



HAL
open science

Relation entre médecins généralistes et infirmiers dans la prise en charge à domicile dans l'Oise : état des lieux, ressenti et perspectives d'amélioration

Mathilde Socirat Fontaine

► To cite this version:

Mathilde Socirat Fontaine. Relation entre médecins généralistes et infirmiers dans la prise en charge à domicile dans l'Oise : état des lieux, ressenti et perspectives d'amélioration. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02171709

HAL Id: dumas-02171709

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02171709v1>

Submitted on 3 Jul 2019

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.

Université Picardie Jules Verne

Faculté de médecine d'Amiens

Année 2019

N° 2019-18

Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Spécialité médecine générale

Relation entre médecins généralistes et infirmiers dans la prise en charge à domicile dans l'Oise : état des lieux, ressenti et perspectives d'amélioration

Par Mathilde FONTAINE, née SOCIRAT

Présentée et soutenue publiquement le 21 mars 2019

Président du Jury : Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sarah DIAKITE

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Professeur de Médecine générale

Coordonnateur du DES de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, veuillez retrouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Gériatrie)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Maladies infectieuses et tropicales

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Sarah DIAKITE

Spécialiste en médecine générale

Pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci de l'avoir fait avec tant de rigueur, merci pour tes précieux conseils et la patience dont tu as su faire preuve.

Aux infirmiers qui ont accepté d'être interrogés.

A Clémence, Domitille et Céline, mes amies fidèles sur qui j'ai encore une fois pu compter pour m'aider dans ce travail : codage, aide pour la bibliographie et relecture.

A mes maîtres de stage, en particulier le Dr Gabriel François et le Dr Pierre Fortané, pour tout ce que vous m'avez transmis.

A mon mari Augustin. Merci d'avoir su comme toujours, trouver les mots et la patience pour me motiver et me soutenir dans ce travail. Merci surtout pour tout le bonheur dont tu me combles avec nos enfants Azélie, Ambroise et Marie.

A mes parents sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

A ma sœur Charlotte pour sa présence et mes frères et leurs femmes pour leur soutien. Merci Victor de m'avoir convaincue de me lancer dans ces études. Merci Pierre pour tes conseils avisés. Merci Valère pour ton soutien constant dans de si nombreux domaines.

A mes beaux-frères, pour votre accueil parmi vous.

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET METHODE	9
RESULTATS	11
I/ Circonstances de recours des IDE au médecin généraliste.....	11
1) Problèmes liés au traitement	11
2) Problèmes concernant l'état clinique du patient	12
3) Problèmes liés à un examen paraclinique	13
4) Problèmes concernant la prise en charge globale du patient	13
II/ Moyens de recours de l'IDE au médecin généraliste	15
1) Les moyens directs.....	15
a. Par oral	15
b. Par écrit	15
2) Les moyens indirects.....	16
a. Via le secrétariat.....	16
b. Via le patient	16
c. Via la famille.....	17
III/ Etat des lieux de la relation de l'IDE vers le MG	17
1) Eléments limitant la relation	17
a. Difficultés extrinsèques à la relation.....	17
b. Difficultés intrinsèques à la relation.....	18
2) Eléments favorisant la relation.....	21
3) Recours des IDE en l'absence de lien établi.....	23
a. Le SAMU, les urgences	23
b. Recours à un autre médecin	24
c. Différer le lien	24
d. La famille	24
e. Gestion autonome de la situation	25
VI/ Pistes d'amélioration des relations selon l'IDE	32
1) Moyens humains	32
2) Moyens techniques et organisationnels	33
a. Connaissance du métier d'IDE et formation des internes	33
b. Des rencontres directes.....	33
c. La télémédecine.....	34

d.	Etablir des protocoles de soins	34
e.	Moyens de communication : mail, messageries sécurisées.....	34
f.	Partage des données	34
g.	Travail en maison de santé pluriprofessionnelle	35
DISCUSSION	.....	36
I/ Forces de l'étude	.....	36
II/ Limites de l'études	.....	37
III/ Principaux résultats	.....	38
1)	Les modalités de recours.....	38
2)	La qualité du lien	40
3)	Les perspectives d'amélioration	42
a.	Des moyens humains.....	42
b.	Reconnaissance professionnelle et formation des médecins.....	43
c.	La télémédecine.....	44
d.	Le dossier médical partagé.....	45
e.	La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)	46
CONCLUSION	.....	50
BIBLIOGRAPHIE	.....	52
ANNEXES	.....	55
Script d'entretien	.....	55
Caractéristiques des sujets interrogés.....		57

INTRODUCTION

Dans la pratique quotidienne du médecin généraliste, il existe de nombreuses situations où il se situe en amont d'une prise en charge globale, avec divers intervenants, notamment les infirmiers diplômés d'Etat (IDE). C'est particulièrement le cas pour des pathologies chroniques ou lourdes.

Conformément à l'arrêté du 20 mars 2012, l'infirmier peut prescrire à son patient certains dispositifs médicaux, notamment des articles pour les pansements, des dispositifs médicaux pour l'incontinence urinaire, des dispositifs de perfusion (1). Mais le médecin reste tout de même le principal prescripteur parmi les professionnels de santé qui interviennent au domicile des patients (IDE, kinésithérapeutes, aides-soignants). De plus, la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) de 2009 (2), le définit comme coordonnateur des soins, travaillant en coopération avec les professionnels intervenant dans la prise en charge de son patient. C'est également celui qui a le contact le plus restreint avec le patient, au moins en termes de temps passé avec ce dernier. Malgré cela, il doit décider quels traitements entreprendre, leurs modalités et éventuellement la nécessité de faire hospitaliser ses patients.

Ce constat est le même à l'hôpital. Le médecin passe moins de temps auprès de son patient que les infirmiers et aides-soignants. Mais à l'hôpital, il existe une grande proximité entre le médecin et l'infirmier qui travaillent ensemble au quotidien (3). Ils échangent des informations tous les jours sur leurs patients communs. Il existe d'ailleurs des exemples de protocoles de coopération entre IDE et médecins au sein de services hospitaliers (4).

Les informations transmises par les infirmiers permettent au médecin d'avoir une vision globale de la situation, le médecin reste disponible pour répondre aux différentes questions des infirmiers concernant la prise en charge et l'évolution de l'état de santé du patient. Il existe une dépendance réciproque entre ces deux professions, puisque le travail de l'IDE se fait sur la prescription du médecin, et que ce dernier s'appuie quotidiennement sur les informations transmises par l'IDE pour ajuster sa prescription. Cette communication et cette collaboration paraissent être un socle solide d'une prise en charge globale du patient (5). Si cela est vrai en milieu hospitalier, il semble logique que ce soit aussi le cas en ville.

Or, en médecine de ville, le seul lien objectif entre le médecin et l'IDE se fait via le patient et sa prescription médicale. Le lien semble donc s'établir du médecin vers l'IDE. Il n'y a pas de lien inverse évident. Nous nous sommes donc demandé de quelles manières les médecins et les IDE communiquaient lors d'une prise en charge en ville. Il nous a semblé intéressant de mener notre travail du point de vue de l'IDE afin qu'en tant que médecin, nous

puissions mieux le comprendre. Ainsi nous pourrions cerner quelles peuvent être leurs attentes concernant les liens que nous avons avec eux. L'intérêt est d'améliorer nos relations afin de permettre une meilleure prise en charge du patient.

L'objectif principal de cette étude est de connaître les modalités de recours des IDE au médecin généraliste : les circonstances, les moyens de recours, les éléments favorisant et limitant la relation. Les objectifs secondaires sont d'étudier le ressenti des IDE sur le lien établi avec le médecin généraliste et enfin de voir quelles sont les perspectives d'amélioration de ce lien selon les IDE.

MATERIEL ET METHODE

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons réalisé une étude qualitative (6).

Nous avons réalisé pour cela des entretiens semi-dirigés auprès d'IDE dans l'Oise pendant les mois d'août à novembre 2018. Nous avons réalisé un script d'entretien (Annexe 1). L'investigateur pouvait relancer la personne interrogée, lui demander de reformuler ou de préciser son propos. Le premier entretien a permis de tester ce script d'entretien et d'en effectuer quelques ajustements.

Les IDE interrogés ont été recrutés de plusieurs manières : soit par relation, soit lors d'une rencontre dans le cadre professionnel (IDE rencontrée chez une patiente, IDE ayant consulté lors d'un stage chez le médecin généraliste), soit au hasard dans l'annuaire. Cela a permis de recruter une population variée. Les critères d'inclusion étaient d'être IDE dans l'Oise et d'accepter de participer à l'étude. Tous les IDE contactés ont accepté de participer à l'étude. Avec l'accord des personnes interrogées, les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone. Toutes les données ont ensuite été anonymisées et retranscrites à l'aide du logiciel de traitement de texte WORD. Les entretiens ont ainsi été retranscrits mot pour mot, le matériel obtenu était appelé verbatim. Les verbatim ont été découpés en thème et en sous-thèmes et nous avons classé ces derniers afin de répondre à nos objectifs. Ce codage des entretiens a été réalisé grâce au logiciel N'VIVO.

Les entretiens ont été arrêtés lorsque nous avons atteint une saturation des données, c'est-à-dire lorsque aucune donnée nouvelle n'était obtenue. Un entretien supplémentaire a ensuite été réalisé pour confirmer la saturation des données.

Au total, douze entretiens ont été réalisés. La moitié d'entre eux a été effectuée face à face, au domicile ou au cabinet infirmier. L'autre moitié des entretiens s'est faite par téléphone, les IDE ayant préféré ce moyen pour des raisons pratiques. Les entretiens ont alors été enregistrés à l'aide du haut-parleur du téléphone.

Un journal de bord des entretiens a été établi au cours de l'investigation afin de noter les éléments principaux, le ressenti de l'investigateur et le cheminement au cours de l'investigation.

Les deux premiers entretiens de l'étude ont été codés par un autre investigateur afin de permettre une triangulation des données. Etant donné que le codage était similaire entre les investigateurs pour ces deux entretiens, le codage a été poursuivi par un seul investigateur.

Nous avons par la suite effectué une recherche bibliographique. Les mots clés utilisés étaient « relation », « communication », « collaboration », « coopération », « infirmiers », « médecins généralistes » et leurs équivalents en anglais. Nous avons principalement utilisé SUDOC, PUBMED et DOCDOCPRO pour effectuer cette recherche.

RESULTATS

I/ Circonstances de recours des IDE au médecin généraliste

Plusieurs circonstances de recours de l'IDE au médecin généraliste ont été identifiées au cours de l'étude.

1) Problèmes liés au traitement

Il pouvait s'agir de questions concernant le traitement entrepris, qui posaient une difficulté directement à l'IDE :

« *Si j'ai un problème de traitement, ou un problème d'ordonnance* » (Entretien 4)

Les ordonnances pouvaient ainsi être mal rédigées :

« *Quand y'a des problèmes de rédaction d'ordonnance* » (Entretien 7)

« *Des ordonnances mal rédigées ou manquantes.* » (Entretien 9)

Ainsi, un IDE citait l'exemple d'une ordonnance qui ne semblait pas convenir :

« *Si euh, vous avez une prescription admettons de dix ampoules de PRIMPERAN comme j'ai déjà vu* » (Entretien 1)

Des ordonnances pouvaient également être à renouveler :

« *Des ordonnances à renouveler ou des dosages à changer* » (Entretien 4)

« *Et puis après de toute façon, on n'a pas trop le choix parce que c'est pour de la distribution de médicaments des fois, donc renouvellement d'ordonnance.* » (Entretien 11)

« *De renouvellement d'ordonnance* » (Entretien 12)

Enfin, des traitements nécessitaient une réévaluation par le médecin selon l'IDE :

« *Le besoin de réévaluer un traitement* » (Entretien 1)

« *Ben par exemple des explications sur un traitement. Par exemple il a mis un traitement en place et nous on voit des troubles un peu... voilà on dit « c'est pas normal machin ». Du coup on dit « ben voilà on a mis le traitement en place », parce que nous on prépare des piluliers et euh... au bout de 3-4 jours on voit que ça va pas donc on rappelle le médecin pour... voilà « est-ce qu'on continue, est-ce qu'on continue pas », voilà. » (Entretien 12)*

Dans d'autres situations encore, c'est pour le patient que le traitement était problématique :

« *Quand on a un problème de compréhension des patients vis-à-vis d'un traitement [...] (le patient) ne comprend pas son traitement, et qu'il faut être... qu'il doit être réexpliqué mais des fois ils ont besoin de la... ne nous croyant pas, n'étant pas le médecin, ils préfèrent qu'on réappelle le médecin pour confirmer que l'on est bien dans le bon truc* » (Entretien 1)

2) Problèmes concernant l'état clinique du patient

Certaines situations urgentes justifiaient le recours au médecin traitant par l'IDE

« *La situation d'urgence* » (Entretien 1)

« *Quand le patient se dégrade, quand le patient a, quels que soient les symptômes, quelque chose qui ne va pas qui... quand le patient ne va pas bien, en général.* » (Entretien 2)

« *Si ça nécessite pas une orientation en urgence, si le médecin traitant il est accessible au moment où la question se pose* » (Entretien 8)

Certaines situations, sans être des urgences vitales immédiates, nécessitaient tout de même un avis rapide du médecin généraliste :

« *Si j'ai un souci à domicile notamment, euh... que je dois le faire hospitaliser que je suis un peu dans le doute [...]. Le patient il m'appelle, il a été vu la veille par le médecin et je le trouve, je le découvre et je le trouve pas bien du tout et je sais pas s'il était comme ça la veille ou pas. Dans ces cas-là, on appelle pour savoir s'il préfère une hospi ou des choses comme ça* » (Entretien 10)

« *Pour un problème qui me paraît pas urgent immédiatement et que le médecin traitant pourra gérer à domicile* » (Entretien 2)

« *Un patient que j'avais pris en charge et qui n'allait pas bien, on n'hésite pas à le contacter et à résoudre le problème directement au téléphone* » (Entretien 7)

Enfin, certaines situations cliniques d'évolution chronique poussaient l'IDE à établir un lien avec le médecin.

C'était notamment le cas de suivi de plaies :

« *Quand on a un problème sur des pansements [...] Par contre nous on prescrit facilement... mais on est tenus de tenir au courant le médecin* » (Entretien 3)

« *Les plaies, souvent nous on demande que les patients reconsultent pour des plaies qui pourraient être potentiellement infectées* » (Entretien 10)

D'autres situations chroniques et complexes pouvaient aussi justifier le recours :
« Pour avoir un avis dans une situation très complexe, par exemple une prise en charge de la douleur en soins palliatifs, des choses comme ça. » (Entretien 8)

Enfin, le décès du patient était un motif cité à plusieurs reprises :
« Un décès » (Entretien 1)
« Faire le certificat de décès » (Entretien 4)
« Pour les décès à domicile » (Entretien 5)

3) Problèmes liés à un examen paraclinique

Dans certains cas, les IDE interrogés expliquaient être confrontés à des résultats de bilans biologiques nécessitant l'avis du médecin :

« Après des prises de sang où on a l'occasion de voir les résultats, si on se dit qu'il y a certaines choses qui vont pas » (Entretien 2)
« J'avais reçu le euh.... Euh le résultat de la prise de sang avec une CRP des GB qui remontaient » (Entretien 1)

C'étaient notamment des anomalies d'INR qui justifiaient le contact avec le médecin généraliste :

« Ou alors nous souvent, on les appelle c'est pour les INR qui sont beaucoup trop élevés ou trop bas... fin surtout élevés » (Entretien 10)
« Des TP qui sont pas bons » (Entretien 2)
« Par exemple sur une gestion d'INR » (Entretien 7)

4) Problèmes concernant la prise en charge globale du patient

Une prise en charge sociale complexe pouvait être à l'origine du lien :
« Oui parce que quand on a une détérioration avec euh, un maintien à domicile difficile, on peut l'appeler pour voir ce qu'on peut mettre en place comme moyen séjour ou quelque chose comme ça » (Entretien 1)
« Après on peut avoir un très gros problème d'alcoolisme, euh... interfamilial etc, que le médecin connaît mais ne pense pas qu'il a une si grande gravité » (Entretien 3)
« Pour avoir plus de détails sur euh... ben les contacts à avoir pour débloquer la situation au niveau social ou euh... et puis savoir où le patient est suivi parce que souvent on n'a pas tout ça dans le dossier » (Entretien 8)

Ainsi dans certaines situations complexes sur les plans global et social, des IDE indiquaient avoir recours au médecin traitant pour organiser la coordination du patient :

« *On voudrait mettre en place des... structures, des aides-soignantes, des passages d'auxiliaires de vie* » (Entretien 2)

« *Donc avoir les bons contacts pour pouvoir euh... faire intervenir également, faire... orienter le patient [...] Donc vraiment c'est pour de la coordination quoi, clairement* » (Entretien 8)

Lors d'une sortie d'hospitalisation, plusieurs IDE ont dit que le passage du médecin traitant était nécessaire, en général pour faire le point sur la situation du patient et son traitement :

« *Des prises en charge globales quand le patient sort de l'hôpital sans coordination de soins* » (Entretien 5)

« *Dans ces cas-là nous on contacte le médecin traitant et on s'arrange pour qu'il y ait une visite à domicile dans les 48 heures qui suivent le retour à domicile* » (Entretien 6)

L'IDE travaillant pour une HAD nous précisait que lors d'une entrée en HAD, le recours au médecin traitant était impératif :

« *Nous quand le patient rentre en HAD, on est obligés d'avoir l'accord du médecin traitant pour faire une HAD* » (Entretien 6)

La prise en charge d'un nouveau patient par l'IDE enfin justifiait le recours au médecin traitant pour avoir davantage de renseignements médicaux :

« *Je viens d'arriver, mes patients si je leur demande leurs antécédents médicaux, ils sont pas capables de me dire, alors (soupir)... Le médecin traitant, faut que je l'appelle pour savoir* » (Entretien 5)

« *Quand c'est un patient que je ne connais pas très bien et si lui il le connaît depuis plus longtemps* » (Entretien 8)

« *Et puis aussi parce qu'ils connaissent mieux la personne... ils connaissent mieux la personne* » (Entretien 11)

II/ Moyens de recours de l'IDE au médecin généraliste

1) Les moyens directs

a. Par oral

A la question de savoir comment les IDE faisaient lorsqu'ils avaient besoin de contacter un médecin généraliste, la première réponse a été à de nombreuses reprises : par téléphone.

« *On l'appelle. Par téléphone* » (Entretien 3)

« *J'essaie de l'appeler, j'essaie de le joindre par téléphone* » (Entretien 4)

« *Nous on a leur 03 voire leur 06, voilà donc on appelle direct* » (Entretien 12)

Parfois, une rencontre directe permettait aux IDE d'avoir l'avis du médecin :

« *Et puis, l'avantage d'être à la maison médicale c'est que... j'y passe au moins une fois par jour et euh... au décours de mon passage, j'arrive toujours à voir le docteur que je veux voir et lui expliquer la situation qui m'a posé problème ou euh ou le document qui me manque quoi.* » (Entretien 9)

« *Euh si, ça m'arrive d'attendre dans la salle d'attente, la semaine dernière ça m'est arrivé avec un INR à 7,65* » (Entretien 10)

« *Et puis bah souvent on va se présenter directement au cabinet en fonction des médecins traitants. Y'a des médecins traitants qui aiment bien voir la personne en elle-même* » (Entretien 11)

Susciter une consultation commune chez le patient permettait dans certaines situations d'établir le lien :

« *Quand on contacte le médecin traitant, soit on se donne RDV au domicile* » (Entretien 6)

Un IDE, travaillant dans une maison de santé pluriprofessionnelle, nous disait assister à des réunions concernant certains patients :

« *On a des staffs pour les situations complexes* » (Entretien 8)

b. Par écrit

Lorsque le médecin n'était pas joint directement, certains IDE laissaient un courrier :

« *Ou on lui met un petit mot* » (Entretien 3)

« *Je fais un courrier* » (Entretien 8)

« *Quelques fois si c'est pas très urgent, on met un petit mot dans la boîte aux lettres, on sait qu'ils vont gérer ça, voilà.* » (Entretien 12)

Les messages écrits pouvaient également être faits par mail ou messagerie sécurisée :

« *Ou mail* » (Entretien 3)

« *Y'a beaucoup de médecins qui nous donnent leur adresse mail* » (Entretien 6)

« *Euh j'ai que le mail du docteur E., il me répond toujours, y'a pas de souci* » (Entretien 12)

Les SMS étaient parfois utilisés pour poser certaines questions, avec la réserve que ce n'était pas un moyen de communication sécurisé :

« *Soit si on a les numéros directs en leur envoyant un texto, attendre une réponse et voilà, voir avec eux* » (Entretien 2)

« *Par petits messages ou sms* » (Entretien 9)

Dans certaines situations particulières, des cahiers de liaison étaient utilisés :

« *Après y'a les cahiers de liaison qui sont établis quand il y a des SSIAD de mis en place* » (Entretien 3)

2) Les moyens indirects

a. *Via le secrétariat*

Lorsque le médecin ne pouvait pas être joint directement, des IDE préféraient laisser un message au secrétariat :

« *Un message auprès de la secrétaire* » (Entretien 1)

« *La plupart du temps on appelle la secrétaire* » (Entretien 6)

« *Ah bah on essaie d'appeler la secrétaire, souvent les secrétaires, même quand le médecin il travaille pas ça arrive... ça arrive qu'elles travaillent. Quand ils travaillent ils appellent eux-mêmes le médecin pour avoir conseil.* » (Entretien 11)

b. *Via le patient*

Le patient pouvait être l'intermédiaire direct entre les IDE et le médecin :

« *Si je pense que c'est pas quelque chose d'urgent qui nécessite qu'on appelle le médecin traitant immédiatement et je demande au patient de reconsulter* » (Entretien 8)

« *Alors on demande au patient déjà, pour savoir qui c'est comme médecin* » (Entretien 11)

Un IDE précisait cependant qu'il s'assurait que le lien fait soit de bonne qualité :

« *Mais un patient qui est totalement cortiqué. En général s'il a besoin de revoir son médecin on va le laisser rappeler si c'est pour un renouvellement d'ordonnance...* » (Entretien 2)

Enfin, le patient pouvait être l'intermédiaire pour transmettre un courrier au médecin :

« Soit, je lui laisse un petit courrier euh chez le patient » (Entretien 1)

c. *Via la famille*

La famille, lorsqu'elle était présente, pouvait aussi transmettre des informations aux médecins de la part de l'IDE :

« Sinon c'est par la famille, quand le patient il sait pas, on voit avec la famille » (Entretien 11)

Dans ce cas-là aussi, l'IDE évalue la qualité du lien avant d'y avoir recours :

« Ou la famille qui parle euh fin... qui explique ce qui va pas s'ils sont suffisamment cortiqués et cohérents » (Entretien 1)

III/ Etat des lieux de la relation de l'IDE vers le MG

1) Eléments limitant la relation

Nous avons identifié plusieurs sortes de difficultés rencontrées par les IDE pour établir le lien avec le médecin traitant, que nous pouvons regrouper en deux catégories : celles qui sont liées aux intervenants de la relation et celles qui sont liées à d'éventuels intervenants extérieurs ou moyens techniques interférents.

a. *Difficultés extrinsèques à la relation*

En cas de remplacement, la communication pouvait être plus compliquée pour l'IDE :

« Souvent, et bah ce qu'il fait qu'il faut réexpliquer le cas, qu'ils connaissent pas forcément les patients, que.... Ouais, c'est un peu compliqué » (Entretien 2)

« Après c'est vrai que chez les patients chroniques, un remplaçant, il connaît moins le patient, il a moins le suivi en tête. Je pense que c'est plus compliqué pour un médecin remplaçant de... de peut-être répondre à certaines choses » (Entretien 5)

« Si c'est des situations très complexes et que le remplaçant euh... se sent pas capable de prendre une initiative ou de donner une réponse concrète. Ça peut retarder un petit peu... ben la réponse. Ou changer l'orientation de la prise en charge » (Entretien 8)

L'intervention d'une structure intermédiaire pouvait également compliquer la communication :

« Parce que, on doit appeler l'HAD, qui nous met en attente, chez qui on tombe sur une secrétaire. Il va falloir qu'il nous donne l'infirmier coordonnateur [...] fin, la coordination je trouve que ça fait beaucoup d'appels et que c'est moins sim... fin c'est moins rapide que d'avoir directement le médecin traitant » (Entretien 2)

Un manque d'équipement du médecin pouvait compliquer le retour du médecin :
« Ce qui peut m'arriver, tiens, comme aujourd'hui c'est qu'un médecin traitant que je peux joindre facilement, mais avec qui il est difficile d'obtenir une ordonnance ou un support parce que euh... il a pas de fax, il a pas de mail, il a pas de... et ça peut se faire qu'à son cabinet qui est très éloigné du mien » (Entretien 8)

Un certain nombre de problèmes liés au secrétariat ont enfin été soulignés par différents IDE :

« Les secrétariats à distance » « les secrétaires filtrantes, euh... qui passent pas les médecins » (Entretien 1)

« Si faut passer par la secrétaire, c'est déjà réussi à les avoir... Parce que parfois faut appeler plusieurs fois parce que c'est surchargé donc je pense qu'entre tous les appels qu'elle a, plus le nôtre » (Entretien 2)

« Au téléphone, je pense que la secrétaire elle a pour consigne de dire qu'il est occupé » (Entretien 6)

« Lorsqu'il y a un filtrage par le secrétariat » (Entretien 8)

Un IDE évoquait en particulier la possibilité pour les patients de prendre leur rendez-vous sur Doctolib, qui ne permettait pas le recours direct au médecin traitant :

« Après Doctolib ça répond à la pris de RDV mais ça répond pas à la question que l'infirmière va vouloir poser au médecin » (Entretien 5)

b. Difficultés intrinsèques à la relation

Liées au médecin

Au premier plan, le manque de disponibilité du médecin généraliste a été évoqué par plusieurs IDE comme entravant l'établissement du lien avec ce dernier :

« C'est difficile parce qu'ils sont jamais disponibles [...] ils travaillent pas tous les jours » (Entretien 4)

« C'est justement le fait que le médecin, il est quand même assez pris par ses rendez-vous [...] je pense que ce qui est le plus compliqué pour avoir un médecin, c'est le WE [...] J'ai appelé les médecins traitants, il était midi et quart donc les médecins traitants, midi et quart le samedi, bah y'a plus personne » (Entretien 5)

« Mais c'est difficile, ils n'ont jamais le temps » (Entretien 10)

Dans certains cas, ce n'est pas la disponibilité du médecin qui était évoquée mais le refus de ce dernier de vouloir établir le moindre lien avec l'IDE, son absence de réponse qui empêchait la communication :

« Alors on a des médecins qui ne répondent jamais au mail, jamais, jamais, jamais » (Entretien 6)

« Certains médecins traitants qui ne sont pas joignables [...] très rarement joignables ou très difficilement [...] Qu'on laisse des messages et qu'on nous rappelle pas » (Entretien 8)

« Y'a d'anciens médecins qui étaient fermés au dialogue et qu'il était toujours difficile d'avoir un dialogue [...] Le gros problème c'était cette vieille garde hein, de... de médecins. Maintenant ils sont partis en retraite, qui étaient complètement fermés donc euh... qui bloquaient » (Entretien 7)

Dans cette même idée que le médecin traitant ne souhaite pas établir un lien correct avec les IDE, les prescriptions orales, sans équivalent écrit pouvaient être un souci pour l'IDE :

« Les médecins qui font des prescriptions à l'oral et qui font pas à l'écrit [...] avec la pratique on les connaît donc quand ça vient d'un médecin... d'un de ces médecins-là, on demande un écrit directement, au lieu de réagir tout de suite et de euh..... de faire ce qu'il faut » (Entretien 1)

Enfin, le refus du médecin de se déplacer au domicile du patient était mis en avant comme un problème supplémentaire :

« Parce qu'ils ne veulent pas se déplacer, parce que c'est compliqué quoi [...] ni qu'ils viennent à domicile, c'est insupportable » (Entretien 4)

« Qu'il se déplace. Ça c'est embêtant parce que tous les médecins traitants ne se déplacent pas et quand c'est le patient qui se déplace habituellement n'est vraiment pas bien, là on est embêtés » (Entretien 11)

Liées à l'IDE

Le caractère de certains IDE pouvait apparaître comme étant un frein à l'établissement de la communication :

« Après, je vous avouerais qu'avec les médecins proches de la retraite j'ose pas le faire, mais c'est juste que je suis jeune, un peu timide et voilà [...] après c'est peut-être ma timidité qui fait ça mais ça reste médecin dépendant » (Entretien 2)

Au-delà de ça, certains IDE évoquaient leur propre manque de volonté à communiquer :

« Parce que y'a aussi des infirmières, dans mon cabinet, qui ont perdu... des vieilles infirmières, qui sont là depuis 30 ans, et qui ont perdu l'envie aussi de faire un effort et qui restent sur leurs positions » (Entretien 2)

« Quand on a des informations importantes, des fois on pense pas forcément à les... à les transmettre au médecin traitant » (Entretien 6)

Le ressenti négatif de l'IDE sur sa relation avec le médecin traitant pouvait être un frein, sur plusieurs plans. Dans ces situations, des *a priori* pouvaient freiner la motivation de l'IDE à établir le lien pourtant nécessaire.

Tout d'abord, la peur de déranger pouvait être gênante :

« Peur de déranger en fait parfois... On sent bien quand on les a au téléphone que... qu'on les ennue... ou c'est le ressenti que j'ai.... Pas qu'on les ennue mais euh (soupir)... si : qu'on les ennue. Mais pas méchamment, très poliment mais... non, on les ennue » (Entretien 2)

« J'ai l'impression de toujours les déranger quoi » (Entretien 10)

La sensation que le lien était totalement impossible pouvait être démotivant pour l'IDE :

« Moi, ça fait pratiquement des années que j'ai plus joint un médecin au téléphone, je sais très bien qu'on peut pas, le SAMU me disait « bah non on vient pas, veuillez contacter le médecin traitant », j'ai dit c'est même pas la peine que j'essaie, je sais que je l'aurai pas [...] mais je vous dis, c'est impossible.... Surtout sur C.... ... enfin je sais pas si c'est surtout sur C.... ou si c'est partout... impossible de joindre un médecin » (Entretien 4)

Cet IDE avait en plus la sensation que le médecin généraliste refusait de faire son travail

« Je trouve que les médecins ne font plus leur travail. Pour moi ça c'est une évidence, ils font plus leur travail de médecin généraliste [...] y'a plus un médecin qui fait son rôle de médecin comme il... comme moi je trouve qu'il devrait le faire, c'est tout » (Entretien 4)

Parfois, c'est la sensation qu'établir un lien avec le médecin traitant était totalement inutile qui poussait l'IDE à ne pas le contacter :

« Si j'estime que le médecin traitant ne fera pas grand-chose à part l'orienter vers les urgences, je vais appeler directement le SAMU, je vais pas passer par le médecin traitant [...] les jeunes médecins remplaçants etc ont quand même, vous avez plus de notion en pansement qu'avant, mais les anciens médecins traitants... Au départ j'avais essayé une fois de lui dire « bah vous me montrez la plaie, je referai le pansement après », j'ai défait le pansement, le médecin est passé et par exemple, bah « je fais confiance à l'infirmière » (Entretien 2)

Liées à l'IDE et au médecin

La différence de génération entre l'IDE et le médecin traitant était ressentie comme une entrave à la communication pour certains :

« Avec la vieille génération qui avait peut-être pas d'infirmiers libéraux, j'en sais rien... c'était pas pareil et c'est encore compliqué je trouve, à l'heure actuelle » (Entretien 2)

« Par contre avec les médecins d'une ancienne génération, déjà qui ont pas forcément... qui ont pas été habitués aux mails, euh.... Voilà c'est un petit peu plus compliqué » (Entretien 6)

Le fait de ne pas se connaître pouvait également compliquer le lien :

« Moi je trouve ça catastrophique que maintenant, une infirmière s'installe, nous on ne la connaît pas, elle ne se présente pas à ses collègues, elle ne se présente pas chez les médecins, moi je trouve ça très dramatique parce que bon on peut pas... on a besoin de connaître les personnes avec qui on va discuter et avec qui on va travailler, parce qu'on doit travailler ensemble. » (Entretien 3)

« Moi je suis nouvelle sur le secteur donc du coup je connais très peu les médecins, j'ai pas les numéros de portable » (Entretien 5)

Enfin, un manque d'habitude de travailler ensemble a été évoqué :

« C'est pas dans leur habitude » (Entretien 2)

2) Éléments favorisant la relation

Nous avons par la suite demandé aux IDE quels éléments favorisaient au contraire le lien qu'ils pouvaient établir avec les médecins généralistes, nous avons donc retrouvé des notions inverses à celles évoquées précédemment.

En premier lieu, la connaissance mutuelle a été citée comme un de ces éléments :

« *Nous c'est vrai que ça fonctionne mais parce que y'a l'ancienneté et parce qu'on travaille avec des gens que l'on connaît par cœur et qui nous connaissent par cœur tout autant* » (Entretien 3)

D'une telle connaissance, une habitude de travailler ensemble permettait de faciliter les relations :

« *Les médecins nous connaissent et savent que si on appelle... on laisse un message à la secrétaire et ils vont nous rappeler dans l'heure qui suit, parce qu'ils savent très bien que si on appelle c'est qu'il y a quelque chose* » (Entretien 3)

« *Avec les médecins traitants du secteur de Grandvilliers, bah vu qu'on travaille dans la même maison médicale, on a de super bonnes relations* » (Entretien 9)

De cette connaissance et de cette habitude de travailler ensemble évoquées, l'instauration d'une relation de confiance qui en découlait permettait une relation de qualité :

« *Ils nous font confiance, on les connaît trop* » (Entretien 3)

Cela était d'autant plus vrai lorsque les IDE travaillaient avec des médecins de la même génération qu'eux :

Ainsi ces jeunes IDE précisait :

« *Quand c'est des jeunes médecins très motivés euh, comme par exemple une nouvelle qui est arrivée dans le cabinet, euh je vois directement avec elle et ce qui est intéressant euh, d'avoir le ressenti de chacune quand elle va la voir à domicile.* » (Entretien 2)

« *Avec les jeunes médecins, ça se passe bien* » (Entretien 6)

Quant à cet IDE plus âgé, il mentionnait : « *On est tous là depuis à peu près les mêmes dates* » (Entretien 3)

La proximité géographique pouvait permettre d'établir un lien directement et simplement :

« *C'est « on va en parler au médecin si on le voit, si on a l'occasion de le croiser facilement* » (Entretien 2)

Comme facteur extrinsèque, nous avons retrouvé la disponibilité de certains remplaçants, plus importante parfois que celle des médecins installés :

« *Ils sont un peu plus attentifs je dirais, un peu moins submergés* » (Entretien 9)

« *C'est même peut-être plus simple* » (entretien 10)

« Et des fois même on aime bien avoir des remplacements.... Des remplaçants parce que bah ça permet de... de changer... changer le traitement d'un patient quand par exemple des antibiotiques » (Entretien 11)

Des moyens plus « techniques » ont été mis en avant pour faciliter la relation. Nous avons ainsi retrouvé l'utilisation des SMS comme étant un moyen simple et efficace de communication :

« ...Voir l'urgence de la demande et ils répondront quand ils pourront donc ça c'est plus simple » (Entretien 2)

Un IDE qui travaillait dans une maison de santé pluriprofessionnelle en démontrait aussi l'intérêt dans son lien avec le médecin traitant :

« J'ai mon cabinet dans la maison de santé donc je collabore dans les actions pluriprofessionnelles. Ça me permet d'améliorer très nettement la qualité de... de mon travail en tant que libéral, parce que je suis beaucoup plus réactif vis-à-vis des réajustements de traitement ou d'une prise en charge. Je peux avoir un avis avec le médecin très rapidement [...] Ça permet aussi de rediscuter avec plusieurs regards sur des situations très complexes. » (Entretien 8)

3) Recours des IDE en l'absence de lien établi

L'attitude de l'IDE dans ces situations dépendait du degré d'urgence de la situation.

a. *Le SAMU, les urgences*

En cas d'urgence, la réponse quasiment unanime à cette question du recours extérieur au médecin traitant a été d'envoyer le patient aux urgences ou de contacter directement le SAMU. Certains ont simplement émis une réserve, expliquant être réticents sur le principe, vue la surcharge des urgences mais s'y résoudre quand ils estimaient ne pas avoir d'autre solution : « J'appelle le SAMU directement [...] si c'est très urgent, bah déjà j'appelle même pas le médecin traitant » (Entretien 2)

« Si vraiment y'a quelque chose de très grave, on appelle le SAMU » (Entretien 3)

« Si vraiment y'a une urgence on appelle le SAMU pour avoir un conseil, pour avoir un médecin de la régul' » (Entretien 11)

b. Recours à un autre médecin

Dans certaines situations nécessitant un avis médical rapide, certains IDE avaient recours à d'autres médecins susceptibles de répondre à leurs questions.

Il pouvait s'agir de médecin de l'HAD :

« *Après on a des médecins coordinateurs à l'HAD, qui normalement n'ont pas le droit de prescrire mais en cas de problème* » (Entretien 6)

Du médecin biologiste :

« *Alors, les traitements AVK, on a toujours comme recours le biologiste* » (Entretien 5)

D'un autre médecin généraliste disponible :

« *Bah en fait, j'ai la chance de travailler en cabinet donc euh... je demande conseil à un autre médecin ou euh... je vois si il peut... si c'est une ordonnance à faire euh... s'il peut le faire à la place de son confrère ou quelque chose comme ça* » (Entretien 9)

« *Et ben ça m'est arrivé du coup ben j'ai joint mon médecin traitant* » (Entretien 12)

Ou encore d'un médecin hospitalier référent :

« *Si j'arrive pas à joindre le service de référence, parce qu'on s'appuie aussi sur les réseaux ou le service d'origine quand les patients sont suivis en structure hospitalière* » (Entretien 8)

c. Différer le lien

En l'absence d'urgence, la première attitude citée était de tenter de joindre le médecin traitant ultérieurement :

« *Si on veut un examen complémentaire, on rappelle le lendemain* » (Entretien 5)

« *Ben je vais attendre et je relance* » (Entretien 8)

« *Quand on n'arrive pas, on n'arrive pas, on essaie le lendemain et puis...* » (Entretien 11)

d. La famille

La famille pouvait servir de relai de communication :

« *L'appeler et le déranger sur son travail entre guillemets pour lui dire que le patient ne va pas bien au niveau psychologique, je pense qu'on va plus voir avec la famille...* » (Entretien 2)

« *Avec les patients peu autonomes, j'appelle les familles. Pour qu'on prenne le relai.* » (Entretien 10)

e. *Gestion autonome de la situation*

Enfin, dans certaines situations sans urgence vitale mais sans autre recours évident, certains IDE expliquaient prendre eux-mêmes les décisions qu'ils jugeaient nécessaires :
« *Si c'est pas trop important, j'adapte, je... j'essaie de résoudre le problème moi-même.* »
(Entretien 4)

« *Si c'est une plaie, nous on est compétentes pour aussi, pour tout ce qui est, matériel de pansement* » (Entretien 5)

« *Autonome, oui voilà c'est ça, on n'essaie pas non plus de charger outre mesure, quand y'a des problèmes d'insalubrité, de sanitaires, de, de, de... besoin d'une aide à personne, d'une aide-soignante, on essaie de gérer ça* » (Entretien 7)

IV/ Circonstances et moyens de recours du médecin à l'IDE

1) Circonstances de recours

a. *Aucune*

Il était intéressant de noter que certains IDE affirmaient n'avoir jamais été contactés par les médecins généralistes de leurs patients. Le lien établi semblait donc totalement unilatéral :

« *Je crois que ça ne m'est jamais arrivé* » (Entretien 10)

« *Jamais arrivé* » (Entretien 11)

b. *Situations d'urgence*

L'intervention de l'IDE était parfois nécessaire en urgence.

Le besoin d'un prélèvement dans la journée pouvait pousser le médecin traitant à contacter directement l'IDE :

« *Des choses qui seront à faire dans la journée... une prise de sang de contrôle* » (Entretien 2)

« *Un prélèvement à faire en urgence* » (Entretien 9)

« *Peut-être une fois madame L. pour un bilan en urgence* » (Entretien 10)

De même l'instauration d'un traitement en urgence justifiait ce recours direct :

« *En général c'est quand y'a un traitement à... à démarrer en urgence* » (Entretien 1)

« *Par exemple si le médecin a été voir un patient, que y'a besoin de faire un NORMACOL, qui est constipé* » (Entretien 2)

« *Il appelle sur ça, sur une ROCEPHINE à commencer* » (Entretien 3)

La modification et la mise en place d'un traitement étaient des motifs également retrouvés pour solliciter l'IDE :

« *Ou pour un nouveau traitement euh... des nouvelles consignes de traitement [...] Pour nous tenir au courant aussi des changements de traitement.* » (Entretien 7)

« *Une adaptation de dose* » (Entretien 9)

Enfin, la mise en place de soins infirmiers chez un patient qui n'en avait pas initialement, justifiait que le médecin contacte l'IDE :

« *Soit pour des nouvelles prises en charge, souvent c'était pour des nouvelles prises en charge de patients qui nécessitaient des soins infirmiers, qui se dégradait* » (Entretien 5)

c. *Suivi chronique*

Dans de plus rares situations, chroniques cette fois-ci, le médecin traitant pouvait être amené à contacter directement l'IDE.

Ainsi le suivi de plaie a été cité à plusieurs reprises :

« *Oui très régulièrement, c'est surtout pour les pansements, pour avoir l'évolution* » (Entretien 3)

« *Pour une question technique sur des pansements le plus souvent. Des pansements complexes. Ou sur des lésions euh... sur des patients qu'on suit, le patient est venu consulter pour autre chose au cabinet et euh... ils veulent avoir notre avis pour savoir si... un avis diagnostique quoi* » (Entretien 8)

« *Ça peut arriver sur une plaie par exemple. Nous on prend des photos, parce qu'on se voit pas beaucoup.* » (Entretien 12)

Les médecins pouvaient souhaiter avoir l'avis de l'IDE sur l'état clinique du patient ou sur sa prise en charge :

« *Les nouveaux médecins pour avoir un avis aussi, parce que lui le voit ponctuellement, nous c'est des patients qu'on voit régulièrement, on a un avis un peu plus... un peu plus aiguë, un peu plus fondé, je veux dire sur l'état général, sur le patient* » (Entretien 7)

« *Les pansements nouveaux c'est nous qui les avons, c'est pas eux. Donc ils préfèrent notre avis perso* » (Entretien 3)

Plusieurs IDE ont souligné le fait qu'ils passaient davantage de temps auprès du patient que le médecin et qu'ainsi, ils avaient accès à certaines informations que ce dernier n'avait pas. Ils pouvaient alors être joints pour faire part de leurs observations sur le contexte du patient.

Des informations sur le contexte global du patient, ses habitudes de vie, pouvaient justifier le recours :

« *Et euh, sur l'hygiène de vie que pourraient avoir des personnes diabétiques surtout... Euh les personnes diabétiques... parce que nous on y va 2-3 fois par jour* » (Entretien 3)

« *Sachant que nous on vient quand même plus souvent au domicile que le médecin qui ne voit le patient qu'au cabinet en dehors de son lieu de vie quoi* » (Entretien 8)

C'était également le cas lorsque le médecin voulait avoir des renseignements sur l'observance du patient :

« *Quand y'a vraiment un souci de diabète qui s'améliore pas, est-ce qu'il a vraiment eu un régime de fait ou pas ? [...] C'est pour avoir un renseignement sur un traitement qui est suivi ou qui est pas suivi* » (Entretien 4)

« *Ça peut être des questions dans des situations complexes sur l'observance du traitement par un patient [...] des surdosages d'INR, pour savoir si le patient il prend bien le traitement comme il faut ou pas ou si on pense qu'il y a un souci* » (Entretien 8)

Les IDE pouvaient parfois donner des informations sur la prise en charge du patient :

« *Ça arrive quand ils sont au domicile du patient et euh, que le patient forcément, n'arrive pas forcément à s'exprimer et qu'il a pas eu... il a pas le compte-rendu de sortie d'hospice* » (Entretien 6)

« *C'est surtout pour des compléments d'information concernant une prise en charge.* » (Entretien 8)

2) Moyens de recours

Les moyens utilisés par les médecins généralistes pour contacter les IDE étaient quasiment tous les mêmes que ceux utilisés par ces derniers pour les contacter.

En première intention nous avons retrouvé le téléphone :

« *C'est mon numéro de portable* » (Entretien 5)

« *C'est les appels les plus fréquents* » (Entretien 8)

« *Ils nous rappellent le lendemain ou 2 jours après si c'est pas une urgence* » (Entretien 12)

D'autres médecins privilégiaient le contact écrit, par mail ou par fax :

« *Lui nous renvoie des ordonnances soit par mail* » (Entretien 6)

« *Soit par fax* » (Entretien 6)

Des rencontres directes pouvaient être sollicitées par le médecin :

« Là dans ces cas-là, ils nous demandent « est-ce qu'une infirmière peut se déplacer qu'on voit ensemble où on en est dans la prise en charge, il vous faut quoi exactement, quelle ordonnance, qu'on fasse ... » voilà souvent, c'est pour se retrouver à la maison pendant la visite à domicile » (Entretien 6)

« Eh ben, nous on lui dit le jour du pansement, donc on essaie de caler sa, sa... comment sa consultation ce jour-là et puis ben souvent c'est un créneau horaire, entre midi et 14 heures donc ben on essaie d'être dipso entre midi et 14 heures quoi » (Entretien 12)

Le patient était le vecteur principal lorsque la communication n'était pas établie directement entre le médecin et l'IDE :

« En général, le médecin fait comme nous : il demande au patient de nous rappeler » (Entretien 2)

« Comme ils sont à côté, ils leur disent : « allez à côté » [...] ils demandent aux patients de venir directement » (Entretien 10)

« Il lui dit « ben faudra que l'infirmière elle fasse ça » (Entretien 11)

Le seul moyen qui différait était spécifique au médecin : l'ordonnance

« Ils prescrivent une ordonnance » (Entretien 5)

« La plupart du temps il laisse l'ordonnance » (Entretien 11)

V/ Ressenti des IDE sur leur relation avec le médecin traitant

1) Variable en fonction du médecin

Les réponses à la question du ressenti que les IDE avaient de leur relation avec les médecins généralistes de leurs patients étaient variables. En amont de toutes les nuances qui ont pu être exprimées, certains ont d'emblée évoqué le fait que leur ressenti était variable selon le médecin concerné :

« C'est médecin dépendant en fait » (Entretien 2)

« Le lien ça dépend voilà des médecins » (Entretien 11)

2) Aspects positifs

a. *Bonne qualité du lien*

Globalement, le lien établi était selon les IDE de bonne qualité :

« *J'ai de très bons contacts avec la plupart.* » (Entretien 1)

« *J'ai pas de souci avec les médecins traitants. Vraiment pas* » (Entretien 2)

« *Nous, dans l'ensemble c'est très satisfaisant, très.* » (Entretien 12)

b. Une bonne qualité de collaboration

Des IDE évoquaient une bonne relation liée à l'habitude de travailler ensemble et à une volonté de collaborer de la part des médecins :

« *Avec les médecins traitants du secteur de Grandvilliers, bah vu qu'on travaille dans la même maison médicale, on a de supers bonnes relations* » (Entretien 9)

« *Est-ce que c'est leur nouvelle formation et on leur a expliqué qu'il fallait peut-être travailler en... en collaboration ce serait mieux* » (Entretien 6)

« *Avec les nouveaux médecins, parce qu'on peut... parce qu'il y a du dialogue, à partir du moment où y'a du dialogue, on peut travailler plus efficacement, on peut... tout est facilité hein* » (Entretien 7)

c. Bonne réactivité des médecins

Dans cette logique de bonne collaboration, une réactivité optimale et une bonne disponibilité des médecins a été citée :

« *Maintenant en fait, ils répondent. Ça répond, y'a pas de problèmes.* » (Entretien 7)

« *Mon ressenti... bah c'est agréable parce que quand on est... quand on a un lien avec le médecin c'est vrai qu'on peut leur demander quoi que ce soit... ils répondent présents* » (Entretien 11)

d. Relation de confiance

Cette bonne relation était souvent basée sur la confiance mutuelle qui existait entre les IDE et les médecins traitants :

« *Ils nous font confiance* » (Entretien 3)

« *Y'a une relation de confiance tout ça* » (Entretien 6)

« *Donc ici y'a quand même deux médecins qui nous ont donné leur 06, parce qu'il y a une vraie confiance relationnelle donc voilà* » (Entretien 12)

e. Motivation des jeunes médecins

Encore une fois, la notion de génération de médecins a été mise en avant, certains IDE mettant en avant le fait que les jeunes médecins étaient plus accessibles et motivés pour communiquer :

« Je préfère faire le lien et créer des liens avec les nouveaux médecins par qui ils ont été remplacés et qui sont plus disponibles et plus à l'écoute » (Entretien 2)

« Avec les jeunes médecins, ça se passe bien [...] voilà, la relation avec les jeunes médecins est plus fluide » (Entretien 6)

« Et là on a une nouvelle génération de jeunes médecins qui est beaucoup plus ouverte et tant mieux on va dire. On s'en réjouit. » (Entretien 7)

3) Aspects négatifs

Malgré des relations globalement bonnes, des nuances ont été énoncées.

a. Manque de motivation du médecin de collaborer

Certains IDE évoquaient simple manque de motivation de la part du médecin :

« Les jeunes médecins s'installent, ils veulent juste faire 9h-5h et surtout qu'on les embête pas après 17h, et surtout pas le we et surtout pas après 17h... » (Entretien 4)

« Y'a d'anciens médecins qui étaient fermés au dialogue et qu'il était toujours difficile d'avoir un dialogue » (Entretien 7)

D'autres IDE ont évoqué des divergences sur la prise en charge, justifiant ce manque de motivation :

« Et en plus c'est des médecins de toute façon qui nous disent que l'HAD c'est chronophage pour eux. C'est des prises en charge qui leur prennent trop de temps et... en général ils sont pas... ils sont pas forcément partants pour des HAD » (Entretien 6)

« Y'a certains médecins qui détestent le maintien à domicile et qui font tout pour envoyer à l'hôpital et là en fait euh ça bloque la prise en charge et puis ça met un mauvais, une mauvaise ambiance au niveau de la famille en fait. Euh, la famille qui va dans un sens, le médecin qui va dans l'autre » (Entretien 1)

b. Sensation de déranger le médecin

Ce manque de motivation pouvait donner au médecin une attitude qui donnait l'impression à l'IDE de le déranger :

« On sent bien quand on les a au téléphone que... qu'on les ennuie... ou c'est le ressenti que j'ai... Pas qu'on les ennuie mais euh (soupir)... si : qu'on les ennuie. Mais pas méchamment, très poliment mais... non, on les ennuie » (Entretien 2)

« On essaie de pas trop les déranger... moi je veux dire quand j'appelle j'ai l'impression de toujours les déranger » (Entretien 10)

c. Sensation de dévalorisation de l'IDE par le médecin

Un IDE précisait que le malaise principal dans la relation qu'il pouvait avoir avec les médecins était le manque de considération pour eux :

« Par contre malheureusement y'en a encore qui nous prennent pour le torchon et eux les serviettes » (Entretien 1)

d. Refus et absence de lien de la part du médecin

Certains IDE étaient plus catégoriques et exprimaient le fait que des médecins refusaient d'établir la moindre relation avec eux :

« Ah bah pour moi il est nul [...] ah pour moi y'a aucun lien » (Entretien 4)

« Des relations euh... plus distantes voire pas existantes du tout. Voilà. J'ai jamais rencontré monsieur M., j'ai rencontré une seule fois madame C. Et encore, c'était avec un labo et voilà, euh... voilà donc j'ai très peu de contacts avec eux » (Entretien 9)

« Il est pas assez développé [...] ils m'envoient péter » (Entretien 10)

e. Ne pas se connaître

Cette absence de lien était expliquée par une absence de connaissance mutuelle dans certains cas :

« Je les connais pas trop [...] là en l'occurrence moi je viens d'arriver, y'a pas trop de lien, parce qu'en même temps j'ai pas énormément de patients non plus » (Entretien 5)

« Le secteur juste limitrophe euh voilà... euh, des relations euh... plus distantes voire pas existantes du tout. Voilà. » (Entretien 9)

f. Le fait de ne pas se voir chez le patient

L'absence de rencontre directe, même au hasard des visites chez les patients étaient perçue par un IDE comme un aspect négatif majeur des relations avec le médecin généraliste :

« *Quand vous croisie les médecins avant vous pouviez parler du malade et tout ça, ils nous demandaient s'il suivait bien son traitement et tout ça, maintenant comme on les croise plus, on les voit plus, y'a plus d'échange possible.* » (Entretien 4)

g. *Sensation que le médecin ne fait pas son travail*

Ce même IDE allait plus loin, estimant que le problème de fond de la relation entre IDE et médecin généraliste était le refus du médecin de faire correctement son travail :

« *Je trouve que les médecins ne font plus leur travail. Pour moi ça c'est une évidence, ils font plus leur travail de médecin généraliste [...] y'a plus un médecin qui fait son rôle de médecin comme il... comme moi je trouve qu'il devrait le faire, c'est tout* » (Entretien 4)

VI/ Pistes d'amélioration des relations selon l'IDE

1) Moyens humains

a. *Moyens liés à l'attitude de l'IDE*

Nous avons identifié d'une part la motivation de l'IDE à ce que le lien se fasse :

« *L'envie des deux côtés déjà* » (Entretien 2)

« *Rien que la communication, si chacun pouvait communiquer un peu plus, ce serait bien.* » (Entretien 6)

« *Ou être un peu moins dans son coin* » (Entretien 9)

D'autre part, le fait de se présenter pour se faire connaître et poser les bases de la relation paraissait indispensable à cet IDE :

« *Bah j'en reviens à ça, c'est que les gens se présentent quand ils s'installent, qu'ils sachent quel interlocuteur ils ont en face d'eux* » (Entretien 3)

b. *Moyens liés à l'attitude du médecin*

Là aussi, la motivation du médecin ressortait comme une condition de base de l'établissement de la relation :

« *L'envie des deux côtés déjà* » (Entretien 2)

« *Je pense que si chacun pouvait déjà communiquer correctement* » (Entretien 6)

« *Qu'ils demandent conseil des fois de temps en temps, parce que nous on est présent quotidiennement auprès du patient la plupart du temps* » (Entretien 11)

La fiabilité du médecin, et donc la confiance que l'IDE pouvait lui faire ont été évoquées :

« *L'honnêteté du médecin, euh qui fait ce qu'il dit* » (Entretien 1)

Enfin, une plus grande disponibilité du médecin était désirée :

« *Sa disponibilité par rapport au patient* » (Entretien 1)

2) Moyens techniques et organisationnels

a. *Connaissance du métier d'IDE et formation des internes*

Selon un IDE, la méconnaissance du métier d'IDE et de la nomenclature des IDE par les médecins était à l'origine d'une mauvaise communication. Il proposait comme piste d'amélioration une formation des médecins sur ce sujet, notamment lors des études médicales :

« *Je pense que ça serait pas mal que les médecins passent une journée avec une infirmière libérale pour voir comment ça se passe la journée, voir ce qu'on fait, fin voilà, voir comment on le fait et puis revoir la nomencla... fin faire un petit tour sur la nomenclature* » (Entretien 5)

« *Et je pense que ça serait bien d'inclure dans l'internat... dans l'internat, je sais pas... au moins une journée avec une infirmière libérale pour voir comment ça se passe* » (Entretien 5)

D'autres moyens ont été identifiés, ils étaient liés à la volonté de chacun de rentrer en relation.

b. *Des rencontres directes*

Des IDE étaient demandeurs de rencontres directs avec les médecins traitants pour pouvoir discuter des patients.

« *Le fait de se rencontrer c'est quand même beaucoup mieux* » (Entretien 6)

En ce sens, certains ont émis l'idée d'organiser des réunions :

« *Je dirais une réunion... fin une réunion... euh une réunion de synthèse, une fois l'an voire deux fois l'an pour parler des patients qu'on a en commun quoi* » (Entretien 9)

« *C'est de temps en temps de se rencontrer tout simplement* » (Entretien 10)

« *Des petits staffs de temps en temps* » (Entretien 11)

D'autres ont suggéré l'organisation de consultations communes :

« *Puis peut-être faire l'effort d'être là quand ils savent que le médecin va passer* » (Entretien 3)

c. La télémédecine

Avec une certaine réserve, un IDE évoquait la télémédecine comme perspective pour favoriser la communication

« *Y'a quelque chose mais euh, ça me dérange que ça se généralise, c'est les histoires de visio* » (Entretien 1)

d. Etablir des protocoles de soins

Face à des situations compliquées, la création et l'application de protocoles de soins par l'IDE étaient à envisager :

« *Y'aura des protocoles de soin qui vont se faire* » (Entretien 7)

e. Moyens de communication : mail, messageries sécurisées

Des IDE ont proposé l'optimisation de l'utilisation de moyens de communication existant déjà mais qui n'étaient que peu ou pas utilisés :

« *Oui, bah y'a pas mal de moyens qui existent maintenant avec les messageries sécurisées* » (Entretien 2)

« *Qu'on ait au moins une adresse mail, et qu'il puisse regarder* » (Entretien 11)

« *Si, euh, tout le monde avait sa messagerie sécurisée, on pourrait se parler euh, de manière simple* » (Entretien 2)

f. Partage des données

Plusieurs IDE souhaitaient partager les données médicales des patients avec les médecins. Pour cela, plusieurs solutions étaient envisagées.

Le dossier de soin partagé :

« *Bah ce qui pourrait améliorer déjà, c'est fin... je sais pas, un dossier de soin partagé* » (Entretien 5)

Le logiciel commun :

« *Déjà le partage de données [...] soit un dossier médical partagé, soit un logiciel commun quand on est en maison pluripro, ça c'est super intéressant* » (Entretien 8)

Via le laboratoire :

« *Bah c'est-à-dire que via les logiciels, les résultats de labo sont reçus directement dans le logiciel et nous maintenant avec les labo ils ont développé une application qui permet de nous l'avoir à domicile sur les portables* » (Entretien 8)

g. Travail en maison de santé pluriprofessionnelle

Le travail en maison de santé pluriprofessionnelle était pour certains une solution pour optimiser la relation entre IDE et médecins traitants :

« *La maison médicale, oui, voilà, c'est ça.* » (Entretien 7)

Certains détaillaient les solutions apportées pour optimiser la communication par une telle organisation de travail. Certaines de ces solutions avaient parfois été évoquées sans le cadre de ces structures.

Il s'agissait notamment du logiciel médical commun permettant le partage des données médicales :

« *Alors le logiciel commun quand on est en maison pluripro, c'est sûr que c'est un outil euh... peut-être lourd mais qui... qui a son efficacité. Quand j'accède facilement à toutes les données, les ordonnances, les traitements, ben c'est sûr que ça aide énormément* » (Entretien 8)

Un IDE, dont le projet de rejoindre une maison de santé pluriprofessionnelle était imminent évoquait la proximité qui y existerait et les rencontres programmées qui y auraient lieu :

« *Et y'aura la proximité aussi qui fera que y'aura les relations qui seront plus resserrées, plus importantes et meilleures [...] Et je veux dire, dans le futur, ce sera encore meilleur, avec la création de la MSP parce que vraiment y'aura une proximité, y'aura un lieu commun* » (Entretien 7)

« *Y'aura des moments de réunion [...] y'aura des... des débrief' sur des patients* » (Entretien 7)

DISCUSSION

I/ Forces de l'étude

Nous relevons plusieurs forces de cette étude. Tout d'abord, la méthode choisie, la méthode qualitative semble la mieux adaptée pour répondre à nos objectifs. En effet, nous avons cherché à connaître l'avis des IDE sur leurs relations avec le médecin généraliste, en se basant sur leur expérience, leur ressenti et leurs propositions pour mettre en place d'éventuelles améliorations. La recherche qualitative peut se définir par « la recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes » (6). Ainsi, notre but n'était pas d'évaluer des données quantifiables mais de faire un état des lieux de la relation entre l'IDE et le médecin généraliste. La retranscription faite mot à mot grâce aux enregistrements par dictaphone a permis une analyse précise des données récoltées. Les silences, soupirs et autres onomatopées ont été mis dans la retranscription afin de prendre en compte le contexte des réponses. L'aide d'un deuxième intervenant pour coder les deux premiers entretiens a permis d'assurer une triangulation des données, ce qui justifie la validité interne de l'étude. Enfin, la poursuite des entretiens jusqu'à la saturation des données justifie également la validité interne de ce travail.

Concernant la population recrutée, les moyens divers utilisés (recrutement par connaissance, au hasard dans l'annuaire, à la suite d'une rencontre directe au cabinet ou chez le patient) ont permis d'avoir une population interrogée très variée, que ce soit en termes de sexes (nous avons interrogé huit femmes et quatre hommes), d'âges (29 à 62 ans), d'expérience en tant qu'IDE au domicile (1 an à 36 ans), de mode d'exercice (HAD, IDEL installé seul, en cabinet de groupe infirmier, en maison de santé pluriprofessionnelle), de milieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain), et de secteur géographique. Aucun IDE contacté n'a refusé d'être interrogé dans le cadre de cette étude. Ils semblaient intéressés par le sujet et satisfaits d'avoir l'occasion de donner leur avis sur le sujet. L'intérêt pour le sujet a permis une richesse des données recueillies, les personnes interrogées essayant manifestement de donner des réponses les plus complètes possibles. Enfin les deux modes d'entretien (entretiens directs et entretiens téléphoniques) présentaient chacun des avantages spécifiques pour une collecte complète des données. En effet, l'entretien direct permettait une certaine mise en confiance et des idées parfois plus détaillées. L'entretien téléphonique quant à lui a permis un recrutement plus large (certains IDE étant très occupés, ce mode d'entretien leur convenait mieux), et permettait à la personne interrogée de se confier en toute franchise, sans avoir peur d'un quelconque jugement.

II/ Limites de l'études

Cette étude présente également plusieurs faiblesses.

La première limite de l'étude est que les données recueillies et les résultats qui en ont été tirés ne sont pas extrapolables, au vu de la méthode utilisée. Par ailleurs notre manque d'expérience pour mener ce type d'enquête n'a pas permis une réalisation parfaite des entretiens, certaines relances ont pu être oubliées et au contraire, certaines de nos reformulations ou tournures de phrase ont pu influencer les réponses des personnes interrogées.

La méthode qualitative implique que les entretiens soient arrêtés lorsqu'on obtient une saturation des données, c'est-à-dire lorsque les données obtenues sont répétitives. De ce fait, le nombre de personnes interrogées est relativement faible (douze entretiens au total). De plus, nous sommes arrivés à la saturation des données avant de pouvoir interroger tous les secteurs géographiques de l'Oise (aucun entretien n'a été mené à l'extrême Sud-Ouest).

Le codage par un deuxième intervenant n'a été réalisé que pour les deux premiers entretiens. Un double codage de l'ensemble des entretiens aurait pu augmenter la validité interne de notre étude.

Pour mener cette étude, nous avons décidé de n'interroger que des IDE. Il aurait pu être intéressant de mener parallèlement à cette recherche une enquête auprès des médecins généralistes de l'Oise, afin de recueillir leur point de vue et leurs propositions.

Une autre limite de mon étude est qu'étant médecin, nous avons choisi d'interroger nous-mêmes des IDE pour avoir leur avis sur les relations qu'ils avaient avec les médecins généralistes avec lesquels ils travaillaient. Même si un climat de confiance semblait s'établir pendant les entretiens, et que nous avons bien insisté sur le fait que le contenu des entretiens serait anonymisé, notre statut a certainement été un frein pour parler en toute franchise. Nous pensons en particulier aux IDE rencontrés en activité. Nous connaissions ainsi plusieurs médecins avec lesquels ils travaillaient, nous les avons parfois même déjà remplacés. Sachant cela certains n'ont peut-être pas osé nous révéler tous les aspects de leurs relations avec les médecins généralistes avec qui ils travaillaient, surtout les aspects négatifs.

III/ Principaux résultats

1) Les modalités de recours

Notre étude a mis en évidence un certain nombre de circonstances qui poussaient les IDE à contacter le médecin généraliste : un problème lié à une ordonnance, l'anomalie d'un examen complémentaire, une question concernant l'état clinique du patient ou sa prise en charge globale. Dans son étude sur le ressenti et le vécu de l'infirmière libérale dans sa relation avec le médecin généraliste réalisée en 2006, Gaël Gernoux mettait en évidence les mêmes raisons de recours (7). Il évoquait ainsi des « problèmes médicaux ou administratifs », les IDE interrogés, citant comme dans notre étude « des plaies surinfectées », « des problèmes d'ordonnance », « un patient qui ne va pas bien ». En 2016, Charlène Le Métayer dans son étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne évoque comme circonstances de recours au médecin généraliste une situation d'urgence, une dégradation de l'état général du patient, une sortie d'hospitalisation (8). Là encore, les notions retrouvées dans notre étude sont identiques. Nous avons par ailleurs retrouvé des initiatives de coopération interprofessionnelle en ville, prévoyant d'agir sur ces situations complexes (9).

Nous avons montré que plusieurs moyens étaient utilisés par les IDE pour établir un lien avec les médecins. Ce qui ressortait au premier plan était l'utilisation du téléphone. Gabriel Seigle, dans son étude quantitative sur les relations entre les médecins généralistes et les IDE sur le territoire de Maubeuge, mettait également en évidence le téléphone comme moyen de communication majoritaire (10). Le téléphone était également cité dans plusieurs autres travaux. Les autres moyens mis en œuvre pour établir ce lien avec le médecin généraliste par l'IDE retrouvés dans notre étude, étaient également trouvés dans d'autres travaux. Ainsi, la rencontre directe, le message via le secrétariat, l'utilisation du patient comme intermédiaire étaient mis en évidence dans le travail de Charlène Le Métayer (8).

La consultation commune, les réunions concernant le patient, sont retrouvées dans le travail concernant le territoire de Maubeuge (10). Quant au travail de Gaël Gernoux, il citait le patient comme intermédiaire, notamment par le biais de courriers (7).

Nous avons montré dans notre étude que les IDE ayant recours à cet intermédiaire prenaient la précaution de s'assurer que le lien serait de bonne qualité, en évaluant la capacité du patient à comprendre les informations reçues et sa capacité à les reformuler. L'étude réalisée par Charlène Le Métayer évoque aussi l'intervention du patient comme un intermédiaire, précisant qu'il pouvait être perçu comme un défaut de communication (8). Dans les études retrouvées

proches de notre sujet, nous n'avons pas retrouvé d'autres moyens de communication que ceux mis en évidence dans notre étude.

Il apparaît dans notre étude qu'un certain nombre d'éléments entravent le lien que les IDE souhaiteraient établir avec le médecin généraliste. Le problème de l'intermédiaire du secrétariat avec des secrétaires « filtrantes » a été évoqué à plusieurs reprises par les IDE interrogés. Les problèmes liés aux secrétariats sont aussi retrouvés dans d'autres travaux (8). L'autre entrave majeure citée dans notre étude et mise en évidence à plusieurs reprises était le manque de disponibilité du médecin généraliste. Il s'agit d'un des deux freins principaux intrinsèques à la relation entre IDE et médecins généralistes que nous avons mis en évidence. D'une part, ce manque de disponibilité des médecins a été cité à plusieurs reprises. D'autre part, on a retrouvé une certaine peur de déranger le médecin de la part des IDE qui les poussait parfois à ne pas établir de lien. Ces deux éléments sont intéressants à souligner car ils ont été mis en évidence à plusieurs reprises dans différents travaux. Edith Sperling, dans son étude sur la relation entre les médecins généralistes et les infirmiers libéraux dans l'Oise pour la prise en charge des plaies chroniques relevait en effet qu'une « meilleure disponibilité et une meilleure implication de la part des médecins généralistes » seraient des pistes pour améliorer la communication (11). Quant à Gaël Gernoux, il évoque comme un « bémol » aux bonnes relations le fait que certains IDE avaient peur de déranger le médecin généraliste auquel ils souhaitaient s'adresser (7). Nous avons par ailleurs mis en évidence que certains ressentis des IDE interrogés entravaient clairement cette relation (le refus de communiquer, de se déplacer, la sensation d'inutilité du lien), nous n'avons pas retrouvé ces notions dans les autres études.

Au contraire, nous avons montré que des éléments favorisaient ce lien. La proximité géographique par exemple a été évoquée par certains IDE, voire le fait de travailler dans une structure commune. D'une manière générale, le fait de se connaître semblait faciliter l'établissement du lien pour les IDE. En effet, une meilleure connaissance de chacun et de ses compétences permet de mieux communiquer. Ainsi 25 des 35 IDE interrogés dans l'étude de Maubeuge considéraient que le précédent d'échanges avec le médecin était un levier important de cette communication. Ils étaient également une majorité à évoquer le fait qu'une connaissance personnelle du médecin favorisait cette dernière (10). De cette connaissance mutuelle, découlait naturellement une habitude de travailler ensemble et une relation de confiance, évoquées dans notre étude. Cette notion de confiance n'a pas la même importance dans les autres études. En effet, dans la thèse réalisée à Maubeuge, pour la majorité des IDE interrogés, le manque de confiance envers le médecin n'est pas important dans leur relation (10). A l'opposé de cela, et comme dans notre étude, d'autres sources indiquent l'intérêt de cette confiance mutuelle. Ainsi, le travail d'Edith Sperling met en évidence que la relation de

confiance est quasiment toujours présente et même considérée par la plupart des personnes interrogées comme un élément fondateur d'une bonne relation (11).

Il est intéressant de noter qu'une partie importante des éléments favorisant ou limitant les relations sont des facteurs que nous avons qualifiés « d'intrinsèque » à la relation, dépendant du caractère de chacun, de sa manière de travailler et du ressenti qu'il a sur la relation. Ceci met en évidence le fait qu'avant d'être une relation entre professionnels de santé, la relation entre IDE et médecins généralistes est une relation sociale complexe. Nous avons retrouvé cette notion d'importance des caractères de chacun pour établir le lien dans d'autres sources (12).

2) La qualité du lien

Les réponses concernant la qualité du lien et le ressenti des IDE à ce propos étaient très variées. Certains IDE considéraient que le lien était parfait, que la relation était bonne, le médecin joignable, disponible et réactif et ne voyaient pas quelles améliorations pouvaient être proposées. Il s'agissait d'IDE installés depuis plusieurs années, qui avaient une bonne connaissance des médecins avec lesquels ils travaillaient et qui étaient eux-mêmes connus et reconnus par les médecins. A l'opposé, un IDE nous a signalé n'avoir quasiment plus aucun lien avec les médecins généralistes depuis environ deux ans, il estimait que le problème venait essentiellement des nouveaux médecins qui ne souhaitaient plus faire leur travail de médecin généraliste comme lui le concevait. Il mettait essentiellement en cause un manque de motivation pour travailler, un manque de disponibilité, un refus de se déplacer à domicile. Il n'envisageait aucune amélioration possible. Notons que cet IDE était le plus âgé de l'échantillon, à seulement quelques années de la retraite. Il semblait déçu du changement de population médicale et entretenait apparemment des relations satisfaisantes avec les anciens médecins qui étaient partis à la retraite. Entre ces deux extrêmes, nous avons eu plusieurs entretiens plus nuancés. Globalement, les liens quand ils existaient étaient plutôt bons. C'est également ce qui est retrouvé dans le travail de Gaël Gernoux qui demandait de qualifier en un mot l'état des relations établies entre les médecins généralistes et les IDE interrogés (7). 53% des IDE interrogés au cours de la thèse faite sur le territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne se déclarent satisfaits des relations avec les médecins généralistes (8).

Cependant, nous avons montré que, comme dans toute relation humaine, il existe des variations en fonction des individus et du caractère de chacun. Certains IDE interrogés par Gaël Gernoux avaient également évoqué le fait que la personnalité du médecin avait un impact sur la qualité de la relation (7).

Nous avons noté durant nos entretiens que l'âge des médecins a été spontanément évoqué à plusieurs reprises comme facteur interférant dans la qualité de la relation. D'une part, nous avons constaté que certains IDE avaient plus de facilités à communiquer avec des médecins de leur génération : deux anciens infirmiers nous ont indiqué que travailler en collaboration avec des médecins anciens était plus facile pour eux, notamment grâce à une connaissance mutuelle de plusieurs années et à une relation de confiance qui s'était construite au fil du temps. A l'inverse, de jeunes IDE ont dit être plus à l'aise avec des jeunes médecins, et surtout avoir plus de difficultés avec les médecins plus âgés qu'ils avaient la sensation de déranger lorsqu'ils les contactaient. D'autre part, certains IDE, quel que soit leur âge, ont précisé que les facilités étaient plus grandes avec la jeune génération de médecins, qui était plus motivée pour communiquer et pour travailler ensemble. Dans la thèse de Gaël Gernoux, qui date de 2006, cette question de jeune et ancienne générations de médecin n'apparaissait pas du tout comme étant une entrave à la communication (7). Cette question est pourtant explicitement posée au cours de son étude, les IDE interrogés expliquent ne rencontrer aucune différence de rapport avec les médecins en fonction de leur âge. Le temps écoulé depuis cette étude et la nôtre et la modification de la population médicale et paramédicale peuvent certainement expliquer cette différence notable. Ce qui est mis en avant actuellement dans notre étude est que les jeunes médecins semblent plus efficaces pour créer du lien. Cela se joue sur deux plans : on note d'une part la motivation et d'autre part l'utilisation de moyens de communication plus adaptés.

Par ailleurs, la notion de rapport hiérarchique est retrouvée au cours de plusieurs études, alors qu'elle n'apparaissait absolument pas dans la nôtre. La thèse réalisée à Maubeuge l'évoque sous deux angles. Premièrement, la majorité des IDE interrogés estiment qu'un rapport trop hiérarchique est un frein de la communication, et d'autre part, 30 IDE sur 35 interrogés estiment que l'impression de travailler en équipe en est au contraire un (10). Dans notre étude, un IDE exprimait comme entrave à la relation qu'il pouvait avoir avec les médecins, une sensation de dévalorisation de la part de certains. C'est la seule notion de notre étude retrouvée qui pouvait éventuellement être rapprochée de cette notion de hiérarchie. Là encore, cette différence notable semble marquer une différence dans la qualité de la relation établie entre médecin traitant et IDE. A ce propos, Gaël Gernoux en 2006, évoquait déjà ce changement de mentalité, les IDE plus anciennes ressentant encore parfois ce lien hiérarchique. Elles évoquaient le fait que les plus jeunes IDE travaillaient davantage en tant que collaboratrice du médecin et soulignaient le fait que cette hiérarchie était plus marquée à l'hôpital (7).

Nous avons également remarqué au cours de notre étude que, quelle que soit la qualité de ce lien et ses limites, le médecin traitant reste le recours principal pour l'IDE à domicile en

cas de problème médical. Nous avons relevé des exceptions : une IDE ayant une expérience de quelques années aux urgences, qui appelait régulièrement le SAMU en première intention lorsqu'elle jugeait que la situation ne serait pas résolue par le médecin traitant et un IDE très insatisfait des relations qu'il avait avec les médecins traitants, à tel point qu'il n'envisageait plus de relation ni de travail en commun avec eux. En l'absence de réponse du médecin traitant, d'autres relais pouvaient être envisagés, notamment le SAMU en cas d'urgence mais il est intéressant de noter que certains IDE ont exprimé des réticences à ce recours, estimant qu'une grande partie des situations pouvait être gérée en ville et regrettant de devoir parfois se résoudre à « encombrer » la ligne téléphonique du SAMU et les services d'urgences. Ils soulignaient l'inconvénient que cela représentait pour la structure hospitalière elle-même et pour leurs patients.

Enfin, il est intéressant de noter que le recours du médecin traitant à l'IDE était très rare pour une majorité des IDE interrogés. L'ordonnance restait le seul lien objectif entre médecin et IDE en ville et, comme certains l'ont précisé, la condition de travail de l'IDE. Les autres contacts directs ne semblaient se faire quasiment que dans le sens IDE vers le médecin. Gaël Gernoux avait déjà retrouvé cette notion en 2006, précisant même que la communication entre IDE et médecin était en général « unidirectionnelle » (7). Les IDE qui avaient constaté cela semblaient le déplorer. Plusieurs ont précisé trouver cela dommage, et aurait aimé être davantage contactés par le médecin traitant. Il serait intéressant sur ce point en particulier d'interroger des médecins pour avoir leur point de vue.

3) Les perspectives d'amélioration

Nous reconnaissons une certaine redondance des résultats exprimés au cours de notre étude. En effet, la population interrogée étant variée, certaines réponses qui étaient données à une question pouvaient ainsi être données à d'autres questions dans certains cas. Par exemple, certains IDE exprimaient le fait que la connaissance mutuelle était un élément qui favorisait leurs relations avec le médecin traitant alors que d'autres envisageaient cette connaissance comme une perspective d'amélioration. Il nous paraît cependant intéressant de discuter les points d'amélioration proposés, et d'envisager dans quelles mesures ils peuvent être mis en place.

a. Des moyens humains

Sur la question des perspectives d'amélioration, les moyens humains étaient mis en avant quasiment systématiquement. La majorité des IDE ont ainsi évoqué la nécessité de mettre

d'avantage de volonté à communiquer que ce soit de la part du médecin ou d'eux-mêmes. Cette perspective d'amélioration « relationnelle » a été également mise en évidence dans la thèse d'Edith Sperling (11). Même si ces moyens nous paraissaient importants et inévitables, il nous semblait intéressant d'explorer des pistes plus concrètes pour améliorer les rapports entre IDE et médecins généralistes. En effet, si la bonne volonté de chacun pour communiquer est évidemment une base pour établir de bonnes relations, il paraît difficile d'agir concrètement sur ce point. Or nous souhaitions évoquer des mesures pragmatiques et éventuellement reproductibles à des situations diverses pour améliorer les relations entre IDE et médecin, toujours dans l'intérêt du patient. C'est pourquoi, des relances ont été faites quasiment systématiquement et ont permis d'obtenir des réponses plus complètes.

Certains IDE souhaitaient, pour améliorer leur relation avec les médecins traitants, des rencontres directes avec ces derniers. Plusieurs solutions ont été proposées. Tout d'abord, ils suggéraient l'organisation de réunions en commun, ponctuelles, afin de discuter de certains patients. D'autres évoquaient la possibilité de susciter des consultations communes chez le patient. Ces deux notions ont été retrouvées dans d'autres travaux.

b. Reconnaissance professionnelle et formation des médecins

Une IDE déplorait le fait que les médecins traitants ne connaissaient que peu le métier d'infirmière libérale, et en particulier la nomenclature. Dans les améliorations proposées, elle suggérait de donner aux médecins une formation de base pour comprendre quelles étaient les compétences et attributions du métier d'IDE et de leur nomenclature. Les professionnels de santé interrogés par Charlène Le Métayer déploraient également le manque de connaissances de leurs compétences professionnelles par les médecins traitants. Ils estimaient qu'une reconnaissance de leurs compétences propres favoriserait une communication efficace (8). Cependant, aucune mesure concrète n'a été proposée. Dans notre étude, l'IDE qui faisait cette suggestion évoquait le fait que lors de son expérience professionnelle précédente (en tant qu'IDE dans un cabinet médical dans une autre région), certains de ses collègues proposaient aux internes qui étaient en stage chez les médecins avec lesquels ils travaillaient, de passer au moins une journée avec eux pour découvrir leur métier. Il semble que ce soit effectivement une piste intéressante. Cette connaissance des compétences professionnelles de chacun a aussi été mise en avant dans la thèse réalisée à Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne (8).

Le rapport de la Commission nationale permanente de l'Ordre National des médecins concernant la coordination des soins au service des patients, datant de 2010 (13), propose des perspectives communes d'amélioration avec celles retrouvées dans notre travail :

- Le partage des données
- La mise à disposition de dispositifs télé-médicaux
- L'établissement de protocoles adaptés aux circonstances, aux pathologies, aux compétences
- Le regroupement des professionnels

c. La télémédecine

Un IDE a évoqué la télémédecine comme perspective d'amélioration. Même s'il l'a fait avec une certaine réserve, cette dernière semble une piste intéressante. Elle a été citée et détaillée comme solution dans l'étude d'Edith Sperling, qui concernait la prise en charge des plaies chroniques (11). Il s'agit d'un sujet d'actualité qui est en cours de développement. Nous avons retrouvé des exemples concrets de mise en place de ce dispositif qui permettent une collaboration véritable entre IDE et médecin, dans l'intérêt du patient (14). L'HAS a émis récemment un avis en faveur du projet de décret relatif aux modalités de la mise en place de la télémédecine (15).

En voici sa définition selon le code de la santé publique :

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique » (16). Sur le territoire qui nous concerne, on note que la télémédecine est la deuxième priorité citée par l'ARS des Hauts-de-France dans son programme de renforcement de l'accès territorial aux soins (17). Dans ce cadre, des expérimentations ont déjà été menées dans la région. Ainsi des téléconsultations en soins palliatifs, iatrogénie médicamenteuse, gériatrie et psychogériatrie, cardiologie ont été mises en place sur certains secteurs en 2017. Depuis 2018, on note de nouvelles expérimentations dans la région, financées par l'ARS (17) :

- La télé-expertise pour la détection des tumeurs : grâce à ce dispositif, des médecins généralistes peuvent demander une expertise à distance à des confrères dermatologues.
- La télé-expertise pour la prise en charge des plaies chroniques ou complexes : cette initiative contribue à pallier l'absence de dermatologue. Les professionnels de santé envoient les clichés des plaies, par messagerie sécurisée, à une équipe de dermatologue de l'hôpital qui rend un avis rapide sur la prise en charge à réaliser.
- Le dépistage de la rétinopathie diabétique, grâce à la télé-imagerie, permet la télétransmission de clichés réalisés par l'orthoptiste et de données médico-administratives à une équipe d'ophtalmologistes, pour une lecture à distance.

L'avis de médecins généralistes sur cette pratique a été étudié dans le travail de Gauthier Liberge, évaluant notamment l'intérêt de la télémédecine dans la prise en charge des plaies chroniques. Et il était mitigé (18). Certains des médecins interrogés étaient totalement opposés à cette pratique, redoutant l'absence d'examen clinique et craignant une déshumanisation de la médecine. Cela rejoint les réticences de l'IDE qui avait suggéré une telle mesure, lui-même refusant une généralisation de ce procédé.

d. Le dossier médical partagé

L'autre point évoqué à plusieurs reprises est le partage des données médicales, notamment via le dossier médical partagé. Là encore, il nous semble intéressant d'approfondir cette proposition car il s'agit d'un dossier d'actualité. Nous avons également retrouvé cette proposition dans la thèse réalisée à Maubeuge, un partage des données était souhaité, par le biais d'un logiciel commun ou d'un dossier médical partagé (DMP). Suite à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, le déploiement du DMP a été confié à la caisse nationale d'assurance maladie (19). Il s'agit d'un carnet de santé numérique personnel, partagé et sécurisé (20). Il est accessible et peut être alimenté d'une part par le patient qui peut même en initier sa création en ligne à l'aide d'un site internet (21). Le patient exerce un contrôle sur ce dossier médical puisque c'est lui qui autorise ou non son accès aux différents professionnels de santé qui le prennent en charge. Il est également consultable via une application en ligne. D'autre part, les professionnels de santé peuvent y avoir accès, soit sur internet, soit via un logiciel « DMP-compatible ». Ils peuvent également l'enrichir de données médicales. Le DMP peut regrouper les antécédents du patient, ses allergies, ses traitements, ses directives anticipées, les résultats d'examens, les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation. Il permet ainsi le partage de données, sous format numérique, concernant le patient

entre les différents professionnels de santé acteurs de sa prise en charge (22). Nous pouvons noter ici la limite majeure de cet outil. En effet, notre étude concernait la prise en charge à domicile, si un IDE a besoin de consulter des données via le DMP, cela suppose donc qu'il ait un accès à internet au domicile des patients. On peut supposer qu'avec la généralisation des smartphones et de l'application disponible en ligne, cela puisse être en partie possible. Cependant, cet accès à Internet n'est pas une garantie pour chaque IDE se rendant à domicile, par manque d'équipement ou même manque de réseau.

D'autre part, la création possible du DMP par le patient lui-même implique qu'il ait, lui aussi accès à internet et les facultés de se servir de cet outil. Or, parmi les patients pris en charge à domicile, on dénombre de nombreux sujets âgés en perte d'autonomie, qui n'ont probablement pas la capacité de procéder eux-mêmes à la création de leur DMP (23). Dans ces cas-là, il revient donc au médecin de le faire, ce qui nécessite une implication personnelle de ce dernier. A ce propos, le Dr Jacques Lucas évoquait dès 2014 la nécessité d'indiquer aux professionnels de santé impliqués quel serait leur retour sur investissement (24).

e. La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

Enfin, la dernière proposition faite a été le travail en maison de santé pluriprofessionnelle. Il s'agit une fois de plus d'un sujet d'actualité. Nous avons également retrouvé cette notion dans d'autres travaux précédemment cités.

La définition de la MSP a en effet évolué durant ces dernières années, et a fait l'objet de plusieurs textes de loi. Suite à différentes évolutions, la définition en cours de la MSP, mise à jour dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 est la suivante (25) :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et 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 et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces

maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à [l'article L. 1434-2](#). Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Le financement public d'une MSP est soumis à plusieurs conditions définies par la circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural (26) :

- Présence d'au moins 2 médecins et d'un professionnel paramédical (IDE, podologue etc)
- Formation et encadrement des étudiants
- Coordination des soins entre les acteurs de la structure et ceux du territoire de santé.
- Continuité des soins (large amplitude d'horaires d'ouverture, consultations non programmées)
- Engagement de mise en place d'un dispositif d'informations sécurisé pour la continuité des soins.
- Un projet de santé commun partagé par les soignants
- Actions de prévention
- Prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée sous forme de réunions, protocoles etc.

Depuis les premières créations des MSP en 2007, suite à leur introduction dans le code de la santé publique (27), on observe une très forte expansion de leur déploiement. On comptait moins de 100 structures en 2010, près de 230 fin 2011 (28). En 2018, il en existait 910 en France (29). Il y avait 81 MSP dans la région des Hauts-de-France en 2018 et 105 étaient en projets.

Une étude a été réalisée en 2018 par Cécile Carneiro de Queiroz et Richard Ty, portant sur les relations interprofessionnelles entre médecins et infirmiers exerçant en maison de santé pluri-professionnelle (30). L'objectif principal de cette étude était d'identifier les freins et les facteurs facilitants de la communication interprofessionnelle. Il nous a donc semblé pertinent de nous appuyer sur cette étude pour discuter du travail en MSP comme perspective d'amélioration des relations entre IDE et médecins généralistes dans la prise en charge à

domicile. Nous notons par ailleurs que la plupart des propositions précédentes peuvent être intégrées dans le travail au sein de ce type de structure.

En effet, comme nous l'avons décrit plus haut, les premiers moyens envisagés par les IDE pour améliorer leurs rapports avec les médecins étaient des moyens humains : la motivation de chacun, la connaissance de l'autre et de ses compétences professionnelles, l'habitude de travailler ensemble, le tout favorisé par une plus grande proximité géographique. Le fait de travailler dans une structure commune permet de favoriser cette proximité, comme nous le précisait l'IDE dont le projet était d'intégrer prochainement une MSP. Comme le précise le travail précédemment cité, le fait de travailler en MSP permet de favoriser les contacts. Deux types de contacts sont évoqués : les contacts « opportunistes », qui se faisaient au hasard, dans les couloirs de la MSP, ou en salle de repos commune par exemple. Cet aspect de la communication a été évoqué par plusieurs IDE au cours de notre propre étude, par des IDE travaillant déjà en MSP ou qui seraient amenés à le faire. Ces contacts permettaient à la fois d'établir une relation cordiale et pouvaient être l'occasion de discuter de certains patients. Il existait également des contacts planifiés, propres aux MSP, principalement des réunions de concertation pluridisciplinaires, réunissant essentiellement des IDE et des médecins généralistes, avec la participation occasionnelle d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, autres paramédicaux). Ce type de réunion était un souhait de plusieurs IDE que nous avons interrogés, quel que soit leur mode d'exercice. Nous notons que c'était également le cas dans la thèse de Charlène Le Métayer (8). Ainsi, si la mise en place de ce type de rencontre organisée est un des objectifs de la MSP, peut-être faudrait-il pouvoir les envisager en dehors de ce cadre. Nous notons par ailleurs, que si cette communication directe est mise en avant dans cette étude, les autres moyens de communication privilégiés restent les mêmes que ceux que nous avons mis en évidence dans la nôtre : le téléphone, les mails et les courriers (ces derniers étant adressés aux médecins n'exerçant pas dans la structure).

Nous avons montré que l'établissement de protocoles de soins apparaissait pour certains IDE comme un élément qui favoriserait la relation entre IDE et médecins généralistes et la prise en charge du patient. Nous avons là encore retrouvé cette perspective dans l'étude de Charlène Le Métayer (8). Les RCP seraient des lieux propices à leur mise en place. L'élaboration de ce type de protocole est une des conditions de financement publique d'une MSP. Par ailleurs, nous avons retrouvé cette notion de protocole établi en dehors du cadre de MSP : en effet, des IDE et un médecin ont mis en place une équipe libérale pour prendre en charge les personnes en soins palliatifs à Banyuls-sur-Mer. Ils présentaient cette collaboration comme une alternative intéressante à l'hospitalisation (31). L'HAS a également mis à disposition un mode d'emploi

de la coopération entre professionnels de santé en 2012, permettant l'établissement de protocoles de coopération à soumettre à l'ARS (32).

Le logiciel commun, envisagé dans notre étude comme dans d'autres était cité comme un outil favorisant les relations, puisqu'il est automatiquement mis en place en MSP. Il permettait à l'IDE une meilleure connaissance du patient et de ses antécédents qui était explicitement souhaitée par certains IDE de notre étude, ainsi qu'une meilleure coordination du patient. Nous notons cependant qu'il présentait des désavantages pour l'IDE : un coût trop élevé et une charge de travail supplémentaire pour eux. Là aussi, nous notons que le partage des données médicales par un outil technique (logiciel commun, DMP), proposé par certains IDE comme une perspective d'amélioration du lien dans notre étude, comme dans celle réalisée à Maubeuge, peut tout à fait s'intégrer dans le travail en MSP. Il convient de préciser que si le DMP est accessible quelles que soient les conditions d'exercice, le logiciel commun quant à lui ne peut être envisagé que dans le cadre d'un travail commun. Il serait donc un avantage propre au travail en MSP.

Enfin, il est intéressant de noter que les leviers et les freins de communication qui ont été mis en évidence dans l'étude de C. Carneiro de Queiroz étaient sensiblement les mêmes que ceux mis en évidence dans notre étude (30). Les leviers de communication principaux étant, quel que soit le mode d'exercice : la relation de confiance, la proximité géographique, la connaissance mutuelle, la disponibilité du médecin. Au contraire, les freins de la communication étaient l'indisponibilité du médecin, le fait de ne pas se connaître, la peur de l'IDE de déranger le médecin généraliste. Sur la question des évolutions apportées en matière de communication entre IDE et médecins généralistes grâce au travail en MSP, les réponses étaient très variées dans cette même étude. Elles allaient d'une absence d'évolution, pour ceux qui estimaient déjà avoir de bonnes relations antérieures, voire la dégradation des relations pour certains à la mise en évidence de nettes améliorations, permettant une meilleure prise en charge du patient. En faisant le lien avec les propositions d'amélioration proposées par les IDE de notre étude, nous pouvons cependant mettre en avant les éléments suivants :

- Une proximité géographique permettant une évolution positive des relations entre IDE : connaissance mutuelle, relation de confiance, disparition de la peur de déranger
- La mise en place de rencontres formelles et informelles
- La mise en place de protocoles de soins
- Des outils technologiques mieux exploités : logiciel commun, utilisation d'un dossier informatisé au domicile du patient
- L'accueil et la formation d'étudiants

CONCLUSION

Les objectifs de notre étude étaient de faire l'état des lieux des relations entre IDE et médecins généralistes dans la prise en charge à domicile dans l'Oise, selon le point de vue des IDE et d'en percevoir le ressenti et les perspectives d'amélioration. Une étude qualitative a été menée auprès de douze IDE intervenant dans la prise en charge à domicile dans l'Oise.

Notre étude a mis en évidence différentes circonstances de recours des IDE aux médecins généralistes. En premier lieu, l'état clinique du patient, dans le cadre d'une situation plus ou moins urgente et complexe a été mis en avant. Nous avons également retrouvé des éléments plus administratifs, comme des soucis liés à la rédaction des ordonnances et enfin des motifs liés à la prise en charge globale du patient. Les moyens employés par les IDE pour établir la communication étaient variés. Le moyen privilégié était le téléphone, permettant un contact rapide et direct. D'autres moyens, notamment écrits (par mail ou courrier) ont été cités. En l'absence de lien établi, différentes options se présentaient pour les IDE, variables selon l'urgence de la situation.

Les avis émis par les IDE sur les freins, les leviers de communication qu'ils avaient avec les médecins généralistes et leur ressenti étaient très variés. Certains étaient totalement satisfaits, d'autres très insatisfaits de la qualité du lien. Entre ces deux extrêmes, les avis étaient plus nuancés et les rapports étaient jugés globalement bons. Nous avons ainsi mis en évidence des facteurs favorisant le lien : connaissance mutuelle, habitude de travailler ensemble, relation de confiance, recours à des moyens de communication accessibles et efficaces (appel téléphonique, mail, SMS). Nous avons également mis en évidence des facteurs entravant ce lien : la peur de déranger, l'indisponibilité du médecin, le manque de volonté de communiquer des deux côtés, l'intervention d'intermédiaires et la méconnaissance par les médecins du rôle des IDE. Les aspects relationnels étaient au premier plan de ces freins et ces leviers, rappelant que la relation n'est pas seulement interprofessionnelle mais qu'il s'agit en premier lieu d'une relation sociale entre deux personnes ayant chacun leur caractère.

Des propositions ont été faites par les IDE interrogés pour améliorer leurs liens avec les médecins généralistes. Des facteurs humains ont été cités en première intention, ils étaient le pendant des freins aux relations entre IDE et médecins : une volonté de communiquer de la part des médecins et des IDE, une plus grande disponibilité des médecins, une connaissance mutuelle et une habitude de travailler ensemble qui seraient le socle d'une véritable relation de confiance et de collaboration entre IDE et médecins. D'autres moyens plus concrets ont par la

suite été proposés : la connaissance du rôle des IDE par les médecins, la télémédecine, le partage des données médicales (par logiciel commun ou par le DMP), l'établissement de protocoles de soins et l'activité au sein de MSP.

En tant que médecin généraliste, cette étude nous a permis de mieux comprendre les attentes des IDE en matière de relation avec les médecins généralistes. Il était intéressant pour nous de percevoir leurs points de vue et leurs attentes et de voir quelles solutions actuelles pouvaient être envisagées pour améliorer ces relations, en vue d'une activité professionnelle épanouie et pour une meilleure prise en charge des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire | Legifrance [Internet]. [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/3/20/ETSH1208335A/jo>
2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36 | Legifrance [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_36
3. Acker F, Perraut Soliveres A. [Working together, how and for which care?]. *Rev Infirm.* juill 2017;66(232):18□20.
4. Delpierre É. [The positive aspects of nurse-doctor collaboration]. *Rev Infirm.* juill 2017;66(232):21□2.
5. Netgen. Collaboration infirmières-médecins : un déterminant de la qualité des soins ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-42/30804>
6. Hygin KAKAI, Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire, Université de Franche-Comté, Février 2008. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: http://www.carede.org/IMG/pdf/RECHERCHE_QUALITATIVE.pdf
7. Gernoux G. Vécu et ressenti de l'infirmière libérale dans la relation professionnelle avec le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2006.
8. Le Métayer C. Étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne: analyse du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sur leur communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
9. MARTIN L. Coopération médicale : les libéraux aussi ! *Le Concours Médical.* 12 déc 2011;769.
10. Seigle G. Etude de la communication entre médecins généralistes et infirmiers diplômés d'état sur le territoire de Maubeuge [Thèse d'exercice]. [2018 France]: Université de Lille; 2018.
11. Sperling EA. Etude de la relation entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans l'Oise pour la prise en charge des plaies chroniques [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
12. Aubin S. [Nurse-doctor: a relationship of trust]. *Rev Infirm.* juill 2017;66(232):23.
13. Lucas DJ. LES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ, CNP – Assises du Samedi 19 juin 2010. 2010;43.
14. Clavagnier I. [Telemedicine, remote collaboration]. *Rev Infirm.* juill 2017;66(232):24□6.

15. Haute Autorité de Santé - Avis n° 2018.0034/AC/SA3P du 5 septembre 2018 du collège de la Haute Autorité de santé concernant le projet de décret relatif aux modalités de mise en oeuvre des activités de télémédecine [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2873469/en/avis-n-2018-0034/ac/sa3p-du-5-septembre-2018-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-concernant-le-projet-de-decret-relatif-aux-modalites-de-mise-en-oeuvre-des-activites-de-telemedecine
16. Code de la santé publique - Article L6316-1. Code de la santé publique.
17. Accès territorial aux soins - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/>
18. Liberge G. Évaluer les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques, et l'intérêt d'un outil de télémédecine dans cette prise en charge [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
19. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
20. DICOM_Jocelyne.M. Dossier médical partagé (DMP) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/article/dossier-medical-partage-dmp>
21. DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/>
22. Dossier Médical Partagé (DMP) : un outil clé pour la santé des patients [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/dossier-medical-partage-dmp-un-outil-cle-pour-la-sante-des-patients>
23. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages » - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-dependantes-vivant-a-domicile-en-2015-premiers-resultats-de>
24. Lucas J, Du DMP au DICS, WWW.DISH.FR [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/dsih_n12_mai_2014_chronique_dr_lucas.pdf
25. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
26. Circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural [Internet]. [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf
27. DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

28. Circulaire du 28 mars 2012 relative à l'enregistrement des maisons de santé dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) et à l'ouverture de l'observatoire des maisons de santé [Internet]. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/04/cir_35035.pdf
29. Ministère chargé de la Santé, Les chiffres clés de l'offre de soin [Internet]. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf
30. Carneiro de Queiroz C, Ty R. Etude de la communication interprofessionnelle entre médecins et infirmiers exerçant en maisons de santé pluri-professionnelles [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
31. Francès P Dek C. Collaborer pour mieux exercer. La Revue du praticien de médecine générale. Avril 2011 ;880(25):314-31
32. Haute Autorité de Santé - Protocole de coopération entre professionnels de santé [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

ANNEXES

Script d'entretien

Introduction : "Bonjour, je m'appelle Mathilde Fontaine. Actuellement interne en médecine générale à Amiens je fais mon travail de thèse sur la relation entre MG et infirmiers dans la prise en charge à domicile des patients dans l'Oise. J'effectue pour cela une recherche qualitative sous la direction du docteur Sarah Diakité. Pour cela je réalise avec des infirmiers à domicile des entretiens semi-dirigés. Je vous remercie d'avoir accepté de participer. Notre entretien durera environ 20 minutes, il sera enregistré et anonyme."

1. Pouvez-vous vous présenter ?

Points importants à aborder :

- *Nom*
- *Age*
- *Nombre d'années d'exercice*
- *Nombre d'année d'exercice libéral*
- *Conditions d'exercice (seul, cabinet de groupe, maison médicale)*
- *Ville(s) d'exercice*
- *Milieu d'exercice : rural, semi-rural ou urbain*

2. Quelles situations vous poussent à avoir recours directement au médecin traitant de votre patient ?

Points importants à aborder :

- *Problème lié à une prescription ?*
- *A ses conditions d'application ?*
- *Inquiétude sur l'état médical du patient ?*
- *Problème lié à la prise en charge globale et sociale du patient ?*

3. Comment procédez-vous si vous avez besoin d'établir un lien avec le médecin traitant ?

4. Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Points importants à aborder :

- *Modalités de recours*
- *Accessibilité du médecin traitant*
- *Accès direct ou via un secrétariat*
- *En cas de remplacement : possibilité d'avoir recours au remplaçant ?*

5. Si vous ne parvenez pas à joindre le médecin, quelle est votre attitude ?

6. A l'inverse, dans quelles situations le médecin traitant vous contacte-t-il directement ?
Comment le fait-il ?

7. Quel est votre ressenti par rapport aux liens que vous avez établi avec les médecins traitants de vos patients ?

Points importants à aborder :

- *Aspects positifs*
- *Aspects négatifs*

8. Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait permettre d'améliorer ces rapports ?

Points importants à aborder :

- *Moyens humains*
- *Moyens concrets*

Caractéristiques des sujets interrogés :

Entretien	Sexe	Age	Ville d'exercice	Type d'activité	Nombre d'années d'expérience	Nombre d'année d'expérience en libéral	Mode d'exercice	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien (en minutes)
1	F	48 ans	Saint-Leu-d'Esserent	Semi-rurale	26 ans	15 ans	Seule	Domicile	16'30
2	F	29 ans	Mouy	Semi-rurale	8 ans	2 ans	Cabinet de groupe	Domicile	17'14
3	F	53 ans	Compiègne	Urbaine	32 ans	28 ans	Cabinet de groupe	Domicile	12'22
4	H	62 ans	Creil	Urbaine	40 ans	36 ans	Cabinet de groupe	Entretien téléphonique	6'48
5	F	43 ans	Blaincourt-lès-Précy	Rurale	3 ans et demi	3 ans	Seule	Domicile	22'40
6	F	29 ans	Tricot	Rurale	8 ans	4 ans et demi	HAD	Entretien téléphonique	10'37
7	H	55 ans	Crèvecœur le Grand	Rurale	33 ans	30 ans	Cabinet de groupe	Entretien téléphonique	6'54
8	H	48 ans	Saint-Just-en-Chaussée	Rurale	13 ans	8 ans	MSP	Entretien téléphonique	13'51
9	H	42 ans	Grandvilliers	Rurale	5 ans	1 ans	MSP	Entretien téléphonique	6'54

10	F	42 ans	Cires-lès-Mello	Semi-rurale	21 ans	12 ans	Cabinet de groupe	Cabinet infirmier	7'15
11	F	33 ans	Beauvais	Urbaine +/-rurale	9 ans	3 ans	Cabinet de groupe	Entretien téléphonique	9'20
12	F	47 ans	Précy-sur-Oise	Semi-rurale	21 ans	14 ans	Cabinet de groupe	Cabinet infirmier	5'22

Relation entre médecins généralistes et infirmiers dans la prise en charge à domicile dans l'Oise : état des lieux, ressenti et perspectives d'amélioration

Introduction : La relation entre médecin généraliste et infirmiers intervenant dans la prise en charge à domicile est un des socles d'une prise en charge optimale des patients. Nous avons cherché à savoir quelles étaient les modalités de recours au médecin généraliste par les infirmiers dans l'Oise, leur ressenti et les perspectives d'amélioration. **Matériel et méthodes :** Une étude qualitative a été réalisée. Des entretiens semi-directifs individuels ont été menés auprès d'infirmiers intervenant dans la prise en charge de patients à domicile dans l'Oise, d'août à novembre 2018. Les entretiens ont été analysés à l'aide du logiciel N Vivo jusqu'à saturation des données et avec une triangulation des données. **Résultats :** 12 entretiens ont été réalisés. Les circonstances de recours au médecin généraliste étaient liées aux prescriptions, à l'état clinique ou paraclinique du patient ou à sa prise en charge globale. Les moyens utilisés pouvaient être directs ou indirects, le moyen principal était le téléphone. Les liens étaient globalement bons, favorisés par certains facteurs comme l'habitude de travailler ensemble. Des freins à la relation ont été mis en évidence, essentiellement le manque de disponibilité des médecins. Des moyens humains et concrets ont été cités pour améliorer ces rapports : le partage de données médicales, la télémédecine, le travail en maison de santé pluridisciplinaire. **Discussion :** La validité de notre étude reposait sur la diversité de la population interrogée. **Conclusion :** Les liens entre médecins généralistes et infirmiers intervenant dans la prise en charge à domicile étaient globalement bons mais des perspectives d'amélioration existaient.

Mots clés : relation ; médecin généraliste ; infirmier ; prise en charge à domicile ; recherche qualitative

Relationship between general practitioners and nurses in home care in Oise: current situation, feelings and prospects for improvement

Introduction : The relationship between general practitioners and nurses involved in home care is one of the cornerstones of optimal patient care. We asked about the way nurses in the Oise region use general practitioners, their feelings and the prospects for improvement. **Materials and methods :** A qualitative study was carried out. Individual semi-directive interviews were conducted with nurses involved in the care of patients at home in Oise, from August to November 2018. The interviews were analyzed using N Vivo software until data saturation and with data triangulation. **Results :** 12 interviews were conducted. The circumstances of recourse to the general practitioner were related to the patient's prescriptions, clinical or paraclinical condition or overall management. The means used could be direct or indirect, the main means was the telephone. The links were generally good, favoured by certain factors such as the habit of working together. Barriers to the relationship have been identified, mainly the lack of availability of doctors. Human and concrete means have been cited by nurses to improve these relationships : sharing medical data, telemedicine, working in multidisciplinary nursing homes. **Discussion :** The validity of our study was based on the diversity of the population surveyed. **Conclusion :** The links between general practitioners and nurses involved in home care were generally good, but there were opportunities for improvement.

Keywords : relationship ; general practitioner ; nurse ; home care ; qualitative research