



HAL
open science

Les relations entre médecins généralistes et infirmiers libéraux en Picardie : regards croisés des deux professionnels

Justine Grost

► **To cite this version:**

Justine Grost. Les relations entre médecins généralistes et infirmiers libéraux en Picardie : regards croisés des deux professionnels. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03122734

HAL Id: dumas-03122734

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03122734>

Submitted on 27 Jan 2021

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2020

N°2020 - 185

**Les relations entre médecins généralistes et
infirmiers libéraux en Picardie :
regards croisés des deux professionnels.**

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)
SPECIALITE MEDECINE GENERALE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 5 NOVEMBRE 2020

PAR
Justine GROST
Née le 21 décembre 1993

Le Président de Jury : **Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE**

Les Juges : **Monsieur le Professeur Eric NGUYEN-KHAC**
Monsieur le Professeur Julien MAIZEL
Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Le Directeur de Thèse : **Madame le Docteur Stéphanie POSTEL**

A mon Président de jury,

*Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE-
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Anatomie et Cytologie Pathologiques
Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques*

Vous me faites un grand honneur en présidant le jury de ma thèse.

Merci d'avoir accepté de donner de votre temps.

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect.

A mon Juge,

*Monsieur le Professeur Eric NGUYEN-KHAC
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Hépto-Gastroentérologue)
Chef du Service d'Hépto-Gastroentérologie
Chef du Pôle "Médecino-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et
endocrinologie" (D.R.I.M.E)
Directeur Adjoint Laboratoire GRAP INSERM U1247
Président du CRBSP CHU Amiens*

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury.

Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon Juge,

*Monsieur le Professeur Julien MAIZEL
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Réanimation, médecine d'urgence)
Assesseur 2ème cycle
Chef du Service de Médecine Intensive Réanimation*

Vous avez bien volontiers consenti à participer à ce jury.

Je vous adresse pour cela mes sincères remerciements et toute ma considération.

A mon Juge,

Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Maître de conférences associée

Département de médecine générale

Docteur en médecine

(Médecine Générale)

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon estime.

A ma Directrice de thèse

Madame le Docteur Stéphanie Postel

Docteur en médecine

(Médecine Générale)

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse.

Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et pour le temps passé à corriger mon travail.

Vous avez été mon premier maître de stage lors de mon internat, ce fut une très belle rencontre. Merci pour tout ce que vous m'avez appris durant cette période.

Soyez assurée de ma reconnaissance.

A mes parents, je vous remercie pour votre soutien tout au long de mes études, surtout dans les moments de doute. Vous avez toujours été présents. J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés. C'est grâce à vous que j'en suis arrivée là aujourd'hui.

A ma sœur Claire, tu as toujours été un exemple pour moi. Merci pour ton soutien. Merci à ton mari Guillaume pour son aide pour la traduction. Je vous souhaite beaucoup de bonheur, vous le méritez.

A ma sœur Emilie, je te remercie d'avoir toujours été à mes côtés et de m'avoir soutenue durant mes études. Je suis fière de toi et de ton parcours. Je te souhaite beaucoup de moments heureux avec Julien. De belles balades à vélo à trois nous attendent.

A ma tante, tu as toujours été présente pour Claire, Emilie et moi. Merci pour tous ce que tu as fait pour nous depuis que nous sommes petites.

A Mémère, ma grand-mère Pierrette, j'aurais tellement aimé que tu sois là aujourd'hui. Je sais que tu veilles sur nous de là-haut. Je t'aime.

A mes grands-pères, j'espère que vous êtes fiers de moi de là-haut.

A Marie, notre amitié compte beaucoup pour moi. Merci pour ces bons moments passés ensemble malgré la distance. Je souhaite qu'il y en ait beaucoup d'autres.

A Charlotte, pour toutes ces années passées ensemble depuis le lycée, merci d'avoir été présente. Je te remercie d'avoir participé à ce travail et de m'avoir aidé. Je souhaite que notre amitié dure de nombreuses années.

A Camille, Théodore et Victoria, ces années d'étude nous ont permis de nous connaître et de partager de bons moments. J'ai découvert de belles personnes qui seront de très bons médecins.

A tous les médecins généralistes qui m'ont accueilli dans leur cabinet. Merci d'avoir partagé votre vision de la médecine générale.

Au Docteur Gilles BRUYER et au Docteur Joseph GUIGRA, mon passage dans votre service a été l'un des meilleurs moments de mon internat. Merci pour vos conseils, votre gentillesse. J'ai beaucoup aimé travailler à vos côtés.

A l'ensemble de l'équipe infirmière, aide-soignante et ASH du service de médecine du CH de Ham. J'ai aimé travailler avec vous et ai appris énormément à vos côtés. J'ai fait la connaissance de très belles personnes. Vous êtes une équipe au top.

A l'ensemble de l'équipe médicale, infirmière, aide-soignante et ASH du SSR du CH de Ham. Merci de m'avoir accompagné lors de mon passage en tant que FFI dans votre service. Merci pour votre gentillesse.

A toutes les équipes médicales et paramédicales dont j'ai croisé la route. Merci pour votre gentillesse et tout ce que vous m'avez appris.

Merci à l'ensemble des médecins généralistes et des infirmiers libéraux qui ont accepté de participer à mon travail et qui ont pris de leur temps.

Table des matières

Abréviations	18
Partie 1 : Introduction	19
Partie 2 : Matériel et méthode	22
1- Choix de la méthode	22
1-1 Type d'étude.....	22
1-2 Guide d'entretien.....	22
1-3 Recrutement des participants.....	22
1-4 Réalisation des entretiens.....	23
2- Analyse des entretiens	24
2-1 Retranscription des entretiens.....	24
2-2 Codage des entretiens.....	24
Partie 3 : Résultats	25
1- Caractéristiques des participants et durée des entretiens	25
2- Analyse thématique des entretiens	28
2-1 Situations cliniques communes.....	28
2-1-1 Travail en commun quotidien.....	28
2-1-2 Pour quels patients ?.....	28
2-1-3 Pour quelles pathologies ?.....	29
2-1-4 Divers motifs d'échanges.....	30
2-2 La communication entre MG et IDEL.....	32
2-2-1 Les moyens de communication.....	32
2-2-2 Les caractéristiques de la communication.....	38
2-3 La relation entre MG et IDEL.....	39
2-3-1 Le ressenti des MG et des IDEL.....	39
2-3-2 Les bases de la relation.....	45
2-3-3 Une différence de relation selon	47
2-3-4 Les intérêts de la relation.....	50

2-4 Les difficultés au sein de la relation MG/IDEL.....	52
2-4-1 Le manque de communication.....	52
2-4-2 Le manque d'écoute.....	54
2-4-3 La pénurie médicale et paramédicale.....	54
2-4-4 Les difficultés propres aux IDEL.....	55
2-4-5 Les difficultés propres aux MG.....	57
2-4-6 L'absence de difficulté.....	58
2-5 Les perspectives d'amélioration de la relation MG/IDEL.....	58
2-5-1 Favoriser la communication.....	58
2-5-2 Regrouper les professionnels.....	61
2-5-3 Uniformiser les pratiques.....	62
2-5-4 Augmenter le numerus clausus.....	62
2-5-5 Revaloriser la tarification des actes infirmiers.....	63
2-5-6 S'inspirer d'autres pays.....	63
2-5-7 Développer la délégation de tâches médicales aux IDEL.....	63
2-6 Délégation de tâches et infirmier de pratique avancée	63
2-6-1 Des formes déjà existantes.....	63
2-6-2 La délégation de tâches du MG à l'IDEL.....	65
2-6-3 Le métier d'infirmier de pratique avancée.....	69
Partie 4 : Discussion.....	71
1- Forces et faiblesses de l'étude.....	71
1-1 Forces et faiblesses de la méthode.....	71
1-2 Forces et faiblesses de l'échantillon.....	73
2- Discussion des résultats.....	74
2-1 Etat des lieux de la relation MG/IDEL.....	74
2-1-1 De multiples motifs d'échanges.....	74
2-1-2 Des moyens de communication nombreux mais communs.....	76
2-2 Vision des MG et des IDEL sur leur relation.....	79
2-2-1 Une relation jugée positive	79
2-2-2 ... mais avec des critiques.....	80
2-2-3 Une relation au bénéfice du patient.....	82
2-2-4 Une relation sous influence.....	83

2-3 Les difficultés de la relation MG/IDEL.....	84
2-3-1 Des difficultés de communication.....	84
2-3-2 Plus de difficultés pour les IDEL.....	86
2-4 De nombreuses pistes d'amélioration.....	87
2-4-1 L'amélioration de la communication.....	87
2-4-2 L'uniformisation des pratiques.....	88
2-4-3 Le regroupement des professionnels.....	89
2-4-4 La délégation de tâches, un sujet qui fait débat.....	90
Partie 5 : Conclusion.....	94
Partie 6 : Bibliographie.....	97
Partie 7 : Annexes.....	105
Annexe 1 : Script d'entretien initial.....	105
Annexe 2 : Script d'entretien final.....	106
Annexe 3 : Verbatim (CD-Rom).....	107

Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

MG : Médecin généraliste

IDEL : Infirmier diplômé d'état libéral

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

HAD : Hospitalisation à domicile

ARS : Agence Régionale de Santé

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

PRADO : Programme de retour à domicile

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

DSI : Dossier de soins infirmiers

DMP : Dossier Médical Partagé

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

ANS : Agence du Numérique en Santé

Partie 1 : Introduction

Depuis plusieurs années, les différentes politiques de santé menées en France ont pour priorité de développer les soins primaires, définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978, comme « *le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé* », comprenant « *des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous, [...] par des moyens qui leur sont acceptables, [...] à un coût abordable pour la communauté du pays* » [1]. En France, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 a joué un rôle important dans le développement de ces soins de premier recours. Elle en a précisé les grands principes qui sont « *la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients* », ainsi que « *l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social* » et « *l'éducation pour la santé* » [2]. Ces différents rôles sont assurés par une équipe de professionnels de santé libéraux, dont font partis le médecin généraliste (MG) et l'infirmier diplômé d'état libéral (IDEL).

Le MG est le premier recours médical dans le système de santé français. Il tient un rôle central de coordonnateur des soins et a entre autres pour missions : l'orientation adaptée du patient dans le parcours de soins, la gestion du dossier médical et la création d'un lien entre les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient [3].

L'IDEL, profession apparue plus récemment en 1947, a comme le MG des obligations envers ses patients (assurer la continuité et la permanence des soins, participer à la coordination, prendre en charge de manière globale le patient) et envers les autres professionnels de santé avec un devoir de communication.

Ces deux professionnels sont des acteurs clés du secteur des soins primaires, intervenant au quotidien auprès du patient et de son entourage, de manière différente mais complémentaire du fait de leur formation, leur expérience et leur vision propre du patient et de sa maladie.

La qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients, dépendent en grande partie de l'environnement dans lequel ils sont prodigués. Les médecins et les infirmiers étant deux professionnels importants de cet environnement, il est logique de penser que leur relation influence la qualité de celui-ci et qu'une bonne entente entre eux aura un impact positif sur la prise en charge du patient [4].

La relation entre les médecins et les infirmiers existe depuis de nombreuses années et a évolué au fil du temps, passant d'une subordination à une collaboration.

Initialement les rapports entre les deux professions sont hiérarchiques. Les médecins dirigent les infirmiers et ce dès leur formation puisque les premières écoles d'infirmières sont créées par le corps médical dans le but d'avoir un personnel qualifié et dévoué, lui venant en aide au quotidien. Cette hiérarchisation est également renforcée par une inégalité de genre entre les deux professions, celle de médecin étant exercée majoritairement par les hommes et celle d'infirmier par les femmes. L'évolution de la société, avec l'émergence du féminisme et l'émancipation des femmes, a un véritable impact sur les relations entre les médecins et les infirmières et favorise l'autonomisation de ces dernières par rapport à la profession médicale. Toutefois, ce n'est qu'en 1978 que le rôle propre de l'infirmier est officiellement reconnu, passant du statut d'auxiliaire du médecin à celui de professionnel de santé autonome et compétent pour donner son avis sur les prises en charge [5].

Une collaboration se crée alors entre le médecin et l'infirmier, nécessaire afin de faire face à l'évolution de la société avec le vieillissement de la population, ainsi qu'aux nouvelles problématiques de santé telles que le développement des maladies chroniques et la pénurie médicale.

C'est ainsi que les rapports entre les médecins et les infirmiers ont évolué au cours des années, mais quelle perception, nos deux professionnels, ont-ils de leur relation ?

En milieu hospitalier, plusieurs études menées à ce sujet, ont montré une représentation différente de la relation selon le professionnel. Si les médecins sont, en général, plus satisfaits de leurs rapports professionnels, les infirmiers estiment ne pas pouvoir s'exprimer librement face au corps médical et ne pas être suffisamment entendus. Cependant il persiste une réelle volonté de la part des deux professions à collaborer [4], [6], [7].

Et concernant le secteur libéral, qu'en est-il de la relation entre les MG et les IDEL ?

Des travaux de recherche existent mais ils ne s'intéressent souvent qu'au point de vue d'un seul des deux protagonistes, généralement celui de l'IDEL [8], [9]. Or comme à l'hôpital, nous supposons que les MG et les IDEL ne vivent pas leur relation de la même manière. Dans d'autres cas, les travaux réalisés se limitent à la relation entre les MG et les IDEL, concernant une prise en charge spécifique, par exemple le diabète ou les plaies chroniques [10], [11].

Pourtant le travail entre les deux professionnels relève de beaucoup d'autres domaines, comme j'ai pu le constater lors de mes stages en cabinet de médecine générale.

Au regard de ces recherches, nous nous sommes donc demandés quel était le ressenti des médecins généralistes et des infirmiers libéraux picards vis à vis de leur relation professionnelle et comment, selon eux, celle-ci pourrait-être améliorée afin d'optimiser la prise en charge de leurs patients dans le secteur des soins primaires. Pour cela, il nous semblait nécessaire d'interroger à la fois les IDEL et les MG, de manière à ne pas nous limiter à un seul des deux points de vue. Afin de mieux cerner les problèmes que chaque profession rencontre et d'identifier les solutions qui amélioreraient leurs rapports, nous pensions nécessaire d'établir dans un premier temps, un état des lieux de leur relation.

L'objectif principal de notre travail est d'étudier les relations entre les médecins généralistes et les infirmiers libéraux, en Picardie. Les objectifs secondaires sont de connaître les difficultés rencontrées par chacun des deux acteurs au sein de leur relation et de concevoir des solutions afin d'améliorer leurs rapports et permettre ainsi une meilleure prise en charge des patients en soins primaires.

Partie 2 : Matériel et Méthode

1- Choix de la méthode

1-1 Type d'étude

Afin de répondre au mieux à nos objectifs, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, sous forme d'entretiens semi-dirigés, auprès d'IDEL et de MG installés en Picardie. Ces entretiens ont été menés entre le mois d'avril 2019 et le mois de mai 2020 par l'enquêtrice, qui a également effectué l'analyse des résultats.

1-2 Guide d'entretien

Nous avons rédigé un premier guide d'entretien (Annexe 1), composé de questions ouvertes, qui était le même pour les MG et les IDEL. Il a été approuvé par la Commission des thèses du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine d'Amiens, en décembre 2018. Sa rédaction a été précédée d'une recherche bibliographique sur SUDOC, DUMAS et PUBMED, permettant de définir les thèmes que nous souhaiterions aborder avec les participants.

Ce guide, connu seulement de l'enquêtrice, explorait différents thèmes :

- les moyens de communication utilisés,
- les situations cliniques de travail en commun,
- le ressenti des professionnels sur leur relation,
- les difficultés rencontrées,
- les perspectives d'amélioration.

Au fur et à mesure de notre travail, le guide d'entretien a évolué afin de soumettre aux interrogés les idées émergentes des précédents entretiens (Annexe 2).

1-3 Recrutement des participants

Le recrutement des MG et des IDEL s'est fait par l'intermédiaire de connaissances personnelles

ou de rencontres professionnelles (maîtres de stage, infirmiers rencontrés lors des stages chez les généralistes). Cependant, nous avons essayé au maximum de recruter les participants de façon à être complémentaire sur différents critères, notamment le genre, l'âge, le lieu d'exercice (rural, semi rural, urbain) et le mode d'exercice (seul, cabinet médical ou infirmier, regroupement pluri professionnel). Le but étant d'avoir un échantillon dit "en recherche de variation maximale", c'est à dire d'avoir un échantillon composé de profils variés dans l'optique d'obtenir des points de vue différents.

Les critères d'inclusion de notre travail étaient d'être médecin généraliste ou infirmier libéral, installés en Picardie et d'accepter de participer à l'étude.

Une fois sélectionnés les MG et les IDEL ont été contactés par voie téléphonique. Après leur avoir expliqué le thème du travail et les modalités de l'entretien, nous fixions un rendez-vous à leur convenance, pour ceux acceptant de participer à notre étude.

1-4 Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés en face à face, au cabinet des IDEL et des MG ou à leur domicile. Quand cela n'a pu être le cas, ils ont été réalisés par voie téléphonique.

Hormis deux entretiens, où les participants (des IDEL) étaient deux lors de l'enregistrement car cela les arrangeait d'un point de vue organisationnel, tous les autres entretiens ont été enregistrés de façon individuelle afin de permettre à chaque intervenant une expression libre, sans peur du jugement d'une tierce personne.

Après avoir obtenu l'accord oral des participants et en leur garantissant l'anonymat, chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone et d'un enregistreur vocal sur un téléphone portable afin d'être certain d'enregistrer. La durée annoncée des entretiens était d'environ trente minutes. En réalité, ils ont duré entre 8 minutes 53 pour le plus court et 1 heure 15 minutes pour le plus long, MG et IDEL confondus.

Tous les entretiens se sont déroulés de la manière suivante. Dans un premier temps, l'enquêtrice se présentait ainsi que son travail, puis exposait les objectifs de ce dernier. Il était ensuite demandé aux participants de se présenter : âge, nombre d'années d'exercice en libéral, lieu et

mode d'exercice. Il était demandé en plus, aux IDEL, de donner leur parcours professionnel avant leur installation en libéral. Dans la suite, venait le temps de l'entretien en lui-même, qui se terminait par le remerciement des participants.

Le nombre d'entretiens à réaliser n'était pas prédéfini, l'objectif étant d'atteindre la saturation des données, qui correspond au moment où les informations deviennent redondantes et qu'aucune nouvelle idée n'apparaît. Cette dernière a été atteinte après le seizième entretien pour les IDEL et le treizième pour les MG. Afin de la confirmer, un dernier entretien a été mené auprès de chacune des deux professions. Au total 31 entretiens ont donc eu lieu : 17 auprès d'IDEL et 14 auprès de MG.

2- Analyse des entretiens

2-1 Retranscription des entretiens

Les entretiens anonymes ont été retranscrits mot à mot à l'aide du logiciel de traitement de texte Libre Office Writer, en faisant apparaître le langage verbal et non verbal (rire, hésitation), afin de respecter les idées exprimées par les participants.

Les entretiens ont été indexés d'IDEL1 à IDEL17 pour les infirmiers libéraux et de MG1 à MG14 pour les médecins généralistes, en fonction de leur ordre chronologique d'enregistrement.

Le matériel obtenu après retranscription est appelé verbatim. Une copie des retranscriptions est jointe sur CD-ROM (Annexe 3).

2-2 Codage des entretiens

Le codage des entretiens a été réalisé à l'aide du logiciel NVIVO 12 par l'enquêtrice elle-même.

Les verbatim ont été découpés en thèmes et en sous-thèmes. Ce travail a permis de mettre en avant les idées principales, exprimées par les MG et les IDEL, qui ont ensuite été classées afin de répondre au mieux à nos objectifs. Chaque verbatim a été relu et codé par une deuxième personne, afin de permettre une triangulation des données.

Partie 3 : Résultats

1- Caractéristiques des participants et durée des entretiens

Au total, 17 IDEL et 14 MG ont été interrogés.

Parmi les 17 IDEL, 14 étaient des femmes et 3 des hommes, âgés de 30 à 56 ans.

Le nombre d'infirmiers interrogés dans les trois départements était quasiment identique avec 6 IDEL exerçant dans la Somme, 6 dans l'Oise et 5 dans l'Aisne, aussi bien en secteur rural qu'urbain.

Les IDEL travaillaient dans la majorité des cas dans un cabinet d'infirmiers libéraux, 3 partageaient leurs locaux avec des MG et 3 autres exerçaient au sein d'une maison de santé pluri professionnelle (MSP). Un IDEL était installé seul.

Leur ancienneté en tant qu'infirmier libéral s'étendait de 4 mois à 35 ans.

Leurs caractéristiques sont récapitulées dans le tableau 1 ci-dessous.

Concernant les 14 MG, 4 étaient des femmes et 10 des hommes, âgés de 30 à 66 ans.

Parmi les médecins interrogés, 5 exerçaient dans la Somme, 5 dans l'Oise et 4 dans l'Aisne.

Les secteurs rural et urbain étaient représentés de façon équilibrée avec 4 MG en zone rurale, 4 MG en zone semi-rurale et 6 MG en zone urbaine.

La majorité des MG interrogés travaillaient en groupe, 5 en MSP, 4 en cabinet médical sans IDEL et 3 partageaient leurs locaux avec des IDEL. Deux médecins exerçaient seuls.

L'ancienneté des MG variait de 1 an à 40 ans.

Leurs caractéristiques sont récapitulées dans le tableau 2 ci-dessous.

	Sexe		Age	Département			Lieu d'installation			Mode d'installation				Ancienneté d'installation	Durée d'entretien
	H	F		Aisne	Oise	Somme	Rural	Semi rural	Urbain	Seul	Cabinet d'IDEL	Cabinet médical	MSP		
IDEL 1		1	33 ans	1					1		1			3 ans	19 :21,00
IDEL 2		1	40 ans			1	1				1			12 ans	20 :14,00
IDEL 3		1	33 ans			1	1				1			2 ans	20 :14,00
IDEL 4		1	42 ans			1	1						1	4 mois	24 :21,00
IDEL 5		1	44 ans			1			1			1		8 ans	44 :32,00
IDEL 6		1	31 ans			1			1		1	1		6 ans	22 :46,00
IDEL 7		1	38 ans		1		1						1	6 ans	12 :19,00
IDEL 8		1	45 ans	1					1		1			11 ans	47 :47,00
IDEL 9	1		30 ans	1					1		1 (avec kinés)			6 ans	11 :19,00
IDEL 10		1	44 ans	1					1		1			7 ans	20 :59,00
IDEL 11		1	55 ans			1	1				1			35 ans	25 :42,00
IDEL 12		1	43 ans		1			1				1		10 ans	13 :06,00
IDEL 13		1	50 ans		1			1			1			26 ans	35 :30,00
IDEL 14	1		53 ans		1		1			1				25 ans	35 :30,00
IDEL 15		1	39 ans	1					1				1	9 ans	13 :02,00
IDEL 16	1		42 ans		1				1		1			13 ans	01 :15 :16
IDEL 17		1	56 ans		1		1				1			22 ans	33 :55,00
Total	3	14	Moyenne 42,2 ans	5	6	6	7	2	8	1	11	3	3	Moyenne 11,8 ans	Moyenne 28:20,00

Tableau 1 : Caractéristiques des IDEL interrogés

	Sexe		Age	Département			Lieu d'installation			Mode d'installation			Ancienneté d'installation	Durée d'entretien
	H	F		Aisne	Oise	Somme	Rural	Semi rural	Urbain	Seul	Cabinet médical	MSP		
MG 1	1		36 ans		1		1					1	8 ans	12 :59,00
MG 2	1		30 ans			1	1					1	1 an	33 :13,00
MG 3	1		64 ans			1			1		1 (avec 3IDEL)		35 ans	15 :28,00
MG 4	1		60 ans			1			1	1			33 ans	40 :11,00
MG 5		1	57 ans			1			1		1		30 ans	13 :08,00
MG 6	1		55 ans			1		1		1			28 ans	12 :08,00
MG 7	1		66 ans	1					1		1		40 ans	21 :49,00
MG 8		1	57 ans		1			1			1 (avec 1 IDEL)		30 ans	11 :46,00
MG 9	1		65 ans	1			1				1 (avec 2 IDEL)		37 ans	15 :01,00
MG 10	1		60 ans		1				1		1		25 ans	20 :14,00
MG 11		1	39 ans	1				1				1	9 ans	11 :48,00
MG 12	1		60 ans		1			1				1	30 ans	08 :53,00
MG 13	1		64 ans	1					1			1	33 ans	10 :29,00
MG 14		1	39 ans		1		1				1		11 ans	17 :08,00
Total	10	4	Moyenne 53 ans	4	5	5	4	4	6	2	7	5	Moyenne 25 ans	Moyenne 17 :27,00

Tableau 2 : Caractéristiques des MG interrogés

IDEL = Infirmier diplômé d'état libéral

MG= Médecin généraliste

2- Analyse thématique des entretiens

2-1 Situations cliniques communes

2-1-1 Travail en commun quotidien

Les IDEL et les MG interrogés ont déclaré qu'ils travaillaient ensemble quotidiennement, également sur les périodes de repos, comme le week-end, afin de permettre la continuité des soins par la transmission des informations importantes.

MG9 : « Tous les jours, on parle des patients à problèmes. »

IDEL5 : « Quand il y a un truc qui ne va pas dans leur patient, j'envoie automatiquement un message. Et je te dis, dimanche soir il a eu son message avec ses patients alors qu'il ne travaillait pas du week-end. Mais je lui ai quand même envoyé car c'était important et je voulais qu'il sache pour lundi. C'est important même que ça suive. »

2-1-2 Pour quels patients ?

Patients âgés et/ou atteints de troubles cognitifs

Plusieurs MG et IDEL ont mentionné que c'était principalement pour les personnes âgées dépendantes et/ou atteintes de troubles cognitifs qu'ils échangeaient régulièrement.

MG11 : « j'ai aussi pas mal de visites à domicile, donc les patients qui sont suivis à domicile ont en général un suivi par l'infirmier et donc c'est pas par pathologies particulières, c'est plus pour des patients qui sont dépendants, en manque d'autonomie. »

IDEL16 : « Les patients qui souffrent de troubles cognitifs, beaucoup, beaucoup en collaboration avec les médecins, on fait remonter les informations. »

2-1-3 Pour quelles pathologies ?

Suivi des maladies chroniques

Les MG et les IDEL échangeaient principalement sur le suivi du diabète et la gestion des antivitamines K.

IDEL 4 : « Après on travaille avec eux, alors ça va être surtout avec le diabète pour les insulines. » [...] « Après pour le diabète, pareil, il y a les carnets de suivi à domicile, quand on voit qu'il y a du changement on les avertit et on voit avec eux. »

IDEL11 : « Lorsqu'on fait des prises de sang, ça nous arrive de réagir nous-même, mais si vraiment il y a un résultat qui est mauvais, on demande l'avis du médecin et c'est lui qui nous dit la conduite à tenir pour la COUMADINE ou le PREVISCAN. »

Suivi des plaies et adaptation des pansements

Les IDEL et les MG travaillaient ensemble à la prise en charge des plaies, surtout quand elles devenaient chroniques et difficiles à cicatriser. Plusieurs IDEL ont d'ailleurs mentionné que pour le choix des pansements, les MG n'hésitaient pas à leur demander conseils.

IDEL2 : « Le médecin [...], il va nous dire pour une plaie, il va dire au patient "laissez l'infirmière faire, elle a plus l'habitude que moi, elle m'appellera pour dire ce qui a changé." Pour les pansements, il fait la première prescription, nous, on suit et si effectivement ça ne marche pas, on change mais pas sans le prévenir en le tenant au courant. »

IDEL13 : « moi je vais appeler le médecin quand je vais avoir un souci au niveau d'un pansement, si j'ai un doute, si je trouve que ça s'est aggravé voilà. »

Fins de vie

Les soins palliatifs et la gestion de la fin de vie à domicile faisaient partis des situations rapportées par les MG et les IDEL pour lesquelles ils travaillaient conjointement. Chacun mettant en avant l'importance de la communication et du travail en équipe pour ces prises en charges compliquées moralement.

MG13 : « les soins palliatifs, les fins de vie éventuellement. »

IDEL16 : « J'avoue que nous avons échangé nos numéros de téléphone portable dans une situation d'une dame qui avait 98 ans et dont le décès était imminent. » [...] « Là où quand même le rôle en collaboration il se fait le mieux, je trouve c'est quand on accompagne les gens en fin de vie. »

2-1-4 Divers motifs d'échanges

Question sur un traitement

Certains IDEL contactaient les MG quand ils avaient une question vis à vis d'un traitement ou qu'ils souhaitaient discuter d'une adaptation thérapeutique.

IDEL13 : « ce week-end encore, samedi matin j'ai appelé le médecin parce que voilà on avait un souci, on avait un patient à qui on devait arrêter l'ELIQUIS et on savait pas s'il fallait ou pas. [...] Bref voilà pour des soucis de traitements. »

IDEL14 : « ben ça peut être des réajustements de traitements. »

Renouvellement des traitements ou des soins infirmiers

Les IDEL pouvaient contacter les MG afin de demander le renouvellement des ordonnances de traitements des patients âgés dépendants ou celui des soins infirmiers.

IDEL2 : « On est surtout amené à contacter les généralistes quand il faut renouveler les traitements. Beaucoup de personnes âgées ne se rendent pas compte du temps de leur ordonnance, donc quand on voit qu'il va y avoir des manques, on les appelle pour venir renouveler les médicaments. »

Urgences et problèmes aigus

Lors de la survenue d'un évènement aigu, de la dégradation de l'état de santé d'un patient, d'une situation d'urgence, nécessitant un avis médical rapide, les IDEL prévenaient les MG afin qu'ils interviennent.

MG12 : « quand ils ont un problème, ils téléphonent et moi j'ai un souci je les appelle, un truc urgent on peut les appeler aussi. »

IDEL10 : « alors quand il y a une chute, enfin quelque chose qui se passe au domicile, on se met en relation avec eux. Quand on constate que le patient se dégrade. »

Post-hospitalisation

Des IDEL contactaient les MG en post-hospitalisation de manière à les informer du retour au domicile du patient et d'organiser une visite médicale afin de faire le point sur la situation.

IDEL6 : « Après il peut y avoir aussi des fois, moi je sais que j'ai déjà eu des retours de chir ou des trucs comme ça, ou des trucs qui m'interpellent ou si le patient ne va pas bien, ben j'appelle et je dis "écoutez je préférerais quand même que vous le voyiez". »

IDEL14 : « Après pour le suivi au niveau hospitalier, dès fois il y a des patients, ben j'ai eu le cas ce matin d'un patient qui est sorti de l'hôpital, ben il avait pas d'antico, de couverture antico donc on appelle le médecin traitant, on lui demande son avis et puis après lui il nous recontacte. »

Soins ponctuels

L'IDEL et le MG avaient l'occasion de travailler ensemble pour des soins plus ponctuels tels que des prises de sang ou des injections de traitement. Dans ces situations, c'était souvent le MG qui contactait l'IDEL pour en faire la demande.

IDEL16 : « le Dr L, je l'ai rencontré dans le cadre d'un monsieur qui avait une infection, une BMR dans les urines, elle m'a demandé de le prendre en charge pour de la ROCEPHINE en perfusion à domicile. » [...] « L'autre jour, j'ai GB qui m'a appelé en catastrophe parce que la dame avait une digoxinémie très très élevée, il fallait piquer un bilan en urgence. »

Plusieurs MG ont souligné qu'ils avaient de moins en moins recours aux IDEL pour les injections de traitements antibiotiques ou antalgiques, suite à la création du système de l'hospitalisation à domicile (l'HAD).

MG10 : « Je sais pas, ça peut être tout, des plaies, des traitements injectables de façon très limitée parce qu'il y a l'HAD. » [...] « ça limite du coup le recours aux infirmières, on avait plus recours avant quand ça n'existait pas. »

Création de protocoles de soins

Les MG et les IDEL partageant un cabinet, souvent une MSP, ont déclaré travailler également ensemble à la création de protocoles de prise en charge, dans le but d'homogénéiser leurs pratiques.

IDEL4 : « On a des réunions tous les mois, réunions tous les mois pour pouvoir mettre en place des choses, donc là c'était le protocole AVK. Après on veut mettre en place un protocole pansement. »

2-2 La communication entre MG et IDEL

2-2-1 Les moyens de communication

Le téléphone portable : appel ou SMS

Tous les MG et IDEL interrogés ont cité le téléphone portable comme moyen de communication pour interagir avec l'autre professionnel, soit par appel, soit par l'envoi de SMS.

MG4 : « Donc les communications, un peu bêtement je vais dire, se font par téléphone. »

IDEL16 : « Voilà donc c'est vrai que c'est plus le SMS ou un coup de téléphone très honnêtement qui fonctionnent au jour d'aujourd'hui. »

Ce mode de communication était le plus utilisé selon eux car il offrait de nombreux avantages :

- Disponibilité permanente

Il était jugé pratique car pouvait être utilisé n'importe où et n'importe quand, surtout lors des visites.

MG11 : « Ben c'est plus pratique, je l'ai tout le temps dans la poche. »

IDEL15 : « Etant donné qu'on n'est jamais vraiment très présent, enfin stagnant sur un lieu, moi pour moi c'est le téléphone. »

- Facilité d'obtenir l'interlocuteur

Ce moyen de communication permettait de joindre facilement son interlocuteur, surtout s'ils avaient son numéro personnel.

IDEL12 : « Le meilleur moyen c'est le téléphone parce que c'est le plus rapide et je suis sûre d'avoir le médecin sauf s'il est occupé. »

- Obtention d'une réponse rapide

Le téléphone était surtout utilisé lors de situations urgentes et permettait d'obtenir une réponse rapide.

IDEL16 : « C'est vrai que principalement c'est le téléphone qui fonctionne, euh, ça permet vraiment de faire le tour de la situation en peu de temps quoi. » [...] « et souvent j'ai une réponse extrêmement rapide. »

- Réalisation de photos

Un autre avantage cité était la possibilité de réaliser des photos, notamment des plaies afin d'adapter le pansement immédiatement, sans que le médecin ait besoin de se déplacer au domicile du patient.

MG3 : « Alors ce qui est très pratique par contre c'est l'appareil photo des portables. Là c'est génial. Oui parce qu'à la campagne je ne sais pas combien de déplacement j'ai fait pour voir une lésion alors que là. » [...] « Dès fois, elle m'envoie des prises de sang aussi c'est pratique. Donc au niveau contact, on a le contact facile et facilité. »

IDEL11 : « Pour le suivi d'un pansement, on envoie une photo au médecin et puis lui il nous dit "ben c'est bien, continuez". »

De visu au cabinet médical

Un autre mode de communication relevé par les IDEL et les MG était la rencontre de visu avec l'autre professionnel, au cabinet médical. Dans la majorité des cas, cela se faisait à l'initiative de l'IDEL, qui se déplaçait au cabinet du généraliste.

MG14 : « par moment, c'est elles qui passent au cabinet, elles tapent à la porte en fait donc on sort dans le couloir et on voit un petit peu leurs problèmes. »

IDEL11 : « S'il y a un problème, j'attends à la porte entre deux consultations et le médecin me prend entre deux patients. »

Cependant, il y avait des limites à ce mode de communication pour certains IDEL interrogés, qui considéraient qu'il n'était pas simple de passer entre les patients qui avaient rendez-vous et s'en sentaient gênés.

IDEL8 : « Je sais qu'il y a un médecin un jour il fallait que j'aille chercher une ordonnance d'un patient mais il y avait tellement de monde j'ai pas osé, et passer devant les gens je ne peux pas. Les gens attendent depuis longtemps et puis on arrive, je suis infirmière, allez hop je passe, ça je n'ose pas. »

De visu au domicile du patient

Les IDEL et MG ont déclaré se rencontrer aussi en face en face chez le patient, principalement en cas de plaies chroniques.

MG1 : « On peut prendre rendez-vous, dès fois moi ça m'arrive de leur donner rendez-vous chez les patients, quand on a besoin de voir un pansement ou qu'on a envie de revoir quelque chose dans un protocole. »

IDEL17 : « Dès fois on se donne rendez-vous chez des patients quand il y a un problème pour des pansements ou des choses comme ça. »

Néanmoins, chaque professionnel admettait que ces visites communes se faisaient de moins en moins en raison de limites à leur réalisation.

- Difficultés d'organisation

La première limite était la difficulté à programmer ces rencontres en raison d'emplois du temps différents et chargés. Une organisation en amont était nécessaire.

MG12 : « C'est pas facile de coordonner les horaires ensemble. C'est très difficile, ça arrive mais c'est exceptionnel. »

IDEL15 : « Chez la personne [...] mais voilà pour se rencontrer c'est pas facile non plus, il faut prendre un rendez-vous avant. »

- Présence du patient et de l'entourage

Selon les IDEL et les MG, la présence du patient et/ou de l'entourage pouvait modifier leur discours et freiner ces rencontres.

MG10 : « En cas de problème, on se voit au domicile bien évidemment. [...] Quand on voit avec les familles en plus, c'est très compliqué. »

IDEL6 : « Des fois, on se croise chez les patients mais c'est pas là où l'on règle le plus de problèmes. [...] Je pense ça ne résolu pas forcément nos petites questions, nos interrogations parce qu'il y a le patient et du coup on ne parle pas forcément pareil devant le patient, que quand on est dans un bureau à deux. »

Par écrit

La communication par écrit était un autre moyen cité par les IDEL et les MG interrogés afin d'échanger avec l'autre professionnel. Divers supports étaient pour cela utilisés :

- Les ordonnances

Plusieurs MG admettaient communiquer avec les IDEL via leurs ordonnances.

MG4 : « Donc les communications un peu bêtement, je vais dire se font [...] par l'intermédiaire des prescriptions que je fais. »

- Les cahiers de liaison

Certains IDEL et MG avaient mis en place au domicile des patients, des cahiers de transmission

ou de liaison afin d'y inscrire ce qu'ils constataient lors de leurs passages et s'en servaient également comme moyen de communication.

MG5 : « Alors moi ce que je fais aussi chez les patients c'est de mettre un cahier [...] et il y avait un cahier où l'infirmier notait si on ne peut pas se rencontrer, mettait ce qu'il voulait et puis moi derrière je prescrivais et je mettais ce que je voulais dans le cahier. »

IDEL14 : « Après il y a des cahiers, des dossiers de liaison chez les patients ou si on a quelque chose d'important ou des suivis comment dire de constantes, des choses comme ça, on les consigne, eux ils regardent, eux ils laissent un message, donc quand on passe, on regarde. »

Des limites à leur utilisation ont été relevées par plusieurs participants, comme la perte fréquente du cahier par les patients ou le défaut d'utilisation par certains professionnels.

MG1 : « Quand je me suis installé, [...], j'ai acheté 50 petits cahiers comme ça. J'en ai disséminé un peu partout. Il y en a que j'ai encore chez des patients, je les ai encore et puis il y a des patients, ils ne savent pas où ils l'ont mis. [...] De temps en temps si l'infirmier il ne met pas un coup dedans, le cahier au bout d'un moment on ne sait plus où il est. Encore une fois c'est un outil de communication, il faut s'en servir. Si personne ne s'en sert, ben finalement il ne sert plus à rien ce cahier. »

IDEL10 : « nous de notre côté, on a déjà mis des dossiers de soins en place chez nos chroniques mais c'est pas pour ça qu'ils sont consultés. »

- Les mots sur papier libre

Moins codifiés que les cahiers de liaison, beaucoup d'IDEL et de MG reconnaissaient communiquer avec l'autre professionnel en écrivant un mot sur une feuille libre, qu'ils laissaient chez le patient ou au secrétariat quand ils partageaient un cabinet.

MG3 : « Alors nous via les messages, qu'elles nous laissent par écrit au cabinet parce qu'on partage les locaux. Après éventuellement les messages qu'elles laissent chez les gens. »

IDEL10 : « En règle générale, [...] on communique soit on laisse un mot au domicile du patient en marquant ça, c'est surtout pour nos renouvellements d'ordonnance ou quoique ce soit quand on constate. »

- Les mails

Les mails et messageries sécurisées étaient des outils également utilisés ...

MG4 : « On a souvent des mails [...], quand j'ai fait une prescription et que c'est pas tout à fait ça, dans ces cas-là moi j'en refais une sur l'ordinateur et je l'envoie par mail directement à l'infirmière. »

IDEL15 : « par mail parce qu'il y a toujours une trace écrite. »

... mais considérés comme peu pratiques car peu souvent consultés.

MG11 : « Mes mails, je ne les regarde pas tous les jours donc c'est pas un moyen de communication fiable. »

IDEL16 : « on avait essayé de mettre en place la messagerie sécurisée, pour euh, pour les différents patients avec les médecins référents mais c'est encore un petit peu compliqué parce que on n'a pas tous les médecins qui ont le réflexe d'aller vérifier dans la messagerie. »

- Les logiciels médicaux

Les logiciels médicaux étaient utilisés pour échanger par les MG et les IDEL travaillant dans un cabinet commun, comme les MSP.

MG2 : « Avec les infirmières du groupement [...], ils ont le logiciel c'est le même que nous. Donc il y a une interaction sur le logiciel : avec les post-it. »

IDEL4 : « Après avec le logiciel VEDA, ça permet de leur envoyer un message que ce soit pour un renouvellement d'ordonnance, que ce soit pour un suivi pansement. »

Via une tierce personne

Certains IDEL et MG interrogés, avouaient échanger parfois par l'intermédiaire d'une tierce personne.

- Le patient ou son entourage

MG8 : « Alors, ben c'est par patients interposés ou aidants ou famille interposés. »

***IDEL3** : « Après c'est le patient qui fait l'interlocuteur entre nous et son médecin traitant. »*

- Le secrétariat médical

Les secrétaires médicales ou standards médicaux étaient aussi un intermédiaire dans la communication entre MG et IDEL, notamment quand les infirmiers n'avaient pas le numéro de portable des médecins.

***MG2** : « L'autre cas particulier c'est via la secrétaire, 3ème chose où tu peux les avoir c'est qu'elle appelle la secrétaire. [...]Donc c'est via la secrétaire qui nous met après un post-it sur le logiciel et qu'on regarde, des fois elle nous passe l'infirmière s'il faut. »*

***IDEL10** :« On appelle direct, donc soit on laisse un mot à la secrétaire et elle transmet avec nos coordonnées ou soit on demande à parler directement au médecin. »*

2-2-2 Les caractéristiques de la communication

Une communication informelle

Les MG et les IDEL non regroupés, considéraient que la communication entre eux s'organisait de façon assez officieuse.

***MG10** : « On se réunit de temps en temps aussi, enfin comme on est plus ou moins copain, on se réunit, on fait des bouffes, on parle des patients aussi. [...]Tout ça c'est très informel, c'est pas comme dans les MSP, où on doit se réunir une fois par mois, voilà nous on le fait un peu de façon. C'est pour ça que je parle de réseau informel. »*

Une communication facilitée par le regroupement

Tandis que les MG et les IDEL travaillant au sein d'un même cabinet, comme les MSP, décrivaient une communication plus cadrée et plus simple à organiser.

***IDEL7** : « le fait déjà qu'on soit dans les mêmes locaux, ça favorise énormément la communication et l'échange qui est beaucoup plus simple. »*

Une communication à l'initiative de l'IDEL

Plusieurs MG et IDEL interrogés, se rejoignent sur le fait que c'était souvent l'infirmier qui initiait leurs échanges. L'explication, pour eux, provenait du fait que l'IDEL étant en contact quotidien avec le patient, avait plus d'occasions de repérer les problèmes et donc de contacter le MG.

MG13 : « C'est vrai que c'est peut-être plus souvent elles, qui nous appellent que nous. »

IDEL8 : « Mais en même temps c'est logique, puisque c'est nous qui sommes au contact tous les jours avec le patient, donc c'est nous qui remarquons les choses. Alors finalement, c'est logique que c'est nous qui appelions le médecin en cas de problème, puisque le médecin il est dans son cabinet, il ne sait pas ce qu'il se passe à la maison. »

2-3 La relation entre MG et IDEL

2-3-1 Le ressenti des MG et des IDEL

Visions positives

La majorité des MG et des IDEL interrogés, jugeaient de manière positive leurs relations avec l'autre professionnel.

- De bonnes relations

Les IDEL et les MG estimaient avoir de bons contacts et considéraient leurs relations de travail agréables.

MG5 : « Je la trouve agréable. » [...] « Moi ça fait 25 ans que je travaille ici, je n'ai jamais eu de problème avec aucun des infirmiers du quartier. »

MG11 : « Je pense que j'ai plutôt de bonnes relations avec les infirmiers libéraux du secteur. »

IDEL11 : « Les relations sont très bonnes, il n'y a aucun souci. »

- Une relation de confiance

Pour beaucoup, leur relation était basée sur la confiance réciproque, nécessaire pour travailler ensemble.

MG1 : « Oui, c'est vraiment une relation de confiance. »

MG11 : « On sait qu'on a des infirmiers en qui on peut avoir confiance et sur qui on peut compter. »

IDEL11 : « En général, les médecins nous font confiance. » [...] « Et puis finalement, on se rend compte, que finalement, on se fait confiance quoi. »

- Un respect mutuel

Les IDEL et les MG étaient respectueux envers l'autre profession et envers ses compétences.

MG8 : « J'ai beaucoup d'estime pour eux. J'ai beaucoup de considération. »

IDEL16 : « Maintenant le médecin il est là, moi je respecte tout à fait sa fonction. »

- Une relation familiale

Une IDEL utilisait le terme de « famille », pour décrire les relations entre les différents professionnels de santé des soins primaires intervenant autour du patient, pas seulement entre le MG et l'IDEL.

IDEL16 : « C'est très familial en fait. Oui, avec le pharmacien c'est pareil quoi. [...] On demande au pharmacien, il nous l'avance et le lendemain on va voir les médecins pour qu'ils nous fassent l'ordonnance. C'est très très familial. »

- Un échange de savoir

L'échange de connaissances, la transmission d'expériences caractérisaient pour beaucoup de MG et d'IDEL leur relation. Chacun des deux professions ayant à apprendre de l'autre.

MG3 : « J'ai appris énormément avec les infirmières qui me donnaient un peu la marche à suivre. » [...] « quand j'ai commencé, bon j'étais en contact avec une infirmière qui avait du

métier et qui m'a appris pratiquement les nouveaux soins des ulcères, des escarres, des choses comme ça. Euh c'est une inversion, maintenant c'est moi qui ai peut-être plus d'expérience. »

MG8 : « *Sinon on a à apprendre aussi d'eux, parce qu'ils ont plus d'expérience que nous pour les produits, les soins d'escarre. »*

- Un travail d'équipe ...

Le terme « *d'équipe* » était retrouvé dans de nombreux entretiens, afin de qualifier la relation entre MG et IDEL.

MG1 : « *C'est vraiment un travail de groupe que l'on fait. [...] ils peuvent compter sur moi et moi je peux compter sur eux. »*

IDEL11 : « *on est une équipe si vous voulez. On travaille tous, toutes dans le même sens. »*

IDEL15 : « *Il y en a toujours un qui complète l'autre de toute façon, il y en a toujours un qui voit plus ou qui connaît plus, donc forcément on ne peut pas travailler seul. »*

- ... où le médecin a un rôle de coordonnateur ...

Au sein de cette équipe, le MG avait un rôle central, de coordonnateur des soins pour plusieurs IDEL interrogés.

IDEL5 : « *Moi quand je n'arrive pas forcément à faire le lien, [..], parce que je n'ai peut-être pas toutes les infos, ben c'est mon maillon le médecin généraliste. Ben voilà je me retourne sur lui pour avoir l'info. »*

IDEL16 : « *je pense que le médecin généraliste a un rôle central. » [...] « Il va vraiment orienter la démarche, [...] on a vraiment besoin de lui, c'est le point d'ancrage, c'est lui qui connaît le mieux la patiente. »*

- ... et l'IDEL un rôle de sentinelle.

La majorité des MG interrogés avait mis en avant le rôle clé de sentinelle que jouaient les IDEL au domicile du patient. Elles les alertaient en cas de soucis, ce qui leur permettait d'espacer leurs visites.

MG1 : « C'est les sentinelles, aussi mes infirmiers. [...] si jamais elles voyaient qu'il y a un problème, elles me préviennent. Du coup ça me permet moi, de ne pas y aller tous les mois mais d'y aller tous les 2, 3 mois même. »

MG8 : « Ils ont un œil professionnel pour nous appeler si jamais l'état se dégrade. » [...] « Ils tirent plutôt le signal d'alarme. »

Les IDEL questionnés, rejoignaient les médecins sur cette fonction qu'ils leur attribuaient.

IDEL8 : « C'est peut-être personnel ce que je vais dire, mais je trouve que l'on est un peu les yeux, les oreilles et le nez du médecin. »

IDEL14 : « On est un petit peu aussi en avant, en avant chez le patient donc s'il y a un problème on tire le signal, la sonnette d'alarme. »

- Une relation différente de l'hôpital

Les IDEL interrogés considéraient leurs rapports avec les MG différents de ceux qu'ils avaient connus à l'hôpital. Ils avaient le sentiment d'être plus écoutés.

IDEL3 : « Quand on suggère des choses, je pense qu'on est peut-être un peu plus écoutés qu'en milieu hospitalier. Pas forcément tout le temps mais je pense qu'ils sont plus à rechercher notre avis. »

IDEL14 : « il n'y a pas cette notion de hiérarchie qu'on retrouve peut-être à l'hôpital. » [...] « On ne retournerait pas à l'hôpital, déjà rien que pour cette relation avec le médecin, parce qu'à l'hôpital c'est pas du tout la même relation. »

- Un sentiment d'indépendance

Un sentiment d'indépendance était ressenti par plusieurs IDEL au sein de leur collaboration avec les MG.

IDEL14 : « Chacun est son propre patron, on fait ce qu'on veut, on est indépendant. »

IDEL16 : « j'ai des médecins qui me laissent l'autonomie. »

- Une relation au-delà du caractère professionnel

Plusieurs MG et IDEL avouaient que dans certains cas, la relation allait au-delà du caractère professionnel et que des amitiés se créaient.

MG10 : « enfin comme on est plus ou moins copain, on se réunit on fait des bouffes. »

IDEL2 : « C'est des amis avant d'être des collègues médecins. »

Visions négatives

Néanmoins, comme dans toute relation, il existait aussi des points négatifs relevés par les deux professions.

- Une relation insuffisante

Pour certains interrogés, il n'y avait justement pas assez de relation entre les MG et les IDEL.

MG6 : « Il y a 2 infirmières qui ont 60 ans et l'autre plus jeune 40 ans, peut-être 45. [...], qui sont dans un cabinet toutes les deux, avec qui je m'entends bien mais on n'a pas beaucoup de rapports par rapport aux patients. »

IDEL8 : « A améliorer. Je vais pas dire quasi inexistantes. »

- Une relation compliquée, voire conflictuelle

Dans quelques cas, la relation entre les MG et les IDEL était jugée compliquée avec parfois des divergences sur les prises en charges.

MG7 : « Moi je me rappelle [...] avoir dit aux infirmières on se retrouve à telle heure, etc., elles ne viennent pas, c'est vous qui faites les soins, c'est vous qui faites tout et puis elles arrivent au dernier moment pour foutre la compresse et rester 5 minutes, ça n'a même pas d'intérêt, donc au bout d'un moment vous vous fâchez un petit peu. »

IDEL10 : « Il sait bien nous envoyer un peu sur les roses. » [...] « Dans la majorité des cas, je dirais compliqué. »

Certains MG et IDEL pouvant même avoir une vision très péjorative de l'autre profession.

JG : « Du coup le travail d'infirmier libéral, pour vous, c'est quoi en fait, vous le voyez comment ? »

MG6 : « Je ne l'imaginai pas comme ça au début. Je le vois plus on court après des actes que la qualité des soins. »

IDEL8 : « Alors c'est dur ce que je vais dire, ça dépend des médecins généralistes, j'ai l'impression que certains médecins généralistes, c'est dur, sont juste là pour prescrire. »

- Une relation hiérarchique

Plusieurs IDEL ressentait une hiérarchie au sein de la relation avec les MG. Certains l'expliquaient par le fait que les médecins étaient les prescripteurs et eux les exécutants de cette prescription.

IDEL4 : « Je trouve qu'il y a toujours un peu "le médecin, c'est moi le médecin", voilà. » [...] « Voilà, on est plutôt des exécutantes. » [...] « On sent qu'il n'y a pas l'égalité, il y a la hiérarchie, c'est le médecin. »

IDEL7 : « Et puis de toute façon, pour intervenir on a besoin d'une prescription donc quoi qu'il arrive c'est le médecin qui décide. »

En lien avec ces rapports hiérarchiques, quelques IDEL reconnaissaient ne pas toujours oser donner leur opinion.

IDEL1 : « Avec pas mal de médecins, si tu n'enrobais pas tout, soit ils ne t'écoutaient pas, ils en font qu'à leur tête et après tu te débrouilles avec ce que tu arrives à obtenir. »

IDEL4 : « En plus, il faut y aller avec prudence parce qu'on veut pas qu'ils se disent "ça y est l'infirmière elle a dit que". » [...] « il faut prendre des pincettes, parce que j'ai pas l'impression que c'est une alliance forcément. »

- Un sentiment d'appréhension

Certains IDEL ont admis éprouver parfois une certaine appréhension à devoir contacter le MG, afin de le questionner sur une prise en charge.

IDEL6 : « Pour ma part, il y a toujours un peu l'appréhension à poser une question bête ou quelque chose. »

- Un sentiment d'isolement pour les IDEL ...

Pour certaines prises en charge, notamment les plaies et l'adaptation des pansements, parmi les IDEL interrogés, quelques-uns avaient le sentiment d'être seuls et de ne pas être suffisamment accompagnés par le MG.

IDEL10 : « quand vous avez un pansement qui, enfin c'est toujours pareil, qui évolue mal ou qui n'évolue pas ou quoi que ce soit et que le médecin comme ne le regarde pas, ne donne pas de protocole et donc on ne sait pas trop vers qui aller. » [...] « Au domicile, on n'a pas de protocole insuline sauf quand vous passez derrière un diabétologue, [...] mais quand c'est les médecins traitants, vous n'avez pas vraiment un protocole type, comme une structure hospitalière. Donc là, c'est vrai que quand vous êtes nouvelle et que vous arrivez dans le domaine du libéral et que vous êtes toute seule, il n'y a pas de filet de sécurité »

- ... et de manque d'initiatives pour les MG

A l'opposé, un MG interviewé considérait que parfois les IDEL ne prenaient pas assez d'initiatives dans les soins.

MG3 : « Il n'y a pas de problème, juste peut-être reprocher qu'ils ne prennent pas assez d'initiatives au niveau des soins. » [...] « Moi, j'avais l'habitude de gens qui prenaient plus d'initiatives dans les soins et qui donnaient plutôt des conseils, qui nous demandaient plutôt de prescrire ça que ça, alors que là on dirige. »

2-3-2 Les bases de la relation

Nous avons interrogé les MG et les IDEL sur les bases nécessaires à leur relation.

Le temps

Des IDEL ont mis en avant que la relation ne fonctionnait pas parfaitement dès le début et qu'il fallait du temps afin d'apprendre à connaître l'autre professionnel, sa manière de travailler et lui faire confiance.

IDEL4 : « Après c'est le début de la relation, on a mis un visage, on s'est vu et après la relation de confiance elle va s'instaurer avec le temps. »

IDEL14 : « Tout ça, ça s'est mis en place tout doucement et puis au fur et à mesure. »

Le respect

Le respect de l'autre était aussi un élément important à la relation. Cela comprenait le respect de la personne, de son travail et de ses compétences.

MG10 : « Voilà, je pense que c'est le respect mutuel et la connaissance des compétences de l'autre. »

IDEL12 : « Le respect. Pour moi c'est le plus important, le respect. »

Le premier contact

Se présenter aux autres professionnels de santé au moment de son installation était fondamental pour plusieurs soignants interrogés. Cela permettait de mettre un visage sur un nom et facilitait la collaboration par la suite.

MG8 : « moi j'ai dû me présenter à elles lors de mon installation. [...] On met un visage sur la personne, on ose les déranger et puis inversement tout en se vouvoyant, on se connaît par le prénom et on n'hésite pas à se déranger. »

IDEL16 : « moi quand je suis arrivé, je me suis présenté à G, enfin les médecins, j'ai pris les médecins qu'on rencontrait le plus souvent dans la patientèle et je suis allé me présenter quoi parce que, parce que c'est toujours mieux de mettre un visage sur un nom quoi. »

La communication

Communiquer sur les prises en charge communes était cité par les deux professions comme essentiel pour que la relation fonctionne.

MG9 : « on redit les choses, on reparle des choses quand il y a des modifications à faire, on explique c'est tout. » [...] « Oui voilà, il faut communiquer et puis bien s'entendre. »

IDEL12 : « surtout s'ils nous font prendre une prise en charge, parler du patient le plus souvent avec eux, ne pas rester dans son coin, ne pas dire "je fais mon soin et puis le médecin viendra après". Non c'est toujours être au contact verbal. »

L'adaptabilité

S'adapter à l'autre professionnel, à sa personnalité et à sa manière de travailler était considéré par un IDEL comme un des fondements pour que la relation fonctionne.

IDEL17 : « Non l'adaptabilité aussi suivant le médecin, je crois que c'est important. » [...] « Et puis que lui s'adapte aussi. »

Garder son rôle

Ne pas outrepasser ses compétences faisait partie des bases d'une bonne relation aussi bien pour les IDEL que les MG.

MG10 : « Après je crois qu'il faut que chacun soit à sa place, [...] il faut jamais prendre la place de l'autre quoi, il y en a un qui est médecin, un autre qui est infirmier, y en a un qui est thérapeute, mais il faut pas vouloir prendre la place de l'autre. »

IDEL17 : « être capable de pas outrepasser ses compétences aussi c'est vachement important je pense. »

2-3-3 Une différence de relation selon ...

Les MG et les IDEL interviewés considéraient que certains facteurs modifiaient leur relation.

Le lieu d'exercice

Le lieu d'exercice (milieu rural ou urbain) influençait pour plusieurs MG et IDEL leur relation, jugée par certains plus familiale en secteur rural ou semi rural et plus impersonnelle en ville.

MG12 : « on est quand même dans un petit bourg, dans un petit village donc souvent on connaît les infirmiers qui se déplacent. Certainement beaucoup moins de soucis qu'en ville où on ne sait pas trop qui y va. » [...] « Je pense qu'en ville c'est plus compliqué. »

IDEL2 : « Voilà, on va dire que les médecins en milieu rural, ils sont beaucoup plus abordables. [...] C'est pas les mêmes contacts, on sent qu'il y a ville et village. » [...] « C'est ça que les médecins de ville ont du mal à comprendre, l'organisation que les cabinets de ville ont en milieu citadin ne peut pas être la même sur un milieu rural. »

IDEL13 : « Je suis persuadée que si vous interrogez des infirmiers de ville, vous n'allez pas avoir le même discours que nous. »

Le mode d'exercice

Les MG et les IDEL regroupés considéraient que le regroupement des professionnels avait un effet positif sur leurs rapports.

MG5 : « je pense que ça sera plus facile dans un cabinet, dans une maison médicale, c'est plus facile d'accéder aux dossiers, de parler avec l'infirmier de tel ou tel problème. »

IDEL12 : « Je dirais que c'est plus facile quand le médecin est dans le cabinet. » [...] « Parce qu'on est plus proche. »

L'âge

● Le point de vue des IDEL

Pour certains IDEL, il était plus facile de travailler avec l'ancienne génération de MG car ils faisaient plus de visites et prenaient le temps de répondre aux questions.

IDEL8 : « je trouve qu'avec les anciens, ils sont plus abordables et les jeunes comme ils font moins de domicile vraiment et du coup c'est, il y a moins de relations. »

IDEL15 : « il y en a une petite quand même, mais bon comment expliquer ça, euh j'ai l'impression que les jeunes médecins sont plus speeds, les réponses attendues elles ne sont pas forcément là et c'est vite expéditif on va dire. »

Pour d'autres IDEL, il était plus simple d'échanger avec les jeunes MG qui communiquaient d'avantage et ils ressentaient moins ce rapport de hiérarchie retrouvé avec les MG plus âgés.

IDEL4 : « Il y a encore ce côté, alors après peut-être qu'avec les nouveaux médecins peut-être moins, mais avec les anciens il y a encore ce côté hiérarchie. »

IDEL7 : « les jeunes médecins entre guillemets ont une approche plus dynamique, ils cherchent plus à communiquer, voilà ils recherchent plus le travail en équipe. Alors, entre guillemets, les médecins plus âgés, ils sont un petit plus solos quoi. »

● Le point de vue des MG

Quelques MG interrogés ressentait également une différence dans la communication suivant l'âge de l'IDEL. Selon eux, les jeunes IDEL avec moins d'expérience recherchaient plus l'échange que les anciens.

MG2 : « elles vont peut-être plus communiquer les jeunes infirmières, plus par excès, par peur de dire je sais pas trop ce qu'il a, je préfère dire. Donc c'est plus d'informations pour les jeunes infirmières et les anciennes infirmières vont, je vais dire globalement, même si tous ne font pas ça, globalement elles vont moins s'inquiéter, donc moins t'appeler. En disant elles gèrent un peu plus les problèmes, moins avoir besoin de toi. »

MG14 : « Peut-être qu'elles communiquent moins ou qu'elles demandent moins, qu'elles échangent moins oui, elles sont plus âgées. Peut-être les plus jeunes, elles ont besoin de plus de conseils oui, peut-être qu'elles ont besoin de plus d'avis médical. Alors que celles plus expérimentées, elles travaillent plus en autonomie.

La personnalité

Les MG et les IDEL s'accordaient sur l'impact de la personnalité de l'autre sur leur relation.

MG12 : « mais après c'est comme tout le monde, on peut accrocher avec certains et moins avec d'autres. »

IDEL5 : « Après ça dépend je pense de l'ouverture du médecin et puis de l'ouverture du professionnel de santé qu'il a en face. »

Les rapports extra-professionnels

Plusieurs MG et IDEL considéraient que leurs relations étaient plus faciles quand ils se

connaissaient personnellement, en dehors de la sphère professionnelle.

MG3 : « *comme on se côtoie en plus régulièrement, on se connaît en plus personnellement donc c'est plus facile.* »

IDEL10 : « *enfin moi en tout cas ceux que j'ai leur portable c'est les médecins que j'ai connu en tant qu'interne donc voilà il y avait une relation.* »

Le genre

Pour beaucoup d'interrogés, que le professionnel soit un homme ou une femme ne modifiait pas la relation.

MG4 : « *Après comme je disais tout à l'heure, ce sont des professionnels donc moi que ça soit homme, femme, pour moi c'est pareil, à partir du moment que leur travail est fait.* »

IDEL12 : « *en face de moi j'ai un médecin, j'ai quelqu'un qui est compétent, qui est capable de répondre aux questions que je pose. C'est le plus important, je ne vois pas l'âge, je ne vois pas le sexe.* »

2-3-4 Les intérêts de la relation MG/IDEL

Intérêts pour le patient

Autant pour les MG que pour les IDEL, les bénéfices de leur relation étaient pour le patient.

- Une meilleure prise en charge

Pour de nombreux questionnés, de bonnes relations entre eux avaient un impact positif sur la prise en charge des patients, avec des soins plus rapides, un suivi de meilleure qualité et une plus grande satisfaction des patients.

MG10 : « *Une meilleure prise en charge des patients, oui.* »

IDEL11 : « *ça permet un bon suivi des patients, le but c'est que les patients soient le mieux soignés possible et que leur état de santé s'améliore ou se stabilise.* »

IDEL12 : « *ça permet au patient de se sentir mieux et d'être pris en charge plus rapidement.* »

- Favoriser le maintien au domicile

Une bonne coopération entre les MG et les IDEL permettait aux patients de rester le plus longtemps possible au domicile et de retarder une hospitalisation ou une institutionnalisation, selon plusieurs médecins et infirmiers.

IDEL5 : « Je pense que ça maintient beaucoup, la relation, le fait qu'il y ait une bonne coordination, ça maintient le domicile. »

- Rassurer le patient

MG11 : « Je pense que les patients ça les rassurent de savoir que l'infirmier et leur médecin, ils ont une bonne relation. [...] Ils savent qu'on est au courant, je pense que ça rassure tout le monde. »

Intérêts pour les MG et les IDEL

- Meilleur confort de travail

Les deux professions ont admis qu'une bonne entente et qu'une relation de confiance permettaient de travailler dans de meilleures conditions et de rendre le travail plus agréable.

MG10 : « Après c'est plus sympa de travailler avec des gens qu'on connaît bien et qu'on aime bien, qu'avec des gens qu'on n'aime pas. »

IDEL17 : « une bonne coopération emmène un bon soin et puis un plaisir de travail c'est hyper important. »

- Complémentarité

Les deux professions étaient d'accord sur le fait qu'ils n'avaient pas la même vision du patient et qu'échanger leur permettait d'être complémentaires.

MG7 : « Dés fois, je trouve que grâce aux infirmières et aux relations que l'on peut avoir, on dit mince ça je n'avais pas fait gaffe. »

- Réassurance des professionnels

IDEL10 : « un bien-être aussi, je pense aussi des 2 côtés, surtout de l'infirmière, [...] enfin qu'il y ait une bonne relation, que quelque part ça montre qu'on est peut-être un peu plus en confiance en disant "ben si j'ai un souci ou quoi que ce soit je sais que je peux le contacter." »

IDEL14 : « Et ça rassure le médecin aussi, parce que s'il y a une bonne relation, il sait très bien que s'il y a un problème, on sera là pour les appeler. »

- Espacement des visites

Un MG a admis qu'une relation de confiance avec les IDEL lui permettait d'espacer ses visites.

MG1 : « Moi, je distance mes visites, parce que justement je leur fais confiance. [...], si jamais elles voyaient qu'il y a un problème, elles me préviennent. Du coup ça me permet moi, de ne pas y aller tous les mois mais d'y aller tous les 2, 3 mois même. »

2-4 Les difficultés au sein de la relation MG/IDEL

2-4-1 Le manque de communication

Lorsque nous avons abordé le sujet des difficultés, la majorité des MG et des IDEL a cité des problèmes de communication. Ils la jugeaient insuffisante, voire absente.

MG1 : « Les difficultés surtout c'est celles avec l'infirmier, qui ont pas le sens de la communication. Ce qui pour moi est une faute professionnelle. [...] Alors la difficulté, les difficultés elles sont là, c'est des difficultés de communication. »

IDEL4 : « Ça serait les problèmes de non communication. Pas d'échange. »

Les causes

Pour expliquer ce défaut de communication, plusieurs causes ont été avancées par les MG et les IDEL questionnés.

- Le manque de temps

MG14 : « Ben les difficultés, on n'a pas toujours le temps de s'appeler. »

MG13 : « Oh, après c'est souvent une histoire de temps quand même, on court toujours après le temps. [...] Mais c'est vrai que c'est toujours le problème de pouvoir se voir et de oui prendre le temps d'échanger ça c'est sûr. »

- Le manque d'habitude

MG1 : « Il y en a qui communique jamais, parce que c'est pas dans leurs habitudes. Ils n'ont pas appris à fonctionner comme ça. »

- L'incompatibilité d'emploi du temps

MG2 : « C'est par la force des choses, c'est pas parce qu'ils veulent pas ou qu'on ne veut pas, mais c'est parce que leur mode de travail et notre mode de travail, fait que c'est compliqué de de se voir, de communiquer. »

- Le manque de disponibilité

MG2 : « Pour la communication c'est vrai que c'est plus compliqué, quand tu veux appeler une infirmière sur son portable, le problème c'est qu'elles sont en visite, donc tu tombes sur le répondeur. Tu leur demandes de te rappeler. »

IDEL7 : « Non peut-être leur manque de temps, la disponibilité malgré eux. »

- La généralisation des standards téléphoniques

Pour plusieurs IDEL, la généralisation des standards téléphoniques médicaux participaient au manque de communication, en rendant compliqué le fait de pouvoir joindre directement le MG.

IDEL16 : « Après je vous cache pas que ce qui est devenu difficile au jour d'aujourd'hui, c'est les standards. » [...] « Il y a des cabinets, on sait que c'est plus difficile d'avoir les médecins parce qu'on tombe systématiquement sur le standard. »

Les conséquences

Selon les professionnels, ce manque de communication avait des répercussions sur leur relation et la prise en charge des patients.

- La perte d'informations

MG1 : « Pour dire vrai, parce que tu te retrouves parfois face à des situations, tu arrives à un domicile de quelqu'un qui est suivi régulièrement par un infirmier et tu n'es pas au courant de choses auxquelles tu devrais être au courant. »

IDEL13 : « il y en a ils reçoivent les résultats et on reçoit aucun appel ni nous, ni le patient. »

- La raréfaction des contacts

MG1 : « C'est pour ça que plus ça va et moins je travaille avec eux. »

MG7 : « Vous avez des infirmiers avec qui on aime bien travailler et des infirmiers avec qui on conseille d'aller voir d'autres. »

2-4-2 Le manque d'écoute

Une autre des difficultés soulevées était le manque d'écoute qui était ressentie aussi bien par les IDEL que par les MG.

MG7 : « Ça ne changera, c'est toujours la même chose. Vous en avez qui n'écoute absolument pas ce que l'on dit. »

IDEL4 : « Je trouve que c'est compliqué, parce que ce qu'on dit c'est peut-être pas toujours entendu. »

2-4-3 La pénurie médicale et paramédicale

Les MG évoquaient la difficulté de trouver un IDEL pour la réalisation de soins ponctuels, tandis que les IDEL évoquaient le non remplacement des MG lors de leur départ en retraite.

MG4 : « Oui parfois, c'est un peu compliqué d'avoir un infirmier, voilà parce que les patients sont parfois amenés à faire un, deux, trois cabinets avant d'en trouver une. [...] Donc parfois oui, c'est un obstacle d'avoir quelqu'un, de trouver quelqu'un qui va être présent pour faire les soins, oui c'est vrai. Oui c'est le problème principal, enfin moi je dirais que c'est le problème. »

IDEL11 : « les médecins, ils ont du mal aussi à être remplacés, parce que nous autour de nous il y a de plus en plus de médecins qui partent en retraite et qui ne sont pas forcément remplacés. Donc ça, ça devient problématique aussi. »

2-4-4 Les difficultés propres aux IDEL

Communication unilatérale

Plusieurs IDEL interrogés jugeaient leur communication avec les MG unilatérale et regrettaient de ne pas toujours avoir de réponses du MG lorsqu'ils l'interpellaient.

IDEL8 : « Ce qui est dommage, c'est qu'une fois qu'on a donné l'information au médecin et que le médecin va consulter le patient, là moi j'aimerais bien que le médecin prenne le temps dans sa voiture de nous appeler et de dire voilà "Effectivement A, il y a eu ça, ça, ça donc on met ça, ça, ça en place". Il n'y a pas de retour. »

IDEL10 : « Quand on laisse un mot au domicile, on laisse systématiquement nos coordonnées et ben écoutez on n'est pas rappelé. »

Problèmes d'ordonnances

La majorité des IDEL interrogés déclaraient avoir des soucis avec les ordonnances des MG, concernant la rédaction et le contenu.

- Ordonnance illisible

IDEL15 : « même au niveau écriture parce qu'on est obligé de demander parce qu'on ne comprend pas forcément ce qui est écrit. »

- Ordonnance incomplète

IDEL5 : « Alors le petit problème qu'on rencontre, c'est que les ordonnances sont mal formulées. »

IDEL15 : « Des problèmes d'ordonnance dans le milieu libéral, [...], on appelle tout le temps, tout le temps, tout le temps, il y a toujours une erreur : il y a pas de domicile, il y a pas de fériés,

il y a pas de dimanches, il y a pas la quantité. Ouais, au niveau des ordonnances c'est casse pied, il manque toujours quelque chose. Moi c'est les ordonnances, je sature avec ça. »

Méconnaissance des compétences des IDEL

Plusieurs IDEL avaient le sentiment que les MG ne connaissaient pas leurs compétences, avec pour conséquences des prescriptions d'actes qu'ils ne pouvaient pas réaliser.

IDEL5 : « Les médecins font des ordonnances pensant que l'on peut faire ça, mais en fait il y a pleins de choses que l'on ne peut pas faire. [...] Et ça même les médecins, ils ne savent pas forcément que tu ne peux pas prescrire des antiseptiques ou des trucs comme ça. »

IDEL9 : « il y en a qui ne connaissent pas du tout ce qu'on fait, parce qu'il y a des choses qu'on n'a pas le droit de faire. »

Manque de reconnaissance du métier d'IDEL

L'absence de reconnaissance du métier d'IDEL par les MG faisait partie des problèmes rencontrés par les infirmiers dans leurs rapports avec les médecins.

IDEL8 : « Il est connu mais peut-être pas suffisamment reconnu. » [...] « Et je pense que ça serait bien que dés fois ils nous disent "oui heureusement que vous êtes là". »

IDEL9 : « Je pense qu'il faut que certains médecins prennent plus en considération le travail des infirmiers. »

Méconnaissance de l'autre professionnel

Plusieurs IDEL regrettaient de ne pas connaître les MG et inversement, ce qui rendait la relation MG/IDEL difficile.

IDEL3 : « Je pense que c'est plus difficile parce que justement on les connaît peu. On les a jamais vu, on les a exceptionnellement par téléphone. »

IDEL7 : « on ne connaît pas forcément, on voit souvent les noms sur les ordonnances, on ne les connaît pas et vice versa, ils ne connaissent pas forcément tous les infirmiers. »

Diminution des visites médicales à domicile

La raréfaction des visites à domicile par les MG était un problème pour beaucoup d'IDEL questionnés car cela rendait plus difficile le contact entre eux.

IDEL4 : « A domicile, c'est difficile comme les médecins ne font plus beaucoup de visite. »

IDEL14 : « maintenant vous sortez plus de votre cabinet, vous les médecins, les visites à domicile c'est très très rare, très très rare. »

Manque de disponibilité du MG

Pour les IDEL le manque de disponibilité du MG, souvent malgré eux, se faisait principalement ressentir quand ils avaient besoin de lui pour intervenir rapidement.

IDEL9 : « La difficulté qui est avec les médecins traitants, on a du mal à travailler avec eux, c'est surtout en urgence. »

IDEL14 : « Vous appelez le médecin il passait dans la journée. Le problème maintenant, c'est que vous appelez le médecin, il passe deux, trois jours après. »

Concurrence déloyale

Une IDEL a déclaré avoir des difficultés avec certains MG, qui privilégiaient les IDEL partageant leurs cabinets.

IDEL11 : « Sauf un médecin, qui, qui, comment dire qui veut privilégier une collègue qui vient de s'installer à côté de nous. [...] Elle loue un local au cabinet médical et bien les médecins ont tendance à privilégier cette infirmière, par exemple pour une prise de sang. »

2-4-5 Les difficultés propres aux MG

Changement régulier d'IDEL

Les MG pensaient que l'intervention d'IDEL différents pour la prise en charge du patient était source de difficultés dans la continuité des soins et dans la création d'une relation pérenne.

MG2 : « Le problème, [...] il y a parfois des remplaçantes d'infirmières, en fonction des congés, des trucs comme ça, elle va avoir l'habitude de faire comme ça. Deux jours après c'est une autre collègue à elle, qui va venir faire ça. Toi tu n'as pas eu connaissance que ça a été changé. [...] Après c'est une autre collègue à elle qui va prendre le relais. »

Méconnaissance de la nomenclature des IDEL

Pour un MG, la méconnaissance de la nomenclature des IDEL était un frein à leur relation, entraînant souvent des prescriptions de soins ne relevant pas des compétences des IDEL.

MG14 : « après c'est dès fois, on connaît peut-être pas toujours bien leurs actes, comment ils le cotent. Donc dès fois, on peut prescrire des choses, comme par exemple une surveillance de tension et puis au final se rendre compte que c'est plus remboursé. »

2-4-6 L'absence de difficulté

Néanmoins, dans de nombreux entretiens les MG et les IDEL mettaient en avant l'absence de difficulté au sein de leur relation professionnelle.

MG11 : « Mais c'est vrai que du coup, moi je n'ai pas de souci particulier. On a toujours eu des bonnes relations avec nos infirmiers de secteur. »

IDEL16 : « mais moi, honnêtement, j'ai pas, je rencontre pas de difficulté avec les médecins. »

2-5 Les perspectives d'amélioration de la relation MG/IDEL

2-5-1 Favoriser la communication

Plusieurs pistes ont été proposées par les MG et les IDEL afin d'améliorer la communication, qui fait souvent défaut.

Rendre obligatoire la communication

Un MG proposait de rendre obligatoire la communication entre les MG et les IDEL, via les agences régionales de santé (ARS), sans que cela ne soit trop contraignant, ni chronophage.

MG1 : « Et puis aussi quelque part, une obligation de communication entre les médecins et IDE, c'est à dire qu'il faudrait qu'on ait une obligation. Alors que nous, on ait une obligation de laisser une trace de notre passage au domicile mais que les infirmiers aient au moins une fois par semaine, une obligation de le faire également. » [...] « si un jour les ARS et tout ça, nous obligent à avoir des rédactions, même si moi je trouve quelque part que ça serait bien, il ne faut pas que ce soit trop contraignant, avec une espèce de questionnaire qu'on remplit à chaque fois, parce que ça finalement ça n'aboutit à rien. »

Développer de nouveaux moyens de communication

Créer de nouveaux modes de communication, faire émerger certains moyens déjà existants faisaient parties des propositions pour favoriser les échanges.

- Création d'un répertoire pour les libéraux

Selon un MG, afin qu'il y ait de la communication entre les professionnels, il faudrait avoir accès aux coordonnées des uns et des autres. Il a donc proposé la création d'un répertoire regroupant les coordonnées des professionnels de santé libéraux intervenant au sein d'un même secteur.

MG5 : « Ben, quand on a les coordonnées des uns et des autres, c'est déjà beaucoup plus facile pour gérer, donc est-ce qu'il ne faudrait pas un système où on a les différents numéros. »

- Utilisation d'un logiciel informatique commun

Le développement d'un logiciel informatique commun pour les professionnels de santé libéraux d'un même secteur, afin d'échanger et de noter leurs observations, a été avancé par plusieurs MG.

MG2 : « L'utilisation d'un logiciel métier compatible par tout le monde et que tout le monde puisse avoir accès au même logiciel. [...] Donc c'est plus d'avoir un logiciel commun pour que les gens puissent noter comme à l'hôpital tout. Tout le monde va noter dans un même logiciel.

MG3 : « Toujours pareil si on pouvait mieux partager les données des dossiers ça serait mieux. [...] Mais c'est vrai qu'un dossier commun, ça pourrait être sympa mais il faudrait que ça soit quelque chose de simple. »

Cependant, étant donné le coût financier et la nécessité de formation des utilisateurs, un MG avouait que ce ne serait pas facile à mettre en place.

MG2 : « ça sera pas tout de suite clairement. Vu que c'est cher à payer. [...] Toutes les infirmières, qui sont seules en cabinet, elles ne peuvent pas se permettre parce que c'est un budget. Voilà c'est ça qui est compliqué. » [...] « Il faut réapprendre à savoir utiliser le logiciel, donc ça, ça peut freiner aussi. [...] Les infirmières il y en a plein, on va dire, qui n'aiment pas l'outil informatique ou qui l'utilisent peu, donc euh, ça leur est compliqué, il faut les former. »

- Développer les cahiers de liaison

Pour plusieurs IDEL, il fallait développer les cahiers de transmission au domicile des patients.

IDEL1 : « Le cahier de liaison, c'était plutôt pas mal. J'ai renouvelé chez mes grands-parents et maintenant leur médecin, il le réclame le petit cahier quand il arrive chez eux. »

IDEL8 : « on va mettre au domicile ça en place (me montre des cahiers de suivis), on l'a déjà mis en place. [...] Et comme ça, lui aussi quand il arrive à domicile, il a ça et je trouve que c'est super bien. Donc on l'a fait pour nos patients chroniques et là il faut que je le fasse avec tous les autres. »

Favoriser les rencontres entre professionnels

- Présenter les nouveaux soignants

Il a été proposé d'organiser des moments dédiés à la présentation des nouveaux professionnels de santé libéraux.

IDEL16 : « on fait bien des réunions pour les nouveaux arrivants de Compiègne, euh je pense, avec les nouveaux habitants de Compiègne, je pense qu'il faudrait faire une réunion avec [...] avec les nouveaux soignants de Compiègne. »

IDEL17 : « Ben déjà de faire connaissance, pour ceux qui les connaissent pas, éventuellement de les connaître, de faire un repas ensemble pour justement discuter. »

- Organiser des réunions interprofessionnelles

L'organisation de réunions avec les différents professionnels de santé libéraux, de façon mensuelle ou annuelle, a été citée comme piste afin de favoriser les rencontres. Cela serait un moment également pour échanger sur leurs pratiques.

MG8 : « ben, ça serait peut-être des EPU, où il y aurait pharmaciens, infirmiers, kinés mais régionaux, quoi du canton. »

IDEL7 : « Des rencontres de temps à autre, justement avec les médecins, les infirmiers du secteur, justement voir un petit peu ce que les uns et les autres ont à dire, justement au niveau des difficultés qu'ils peuvent rencontrer et puis comment les améliorer. »

- Rémunérer les réunions interprofessionnelles

Un MG a suggéré de rendre attractives les rencontres entre professionnels en les rémunérant.

MG10 : « peut-être valoriser notre, enfin quand on fait des réunions communes, [...] le fait de pouvoir discuter tranquillement avec les gens en dehors du malade ou avec les malades, que ça soit rémunéré un petit peu, oui. »

2-5-2 Regrouper les professionnels

Pour une grande majorité des interrogés, le regroupement au sein d'une même structure de soins serait à développer.

MG2 : « Mais au départ, le développement des MSP, c'est l'outil principal. Dans le futur, c'est ça qui va permettre que tout le monde puisse communiquer, puisse se réunir. »

MG9 : « Il faut vraiment penser des modules, à mon avis, à mon avis qui soient bien gérables et où les gens puissent collaborer, s'entendre sans qu'il y ait trop de distorsions, des choses simples. » [...] « Il faut faire des maisons médicales comme ça, au moins médecins, infirmiers. »

IDEL2 : « Après ouais, moi je serai pas contre qu'un kiné, un orthophoniste, un médecin, trois médecins, venez m'accompagner dans cette magnifique aventure. »

Cependant, MG et IDEL ont admis qu'il existait des contraintes administratives et financières, concernant les MSP.

MG8 : « il y a la contrainte de devoir des sous à l'ARS et puis on leur doit des comptes donc j'ai peur enfin, j'ai peur des réunionites, des obligations. »

MG11 : « Ils veulent le développement de la MSP mais tout n'est pas encore au point. »

2-5-3 Uniformiser les pratiques

Créer des protocoles de soins communs

MG2 : « le protocole, c'est le truc qui permet d'avoir un outil commun. »

MG14 : « ça serait peut-être intéressant effectivement d'avoir des protocoles, des choses un peu plus élaborées sur des conduites à tenir, sur des maladies chroniques. »

Créer une ordonnance type pour les soins infirmiers

Pour résoudre le problème des ordonnances mal formulées ou incomplètes, une IDEL a proposé de créer une ordonnance standard pour les soins infirmiers.

IDEL15 : « je sais pas, il devrait peut-être y avoir un truc au niveau sécu, avec un type d'ordonnance. » [...] « Voilà, il y a juste à cocher si oui ou non pansement un jour sur deux, week-end ou pas. »

2-5-4 Augmenter le numerus clausus

Un IDEL a soumis l'idée d'augmenter le numerus clausus afin de pallier au manque de MG.

IDEL9 : « On part de la base, déjà augmenter le numerus clausus pour les médecins, pour tout ce qui est médecine, parce que du coup il est trop petit et on le ressent au fur et à mesure des années. »

2-5-5 Revaloriser la tarification des actes infirmiers

Afin de valoriser le métier des IDEL, un MG a déclaré qu'il fallait revaloriser la tarification de leurs actes.

MG10 : « Que les infirmiers soient payés plus, pour pouvoir passer plus de temps auprès des gens, ça c'est vraiment le truc. » [...] « Non mais je pense que pour améliorer, il faut vraiment qu'elles soient mieux rémunérées, une revalorisation. »

2-5-6 S'inspirer d'autres pays

Un MG a pris l'exemple du système médical allemand, dont on pourrait s'inspirer.

MG9 : « Après le système à l'allemande avec l'infirmière qui voit le patient avant la consultation médicale, qui lui fait sa prise de sang, son analyse d'urines, je pense qu'on n'y est pas, on est loin de là encore. Ça on n'est pas encore dans ce système-là, de prise en charge globale. »

2-5-7 Développer la délégation de tâches du MG aux IDEL

Les MG et les IDEL nous ont parlé de la délégation de certaines tâches médicales aux IDEL, comme solution afin d'améliorer les relations et la prise en charge de leurs patients.

MG1 : « On est dans un moment où il va falloir faire de la délégation de tâches. »

IDEL9 : « Nous donner un peu plus de possibilités, pour nous. »

2-6 Délégation de tâches et infirmier de pratique avancée

Pour aller plus loin, nous avons interrogé les MG et les IDEL sur la délégation de tâches citée par certains comme une piste d'amélioration, ainsi que sur le nouveau métier d'infirmier de pratique avancée (IPA).

2-6-1 Des formes déjà existantes

Plusieurs MG et IDEL ont relevé que le principe de délégation de tâches existait déjà sous différentes formes.

La gestion des AVK

Pour plusieurs IDEL, des tâches médicales leur sont déjà déléguées sans que cela ne soit reconnu, comme la gestion des AVK.

IDEL8 : « *Quelque part, on le fait déjà, [...] ils ont délégué, mais beaucoup ont délégué la prise en charge du dosage du PREVISCAN.* »

L'éducation des diabétiques

Un MG a donné l'exemple de l'éducation diététique des diabétiques, comme tâche déjà déléguée aux IDEL.

MG10 : « *une délégation que les médecins font très très facilement, c'est par exemple la diététique du diabétique.*

Le protocole PRADO

Deux IDEL ont évoqué le système PRADO (Programme de retour à domicile), qui permettait aux IDEL de réaliser du suivi de patients atteints de maladies chroniques.

IDEL5 : « *Alors on le fait un peu ça, c'est ce qu'on appelle les PRADO. [...] alors moi je fais BPCO et insuffisance cardiaque, c'est à dire tous les patients qui ont été hospitalisés et qui ont besoin d'un suivi régulier, en fait c'est pris en charge par la sécu.* »

IDEL8 : « *Après il y a le système de PRADO, c'est la sécurité sociale, ça s'appelle le PRADO, donc là effectivement on surveille les insuffisants cardiaques.* » [...] « *Donc ça, BPCO aussi c'est pareil. Sans avoir eu de formation finalement.* »

Le protocole ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe)

Un MG a cité le protocole ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe) comme exemple de coopération entre médecins et infirmiers où la délégation de tâches fonctionne.

MG12 : « *après on le fait déjà avec les infirmiers ASALEE, si vous voulez. Ici il y a deux infirmières ASALEE ou si vous voulez, il y a déjà un peu de la délégation de tâches, où ils peuvent prescrire des prises de sang et tout ça pour le suivi des diabétiques.* »

2-6-2 La délégation de tâches du MG à l'IDEL

Avis favorable

De nombreux MG et IDEL se sont déclarés favorables au développement de la délégation de tâches médicales aux IDEL...

MG11 : « Ben je trouve ça bien moi. Moi j'ai pas de problème avec ça. »

IDEL12 : « Moi je trouve que c'est une bonne chose. »

... pour plusieurs raisons :

- Libérer du temps pour le MG

MG2 : « On n'a pas le choix d'y passer, mais l'avantage gain de temps médical, donc plus de temps au patient, donc plus de temps pour envisager pouvoir voir 2-3 enfants de plus par jour ou d'aller à une visite en plus par jour. »

IDEL8 : « Mais bien sûr parce ce que ça va leur dégager eux du temps et du coup ça va faire avancer les choses. »

- Valoriser le métier d'IDEL

IDEL12 : « C'est une bonne chose, ça prouve qu'on reconnaît nos compétences et qu'on nous fait confiance, c'est une bonne chose. »

IDEL14 : « C'est valorisant pour notre profession. »

- Diversifier le métier d'IDEL

MG2 : « c'est aussi intéressant pour elles, de faire d'autres tâches hormis des injections, des pansements, des piluliers. Après c'est vrai qu'en libéral, tu as vite fait le tour. Au niveau soins tu es limité. »

Avis défavorable

Néanmoins, une partie des MG et des IDEL interrogés étaient contre...

MG5 : « Moi la délégation de tâches, je ne suis pas trop pour. »

IDEL5 : « Après non ça reste du médical, il faut laisser sa place au médecin. »

... pour plusieurs raisons :

- Cadre réglementaire imprécis

MG8 : « Après il y a un problème de responsabilité, s'il y a un bug à qui revient la responsabilité. »

IDEL7 : « A l'heure actuelle, c'est pas vraiment, c'est pas, on n'a pas de précision sur quoi, sur quelles tâches. » [...] « Non pour l'instant, il n'y a rien qui est clair, moi pour l'instant c'est le grand flou. »

- Risque de perte d'informations

MG5 : « je pense qu'on va louper des signes et on va louper des choses. [...] est-ce qu'on aura l'information aussi bien que on l'a actuellement ? » [...] « Je pense qu'il y aura une perte d'informations. »

- Risque d'erreurs médicales

MG2 : « après on peut leur faire faire prescrire des choses, il va y avoir des dérives, des erreurs diagnostiques, des traitements inadaptés. »

MG8 : « on a peur qu'il y ait des erreurs médicales. »

- Perte de la relation médecin/patient

MG5 : « quelque part ça nous enlève notre relation. »

IDEL11 : « Ben non, parce que je pense que le médecin il est content de suivre ses patients. »

- Perte de tâches techniques pour le MG

MG5 : « est-ce qu'on est là pour faire que de la comptabilité et de la prescription médicale ? Si on a plus de gestes, est-ce que c'est encore de la médecine générale ? Donc chacun son taf. »

MG8 : « c'est vrai, qu'on nous retire des tâches plutôt agréables, gratifiantes, plutôt rapides. »

- Perte des actes simples et rapides pour le MG

MG14 : « Après les délégations de tâches, ça c'est un gros débat, parce qu'après bon bah on peut être pour en disant "c'est vrai que les petits actes on peut les déléguer", mais après du coup, nous on a moins d'actes faciles, donc après on se retrouve avec des choses plus compliquées. De temps en temps, c'est bien aussi d'avoir des choses faciles, c'est plus rapide. »

- Des responsabilités supplémentaires pour les IDEL

IDEL6 : « On n'a déjà beaucoup de responsabilités et après il faudrait voir quels points précisément mais je pense que l'on a déjà beaucoup de responsabilités, beaucoup de boulot administratif à côté pour se rajouter encore du stress. »

IDEL7 : « il est hors de question de faire ça n'importe comment, c'est trop de responsabilités. »

Tâches que les MG sont prêts à déléguer

- La vaccination

Les MG interrogés seraient prêts à déléguer les différentes vaccinations aux IDEL, pas seulement celle de la grippe saisonnière.

MG9 : « Mais oui pas de problème pour les vaccinations. »

MG10 : « Enfin c'est pas notre boulot de vacciner, c'est le boulot plutôt des infirmières, c'est pas à nous de faire ça. Enfin il me semble, je ne sais pas. »

- Le suivi des maladies chroniques

Le suivi des maladies chroniques stabilisées comme le diabète faisait partie des tâches que les MG acceptaient de déléguer.

MG12 : « Bah voilà je sais pas, le suivi un peu des diabétiques, des patients chroniques au niveau tension, hémoglobine glyquée, les, tout ce qui est prise en charge diététique. »

MG14 : « Après ça pourrait être une surveillance pour les diabétiques, au niveau des glycémies et puis de l'ajustement, nous faire remonter pour l'ajustement des doses. » [...] « Oui suivi des maladies chroniques. »

- La surveillance tensionnelle

MG1 : « Ben, la délégation de tâches, ça peut être la surveillance tensionnelle.

- Le renouvellement de traitements

Certains MG ont proposé d'élargir les droits de prescription des IDEL au renouvellement de certains traitements.

MG1 : « La délégation de tâches, tu peux en faire plein. Ils pourraient renouveler certains traitements les infirmiers, sans qu'on soit obligé forcément d'être là. »

MG10 : « tout ce qu'on fait en gros les renouvellements, tout ça pourrait très bien être pris en charge par des infirmières, en tout cas une ou deux consultations dans l'année. »

- Le suivi des nourrissons

MG10 : « les visites des bébés, ça pourrait très bien être faits par les infirmières, franchement.

- La réalisation d'examens complémentaires

Un MG était prêt à déléguer la réalisation d'examens complémentaires utiles en médecine générale, par exemple les électrocardiogrammes.

MG2 : « Elles peuvent faire des examens paramédicaux : spirométrie, des ECG. »

- Les mesures de prévention

MG1 : « Sur la prévention aussi, on peut leur déléguer une bonne partie des tâches de prévention, on en fait déjà mais eux ils peuvent en faire aussi. »

Tâches que les IDEL sont prêts à réaliser

- Elargir le droit de prescriptions

Différents IDEL étaient favorables à prescrire certains examens complémentaires, des bons de transports et à renouveler certains traitements dans le cadre d'une maladie chronique stabilisée.

IDEL8 : « après je ne sais pas si on pourrait aller jusque-là, mais ça serait bien qu'on prescrive des doppler, quand on voit que les plaies, elles sont longues, plutôt que de traîner pendant des mois et des mois avant que le doppler soit fait. » [...] « voilà et les bons de transport, on fait un doppler, un bon de transport. »

IDEL7 : « Je sais pas, un renouvellement d'ordonnance sur une pathologie chronique stabilisée. Je vois que ça après, sincèrement. »

- Faire plus de dépistage

IDEL17 : « Après dans le dépistage, euh tout ça, ben ça c'est dans notre rôle propre donc ça il y a pas de soucis. »

2-6-3 Le métier d'infirmier de pratique avancée

Nous avons abordé avec différents interrogés le nouveau métier d'infirmier de pratique avancée.

Méconnaissance

Plusieurs enquêtés ont admis ne pas en avoir connaissance.

IDEL11 : « Non c'est quoi, non je n'en ai pas entendu. »

Le point de vue des IDEL et des MG

- Une solution à la pénurie médicale

De nombreux IDEL et MG considéraient que le métier d'IPA avait été développé pour résoudre le problème de pénurie médicale.

MG4 : « la pénurie a été, encore une fois je le dis, bien organisée et maintenant on dit ah oui il faut faire des infirmières en pratique avancée. »

MG13 : « il faut se rendre à l'évidence, on est en sous-effectif de façon importante et je pense que de pouvoir, mais bon je suis plus sur le principe de l'infirmière de pratique avancée, c'est à dire qui puisse faire des suivis, prescrire et qui soit autonome. »

IDEL16 : « moi j'avoue, le fait de pouvoir me spécialiser dans certaines pathologies et puis comprendre encore d'autres choses, approfondir les connaissances, je pense que ça peu étant donné qu'il y a quand même beaucoup, beaucoup de médecins qui partent en retraite, il va falloir le flux, il va falloir quand même réussir à le gérer, moi je pense qu'on a une carte à jouer en tant qu'infirmiers. »

- Un remplacement économique

Un MG n'y était pas favorable et le voyait plutôt comme un moyen de faire des économies.

MG8 : « ça nous irrite pas mal, ça fait un peu officier de santé, on les paye moins cher pour le même travail que nous. »

- Des difficultés de financement de la formation

Pour plusieurs IDEL se posait surtout la question du financement de la formation et de l'absence de revenu durant cette période.

IDEL8 : « ça voudrait dire que pendant deux ans, il faut que j'arrête ma profession pour partir. Ce n'est pas possible avec les charges qui nous tombent dessus, je ne peux pas ne pas travailler pendant deux ans. »

IDEL15 : « faire infirmière de pratique avancée, mais bon je ne me vois pas refaire deux ans d'école. » [...] « Pas financée, moi à côté. » [...] « Ben moi, je ne peux pas arrêter deux ans de travailler, non ce n'est pas possible. »

- Une pratique plus adaptée en milieu hospitalier

Un IDEL pensait que ce serait plus simple à mettre en place à l'hôpital qu'en libéral.

IDEL13 : « Franchement, je pense que ce machin là c'est encore du théorique, après sur le terrain ça va être difficile. » [...] « je pense, que ça va mieux fonctionner en milieu hospitalier, en libéral ça va être assez compliqué. »

Partie 4 : Discussion

1- Forces et faiblesses de l'étude

1-1 Forces et faiblesses de la méthode

Notre volonté était d'étudier les relations professionnelles entre les MG et les IDEL, de comprendre comment ces deux professionnels des soins primaires travaillaient ensemble au quotidien, de connaître les difficultés qu'ils rencontraient et leurs solutions afin de mieux les appréhender. La recherche qualitative, contribuant à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux, nous semblait la méthode la plus appropriée [12]. Elle nous a permis de recueillir le vécu des MG et des IDEL en se basant sur leurs expériences personnelles.

Nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-dirigés individuels, permettant aux interrogés une expression plus libre et spontanée de leurs idées, contrairement aux focus group où, selon nous, les participants peuvent-être influencés par les autres intervenants. A l'exception de deux entretiens, où deux IDEL ont été interrogés en même temps mais à leur demande, pour une raison d'organisation. Ces interrogés ayant la même profession, nous ne pensons pas que cela ait modifié leurs propos ou qu'ils se soient sentis gênés afin de s'exprimer sur le sujet, d'autant plus qu'ils se connaissaient et travaillaient ensemble. Cependant, interroger un MG et un IDEL d'un même cabinet médical, sur le même temps de parole, ne nous semblait pas opportun, comme nous avons pu le remarquer lors de l'entretien du MG13, interrompu par l'arrivée de l'IDEL travaillant avec lui et donc présente une partie de l'enregistrement. En effet, même si l'IDEL n'est pas intervenue, nous pensons que sa présence a pu influencer les propos du MG, entraînant une certaine retenue de ce dernier lorsque nous avons abordé la question des difficultés rencontrées dans la relation MG/IDEL et être ainsi responsable d'un biais de réponse.

Afin que l'entretien se déroule dans les meilleures conditions, nous avons laissé aux interrogés le choix du lieu et du moment de l'enregistrement. Cela a permis de les mettre en confiance et de créer un moment plus propice aux échanges et aux confidences.

La majorité des entretiens a été enregistrée en face à face, nous permettant d'apprécier les

réactions des interrogés et de pouvoir les retranscrire. Cependant pour trois IDEL et un MG, en raison de leur travail, la rencontre directe n'a pas été possible et l'entretien a dû se faire par téléphone. Toutefois, ceci nous a permis d'interroger des professionnels qui n'auraient pas accepté de participer si nous n'avions pas eu la possibilité de nous adapter de cette façon.

Concernant le travail de codage, une double analyse de l'ensemble des entretiens par un interne de médecine générale, effectuant également une étude qualitative dans le cadre de sa thèse et donc habitué à ce type de travail, a été réalisée, permettant une triangulation des données et augmentant ainsi la validité interne de notre étude.

Cependant, concernant la méthode, notre travail présentait également des limites.

Premièrement, il existait probablement un biais de sélection. Certains MG et IDEL interrogés faisant partis de nos connaissances personnelles, nous nous sommes demandés si cela n'a pas influencé leur décision de participer à notre thèse.

Notre manque d'expérience concernant la recherche qualitative a certainement eu un impact sur la réalisation des entretiens ainsi que sur leur analyse et a été source de limites. En effet, même si nous avons essayé d'être le plus neutre possible lors des enregistrements, nous avons peut-être influencé involontairement les réponses des interrogés par notre attitude, notre manière d'énoncer les questions ou encore par certaines de nos relances. De plus, compte tenu de notre position d'interne de médecine générale et de nos expériences personnelles de travail en commun avec les IDEL lors de nos stages, nous avons notre propre conception du sujet, ce qui a pu également influencer notre manière de mener les entretiens puis de les analyser et être responsable d'un biais de confirmation d'hypothèse.

En outre, être interrogé par une interne de médecine générale a pu aussi modifier les réponses de certains participants et les freiner pour se confier, notamment sur les difficultés qu'ils ressentaient, de peur d'être jugés par l'enquêtrice.

La majorité des entretiens se faisant sur le temps de travail des MG et des IDEL, nous avons parfois été interrompus par un appel téléphonique ou l'intervention d'une tierce personne, ce qui a pu modifier le déroulement de l'entretien et leur discours. Ces limites n'étaient pas présentes lors des entretiens téléphoniques, ayant lieu en dehors des heures de travail et

permettant une totale disponibilité des interrogés. Ce mode d'entretien imprévu au début de notre étude et considéré initialement comme une limite, c'est révélé en pratique avoir des avantages.

Enfin, même si une double analyse des entretiens a été réalisée, un biais d'interprétation pouvait persister.

1-2 Forces et faiblesses de l'échantillon

Une des principales forces de notre étude était d'interroger les deux professions, par comparaison à d'autres travaux, qui n'étudiaient qu'un point de vue celui du MG ou de l'IDEL. Selon nous, ceci rend notre travail original et plus complet.

Dans notre étude, l'objectif n'était pas d'être statistiquement représentatif de la population de MG et d'IDEL à l'échelon régional ou national mais d'obtenir un échantillon varié en termes d'âges, de genres, d'années d'expériences, de lieux et modes d'exercice, afin de recueillir des opinions différentes et diversifiées à propos de notre sujet de travail.

Concernant notre lieu d'étude, nous nous sommes intéressés aux relations entre les IDEL et les MG sur l'ensemble de la Picardie et non sur un seul département comme c'était le cas dans d'autres travaux, afin d'avoir une vision du sujet à plus grande échelle.

Au total, nous avons donc interrogé six IDEL et cinq MG dans la Somme, le même nombre dans l'Oise et cinq IDEL et quatre MG dans l'Aisne, avec des professionnels exerçant aussi bien en zone urbaine que rurale, afin d'obtenir une représentation de tous les secteurs. Néanmoins, nous n'avons pas interrogé les professionnels de certaines zones géographiques, telles que le sud de l'Aisne, l'ouest de l'Oise et le sud-ouest de la Somme, étant arrivés à saturation des données après 31 entretiens, MG et IDEL confondus.

Nous avons essayé d'interroger des MG et des IDEL exerçant seuls ou avec des collègues de la même profession ainsi que des professionnels travaillant dans des structures de soins pluri professionnelles, principalement des MSP, afin de pouvoir apprécier l'influence du mode d'exercice sur la relation entre MG et IDEL.

A propos des caractéristiques de nos interrogés si nous nous intéressons d'abord aux MG, notre

population était un peu plus âgée (âge moyen de 53 ans), comparée à celle régionale (âge moyen de 52 ans en 2015) et celle nationale (âge moyen de 51,4 ans en 2018). Cette caractéristique peut expliquer que notre échantillon de MG soit composé de plus d'hommes (71%) que de femmes, la féminisation de la profession concernant principalement les nouvelles générations de MG [13].

L'inverse est constaté concernant les IDEL, avec une majorité de femmes interrogées dans notre population (82%), la profession d'infirmier et notamment d>IDEL restant très majoritairement féminine. En effet, en 2018 on comptait 83% de femmes contre 17% d'hommes parmi tous les IDEL recensés [14]. La représentation féminine historique de la profession d'infirmière et les nombreux stéréotypes s'y rapportant « *infirmière, soignante maternelle* » participent probablement à ce constat. Les hommes se tournent de préférence vers des spécialités du métier plus techniques, tel qu'infirmier de bloc ou infirmier anesthésiste.

Concernant l'âge moyen des IDEL interrogés, il était de 42,2 ans, quasiment comparable à celui des IDEL Picards en 2018 (42,5ans) et légèrement plus jeune qu'à l'échelle nationale où il était de 44,8 ans en 2018. En comparaison à notre population médicale, les IDEL interrogés étaient donc plus jeunes.

Le fait que peu d>IDEL masculins et de MG féminins ont participé à notre travail a pu avoir un impact sur nos résultats. Effectivement, les hommes et les femmes n'ont pas la même sensibilité et perçoivent de manières différentes les relations humaines.

Au total dans notre travail, 17 IDEL ont été interrogés contre 14 MG. Moins de MG ont donc été interviewés, la saturation des données ayant été atteinte plus rapidement dans cette population. Nous pensons que les IDEL avaient plus d'informations à donner que les MG ou qu'ils étaient plus intéressés par le sujet.

2- Discussion des résultats

2-1 Etat des lieux de la relation MG/IDEL

2-1-1 De multiples motifs d'échanges

Notre étude nous a permis de constater que les motifs d'échanges entre les MG et les IDEL étaient variés et dépendaient du professionnel qui en était à l'origine. Ils étaient plus nombreux pour les IDEL que pour les généralistes. De fait, dans notre étude les IDEL contactaient les MG pour plusieurs raisons comme les informer d'une situation, les questionner sur un traitement ou leur demander une prescription. Tandis que les MG faisaient appel aux IDEL principalement pour des demandes de soins ponctuels.

Dans son travail, *Relation entre médecins généralistes et infirmiers dans la prise en charge à domicile dans l'Oise : état des lieux, ressenti et perspectives d'amélioration*, réalisé en 2019, Mathilde Fontaine n'interrogeait que les infirmiers libéraux, qui évoquaient les mêmes causes de recours aux MG que les nôtres [9].

Contrairement à son travail, en interrogeant les deux professions nous avons mis en avant que les MG et les IDEL ont recours à l'autre professionnel pour des motifs différents et spécifiques à leurs besoins. Lorsqu'ils contactent l'autre profession, les IDEL sont surtout dans l'échange d'informations alors que les MG sont plutôt dans la demande de soins.

Le fait que les IDEL ont des motifs de recours plus nombreux explique, selon nous, que ce soit eux qui dans la majorité des cas initient les échanges et non les MG.

Déjà en 2006, dans le travail de Gaël Gernoux s'intéressant au vécu et au ressenti de l'IDEL dans sa relation professionnelle avec le médecin généraliste, les IDEL déclaraient être souvent à l'origine de la démarche de communication avec le MG [15], constat également fait dans d'autres travaux par des IDEL qui considéraient cela comme un problème dans leurs rapports avec les généralistes [16].

Cependant, ces études ne s'intéressaient, encore une fois, qu'au point de vue des IDEL et ne permettaient donc pas de connaître l'opinion des MG à ce sujet. Or en les questionnant, nous avons constaté que ces derniers en étaient conscients et rejoignaient les IDEL sur ce point. Mais dans notre travail, contrairement aux autres études, les deux professions ne le voyaient pas comme une source de difficultés au sein de leur relation mais plutôt comme la suite logique de l'organisation en secteur libéral. Les IDEL intervenant de manière plus régulière que les MG auprès des patients, ils sont plus susceptibles de constater un changement dans l'état de santé de ces derniers et ont donc plus de raisons de contacter le corps médical.

De notre thèse, il est ressorti un profil de patient pour lequel les MG et les IDEL travaillaient plus fréquemment ensemble. C'était un patient âgé, souffrant de plusieurs maladies chroniques dont les troubles cognitifs, nécessitant des soins infirmiers tels que la préparation et la

délivrance des médicaments et pour lequel le MG consultait à domicile.

Dans la thèse de Gabriel Seigle réalisée en 2018, étudiant la communication entre les MG et les IDEL sur le territoire de Maubeuge, les médecins et les infirmiers déclaraient également que leur communication concernait principalement une population gériatrique, âgée de plus de 75 ans présentant des pathologies chroniques [17].

Ce constat semble cohérent avec la situation démographique actuelle. En effet, aujourd'hui nous notons un vieillissement de la population française, 20,5% des français ayant plus de 65 ans au 1^{er} janvier 2020 [18], ainsi qu'un nombre important de personnes âgées en perte d'autonomie vivant toujours à leur domicile.

Enfin, les MG et les IDEL de notre étude semblaient communiquer d'avantage au sujet de certaines pathologies, comparées à d'autres, notamment le suivi du diabète et la prise en charge des plaies chroniques, deux problèmes de santé publique en soins primaires.

D'ailleurs G. Seigle remarquait également que près de la moitié des patients de son étude faisait l'objet d'une prescription d'actes infirmiers en rapport avec le diabète [17].

Quant aux plaies, de nombreux travaux se sont intéressés à la relation entre les MG et les IDEL pour cette prise en charge, intéressante selon nous, car la transmission de savoir habituellement du MG à l'IDEL y est inversée. En effet dans ce cas, c'est le MG qui demande conseil à l'IDEL concernant le choix et l'adaptation des pansements. La relation entre MG et IDEL est donc renversée, les généralistes initiant les échanges et non les IDEL comme c'est le cas habituellement.

2-1-2 Des moyens de communication nombreux mais communs

La communication entre professionnels de santé est un devoir que ce soit pour le MG ou pour l'IDEL, régie par les codes de déontologie des deux professions [19], [20]. Afin de le respecter, nous avons noté que les MG et les IDEL de notre étude avaient recours aux mêmes moyens de communication qui étaient très nombreux et dont le choix dépendait des situations cliniques, du mode d'exercice, de leurs préférences et de leurs habitudes.

Si le téléphone était l'outil de communication le plus utilisé par les deux professions en raison de son caractère pratique, la rencontre de visu, au domicile du patient ou au cabinet du médecin, était jugée plus agréable, autant par les MG que les IDEL, qui regrettaient qu'elle soit devenue

rare en raison de nombreux freins organisationnels.

Dans le travail de Florence Noaillan portant sur les rôles de l'infirmière libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies, les deux professions considéraient aussi « *le rendez-vous commun au domicile du patient comme l'idéal* » mais l'utilisaient également peu par manque de temps et de disponibilité [21].

Selon nous, la rencontre directe est pourtant un mode d'échange à privilégier car elle est génératrice de liens entre les professionnels. En effet, elle permet de mettre un visage sur un nom et de rendre ainsi les rapports moins impersonnels. D'ailleurs dans notre travail, la connaissance personnelle était considérée par de nombreux IDEL et MG comme un facteur influençant positivement leur relation.

► ***Le cahier de liaison, bon ou mauvais moyen de communication ?***

A l'opposé du contact direct, certains MG et IDEL de notre étude échangeaient par écrit, via divers supports dépendants du professionnel. Entre autres le cahier de liaison, sur lequel nous souhaitons nous attarder car il était source de divergences autant chez les MG que chez les IDEL interrogés. En effet, si certains le considéraient comme un outil d'échange idéal et comme l'une des solutions afin d'améliorer la communication entre les professionnels, d'autres au contraire, le voyaient comme un mode de communication imparfait, en raison de sa perte fréquente par le patient et de son défaut d'emploi par certains professionnels.

Cette divergence d'opinion était également retrouvée dans la thèse d'Emilie Gaillot qui souhaitait évaluer l'intérêt des MG et des IDEL concernant l'utilisation d'un dossier de soins partagé ou cahier de liaison chez les patients dépendants à domicile. Dans son travail, les MG et les IDEL citaient de nombreux avantages à l'utilisation de cet outil, comme « *une meilleure communication* » entre les professionnels [22], tout comme dans une étude expérimentant l'utilisation d'un carnet de liaison senior en soins primaires par des médecins traitants dans l'agglomération Lilloise, dans laquelle 50% des médecins remarquaient une amélioration de leur communication avec les autres intervenants suite à l'utilisation de ce carnet [23]. Cependant dans la thèse d'E. Gaillot, les deux professions pointaient également de nombreux inconvénients freinant l'utilisation du cahier de liaison au quotidien, comme « *la difficulté à respecter le secret médical* » ou « *le cadre réglementaire flou* » [22].

Pourtant des dispositifs réglementés se rapprochant du cahier de liaison existent, c'est le cas du dossier de soins infirmiers (DSI), qui n'a été mentionné par aucun IDEL, ni MG dans notre travail. Il a été créé en 1985, avec pour objectifs de favoriser la coordination des professionnels

de santé au domicile du patient, en permettant une meilleure communication des informations concernant le malade [24]. Sa création par les IDEL n'étant pas obligatoire, simplement recommandée, peut expliquer qu'il ne soit pas cité et utilisé par nos participants.

Pour ma part, j'ai été confrontée au cours de mes stages en médecine de ville à l'utilisation du cahier de liaison, que je trouve pratique étant à la fois une source d'informations et un outil d'échanges concernant la santé du patient. Il participe ainsi à un meilleur suivi au domicile.

► ***Quelle place pour le numérique dans les échanges entre les MG et les IDEL ?***

Alors que nous vivons dans une société où le digital est omniprésent, nous avons remarqué que l'utilisation d'outils numériques (messageries sécurisées, logiciels médicaux), par les MG et les IDEL de notre étude, était minoritaire.

Pourtant dans la thèse d'Hortense Binart Ecale étudiant les différents dispositifs de communication des MG avec les autres professionnels de santé, 59% des généralistes interrogés considéraient « *l'utilisation d'internet avec messagerie sécurisée comme un outil de communication interprofessionnel pouvant améliorer la qualité des échanges* » [25].

Comment expliquer alors le peu d'intérêt des MG de notre étude pour ce mode de communication ? Un sondage récent, paru en janvier 2020, a montré que « *près de 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans, contre 48% seulement des 60 ans ou plus, utilisent quotidiennement les trois outils socles de la e-santé : le dossier patient informatisé, le logiciel d'aide à la prescription et la messagerie sécurisée de santé.* » [26]. L'âge s'avérerait donc être un facteur influençant l'utilisation des outils numériques en médecine générale. Les anciennes générations de MG sont moins habituées à l'utilisation du numérique que les nouvelles qui ont toujours travaillé avec. Notre échantillon de MG étant âgé en moyenne de 53 ans, nous comprenons ainsi pourquoi le numérique n'a été que peu cité par ces derniers.

Concernant les IDEL, nous n'avons pas trouvé de travaux sur lesquels nous appuyer afin d'expliquer pourquoi dans notre étude les IDEL avaient peu recours, pour échanger avec les MG, aux outils informatiques. Selon nous, ces derniers ne sont pas adaptés à leur mode de travail qui se fait majoritairement au domicile du patient, ne leur permettant donc pas d'avoir toujours un accès internet, nécessaire à leur utilisation.

Malgré cela, les professionnels de santé vont devoir adapter leurs pratiques, le développement du numérique étant au centre du projet « *Ma Santé 2022* », annoncé par l'ancienne ministre de

la santé Agnès Buzyn, afin de « *faciliter l'exercice des professionnels* » et « *renforcer leur coordination par des outils sécurisés, interopérables et simples d'utilisation* », comme les messageries sécurisées ou le Dossier Médical Partagé (DMP) [27]. Par ailleurs, ce dernier n'a pas du tout été abordé par les participants de notre étude, comme dans la thèse d'E. Gaillot où seul un MG l'évoquait mais aucun IDEL [22].

Le fait qu'aujourd'hui seul un faible nombre de patients ont un DMP, qui ne contient encore que peu d'informations, faute d'alimentation par les professionnels de santé, peut expliquer que les MG et les IDEL ne considèrent pas ce dispositif comme un outil de communication usuel et idéal. De plus, son utilisation nécessite une connexion internet. Il paraît donc peu compatible, comme nous l'avons expliqué plus tôt, avec l'activité à domicile des IDEL, qui n'ont pas toujours un accès internet de qualité lors de leurs tournées. De même pour les MG lors des visites à domicile, souvent chez des personnes âgées, pour qui le DMP s'avérerait pourtant le plus utile.

2-2 Vision des MG et des IDEL sur leur relation

2-2-1 Une relation jugée positive ...

Les MG et les IDEL de notre étude portaient un regard globalement positif sur leur relation professionnelle. Des adjectifs comme « *bons* » ou « *agréables* » étaient employés pour la qualifier. Cet avis favorable sur les relations entre MG et IDEL était également présent dans la littérature [10], [15], comme dans le travail d'E. Gaillot, où les MG et les IDEL utilisaient le terme de « *bonne entente* » [22].

La majorité des MG et des IDEL interrogés considérait leurs rapports professionnels fondés sur le respect de l'autre et de ses compétences, la confiance mutuelle, la transmission de savoir et la communication régulière. Mais cela ne se faisait pas du jour au lendemain et nécessitait du temps.

Différents travaux, traitant de la collaboration interprofessionnelle désignaient également le respect et la confiance comme les deux principaux fondements d'une collaboration et d'une communication efficaces [28], [29]. Le Professeur Danielle d'Amour dans son travail sur la collaboration interprofessionnelle déclarait « *Certaines conditions sont généralement reconnues comme essentielles pour qu'une véritable collaboration, entendons action collective, soit déployée : le fait de partager un projet commun, de se faire confiance et de se sentir partenaire.* » [30].

Dans notre travail, les MG et les IDEL désignaient d'ailleurs leur relation comme une « *équipe* » et se rejoignaient quant aux rôles différents mais complémentaires que chacun tenait. Nous avons retrouvé cette vision de partenariat et d'équipe dans d'autres travaux, comme dans celui d'E. Sperling [10] ou de F. Noaillan [21] mais qui s'intéressaient à la relation entre les MG et les IDEL dans un contexte précis, celui de la prise en charge des plaies. Suite à notre travail, nous constatons que cette représentation de la relation entre les MG et les IDEL est présente au-delà de tout prise en charge spécifique.

2-2-2 ... mais avec des critiques

Malgré ce tableau positif dépeint par les deux professions, il existait aussi des conflits influencés par la personnalité de chacun et rendant parfois les rapports compliqués. Comme l'appuyait C. Le Metayer dans son travail, « *si les caractères des intervenants sont compatibles, il en résultera une bonne entente ou au contraire une mésentente si incompatibilité, comme dans tout rapport humain* » [8]. Cela montre que la relation entre les MG et les IDEL est avant tout une relation humaine, avant d'être une relation professionnelle.

En dehors de ces conflits personnalité-dépendants évoqués par les deux professions, nous avons constaté dans notre étude que les IDEL avaient un avis plus nuancé, voire plus critique, que les MG sur leurs relations professionnelles. Dans son travail, E. Gaillot faisait la même observation [22]. En effet, si certains IDEL de notre étude soulignaient l'indépendance gagnée vis à vis du corps médical en s'installant en libéral, comparé au milieu hospitalier, beaucoup d'IDEL estimaient qu'il existait encore une relation hiérarchique avec certains MG, principalement de « *l'ancienne génération* ». Selon eux, ces derniers les considéraient comme de « *simples exécutantes* » de prescriptions médicales et les IDEL estimaient ne pas toujours pouvoir exprimer leur avis. Cette représentation directive du MG par les IDEL était retrouvée dans d'autres études [10], [16].

► ***Quelle est l'origine de cette perception hiérarchique des rapports entre les MG et les IDEL ?***

En France, le système médical s'est structuré autour des médecins, séparant les professionnels de santé en deux catégories : les professions médicales et les professions paramédicales dont font partis les IDEL [31]. Pour le sociologue Eliot Freidson, le terme « *paramédical* » correspond « *aux métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent finalement sous le*

contrôle du médecin » [32]. Cette dépendance médicale est renforcée par le fait que les infirmiers ne peuvent intervenir que sur prescription médicale, notion retrouvée dans la définition même du métier d'infirmier « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription médicale ou conseil médical* » [33]. Cependant rien n'est figé et le système évolue. En effet, depuis 2007 les IDEL ont le droit de prescrire certains dispositifs médicaux, droit élargi en 2012 puis en 2016 [34]. Les IDEL ont donc gagné et continuent de gagner de l'autonomie.

Toutefois il est interrogateur de constater que d'autres travaux interrogeant aussi des IDEL ne retrouvaient pas cette représentation hiérarchique du MG. C'est le cas de celui de M. Fontaine [19] ou d'une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) réalisée en 2006, où seulement 3% des IDEL interrogés, utilisaient le terme de « *hiérarchie* » afin de décrire leurs relations avec les MG [35].

► ***Comment expliquer cette différence de représentation au sein d'une même profession ?***

L'âge des IDEL et leur expérience en libéral pourraient avoir une influence. En effet, nous avons remarqué que dans notre étude, c'était davantage les IDEL jeunes ou récemment installés, qui avaient une vision hiérarchique de leur relation avec les MG et qui appréhendaient d'aborder le corps médical.

Une étude étrangère intitulée *Relationships Between Nurses and Physicians Matter*, interrogeant à la fois des infirmiers et des médecins hospitaliers ou ambulatoires du Midwest retrouvait de même, que les infirmières plus jeunes ou moins expérimentées déclaraient plus fréquemment être affectées par les comportements négatifs des médecins que les infirmières plus âgées ou plus expérimentées et que cela pouvaient les rendre plus réticents à communiquer avec ces médecins sur l'état de santé des patients [4]. Devant ce constat, il semble important que l'IDEL soit en confiance dans sa relation avec le MG, car cela peut avoir un impact sur la prise en charge de leurs patients communs.

De plus dans notre étude, les IDEL ayant cette vision des rapports avec les MG, étaient plutôt des femmes. Mais notre échantillon est en grande majorité féminin, cela limite donc probablement notre hypothèse. Aurions-nous autant retrouvé cette idée si nous avions interrogé

plus d'IDEL masculin ?

Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative auprès des IDEL et d'analyser si cette vision hiérarchique est plus ou moins fréquente selon l'âge, le genre et l'expérience, afin de confirmer ou non ces hypothèses.

2-2-3 Une relation au bénéfice du patient

Malgré des critiques et des avis divergents, les MG et les IDEL se rejoignent concernant les intérêts de leur collaboration.

Dans notre travail, les deux professions admettaient qu'avoir de bonnes relations de travail leur était tout d'abord bénéfique. D'ailleurs, l'OMS a montré qu'une bonne collaboration entre les professionnels de santé a de nombreux intérêts pour les soignants, comme une augmentation de la motivation, une meilleure gestion des conflits et une diminution des burn-out [36].

Toutefois, autant pour les MG que les IDEL interrogés, les principaux bénéfices étaient pour le patient, troisième acteur, au centre de cette relation. En effet, leur travail commun favorisait le maintien à domicile et permettait une meilleure prise en charge en termes de rapidité et de qualité des soins. Dans le travail de M. Brodier, les MG interrogés le confirmaient et constataient d'ailleurs une diminution de la gravité des complications du diabète lorsque leur coopération avec les IDEL était étroite et efficace [11].

Dans la littérature étrangère, plusieurs travaux se sont intéressés à l'intérêt d'une collaboration interprofessionnelle entre MG et infirmiers, tels qu'une étude néerlandaise qui concluait que le manque de collaboration pouvait entraîner un retard dans la prise en charge des patients [37].

Réaliser une étude comparant des objectifs de prise en charge, avec ou sans collaboration entre MG et IDEL, serait intéressante pour démontrer concrètement l'intérêt et l'impact d'une telle coopération sur la santé du patient, n'en n'ayant pas trouvé lors de nos recherches.

Et les patients, comment perçoivent-ils la relation entre leur MG et leur IDEL ?

Dans notre étude, les MG et les IDEL considéraient que de bonnes relations professionnelles rassuraient le patient et le rendaient plus satisfait de sa prise en charge. Mais lui, qu'en pense-t-il ? Dans la littérature, il existait peu de travaux sur le ressenti des patients concernant la coopération entre leur MG et leur IDEL. La seule thèse trouvée interrogeait des patients diabétiques de type 2 insulinorequérants, sur la collaboration entre leur MG et leur IDEL

concernant le suivi de leur maladie. Elle montrait que les patients n'avaient pas conscience de la collaboration existante entre les deux professionnels et qu'ils ne semblaient pas être intégrés dans cette relation triangulaire, dont ils pouvaient même être exclus [38].

Cela confirme nos résultats. En effet, dans notre étude, les deux professionnels admettaient ne pas avoir fréquemment recours au patient pour échanger, en raison d'une possible incompréhension ou d'un défaut de transmission des informations par ce dernier. Ce qui semble paradoxal devant la volonté actuelle des pouvoirs publics de rendre le patient acteur de sa santé.

2-2-4 Une relation sous influence

Plusieurs facteurs semblaient influencer les rapports entre les MG et les IDEL, que ce soit de manière positive ou négative, tels que le lieu et le mode d'exercice, la connaissance personnelle de l'autre professionnel, ainsi que l'âge.

► *L'impact générationnel sur la relation entre les MG et les IDEL.*

Dans notre travail, que ce soit pour les MG ou les IDEL, les rapports avec l'autre professionnel étaient différents selon l'âge. En effet, les MG de notre étude, âgés en moyenne de 53 ans, avaient une vision plus critique vis à vis des nouvelles générations d'IDEL. Selon eux, ces dernières ne prenaient pas assez d'initiatives et sollicitaient davantage le corps médical à la différence des IDEL plus âgés qu'ils jugeaient plus autonomes, en raison de leur expérience. Inversement, les IDEL de notre étude, âgés en moyenne de 42 ans, donc plus jeunes que les MG interrogés, étaient plus critiques vis-à-vis des anciennes générations de généralistes avec qui les relations étaient plus compliquées à la différence des MG plus jeunes.

Ceci nous amène à penser qu'il est plus simple de travailler avec des professionnels de sa génération, comme le constatait M. Fontaine dans sa thèse, où certains IDEL avaient également plus de facilité à communiquer avec des MG de leur âge [9].

Mais tous les MG et les IDEL ne sont pas unanimes sur ce point. En effet dans la thèse de G. Gernoux en 2006, les IDEL ne soulevaient pas de différence entre jeune et ancienne génération de MG [15], de même dans la thèse d'E. Gaillot, où aucun MG n'avait fait de distinction d'âge entre les IDEL [22].

► *Le lieu d'exercice influencerait-il la relation entre les MG et les IDEL ?*

C'est ce que semblaient penser les MG et les IDEL exerçant en secteur rural dans notre étude. En effet, ces derniers qualifiaient leur relation de « *familiale* », comparée au secteur urbain où

ils considéraient les rapports entre MG et IDEL plus « *compliqués* » car plus « *impersonnels* ». Dans la thèse d'E. Gaillot, les MG et les IDEL interrogés jugeaient également la communication plus simple en zone rurale qu'en ville, l'expliquant par le nombre plus important de professionnels en zone urbaine, rendant la connaissance personnelle de chacun difficile [22]. Cependant, il est intéressant de constater que dans notre étude ces idées ne sont pas du tout exprimées par les professionnels exerçant en ville. Ainsi le lieu d'exercice semble être un facteur influençant les rapports entre les MG et les IDEL mais seulement pour les professionnels ruraux.

2-3 Les difficultés au sein de la relation MG/IDEL

Dans la majorité des entretiens, l'absence de difficulté était initialement mise en avant, ce qui n'est pas surprenant puisque la majorité des interrogés jugeait leurs relations satisfaisantes. Toutefois, quand nous relançons les participants sur le sujet, des difficultés apparaissent. Ainsi s'intéresser au point de vue des deux professionnels, contrairement à la plupart des études ne s'attachant qu'à un seul avis, souvent celui des IDEL, nous a permis de constater que les MG et les IDEL rencontraient des difficultés assez proches.

2-3-1 Des difficultés de communication

Parmi toutes les difficultés évoquées par les deux professionnels dans notre étude, les problèmes de communication étaient ceux les plus souvent cités autant par les MG que par les IDEL, qui regrettaient une communication insuffisante, voire absente. Pourtant les deux professions jugeaient les échanges indispensables à une prise en charge ambulatoire de qualité.

Comment expliquer alors ce problème communicationnel, quelles peuvent-en être les causes ?

► ***Influence de l'évolution démographique médicale et paramédicale.***

Dans notre travail, de nombreux MG et IDEL citaient le manque de temps et de disponibilité des professionnels, comme principales causes aux problèmes de communication. Ces deux freins à l'échange étaient également relevés par les MG dans l'étude d'E. Gaillot [22] et par les IDEL dans la thèse de C. Le Metayer [8].

L'évolution démographique médicale et paramédicale actuelle participe à ce constat fait par les deux professionnels et en est à l'origine, selon nous. En effet, aujourd'hui le système de santé français doit faire face à une problématique importante, régulièrement abordée par les médias :

la pénurie médicale. De fait, en France depuis 2010, le nombre de MG ne cesse de diminuer, notamment dans la région des Hauts de France, qui sur la période 2007-2018, est la 3ème région au classement national à avoir connu la plus forte baisse du nombre de généralistes [39]. L'évolution ne semble pas favorable puisque la DRESS prévoit que d'ici à 2027, le nombre de généralistes diminue encore de 30% [40].

A cela s'ajoute les inégalités de répartition des MG sur le territoire, problématique qui concerne aussi les IDEL, notamment en Picardie, où en 2018 la densité moyenne d'IDEL pour 100000 habitants était de 143, contre 185 au niveau national.

► ***Défaut de formation des professionnels.***

Un médecin de notre étude estimait que certains professionnels ne communiquaient pas car ils ne l'avaient jamais appris et n'étaient donc pas habitués à travailler ainsi.

Former à la collaboration interprofessionnelle semble donc être important. D'ailleurs depuis 1978, l'OMS insiste sur l'importance de l'éducation interprofessionnelle, qui consiste à réunir « *des membres de deux ou plusieurs professions dans une formation commune, qu'elle soit pré ou post graduée* », dans le but de « *permettre une collaboration efficace entre les professionnels de la santé afin d'améliorer la qualité des soins.* » [41]. De même pour l'HAS, qui le recommande également « *c'est en immergeant dès la formation initiale les étudiants en santé dans un environnement interprofessionnel, que la pratique collaborative devient évidente.* » [42].

Plusieurs dispositifs de formations interprofessionnelles pour les étudiants existent d'ailleurs depuis de nombreuses années dans les pays anglo-saxons [43]. En France en 2009, une expérimentation de formation interprofessionnelle pour différents étudiants en santé a vu le jour à Rennes et a fait l'objet d'une étude dont le but était d'évaluer l'impact de cette formation, pour les étudiants, sur leur pratique professionnelle. Elle a notamment montré que la formation interprofessionnelle permettait de « *rencontrer les autres professionnels* », de « *déconstruire les représentations existantes sur les autres professions* » et de « *renforcer la communication interprofessionnelle* ». [44].

Concernant le domaine de la médecine générale, l'enseignement de la collaboration interprofessionnelle se développe, puisqu'aujourd'hui parmi les six compétences génériques du médecin généraliste, définies par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et sur lesquelles se base la formation des internes de médecine générale, se trouve la compétence nommée « *Approche centrée patient, relation communication* », définie comme « *la capacité à*

construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé [...], en utilisant les différents contextes, les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt du patient » [45]. Les internes de médecine générale sont donc, de nos jours, mieux formés à communiquer, ce qui peut expliquer pourquoi les IDEL de notre étude ressentaient moins de problèmes de communication avec les jeunes MG comparés aux MG plus âgés. De nouveau l'âge des professionnels apparaît comme un facteur influençant la relation entre les MG et les IDEL.

Développer les formations interprofessionnelles et insister sur l'importance de la communication entre les professionnels lors des études médicales et paramédicales sont des pistes intéressantes afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et les échanges. Ces idées n'ont pas été proposées par les MG et les IDEL de notre étude.

2-3-2 Plus de difficultés pour les IDEL

Dans notre étude, nous avons remarqué que les IDEL rapportaient plus de difficultés dans leur relation avec les MG que l'inverse, ceci expliquant qu'ils aient un avis plus critique que le corps médical sur leur relation.

L'une des difficultés relevées uniquement par les IDEL concernait les échanges avec les MG, qu'ils jugeaient unilatéraux. Dans la thèse de C. Le Metayer, les IDEL interrogés employaient également les termes de « *minimale* » et « *unidirectionnelle* » afin de qualifier leur communication avec les MG [8].

Notre étude interrogeant aussi les MG, a permis de constater que l'avis de ces derniers divergeait de celui des IDEL sur ce point. En effet, les MG considéraient participer activement aux échanges et n'avaient donc pas conscience de cette difficulté ressentie par les IDEL.

Mais comme le disait Antoine de Saint-Exupéry « *Il est bien plus difficile de se juger soi-même que de juger autrui.* ». Notre travail en donnant la parole aux MG et aux IDEL, peut éventuellement permettre à chacun de connaître l'avis de l'autre, de prendre conscience de son ressenti et de modifier ainsi sa pratique afin d'améliorer leurs rapports.

Dans notre étude, la grande majorité des IDEL se plaignaient des ordonnances médicales qu'ils jugeaient difficiles à déchiffrer ou incomplètes, avec des conséquences sur leur travail quotidien. Selon eux, ces problèmes d'ordonnances démontraient une méconnaissance de leur

métier et une non reconnaissance de leurs compétences de la part des MG. Mais notre étude interrogeant aussi les MG a montré que certains généralistes étaient conscients de leurs lacunes à ce sujet, qu'ils considéraient aussi comme un facteur limitant la création d'une relation de qualité avec les IDEL.

En 1975, Hoekelman, déclarait « *la clé du problème dans la relation médecin-IDE est le manque de compréhension de chaque discipline du rôle de chacun dans les soins* » [46]. Ainsi, encore aujourd'hui, ce constat reste vrai.

Dans la thèse de C. Le Metayer, les IDEL qui relevaient également ces soucis d'ordonnances, l'expliquaient par « *un manque de formation des médecins généralistes dans ce domaine administratif* » [8]. Nous sommes d'accord avec cette justification, puisqu'à notre connaissance, en France le « *stage infirmier* » réalisé par les étudiants en médecine, entre la 1^{ère} et la 2^{ème} année des études médicales, reste actuellement le seul dispositif durant la formation médicale permettant de faire découvrir le métier d'infirmier au futur médecin, mais seulement en milieu hospitalier. Or la profession d'IDEL et l'exercice en libéral ont leurs spécificités.

Intégrer au cursus médical, une formation afin de découvrir les compétences des IDEL et leur nomenclature serait une solution, d'ailleurs proposée par M. Fontaine dans sa thèse [9].

2-4 De nombreuses pistes d'amélioration

Face à ces difficultés, les MG et les IDEL n'étaient pas fatalistes et proposaient de nombreuses solutions communes.

2-4-1 L'amélioration de la communication

Les problèmes de communication étant la première des difficultés rencontrées, autant par les MG que par les IDEL, il est logique que les deux professions aient suggéré des pistes afin d'améliorer leurs échanges.

► ***Favoriser les rencontres interprofessionnelles.***

La méconnaissance de l'autre professionnel apparaissait dans notre étude comme un facteur limitant la relation entre les IDEL et les MG et n'incitant pas à l'échange. A l'opposé, quand une relation amicale se créait au-delà des rapports professionnels, le travail entre les MG et les IDEL semblait plus simple, tout comme la communication. Nous comprenons, pourquoi se présenter aux autres professionnels en tant que nouveau soignant lors de son installation sur un

secteur, apparaissait comme important pour les MG et les IDEL de notre travail. Pour cela, ils proposaient l'organisation de réunions dédiées à cet effet. Dans la thèse de M. Brodriez [11] ou celle de F. Noaillan [21], il était plutôt suggéré de créer un système de formations communes aux MG et aux IDEL, durant lesquelles ils feraient connaissance.

Afin de favoriser les échanges, une des solutions émises par les deux professions était d'organiser des réunions interprofessionnelles avec les professionnels de santé libéraux intervenant sur un secteur. Dans de nombreux travaux, cette idée était présente comme dans la thèse de M. Fontaine qui interrogeait des IDEL [9], ou dans celle de M. Brodriez, où les MG proposaient l'organisation de « *staffs multidisciplinaires* » s'inspirant du milieu hospitalier mais « *le manque de temps* » et « *l'absence de rémunération* » limitaient selon eux « *leur développement en médecine de ville* » [11]. Un MG de notre étude proposait d'ailleurs de rémunérer ces rencontres afin de les rendre plus attractives.

► ***Faciliter le contact téléphonique.***

Nous avons constaté que le téléphone était le moyen de communication le plus utilisé par les MG et les IDEL de notre travail. Pourtant de nombreux interrogés, principalement les IDEL, déploraient des difficultés pour joindre leur interlocuteur, freinant de ce fait les échanges. Il en était de même dans la thèse d'E. Gaillot, où les infirmiers regrettaient de passer une grande partie de leur temps à chercher les coordonnées des MG [22]. Une des pistes proposées dans notre étude permettrait de répondre à cette problématique. En effet, un MG proposait la création d'un répertoire regroupant les coordonnées des professionnels de santé libéraux d'un secteur. Il est intéressant de constater que c'est un médecin qui a évoqué cette solution alors que cette difficulté concerne principalement les IDEL.

Nos recherches ont montré qu'en France des dispositifs de ce type existent déjà, comme « *L'Annuaire Santé* », proposé par l'Agence du Numérique en Santé (ANS). Ce service, destiné aux professionnels des secteurs de la santé et du médico-social, recense les professionnels de santé enregistrés dans les répertoires nationaux (RPPS, Adeli) et regroupe leurs coordonnées de correspondance [47].

2-4-2 L'uniformisation des pratiques

Dans le but de faciliter le travail commun et d'améliorer la prise en charge des patients en soins primaires, des solutions concrètes ont été proposées par nos participants, comme la création de

protocoles de soins pour la prise en charge du diabète ou des plaies. Cette idée n'a été évoquée que par les MG et non par les IDEL, dans notre travail. Pourtant dans la thèse de M. Fontaine, les IDEL envisageaient la création et l'application de protocoles de soins, face à des situations compliquées [9]. L'HAS a d'ailleurs élaboré en 2012, un guide d'aide à la création et à la mise en œuvre de protocoles pluriprofessionnels [48].

Mais cette idée paraît utopiste, quand nous voyons que les professionnels libéraux n'ont déjà pas le temps de communiquer.

La piste d'une création d'ordonnance standard pour la prescription des soins infirmiers, avancée par une IDEL, nous semble plus réalisable en pratique. C'est une proposition originale, qui n'est pas retrouvée dans les autres travaux portant sur la relation MG/IDEL, où pourtant les soucis d'ordonnance sont aussi présents. Cette mesure serait intéressante à instaurer, puisqu'elle pourrait permettre un gain de temps aux IDEL et aux MG.

2-4-3 Le regroupement des professionnels

Un des principaux résultats émanant de notre travail était que le regroupement des MG et des IDEL au sein d'une structure de santé pluriprofessionnelle, comme les MSP, avait un impact positif sur leurs relations, avec notamment moins de difficultés de communication. En effet, dans ces structures, les échanges étaient favorisés par des rencontres directes entre les MG et les IDEL plus fréquentes, par l'organisation de réunions pluriprofessionnelles et par l'utilisation de logiciels informatiques communs.

Le regroupement semblait également plus propice à l'élaboration de protocoles de soins, puisque dans notre étude, seuls les MG et les IDEL exerçant en cabinet pluriprofessionnel déclaraient travailler à l'élaboration de ce type de projets.

Nous trouvions intéressant de faire remarquer, que ces différents outils, cités ci-dessus et utilisés par les structures de santé pluriprofessionnelles, étaient des pistes évoquées par plusieurs MG et IDEL dans notre étude, indépendamment de leur mode d'exercice, afin d'améliorer leurs relations.

Devant ces différents avantages, nous comprenons que le regroupement des professionnels de santé libéraux soit cité par de nombreux participants, MG ou IDEL, exerçant seul ou déjà dans ce type de structure, comme une solution afin d'améliorer la relation MG/IDEL. Cette proposition était également faite par les IDEL interrogés dans la thèse de M. Fontaine, qui considéraient « *le travail en maison de santé pluriprofessionnelle* » comme « *une solution pour*

optimiser la relation entre IDE et médecins traitants » [9].

Les différentes politiques de santé menées ces dernières années encouragent d'ailleurs le regroupement pluriprofessionnel en soins primaires, sous formes de centres de santé, de pôles de santé ou de maisons de santé pluridisciplinaires. Le but de ces structures est de développer la coopération pluriprofessionnelle afin d'améliorer les conditions de travail des professionnels et la qualité des soins délivrés au patient. Aujourd'hui, de plus en plus de professionnels libéraux se tournent donc vers l'exercice en groupe plutôt qu'individuel. La preuve étant que le nombre de MSP n'a cessé d'augmenter depuis leur création en 2007, passant d'une centaine de structures en 2010 à 910 en 2017 [49].

Cependant tous les professionnels de notre étude n'étaient pas favorables au regroupement, considérant que ce mode d'exercice présentait des contraintes financières et administratives. Certains évoquaient aussi le sentiment de perdre la liberté recherchée lors de l'installation en libéral.

2-4-4 Le développement de la délégation de tâches, un sujet qui fait débat

Face à une demande de soins en augmentation, à la pénurie médicale et au manque de temps et de disponibilité ressenti par les deux professions, la délégation de tâches médicales à l'infirmier apparaissait, pour plusieurs MG et IDEL interrogés, comme la solution idéale. Cependant, parmi les deux professions, tous n'étaient pas d'accord à ce sujet. En effet, si une partie des interrogés y était favorable permettant, selon eux, une libération de temps médical et une valorisation des compétences des IDEL, une autre partie y était opposée en raison, entre autres, d'un cadre réglementaire jugé imprécis.

► *Une efficacité, déjà démontrée à l'étranger et en France.*

Pourtant la délégation de tâches et le partage de compétences entre médecins et infirmiers ont fait la preuve de leur efficacité dans plusieurs pays, comme les Etats-Unis, le Canada ou le Royaume-Uni, où des dispositifs existent depuis de nombreuses années.

Ce recul important a d'ailleurs permis à de nombreuses études d'être réalisées dans ces pays, afin d'évaluer l'impact de ces dispositifs sur la santé du patient. Ainsi, il a été démontré qu'en terme de qualité, il n'y avait pas de différence que les soins soient réalisés par le médecin ou l'infirmier. Ces derniers étant capables d'effectuer de manière aussi efficace les tâches habituellement destinées au corps médical. Certains travaux montraient même que les infirmiers

étaient meilleurs en termes de conseils et d'informations et qu'ils y passaient plus de temps que les médecins. Cela participait à une meilleure observance et une satisfaction plus importante des patients [50].

D'ailleurs, la population française semble prête à accepter cette évolution du système de santé, puisque selon un sondage réalisé dans cinq pays Européens dont la France, les Français se déclaraient ouverts à la délégation de certaines tâches du médecin à l'infirmier, comme la prescription d'examen complémentaires ou de traitements médicaux pour des soins courants [51]. Il est intéressant de relever que les MG et les IDEL de notre étude rejoignent les français sur les tâches qu'ils seraient prêts à déléguer pour les premiers et celles qu'ils seraient prêts à réaliser pour les seconds.

Mais où en sommes-nous réellement, aujourd'hui, en France ? Malgré quelques années de retards comparés aux pays anglo-saxons, les pouvoirs publics français encouragent depuis le début des années 2000, la coopération entre les professionnels de santé et la délégation de tâches médicales aux infirmiers. En 2003, puis en 2006, le Pr Berland, alors Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille, a d'ailleurs écrit deux rapports qui démontrent le bénéfice que la délégation de tâches et le transfert de compétences peuvent apporter à la prise en charge des patients [52], [53].

Depuis plusieurs modèles de coopération entre médecins et infirmiers se sont développés en France, comme l'association ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe), qui est un exemple de coopération efficace. Créée en 2004, initialement dans le département des Deux-Sèvres puis étendue à l'ensemble du territoire français, son objectif est d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Cela passe par la délégation aux infirmiers délégués à la santé publique de certaines tâches de prévention primaire, de dépistage et de suivi, réalisées antérieurement par les MG, comme :

- le suivi du diabète de type 2 avec la rédaction et la signature de prescriptions types des examens, la prescription et la réalisation des ECG, la prescription, la réalisation et l'interprétation des examens des pieds,
- le suivi du patient à risque cardiovasculaire avec la prescription et la réalisation des ECG,
- le suivi du patient tabagique à risque de bronchopneumopathie chronique obstructive, son dépistage avec la réalisation et l'interprétation de spirométrie,
- le dépistage des troubles neurocognitifs avec la réalisation de tests mémoire [54].

Plusieurs travaux ont démontré l'impact positif de la collaboration entre les MG et les infirmiers au sein du protocole ASALEE sur la santé des patients. Comme en 2008 où il était mis en avant une diminution de l'hémoglobine glyquée et une plus grande réalisation des examens de suivi pour les patients diabétiques inclus dans ce protocole [55]. En 2018, une autre étude avait montré que si peu de MG percevaient l'économie de temps dégagée, une majorité constatait, tout de même, une amélioration de leurs conditions de travail et du service rendu aux patients, suite à leur implication dans le protocole ASALEE [54].

Devant ces résultats, développer la délégation de tâches du MG à l'IDEL semble donc être une piste à ne pas négliger.

► ***Infirmier de pratique avancée, un nouveau métier en développement.***

Cette réflexion sur la délégation de tâches, nous a amené à aborder avec les MG et les IDEL de notre étude d'autres perspectives, telles que le métier d'infirmier de pratique avancée, encore récent en France et qui risque de bouleverser dans les années à venir, la relation entre les IDEL et les MG.

Le métier d'infirmier de Pratique avancée est défini par le Conseil international des infirmiers comme « *une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer.* » [56]. Il nécessite une formation de deux ans, ouverte à tous les infirmiers, au cours de laquelle ces derniers peuvent se spécialiser dans quatre domaines d'interventions (les pathologies chroniques stabilisées en soins primaires, l'oncologie/l'hémato-oncologie, la maladie rénale chronique et la psychiatrie).

Ainsi les IPA disposent de compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical et peuvent par exemple s'occuper du suivi de pathologies chroniques et prescrire des examens complémentaires et des médicaments. Malgré une certaine autonomie acquise, leur travail se fait toujours en relation avec le médecin, qui décide des patients qu'il souhaite leur confier [57].

En France, les premières formations ont débuté récemment en 2018, ce qui peut expliquer que ce métier était méconnu par plusieurs MG et IDEL dans notre étude. Les avis des professionnels interrogés concernant ce nouveau métier semblaient partagés. Certains le voyaient comme une solution intéressante pour pallier à la pénurie médicale, d'autres le considéraient comme un remplacement économique des MG. Tout comme la délégation de tâches, ce sujet est donc source de débats.

Toutefois même si le développement du métier d'IPA va probablement avoir un impact et modifier la relation actuelle entre les MG et les IDEL, cela ne changera pas le fait que les deux professionnels seront toujours amenés à travailler ensemble.

Partie 5 : Conclusion

Cette étude nous a permis de faire un état des lieux de la relation existante entre les MG et les IDEL en Picardie et de discerner le ressenti des deux protagonistes sur leur relation professionnelle. Nous avons également pris connaissance des difficultés rencontrées par chacun et des pistes d'amélioration, qui pourraient être mises en place afin de parfaire leurs rapports et permettre une meilleure prise en charge des patients.

Quotidiennement, les MG et les IDEL travaillent ensemble et échangent. Les motifs sont variés et diffèrent selon le professionnel qui en est à l'origine. Les IDEL ont des motifs de recours plus nombreux que les MG, en partie liée à leur présence quotidienne auprès des patients.

Ces échanges se font via l'utilisation de divers moyens de communication, dont le choix dépend de la situation clinique, du mode d'exercice et des habitudes des professionnels. Malgré un souhait de rencontres directes plus fréquentes car jugées plus agréables, ces dernières restent difficiles à organiser et le téléphone demeure le mode de communication le plus utilisé par les deux professions.

Si la majorité des MG et des IDEL partage une vision positive de leur relation professionnelle basée principalement sur la confiance, le respect et la transmission de savoir, leur perception diverge tout de même sur certains points. En effet, les IDEL portent un regard plus critique que les MG sur leur relation, une partie d'entre eux regrette la persistance de rapports hiérarchiques principalement avec les anciennes générations de MG. A l'inverse, les MG évoquent surtout un manque d'initiative de la part de certains IDEL, jeunes ou récemment installés. Le facteur générationnel paraît fortement influencer la relation entre nos deux professionnels. Cette relation semble plus simple quand les MG et les IDEL sont dans la même tranche d'âge. D'autres facteurs impactent aussi positivement leurs rapports, comme la connaissance personnelle et le regroupement dans une même structure.

Les attentes de chacun étant différentes, cela est source de difficultés au sein de la relation. Les IDEL, plus critiques, relèvent plus de difficultés, principalement une méconnaissance de leur métier et de leurs compétences de la part des MG, impactant leur travail au quotidien. Toujours est-il, que les deux professions se rejoignent quant à la problématique principale de leur relation, qui est le manque voire l'absence de communication. Selon elles, elle serait liée essentiellement

à un manque de temps et de disponibilité de leur part, aggravé par l'évolution démographique médicale et paramédicale actuelle (pénurie médicale, inégalité de répartition des professionnels sur le territoire).

Face à ces difficultés, de nombreuses perspectives d'amélioration sont citées par les MG et les IDEL, dont la majorité a pour objectif de favoriser la communication. L'organisation de réunions pluriprofessionnelles, le développement de nouveaux moyens de communication (cahiers de liaison, logiciels informatiques), la création de protocoles de soins communs et le regroupement des professionnels au sein d'une même structure de soins en sont des exemples. La délégation de tâches du MG vers l'IDEL fait aussi partie des pistes afin de répondre au problème de pénurie médicale en parallèle d'une demande de soins toujours plus importante.

Devant ces enjeux, une nouvelle profession est actuellement en développement, celle d'infirmier de pratique avancée, qui va modifier dans les années à venir, la relation entre les MG et les IDEL. Actuellement, peu de travaux ont été menés sur le sujet. Il serait intéressant de réaliser une étude qualitative auprès des MG et des IDEL, afin de connaître leur opinion sur ce nouveau métier, ses avantages et ses limites. Une fois le métier d'infirmier de pratique avancée bien implanté dans le secteur des soins primaires, il serait aussi intéressant d'interroger les MG ayant recours aux IPA, sur leur relation avec ces derniers, afin de voir si elle diffère de celle existante avec les IDEL.

Cependant il est important de ne pas oublier que la relation entre les MG et les IDEL comprend un troisième acteur, le patient. D'ailleurs, les MG et les IDEL se rejoignent sur le fait que les bénéfices de leur collaboration sont pour le patient. Une bonne entente entre eux permettant une meilleure prise en charge et favorisant le maintien au domicile. Il serait enrichissant, pour nous professionnels, de connaître le point de vue des patients sur cette relation triangulaire, son impact sur leur santé, de comprendre la place qu'ils y tiennent et ainsi d'adapter nos pratiques afin de mieux les prendre en charge.

Pour finir, ce regard croisé des MG et des IDEL sur leur relation professionnelle avait pour but, non pas d'opposer les deux professions, mais plutôt de pointer les difficultés propres à chacune et de comprendre leurs attentes respectives afin d'envisager des pistes d'amélioration répondant aux problématiques soulevées et de faciliter leur quotidien.

Personnellement, ce travail m'a permis de découvrir le métier d'IDEL, que je ne connaissais pas autant que je le pensais, ainsi que de prendre conscience de la complexité de la relation existante entre les MG et les IDEL et ce malgré mes stages en médecine de ville. Avoir pris connaissance de cette problématique aura un impact certain sur mes futures relations interprofessionnelles.

Partie 6 : Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. [En ligne]. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 12 septembre 1978. [Consulté le 11 janvier 2020]. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/>.
2. Légifrance. *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*. [En ligne]. Publié le 22 juillet 2009. [Consulté le 11 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_36>.
3. Wonca Europe. *La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille*. [En ligne]. 2002. [Consulté le 15 juillet 2020]. Disponible sur : <https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf>.
4. Siedlecki S L, Hixson E D. *Relationships Between Nurses and Physicians Matter*. Online J Issues Nurs. 2015 ;20(3) :6.
5. Vilbrod A, Douguet F. *Le métier d'infirmière libérale. Tome 1*. [En ligne]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, avril 2006. [Consulté le 17 janvier 2020]. Disponible sur : <<https://drees.solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud58a.pdf>>.
6. Perrier A. *Collaboration infirmières-médecins : un déterminant de la qualité des soins ?* Rev Med Suisse. 2005 ; volume 1. 30804.
7. Hadchouel Duvergé A, Sacré K. *Perception de la collaboration médecin-infirmier : état des lieux dans deux hôpitaux parisiens et évaluation de l'intérêt d'un enseignement sur le sujet*. Mémoire. Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Sud et Paris Est Créteil, 2013.

8. Le Metayer C. *Etude 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 de Médecine Générale : Paris Diderot, 2016.
9. Fontaine M. *Relation entre médecins généralistes et infirmiers dans la prise en charge à domicile dans l'Oise : état des lieux, ressenti et perspectives d'amélioration*. Thèse de Médecine Générale : Université Picardie Jules Verne, Faculté de médecine d'Amiens, 2019.
10. Sperling E. *Etude de la relation entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans l'Oise pour la prise en charge des plaies chroniques*. Thèse de Médecine Générale : Université Picardie Jules Verne, Faculté de médecine d'Amiens, 2016.
11. Brodriez M. *Collaboration entre médecins généralistes et infirmières lors du suivi des patients diabétiques de type II insulino requérants : situation actuelle et perspectives d'évolution selon les médecins*. Thèse de Médecine Générale : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, 2014.
12. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. *Introduction à la recherche qualitative*. Exercer. 2008 ; 84 :142-5.
13. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Atlas de la démographie médicale en France*. [En ligne]. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2018. [Consulté le 31 août 2019]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf>.
14. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. [En ligne]. [Consulté le 13 décembre 2019]. Disponible sur : <<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>>.
15. Gernoux G. *Vécu et ressenti de l'infirmière libérale dans la relation professionnelle avec le médecin généraliste*. Thèse de Médecine Générale : Université de Nantes, 2006.

16. Husson J. *Collaboration entre médecins généralistes et infirmiers lors du suivi des patients diabétiques de type II insulino-requérants : situation actuelle et perspectives d'évolution selon les infirmiers*. Thèse de Médecine Générale : Université de Rouen, 2014.
17. Seigle G. *Etude de la communication entre médecins généralistes et infirmiers diplômés d'état sur le territoire de Maubeuge*. Thèse de Médecine Générale : Université de Lille, 2018.
18. Institut national de la statistique et des études économiques. [En ligne]. Montrouge : Institut national de la statistique et des études économiques, publié le 27 février 2020. [Consulté le 29 juin 2020]. Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>>.
19. Légifrance. *Code de la santé publique - Article R4312-41*. [En ligne]. Publié le 28 novembre 2016. [Consulté le 29 juin 2020]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr>>.
20. Légifrance. *Code de la santé publique - Article R4127-68*. [En ligne]. Publié le 9 mai 2012. [Consulté le 29 juin 2020]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr>>.
21. Noaillan F. *Rôles de l'infirmière libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques. Enquêtes menées en Charente en 2009-2010*. Thèse de Médecine Générale : Université de Poitiers, 2012.
22. Gaillot E. *Relation entre infirmiers libéraux et médecins généralistes chez le patient dépendant à domicile : évaluation de l'intérêt d'un dossier de soins partagé. Étude qualitative par Focus Groupes*. Thèse de Médecine Générale : Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy, 2019.
23. Vanhoutte C. *Expérimentation d'un carnet de liaison senior en soins primaires auprès de 32 médecins traitants de l'agglomération lilloise*. Thèse de Médecine Générale : Université Lille 2, 2014.

24. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile*. [En ligne]. Saint Denis : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, Juin 1997. [Consulté le 29 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/recommandations_pour_la_tenu_dudossier_de_soins_infirmiers_du_malade_a_domicile_1997.pdf>.
25. Binart Ecale H. *Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral*. Thèse de Médecine Générale : Université Paris Nord, Bobigny, 2012.
26. Ministère des solidarités et de la santé. *E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans*. [En ligne]. Publié le 22 janvier 2020. [Consulté le 10 juillet 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf>.
27. Ministère des solidarités et de la santé. *Feuille de route « Accélérer le virage numérique »*. [En ligne]. Publié le 25 avril 2019. [Consulté le 10 juillet 2020]. Disponible sur : <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/e-sante-les-principaux-outils-numeriques-sont-utilises-par-80-des-medecins>>.
28. Nieuwboer MS, Perry M, Van der Sande R, Maassen ITHM, Olde Rikkert MGM, Van der Marck MA. *Identification of influencing factors and strategies to improve communication between general practitioners and community nurses: a qualitative focus group study*. *Fam Pract*. 2018 ;35 (5) :619-625.
29. Alrwaihi S, Kehyayan V, Johnson J. *Interdisciplinary shared governance: A literature review*. *J Nurs Educ Pract*. 2017 ;8 :43-50.
30. D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*. *Sci Soc Santé*. 1999 ;17(3) :67-94.

31. Matillon Y. *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*. [En ligne]. Publié en août 2003. [Consulté le 4 août 2020]. Disponible sur : <<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000682.pdf>>.
32. Eliot Freidson. *La profession médicale*, op. cit., p. 54.
33. Légifrance. *Code de la santé publique - Article L.473*. [En ligne]. Publié le 22 juin 2000. [Consulté le 11 juillet 2020]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr>>.
34. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. *Décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique*. [En ligne]. Publié le 13 janvier 2012. [Consulté le 27 décembre 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3900/document/decret-2012-35_legifrance.pdf>.
35. Vilbrod A, Douguet F. *Le métier d'infirmière libérale. Tome 2*. [En ligne]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, avril 2006. [Consulté le 17 janvier 2020]. Disponible sur : <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud58b.pdf>>.
36. Organisation Mondiale de la Santé. *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. [En ligne]. Genève : Organisation Mondiale de la Santé 2010. [Consulté le 11 janvier 2020]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=C2A6A08D08E181294980067B730776CF?sequence=1>.
37. Van der Biezen M, Wensing M, Poghosyan L, Van der Burgt R, Laurant M. *Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care; a qualitative study*. BMC Health Serv Res. 2017 ;17 :589.

38. Liss V. *Collaboration entre médecins généralistes et infirmiers lors du suivi des patients diabétiques de type II insulinorequérants : situation actuelle et perspectives d'évolution selon les patients*. Thèse de Médecine Générale : Université de Rouen, 2014.
39. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Démographie médicale et projet de loi « Ma santé 2022 »*. [En ligne]. [Consulté le 18 mai 2019]. Disponible sur : <<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3037>>.
40. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale*. [En ligne]. Publié en janvier 2020. [Consulté le 22 juin 2020]. Disponible sur : <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1140.pdf>>.
41. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. *Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ?*. Recherche en soins infirmiers 2011/3 (N 106), pages 40 à 46.
42. Haute Autorité de santé. [En ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de santé, 2014. [Consulté le 22 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974707/fr/les-pratiques-collaboratives-se-developpent-naturellement-si-la-formation-est-interprofessionnelle-des-le-depart>.
43. Rodger S, Hoffman SJ. *Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan*. J Interprof Care 2010 ;24 :479-91.
44. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chaproni A, Allory E, Renaut P. *Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé*. Pédagogie Médicale 2015 ; 16(2) : 105–117.
45. Département Médecine Générale - Université Paris 7 Diderot. *Les 6 compétences génériques*. [En ligne]. [Consulté 18 mai 2019]. Disponible sur : <<https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-6-competences>>.
46. Hoekelman RA. *Nurse-Physician Relationships*. AJN. 1975 ;75(7) :1150-2.

47. Agence du Numérique en Santé. [En ligne]. [Consulté le 6 juillet 2020]. Disponible sur : <https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/home>.
48. Haute Autorité de santé [En ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de santé, 2015. [Consulté le 22 juin 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf.
49. MACSF. *Cabinets de groupe et MSP : les chiffres clés de l'installation libérale*. [En ligne]. [Consulté le 22 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/Exercice-liberal/Exercer-au-quotidien/S-installer/chiffre-cle-installation-liberale-msp-cabinet-de-groupe>.
50. F. Midy. *Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières Revue de la littérature 1970-2002*. [En ligne]. Mars 2003. [Consulté le 6 août 2020]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes65.pdf>.
51. Tranthimy L. *Le quotidien du médecin*. [En ligne]. Publié le 26 septembre 2019. [Consulté le 3 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/plebiscite-des-delegations-de-taches-aux-infirmiers-les-francais-prets-bousculer-le-systeme-de-sante>.
52. Berland Y. *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape)*. [En ligne]. 2003. [Consulté le 6 août 2020]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619/index.shtml>.
53. Berland Y, Bourgueil Y. *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé*. [En ligne]. 2006. [Consulté le 6 août 2020]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000457/index.shtml>.

54. Afrite A, Fournier C. *Évaluer l'impact de la coopération entre médecin généraliste et infirmière dans le cadre de l'expérimentation Asalee (Action de Santé Libérale En Equipe)*. [En ligne]. Paris : Irdes, 2018. [Consulté le 1 juillet 2020]. Disponible sur : <<https://www.irdes.fr/recherche/projets/evaluer-l-impact-de-la-cooperation-entre-medecin-generaliste-et-infirmiere-dans-le-cadre-de-l-experimentation-asalee.pdf> 2018 ;4>.
55. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. *La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE*. Questions d'économie de la santé, n°136, pp.1–8.
56. Conseil national de l'ordre des infirmiers. *Infirmière de Pratique avancée en France Position du conseil national de l'ordre des infirmiers*. [En ligne]. Publié le 6 avril 2017. [Consulté le 6 août 2020]. Disponible sur : <https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/oni_pratique_avancee_2017d%C3%A9f.pdf>.
57. Agence Régionale de Santé. *La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier(e) aux compétences élargies*. [En ligne]. Publié le 18 octobre 2018. [Consulté le 25 janvier 2020]. Disponible sur : <<http://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmiere-aux-competences-elargies>>.

Partie 7 : Annexes

Annexe 1 : Script d'entretien initial

Présentation de l'enquêtrice et de l'étude.

Recueil du consentement oral des participants pour l'enregistrement.

Entretien :

- 1) Pouvez-vous, vous présenter ? (Âge, mode et lieu d'exercice actuels, nombre d'années d'exercice en libéral). Pour les IDEL, parcours professionnel avant l'installation en libéral.
- 2) Au quotidien, dans quelles situations êtes-vous amenés à travailler avec les IDEL/MG ?
- 3) Concernant la communication, comment les IDEL/MG communiquent-ils avec vous et inversement comment communiquez-vous avec eux ?
- 4) Comment décririez- vous vos relations avec les IDEL/MG ?
- 5) Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre relation au quotidien avec les IDEL/MG ?
- 6) Quelles solutions pourraient être mises en place, selon vous, pour améliorer les relations et la communication avec les IDEL/MG, afin d'améliorer vos prises en charge communes ?

Remerciements.

Annexe 2 : Script d'entretien final

Présentation de l'enquêtrice et de l'étude.

Recueil du consentement oral des participants pour l'enregistrement.

Entretien :

- 1) Pouvez-vous, vous présenter ? (Âge, mode et lieu d'exercice actuels, nombre d'années d'exercice en libéral). Pour les IDEL, parcours professionnel avant l'installation en libéral.
- 2) Au quotidien, dans quelles situations êtes-vous amenés à travailler avec les IDEL/MG ?
- 3) Concernant la communication, comment les IDEL/MG communiquent-ils avec vous et inversement comment communiquez-vous avec eux ?
 - Pour vous, quel est le meilleur moyen pour communiquer avec les IDEL/MG ? Pourquoi ce moyen ?
- 4) Comment décririez- vous vos relations avec les IDEL/MG ?
 - Y a-t-il des facteurs qui influencent la relation, qui la rendent plus facile ou plus compliquée ? Lesquels ?
 - Quels sont les intérêts, selon vous, de la relation entre les MG et les IDEL ?
- 5) Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre relation au quotidien avec les IDEL/MG ?
- 6) Quelles solutions pourraient être mises en place, selon vous, pour améliorer les relations et la communication avec les IDEL/MG ?
- 7) Que pensez-vous de la délégation de tâches du médecin à l'infirmier ?
 - Pour les MG : quelles tâches seriez-vous prêts à déléguer aux IDEL ?
 - Pour les IDEL : quelles tâches seriez-vous prêts à réaliser ?
- 8) Que pensez-vous du nouveau métier d'infirmier de pratique avancée ?

Remerciements.

Annexe 3 : Verbatim (CD-Rom)

Les relations entre médecins généralistes et infirmiers libéraux en Picardie : regards croisés des deux professionnels.

Introduction : Les médecins généralistes (MG) et les infirmiers diplômés d'état libéraux (IDEL) sont deux professionnels des soins primaires différents mais complémentaires. Leur relation a déjà été étudiée mais souvent du point de vue d'un seul des deux acteurs. L'objectif principal de notre étude était d'étudier les relations entre les MG et les IDEL en Picardie, en s'appuyant sur leur ressenti. **Matériel et méthode :** Une étude qualitative a été réalisée, sous forme d'entretiens semi-dirigés auprès de MG et d'IDEL picards. **Résultats :** Trente et un entretiens ont été menés. Les MG et les IDEL échangeaient au quotidien, les motifs étant variés et dépendants du professionnel. Le téléphone était le mode de communication le plus utilisé. Les deux professionnels partageaient une vision positive de leur relation, basée sur la confiance et le respect. Mais les IDEL portaient un regard plus critique et regrettaient la persistance de rapports hiérarchiques avec certains MG. Le manque de communication était la principale difficulté rencontrée par les MG et les IDEL, lié au manque de temps et de disponibilité de chacun. Afin d'améliorer leur relation et leurs échanges, les MG et les IDEL proposaient de favoriser les rencontres, de regrouper les professionnels et de déléguer des tâches du MG à l'IDEL. **Discussion :** La relation entre les MG et les IDEL est une relation humaine, influencée par les enjeux de notre société : le vieillissement de la population, l'augmentation de la demande de soins et la pénurie médicale. **Conclusion :** Malgré des attentes parfois différentes, les MG et les IDEL ont un intérêt commun : le patient. Ils collaborent afin de lui délivrer des soins de qualité.

Mots clés : médecin généraliste, infirmier libéral, relations interprofessionnelles, communication, collaboration

Relations between general practitioners and private nurses in Picardy: views of the two professionals.

Objective: General practitioners (GPs) and private nurses (PNs) are two different but complementary primary health. Their relationship has been studied before, but often from the perspective of only one of the two actors. The main objective of our survey was to study the relationships between GPs and PNs in Picardy, based on their feelings. **Methods:** A qualitative study was carried out, in the form of semi-structured interviews with GPs and PNs installed in Picardy. **Results:** Thirty-one interviews were conducted. GPs and PNs exchanged daily, the reasons being various and dependent on the professional. They communicated mainly by telephone. The two professionals shared a positive vision of their relationship, based on trust and respect. But the private nurses looked more critical and regretted the persistence of hierarchical relations with some general practitioners. Lack of communication was the main difficulty encountered by GPs and PNs, due to the lack of time and availability of each other. In order to improve their relationship and their exchanges, GPs and PNs proposed to promote meetings, to bring professionals together and to delegate tasks from GPs to private nurses. **Discussion:** The relationship between GPs and PNs is a human relationship, influenced by the challenges of our society: an aging population increasing demand for health and medical shortages. **Conclusion:** Despite sometimes different expectations, GPs and PNs have a common interest: the patient. They work together to provide quality health.

Keywords: general practitioner, private nurse, inter-professional relationship, communication, collaboration