 et Juin 2013.

Le nombre d'entretiens n'a pas été établi au début de l'étude mais au fur et à mesure de l'avancée de l'étude, il a été déterminé par la saturation des données. 9 entretiens ont été réalisés pour interroger un total de 12 infirmiers. Les entretiens sont nommés par la formule E1 à E9 par ordre chronologique de réalisation.

3.6. Retranscription des entretiens

Chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité sous le logiciel Microsoft Word. Ils ont été anonymisés : les noms des infirmiers interrogés, des médecins ou des patients cités ont été retirés. Le nom de la ville d'exercice a également été retiré en le classant dans une catégorie : zone urbaine, rurale ou semi-rurale.

3.7. Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel de codage N'vivo. Chaque entretien a été analysé et codé. Les thèmes ressortant de cette analyse ont ensuite permis de cartographier la situation actuelle. Les études portant sur le point de vue des MG et sur le point de vue des patients ont été analysées dans le même temps. Les résultats ont été comparés puis une triangulation des données a été réalisée afin d'obtenir la réponse la plus objective et concrète possible à la question posée en début de travail.

3.8. Coût

Aucune subvention n'a été requise pour réaliser cette étude. Les coûts se sont limités aux frais de déplacements vers les différents cabinets et à l'achat du logiciel N Vivo.

4. RESULTATS

4.1. Caractéristiques socio démographiques des IDE interrogés

- Répartition par sexe : deux hommes et dix femmes
- Age médian de 49 ans (s'échelonnant de 28 à 63 ans)
- Leur ancienneté d'installation en cabinet libéral s'étend de 1 mois à 32 ans.
- Tous exercent en groupe :

Les groupes mono disciplinaires sont composés de 2 IDE pour les entretiens n°5, n°6 et n°7, de 3 IDE pour les entretiens n°1 et n°2, et de 4 IDE pour les entretiens n°3 et n°4.

Les groupes pluridisciplinaires sont composés de 3 MG et 2 IDE pour l'entretien n°8 et de 3 IDE, 3 MG, 3 dermatologues, 1 pneumologue et 1 rhumatologue, 1 diététicienne et 1 médecin du travail, un dentiste et un kinésithérapeute pour l'entretien n°9.

A noter que pour les infirmières interrogées dans l'entretien n°4, leur cabinet a longtemps été à proximité immédiate (au sein de la même cour) du cabinet des MG qui ont changé de locaux récemment.

- Tous exercent en Haute Normandie : 6 en milieu urbain, 4 en milieu semi rural et 2 en milieu rural.
- 1 infirmière a travaillé plusieurs années dans un service de diabétologie, 5 infirmiers disent avoir participé à une formation continue de diabétologie.
- Les patients diabétiques représentent de 0 à 70% de leur activité.

4.2. La communication actuelle IDE-MG

4.2.1. La fréquence des contacts

La fréquence des contacts entre les médecins généralistes et les infirmiers est très variable et va de l'absence totale de contact à un contact quotidien.

« Je ne communique pas du tout. » (E6)

« En contact direct quotidiennement » (E4, IDE 1)

4.2.2. Les facteurs favorisant les contacts

- La proximité géographique a un impact direct sur la fréquence des contacts et amène certaines infirmières à parler de « maison médicale » alors même qu'elles n'appartenaient pas à la même structure de soins que les médecins généralistes.

« IDE 2 : on a travaillé avec eux pendant 25 ans ils étaient installés en face de notre cabinet, ils viennent de déménager, on mange de temps en temps ensemble. »

IDE 1 : on était une maison médicale, en contact direct quotidiennement » (E4)

- La structure de soins pluridisciplinaire semble être facilitateur de contact puisque les 2 seules infirmières estimant leurs contacts actuels avec les médecins généralistes fréquents exercent au sein d'une structure de soin pluridisciplinaire.

« Avec un des médecins, de temps en temps, on fait des entretiens et on fait le point sur des patients à lui qu'on suit [...] Moi je l'appelle souvent » (E9, J)

4.2.3. Les facteurs limitant les contacts

- Une mauvaise entente humaine peut être responsable d'une absence de contact entre les médecins généralistes et les infirmiers.

« Je ne communique pas du tout. On les appelle au début quand on ne les connaît pas puis on voit comment on est reçu. » (E6)

- Le statut d'infirmier remplaçant limite les contacts avec les médecins généralistes par le fait de changer régulièrement de lieu d'exercice et de ne pas connaître les médecins avec lesquels travaillaient les infirmiers remplacés.

« J'ai travaillé dans d'autres cabinets, en tant que remplaçant, donc c'est pareil, j'avais pas de rapports avec les médecins généralistes [...] moi j'applique les consignes de mes patronnes, puisque moi, je n'ai pas de contact avec les médecins. » (E8)

4.2.4. Les moyens de communication

Différents moyens de communication sont utilisés par les infirmiers pour communiquer avec les médecins généralistes. Ces différents moyens de communication semblent suffire aux infirmiers qui ne souhaitent pas voir de nouveaux modes de communication se développer.

« S : Les moyens utilisés sont suffisants, il ne faut pas multiplier les supports sinon, on s'en sort plus. » (E9)

- Parmi ces moyens de communication, l'outil le plus fréquemment utilisé est le téléphone. Tous l'utilisent, soit via le secrétariat téléphonique des cabinets médicaux, soit sans intermédiaire par la ligne directe ou le téléphone portable des médecins. Certains utilisent également le système de SMS.

« IDE 3 : On a leur numéro de téléphone portable, moi j'envoie des SMS.

IDE 2 : Sinon on les appelle on a aussi leur numéro de ligne directe dans leur bureau.

IDE 1 : On les contacte relativement facilement.

IDE 3 : Pour des médecins avec qui on travaille moins, quand on appelle leur secrétariat, on nous les passe relativement facilement » (E4)

- Le contact direct avec les médecins généralistes est aussi souvent cité par les infirmiers interrogés. La plupart se déroulent au cabinet du médecin mais il peut également avoir lieu à l'extérieur.

« On passe aussi directement au cabinet. C'est plus sympa, on ne le fait pas tout le temps, mais pour des cas particuliers. » (E5)

« On mange de temps en temps ensemble » (IDE n°2, E4)

- Le contact écrit est très utilisé par les infirmiers en particulier, dans le suivi du patient diabétique, avec l'utilisation du carnet de surveillance glycémique.

« En général, je demande quand il doit voir le médecin et je mets un petit mot dans le carnet. C'est le plus simple et en même temps ça ne dérange personne. [...] L'avantage du carnet c'est qu'ils l'emmènent partout, ça marche plutôt pas mal. » (E5)

Le courrier, déposé dans la boîte aux lettres ou laissé au domicile du patient est également très utilisé.

« Le carnet de glycémie est uniquement utilisé pour sa fonction. Si besoin, je préfère laisser un mot séparé au médecin pour la visite. » (E8)

Ce mode de communication est utilisé afin de ne pas déranger les médecins lorsque la situation ne concerne pas une urgence.

« C'est le plus simple et en même temps ça ne dérange personne. » (E5)

Il est également utilisé lorsque la communication directe ou téléphonique n'est pas souhaitée par l'infirmier.

« Parfois je mets des mots écrits dans la boîte aux lettres des médecins. On peut les joindre mais ça dépend comment on est reçu. » (E6)

Le courriel est également évoqué mais dans une moindre mesure.

« Le mail très peu, il n'y a pas beaucoup de médecins qui l'utilisent. La nouvelle génération oui, mais encore c'est pas dans les mœurs. » (E5)

- Le patient est également souvent utilisé comme intermédiaire dans la communication médecins-infirmiers. Il peut permettre de transmettre des informations aux médecins de la part des infirmières ou des consignes aux infirmières de la part de médecins.

« Quand on fait des éducations, là on passe par le patient pour informer le médecin, parce que ça dure un mois et que les gens sont amenés à voir leur médecin, et qu'ils sont un peu plus jeunes quand même » (IDE2, E4)

Des réserves sur ce mode de communication ont été émises quant au risque de déformation des propos.

« Ils ne retranscrivent pas les choses correctement, c'est le grand danger, je l'ai appris à mes dépens. Ils ne comprennent pas tous les termes. » (E3)

« Les consignes on en tient compte, si ça nous semble bizarre on va voir le toubib et puis c'est tout. » (E1)

4.2.5. Les motifs des contacts

Les motifs de contacts évoqués concernent pour la plupart le patient mais également les problèmes administratifs.

- Lorsque le diabète est déséquilibré (soit à l'initiation du traitement par insuline, soit causé par un événement intercurrent aigu), les infirmiers contactent facilement les médecins généralistes pour les en informer et/ou leur demander des consignes de prise en charge.

« On n'a pas trop besoin de communication avec le médecin généraliste à propos du diabète, sauf quand il n'est pas équilibré. » (E5)

Certains doivent appeler systématiquement le médecin traitant en cas de nécessité de modification posologique de l'insuline.

« Et on a un autre (médecin) avec lequel on ne peut pas trop. Si on veut changer il faut qu'on porte régulièrement le carnet au médecin pour qu'il gère. » (E2)

Mais en grande majorité parmi les infirmiers interrogés, lorsque le diabète est bien équilibré, l'adaptation quotidienne des doses d'insuline est de leur ressort.

« On est assez autonome, par rapport à l'insuline, à l'augmentation ou à la diminution. Ils nous laissent gérer. » (IDE3, E4)

- Lorsque l'infirmier se trouve devant une situation qui dépasse ses compétences, en cas de complication aiguë, il a alors besoin d'un avis médical.

« [Quand avez-vous besoin de collaborer avec le MG ?] Ça peut arriver au début de la prise en charge. Après on connaît notre client. Si vraiment on a des problèmes, on l'appelle. » (E6)

- Le contact n'est pas toujours la résultante d'une difficulté rencontrée dans la prise en charge du patient. Faire le point avec les médecins généralistes sur les besoins de prescription, sur la prise en charge du patient, sur le traitement actuel et sa tolérance, sont aussi des motifs de contacts évoqués.

« Ca permet de faire le point, combien de patients on a à lui, lesquels, est ce que ça se passe bien, avez-vous besoin de quelque chose, est ce qu'il y a des problèmes avec le traitement ? [...] Avec lui on collabore. » (J, E9)

- Parfois les consignes ne paraissent pas claires ou demandent des explications. Les infirmiers préfèrent dans ce cas avoir une confirmation de ces prescriptions.

« Les consignes on en tient compte, si ça nous semble bizarre on va voir le toubib et puis c'est tout. » (E1)

« J'ai eu un médecin qui me demandait de baisser les doses chez une patiente qui avait de la fièvre, je l'ai appelé car je n'étais pas d'accord. » (E3)

- L'administratif reste un motif de contact important. Le renouvellement d'ordonnances de soins infirmiers et dans une moindre mesure, la régularisation d'ordonnance suite à des bilans faits par l'infirmier sans en avoir référé au préalable au médecin.

« Généralement quand on les sollicite [...] ils répondent à nos questions, ils nous font les ordonnances qu'il faut » (E7)

« En cas de déséquilibre prolongé, on fait faire l'ECBU et on fait réguler ensuite par le médecin. » (E3)

4.3. Le rôle des IDE

4.3.1. L'adaptation des doses

Tous les infirmiers interrogés disent savoir adapter les doses. Néanmoins, parfois, le médecin refuse de laisser l'autonomie aux infirmiers pour adapter les doses.

« Non, le médecin ne voulait pas qu'on touche aux doses. Moi j'avais modifié une dose mais mon collègue m'a dit que c'était une des consignes du médecin de ne pas toucher aux doses. Il voulait que les doses restent fixes. » (E8)

Une infirmière évoque les problèmes de responsabilité liés à l'adaptation d'insuline, qui peut relever de leur fonction, mais uniquement sous couvert d'un protocole

« Augmenter l'insuline je ne suis pas sûre que ce soit vraiment de notre rôle propre [...] Un protocole apaise les choses » (S, E9)

La peur de l'hypoglycémie est un frein à l'adaptation des doses. En effet devant des glycémies trop élevées certains infirmiers disent moins souvent modifier les doses que devant des glycémies trop basses.

« Moi je crains beaucoup plus les hypo que les hyper. Les hypo peuvent avoir des répercussions, vous le savez aussi bien moi, très importantes... » (E1)

*« IDE 2 : Mr ** a pris un croissant ce matin et ce midi il a 3g, c'est normal on est bien ! » (IDE2, E4)*

4.3.2. L'éducation thérapeutique du patient

Le passage quotidien des infirmiers au domicile des patients permet aux infirmiers de bien connaître les habitudes de vie de leurs patients : leurs activités physiques, leurs habitudes alimentaires et leur niveau de compréhension.

« En y allant tous les jours on voit comment les personnes s'alimentent comment elles se comportent ce qu'elles font dans la journée et tout. » (E1)

Pour beaucoup d'infirmiers, l'éducation thérapeutique fait partie de leur fonction, même en l'absence de reconnaissance financière.

« On va chez le patient tous les jours, l'éducation thérapeutique fait partie du traitement, on leur donne des consignes. » (E7)

« L'éducation thérapeutique, pour moi personnellement c'est tellement important. Il faut s'arrêter et expliquer et parfois répéter. On peut s'arrêter 10 minutes quand même, c'est notre travail » (E5)

Pour une infirmière interrogée, l'éducation thérapeutique chez les patients diabétiques âgés est inutile.

« On ne donne plus de conseil alimentaire après 70 ans, soit ils ne comprennent pas, soit ils s'en foutent. On redit on réexplique à chaque fois mais on se rend vite compte que les gens n'ont pas envie.» (E6)

4.3.3. L'exécution de la prescription

Le rôle d'effecteur de l'infirmier est reconnu par tous les infirmiers interrogés.

« Le médecin est là pour [...] donner des consignes au niveau du patient et des infirmiers car on est quand même des techniciens exécutants. » (E8)

4.3.4. La réassurance des patients

En début de traitement, le passage de l'infirmier permet d'expliquer la pathologie au patient, son traitement et de le rassurer en répondant à ses interrogations.

« Pour beaucoup de gens, c'est la hantise de l'insuline. De devenir plus dépendant. C'est la hantise de l'insuline. Ils ne sont pas bien informés. Il faut surtout les rassurer. » (E1)

Au quotidien, le passage des infirmiers peut permettre de rassurer le patient qui a peur de mal interpréter ses résultats glycémiques ou de faire des erreurs de doses d'insuline. Le passage de l'infirmier peut permettre à un patient en cours d'autonomisation de prendre confiance en lui.

« On y va encore, surtout pour surveiller. Et lui ça le rassure pour l'instant. » (S, E9)

4.3.5. L'orientation des patients

Certains infirmiers estiment avoir un rôle dans le choix du parcours de soins du patient quand ils estiment que le suivi effectué par le médecin généraliste est inefficace ou insuffisant.

« Je lui avais quand même conseillé de voir un diabétologue » (IDE 3, E4)

« Des fois, exaspérée j'ai demandé aux patients de changer de praticien. Un manque de suivi, patient en détresse, médecin sollicité et pas de retour. J'ai toujours assumé. J'ai gardé mes patients, ils ont changé de médecin. A chaque fois, j'ai eu raison de le faire. » (E3)

4.4. La collaboration IDE-MG

4.4.1. Les facteurs favorisant la collaboration

- La disponibilité des médecins :

Tous s'accordent à dire que les médecins sont facilement et rapidement joignables en cas de besoin.

« Des fois à l'hôpital c'est plus difficile de joindre les médecins, ça dépend des humeurs des messieurs, alors qu'ils sont normalement à disposition. A domicile, je pensais que j'aurai plus de mal mais en fait c'est pas si mal. L'accessibilité du médecin généraliste est quand même relativement facile »
(E5)

- La structure :

Les infirmiers travaillant au sein de structures de soins pluridisciplinaires trouvent que la collaboration avec les médecins généralistes en est facilitée.

« Le fait d'être quasiment dans les mêmes locaux crée un esprit de groupe. »
(E8)

« J : Avoir un cabinet infirmier dans le cabinet médical c'est l'idéal. » (E9)

- La confiance entre professionnels

La confiance entre les 2 professionnels de santé est indispensable pour une prise en charge commune. Cette confiance n'est pas immédiate et demande du temps pour s'installer.

« Il a fallu que la confiance s'installe. » (E2)

*« J : Il reconnaît nos compétences.
S : Parce qu'il nous connaît. » (E9)*

- De bons rapports humains

Les bons rapports relationnels, en prenant compte des personnalités de chacun, permettent de faciliter la collaboration.

« J'ai l'impression d'être très privilégiée. J'ai de bons rapports avec les MG et globalement, ils nous écoutent. Par contre, il ne faut pas heurter leur sensibilité. » (E3)

« Ça se passe très bien quand on a besoin de quelque chose ou d'une information. Avec 1 ou 2 c'est moins facile mais quand on les sollicite ils répondent à nos questions. » (E7)

4.4.2. Les facteurs limitant la collaboration

- L'unilatéralité du sens de communication :

La prise de contact est toujours à l'initiative des infirmiers qui regrettent de n'avoir que très peu de retour de la part des médecins généralistes.

« Il n'y a qu'un seul sens de communication, sauf si il y a des erreurs. Les médecins nous appellent très peu, ça manque un peu. » (E5)

« Si je peux être critique, sur les HbA1c, on n'a pas de retour, on n'est pas au courant des résultats, c'est à nous d'aller regarder les résultats des bilans » (IDE2, E4)

Néanmoins, une infirmière estime que cette situation, même si elle est réelle, n'est pas un obstacle à une collaboration.

« Estimez-vous la communication unilatérale ?

Peut-être, mais ça dépend des médecins. Mais bon, à chaque fois qu'on demande quelque chose on a un retour. Pas plus que ça. » (E7)

- La peur de déranger

La notion de « déranger » revient fréquemment dans nos entretiens comme un frein à la collaboration.

« Je me dis que ce n'est plus la peine de les déranger. » (E6)

Parfois même, les infirmières disent être mal reçues par les médecins, ce qui entraîne une diminution des échanges entre médecins et infirmiers.

« [J : Un des médecins me dit que j'appelle tout le temps] S : Mais lui tu sais que tu ne le déranges pas. [...] Avec d'autres, on se fait pas engueuler mais, pas loin » (E9)

- Le temps

Le manque de temps limite la collaboration. En effet, les contacts souvent téléphoniques, pendant les consultations des médecins sont de très courte durée et n'amènent qu'une réponse à une question.

« Il n'existe pas de communication posée, c'est toujours dans la précipitation. » (E3)

Lorsque ce contact est programmé il peut permettre de discuter davantage et alors de collaborer. Mais les infirmiers disent ne pas pouvoir accorder ce temps à tous les médecins avec lesquels ils travaillent.

« Avec 1 des médecins, de temps en temps, on fait des entretiens et on fait le point sur les patients à lui qu'on suit. [...] Avec lui on collabore. On discute 5 minutes. » (J, E9)

« S : A l'HAD, ils sont obligés d'aller à des réunions toutes les semaines ou tous les 15 jours avec les médecins, c'est comme un staff. Mais si on fait ça tout le temps avec tous les médecins ...

J : Non, on ne peut pas, c'est pas possible.» (E9)

- Le caractère hiérarchique des rapports :

Les infirmiers ressentent une hiérarchie dans leurs rapports avec les médecins. Ils ont parfois l'impression d'être des assistants plus que des collaborateurs. Ce sentiment empêche que la collaboration soit optimale.

« C'est lui qui décide et on reste sur la réserve. On demande un conseil mais il n'y a pas de vrai échange. Ce n'est pas collégial, il n'y a pas d'esprit d'équipe » (E3)

Parfois, les infirmiers ont l'impression d'être considérés comme des exécutants sans pouvoir décisionnel et se sentent dénigrés par les médecins.

« Ce n'est pas évident cette impression d'être, pas rejetée mais, cette impression de n'être là que pour servir. Nous ne sommes que des simples infirmières, exécutantes. Nous n'avons pas notre mot à dire. » (E1)

- Les mauvais rapports humains :

Lorsque les rapports humains entre infirmiers et médecins généralistes, sont considérés comme mauvais, il y a des conséquences importantes sur la collaboration causées par le fait que les contacts sont réduits au maximum.

« Il y a un groupe de médecins dont la secrétaire est super, mais les médecins eux-mêmes ne sont pas intéressés pour discuter avec les infirmières. [...] Les médecins n'aiment pas qu'on leur demande des choses donc je ne leur demande rien. » (E6)

Toutefois, les relations conflictuelles peuvent être surmontées :

« Avec 1 ou 2 c'est moins facile mais généralement quand on les sollicite, ils répondent à nos questions, ils nous font les ordonnances qu'il faut, il n'y a pas de soucis. Bon après, il y a des personnalités. [...] Mais bon, on ne s'est jamais fait envoyer promener. » (E7)

4.4.3. L'état actuel de la collaboration IDE-MG

Peu d'infirmiers interrogés utilisent le terme de collaborateur pour évoquer leur relation professionnelle avec les médecins généralistes

« C'est [le médecin] un collaborateur. Eux comptent sur nous et nous on compte sur eux. » (E7)

« Avec d'autres on est des collègues, collaborateurs, on permet la continuité des soins. » (E9)

Néanmoins les infirmiers interrogés semblent satisfaits de l'état actuel de leur collaboration avec les médecins généralistes.

Il est important de noter que la collaboration est souvent limitée à la communication. En effet à la question « Que pensez-vous de la collaboration actuelle entre les Médecins généralistes et les infirmiers dans la prise en charge du patient diabétique de type II ? », des infirmiers répondent en parlant de leur satisfaction de la communication actuelle.

« Nous on a la chance d'avoir une bonne communication avec les médecins généralistes, il y a quand même un suivi avec les médecins. » (IDE1, E4)

« J : Il y très peu de communication avec les médecins généralistes par rapport au diabète de type 2 [...] »

S : Mais la communication dépend beaucoup des différentes personnalités des médecins. Il faut s'adapter. » (E9)

Cette collaboration peut être totalement inexistante. L'absence totale d'autonomie amène à un rapport hiérarchique qui ne laisse pas de place à la collaboration puisque le médecin est alors le seul décideur et que l'infirmière ne remplit dans ce cas que son rôle technique.

« Y en un (médecin) avec lequel ça va et avec l'autre, on est vraiment l'exécutante, « c'est moi le chef », on n'a rien à dire. (blanc) » (E1)

Dans une autre situation, l'absence de collaboration est la conséquence d'une absence de communication.

« Les médecins eux-mêmes ne sont pas intéressés pour discuter avec les infirmières » (E6)

Lorsque la collaboration est inexistante, le patient peut en subir les conséquences.

« Les médecins généralistes laissent parfois plusieurs mois des patients avec une insuline qui ne leur correspond pas mais je ne le dis pas au médecins car ils n'aiment pas. » (E6)

4.4.4. Les évolutions possibles

Plusieurs propositions et interrogations ont été faites par rapport à l'évolution possible de la collaboration médecins-infirmiers dans le cadre de la prise en charge du patient diabétique de type II sous insuline. Les propositions sont différentes selon les infirmiers interrogés et tous ne sont pas d'accord sur la nécessité d'une évolution de leur mode d'exercice ou sur la manière de le faire évoluer.

- La consultation spécialisée d'éducation thérapeutique par l'IDE

La création de consultations spécifiques d'éducation thérapeutique a été évoquée. Cette consultation permettrait de discuter avec le patient de sa prise en charge, de lui prodiguer des conseils d'activité physique ou des conseils diététiques dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

« Je trouve qu'il manque une consultation infirmière : un temps pour reprendre la diététique, gros point noir pour l'équilibre du diabète, les besoins d'activité physique » (E3)

« Je pense que les consultations infirmières d'éducation thérapeutique seraient une bonne idée. » (E8)

Tous ne sont pas d'accord sur cette nécessité, préférant adapter leurs conseils à chaque situation quotidienne et pouvoir ainsi les répéter, les expliquer et s'assurer de leur mise en application lors de leur passage quotidien.

« Il vaut mieux répéter plusieurs fois que faire une consultation...La consultation, ils vont retenir puis dans 8 jours, dans 15 jours, ils auront oublié.» (E7)

- L'amélioration de la formation des IDE :

Certains infirmiers interrogés évoquent une formation insuffisante sur la prise en charge des patients diabétique.

« J'ai l'impression que les infirmiers qui n'ont pas de formation en diabétologie ne connaissent pas grand-chose à la diabétologie. Bien sincèrement, il y a beaucoup de choses à faire » (E3)

« A l'époque c'était un module important, mais le problème c'est qu'en 3 ans on doit tout savoir sur toutes les spécialités donc forcément notre formation n'est pas pointue. » (E9)

D'autres jugent que l'apprentissage est bien complété par leurs expériences hospitalières puisque le diabète est une pathologie fréquemment rencontrée, dans des situations diverses (complications aiguës, comorbidités, épisodes infectieux) dans beaucoup de services différents.

« Pour moi ça va j'arrive à gérer le truc, un peu à ma sauce. On ne peut pas faire ça en début de carrière. Il faut de l'expérience, mais le diabète on en rencontre beaucoup à l'hôpital. » (E5)

- L'élargissement des missions

L'idée de spécialisation des infirmiers, comme cela existe dans certains pays, est évoquée. Cette spécialisation aurait pour objectif une majoration encadrée de la délégation des tâches permettant de maintenir une offre de soins satisfaisante.

« Les médecins généralistes sont quand même très débordés, il devrait y avoir un glissement de tâches, nous laisser plus d'autonomie comme ça se fait dans certains pays d'ailleurs. » (E8)

Cet élargissement doit être validé par des textes de loi et ne pas dépendre uniquement de la qualité de la relation du binôme médecin-infirmier, ce qui est le cas actuellement

«S : Une bonne relation permet une plus grande autonomie mais du coup ça devient un point négatif car on dépasse nos fonctions et vient alors le problème des responsabilités. [...] J : Accroître, oui mais couvrir avec. » (E9)

- Les structures de soins pluridisciplinaires

Une seule infirmière évoque la modification de sa structure actuelle de soins comme évolution possible permettant de favoriser la collaboration MG-IDE.

« Quelles sont les évolutions possibles pour améliorer la collaboration MG-IDE ?

On est en train de créer une maison de santé avec les médecins généralistes, la kiné et le dentiste avec comme projet de soins le diabète. Car on a trouvé que c'est une maladie qui engendre pas mal de chose. » (E2)

Ceux appartenant déjà à des groupes pluridisciplinaires notent que le nombre de patients suivis par un infirmier concernant les médecins avec lesquels ils travaillent n'est pas suffisant. Pour cela, il faudrait de plus grandes structures.

« S : Problème des maisons médicales : on ne suit que les patients du cabinet ... après comment faire ? [...] J : la plupart des médecins sont rattaché à un cabinet d'IDE. On a d'ailleurs des médecins qui nous piquent des patients car ils ont des IDE dans leur cabinet et ils nous ont dit que la communication est plus pratique. » (E9)

Parfois cette situation est mise en échec, avec, dans le cas d'un entretien, un déménagement des médecins dans une structure extérieure.

« IDE 2 : on a travaillé avec eux pendant 25 ans, ils étaient installés en face de notre cabinet, ils viennent de déménager. IDE 1 : on était une maison médicale. » (E4)

5. DISCUSSION

5.1. Comparaison avec les résultats de l'étude concernant les MG

5.1.1. La collaboration actuelle

La satisfaction des médecins interrogés est très variable d'un médecin à l'autre. Le principal facteur variable est l'entente entre eux et les infirmiers. L'un des médecins n'hésite pas à utiliser des termes méprisants en les qualifiant de « *chiantes* ». Ces résultats sont en totale adéquation avec les résultats obtenus lors de notre étude, établissant un lien entre la satisfaction de l'entente humaine et la satisfaction de la collaboration.

Un résultat important, confirmant les dires des infirmiers interrogés, est l'unilatéralité du sens de communication. Les médecins attendent toujours que le contact soit à l'initiative de l'infirmier.

Globalement, la mésentente est rare et les médecins se disent satisfaits de la collaboration actuelle. Leur satisfaction se base essentiellement sur les résultats d'HbA1c de leurs patients diabétiques et leur confiance envers les infirmiers pour la gestion quotidienne. Les critères de jugements sont les mêmes pour les infirmiers qui disent être satisfaits de leur collaboration actuelle avec les médecins généralistes en se basant sur l'absence de survenue de complications aiguës et sur les résultats des glycémies capillaires des patients. Les professionnels de santé limitent donc dans notre étude, la qualité de leur collaboration à leur satisfaction de l'équilibre glycémique de leurs patients diabétiques, ils n'évoquent que rarement la prise en charge des comorbidités et la satisfaction des patients.

En ce qui concerne le patient, il est souvent exclu de la collaboration MG-IDE. Cette exclusion est également retrouvée dans nos entretiens. Les arguments avancés sont les mêmes dans les 2 études : l'âge souvent avancé des patients, l'incapacité intellectuelle pour le patient d'analyser les situations, les comorbidités et le risque de déformation des propos pouvant aboutir à des erreurs médicales.

En ce qui concerne l'éducation thérapeutiques, les résultats montrent un flou dans le rôle de chacun des professionnels. En effet, les médecins estimant que cela relève du rôle de

l'infirmier ne savent pas si elle est vraiment faite. Cette partie de la prise en charge du patient diabétique n'est pas toujours assurée, que ce soit par les médecins généralistes ou par les infirmiers. Ce résultat peut être en lien avec une réalité révélée à plusieurs reprises dans nos entretiens : l'absence de cotation et de reconnaissance financière de l'acte infirmier d'éducation thérapeutique.

Beaucoup des médecins interrogés travaillent en lien étroit avec l'hôpital, ce qui leur permet d'avoir pour leur patient, dès le diagnostic de maladie diabétique posé, une prise en charge globale (IDE, Diététicien, Diabétologue).

5.1.2. Les propositions d'évolution

➤ Les structures pluridisciplinaires

Les médecins interrogés évoquent, davantage que les infirmiers, les structures de soins pluridisciplinaire comme évolution de la médecine ambulatoire permettant une meilleure collaboration interprofessionnelle.

Les maisons de santé sont effectivement présentées par les médecins comme des structures pouvant favoriser la collaboration entre médecins et infirmiers dans le cas de structures pluridisciplinaires associant médicaux et para médicaux. Cette collaboration serait favorisée par des contacts facilités par le partage des mêmes locaux.

Les autres objectifs de ces maisons de santé sont une amélioration de la qualité de travail pour les professionnels (arrangements pour les horaires et les vacances, réponse à l'isolement des médecins généralistes), une amélioration de l'accès aux soins pour le patient avec des plages horaires de présence médicale plus étendues et également un gain financier pour les professionnels grâce au partage des frais.

Les résultats de cette étude mettent également en avant, comme dans la notre, la difficulté à monter le projet d'une maison médicale ou à le maintenir. Cette évolution demande un investissement personnel important des professionnels. Dans les 2 études, nous retrouvons des mises en échec de professionnels face à des projets de maisons médicales.

- L'amélioration de la formation médicale et paramédicale.

Les résultats de cette étude montrent que les médecins ne connaissent pas le niveau de formation des infirmiers ni leur système de formation continue. Néanmoins ils estiment que des formations supplémentaires pour les infirmiers pourraient favoriser une meilleure prise en charge des patients. Certains proposent des formations conjointes MG/IDE qui permettraient de favoriser des contacts entre les professionnels et favoriser les discussions sur la prise en charge globale des patients.

Ces résultats concordent avec les résultats de notre étude, les infirmiers estimant leur formation sur le diabète limitée.

- La création de réunions pluridisciplinaires

Les médecins évoquent la possibilité de créer des réunions ou staff permettant d'échanger sur la prise en charge des patients communs aux médecins et aux infirmiers. Néanmoins, le temps et l'absence de rémunération semblent être de réels obstacles à cette évolution.

- Délégation des tâches

Donner une plus grande autonomie aux infirmiers est évoqué mais sans précision quant aux nouvelles tâches à accomplir. Un résultat de l'étude évoqué ci-dessus nuance cette proposition d'évolution : la méconnaissance des médecins concernant le rôle actuel de l'infirmier, sa formation, ses compétences.

➤ Atelier d'éducation thérapeutique

Il est évoqué la création de nouvelles formes de consultation pour les patients avec la création d'ateliers ludiques réunissant plusieurs professionnels de santé. Cette évolution serait, selon les médecins, favorisée par la création des maisons médicales.

5.2. Comparaison avec les résultats de l'étude concernant les patients

5.2.1. La collaboration actuelle

Les patients interrogés se disent globalement satisfait de leur prise en charge mais aucun critère objectif de jugement n'est donné et peu d'entre eux connaissent l'existence d'une collaboration entre leur médecin généraliste et leurs infirmiers. Les patients interrogés sont souvent passifs par rapport à leur prise en charge, se laissant guider par les professionnels de santé. Ils ne cherchent pas toujours à savoir à quoi correspondent les examens paracliniques réalisés, ni si leur diabète est équilibré. Ils sont également exclus volontairement par les infirmiers et par les médecins généralistes de leurs discussions, comme nous l'avons évoqué ci-dessus.

Devant ces résultats, la collaboration a été évaluée à travers les connaissances acquises des patients. Globalement les patients s'estiment suffisamment informés sur leur pathologie et estiment avoir facilement accès à l'information qu'ils demandent. Les informations proviennent de multiples professionnels : des médecins généralistes, des infirmiers, des diabétologues (la moitié des patients interrogés sont suivis par un diabétologue) ou des équipes de soins lors d'hospitalisation. Certains patients évoquent des hospitalisations régulières pour bilan de leur maladie diabétique leur permettant de regrouper la réalisation de leurs examens complémentaires annuels et d'accéder à des séances d'éducation thérapeutique. Toutefois, certains ont le besoin de se documenter par eux même, pour disent-ils « *approfondir leurs connaissances* ». Sur la gestion au quotidien, la plupart des patients semble connaître les modalités de leur traitement par insuline et les règles hygiéno-diététiques

avec même 2 patientes sachant faire leurs injections et adapter les posologies et faisant malgré tout venir l'infirmière au quotidien. En revanche, en ce qui concerne le suivi nécessaire pour dépister les complications chroniques du diabète, les patients semblent être moins au courant et ne font pas toujours le lien entre leurs consultations spécialisées et leur pathologie diabétique.

5.2.2. Les propositions d'évolution

Les patients interrogés, connaissant peu l'état de la collaboration actuelle entre leurs infirmiers et leur médecin ne sont pas demandeurs d'évolution dans leur prise en charge. Ils ne souhaitent pas davantage d'autonomie. Le passage des infirmiers à domicile n'est pas vécu comme une contrainte. La plupart de ces patients sont âgés (âge moyen 78.1 ans) et la moitié des patients interrogés ne se déplacent plus pour leurs consultations médicales. Les consultations d'éducation thérapeutique ne les intéressent donc pas.

Néanmoins, il est important de noter que lorsque les médecins des patients interrogés travaillent au sein de structures pluridisciplinaires, les patients évoquent spontanément une communication interprofessionnelle facilitée.

5.3. Comparaison avec la littérature

5.3.1. La collaboration actuelle

La collaboration se définit par le fait de travailler de concert avec un autre, de l'aider dans ses fonctions, de participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune. (26)

On retrouve dans de nombreuses publications le terme de « coopération ». Coopération est synonyme de collaboration (26). Néanmoins, il existe une nuance et le terme « coopération » peut sous-entendre une hiérarchisation des rôles.

➤ Les moyens de communication

La communication entre médecins et infirmiers existe et est la base d'un système de collaboration. L'état actuel des moyens de communication semble satisfaire les infirmiers interrogés. Néanmoins, le courriel et ses avantages ont été évoqués. Actuellement, l'utilisation du courriel est complexe du fait de la nécessité du maintien de la confidentialité des informations partagées. L'ASIP Santé (Agence des Systèmes d'Information Partagée de Santé) met en place une messagerie sécurisée qui pourra être utilisée par tous les professionnels de santé et faire le lien entre médicaux et paramédicaux et également le lien ville-hôpital. Cet espace sécurisé de messageries va permettre aux différents professionnels de santé de faciliter la prise en charge des patients en permettant des échanges d'information rapides sans interrompre le professionnel contacté dans son activité (27). Il sera le compromis entre l'appel téléphonique pour des situations demandant des réponses immédiates et le courrier concernant le suivi du patient dont le délai de réception peut être long.

➤ Un système souvent paternaliste

Il existe 3 modèles de relation médecin-malade :

- Le modèle paternaliste ou « médecin décideur »
- Le modèle informatif ou « patient décideur »
- Le modèle de la décision partagée

Dans notre étude, certains patients sont exclus de la relation MG-IDE. Dans ce cas, la relation soignant-soignée est paternaliste. Ce type de relation nécessite une confiance totale du patient envers son MG et son IDE (28).

Ce type de relation est choisi par les soignants et ce choix est argumenté par le fait que la majorité des patients dépendants des infirmiers pour leurs injections d'insuline sont âgés, dépendants et présentent parfois des troubles cognitifs empêchant leur participation aux discussions médicales.

Lorsque le passage de l'infirmier au domicile a pour but l'autonomisation du patient, les patients ont un rôle propre dans la collaboration MG-IDE. Les soignants optent alors pour un autre modèle de relation, celui du « modèle de la décision partagée »

Il est important de rappeler le code de déontologie médicale : « Le médecin doit à la personne [...] qu'il soigne [...], une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » (29)

➤ La satisfaction de la collaboration MG-IDE actuelle

Dans notre étude, les infirmiers disent être globalement satisfaits de leur collaboration avec les médecins généralistes et cette satisfaction est très fortement liée à l'entente humaine. Cette notion a également été retrouvée dans l'étude de l'HAS portant sur les pratiques collaboratives de 2007 (30) qui met en avant le relationnel comme facteur variable d'une bonne collaboration, notant que la confiance réciproque des professionnels est indispensable à la mise en place d'un système de collaboration.

Nous retrouvons 3 éléments qui peuvent contredire le sentiment de satisfaction des IDE interrogés : l'absence de discussion lors des contacts, l'unilatéralité des contacts de l'IDE vers le MG, et la faible fréquence de ces contacts. La collaboration est effectivement souvent réduite à la communication.

La qualité de cette collaboration est difficile à évaluer à travers les résultats de notre étude car les résultats concernant la satisfaction des infirmiers sont subjectifs. Néanmoins l'étude menée par l'HAS portant sur les pratiques médicales coopératives de 2007 nous donne les 3 objectifs principalement attendus par les médecins répondants : le bénéfice du patient, la rationalisation des moyens et le maintien d'un accès aux soins satisfaisant malgré la démographie médicale (30).

- Bénéfices pour le patient

Comme nous l'avons vu précédemment, les infirmiers disent être satisfaits de leur collaboration actuelle avec les médecins généralistes en se basant sur l'absence de survenue de complications aiguës et sur les résultats des glycémies capillaires des patients, et les médecins en se basant sur les résultats d'HbA1c. Pourtant la prise en charge du diabète ne se limite pas à cela. Les objectifs du suivi sont d'assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique et de réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-vasculaires (3). Ces indicateurs de suivi ne sont pas évoqués dans notre étude par les professionnels interrogés et sont rarement connus par les patients interrogés. D'ailleurs, au plan national, ces objectifs initialement fixés pour 2008 n'étaient pas remplis en 2011, comme le note le rapport de l'IGAS de 2012 (4).

Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que, dans notre étude, les infirmiers interrogés ne travaillent en collaboration avec les médecins que pour l'adaptation des posologies d'insuline, en ce qui concerne le patient diabétique de type II insulino-requérant.

En effet, à l'origine des contacts, on retrouve rarement la notion du suivi global du patient diabétique, mais plutôt des questions précises des infirmiers, amenant des réponses précises des médecins sous forme de consignes. Cela explique l'absence de discussion entre médecin et infirmier retrouvée dans les entretiens et le caractère unilatéral des contacts. Les infirmiers demandent l'aval des médecins pour leurs actions, ce qui sous-entend une hiérarchie.

Le texte de Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2014 (8), met également à mal les résultats de la collaboration MG-IDE en ce qui concerne l'autonomisation des patients sous insuline. En effet, il révèle des disparités régionales en termes d'autonomie du patient dans ses injections d'insuline, ce qui amène à se poser la question de la justification d'une prise en charge pluri-quotidienne, coûteuse, par les infirmiers de certains patients.

- Rationalisation des moyens

La définition de la rationalisation est le « perfectionnement d'une organisation technique en vue de son meilleur fonctionnement » (31).

La faible fréquence des contacts est justifiée dans notre étude, par le manque de temps global des 2 groupes de professionnels, par l'autonomie et l'expérience des infirmiers pour la gestion du quotidien, et par cette hiérarchisation inconsciente qui entraîne pour les infirmiers une peur de déranger.

La rationalisation des moyens correspond donc aux démarches actuellement mises en place pour favoriser la collaboration. Elles seront évoquées dans le chapitre concernant les propositions d'évolution avec les nouveaux modes de rémunération et la délégation des tâches.

- Maintien de l'accès aux soins

La baisse de la population médicale, et la féminisation de la profession, affaiblissent la capacité globale d'offre de soins. En effet, les prévisions concernant la densité médicale tendent vers une diminution de celle-ci jusqu'en 2019 (9) et les femmes médecins généralistes en comparaison avec leurs confrères, réalisent en moyenne un plus faible nombre d'actes quotidiens et sont absentes en moyenne un jour de plus par semaine (32)

La population de patients, elle, devrait continuer à augmenter d'ici 2030 (33).

Le maintien de l'accès aux soins est une priorité dans la modernisation de la médecine générale et doit tenir compte des évolutions démographiques actuelles.

De nombreuses évolutions de l'organisation de la médecine générale sont en marche avec la création d'incitations financières à l'installation en zone sous-médicalisées (34), la création de maisons de santé et la création de système de permanence de soins.

En ce qui concerne les structures de soins pluridisciplinaires, elles semblent être une des évolutions en cours, de la médecine libérale permettant à la fois de maintenir l'accès aux soins

par des plages horaires plus étendues et de favoriser les échanges entre professionnels de santé permettant, à terme, de favoriser les coopérations.

Selon l'Ordre national des médecins (35), la création d'un cabinet de groupe doit permettre l'amélioration de la prise en charge des patients et de meilleures conditions de travail pour les médecins.

En effet, ces regroupements permettent une continuité des soins mieux assurée et un équipement des cabinets plus important. Pour les médecins, cela permet des aménagements horaires plus faciles permettant une vie sociale plus équilibrée, et permettant également de libérer du temps pour les FMC. Ces installations sont également une réponse à l'isolement des médecins libéraux.

Malgré tout, il est important de noter que même si le regroupement interprofessionnel est en augmentation, seul 25% des MG exerçant en groupe exerce au sein de groupes pluridisciplinaires associant médicaux et paramédicaux (22) soit seulement 13.5% des médecins généralistes en 2009 (36). A contrario, les prévisions démographiques de la population « infirmier libéral » sont en faveur d'une augmentation de leur nombre jusqu'en 2030 (37).

Ce constat nous amène à penser que la collaboration interprofessionnelle est une des solutions permettant de maintenir l'accès aux soins tout en maintenant une prise en charge de qualité. Ces évolutions de la collaboration seront évoquées dans le chapitre « propositions d'évolution ».

5.3.2. Les propositions d'évolution

L'étude de l'HAS sur les différentes pratiques de coopération réalisée en 2007 (30) met en évidence la nécessité d'une réorganisation globale du système de soin français et d'une meilleure reconnaissance des professionnels pour aboutir à une coopération interprofessionnelle efficiente.

En effet, les résultats de cette étude mettent en avant les difficultés rencontrées par les professionnels de santé du fait d'une réglementation, d'une formation, d'une rémunération et d'une organisation des soins ne favorisant pas la collaboration.

Plusieurs propositions d'évolution de cette collaboration ont été faites par les professionnels interrogés.

➤ Les structures de soins pluridisciplinaires

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les structures de soins pluridisciplinaires sont déjà en train de se développer et permettant de favoriser les échanges entre professionnels de santé mais leur nombre actuel est encore faible.

Dans un rapport d'information du Sénat concernant le développement des maisons et pôles de santé (38), il est mis en avant que la création de ces structures permet de mettre en place de nouvelles formes de prises en charge pluriprofessionnelles avec pour objectif de remplir les missions citées par la loi HPST concernant les soins de premiers recours. Pourtant, 3 obstacles sont évoqués concernant l'installation des infirmiers au sein d'une maison médicale : des modalités de rémunération peu attractives, une non-reconnaissance des missions de premier recours et la crainte d'un lien de subordination aux médecins.

En effet, une installation au sein d'une maison médicale implique des frais immobiliers importants associés à une augmentation du nombre d'actes réalisés au cabinet donc moins bien valorisés sur le plan financier. D'autre part, comme nous l'avons vu précédemment, les actes infirmiers d'éducation thérapeutique ou de prévention que l'on cherche à développer au sein des maisons médicales ne font l'objet d'aucune rémunération par l'assurance maladie (38).

Dans notre étude, les infirmiers interrogés ne sont d'ailleurs pas demandeurs de maisons médicales ou de structures pluridisciplinaires. Les structures actuelles sont souvent constituées d'un faible nombre de médecins et leur patientèle ne suffit pas à constituer la patientèle des infirmiers. En revanche, lorsque la patientèle des infirmiers est constituée d'un fort pourcentage de patients de leur maison médicale, se pose alors le problème du caractère libéral de la profession de l'infirmier au point de vue économique (39).

Dans les entretiens réalisés dans notre étude, ainsi que dans les thèses concernant le point de vue des médecins généralistes et des patients, plusieurs termes sont employés pour évoquer les structures de soins pluridisciplinaires : maisons médicales, maisons de santé, structures

médicalisées, centre de soins pluridisciplinaires. Cela montre le flou actuel concernant le statut de ces structures.

➤ La spécialisation des IDE

Plusieurs médecins évoquent un manque de formation des infirmiers, ce qui est parfois partagé par les infirmiers eux-mêmes. Cela tient en partie à la durée de leur cursus qui est court (3 ans) comparé au cursus médical (9 ans), et au contenu des enseignements. Ils renforcent leurs connaissances au fil des années avec l'expérience sur le terrain.

En France, dans l'optique de développement des coopérations, des formations type DU ou DIU existent depuis 2002 dans les universités parisiennes pour spécialiser les IDE, de même que le diplôme VAE (Validation des Acquis de l'Expérience). Ces formations pourraient intéresser des infirmiers qui souhaiteraient se spécialiser, au même titre que les médecins choisissent leur spécialité durant leur cursus. Les limites viennent actuellement, de l'absence d'influence sur leur activité professionnelle, de l'absence de reconnaissance financière et de l'absence d'harmonisation sur le territoire national de ces formations universitaires (13). Actuellement en France, il n'y a pas d'évolution de carrière possible pour un infirmier libéral.

Comme nous l'avons vu précédemment, dans plusieurs pays, la formation des infirmiers offre la possibilité de se spécialiser dans certains domaines, leur permettant de gagner en autonomie et de voir leurs carrières évoluer. Cette évolution dans leur formation a permis une autre évolution : la délégation des tâches par transfert de compétences.

➤ La délégation des tâches

La définition actuelle des compétences des infirmiers comporte, dans le cadre du suivi du patient diabétique, la surveillance, le dépistage, l'éducation, les actes techniques, le suivi de l'efficacité et de la tolérance des traitements, et également l'alerte en cas de l'altération aiguë de l'état général du patient (40). Nous retrouvons toutes ces notions dans les entretiens. En revanche, pour ce qui est de l'adaptation des doses, les textes recommandent la rédaction d'un

protocole explicite de la part des médecins pour autoriser l'infirmier à changer la dose initialement prescrite (40), ce qui n'est pas fait de façon systématique dans notre étude.

Finalement l'infirmier libéral exerce déjà ses compétences au maximum de ce que la loi l'y autorise. Il dépasse même parfois ses fonctions. Dans ce contexte, une majoration de la délégation des tâches semble difficile sans une modification de la formation infirmière et une modification du texte de loi qui encadre leur exercice.

La loi HPST définit la notion de « coopérations » entre professionnels de santé comme « *des transferts d'activités ou d'actes de soins voire en une réorganisation du mode d'intervention auprès du patient* ». Des protocoles de coopération sont réalisés à la demande des professionnels de santé et soumis à l'autorisation de l'ARS qui les transmettent à l'HAS (41). La diversification des services proposés aux patients doit avoir pour objectif l'amélioration de la prise en charge du patient (13).

La création d'une consultation d'éducation thérapeutique, est évoquée par des infirmiers interrogés pour améliorer la prise en charge des patients et les replacer au centre de leur maladie. En France, ceci a été étudié à travers l'étude ASALEE qui est une expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmiers libéraux concernant la prise en charge de patients atteints de diabète de type 2. L'élargissement des rôles des infirmiers comportait la gestion informatique de certaines données du patient, la réalisation de consultations d'éducation thérapeutique et le dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires. En 2008, une évaluation médico-économique de ce dispositif menée par l'IRDES a conclu à « *l'efficacité et l'efficience* » de l'expérimentation ASALEE en retrouvant une amélioration significative du taux de suivi des examens, de la qualité globale des soins et une amélioration sensible du taux d'hémoglobine glyquée sans majoration de coût pour l'Assurance maladie des patients inclus (42). Le dispositif ASALEE a donc été mis en place rapidement en tant que protocole à partir de mars 2012 et est désormais autorisé dans onze régions (43). Il n'y a actuellement pas de résultats des autres formes de coopération MG-IDE en France.

A l'étranger, les études portant sur la délégation des tâches aux « infirmières cliniciennes », montrent une amélioration de la qualité des soins et un possible gain de temps médical (13) ainsi qu'une réponse à la désertification médicale (16). En effet, le statut d' « infirmière clinicienne », obtenu à l'issue d'une formation spécifique, leur permet d'assurer des missions habituellement réalisées par le médecin généraliste telles que la gestion des facteurs de

risques, la prescription des bilans biologiques et l'éducation thérapeutique, selon des protocoles bien définis (16).

➤ L'inspiration hospitalière

Des propositions dans notre étude visant à provoquer le contact (réunions, staffs, formations conjointes) ont pour objectif de favoriser les échanges et les discussions, permettant alors de créer la coopération entre acteurs de santé. Ces propositions s'inspirent du système hospitalier où la prise en charge multidisciplinaire des patients et de leurs pathologies est réelle. En milieu libéral, leur application est difficile, du fait du manque de temps des différents professionnels et de l'absence de rémunération prévue à cet effet et de la multitude des professionnels intervenants (1 médecin travaille avec plusieurs infirmiers, qui eux-mêmes travaillent avec plusieurs médecins). D'autre part, le système hospitalier est hiérarchisé et risque de ne pas convenir à l'esprit libéral des professionnels concernés, plus enclins à une certaine indépendance.

➤ Les modifications des rémunérations

La modification de rémunération n'est pas évoquée par les infirmiers interrogés. Néanmoins, les nouveaux modes de rémunérations (NMR) semblent être indispensables à l'évolution de la médecine de 1^{er} recours. En effet, les principaux freins rencontrés à la modification organisationnelle des soins ambulatoires sont les problèmes de rémunération. Les ateliers thérapeutiques, les consultations d'éducation thérapeutique et les différentes formations de spécialisation, non valorisés financièrement, prennent du temps aux professionnels de santé sur leurs horaires de travail et correspondent donc à une perte de revenu.

Depuis 2010, une expérimentation sur des nouveaux modes de rémunération est en cours pour répondre à ce besoin et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a créé un collègue des financeurs chargé de l'examen préalable des protocoles répondant à la loi HPST afin de permettre, si nécessaire, une tarification dérogatoire des actes pratiqués. (43)

A l'étranger, les infirmiers perdent parfois leur statut libéral comme au Royaume-Uni où ils sont devenus les employés des médecins, ou comme au Québec, où ils sont devenus des salariés de l'état.

5.4. Discussion de la méthode

5.4.1. Choix de l'échantillon

L'étude étant qualitative, l'objectif n'était pas d'avoir un grand nombre d'entretiens, mais d'obtenir des entretiens avec des personnes aux caractéristiques sociodémographiques différentes, l'échantillon est donc faible et n'est pas représentatif de la population des IDE.

5.4.2. Biais de l'étude

➤ Biais d'analyse

Nous avons rencontré des difficultés d'analyse en rapport avec des contradictions et des imprécisions sur certains entretiens, dues au caractère libre des entretiens.

➤ Biais liés au fait que les enquêteurs sont médecins

Les infirmiers interrogés par un médecin, dans le cadre d'un travail qui est en premier lieu destiné aux médecins, peuvent être soit dans la retenue par peur du jugement, soit dans l'exagération de leurs propos afin de mieux se faire entendre.

➤ Biais liés aux enquêtes

Un biais de sélection peut être retrouvé car seules des personnes volontaires ont répondu. Les infirmiers y ayant répondu ont peut-être un intérêt plus important pour le travail en collaboration avec les médecins généralistes ou un intérêt plus important pour la maladie diabétique que les infirmiers ayant refusé d'y répondre.

6. CONCLUSION

La collaboration MG-IDE est au centre des discussions sur l'évolution de l'organisation de la médecine générale en France.

En effet la baisse de la densité médicale et le choix de nombreux jeunes médecins de ne pas mettre de côté leurs attentes personnelles, provoquent une diminution importante de l'offre de soin.

De nombreux pays comme les Etats-Unis et le Canada, ont, face à cette situation, modifié les rôles de chacun des professionnels ambulatoires afin de pouvoir proposer au patient un accès aux soins facilité.

En France, le système peine à se mettre en place. Les études concernant la délégation des tâches et la collaboration entre professionnels de santé datent de 2007 et une seule étude concernant la collaboration MG-IDE en France a été réalisée, l'étude ASALEE.

L'optimisation de la collaboration MG-IDE demande un investissement de la part des 2 professionnels car une modification de l'organisation des soins ne peut avoir lieu sans leur participation. Ces modifications sont en cours de réalisation avec l'émergence des maisons médicales et des NMR.

Néanmoins, dans notre étude, ainsi que dans celle concernant les médecins, on note que les professionnels déjà installés ne souhaitent pas de modification de leur structure de soins, même lorsqu'ils sont isolés. Et dans ces 2 études, nous notons également des échecs de structures pluridisciplinaires. En effet, la mise en place d'une telle structure semble fastidieuse et nécessite beaucoup de temps et d'investissement de la part des professionnels de santé.

Les NMR permettent aux professionnels de santé de s'investir dans un mode d'exercice différent mais cela nécessite que la patientèle puisse être vue par d'autres confrères pendant le temps consacré à ces nouvelles fonctions. Cela demande donc une organisation de groupe et s'organise plus facilement au sein de structures pluridisciplinaires.

Dans l'étude concernant les patients, il en ressort que les patients sont souvent satisfaits de cette double prise en charge, qu'ils ne sont pas toujours demandeurs d'éducation thérapeutique, et qu'ils aiment se laisser porter par les professionnels de santé. Pour certains

cette dépendance leur permet de leur assurer une présence auprès d'eux grâce à des passages réguliers à domicile.

D'autre part, le diabète de type II insulino-requérant ne semble pas poser, actuellement, de problèmes aux professionnels de santé et ces derniers ne semblent pas désireux d'améliorer leur prise en charge qu'ils jugent satisfaisante. L'évolution marquante est plutôt le recours fréquent aux hospitalisations type « semaines diabétiques » qui semblent être l'alternative choisie par les médecins généralistes pour assurer la prise en charge globale du patient diabétique et qui semble convenir également aux infirmiers libéraux qui l'évoquent positivement.

Au final, les modifications d'organisation du système de soins ambulatoire français permettant d'optimiser la collaboration MG-IDE commencent à se mettre en place mais les professionnels de santé déjà installés ne se sentent pas toujours concernés par ces évolutions et préfèrent se tourner vers l'hôpital.

Les jeunes professionnels ont-ils sur les épaules la responsabilité de la réussite de la réorganisation de soins de premiers recours qui permettra une meilleure collaboration MG-IDE ?

7. ABREVIATIONS ET SIGLES UTILISES

Dans l'ordre d'apparition :

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HbA1c : Hémoglobine Glyquée

HAS : Haute Autorité de Santé

SMS : Small Message Service

HAD : Hospitalisation A Domicile

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

FMC : Formation Médicale Continue

HPST : Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

DU : Diplôme Universitaire

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

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

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Goudreau J, Lalande Raymond. L'indispensable collaboration infirmière-médecins. 2010 [cité 16 mars 2014]. Disponible sur: https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/colloque_cii_2010/5mai-9h15-10h-JGoudreau-RLalande-Indispensable-collaboration-infirmiere-medecin.pdf
2. Etude Entred 2007-2010 [Internet]. [cité 16 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Etudes-Entred/Etude-Entred-2007-2010>
3. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Direction générale de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. 2005 p. 273- 284. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000601/0000.pdf>
4. IGAS. L'hôpital [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf
5. Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques. Item 233 : Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte [Internet]. 2004 [cité 16 mars 2014]. Disponible sur: http://www.endocrino.net/download/DCEM/233_1204.pdf
6. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. HAS; 2013 [cité 17 mars 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf
7. InVS. Le diabète en quelques chiffres et faits [Internet]. [cité 16 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Generalites-et-chiffres-cles/Le-diabete-en-quelques-chiffres-et-faits>
8. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2014 [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2014/appli.html>

9. Le Breton-Lerouvillois Gwénaëlle, Romestaing Patrick. Atlas de démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2013 [Internet]. CNOM; [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas__national_2013.pdf
10. Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2013 [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2013/data/catalogue.pdf>
11. Berland Yvon. COOPERATION DES PROFESSIONS DE SANTE : LE TRANSFERT DE TACHES ET DE COMPETENCES [Internet]. 2003. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619/0000.pdf>
12. AANP - What's an NP? [Internet]. [cité 16 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.aanp.org/all-about-nps/what-is-an-np>
13. HAS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? [Internet]. 2008 [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf
14. Durand Suzanne, Maillé Martine. Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise [Internet]. 2013 [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.oiiq.org/sites/default/files/3385-Memoire-IPS.pdf>
15. Santé et services sociaux Québec - Lexique [Internet]. [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02Lexique.asp>
16. Leclerc Mylène, Wortman. La collaboration en GMF pour le meilleur et non le pire ! Médecin Qué. 2010;45(9):61- 65.
17. Détournel-Prochette Wilmina. La pratique infirmière avancée Une pratique en devenir Comprendre pour mieux collaborer [Internet]. 2010 [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.amhe.org%2Fconvention-2010%2Fpresentation%2FMercerdi%2FLa%2520Pratique%2520Infirmi%25C3%25A8re>

%2520Avanc%25C3%25A9e%2520AMHE%2520-%2520IPS%2520-
%2520Wilmina%2520Detournel-
Prochette.ppt&ei=LjQmU4T6IsWi0QWJqYGgBA&usg=AFQjCNERRW0MRqHVi_ysp
ZV_4zKP6V773g&sig2=2lARmxtpmxmGJJQBj_xcZQ&bvm=bv.62922401,d.d2k

18. Organisation de coopération et développement économiques. Ressources en santé : Médecins par catégories [Internet]. [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC&lang=fr
19. Bourgueil Yann, Marek Anna, Mousquès Julien. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? *Quest Déconomie Santé*. 2007;(127):1- 8.
20. Gouvernement du Québec. Groupe de médecine de famille (GMF) [Internet]. 2014 [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: <http://sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/groupe-de-medecine-de-famille-gmf/>
21. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Les groupes de médecine familiale [Internet]. 2011 [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.fmoq.org/fr/organization/administrative/gmf/default.aspx>
22. GAUTIER Ar, BERRA N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale. *St-Denis Inpes Coll Baromètres Santé*. 2011;221- 237.
23. Code de la santé publique - Article L6323-3 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000017744182&dateTexte&categorieLien=cid%3E>
24. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142- 5.
25. Pasquier Estelle. Comment préparer et réaliser un entretien semi dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [Internet] [mémoire de médecine générale]. Lyon Nord; 2004 [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf

26. Définitions : collaborer - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140>
27. Une clé d'échanges de données personnelles de santé au bénéfice des patients : coordination des parcours et coopérations interprofessionnelles [Internet]. Ordre national des médecins. 2013 [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/messageries-securisees-de-sante-1318>
28. Brémond Alain, Goffette Jérôme, Moumjid-Ferdjaoui Nora. La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder [Internet]. [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: <http://clge.fr/IMG/pdf/RelationMedPatient.pdf>
29. Code de déontologie médicale - Article 35. Code de déontologie médicale.
30. Berland Yvon. Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé [Internet]. HAS; 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/les_pratiques_actuelles_de_cooperation_analyse_des_temoignages_des_professionnel_s_de_sante_2007.pdf
31. Définitions : rationalisation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 19 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rationalisation/66645>
32. Fivaz Caroline, Le Laidier Sylvie. UNE SEMAINE D'ACTIVITÉ DES GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX. Point Stat. 2001;(33):1- 8.
33. Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Tailliet F, Olier L. Quelles perspectives pour la démographie médicale. Insee Réf Fr Ses Régions Éditions 2010Insee Paris [Internet]. 2010 [cité 17 mars 2014]; Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/fsr10g.PDF
34. Dormont B, Samson AL. Démographie médicale et carrières des médecins généralistes: les inégalités entre générations. Econ Stat. 2008;414(1):3- 30.
35. Article 93 - Exercice en commun [Internet]. Ordre national des médecins. 2012 [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-93-exercice-en-cabinet-de-groupe-317>

36. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Quest D'économie Santé* [Internet]. 2010 [cité 17 mars 2014];157(6). Disponible sur: <http://www.egora.com/sites/default/files/Qes157.pdf>
37. Barlet Muriel, Cavillon Marie. La démographie des infirmiers à l'horizon 2030. *Etudes Résultats*. 2011;(760):1- 8.
38. JUILHARD J-M, CROCHEMORE B, TOUBA A, VALLANCIEN G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement. Paris IGAS [Internet]. 2009 [cité 17 mars 2014]; Disponible sur: http://www.territoires-haute-normandie.net/iso_album/rapport_maison_de_sante_01_2010.pdf
39. Juilhard Jean-Marc. Rapport d'information sur la démographie médicale [Internet]. p. 36- 44. Report No.: 14. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>
40. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. 2002-194 févr 11, 2002.
41. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - Article 51. 2009-879 juill 21, 2009.
42. Bourgueil Yann, Le Fur Philippe, Mousquès Julien, Yilmaz Engin. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. *Quest Déconomie Santé*. 2008;(136):1- 8.
43. Genisson Catherine, Milon Alain. Rapport d'information sur la coopération entre professionnels de santé [Internet]. 2014. Report No.: 318. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-3181.pdf>

ANNEXES

Guide d'entretien

Le guide d'entretien a évolué tout au long de l'étude. L'objectif de ce guide était d'aborder les principaux sujets sans influencer les personnes interrogées.

- Présentation de la thèse avec énonciation du sujet. Il est précisé à ce moment que 2 autres thèses sont réalisées dans le même temps, l'une se basant sur le point de vue des médecins et l'autre sur le point de vue des patients. Les médecins et les patients n'appartenant pas au même secteur que les IDE interrogés.
- Quel est votre avis général sur la collaboration MG-IDE dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques de type 2 insulino-requérant ?
- Quels sont les moyens de communication utilisés ? relances parfois utilisées pour évoquer le carnet de surveillance glycémique ou l'utilisation du patient comme intermédiaire dans la communication MG-IDE.
- Satisfaction de la disponibilité des MG
- Satisfaction de la relation MG/IDE ? Description du lien actuel entre MG et IDE ?
- Satisfaction de la prescription : ordonnance suffisante ? nécessité d'introduire des protocoles ? compréhension des prescriptions ?
- Différence de prise en charge MG/Specialiste, différence de collaboration MG/IDE et Spécialiste/IDE ?
- Quels sont les rôles des IDE ? initiation insuline, adaptation des doses, éducation thérapeutique
- Quels sont les rôles des médecins ?
- Quels sont les rôles des patients ?
- Points positifs et négatifs de cette collaboration ?
- Désirs d'évolution de cette collaboration ? Evolution de l'éducation thérapeutique, évolution de l'organisation des soins ambulatoires regroupés au sein de maisons médicales, évolution de la formation, évolution des rôles propres ?
- Caractéristiques des IDE interrogés : âge, sexe, ancienneté en libéral, type de formation suivie, lieu d'exercice et structure d'exercice. Niveau de formation.

1^{er} entretien

(28/02/2012)

Quel est votre avis général sur la collaboration entre MG et IDE à propos de l'insulinothérapie chez le patient DT2 ?

Pour nous, la communication entre médecins et infirmières, ça dépend des médecins. Nous avons un médecin qui nous laisse très libre : il part sur une base et puis il dit que c'est à nous de juger, vu qu'en plus en y allant tous les jours on voit comment les personnes s'alimentent comment elles se comportent, ce qu'elles font dans la journée et tout. Ce qui est logique car le médecin souvent il prescrit et il ne revoit le malade qu'à distance, souvent 15 jours, 3 semaines après, n'est ce pas !

Un autre médecin, absolument pas, c'est lui le chef mais on se permet quand même quelques fois de baisser si on voit que c'est trop haut parce qu'on ne voudrait pas que le patient nous fasse une hypo, parce que les hypos ...

Ca vous angoisse les hypoglycémies ?

Moi je crains beaucoup plus les hypo que les hyper. Les hypo peuvent avoir des répercussions, vous le savez aussi bien que moi, très importantes ...

Trouvez vous que le médecin vous laisse trop libre ?

C'est à lui de prescrire mais on se met en rapport. Tout est une histoire de communication

Quels sont vos moyens de communication ?

Par le téléphone ou on passe le voir et on lui dit écoute j'ai un problème. Ou ça va bien j'ai pas de problème urgent et on le renvoie avec le cahier vers le médecin. Et en rapport avec l'hémoglobine glyquée lui aussi voit si .. (blanc)

Vous avez l'impression d'avoir un retour quand vous envoyez le patient ?

Le médecin avec qui on a plus de communication nous donne un retour à la consultation. Mais souvent aussi c'est le patient. Mais quelque fois avec le patient, c'est un peu déformé. C'est le problème. Voilà.

Qu'est ce que vous attendez du médecin qui prescrit l'insuline ?

Sur l'ordonnance vous savez je crois qu'un médecin prescrit une base. Pour lui on a l'habitude, on voit plus ou moins. Donc il part d'une base jamais très très haute parce que selon les gens, certains réagissent plus ou moins. On a vu des gens se trouvant sous insuline qui avec très peu d'unités prenaient conscience et faisaient très attention, d'autres non. C'est très variable selon les patients. Des gens qu'on ne s'y attendait pas on pris conscience du jour au lendemain. Par contre, bien souvent je trouve que certains malades devraient être mis plus tôt sous insuline. Parce que je trouve qu'avec les médicaments, ne se contrôlant pas, ils font des hypo.

Que pensez-vous de l'ordonnance succincte « à adapter aux glycémies »? Que pensez-vous des protocoles ?

Protocole, protocole... Mais le protocole est en rapport de chaque patient. Parce que les protocoles stricts moi, j'en reviens. J'ai le cas de ma mère qui est diabétique et se pique 3 fois par jour qui est suivie par un endocrinologue aussi. L'endocrinologue est très gentil et me dit « ba écoutez c'est vous qui voyez quand même ». A un moment oui c'est arrivé il a dit « bon on va changer d'insuline », ça ce n'est pas de notre ressort. Il est plus apte quand même, surtout l'endocrinologue. Ce que je regrette c'est que bien souvent les médecins généralistes ont du mal à envoyer voir un endocrinologue. Je ne dis pas qu'il faut les envoyer systématiquement mais quelques fois au bout de certains temps c'est mieux quand même (blanc)

Parce que vous trouvez que des fois ça traîne trop avec des glycémies trop hautes ?

Les endocrinologues sont bien là pour quelque chose ...

Avez-vous des propositions pour améliorer la collaboration actuelle ?

Ba c'est les rapports quelques fois. Y en un avec lequel ça va et avec l'autre, on est vraiment l'exécutante, « c'est moi le chef », on n'a rien à dire. (blanc)

Vous n'avez pas votre mot à dire ?

Pas souvent ou alors si on émet une idée il nous prescrit le contraire.

Est-ce que le patient le ressent ?

Quelques fois oui. Je vois dans les pansements. Les pansements nous on essaie quelque chose, on voit régulièrement, on demande des prélèvements et on les a 3 mois après et souvent on a raison, il y a un microbe.

Comment réagi le patient ?

Ca dépend des patients. Y a des patients qui insistent en disant « bon écoutez j'en ai marre », dans ces cas la bon il le fait mais sinon ceux qui n'insistent pas subissent. Ils n'osent pas aller contre le médecin, ils n'osent pas changer de médecin parce qu'ils ont l'impression qu'ils ne peuvent plus changer.

Les médecins qui communiquent peu avec vous communiquent également peu avec les patients ?

Exactement. Bon on fait quelques fois entre deux puis le jour de la visite on remet ce qu'il a dit. Parce qu'on voit quand même pour le patient. Ce n'est pas évident cette impression d'être, pas rejetée mais cette impression de n'être là que pour servir. Nous ne sommes que des simples infirmières, exécutantes. Nous n'avons pas notre mot à dire. C'est comme ça, je pense que le problème existe un peu partout.

Est-ce que le patient vous transmet des consignes que le MG lui a données pour vous ?

Oui souvent.

Et vous en êtes satisfaites ?

Pas toujours, selon les réflexions, pas toujours. Les consignes on en tient compte, si ça nous semble bizarre on va voir le toubib et puis c'est tout. Ça arrive que ce soit déformé, ça arrive souvent, y a l'ouïe tout ça, ils ont plus ou moins bien compris, ça peut arriver.

Quel est le type de patientèle que vous suivez ?

Beaucoup de personnes âgées.

Initiez-vous des traitements par insuline pour des patients qui seront par la suite indépendants quant à leur piqure ?

Ça dépend de l'âge. On a mis une jeune en route, au début on y allait tous les jours puis après on a espacé. On lui a appris, on l'a éduquée pour qu'elle se pique elle-même. On lui dit qu'il y a une possibilité de nous joindre si elle a un problème.

Si vous rencontrez un problème, c'est facile de joindre un MG ?

Oui dans l'ensemble oui. On lui téléphone. Faut dire ce qui est.

Utilisez-vous le carnet de suivi pour communiquer ?

On note les dosages, les prises de sang, le poids. On essaye de surveiller le poids parce que quelques fois sous insuline au début ils ont tendance à grossir. C'est tout. Je sais que selon le protocole on devrait, mais bon ... Si il y a quelque chose de particulier, on le note sur le carnet, par exemple les repas de famille, les gastro, pour que le médecin sache.

Comment se passe l'initiation à l'insuline ?

Le patient me contacte un peu affolé, souvent. Pour beaucoup de gens, c'est la hantise de l'insuline. De devenir plus dépendant. C'est la hantise de l'insuline. Ils ne sont pas bien informés. Il faut surtout les rassurer. Il ne faut pas paniquer.

Donc pour synthétiser votre vision du rôle IDE : exécution, réassurance, éducation sont vos 3 fonctions principales ?

Pour l'éducation au niveau du pied on a du mal. En principe 4 séances de pédicure sont prises en charge, mais ça ils ont beaucoup de mal.

Et pour synthétiser votre vision actuelle de la prise en charge des patients DT2, le frein principal est la communication ?

Avec les médecins qui refusent d'avoir une communication les tâches à effectuer elles sont limitées. Avec les autres médecins, les problèmes se règlent plus facilement.

Caractéristiques de l'interviewée :

Femme de 63 ans, travaille au sein d'un cabinet de groupe de 3 IDE en milieu rural.

Installée en libéral depuis 32 ans.

A assisté à quelques séances de formation continue sur le diabète

Fait en moyenne 15 injections d'insuline tous les matins pour le cabinet avant 8h30

2^e entretien

(28/02/2012)

Quel est votre point de vue sur la collaboration entre le MG et l'IDE dans le cadre de l'insulinothérapie chez le DT2 ?

On a un médecin avec qui on peut adapter les doses en fonction des résultats. Et on a un autre avec lequel on ne peut pas trop. Si on veut changer il faut qu'on porte régulièrement le carnet au médecin pour qu'il gère. Pour 2 patients au bout de 6 mois il a dit : « pour la rapide vous pouvez moduler un petit peu en fonction des résultats ». Il a fallu que la confiance s'installe. C'est le médecin qui décide. Quand on a géré un peu, il a dit qu'il voulait être prévenu car ce n'était pas ce qui était marqué sur l'ordonnance. Ça commence à aller mieux. C'est une question de confiance. C'est important, baisser ou monter de 2 unités ne justifie pas de consultation ou de déranger au téléphone. Si on a un gros souci bon ... On a un jeune de 45 ans 150kg qui a des 2g le matin à jeun, mais qui ne respecte absolument pas le régime, ça le fait rire, on ne va pas déranger le médecin pour ça. On ne va pas déranger le médecin. On conseille sur le régime mais il rigole alors qu'est ce que vous voulez qu'on fasse ? A l'hôpital le patient est obligé, il a un régime à respecter. Il ne se rend pas compte des conséquences.

En cas de soucis, les MG sont ils facilement joignables ?

Oui oui. On appelle, on laisse un message à la secrétaire et ils nous rappellent jusqu'à 18-19h ou elles nous le passent directement. Il n'y a jamais de gros soucis. On n'a pas de numéro de portable mais ils sont facilement joignables. Ici on a 2 médecins et demi car il y en a un à mi-temps.

Les ordonnances sont-elles assez précises ? Que pensez-vous des protocoles ?

Oui, on n'a pas besoin d'un protocole. C'est toujours la même base. Quand on a un doute on appelle parce qu'ils n'ont pas tous les mêmes objectifs ! Il y a une grosse différence entre l'ordonnance de sortie de l'hôpital et la prescription initiale par les médecins généralistes.

Que pensez-vous de la prise en charge des spécialistes par rapport à celle des MG ?

On a 2 patients qui sont allés en ville voir un spécialiste mais c'est perturbant car il n'en dit pas plus que le médecin traitant. C'est déstabilisant.

Le patient peut-il être utilisé comme moyen de communication ?

Ça dépend des patients. Non, pas trop quand même. La plupart des patients on les suit parce qu'ils ne peuvent pas le faire eux-même. Quelques uns arrivent à faire leurs tests mais ne veulent surtout pas se piquer. On en a qui ne savent même pas ouvrir l'appareil. On en a qui savent à peine lire. C'est compliqué, déjà de mettre les bandelettes dans le bon sens. Ils ont entre 75 et 85 ans. On utilise beaucoup le petit carnet, on leur demande de le ramener pour leur consultation avec leur médecin, parce que c'est important. Il y en a qui l'oublie à chaque fois, c'est un peu volontaire.

Faites-vous des initiations à l'insuline ?

Oui on y va 15 jours ou un mois. La première semaine on les pique puis on leur explique le fonctionnement. Le plus compliqué c'est de purger le stylo, après ça va. Ceux qui ont envie de continuer à avoir une vie normale, ceux qui veulent devenir autonomes, on le voit dès le départ, ils prennent des initiatives, font leurs tests. Au bout d'un mois celui qui ne fait rien, je crois que celui là il n'a pas envie de s'y mettre.

Qu'attendez-vous du MG ?

Ça c'est difficile. Moi je veux une prescription. Qu'il soit joignable en cas de soucis. Ça c'est important. On a rarement d'hypo comme d'hyper, ça se passe toujours bien. On n'a jamais de gros soucis.

Quelles sont les évolutions possibles pour améliorer la collaboration MG-IDE ?

On est en train de créer une maison de santé avec les médecins généralistes, la kiné et le dentiste avec comme projet de soins le diabète. Car on a trouvé que c'est une maladie qui engendre pas mal de chose.

Caractéristiques de l'interviewée :

Femme de 49 ans, installée au sein d'un cabinet de 3 IDE en milieu rural. Libérale depuis 29 ans.

Absence de formation spécifique sur le diabète

10 patients diabétiques insulino-requérant suivis en ce moment.

3^{ème} entretien

Quel est votre avis par rapport à la collaboration MG-IDE dans la prise en charge des patients DT2 sous Insuline ?

Ça se passe plutôt bien. Les patients sont pour la plupart éduqués au moins pour les glycémies capillaires. Les diabétiques représentent une grosse part de notre activité. On n'a pas de véritables soucis, pas de coma. On est parfois confronté à de grosses hypoglycémies mais elles sont plutôt secondaires à des erreurs d'alimentation. En règle générale, les patients sont sous insuline lente type Lantus ou Levemir, ce qui évite les gros problèmes d'hypoglycémies. Quelques patients sont sous insuline rapide avec un schéma à 3 injections par jour.

Quel sont les relations entretenues avec le MG ?

En règle générale, je conseille que le patient voit un diabétologue systématiquement pour permettre un bilan complet qui n'est pas réalisé en ville, sauf l'HbA1c tous les trimestres, les glycémies post prandiales et à jeun, plutôt bien fait. Je n'ai pas un seul patient diabétique de type 2 sous insuline suivi uniquement par son médecin. Je n'ai pas de retour négatif, ni de la part des patients ni de la part des médecins.

Que faites-vous en cas de problème rencontré ?

J'appelle systématiquement le médecin. Pour l'adaptation des doses, je gère, j'ai les reflexes d'IDE de diabétologie. Au début de mon travail en libéral je sollicitais souvent le Dr Richard, diabétologue à Vernon pour ses patients.

Je trouve qu'il manque une consultation infirmière : un temps pour reprendre la diététique, gros point noir pour l'équilibre du diabète, les besoins d'activité physique. Mais il n'y a aucune rémunération derrière cela.

Je demande que mes patients aillent chez le pédicure au moins 2 fois par an

Que pensez-vous de l'éducation des patients DT2 sous Insuline ?

La moyenne d'âge est de 80 ans, les patients sont plus difficiles à éduquer que les patients jeunes.

Je pars toujours du principe que les patients sont éducatibles pour garder une autonomie. J'essaie systématiquement que le patient ou un membre de sa famille sache injecter l'insuline pour qu'il y ait toujours quelqu'un qui gère en cas d'impossibilité de l'infirmière de se déplacer.

Avez-vous des remarques sur l'ordonnance ?

Il existe de gros soucis par rapport aux cotations. Il faut préciser sur les ordonnances que les injections doivent être réalisées à 12h d'intervalle sinon on a des problèmes de remboursement par la sécurité sociale pour les schémas à 3 injections.

Lors de la mise en place de l'insulinothérapie, il manque toujours des petites choses donc on garde un peu de matériel. Mais avec l'autorisation de prescrire le matériel pour les infirmiers, ça ne pose plus de problème.

Par contre, beaucoup de patients n'ont pas de carnet de suivi diabétologique.

Que pensez-vous des protocoles ?

Il n'y en a quasiment jamais sauf quand ils sortent d'hospitalisation, il arrive que les patients aient une feuille de consignes pour les infirmiers.

J'ai l'impression que les infirmiers qui n'ont pas de formation en diabétologie ne connaissent pas grand chose à la diabétologie. Bien sincèrement, il y a beaucoup de choses à faire.

Y a-t-il des désaccords avec les MG ?

J'ai eu un médecin qui me demandait de baisser les doses chez une patiente qui avait de la fièvre, je l'ai appelé car je n'étais pas d'accord, on s'est disputé donc je l'ai écouté. Au final, tout est rentré dans l'ordre pour la patiente après l'épisode aigu fébrile.

Il y a beaucoup d'idées reçues encore véhiculées par les MG, par exemple, « mon MG m'a dit de ne pas manger de féculents ». Il est très difficile de reprendre ces idées reçues.

Utilisez-vous le carnet de suivi pour communiquer avec le MG ?

Oui, je note les résultats biologiques, les différents rendez-vous médicaux, je note les explications de certaines glycémies anormales : jeun, pathologie aiguë, anniversaire. En cas de déséquilibre prolongé, on fait faire l'ECBU et on fait réguler ensuite par le médecin traitant.

Comment jugez-vous la communication avec les MG ?

J'ai l'impression d'être très privilégiée. J'ai de bons rapports avec les médecins généralistes et globalement, ils nous écoutent. Par contre, il ne faut pas heurter leur sensibilité.

Par contre je la juge insuffisante. On essaie de se voir pour discuter des patients, mais au maximum 2 fois par an. Il n'existe pas de communication posée, c'est toujours dans la précipitation, on n'arrive pas à avoir de communication collégiale. C'est lui qui décide et on reste sur la réserve. On demande un conseil mais il n'y a pas de vrai échange. Ce n'est pas collégial, il n'y a pas d'esprit d'équipe.

Donnez-vous un rôle au patient dans cette communication ?

Non, je ne passe pas par les patients car ils ne retranscrivent pas les choses correctement, c'est le grand danger, je l'ai appris à mes dépens. Ils ne comprennent pas tous les termes.

Des fois, exaspérée, j'ai demandé aux patients de changer de praticien. Un manque de suivi, un patient en détresse, le médecin sollicité et pas de retour. J'ai toujours assumé. J'ai gardé mes patients, ils ont changé de médecin. A chaque fois, j'ai eu raison de le faire.

Avez-vous des propositions à faire pour améliorer la communication IDE-MG ?

Il y a beaucoup de choses à changer mais pas sur le diabète car c'est une des pathologies qui se gère le mieux. Moi les protocoles ca ne me servirait pas mais ça servirait peut être à mes collègues.

En revanche, j'aimerais avoir une consultation Infirmière de diabétologie pour remettre les choses au goût du jour. On est un peu enseveli sous les protocoles.

Caractéristiques de l'interviewée :

Femme, 34 ans, exerce au sein d'un cabinet mono-disciplinaire de 4 IDE, en milieu urbain

IDE libérale depuis 9 ans

Ancienne IDE de diabétologie pendant 4 ans (1^{er} poste en néonatalogie)

4^{ème} entretien

(11/10/2012)

Quel est votre avis général sur la collaboration MG-IDE dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2 insulino-requérant ?

IDE 1 : Nous on a la chance d'avoir une bonne communication avec les médecins généralistes, il y a quand même un suivi avec les médecins. On a la chance d'avoir des médecins qui ont fait la formation de diabétologie

IDE 2 : oui, c'est sûr qu'ils vérifient toujours les carnets.

IDE 3 : Là ou on a moins de relation c'est avec les organismes extérieurs type MAREDIA

IDE 2 : Si je peux être critique, sur les HbA1c, on n'a pas de retour, on n'est pas au courant des résultats. C'est à nous d'aller regarder les résultats des bilans.

Comment le carnet est-il utilisé ?

IDE 3 : Le médecin marque quand il veut qu'on augmente ou ils nous mettent aussi le protocole qu'ils veulent

IDE 2 : Mais on n'a pas d'objectif précis de glycémie

IDE 1 : Tous les gens qu'on suit sont des personnes âgées, je pense que les médecins sont un peu plus au top avec des gens un peu plus jeunes. Même si on a une HbA1c qui n'est pas tip top, on ne va pas changer les bonnes habitudes, surtout en terroir normand !

C'est vrai qu'on motive moins une personne qui a 86 ans qu'une personne plus jeune.

IDE 3 : S'ils veulent un petit gâteau on les laisse

IDE 2 : Mr ** a pris un croissant ce matin et ce midi il a 3g, c'est normal on est bien !

IDE 1 : On leur dit « ne recommencez pas trop souvent », mais ils ne nous demandent pas notre avis. Ils sont gourmands, ils sont gourmands. Puis déjà la personne âgée est gourmande. Au niveau de l'alimentation ils vont privilégier le sucré.

Quand ressentez vous le besoin d'avoir une communication avec le médecin ? Par rapport à quoi ?

IDE 3 : On est assez autonome, par rapport à l'insuline, à l'augmentation ou à la diminution. Ils nous laissent gérer. Entre nous on attend toujours qu'il y ait 3 jours élevés pour augmenter, par contre si c'est bas on descend tout de suite. On a le protocole qu'on nous donne en formation, on est une équipe qui fait beaucoup de formation.

Avez-vous des remarques sur les ordonnances ?

IDE 3 : Il y a quelques médecins qui nous donnent les cibles à atteindre mais c'est rare. Si les ordonnances ne nous conviennent pas on les renvoie en leur demandant de marquer ce qu'on veut dessus.

Qu'est ce qui peut ne pas vous convenir ?

IDE 3 : Pour le matériel on est totalement autonome, à part le lecteur qu'on ne peut pas prescrire.

Quels moyens de communication utilisez-vous ?

IDE 3 : On a leur numéro de téléphone portable, moi j'envoie des SMS.

IDE 2 : Sinon on les appelle on a aussi leur numéro de ligne directe dans leur bureau.

IDE 1 : On les contacte relativement facilement.

IDE 3 : Pour des médecins avec qui on travaille moins, quand on appelle leur secrétariat, on nous les passe relativement facilement.

Utilisez-vous parfois le patient ?

Ensemble : Ça arrive.

IDE 2 : Ça peut arriver mais il faut qu'on ait confiance.

IDE 1 : Il y a la notion de l'âge, ils sont dépendants, on revient toujours à la même chose.

IDE 2 : Quand on fait des éducations, là on passe par le patient pour informer le médecin, parce que ça dure un mois et que les gens sont amenés à voir leur médecin, et qu'ils sont un peu plus jeunes quand même.

Que faites-vous en cas de désaccord avec le médecin ?

IDE 2 : Dans ce cas on les appelle pour comprendre

IDE 3 : Systématiquement quand ils sortent d'hospitalisation et qu'on a la première insuline à faire, généralement on baisse l'insuline car l'alimentation n'est pas du tout la même à domicile, c'est un grand changement, on est méfiant.

Avez-vous une formation spécifique sur le diabète ?

IDE 2 : Il faudrait que je la refasse car c'est la première que j'ai faite quand même. Et on a fait la formation MAREDIA aussi l'année dernière qui était très intéressante d'ailleurs.

Y a-t-il une différence quand les ordonnances viennent d'un généraliste ou d'un spécialiste en ville ?

IDE 1 : Pour nous c'est faussé car un bon nombre de médecin avec qui on travaille a fait une formation DU diabétologie, donc de ce fait ils gèrent mieux.

IDE 2 : On en a quelques un quand même qui sont suivis par un endocrinologue

IDE 3 : Mme ** je lui avais quand même conseillé de voir un diabétologue, l'équilibration était difficile.

Comment se déroule l'éducation thérapeutique du patient ?

IDE 3 : En général ils ont déjà quelques notions puisque le diabète est déjà traité depuis plusieurs années avant de passer à l'insuline.

IDE 2 : Pour certains c'est une découverte hospitalière donc ils ont déjà reçu quelques notions pendant leur hospitalisation.

IDE 1 : Mais ils reçoivent tellement d'informations qu'ils sont saturés. Ils ont besoin de remettre les choses à plat.

IDE 3 : Parfois on a des problèmes avec internet chez les patients jeunes.

Que pensez-vous de la communication actuelle avec les MG ?

IDE 3 : Bonne, ils sont vachement disponibles et à l'écoute.

Avez-vous des propositions pour faire évoluer les choses ?

IDE 3 : J'aimerais bien qu'ils notent plus les résultats, avoir les HbA1c.

IDE 2 : On a travaillé avec eux pendant 25 ans, ils étaient installés en face de notre cabinet, ils viennent de déménager, on mange de temps en temps ensemble.

IDE 1 : On était une maison médicale, en contact direct quotidiennement

Que pensez-vous du travail hospitalier ?

IDE 2 : C'est indispensable, c'est formateur.

IDE 1 : C'est obligatoire maintenant mais ça ne l'était pas à notre époque. Je conseille à toutes nos élèves infirmières de tourner dans les services. C'est là où on se fait la main.

IDE 3 : C'est indispensable.

Y a-t-il une autre pathologie qui nécessiterait plus de communication que le diabète?

IDE 3 : Pour le diabète on est formé, on est assez autonome, mais c'est sûr c'est 70 % de notre activité.

IDE 2 : On est autonome car on peut prescrire nous même le matériel.

IDE 1 : On est autonome aussi par la possibilité d'adapter nous même les posologies, autonome de par les formations. Là où on aurait besoin de plus de communication c'est pour l'INR

IDE 3: oui l'INR. Là ils l'ont refilé au pharmacien mais ils n'ont pas reçu de formation. A partir de janvier, on devra demander aux pharmaciens.

IDE 3 : nous on va rester avec nos médecins je pense pour l'INR.

Caractéristiques des IDE interrogées :

Cabinet médical de 4 IDE en milieu semi-rural.

IDE 1 : Femme, 56 ans, depuis 23 ans en libéral, a travaillé en milieu hospitalier puis arrêtée 7 ans pour élever ses enfants

IDE 3 : 36 ans, depuis 5 ans en libéral, néphrologie dialyse, infirmière militaire (adjudant chef)

IDE 2 : 56 ans en libéral depuis 25 ans, 10 ans à becquerel

5^{ème} entretien

(22/10/2012)

Quel est votre avis général sur la collaboration entre le MG et les IDE par rapport à la prise en charge du patient diabétique de type 2 insulino-requérant ?

Souvent, chacun a son rôle. En général, ça dépend des soins, mais les tâches sont séparées. On est des exécutants. Le médecin va dicter une ligne de conduite.

Les MG sont ils facilement joignables ?

Je n'ai pas trop de soucis, ça se passe bien. J'ai travaillé 9 ans à l'hôpital et on a ouvert le cabinet ouvert il y a 1.5 an. Nous, ce qu'on a fait au début c'est qu'on s'est présenté à tous les médicaux et para médicaux du quartier. On n'a pas de problème pour aller voir un médecin généraliste. Des fois à l'hôpital c'est plus difficile de joindre les médecins, ça dépend des humeurs des messieurs, alors qu'ils sont normalement à disposition. A domicile, je pensais que j'aurai plus de mal mais en fait c'est pas si mal. L'accessibilité du médecin généraliste est quand même relativement facile.

Quels sont les moyens de communication utilisés ?

Le téléphone. Le mail, très peu, il n'y a pas beaucoup de médecins qui l'utilisent. La nouvelle génération oui mais encore c'est pas dans les mœurs. Nous, avec ma collègue on s'envoie tout par mail. Avec le médecin, c'est pratiquement que du téléphone mais on passe aussi directement au cabinet. C'est plus sympa, on ne le fait pas tout le temps, mais pour des cas particuliers.

On n'a pas trop besoin de communication avec le médecin généraliste à propos du diabète, sauf quand il n'est pas équilibré. Quand il est équilibré ça va tout seul. En général, je demande quand il doit voir le médecin et je mets un petit mot dans le carnet. C'est le plus simple et en même temps ça ne dérange personne.

Utilisez-vous le patient pour communiquer avec les MG ?

La communication par le patient, ça peut arriver, mais ce n'est pas privilégié. L'avantage du carnet c'est qu'ils l'emmenent partout, ça marche plutôt pas mal.

Des fois des soucis personnels peuvent faire évoluer le traitement du patient. Le diabète est une pathologie que les infirmiers connaissent bien. J'ai passé mon DE en diabétologie.

Pour une patiente, son diabète a été très long à équilibrer, on a passé pas mal de coup de fil, fait des propositions et une fois équilibré, elle a commencé à refuser la prise en charge du soir. La patiente n'osait pas nous le dire, du coup le médecin a changé la prescription.

Que pensez-vous des protocoles ?

On nous donne un protocole et c'est à nous de l'adapter. On ne va pas appeler le médecin pour 2 unités. Le protocole, ça dépend de l'équilibre, mais quand c'est équilibré on a juste la dose désirée. Des fois sur l'ordonnance des infirmiers, on n'a même pas le dosage.

Le protocole est très rare sauf pour les ordonnances hospitalières. Ça pourrait être bien de mettre des repères. Pour moi ça va j'arrive à gérer le truc, un peu à ma sauce. On ne peut pas faire ça en début de carrière. Il faut de l'expérience, mais le diabète on en rencontre beaucoup à l'hôpital.

Faites-vous de l'éducation thérapeutique ?

L'éducation thérapeutique, pour moi personnellement c'est tellement important. Il faut s'arrêter et expliquer et parfois répéter. On peut s'arrêter 10 minutes quand même, c'est notre travail.

Avec certains patients, il y a la barrière de la langue. Certains patients ne comprennent pas le français. Le diabète c'est assez compliqué, avec la langue en plus c'est pas facile. Des recommandations sont simples : surveillance des membres inférieurs, surveillance urinaire. Ce n'est qu'une question à poser. Le mal perforant plantaire c'est le minimum à expliquer, expliquer comment les regarder. On n'a pas besoin de temps pour ça

Trouvez-vous des différences dans la prise en charge des patients par les MG et par les spécialistes ?

Les spécialistes sont plus tournés d'abord vers les insulines lentes. Les généralistes mettent plus les mixtes. Ca dépend aussi du médecin, il y en a qui programment un séjour en diabétologie.

Trouvez-vous votre formation suffisante ?

C'est un métier de terrain, on s'adapte. J'ai travaillé dans différents services comme les urgences, la réanimation chirurgicale, puis en salle de réveil, on fait beaucoup de gestion d'insuline rapide ça permet d'avoir des repères.

Quelles remarques pouvez-vous faire sur la collaboration actuelle ?

Il n'y a qu'un seul sens de communication.

Par exemple, j'ai une patiente, déséquilibrée sur le plan de son diabète, qui a eu son traitement modifié suite à une hospitalisation, et nous on a aucune information là-dessus. Sur une prise en charge comme ça, il n'y a pas de communication du médecin envers l'infirmier.

Il n'y a qu'un seul sens de communication, sauf s'il y a des erreurs. Les médecins nous appellent très peu, ça manque un peu. Quand il y a un gros changement de traitement, savoir pourquoi il fait ça ... Ils ne sentent pas de le faire. Ca manque un peu.

Caractéristiques de l'interviewé :

Homme, 31 ans, cabinet de 2 IDE en milieu urbain. Diplômé de 2004

A beaucoup remplacé en libéral avant son installation.

6^e entretien

Quel est votre point de vue général sur la collaboration MG-IDE dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2 insulino-requérant ?

On se débrouille tout seul. Le problème c'est que quand les gens sortent de l'hôpital on a des consignes bien précises mais au retour à domicile, les régimes alimentaires changent et ils refont de nouveau des écarts donc on adapte les doses. On ne donne plus de conseil alimentaire après 70 ans soit ils ne comprennent pas, soit ils s'en foutent. On redit on réexplique à chaque fois mais on se rend vite compte que les gens n'ont pas envie. L'éducation thérapeutique, c'est bien chez les gens jeunes.

Quel est le type de patients que vous suivez ?

Des patients mal voyants, déments, séniles, de bas niveau intellectuel, d'ailleurs souvent lié à un bas niveau social.

Quand avez-vous besoin de contacter le MG ?

Avec l'expérience on se rend compte qu'il ne faut pas descendre trop les personnes âgées. Autour de 1g20, 1g50, il ne faut pas les descendre trop, car parfois ils sautent un repas.

Quand il y a une difficulté à équilibrer, on essaye de contacter le médecin. On met un mot sur le carnet de surveillance, une annotation sur carnet « repas de famille », « soucis » car tout interfère. Mais je ne note pas de mot à l'intention du médecin traitant car en général ils n'aiment pas. Je ne communique pas du tout. On les appelle au début quand on ne les connaît pas puis on voit comment on est reçu. Parfois je mets des mots écrits dans la boîte aux lettres des médecins. On peut les joindre mais ça dépend comment on est reçu.

Il y a un groupe de médecins dont la secrétaire est super, mais les médecins eux-mêmes ne sont pas intéressés pour discuter avec les infirmières. Dans ce cas là je mets un mot chez le patient pour la visite. Des fois, j'utilise le patient comme moyen de communication, si j'estime qu'il peut répéter.

C'est sûr, c'est un peu décevant. J'ai fait 14 ans de CHU. La déception au début puis après j'ai compris. Ça fait 20 ans que je travaille avec les mêmes médecins.

Vous vous trouvez autonomes ?

Autonome, c'est-à-dire que les médecins sont aussi démunis que nous, ils se démobilisent. Le domicile c'est compliqué. On se rend vite compte que les gens ne respectent rien du tout. 1/100 suit sont régime. On adapte ...

Y a-t-il une différence de prise en charge entre le MG et le spécialiste ?

Ceux qui sont suivi par un endocrinologue, c'est plus intéressant, on a des nouvelles consignes. Les patients font attention pendant 8 jours, puis ça redéconne. Les médecins généralistes laissent parfois plusieurs mois des patients avec une insuline qui ne leur correspond pas mais je ne le dis pas aux médecins car ils n'aiment pas. Les médecins n'aiment pas qu'on leur demande des choses donc je ne leur demande rien.

Le spécialiste permet de faire un point, le patient se déplace, ce n'est pas le médecin qui vient chez eux donc il fait plus d'effort.

C'est mieux expliqué par le spécialiste. Le médecin généraliste, lui, met un mot dans un petit coin, gribouillé. Les ordonnances ne sont pas claires.

L'ordonnance vous parait insuffisante ?

Est-ce que je fais encore attention à l'ordonnance, c'est la question que je me pose ! Puisque je suis seule devant le patient ... à mon avis il faudrait oser changer l'insuline quand l'équilibre est difficile, mais je ne suis pas médecin.

L'ordonnance est toujours succincte : « faire x unités le matin x unités le soir ». Ce serait mieux d'avoir un protocole, on se sent aidé, ce n'est pas notre but de prescrire.

Je pense qu'il y a une lassitude qui s'installe chez le médecin généraliste. Je n'ai aucun jugement, je suis neutre. Mais pour nous, on est un peu livré à nous même.

Quand avez-vous le plus besoin de collaborer avec le médecin généraliste ?

Ça peut arriver au début de la prise en charge. Après on connaît notre client. Si vraiment on a des problèmes, on l'appelle.

Si je ne comprends pas l'ordonnance, je passe d'abord par le pharmacien pour comprendre

Comment se passent les initiations d'insuline ?

Quand le patient sort d'hospitalisation ce n'est pas plus clair que quand le médecin généraliste introduit l'insuline. Pour les éducations thérapeutiques, c'est plus long, plus intéressant, l'approche est complètement différente, il y a plus d'implication du patient. Il faut un temps d'acceptation, c'est traumatisant. Les gens sont très attentifs à leur régime, voire trop restrictifs. Je leur redonne quelques conseils diététiques. Dans ces cas là, la communication est possible. On est dans la même optique pour le client.

La chronicité crée à la longue le désintérêt du prescripteur. Faut dire qu'en tant que médecin généraliste, il y a énormément de gériatrie, c'est peut être usant à la longue, ce n'est pas le même enjeu. Je ne juge pas, je me dis que ce n'est plus la peine de les déranger.

Qu'aimeriez-vous améliorer dans la collaboration actuelle ?

Une ordonnance bien écrite, déjà ça serait bien.

Caractéristique de l'interviewée :

Femme, 58 ans, exerce au sein d'un cabinet de 2 IDE en milieu urbain. Installée en libéral depuis 20 ans, « Je regrette l'hôpital, je suis partie car on m'a refusé une mutation. »

Formation continue : « Enormément de formations faites mais plutôt sur la neurologie »

Formation diabète non faite : « Dans 3 ans je suis à la retraite. Je devrai en refaire une c'est vrai, mais c'est une organisation. Mais j'en aurai bien besoin. »

7^{ème} entretien IDE

(03/06/2013)

Quel est votre avis général sur la collaboration MG-IDE dans le cadre de la prise en charge du patient diabétique de type 2 insulino-requérant ?

En général, dans le centre ville, ça se passe très bien quand on a besoin de quelque chose ou d'une information. Avec 1 ou 2 c'est moins facile mais généralement quand on les sollicite, on a de bonnes relations, ils répondent à nos questions, ils nous font les ordonnances qu'il faut, il n'y a pas de soucis. Bon après, il y a des personnalités. Il y en a avec qui ça va se faire très facilement et il y en a d'autres qui sont toujours plus réticents. Mais bon, on ne s'est jamais fait envoyer promener. Franchement on a de bonnes relations.

Les MG sont-ils facilement joignables ?

Comme on les connaît maintenant, on a les numéros de téléphone où on peut les joindre, sinon quand on appelle dans les cabinets, quand on se présente ils nous prennent, car ils savent qu'on ne va pas les déranger pour des petites choses. La communication ne se fait que par téléphone.

Et le carnet de surveillance glycémique ?

Oui oui, on marque tout. On l'utilise pour que le MG le voie lors de la visite mensuelle.

Et passez-vous parfois par le patient pour communiquer avec le MG ?

Pour certains ... c'est rare ... c'est rare ... c'est pas toujours fait et c'est pas toujours bien fait. C'est vraiment rare. Ou par un membre de la famille qui suit bien, par qui on peut passer mais c'est rare, c'est rare.

Estimez-vous les moyens de communication actuels suffisants ?

Oui

Comment qualifieriez-vous votre lien avec les MG ?

C'est un collaborateur. Eux comptent sur nous et nous on compte sur eux. Il y a en plus le côté affectif pour certains. Il y a des gens avec qui ça se passe très bien qui ne vont pas hésiter à nous appeler et nous on ne va pas hésiter. Bon il y en a d'autres c'est plus distant mais ça bon, il y a des personnalités que ce soit même dans les jeunes ou dans les plus âgés des médecins, ça on n'y peut rien !

Quels sont les points négatifs de cette collaboration que vous aimeriez améliorer ?

Il n'y a pas de point négatifs sur le diabète mais sur le suivi des anticoagulants. Rares sont ceux qui rappellent les patients avec les résultats des INR. Il n'y a pas un bon suivi. C'est nous qui faisons le travail, l'adaptation de la posologie, le choix de la date du contrôle de l'INR. C'est vraiment un problème. Puis on rappelle le médecin pour valider notre « prescription ». C'est pour ça que depuis quelques années on refuse les contrôles d'INR le samedi. Il y a un gros problème sur la gestion des anticoagulants. A priori les pharmaciens vont prendre les choses en main. C'est une aberration, ils ne connaissent pas les gens. Nous, on y va régulièrement. Je serai pour avoir une petite formation et avoir aussi une rémunération.

Et sur le diabète ?

Au niveau du diabète ... souvent les patients sont suivis par un spécialiste. Non, je n'ai pas de soucis. Il n'y a pas de différence pour notre prise en charge que le patient soit suivi par un spécialiste ou par un généraliste.

Quelle est votre formation sur le diabète ?

Moi j'ai fait une formation sur le diabète en formation continue. J'ai appris des tas de choses. On est lié avec le service diabétologie du CHU, quand on a des questions on peut leur téléphoner. Quand le patient est passé par le service et quand ils donnent des consignes on peut les appeler pour savoir plus.

Que pensez-vous d'une consultation d'éducation thérapeutique faite par l'IDE ?

On va chez le patient tous les jours, l'éducation thérapeutique fait partie du traitement, on leur donne des consignes. Les diabétiques, c'est assez spécial ... ils ne comprennent pas toujours, puis ils nous cachent ce qu'ils ont mangé. A l'hôpital, ils nous ont dit qu'il fallait lâcher un peu de lest. Plus on est strict, plus ils vont faire des choses derrière nous. Il faut vraiment créer une relation de confiance avec le patient parce que sinon il va faire n'importe quoi. Et là, ça peut être embêtant.

Il vaut mieux répéter plusieurs fois que faire une consultation ... La consultation, ils vont retenir puis dans 8 jours, dans 15 jours ils auront oublié. Tandis que tous les jours, quand il y a un petit souci ou un événement on est plus à même de répondre aux questions. On adapte le traitement et on explique. C'est tous les jours, en parlant avec eux. Je pense que ce serait mieux qu'une consultation. On passe régulièrement si quelque chose ne va pas on peut adapter on peut expliquer pourquoi. Il faut prendre le temps, moi je ne viens pas faire que l'insuline. Je préfère prendre mon temps, c'est comme ça ! C'est une façon de travailler. On n'a pas toujours le temps mais on arrive à le trouver.

Avez-vous un désir d'accroissement des missions ?

Non, c'est déjà suffisant mais, pour revenir à l'INR, j'aimerais avoir l'autorité. Car je le fais tous les jours mais au moins on sait qui est responsable. Je le fais déjà mais je dois rappeler le médecin. C'est une perte de temps.

Quel est selon vous le rôle des 3 protagonistes dans la gestion de l'insuline du patient diabétique de type 2 ?

Pour les médecins, je dirais donner les grandes lignes sur le dosage. Expliquer au patient les risques de l'hyperglycémie et de l'hypoglycémie. Donner un point de vue médical au patient.

Nous, outre les soins, c'est la gestion du quotidien

Pour le patient, c'est se prendre en charge tout seul. Lire les résultats de glycémie capillaire, comprendre. Essayer qu'il s'intéresse à son problème permet une meilleure prise en charge. Plus il va s'investir, mieux ce sera. Le diabète est insidieux. On ne voit pas les complications. Les patients diabétiques, pour eux, ne sont pas malades !! Ils ne ressentent pas la maladie.

Estimez-vous la communication unilatérale ?

Peut-être, mais ça dépend des médecins. Mais bon à chaque fois qu'on demande quelque chose on a un retour. Pas plus que ça.

Caractéristiques de l'interviewée :

Femme, 53 ans, installée dans un cabinet de 2 IDE en milieu urbain. Libérale depuis 1987

Etudes à Paris à l'AP et a travaillé en clinique dans différents services.

1 seule patiente diabétique insulino-requérante prise en charge actuellement : un diabète gestationnel.

8^{ème} Entretien

(05/06/2013)

Quel est votre avis sur la collaboration MG-IDE dans la prise en charge du DT2 insulino-requérant ?

Par rapport à notre clientèle, on avait une patiente diabétique de type 2 avec 2 passages par jour, qui vient de décéder. C'est la seule patiente diabétique qu'on avait en chronique, faut dire qu'on a un petit secteur. On avait de bonnes relations, enfin des relations correctes avec son médecin, on a de bons retours. Bon, il ne voulait pas qu'on touche aux doses d'insuline, qu'on les adapte, ou quoique ce soit ... Mais le dernier mois le médecin nous a demandé des HbA1c toutes les semaines et à la fin du mois il réajustait, ou pas, les doses d'insuline en fonction du résultat. On avait de bons rapports avec ce médecin là.

En fait, Il s'avère que je suis remplacement au niveau de ce cabinet depuis bientôt 4 ans et je ne suis collaborateur que seulement depuis 1 mois. En fait si vous voulez depuis que je suis arrivé c'est plutôt mon collègue qui a des rapports avec les médecins généralistes. Moi c'est quand même assez rare. Ça limite mon expérience par rapport à ça.

Vous ne pouviez pas adapter les doses ?

Non, le médecin ne voulait pas qu'on touche aux doses. Moi j'avais modifié une dose mais mon collègue m'a dit que c'était une des consignes du médecin de ne pas toucher aux doses. Il voulait que les doses restent fixes. Parce que la patiente était difficile à équilibrer, enfin je suppose j'explique ça comme ça, après moi je ne suis pas médecin. Ses glycémies étaient très très variables surtout en fin de journée. Ce n'était pas un manque de confiance mais une prise en charge particulière pour cette patiente.

Par contre, j'ai travaillé dans d'autres cabinets, en tant que remplaçant, donc c'est pareil j'avais pas de rapports avec les médecins mais là on adaptait les doses, c'était bien plus souple au niveau de la prise en charge des patients pour adapter les doses. Par contre évidemment moi j'applique les consignes de mes patronnes, puisque moi je n'ai pas de relation avec les médecins.

Que faites-vous en cas de problème ?

Je n'ai jamais eu à joindre un médecin pour un problème. A part passer récupérer des renouvellements d'ordonnance.

Quels sont les moyens de communications utilisés ?

Uniquement le téléphone, je sais par contre que mon collègue communique beaucoup par les SMS avec les médecins du même cabinet. C'est simple on récupère les ordonnances directement. Moi Je ne les connais pas personnellement, je ne les ai même jamais vues, si j'ai besoin d'elle je passerai directement par le téléphone ou venir me rendre directement au cabinet. Ils sont facilement joignables. Pour les autres médecins du secteur uniquement par le téléphone.

Et le carnet de surveillance glycémique ?

Le carnet de glycémie est uniquement utilisé pour sa fonction (prises de sang, remarques). Si besoin, je préfère laisser un mot séparé au médecin pour la visite. Pour la communication ça passera plutôt par un mot, une trace écrite autre que dans le carnet.

Quels sont les points négatifs et positifs de la relation MG-IDE ?

Le point négatif ça n'a rien à voir avec le diabète. C'est le dosage des INR, les consignes données par téléphone. Etre chez le patient et avoir à appeler le médecin pour avoir la consigne d'adaptation des doses.

Les points positifs sont que les médecins sont facilement joignables, abordables et à l'écoute. Le fait d'être quasiment dans les mêmes locaux crée un esprit de groupe. Les autres médecins du secteur, on a de bons rapports aussi.

Désir d'amélioration ? ex : consultation IDE pour éducation thérapeutique

Je pense que les consultations infirmières d'éducation thérapeutique seraient une bonne idée. Rien de spécial. Ils sont facilement joignables on arrive à communiquer très bien.

Avez-vous un désir d'accroissement de vos missions ?

Oui bien sûr tout à fait. On le voit déjà au niveau du vaccin antigrippe, on a quand même maintenant plus de largesse. Les médecins généralistes sont quand même très débordés, il pourrait y avoir un glissement de tâches, nous laisser plus d'autonomie au niveau infirmier comme ça se fait dans certains pays d'ailleurs. Pour le renouvellement de pansement pour le matériel. Maintenant, on peut faire certaines ordonnances pour le matériel mais on a toujours des produits interdits.

Par exemple sur le côté éducatif. Je suis pour plus de reconnaissance, enfin, plus de largesse du rôle infirmier.

Pensez-vous avoir assez de temps à accorder au patient diabétique ?

Avec mon expérience c'est selon les cabinets où j'ai remplacé.

A *** (*cabinet situé en zone urbaine*), vraiment je n'avais aucun temps : 35 patients le matin. Après c'est un choix, j'ai arrêté de travailler là car c'était de l'abattage, du travail à la chaîne. Ici, on a 15 à 20 patients le matin. On a le temps. Donc pour les patients diabétique de type 2, ici on a pris en charge un patient à qui on venait de découvrir un diabète, il a fallu l'éduquer, répondre à ses interrogations, donner des conseils diététiques, on a pu prendre le temps. Ça c'est fait petit à petit, ce qui lui a permis de mieux assimiler. Ce n'est pas valorisé financièrement mais j'estime que ça fait parti de notre fonction, ça paraît logique.

Quels sont, selon vous, les rôles des 3 protagonistes dans la prise en charge du patient DT2 ?

Le médecin il est là pour coordonner, pour encadrer, pour pouvoir gérer, pour pouvoir donner les consignes au niveau du patient et des infirmiers car on est quand même des techniciens exécutants, il a aussi un rôle informatif et éducatif.

Nous les infirmiers, on est au plus près du patient pour gérer le quotidien, pour rapporter au niveau du médecin. On a un rôle éducatif au quotidien

Le patient, il subit ! (*rires*) Il est là pour apprendre, chaque patient est différent. Il y en a qui sont pas ouvert mais généralement ça se passe bien. La modification des habitudes de vie est difficile à accepter en tant que patient.

Quelles sont les différences entre les cabinets où vous avez travaillé ?

C'est mon 4^e cabinet.

Au premier cabinet, on avait beaucoup de patient diabétiques que l'on prenait entièrement en charge. On faisait tout.

Au 2^e cabinet, plus de participation des patients mais c'était surtout pour que les IDE gagnent du temps. Ça participe aussi à l'autonomie du patient, mais s'il ne sait pas faire l'insuline, ça ne sert pas à grand-chose.

Moi j'ai contacté un revendeur de lecteur glycémique et j'ai récupéré des brochures, des plaquettes d'information que je distribue aux patients.

Quel est votre jugement sur votre formation sur le diabète ?

Ma formation remonte un peu car je suis diplômé de 2003, c'est un module que j'avais apprécié, que j'ai trouvé bien fait.

Caractéristiques de l'interviewé :

Homme, 38 ans, travaille au sein d'un cabinet pluridisciplinaire (2 MG et 2 IDE) en milieu semi-rural.

Collaborateur depuis 1 mois après 3 ans de remplacement dans ce même cabinet. Travaille 15 jours par mois en alternance avec son associé.

9^{ème} entretien

(10/06/2013)

Quel est votre avis général sur la collaboration MG-IDER dans la prise en charge du patient DT2 insulino-requérant ?

J : Il y a très peu de communication avec les médecins généralistes par rapport au diabète de type 2, on communique beaucoup plus pour les INR.

S : Mais la communication dépend beaucoup des différentes personnalités des médecins, il faut s'adapter. Avec certains on est très libre, avec d'autres, il faut systématiquement appeler avant toute modification. Avec des protocoles ça serait plus simple.

Quels sont les moyens de communication utilisés ?

S : Le téléphone essentiellement. On note aussi les différents événements dans le carnet de glycémies. Les moyens utilisés sont suffisants, il ne faut pas multiplier les supports sinon, on s'en sort plus.

J : Parfois on met une lettre dans la boîte aux lettres, ou une lettre laissée chez la patiente pour la visite du médecin.

Quels sont les points positifs et les points négatifs de cette collaboration ?

S : Une bonne relation permet une plus grande autonomie mais du coup ça devient un point négatif car on dépasse nos fonctions et vient alors le problème des responsabilités.

Faites vous de l'éducation thérapeutique ?

S : L'éducation thérapeutique est faite au cours de chaque visite, on se répète beaucoup ! Mais ce serait bien d'avoir une formation supplémentaire pour bien conseiller.

Que pensez-vous de la formation ide sur le diabète ?

J : A l'époque c'était un module important, mais le problème c'est qu'en 3 ans on doit tout savoir sur toutes les spécialités donc forcément notre formation n'est pas pointue. Moi j'ai fait plusieurs stages en diabétologie, ça aide. Mais ca serait bien d'avoir une formation complémentaire par exemple sur la diététique parce qu'on doit donner des conseils tous les jours

S : on a une formation obligatoire continue. Pour le moment je n'en ai pas encore fait mais ça ne fait pas longtemps que je suis installée

J : Ah bon ?! (*rires*) Alors moi non plus, je n'en ai pas faite !

Désirez-vous un accroissement de vos missions ?

J : Je trouve qu'on est déjà pas mal autonome mais on prend des risques, des initiatives qui peuvent être risquées dont on n'est pas normalement responsable. Accroître, oui mais couvrir avec. Il faut que ce soit notre rôle propre parce qu'au final il y a des choses qui ne le sont pas.

S : Augmenter l'insuline je ne suis pas sur que ce soit vraiment de notre rôle propre.

J : Si on n'a pas de protocole normalement on doit s'y tenir. Mais bon voilà, après ...

S : Même au téléphone, augmenter de 2 unités, qu'est ce qui prouve que ...

J : Il n'y a rien qui prouve que le médecin nous a dit ça.

S : Et en cas de soucis on sait que chacun va se relancer la balle. Un protocole du coup ça apaise les choses.

S : avec les AVK par exemple, les médecins considèrent qu'on gère tout seul alors qu'on n'a pas cette responsabilité normalement. En fait, on appelle le labo pour avoir le résultat d'INR avant de donner la dose du soir chez les patients pour lesquels il faut changer la dose. C'est notre boulot d'appeler

J : il faudrait qu'on soit reconnu responsable, ca serait plus simple

Y a-t-il plus de protocoles avec les diabétologues ?

J : Pas du tout

S : Et puis pour le coup moi je ne les ai pas au téléphone

J : Non

J : Il n'y a pas de différence de prise en charge. Ce qui est plus sympa avec le médecin c'est qu'on discute ensemble, il nous demande notre avis, sur le type d'insuline ou des trucs comme ça ... parce que nous on en voit plus que lui, on est sur le terrain, donc du coup c'est vraiment de la collaboration. Le diabétologue, c'est vraiment la hiérarchie, c'est « faites ça et pas autrement » donc des fois c'est pas adapté.

S : Mais bon, après on n'est pas médecin.

Quel est le rôle de chacun des 3 protagonistes dans la prise en charge du diabète ?

S : Pour nous, la surveillance quotidienne et l'éducation quotidienne. Enfin, pas l'éducation car les vieux patients diabétiques sont déjà éduqués, mais la rééducation de tous les jours, la petite remise à niveau de tous les jours. Tous les jours quasiment on donne un petit conseil, à chaque passage.

J : On a l'impression qu'ils ne connaissent pas les normes. C'est comme des enfants. On leur fait tout. On prend l'habitude de tout faire, peut être que nous aussi on déborde un peu trop de notre rôle.

J : Le médecin c'est celui qui autorise ! (rires)

S : La base déjà, c'est l'éducation des patients, les grandes lignes. Il s'occupe de l'éducation du patient au moment de la découverte du diabète.

J : Il fait le choix de l'insuline, le choix du nombre d'injections.

S : C'est le médecin ou c'est le diabéto ? Déjà, pourquoi y en a qui sont suivis que par leur médecin et d'autres par le diabéto ?

C'est le choix du MG

S : Donc c'est pas obligatoire qu'ils soient suivis par un diabétologue ? C'est peut être dommage d'ailleurs ? Parce que du coup ils pourraient peut être avoir la semaine d'éducation diabétique.

J : Moi y a 2 ou 3 patients que je rêverai de faire hospitaliser en semaine d'éducation thérapeutique à l'hôpital, je l'ai demandé au médecin mais il n'en tient pas compte ou alors c'est le patient qui veut pas, je ne sais pas. C'est très complet ce truc là. Il y a des cours sur tout, les risques, la gestion des repas, ... C'est vraiment bien fait. Une patiente a fait cette formation, une dame d'une trentaine d'années. En fait on voit beaucoup chez les patients plus jeunes.

S : Qui peuvent se gérer tout seul après.

J : Exactement. Les médecins les envoient plus à cette hospitalisation-là que les autres patients. Cette dame effectivement elle a fait sa semaine et quand elle est revenue on l'a vue 4-5 jours et elle était éduquée complètement. Mais je pense que c'est vraiment que pour les gens qui peuvent s'autogérer après.

Faites vous des introductions de traitement par insuline ?

J : On fait peu d'introduction d'insuline. On en a fait 1 récemment.

S : Oui tout à fait, suivi uniquement par le médecin traitant. Une personne âgée de 70 ans mais autonome, qui a compris les principes. On n'est pas toujours bien dans la norme mais il sait pourquoi, parce qu'il a fait un petit excès. Il est suivi depuis janvier. On y va encore surtout pour surveiller. Et lui ça le rassure pour l'instant.

J : Il attend la 2^e HbA1c. Il se pique tout seul, parce que si on continue à le piquer ils repartent dans un système ou on fait tout. On constate le carnet, on lui demande si au niveau de l'éducation ça va. Par contre il fait beaucoup de sport et il refuse de prendre sur lui quelque chose de sucrer, c'est un refus catégorique pourtant on lui explique bien que les hypo sont plus dangereuses que les hyper.

S : Par contre il ne change pas ses doses. C'est nous qui avons changé au départ mais là ça va.

J : D'ailleurs c'est vrai que parfois le diabétologue permet de fixer aussi les choses. Avec une autre patiente, une fois il avait demandé d'arrêter de modifier les doses quelque soit les résultats des dextros et la patiente s'est finalement stabilisée après. C'est bien de nous donner des consignes claires. C'est la patiente qui nous l'a dit et ça a été noté sur le carnet de glycémie c'est tout.

S : C'est pareil pour le protocole faut que ce soit informatique parce que des fois

J : Elle est retournée à l'hôpital, ils ont changé le protocole avec une lente et 3 rapides et à nouveau on change régulièrement les doses et elle ne se stabilise pas du tout. Il faudra encore une consultation de diabétologie pour dire stop.

S : Nous on essaye au jour le jour de faire au mieux.

J : Le diabétologue donne des consignes plus strictes que le médecin généraliste.

S : On a plus de lien avec le médecin traitant. C'est parce qu'il n'y a aucun lien avec le diabétologue, aucune communication.

J : C'est dommageable aussi parce que entre le spécialiste et le médecin traitant il y a très peu de communication. Pour une des patientes, le médecin ne sait même pas ce que le spécialiste dit, c'est le bazar.

Comment qualifier le lien entre le MG et l'IDE ?

(plusieurs secondes de silence)

S : Ça dépend des médecins y en a qu'on sait qu'on va déranger mais faut quand même qu'on les appelle, y en a qu'on appelle sans problème, pas tous les jours mais qu'on peut beaucoup plus facilement déranger.

J : (rires). Ca dépend des personnalités. Avec certains nous ne sommes que des subordonnées avec d'autres on est des collègues, collaborateurs, on permet la continuité des soins. Parce qu'avec certains on peut prendre des initiatives, si on a un patient qui n'est pas bien, ça m'est déjà arrivé de faire un bilan et d'appeler le médecin qu'après pour faire l'ordonnance.

S : Certains médecins disent qu'on ne prend pas des initiatives mais si on fait certaines choses il faut qu'on soit suivies derrière. Mais pour vous c'est pas évident non plus, faut pas accepter tout. Un coup de fil c'est plus simple mais des fois c'est pas évident.

J : Le fait de connaître le médecin aide beaucoup, c'est très pratique

S : Ou pas. On sait déjà que certains ont leur caractère et qu'on ne les appellera pas.

J : Ils nous connaissent. On a besoin d'une ordonnance on revient elle est posée sur le cahier. C'est vraiment pratique. Avoir un cabinet infirmier dans le cabinet médical c'est l'idéal.

S : Pour le patient du coup c'est nous qui gérons tout. Le patient se laisse porter.

J : Un des médecins me dit que j'appelle tout le temps. J'ai besoin d'un appui, on est un peu largué quand même. J'appelle, je me fais engueuler ou pas mais j'appelle.

S : Mais lui tu sais que tu ne le déranges pas. Il va te répondre quand même. Avec d'autres, on se fait pas engueuler mais pas loin. A l'hôpital c'est pareil.

J : oui carrément et en plus ils sont moins accessibles.

La collaboration sera-t-elle favorisée par les maisons médicales ?

S : Problème des maisons médicales : on ne suit que les patients du cabinet ... après comment faire ? Tous les médecins n'ont pas de cabinet infirmiers.

J : la plupart des médecins sont rattachés à un cabinet d'infirmiers. On a d'ailleurs des médecins qui nous piquent des patients car ils ont des infirmiers dans leur cabinet et ils nous ont dit que la communication est plus pratique.

S : C'est vrai que c'est plus pratique faut pas se mentir, c'est plus facile quand on se voit, quand on se connaît pour s'appeler c'est vachement plus simple.

J : avec 1 des médecins, de temps en temps on fait des entretiens et on fait le point sur les patients à lui qu'on suit...

S : A l'HAD ils sont obligés d'aller à une réunion toutes les semaines ou tous les 15j avec les médecins, c'est comme un staff. Mais si on fait ça tout le temps avec tous les médecins ...

J : non, on ne peut pas, c'est pas possible. Avec le médecin dont je parlais, la première fois c'est moi qui ai demandé à le voir. Sinon, c'est du ponctuel c'est au feeling, c'est pas des rendez-vous. Ça permet de faire le point, combien de patients on a à lui, lesquels, est ce que ça se passe bien, avez-vous besoin de quelque chose, est ce qu'il y a des problèmes avec le traitement ? Franchement c'est carrément bien. Avec lui on collabore. On discute 5 min

J : Oui c'est un de ceux avec qui on collabore le plus. Même un coup de fil, moi je l'appelle souvent.

J : Avec lui, les initiatives se font, il reconnaît nos compétences...

S : Parce qu'il nous connaît.

Caractéristiques des interviewées :

S : femme, 28 ans, diplômée en 2008

J : Femme, 30 ans, diplômée en 2008

Travaillent au sein d'un cabinet de 3 IDE dans une structure de soin pluridisciplinaire (3 MG, 3 dermatologues, 1 rhumatologue, 1 pneumologue, 1 dentiste, 1 kinésithérapeute, 1 médecin du travail) en milieu urbain

Expérience de J : intérim, surtout en cardiologie, puis dans un foyer d'accueil médicalisé pour poly handicapés.

Expérience de S : HAD puis libérale depuis 2 ans « quand on goutte au libéral, on y reste »

RESUME :

En France, l'organisation actuelle de la médecine générale ne peut répondre aux évolutions démographiques. Une réorganisation des soins est nécessaire, comme cela l'a été auparavant dans d'autres pays de faible densité médicale.

En se concentrant sur la prise en charge du patient diabétique de type 2 insulino-requérant, nous avons recueilli le ressenti des infirmiers libéraux sur leur collaboration actuelle avec les médecins généralistes et sur leurs désirs d'évolution, au travers d'une étude qualitative.

Cette étude a été réalisée dans le même temps que 2 autres études portant sur le même sujet mais analysant, pour l'un, le point de vue des MG, et pour l'autre, celui des patients.

Globalement les IDE se disent satisfaits de la situation actuelle, regrettant pourtant la brièveté des contacts ne permettant pas de discussions avec les MG. Les IDE sont demandeurs d'une évolution de leurs responsabilités permettant d'officialiser de nombreux actes déjà effectués actuellement mais n'entrant pas dans le cadre légal de leurs compétences, comme par exemple l'adaptation des doses d'insuline sans protocole écrit. Ils évoquent également la possibilité d'un glissement de tâches et de modification de leur rythme de travail avec la création de consultations d'éducation thérapeutique. Nous évoquerons également les maisons médicales et les NMR.

En conclusion, l'organisation des soins de premiers recours en France commence sa mutation qui permettra d'optimiser la collaboration inter professionnelle MG-IDE. Cette collaboration pourrait permettre un meilleur suivi de certaines pathologies chroniques, comme par exemple le diabète cité dans notre étude.

MOTS CLES :

Collaboration – Médecins généralistes – Infirmiers - Diabète de type 2 - Insuline