



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Communiquer pour mieux soigner : étude de la collaboration
entre médecin traitant et infirmier libéral dans la prise en
charge des plaies chroniques en soins primaires.**

Présentée et soutenue publiquement le 14 mai 2020 à 16 heures.

Au Pôle Formation

Par Bastien LEPRETRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean Marc THOMAS

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANDPC :	Agence Nationale du Développement Professionnel Continu
ARS :	Agence Régionale de Santé
CIP :	Collaboration InterProfessionnelle
CPIS :	Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalité en Santé
DMP :	Dossier Médical Partagé
DPC :	Développement Personnel Continu
DU :	Diplôme Universitaire
EIP :	Education interprofessionnelle
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDEL :	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
IPA :	Infirmier de Pratique Avancée
MSP :	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MT :	Médecin Traitant
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SFFPC :	Société Française et Francophone de Plaie et Cicatrisation
TIC :	Technologies de l'Information et de la Communication

TABLE DES MATIERES

Table des matières	- 4 -
RESUME	- 6 -
INTRODUCTION.....	- 7 -
MATERIEL ET METHODE	- 11 -
1. Type d'étude	- 11 -
2. Population et recrutement	- 11 -
3. Réalisation des entretiens et recueil des données.....	- 11 -
4. Analyse et codage des données	- 12 -
5. Recherche bibliographique	- 12 -
RESULTATS	- 13 -
1. Caractéristiques de la population	- 13 -
2. Suffisance des données.....	- 14 -
3. L'organisation des soins	- 14 -
3.1. Un binôme nécessaire.....	- 14 -
3.2. Une répartition des tâches.....	- 15 -
3.2.1. Compétences du médecin traitant	- 15 -
3.2.2. Compétences de l'infirmière libérale	- 16 -
3.3. Une organisation hiérarchisée.....	- 16 -
3.4. Vécu de la collaboration	- 17 -
3.4.1. Point de vue de l'infirmière libérale.....	- 17 -
3.4.2. Point de vue du médecin traitant.....	- 19 -
4. Des infirmières sous contrainte de pratiques médicales diverses	- 20 -
5. Facteurs positifs influençant la collaboration	- 21 -
5.1. La confiance réciproque.	- 21 -
5.2. Le mode et le lieu d'exercice.	- 22 -

6. La communication	- 23 -
6.1. L'infirmière leader de la communication	- 23 -
6.2. Les moyens de communication.....	- 23 -
6.2.1. Le patient	- 23 -
6.2.2. Le téléphone.....	- 24 -
6.2.3. La consultation commune.....	- 25 -
6.2.4. Le carnet de suivi	- 27 -
7. Les freins à une réelle collaboration.....	- 28 -
7.1. Une absence de protocole de soin commun.....	- 28 -
7.2. Une formation insuffisante	- 29 -
7.3. Une information cloisonnée.....	- 30 -
7.4. Un manque de temps	- 31 -
8. Les pistes d'amélioration	- 32 -
8.1. Utilisation des nouveaux moyens de communication et d'information	- 32 -
8.2. Valorisation du temps de coordination.....	- 32 -
DISCUSSION	- 34 -
1. Discussion sur la méthode	- 34 -
2. Discussion sur le critère de jugement principal.	- 35 -
3. Discussion sur les critères de jugement secondaires.	- 40 -
CONCLUSION	- 44 -
BIBLIOGRAPHIE	- 46 -
ANNEXES	- 51 -

RESUME

CONTEXTE : Les plaies chroniques constituent un enjeu majeur de santé publique en France. Comprendre les stratégies de prise en charge en soins primaires par le couple MT/IDEL est un prérequis à l'instauration de nouvelles pratiques interprofessionnelles et collaboratives. Le développement de soins coordonnés vise à lutter contre le cloisonnement professionnel. Ces nouveaux modes de collaboration sont amenés à se développer afin de délivrer aux patients des soins de qualité dans un contexte où la complexité des prises en charge induit une interdépendance entre professionnels.

OBJECTIF : Analyser l'organisation et les relations entre MT et IDEL dans la prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques en soins primaires.

METHODE : Etude qualitative avec analyse selon une approche par théorisation ancrée. Entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes libéraux et infirmiers libéraux exerçant en région Hauts-De-France. Codage et triangulation des données de 12 entretiens ayant permis la suffisance des données avec le logiciel Nvivo12®.

RESULTATS : Les MT et les IDEL sont globalement satisfaits de leur collaboration. Les infirmières reprochent aux médecins un manque d'implication dans le suivi et la réévaluation des plaies. Le niveau de collaboration perçu varie en fonction du lieu et du mode d'exercice. La répartition des rôles au sein des binômes souffre d'une variabilité induite par les habitudes pratiques de chaque intervenant et nécessite une clarification. Une faible formation théorique et l'absence de formation interprofessionnelle limitent la collaboration. La prise en charge pâtit d'un faible niveau de formalisation entre les intervenants pouvant induire une limitation de la diffusion de nouveaux outils numériques de communication. L'absence de valorisation financière du travail coordonné ne semble pas inciter au travail collaboratif.

CONCLUSION : Cette étude met en évidence la nécessité d'une formalisation dans la prise en charge des plaies chroniques qui requiert des leaders au sein d'équipes coordonnées en soins primaires. Ces équipes doivent se développer à l'initiative des acteurs locaux. L'intégration des soins doit pouvoir bénéficier d'un appui logistique, d'outils de communication dédiés et sécurisés, et d'un financement adapté. Ces aspects nécessitent une véritable politique nationale et régionale de soutien à la pratique collaborative, ainsi qu'une implication forte des acteurs concernés.

INTRODUCTION

Au début de mon externat, l'un des premiers actes techniques qu'il m'a été donné de réaliser fut la suture. Au décours d'un apprentissage rapide, nous étudiants, avons par ce geste la capacité de « guérir » un patient. Rapidement j'ai compris que cette prise en charge m'avait été déléguée parce qu'il s'agissait justement d'un acte simple. La réalité de la complexité de l'art médical s'est certainement révélée à moi lorsque pour la première fois je fus confronté à un patient porteur d'une escarre. Cette expérience, et bien d'autres dans le domaine des plaies chroniques, m'ont confronté à l'échec. De là est née une volonté d'amélioration m'ayant conduit à choisir cette problématique comme sujet d'étude afin d'améliorer la prise en charge des patients porteurs de telles lésions.

Avant tout, il s'agit de définir une plaie chronique. Selon la HAS⁽¹⁾, c'est une lésion cutanée dont le temps de cicatrisation est allongé, d'une durée supérieure de 4 à 6 semaines. Elle implique un facteur local ou général qui en retarde la cicatrisation. Bien que toutes les plaies soient susceptibles de se chroniciser, en pratique il s'agit principalement d'ulcères, d'escarres, de plaies du pied diabétique et de plaies post-chirurgicales.

La façon de penser la prise en charge de ces patients est un enjeu sociétal. Dans la région Hauts-de-France, la densité standardisée des médecins libéraux va diminuer⁽²⁾ alors que, dans le même temps, nous allons assister à une explosion de la part des plus de 65 ans⁽³⁾. Ces constatations portent à croire que le nombre de patients atteints de plaies chroniques va augmenter alors qu'elles représentent déjà une charge non négligeable en terme de coût pour notre système de santé⁽⁴⁾.

Les patients porteurs de plaies chroniques peuvent être qualifiés de complexes, leur état de santé étant soumis à l'influence d'un grand nombre de paramètres en constante évolution, dont le haut degré d'interdépendance induit une non linéarité dans la prise en charge. Ces paramètres influent sur la complexité de la plaie ainsi que sur sa durée de cicatrisation⁽⁵⁾. La richesse de ces facteurs rend nécessaire l'interconnexion de différents acteurs dont aucun ne dispose individuellement de l'ensemble des compétences et des connaissances requises pour une approche holistique de la prise en charge.

L'une des avancées dans le domaine des plaies chroniques permettant la mise en commun des compétences est la télémédecine. Son cadre juridique est défini par l'article 78 de la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" du 21 juillet 2009⁽⁶⁾. La mise en œuvre de nouveaux moyens de communication entre professionnels de santé a pour but d'établir un diagnostic, d'élaborer un projet de soins, et de prescrire les actes et thérapeutiques nécessaires à ce projet. La première publication faisant référence à la télémédecine date de 1998⁽⁷⁾. Réalisée dans le Missouri, elle permet pour la première fois de mettre en évidence la faisabilité d'un suivi à distance des plaies chroniques par l'intermédiaire de la photographie numérique. La France a également investi ce nouveau domaine avec des résultats probants. Le réseau TELAP déployé en Basse-Normandie a permis, par l'utilisation de la téléexpertise et de la téléconsultation, une économie en terme de coût et une réduction de la durée de prise en charge des patients porteurs de tous types de plaies chroniques⁽⁸⁾.

Ces nouveaux outils issus des Technologies de Communication et d'Information permettent de renforcer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital. Il s'agit d'une ressource précieuse qui repose sur des fondations relativement fragiles. En 2018, le nombre de spécialistes en dermatologie s'élève dans la région Hauts-de-France à 4 praticiens pour 100.000 habitants alors que la moyenne française est de 5.9⁽⁹⁾. Ce type de réseaux ne doit donc pas être généralisé à l'ensemble des patients mais réservé aux patients confrontés à un échec de prise en charge dite « classique » sous peine de surcharger les structures existantes.

La HAS, en collaboration avec la SFFPC, a publié en 2015 des recommandations visant à structurer le parcours de soins d'un patient porteur d'une plaie chronique après hospitalisation⁽¹⁰⁾. Ce modèle organisationnel repose sur le leadership partagé entre le médecin traitant et l'infirmier libéral.

Le parcours de soins vise à prévoir les étapes de la prise en charge d'un patient et à coordonner l'action et le partage d'informations entre tous les professionnels de santé impliqués dans cette prise en charge. Le médecin traitant est responsable de ce parcours et son rôle est amené à se renforcer face à la volonté politique d'une prise en charge qui se veut de plus en plus ambulatoire. Cette volonté de placer les acteurs de soins primaires en première ligne est omniprésente.

En juillet 2013, la loi d'orientation de l'enseignement supérieur et de la recherche place la recherche en soins primaires comme une priorité⁽¹¹⁾. Pour la DGOS « *les soins primaires englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurants pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé* »⁽¹²⁾.

L'accès à cette « médecine de premier recours » permet de répondre à plusieurs enjeux : améliorer l'accès aux services de santé nécessaires, favoriser la prévention, gérer précocement les problèmes de santé et rationaliser le parcours de soins en réduisant les soins spécialisés inutiles ou inappropriés.

Cette nécessité de développement des soins primaires impose la coordination des professionnels de santé utiles au projet de soins. De façon pratique, le regroupement des différents professionnels de santé au sein d'une même structure s'est développé avec l'introduction des MSP dans la loi de santé 2007⁽¹³⁾. La colocation n'est cependant pas synonyme de collaboration.

L'un des pays précurseurs en matière de collaboration interprofessionnelle est le Canada. En 2010, le CPIS a tenté de définir la collaboration interprofessionnelle comme « *un partenariat entre une équipe soignante et une personne, établi dans le cadre d'une approche axée sur la participation, la collaboration et la coordination à l'égard de la prise de décisions partagée dans le domaine de la santé et des services sociaux* »⁽¹⁴⁾

Plusieurs facteurs semblent indispensables à la CIP :

- La communication interprofessionnelle
- Les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- La clarification des rôles
- Le travail d'équipe
- Le leadership collaboratif
- La résolution de conflits interprofessionnels

L'OMS, en 2010⁽¹⁵⁾, met en avant la collaboration comme une réponse permettant de répondre aux enjeux actuels de la Santé, lesquels sont multiples.

Pour les patients :

- une amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques
- une diminution des complications liées aux soins et du taux de mortalité
- une diminution du nombre d'hospitalisations ainsi que de leur durée

Pour les professionnels de santé :

- la coopération entre les professionnels de santé
- diminuer les erreurs cliniques
- améliorer la sécurité et la qualité de l'acte

Pour le système de santé en général :

- une amélioration de l'utilisation des spécialistes
- un parcours de soins plus cohérent
- une diminution des coûts

Peu de travaux de recherche se sont intéressés aux interactions entre le médecin traitant et l'infirmier libéral chargé des soins de plaies chroniques en soins primaires. Les infirmiers semblent cependant peu satisfaits de leur collaboration avec les médecins traitants, notamment dans l'échange d'informations et dans la prise de décision conjointe des thérapeutiques à mettre en œuvre. Les infirmiers se sentent souvent livrés à eux-mêmes et reprochent le manque de disponibilité des médecins traitants ainsi que leur manque d'écoute.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Notre étude aura donc pour objectif principal de comprendre les mécanismes qui sous-tendent les relations entre les professionnels de santé que sont l'infirmier libéral et le médecin traitant dans la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires. Dans un second temps, nous essaierons d'identifier les améliorations possibles à mettre en œuvre afin de faciliter et de formaliser cette collaboration.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative dont l'analyse est inspirée de la méthode de la théorisation ancrée. Les données nécessaires ont été obtenues par la réalisation de 12 entretiens individuels semi-dirigés réalisés entre mars 2019 et février 2020.

2. Population et recrutement

La population étudiée se compose de médecins généralistes libéraux et d'infirmières libérales exerçant en région Hauts-De-France.

Critères d'inclusion : médecins généralistes libéraux thésés et infirmières libérales diplômées d'état installés dans la région Hauts-De-France.

Critères d'exclusion : médecins généralistes non thésés et remplaçants ainsi que les IDEL remplaçants.

Le recrutement s'est fait par téléphone. Au cours de l'appel le consentement était recueilli afin de participer à l'étude, un rendez-vous était fixé pour la réalisation de l'entretien. Au cours de cet appel le sujet précis de l'étude n'était pas révélé au médecin afin de s'assurer d'une spontanéité maximale dans les réponses données durant les entretiens.

Afin d'obtenir une variabilité maximale, l'échantillonnage était raisonné sur 3 critères :

- l'âge des participants
- le lieu d'exercice
- le mode d'exercice

3. Réalisation des entretiens et recueil des données

Avant le début des entretiens, un consentement oral a été obtenu devant la nécessité d'effectuer un enregistrement audio et de le retranscrire. Ces entretiens se sont déroulés au cabinet des

professionnels interrogés ou à leur domicile afin de favoriser un climat de confiance propice à l'échange.

L'enregistrement s'est fait grâce à l'utilisation de l'application dictaphone sur deux smartphones différents.

L'anonymisation des entretiens, ainsi que leur destruction à l'issue du travail de recherche ont été réalisés et spécifiés aux participants.

4. Analyse et codage des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot avec le logiciel Microsoft Office Word® sous forme de VERBATIM.

L'analyse des données s'est faite avec le logiciel Nvivo12®. Un codage ouvert a été réalisé par l'investigateur principal à l'issue de chaque entretien. Une triangulation des données sur le codage ouvert a été effectuée avec un interne de médecine générale réalisant lui aussi un travail de recherche qualitative, ceci, dans un souci d'objectivité.

Les nœuds obtenus ont ensuite fait l'objet d'un codage axial afin de faire émerger les grands thèmes de l'étude.

Au fur et à mesure de l'étude un journal de bord a été tenu permettant de faire émerger de nouveaux thèmes.

5. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée via les moteurs de recherche Google Scholar, PubMed, Pepite et SUDOC.

Les mots clés utilisés sont : [plaies chroniques complexes], [collaboration interprofessionnelle], [soins primaires], [coordination], [télémédecine], [technologies de l'information et de la communication], [intégration des soins], [formation interprofessionnelle].

L'utilisation du logiciel ZOTERO® a permis la gestion des références bibliographiques.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

	Genre	Age	Année d'installation	Zone d'installation	Mode d'exercice
M 1	Masculin	49	2001	Semi-rural	Cabinet de groupe
M 2	Masculin	60	1988	Semi-rural	Cabinet de groupe
M 3	Féminin	50	2008	Rural	Cabinet de groupe
M 4	Masculin	60	1991	Rural	Individuel
IDE 1	Féminin	52	1993	Semi-rural	Trinôme IDE
IDE 2	Féminin	38	2012	Rural	Binôme IDE
M 5	Masculin	62	1983	Urbain	Cabinet de groupe
IDE 3	Féminin	34	2015	Rural	Trinôme IDE
M 6	Masculin	62	1986	Semi-rural	MSP
IDE 4	Féminin	29	2019	Urbain	Trinôme IDE
M 7	Féminin	34	2017	Urbain	Cabinet de groupe
IDE 5	Féminin	55	2008	Semi-rural	Trinôme IDE

2. Suffisance des données

La suffisance des données a été obtenue au 11^{ème} entretien, un entretien supplémentaire a cependant été effectué afin de s'en assurer.

3. L'organisation des soins

3.1. Un binôme nécessaire

La prise en charge des plaies chroniques intéresse particulièrement les personnes âgées dépendantes. Dans la grande majorité des cas, elles sont incapables d'assurer elles-mêmes les soins de pansements.

M 1 : « Le patient ne fera probablement pas bien les soins, il va revenir dans un mois en disant ma plaie ce n'est pas mieux et quand on regarde c'est horrible, c'est déjà arrivé, on leur dit mais pourquoi vous avez attendu si longtemps, voilà nous on va pas forcément chercher les patients, on leur dit si ça ne va pas vous revenez mais parfois... (rire) »

La réalisation des pansements relève d'un savoir-faire. Parfois le patient pense le posséder et s'automédique. Il est rapidement confronté à l'échec et consulte le médecin traitant parfois tardivement.

M 4 : « Nous c'est vrai qu'aussi bien dans les ulcères que dans les escarres on est souvent consultés quand la plaie est déjà bien en place quoi. Puisque y'a eu de l'automédication. Ils ont essayé de se soigner par eux-mêmes, les ulcères on met des petits pansements etc... Passer éventuellement en pharmacie, avoir des pansements, dire ça va guérir et puis on les voit que quand ça s'est déjà chronicisé. Les escarres c'est pareil, y'a des soins locaux qui sont faits et puis on nous appelle quand l'escarre est installée (rires). »

Il serait difficile de laisser au patient la charge d'un soin que les médecins eux-mêmes concèdent ne pas maîtriser. L'intervention de l'infirmière est donc indispensable. Procéder autrement, et laisser le bénéfice du doute au patient l'expose à une perte de chance.

M 5 : « On est appelé on regarde la plaie, on essaie de voir un petit peu quelle est la cause et puis on fait tout de suite appel à l'infirmière car les gens disent : « je vais faire le pansement moi-même », mais ça ce n'est pas une bonne idée je pense, ça ne permet pas du tout d'avancer »

M 5 : « Pour les pansements j'ose le dire, en ce qui me concerne les IDE s'y connaissent beaucoup mieux que moi pour ce genre de chose. »

3.2. Une répartition des tâches

Afin de faire bénéficier au patient de la meilleure prise en charge, il faut mobiliser un grand nombre de compétences. Certaines sont propres à l'infirmière et d'autres au médecin.

3.2.1. Compétences du médecin traitant

Les médecins traitants gèrent les comorbidités et les facteurs pouvant favoriser la chronicité de la plaie. L'équilibration d'un diabète, le diagnostic d'une artériopathie sous-jacente, ou encore la surveillance de l'état nutritionnel faisait partie de leurs prérogatives.

M 7 : « Dépistage, contrôle des comorbidités : c'est clair qu'un patient avec une plaie chronique on diminue son hémoglobine glyquée et ben c'est quand même souvent que d'un coup ça s'améliore, on ne comprend pas trop pourquoi, enfin si on comprend pourquoi mais d'un coup ça s'améliore et c'est la gestion des comorbidités pour moi. »

Il a également pour rôle d'orienter le patient vers des structures spécialisées quand son état le nécessite.

M 5 : « L'avis spécialisé, c'est de notre ressort ça nous arrive assez régulièrement quand on a un ulcère qui ne cicatrise pas ou un truc comme ça. On demande l'avis de l'angiologue et du dermatologue évidemment, est ce qu'il ne faut pas faire un doppler est ce qu'il ne faut pas aller voir un peu plus loin, ça c'est nous qui devons intervenir bien sûr. »

3.2.2. Compétences de l'infirmière libérale

Les infirmières sont au contact de la plaie, elle peuvent renouveler des prescriptions médicales et réalisent la réfection du pansement.

M 1 : « Les IDE peuvent aussi prescrire certains pansements donc c'est bien dans un sens parce que ça les autonomise un petit peu. »

IDE 5 : « Le rôle de l'infirmière libérale je dirais, bah c'est la réfection de la plaie, la technique proprement dite. »

Elles ont pour rôle de communiquer, de tenir le médecin informé de l'évolution.

M 3 : « Elles ont aussi pour rôle de détecter les complications et de m'en alerter en cas de plaies sales, en cas de voila... »

M 4 : « La surveillance. Ne pas hésiter à nous appeler si elles ont des doutes. »

3.3. Une organisation hiérarchisée

Les infirmières sont globalement dépendantes des médecins traitants. La mise en place d'une antibiothérapie, la modification d'un protocole, ou l'orientation vers un spécialiste nécessitent la prescription du médecin.

IDE 4 : « Elle passe quand même par le médecin traitant car sans son accord on est un peu bloqué, alors le médecin traitant oriente vers la structure la plus adaptée, parfois quand les patients sont déjà suivis par un dermatologue il nous arrive de les appeler nous-mêmes mais c'est quand même relativement rare. »

Les médecins tiennent à ce droit de prescription.

M 4 : « Il faut que ce soit quand même le médecin, et notamment le médecin traitant qui garde la main sur les prescriptions, même si ça vient de l'infirmière, je pense que... »

Une modification des pansements sans en avoir informé le médecin était l'occasion de rappeler la hiérarchie.

M 7 : « J'appelle. Alors c'est vrai que je vais faire un courrier pour le noter. Parce que déjà ça laisse des traces (rires) c'est pas très confraternel... enfin là on est pas confrères... mais voilà. Mais il faut rappeler quand même leur place aussi, c'est que ben, dans l'ordre des choses c'est quand même nous qui sommes le chef quoi, et que du coup il faut rappeler la place de chacun. Et voilà dire que chacun est important mais que l'air de rien c'est nous qui prenons les décisions et que là faut rappeler les règles quoi. »

Les infirmières le savent et rappellent que peu important les soins réalisés sur la plaie, le médecin doit en être informé. Même si l'infirmière intervient dans l'orientation, c'est avant tout le rôle du médecin.

IDE 1 : « Il faut toujours prévenir le médecin traitant., en tant qu'infirmière, sinon si on fait nous-mêmes on va se faire incendier. Et ce qui est normal. »

IDE 3 : « On transmet au médecin, voilà la plaie elle est pas, elle est chronique mais elle est pas évolutive est ce que c'est possible d'avoir un rendez-vous avec une stomato ou autre. »

3.4. Vécu de la collaboration

3.4.1. Point de vue de l'infirmière libérale

Il arrive que les infirmières éprouvent un sentiment de solitude au cours de la prise en charge, un médecin nous rapporte d'ailleurs qu'il peut parfois être compliqué de collaborer en raison d'un manque d'écoute du médecin.

IDE 1 : « Souvent on est quand même seule. »

M 2 : « Elles n'ont pas toujours l'habitude de communiquer avec les médecins c'est pas toujours leur faute, ça peut être aussi la faute des médecins qui justement heu ont du mal à

échanger parce que t'as des médecins c'est la science infuse donc ça peut être un manque de dialogue. »

La qualité de la collaboration va dépendre de l'envie qu'a le médecin de collaborer, de son investissement. Comme nous l'avons vu l'infirmière dépend de lui, elle est limitée dans ses actions si la communication n'est pas bilatérale.

IDE 1 : « Ça dépend vraiment de la relation que eux ont envie d'avoir avec les infirmières, ça dépend de si on a le temps de les voir de les rencontrer, ça dépend aussi de leur envie à eux. »

IDE 3 : « Tout dépend du médecin, globalement ils sont pas trop investis moi, pas du tout à part peut-être un médecin sur tout le village, il y a peut-être un médecin c'est tout. Même qui regarde vraiment nos transmissions sur les pansements voilà. »

Ce manque d'investissement de la part du médecin peut avoir des conséquences délétères pour le patient. Les infirmières parlent de ce problème au travers de situations précises qui semblent les avoir marquées, elles soulignent cependant le fait que c'est relativement anecdotique. Une des IDE nous fait remarquer que, lorsque la communication n'est pas optimale avec un médecin, le problème ne se limite pas aux plaies, il semble s'agir d'un problème de personne.

IDE 1 : « Là je pense à un médecin avec qui on galère depuis des années, euh même pour d'autres soins que les plaies chroniques. Quand il s'agit de visites à domicile, déjà il vient pas, bon ça c'est encore un autre sujet, euh.. Mais il ne nous écoute pas : quand on envoie sur son portable y'a aucune réponse, aucun investissement, rien du tout. Et après on galère des années, parce que ce patient là ça fait bien cinq ans qu'on est avec des ulcères etc... Et il a fallu qu'un remplaçant arrive pour que tout se déclenche, pour que le patient aille voir un phlébo, qu'il se fasse poser des stents etc... Et là on est en phase de guérison du patient. »

IDE 2 : « Parfois c'est arrivé, par exemple chez un patient qui avait une amputation, donc c'était un pansement avec cicatrisation dirigée, euh on n'avait vraiment pas d'évolution, on a essayé d'orienter par rapport au prélèvement etc... C'est vrai que cette fois-là, on n'a pas été trop écoutées, et au final je ne sais plus ce qu'il s'était passé mais le monsieur avait fait, je

ne sais plus enfin il avait chauffé, il n'avait vraiment pas été bien, et là ils ont fait un prélèvement et là on s'est rendues compte qu'effectivement il y avait un truc au prélèvement qui trainait, à mon avis depuis un moment. Voilà... Y'a parfois où on nous dit « non ça sert à rien, c'est chronique.... »

3.4.2. Point de vue du médecin traitant

Le médecin traitant est globalement satisfait de sa collaboration avec l'infirmier.

M 4 : « Je crois qu'elle est bonne, y'a pas de problème. »

M 5 : « Très bonne, oui très bonne pour le moment. »

M 3 : « Franchement en termes de communication ça fonctionne bien je trouve qu'il y a de bons échanges entre les infirmiers et moi. »

Un médecin précise cependant qu'avec certains la collaboration peut être compliquée.

M 7 : « Infirmières dépendants ! (rire) ça peut être très très bien comme très très merdique. »

Le principal reproche que formulent les médecins aux infirmières est de ne pas communiquer sur les modifications de prescriptions de pansement.

M 4 : « Parce que ce que moi je n'aime pas personnellement c'est les infirmières, ça peut arriver, qui changent les protocoles sans nous prévenir quoi. »

M 1 : « Comme je te dis, à part sur les changements de traitement qui sont un peu inopinés et pour lesquels on est pas forcément au courant, bon alors parfois c'est de bon escient, c'est ce qu'il fallait faire. »

4. Des infirmières sous contrainte de pratiques médicales diverses

Au travers des entretiens, on constate que les pratiques des médecins généralistes en matière de collaboration sont diverses dans la prise en charge des plaies chroniques. On a identifié plusieurs profils de prise en charge.

Le médecin superviseur : il supervise et se tient à disposition de l'IDEL pour modifier les protocoles. Il laisse d'ailleurs l'IDEL les modifier seule, lui accorde une grande autonomie et reconnaît ses compétences.

M 5 : « Modifier le protocole bien sûr, oui tout à fait, je n'en prendrai pas ombrage. Absolument pas. Je ne suis pas pour la délégation de tâche par ce que je pense qu'il y a des tâches qui doivent rester propres à chaque corps de métier. Par contre il faut que chacun fasse son boulot. C'est supervisé par le médecin mais sur le terrain c'est l'IDE. Après si elle juge en disant voilà, ou si elle passe un petit coup de fil en disant qu'est-ce que vous en pensez. Je leur dit vous faites pour un bien.

Le médecin « non déléguant » : il souhaite superviser la prise en charge dans tous ces aspects, dans ce cas l'infirmière ne possède que peu d'autonomie et dépend du médecin.

IDE 4 : « Il y a ceux qui mettent en place leur protocole et qui refusent complètement que nous on modifie le protocole. Même si, avec nos connaissances et notre parcours on est en mesure de changer les protocoles sans faire de grosse bêtise, et bien ils y en a qui refusent catégoriquement que l'on y touche avant d'avoir leur avis. »

Le médecin désinvesti : même s'ils ne constituent pas la majorité des praticiens dans notre étude, ils sont une source de difficultés pour les IDEL. Leur rôle se limite à la nécessité de la prescription médicale (recours à un spécialiste, modification du pansement à la demande de l'IDEL).

IDE 3 : « Tout dépend du médecin, globalement ils sont pas trop investis moi, pas du tout, à part peut-être un médecin sur tout le village, il y a peut-être un médecin c'est tout. Même qui regarde vraiment nos transmissions sur les pansements voilà. »

5. Facteurs positifs influençant la collaboration

5.1. La confiance réciproque.

Les infirmières souhaitent que les médecins leur fassent confiance. Cette confiance naît par le travail en équipe et s'établit avec le temps. Une fois instaurée, elle persiste et semble faciliter les échanges ultérieurs.

IDE 4 : « Ils font moins confiance à des infirmières qu'il ne connaissent pas et la communication elle est moins facile, j'imagine que ça viendra avec le temps. »

IDE 1 : « Ça facilite le travail quand on connaît bien les médecins, même les médecins avec qui on ne travaille pas tout le temps. Là, des médecins qui restent disponibles, j'en connais, avec qui on a eu un ou deux patients en commun et que je peux appeler encore aujourd'hui parce qu'il nous font confiance, et voilà ils viendront nous aider. »

Cette confiance passe par la reconnaissance des compétences des différents professionnels de santé, et mène à des situations de prise de décision partagée sur le choix du pansement, l'orientation du patient ou encore la gestion de la douleur.

M 3 : « La prescription des pansements pour moi elle se fait vraiment en collaboration avec les infirmiers qui ont une expérience derrière eux qui n'est pas négligeable du tout, et sur lesquelles je m'appuie aussi beaucoup. »

Elle influence directement sur le crédit que l'on porte à une information et permet une meilleure compréhension des besoins.

M 7 : « C'est vrai que quand on a l'habitude des gens avec qui on travaille c'est quand même hyper agréable parce qu'on sait que s'ils nous appellent eh ben il faut y aller dans les 24 heures et point barre. »

5.2. Le mode et le lieu d'exercice.

Les médecins, comme les infirmières, rapportent communiquer plus régulièrement avec les professionnels de santé faisant partie de la même structure de soins que la leur. Même si la prise en charge n'y est pas plus structurée, les échanges informels y sont plus fréquents, les acteurs se connaissent personnellement. Le fait de partager un plus grand nombre de patients qu'avec des professionnels extérieurs permet une meilleure connaissance des pratiques de l'autre.

IDE 1 : « Oui on a beaucoup de patientèle en commun. Bon c'est le but aussi d'une maison médicale. Mais ça nous facilite énormément la tâche. Parce que c'est des gens, des médecins qu'on rencontre au quotidien, tous les jours, hein. Qu'on peut voir physiquement et ça nous arrive de parler de telle ou tel plaie le matin au café ou entre deux consultations. »

Même si les médecins préfèrent travailler avec les infirmières faisant partie de leur structure, le choix est bien évidemment laissé au patient.

Un nombre d'intervenants limité est propice à une meilleure connaissance de l'autre. Ce constat est particulièrement vrai en milieu rural.

L'une des médecins met d'ailleurs en avant l'amélioration de ses échanges avec les infirmiers depuis qu'elle a quitté un mode d'exercice urbain pour s'installer dans une zone rurale.

M 3 : « Au village c'est assez pratique parce que tout le monde se connaît, les infirmières les médecins euh on a tous c'est vrai nos numéros de portables des uns des autres. Euh en tout cas ici au village c'est beaucoup plus pratique que quand j'étais installée en ville à Boulogne par exemple ça se fait beaucoup plus facilement parce que c'est une équipe plus réduite et qui se connaît bien. Même si on n'exerce pas tous dans le même cabinet. »

Ce constat est également vrai pour les infirmières. Connaître les médecins permet également de connaître leur habitudes en termes de communication et de s'adapter.

IDE 2 : « Après nous on est quand même en zone rurale, mais on se connaît, c'est un petit village donc on se connaît même de vue . »

IDE 2 : « Après j'ai un médecin qui ne peut pas recevoir les photos parce qu'il a un vieux téléphone, et généralement on s'arrange pour être ensemble chez la personne. Il m'appelle et me dit « dans trente minutes je peux y être est-ce que c'est bon pour toi ? », sachant qu'on s'est dit c'est tel jour. On s'arrange pour y aller et on y va en même temps quoi, lui il est un peu plus contre internet et l'évolution...bon...(rires) mais donc on arrive toujours à s'en sortir. »

6. La communication

6.1. L'infirmière leader de la communication

Dans la plupart des entretiens, l'infirmière est à l'initiative de la communication. Il s'agit d'une constatation logique au vu de la place qu'elle qu'occupe dans le suivi de la plaie et du patient en général. Elle est à son contact de façon quasi quotidienne et donc plus apte à réagir en cas de modification clinique. Elle joue son rôle de surveillance et d'alerte.

M 3 : « Elles ont aussi pour rôles de détecter les complications et de m'en alerter en cas de plaies sales, en cas de voila... »

IDE 1 : « Pour l'infirmière la communication c'est important. Enfin c'est elle qui doit tout le temps faire le premier pas je dirais. C'est important, parce que c'est elle qui appelle au secours en fait. »

La communication consiste avant tout à transmettre des informations. Il semblerait que l'IDE ait accès à des informations cachées au médecin du fait de « frontières sociales » persistantes.

IDE 1 : « Il y a beaucoup de patients qui nous disent des choses qu'il n'osent pas dire au médecin, c'est une catégorie de personne le médecin, c'est encore une personne respectée, pas pour tous hein. »

6.2. Les moyens de communication

6.2.1. Le patient

Le patient permet parfois le relais de l'information entre les différents professionnels, son « utilisation » est cependant perçue comme hasardeuse. Le patient comme « moyen » de communication peut mener à des oublis ou à des informations erronées.

IDE 1 : « Les gens ne parlent pas ou n'arrivent plus à s'exprimer, à expliquer ce que le dermatologue a dit ce matin. Il en a tellement dit qu'on ne se souvient plus. Et ben voilà nous on est sur notre faim, on ne sait rien. »

Afin de limiter ces biais, le patient peut servir à relayer une information écrite, il permet théoriquement de s'assurer que l'autre professionnel va en prendre connaissance.

M 1 : « Les patients que je vois ici, je dis « tenez-vous donnez ça à l'infirmière » pour qu'elle sache un peu ce que je veux faire exactement. »

Cette façon de communiquer peut aussi être source de doute vis-à-vis des autres professionnels, il est difficile de savoir si le non-respect des consignes provient de la non délivrance de l'information par le patient ou si cette information est volontairement non prise en compte par le professionnel qui la reçoit.

M 1 : « Parfois on dit au patient de dire à l'infirmière de changer une crème ou de poser les bas différemment et on se rend compte que ce n'ai pas fait alors après est ce que c'est à cause du patient ou parce que l'infirmière ne le fait pas je ne sais pas. »

6.2.2. Le téléphone

Tout d'abord il est à noter que les professionnels plébiscitent ce mode de communication devenu incontournable, les professionnels échangent donc entre eux leur numéro de téléphone.

IDE 3 : « Avec le temps on a récupéré tous les numéros ils nous le donnent car ils savent que l'on ne va pas en abuser et que sans ça c'est compliqué. »

L'utilisation du téléphone est motivée le plus souvent par l'urgence, par les situations qui exigent un échange rapide, souvent à l'occasion d'une nécessité de changement de protocole

ou lorsque la plaie évolue défavorablement et exige des prises de décisions diagnostiques ou thérapeutiques rapides.

IDE 2 : « C'est surtout le téléphone, notamment des messages, voilà on laisse un petit message vocal, et on nous rappelle... souvent. »

IDE 4 : « Sinon oui c'est le téléphone, il sont relativement joignables en général quand il savent que c'est l'IDE au téléphone ils nous prennent assez rapidement. »

L'échange d'information orale ou écrite s'accompagne souvent d'un échange de photographie car elle permet une réévaluation visuelle de la plaie. Cet outil est un complément à la consultation, l'emploi du temps des médecins ne permettant pas une réévaluation régulière.

M 1 : « Oui voilà surtout quand on est un peu surbooké on a pas le temps de voir le patient tout de suite, c'est vite fait, elle prend la photo elle m'envoie un petit message c'est vite fait, ça peut être utile. »

M 3 : « Les photos, j'en reçois régulièrement mais voilà tout ça se fait uniquement avec des gens que je connais avec une équipe d'infirmiers que je connais en fait. »

M 2 : « Ca nous évite de passer, euh voilà au début tu peux passer tous les 8 jours et puis au bout d'un moment ça évolue bien mais on sait qu'il ne faut pas grand-chose des fois pour qu'une plaie ça change l'évolution, donc ça nous permet de dire bon allez dans 8 jours tu me renvoies une photo comme ça on voit. »

Si les moyens de communication semblent faciliter la collaboration, certaines situations exigent idéalement une rencontre entre médecin et infirmier.

6.2.3. La consultation commune

Médecins et infirmiers estiment que le meilleur moyen de communiquer reste la rencontre chez le patient. La rencontre n'apparaît pourtant pas systématique au cours du suivi. Si elle a lieu, c'est toujours dans les situations complexes, souvent à l'occasion d'une dégradation locale ou

générale demandant normalement plus de coordination que le permettent les moyens de communication usuels.

M : 7 « Au moment où on se dit « bon là ça fait trois mois qu'on galère, est ce qu'on ne se rencontrerait pas ? » c'est se dire on passe vingt minutes chez le patient. Alors chez le patient ou si c'est un patient qui vient au cabinet, c'est au cabinet. Alors le mien ou celui de l'infirmière pour pouvoir voir la plaie, mais sinon, si un patient du domicile, au domicile du patient. »

M 1 : « Ca m'est déjà arrivé pour quelques patients pour qui on avait un peu de mal, je sais que l'IDE vient à 9 heures par exemple on se donne RDV chez le patient pour discuter un peu de quoi faire. »

Les principaux freins à cette rencontre sont souvent le manque de temps et la difficulté à se coordonner en raison d'emploi du temps souvent incompatibles. Le téléphone permet alors de palier à ces contraintes, même si cet aspect n'a pas clairement été mis en évidence dans nos entretiens. L'existence de solutions alternatives limite certainement les rencontres médecins-infirmiers chez le patient.

M 3 : « Alors les moyens de communication c'est le téléphone essentiellement pour se donner rendez-vous chez un patient à telle heure pour voir une plaie ensemble et en discuter. Euh éventuellement si on n'y arrive pas et que mon emploi du temps est fort chargé et que je ne peux pas me déplacer euh la photo. »

Au-delà de répondre à un besoin du patient, la rencontre permet d'apprendre à connaître les autres professionnels dans leur dimension humaine. La communication non verbale permet de jauger l'autre. La consultation commune est également l'occasion de structurer le suivi ultérieur et de définir des moyens et la fréquence de communication.

M 7 : « Passer par du non verbal et donc se rencontrer et dire « je te connais, je t'identifie et j'ai ton numéro de téléphone, on s'appelle quand il y a une merde, on s'appelle une fois par semaine parce qu'il faut qu'on ait un suivi quoi ». Je pense que ça c'est plus payant. »

Ces consultations communes doivent être privilégiées. Elle permettent d'investir le patient dans la prise en charge. C'est la seule manière de communiquer qui permette au patient de prendre conscience qu'une équipe travaille pour lui. Ceci contribue à investir le patient dans la prise en charge et semble augmenter sa satisfaction dans les soins.

M 7 : « Le patient, il capte qu'il y a une équipe autour de lui. Et que ça va communiquer autour de lui, et il reste l'acteur de ses soins, et voilà. »

IDE 1 « Quand justement on se rencontre à des domiciles, ben les gens après nous disent « c'est bien hein parce que le médecin il a vu avec vous ». Ca a un côté positif quoi. Mais c'est peu, hein, c'est pas souvent. »

6.2.4. Le carnet de suivi

Les carnets de suivi utilisés chez le patient ne sont pas dédiés à la prise en charge des plaies chroniques. Ils sont souvent peu utilisés puisque lorsque les infirmières communiquent cela se fait dans l'urgence. Dans cette situation, l'utilisation du carnet n'est pas adaptée.

M 1 : « Chez mes patients chroniques que je vois à domicile c'est avec un petit carnet par exemple mais bon c'est plus par discussion que l'on gère ça, parfois par tel aussi. L'infirmière qui me met un petit message en me disant qu'il faudrait aller voir monsieur machin en disant que sa plaie ne va pas bien. »

M 4 : « Alors ce n'est pas un carnet de suivi spécifique aux plaies, j'essaye de mettre en place au fur et à mesure chez tous mes patients un cahier, un dossier médical avec un cahier euh sur lequel l'infirmier peut également voilà m'écrire me laisser un mot si il juge que quelque chose ne va pas sur la plaie ou tout autre problème d'ailleurs mais c'est pas un carnet de suivi spécifique aux plaies. »

Les infirmières sont souvent à l'initiative des transmissions écrites portant spécifiquement sur les plaies chroniques.

M 4 : « Mais chez certains patients j'ai vu des IDE en mettre en place qui ont un dossier infirmiers qu'il mettent en en place et que je consulte dans ces cas-là. Mais je ne suis pas à l'initiative de ça. »

Les infirmières rapportent que les médecins regardent rarement le carnet. On peut penser que la non appropriation de cet outil par le médecin traitant ne contribue pas à valoriser le travail de l'infirmière et, qu'à terme, elle se contente d'utiliser les moyens de communication directs.

IDE 4 : « Alors moi ça m'est déjà arrivé d'avoir un très beau cahier, bien entretenu par nos soins et un médecin traitant qui ne le regarde jamais alors qu'on le laisse à disposition sur la table, de la patiente en mode bien ouvert. »

7. Les freins à une réelle collaboration

Au travers des entretiens, il ressort une certaine facilité à communiquer, mais la réelle collaboration s'avère plus délicate.

7.1. Une absence de protocole de soin commun

Les médecins prescrivent les soins par ordonnance. Il n'existe pas au début, ou au cours de la prise en charge, de véritable concertation en vue de l'élaboration d'un protocole de soins spécifique à la plaie.

IDE 4 : « Non ou vraiment très rarement. »

Les infirmières remplissent des projets de soins mais ces derniers ne semblent avoir un rôle que purement administratif.

IDE 4 : « En général c'est à nous de faire le premier bilan de plaie. Si un médecin traitant nous adresse un patient pour une plaie, nous, en temps qu'infirmières on est chargées et on est payées par sa sécu pour faire des bilans de plaie au début de la prise en charge. »

Elles regrettent que ce protocole ne fasse pas l'objet d'une élaboration commune avec le médecin, cela fait d'ailleurs partie de leur attente vis-à-vis du médecin.

IDE 4 : « Par contre c'est que pour nous, c'est pas fait avec le médecin, c'est dommage car du coup on a l'impression de faire de l'administratif on ne comprend pas vraiment à quoi ça sert. »

Ces protocoles ne sont pas à destination du médecin et ne nécessitent pas son intervention afin d'être complétés. Les médecins ne voient pas légitimement l'utilité d'un tel protocole, ils ne souhaitent pas se les approprier afin d'en faire une base travail, ils se contentent de les valider.

M 7 : « J'avoue que les protocoles de soins, je trouve ça totalement flou. Non je trouve ça complètement fou, donc euh, oui je signe ! »

Lorsqu'ils existent, les protocoles sont souvent à l'initiative d'une structure spécialisée dans la prise en charge des plaies chroniques. Lorsque la prise en charge est balisée, l'IDE se sent plus investie. Elle est consciente que la plaie va être réévaluée par un autre professionnel.

IDE 3 : « Quand il y a des patients qui reviennent de l'hôpital et qu'il y a un protocole établi quand on sait que le patient voit le dermatologue tous les 15 jours ou 1 mois suite, à je ne sais pas une greffe, on se sent plus investi et même le boulot est plus investi. »

7.2. Une formation insuffisante

Pour les médecins, il s'agit avant tout d'une formation pratique. Parmi ceux interrogés, aucun n'a suivi de formation spécifiquement dédiée aux plaies chroniques. Ils acquièrent leur compétences auprès des autres professionnels de santé au travers des prises en charges passées. L'apprentissage en milieu hospitalier semble avoir été particulièrement enrichissant.

M 3 : « J'ai pas reçu de formation spécifique j'ai juste travaillé à l'hôpital en fait, en collaboration avec une infirmière euh qui avait, elle, une formation en plaie et cicatrisation et qui passait aussi dans les EHPAD et on voyait les plaies ensemble à ce moment-là. Mais depuis en libéral j'ai pas eu de formation spécifique. »

M 4 : « Je me souviens des stages à la fac, en dermato dans le service de dermato à Saint Philibert, un professeur insistait sur les soins des ulcères et donc j'ai appris pas mal de choses-là. »

Les infirmières suivent des formations plus régulières, l'une d'entre elles participait aux congrès de plaie et cicatrisation, une autres se formait en E-learning. Parfois, cette problématique était abordée dans d'autres formations comme celle portant sur le diabète.

Certaines formations permettent de rencontrer d'autres professionnels de santé, ces situations semblent particulièrement enrichissantes.

IDE 1 : « On va aux formations des labos aussi qui nous proposent leurs produits et voilà. Et on peut discuter de plein de choses. On rencontre aussi des dermatos, qui nous aident beaucoup. »

Parmi les professionnels rencontrés, aucun n'avait suivi de formation commune où la pratique de la collaboration était abordée de manière explicite.

7.3. Une information cloisonnée

Les infirmières regrettent ne pas avoir accès au dossier médical. Ne pas avoir accès au compte-rendu des examens complémentaires et des consultations spécialisées ne leur permet pas de comprendre le patient dans sa globalité. Ce cloisonnement de l'information contribue à renforcer le sentiment de solitude ressenti par l'IDEL. Elles pâtissent d'un isolement intellectuel. Elles cherchent les comptes-rendus dans les courriers à disposition au domicile du patient.

Ce constat est aussi vrai en ce qui concerne les informations transmises à l'hôpital ou au dermatologue à l'occasion de consultations spécialisées. Les médecins avouent ne pas fournir l'ensemble des informations nécessaires à la consultation, notamment celles portant sur la tolérance et l'efficacité des différents pansements utilisés.

La conséquence est que les pansements prescrits sont parfois les mêmes que ceux qui n'ont pas fait preuve de leur efficacité quelques semaines avant.

M 1 : « Je les envoie chez le dermatologue ou au cardéo par exemple quand c'est une diabétique avec une plaie qui traîne, je l'envoie facilement là-bas, après ils reviennent souvent avec les mêmes traitements mais bon (rire). »

7.4. Un manque de temps

Le manque de temps est perçu comme une contrainte à la collaboration, il semble être le principal facteur limitant les consultations communes.

M 1 : « Oui voilà surtout quand on est un peu surbooké on a pas le temps de voir le patient tout de suite, c'est vite fait, elle prend la photo elle m'envoie un petit message c'est vite fait, ça peut être utile. »

La communication pour deux des médecins interrogés pourrait permettre de gagner du temps sur la prise en charge. Cet aspect constitue l'un des principaux bénéfices attendu de la collaboration.

M 7 : « Ça peut être un vrai gain de temps quelqu'un qui sort rapidement son téléphone ou qui envoie rapidement, qui demande rapidement une réévaluation quand il faut, ça peut être un vrai gain de temps »

Même si les IDE ont conscience des contraintes de disponibilité du médecin traitant, cette excuse du manque de temps est parfois perçue comme une justification à un manque d'implication.

IDE 1 : « Ben je peux comprendre que les médecins traitants n'aient pas forcément le temps : ils ne prennent pas le temps, ils n'ont pas le temps. Tous les médecins en général. De déballer un pansement, de regarder, de s'intéresser. Ils ne sont pas tous pareil mais je dirai 90 % des cas, voilà. On n'a que 10 petit pour cents de médecins qui euh prennent du temps. (soupir) »

8. Les pistes d'amélioration

8.1. Utilisation des nouveaux moyens de communication et d'information

Les nouveaux moyens de communication occupent une place centrale dans les échanges entre infirmiers et médecins. L'utilisation de messageries sécurisées est plébiscitée comme une piste d'amélioration pour les médecins et également pour les infirmières. Il apparaît cependant que son utilisation est limitée par un manque de diffusion.

M 6 : « La messagerie MISS c'est une bonne idée mais il faut que ça se diffuse pour l'instant c'est confidentiel. »

IDE 3 : « Moi je trouve que ce serait bien il y a déjà ça de toute façon sur MAILIZ mais tout le monde ne l'utilise pas on l'a, on a la formation mais je ne l'utilise pas (rire) donc oui ça pourrait être pas mal. »

Pour les plaies chroniques, les médecins sont plus réservés quant à l'utilisation de la téléconsultation. Pour eux l'examen clinique présentiel est une composante essentielle à la consultation.

M 1 : « Après la télémédecine en elle-même j'ai des doutes quand même, moi sans voir le patient, pour moi c'est compliqué. »

Tous les professionnels interrogés sont d'accord pour dire que les moyens de communication actuels ne permettent pas une sécurisation suffisante des données de santé des patients.

8.2. Valorisation du temps de coordination

Les médecins souhaitent une valorisation du temps de coordination qu'ils jugent chronophage. Les consultations communes avec l'infirmière sont jugées longues et complexes. A l'image de certaines consultations de médecine générale, l'idée d'une revalorisation de ce type de consultation est perçue comme légitime.

M 3 : « Valoriser oui car ça prend du temps mine de rien, le temps de débiller le pansement de nettoyer de discuter oui c'est une consultation qui est chronophage et qui n'est pas valorisé du tout dans notre exercice ».

DISCUSSION

1. Discussion sur la méthode

Forces de l'étude

Ce travail de recherche a montré que l'organisation des soins dans la prise en charge des plaies chroniques était un processus complexe. En l'absence d'une standardisation dans la prise en charge de ces patients, il s'agissait d'appréhender les processus qui régulent les échanges entre les médecins et les infirmiers. La méthode qualitative par entretiens semi-dirigés était donc particulièrement adaptée. L'analyse par théorisation ancrée a permis de dégager, au fur et à mesure du travail d'analyse, les déterminants de ces processus.

28 critères sur les 32 de la COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) ont été respectés. Les critères 6, 23, 25 et 28 n'ont pas été respectés.

Limites de l'étude

Parmi les professionnels interrogés, 3 étaient connus de l'enquêteur. A cela s'ajoute le fait que les professionnels interrogés connaissaient le statut de médecin de l'investigateur. S'agissant d'une étude sur les pratiques professionnelles, on peut supposer que cela a pu entraîner un biais de désirabilité sociale vis-à-vis de ce dernier.

Le principal écueil vient du fait qu'il s'agissait pour l'investigateur de la première recherche qualitative, on peut donc légitimement penser que cela a pu créer un biais d'investigation.

La population étudiée n'est pas représentative de l'ensemble des professionnels médecins et infirmiers libéraux exerçant en région Hauts-De-France. Les résultats de cette étude peuvent donc ne pas être un reflet exhaustif de l'ensemble des pratiques des médecins généralistes et infirmiers libéraux en exercice.

2. Discussion sur le critère de jugement principal.

Notre étude avait pour objectif principal d'étudier la structuration du processus collaboratif dans la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires. La difficulté réside dans le fait que la diversité des modes d'exercice des différents professionnels impose une flexibilité dans la façon dont va s'organiser le travail d'équipe. Il s'agit d'une action collective que l'on doit développer autour des professionnels et du patient. Plusieurs facteurs sont identifiés comme étant déterminants dans la collaboration.

Les facteurs relationnels

Dans la grande majorité des cas, il existe entre l'IDEL et le MT des bases saines sur lesquelles peut se construire un processus collaboratif.

La notion de confiance mutuelle est ainsi retrouvée dans beaucoup d'entretiens. Elle constitue, avec le respect des bases humaines propices au travail collaboratif. Elle semble permettre une meilleure cohésion entre les membres de l'équipe et être favorisée par les expériences communes antérieures. D'Amour⁽¹⁸⁾ place d'ailleurs la confiance comme indispensable au processus collaboratif et considère qu'elle passe par la reconnaissance mutuelle des compétences. L'interdépendance est le liant de cette relation et s'explique par la multitude de compétences que requiert la prise en charge d'une plaie chronique.

Afin d'insuffler la notion de confiance et de favoriser l'émergence de valeurs nécessaires à la CIP, les pouvoirs publics prônent depuis quelques années un mode d'installation collectif pour les professionnels libéraux. Une revue de littérature réalisée en 2010⁽¹⁹⁾ en Grande Bretagne montre que la « colocation » peut être l'un des outils nécessaires mais non indispensables à l'intégration des services. Dans notre étude, l'exercice en milieu rural semble d'ailleurs amener au même niveau de satisfaction que la pratique au sein d'une MSP ou d'une maison de santé en terme de collaboration.

Cette volonté de travail coordonné se traduit par le développement des MSP. Depuis 2007, ces MSP doivent normalement servir de « fondation » propice au développement des CPTS. A

travers ces structures organisationnelles, il s'agit de regrouper des professionnels de santé pour favoriser la coordination des soins, afin de répondre à un problème de santé de population.

De façon générale, les résultats montrent que l'émergence de ces prérequis est favorisée par un faible nombre d'intervenants. Or il existe, en soins primaires, une grande variabilité dans ce domaine : un médecin communique avec une multitude d'infirmiers et inversement. Le véritable défi est donc de garantir la continuité des soins du patient dans un environnement complexe et en constante évolution. Les modèles de collaboration doivent donc être flexibles.

La clarification des rôles

L'interdépendance se traduit par un partage de responsabilités dans le soin. Les infirmiers ainsi que les médecins possèdent des rôles qui leur sont propres. Nos données suggèrent que certains rôles font l'objet d'un chevauchement. C'est le cas, par exemple, du choix des pansements, de la gestion de la douleur ou encore de l'orientation du patient dans le parcours de soins.

Une étude canadienne qualitative de 2014⁽²⁰⁾ a montré l'importance que devait avoir la clarification des rôles dans la collaboration interprofessionnelle. Il s'agissait alors d'introduire une infirmière spécialisée (PHCNP) au sein d'une équipe de soins primaires. Cette étude montre que la clarification des rôles nécessite la mise en place de processus organisationnels dédiés, mais surtout qu'elle doit s'appréhender comme une compétence professionnelle. C'est-à-dire qu'il incombe à chaque professionnel de comprendre ses rôles, de les diffuser et d'identifier ceux de leurs collaborateurs.

Ces rôles ne sont pas figés. Dans notre étude, les rôles varient en fonction des intervenants avec lesquels les professionnels collaborent. Selon Carmel et Baker Mc Clearn⁽²¹⁾, ils évoluent en effet en fonction du contexte et des interactions avec les autres professionnels. De plus, ils sont soumis à un cadre législatif, à une réglementation professionnelle et sont donc amenés à évoluer. Notre étude met d'ailleurs en avant cet aspect. Les infirmières interrogées ne souhaitent pas se voir attribuer des rôles qui ne soient pas clairement identifiés comme faisant partie de leur champs de compétence.

Actuellement, en matière de plaies chroniques, les compétences de l'IDE sont définies par l'article R 4311-5 du décret infirmier du 29 juillet 2004⁽²²⁾. Les droits des IDE, en matière de prescription de pansements, sont fixés quant à eux par l'arrêté du 20 mars 2012⁽²³⁾. Les infirmières interrogées avouent être limitées dans leur prise de décision par ces textes.

Depuis 2009, l'article 51 de loi HPST⁽²⁴⁾ permet, à titre dérogatoire de mettre en œuvre des protocoles de coopération. Ces protocoles consistent en un transfert d'actes ou d'activités de soins du médecin vers l'infirmière. Il s'agit d'une évolution qu'il paraît difficile d'étendre aux soins primaires du fait de la lourdeur des protocoles.

Pourtant, l'évolution vers un transfert de compétences va certainement émerger en soins primaires. Les infirmières libérales nous ont fait part que leur métier allait être amené à évoluer et notamment par le développement des IPA. Leur mise en œuvre apparaît floue pour le moment. Des infirmières aux compétences élargies pourraient permettre de limiter les micro-coupures du parcours de soins que nous avons mises en évidence dans notre étude.

Le recours aux IPA revêt plusieurs avantages⁽²⁵⁾ :

- Améliorer l'accès aux services, entre autre, par la réduction des temps d'attente.
- Apporter une qualité de soins comparable à celle des médecins pour les affections mineures et le suivi de routine de patients atteints d'affections chroniques.
- Augmenter la satisfaction des patients du fait du temps de consultation supérieur à celui d'un médecin.

Bien que le statut d'IPA ait été créé en 2016⁽²⁶⁾ et que les domaines d'intervention et les compétences soient actés depuis 2018⁽²⁷⁾, il semble que leur positionnement dans les équipes de soins primaires ainsi que leurs stratégies d'implantation au sein de ces équipes reste encore à déterminer, notamment dans la gestion des plaies chroniques.

Un leadership nécessaire

La clarification des rôles est indispensable à la collaboration. Cependant il ne s'agit pas de sectoriser les soins mais bien de les coordonner. Cette coordination nécessite l'existence d'un

leader qui structure la prise en charge du patient et l'organisation des soins nécessaires à l'obtention des meilleurs résultats en matière de santé.

Dans notre étude, infirmiers et médecins s'entendent pour attribuer ce rôle de leader au médecin. Cette légitimité s'explique par l'existence d'un rapport hiérarchique consenti. Le médecin est moteur, il prend des initiatives propres à sa fonction. Les infirmières composent avec ce « supérieur hiérarchique », modulent des décisions thérapeutiques par la négociation. Elles proposent des protocoles, soumettent la nécessité de réaliser des examens complémentaires, mais apparaissent contraintes à la « prescription » du médecin.

Cette place de leader du médecin généraliste est au centre de la définition des équipes de soins primaires du code de la santé publique⁽²⁸⁾.

L'existence d'un leader apparaît d'autant plus nécessaire à la collaboration que les infirmières ne sont pas disposées à se voir transférer les responsabilités du médecin. Même si elles pensent être compétentes pour certaines tâches, comme la modification des pansements ou encore la réalisation des prélèvements bactériologiques ainsi que leur prescription. Cette distance vis-à-vis d'une plus large autonomie peut s'expliquer, dans notre situation, par le cloisonnement de l'information dont elle sont « victimes » et qui ne leur permet pas d'avoir accès à l'ensemble des informations susceptibles d'asseoir leur décision par une légitimité scientifique.

Les médecins sont d'accord pour dire que l'intégration des services requiert un leader. Il va avoir pour rôle de construire une identité commune, de renforcer le sentiment d'appartenance à une équipe et surtout d'établir les règles de la collaboration. La prise en charge des plaies chroniques est complexe, et comme nous l'avons vu, elle nécessite l'intervention de plusieurs professionnels. L'évolution des rôles des IDEL ou le développement des IPA dans la prise en charge des plaies chroniques pourrait permettre l'émergence d'un vrai leadership partagé.

La communication et l'échange d'informations

La communication constitue le principal moteur de la collaboration. MT et IDEL communiquent afin d'échanger des informations sur l'état de santé du patient, sur la nécessité

de réaliser ou non des modifications thérapeutiques, dans le but avoué de prendre une décision commune. Les outils utilisés sont divers. Cependant il semble que l'utilisation du téléphone soit largement majoritaire. Le carnet de suivi n'est pas correctement utilisé et semble inadapté pour trois raisons :

- Il ne permet pas un échange d'informations dans des situations qui requièrent une grande réactivité.
- Il n'est pas élaboré spécifiquement pour les plaies chroniques.
- Il est peu ou mal rempli par le médecin ou l'infirmière.

Les intervenants interrogés connaissent l'existence de messageries sécurisées de santé types MAILIZ® ou MiSS®. Leur utilisation est cependant limitée par un manque de diffusion à l'échelle d'un territoire de santé et même d'une MSP.

L'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) est pourtant souhaitée par les professionnels interrogés. Pour eux, cela pourrait permettre une meilleure communication entre les professionnels de soins primaires, et entre le système de soins primaires et le milieu hospitalier également. En plus de centraliser les informations nécessaires à la prise en charge, les professionnels interrogés admettent que ces outils sont plus à même d'assurer une protection des données de santé des patients concernés.

L'utilisation des TIC est un facteur nécessaire à l'intégration des soins et à la collaboration.

Elle permet au sein d'une équipe :

- L'échange d'informations
- La communication entre les différents professionnels de santé
- La centralisation des données à des fins d'exploitation afin d'évaluer la pertinence d'un projet de soins

Le partage d'informations médicales pourrait être facilité par l'emploi du DMP. Cependant il faudrait qu'il soit enrichi par le médecin traitant ainsi que par l'ensemble des autres intervenants médicaux ou paramédicaux. L'ouverture des DMP sur l'ensemble des territoires est effective depuis novembre 2018. Les médecins semblent adhérer peu à peu à cet outil car ils étaient à l'initiative de 4% d'ouvertures de DMP en décembre 2018 contre 18 % en avril 2019⁽²⁹⁾. Même si ce taux reste faible, il faut noter la progression. Les infirmières auront la possibilité de le compléter à partir de 2020. Dans notre étude, son utilisation est loin d'être généralisée. Un

travail de thèse réalisé en 2013⁽³⁰⁾ montre que son utilisation était jugée peu intuitive et chronophage. Les médecins rapportent les mêmes limites à sa mise en œuvre dans notre travail.

Un autre aspect évoqué au cours des entretiens est la télémédecine. Tous les professionnels interrogés sont ouverts à son utilisation dans le domaine des plaies chroniques. Cependant ils soulignent que son utilisation doit être simple et peu chronophage. Introduire la télémédecine entre les acteurs de soins primaires sans avoir établi une organisation structurée, propice à la collaboration, risque, au vu du contexte organisationnel actuel, d'entraîner une mauvaise ou une sous-utilisation de celle-ci.

Notons que la télémédecine, bien qu'actée depuis 2009, a dû se confronter à une épidémie mondiale (SARS-CoV-2) afin d'émerger dans de nombreux cabinets médicaux qui jusqu'à alors montraient une certaine réticence à son utilisation. Gageons que cette utilisation sous « contrainte » permette, à l'avenir, de faciliter l'émergence de ces nouveaux outils qui semblent à même de répondre à certains enjeux de santé actuels. Notamment en terme de gestion de pathologies chroniques comme les plaies chroniques.

3. Discussion sur les critères de jugement secondaires.

La formation au service de la collaboration

Les infirmières ainsi que les médecins interrogés concèdent une connaissance théorique perfectible dans le domaine des plaies chroniques. L'apprentissage informel prédomine, les formations proposées sont très majoritairement uni-professionnelles et peu nombreuses. Le choix des pansements est surtout déterminé par les expériences passées et les informations délivrées par les laboratoires pharmaceutiques. Rarement, les médecins utilisent des applications d'aides à la prescription de pansements ou utilisent des référentiels validés.

Il y a une vraie nécessité de formation théorique spécifique à la prise en charge d'une plaie chronique. Actuellement, se former dans ce domaine relève de la seule volonté du professionnel de santé. Il existe à cet effet des DPC spécifiques à la prise en charge des plaies chroniques ainsi qu'un DU de plaie et cicatrisation réalisable au sein de 19 centres. Ces formations

apportent des experts dans les groupes de pratiques pluriprofessionnelles permettant une diffusion des compétences.

L'éducation interprofessionnelle, en plus d'apporter des bases théoriques communes, peut être un levier au travail en collaboration. Reeves la définit⁽³¹⁾ comme : « *une intervention durant laquelle des membres issus de plusieurs professions du secteur sanitaire et/ou social apprennent ensemble, en interaction, dans un but explicite d'amélioration de la collaboration et/ou de la santé d'un patient/client* ».

La formation commune peut également être un levier à l'émergence des valeurs humaines et psycho-sociales nécessaires au travail d'équipe.

Bien que relativement en retard par rapport aux pays anglo-saxons, la France semble évoluer dans ce domaine. En 2019, suite au discours de l'ancienne ministre de la santé Agnès Buzyn, un appel à projet a été effectué par l'ANDPC pour promouvoir des actions DPC basées sur l'exigence d'actions coordonnées⁽³²⁾.

Il semble nécessaire d'intégrer ces programmes de formation interprofessionnelle au plus tôt dans la formation initiale, au moment où les attitudes envers la CIP semblent les meilleures⁽³³⁾. L'interprofessionnalité doit s'ancrer dans l'identité professionnelle des acteurs de santé. Une étude, fruit d'une initiative locale, a été menée à Rennes sur l'impact de l'éducation interprofessionnelle chez les étudiants en médecine⁽³⁴⁾. Les résultats montrent chez les participants une volonté de changement, une motivation et un engagement dans les projets visant à une dynamique interprofessionnelle. Cette formation a également permis une meilleure connaissance des différents acteurs et de leur rôles dans le processus de soins.

Nous sommes donc en face d'un cercle vertueux au sein duquel la formation interprofessionnelle initiale ou continue favorise la collaboration qui est elle-même bénéfique en terme d'acquisition de compétences et de connaissances pour ceux qui en sont acteurs.

L'OMS, dans son rapport de 2010⁽¹⁵⁾, définit cinq critères auquel doit répondre l'EIP :

- Elle doit être une composante obligatoire des programmes de formation des professionnels de santé.

- Elle doit s'appuyer sur des objectifs d'apprentissage explicites et clairs pour les étudiants et pour les enseignants.
- Elle doit faire l'objet d'évaluation en lien avec les objectifs d'apprentissage des étudiants.
- Elle doit être proposée par des professionnels formés dans ce domaine d'enseignement.
- Elle doit faire l'objet d'une évaluation, tant du point de vue des procédures que des résultats.

Une formalisation nécessaire.

Réunir différents professionnels au sein d'une structure ou, plus simplement, autour d'une situation clinique ne peut garantir la collaboration. Il existe un manque évident de formalisation dans la prise en charge.

Les protocoles, nécessaires à la structuration de l'action, apparaissent relativement rares dans la pratique des professionnels interrogés. Les protocoles de suivi dédiés aux plaies chroniques complexes sont pratiquement inexistantes en dehors de ceux proposés par les centres dédiés à la prise en charge des plaies du pied diabétique.

Dans notre étude, seul un médecin faisant partie d'une MSP avait dans sa structure un protocole dédié à la prise en charge des plaies chroniques. Cependant, sa mise en œuvre récente et son manque de diffusion ne permettait pas une évaluation pour le moment.

Les médecins interrogés sont majoritairement pour une valorisation d'une visite commune avec l'infirmier libéral en vue d'initier ou de réévaluer la prise en charge d'un patient porteur d'une plaie chronique. Ils s'entendent tous pour dire que cette visite est chronophage. Cette consultation, en pratique peu réalisée, se heurte d'ailleurs selon les médecins et les infirmières interrogés à un manque de temps.

Même si elles se montrent compréhensives au regard des contraintes organisationnelles et de la charge de travail des médecins, les infirmières leur reprochent leur manque d'investissement dans la réévaluation des plaies.

On identifie dès lors deux problèmes :

- Un manque de valorisation du travail en collaboration. Il s'agit pourtant d'une nécessité pour légitimer le temps supplémentaire consacré au travail coordonné.
- Une nécessité de libérer du temps à la coordination ou à l'intégration de nouveaux modes de collaboration. Cet aspect doit être intégré par les professionnels lors de la construction d'un projet collaboratif.

En Loire Atlantique, le projet ESP CLAP⁽³⁵⁾ vise à coordonner des projets personnalisés de santé au travers d'Equipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient. Même si il n'a pour le moment pas fait l'objet d'une évaluation dans ce domaine, il paraît adapté à la prise en charge des plaies chroniques. Il s'agit d'un projet associant au minimum un médecin généraliste et un second professionnel de santé. Il consiste en la rédaction d'un projet de santé autour d'une thématique. Ce projet est reconnu par l'ARS et bénéficie du soutien de l'association ESP CLAP dans la mise en œuvre et le suivi du projet.

Il permet de remplir plusieurs objectifs :

- La création de projets de soins coordonnés répondant aux besoins des patients
- La valorisation du temps de coordination par une rémunération dédiée
- L'appui d'une initiative locale par un acteur régional et en l'occurrence l'ARS

La mise en œuvre de ces projets innovants repose avant tout sur la volonté à collaborer des différents professionnels.

CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en évidence les difficultés organisationnelles et relationnelles auxquelles sont confrontés les infirmières libérales et les médecins généralistes dans la prise en charge commune des plaies chroniques en soins primaires.

Afin d'améliorer la mise en œuvre de véritables binômes dans la gestion des plaies chroniques, infirmiers et médecins sont ouverts à un certain nombre de mesures susceptibles de favoriser la collaboration. Le développement de formations interprofessionnelles ainsi que l'harmonisation des moyens de communications apparaissent indispensables, et abordables dans leur réalisation.

L'émergence d'équipes de travail de soins primaires coordonnées nécessite par contre un vrai engagement des acteurs qui en sont membres. Dans notre étude, la collaboration telle qu'on l'idéalise n'est pas effective. Les outils nécessaires à son émergence sont présents mais souvent peu ou pas utilisés.

Le développement de projets innovants doit pourtant émerger des acteurs locaux. Ces pratiques locales doivent nécessairement être soutenues par une politique nationale volontariste avec un mode de financement valorisant le travail collaboratif. Les professionnels concernés, qui sont avant tout experts dans le soin, doivent également pouvoir s'appuyer sur des institutions locales. Celle-ci doivent les accompagner dans les démarches administratives, nécessaires à la reconnaissance et à l'élaboration de pratiques émergentes favorisant la collaboration.

Au-delà du couple MT et IDEL, l'élaboration de pratiques collaboratives devrait idéalement se faire avec les autres acteurs médicaux et paramédicaux notamment hospitaliers concernés par ces pathologies. Le but étant de construire un discours commun, pour les patients, à l'échelle d'un territoire de santé.

La construction de la collaboration interprofessionnelle nécessite un engagement personnel et une ouverture à l'autre, deux qualités normalement propres au métier de soignant.

Cette étude qualitative permet de comprendre des habitudes afin d'introduire au mieux le changement à des fins de collaboration. L'évaluation de ces changements de pratiques doit passer par des études quantitatives afin d'en évaluer la pertinence à partir de critères objectifs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Les pansements : indication et utilisations recommandées. [en ligne]. 2011 [consulté le 05/07/2019]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf>
2. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. [en ligne]. Mai 2017, Numéro 1011. [consulté le 15/05/2019]. Disponible sur : <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>>
3. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population des Hauts-de-France : la région quitte le trio de tête à l'horizon 2050. [en ligne]. Juin 2017, Numéro 50. [Consulté le 10/11/2019]. Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2868401>>
4. Assurance maladie. Améliorer la prise en charge des plaies chroniques. [en ligne]. 2015. [consulté le 14/10/2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Ameliorer_la_prise_en_charge_des_plaies_chroniques.pdf>
5. Moffatt C, Vowden P, Téot L. Complexité de la plaie et cicatrisation. Plaies difficiles à cicatrifier : une approche globale. 2008;2-9.
6. Legifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [en ligne]. 2009. [consulté le 24-10-2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_78>
7. Roth AC, Reid JC, Concannon M. Diagnostic quality of low resolution images for telewoundcare. Proc AMIA Symp. 1998:917-920.
8. Sood A, Granick MS, Trial C, Lano J, Palmier S, Ribal E, Téot L. [The Role of Telemedicine in Wound Care: A Review and Analysis of a Database of 5,795 Patients from a Mobile Wound-Healing Center in Languedoc-Roussillon, France](#). Plast Reconstr Surg. 2016 Sep;138 ;
9. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques. Densité de médecins par spécialité, modes d'exercice regroupés et zone d'inscription. Tableau 7. [en ligne]. 2018. [consulté le 20/04/2020]. Disponible sur : <<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3795>>
10. Haute Autorité de Santé. Retour à domicile après hospitalisation Suivi en ville des plaies chroniques ulcère veineux de jambe, escarre, plaie du pied diabétique. [en ligne]. Oct 2015. [consulté le 21/05/2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5147/document/suivi-ville-plaies-chroniques_assurance-maladie.pdf>

11. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Feuille de route de la Stratégie nationale de Santé [en ligne]. Sept 2013. [consulté le 02/01/2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf>
12. Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. Instruction n° DGOS/pf4/2016/382 du 9 décembre 2016 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2017. [en ligne]. Déc 2016. [consulté le 03/03/2020]. Disponible sur : <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/12/cir_41600.pdf>
13. Légifrance. LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. [en ligne]. Déc 2007. [consulté le 03/03/2020]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=LEGIARTI000028393799&cidTexte=JORFTEXT000017726554&dateTexte=20131225>>
14. Consortium Pancanadien pour l'inter-professionnalisme en Santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalité en santé. Fév 2010.
15. Organisation mondiale de la santé. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Genève : OMS, 2010.
16. 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 doctorat de médecine]. Poitiers : Université de Poitiers ; 2012.
17. Lalorette A. Les difficultés de prise en charge ambulatoire des plaies chroniques en Lot-et Garonne : état des lieux en 2017. [Thèse de doctorat médecine] Bordeaux : Université de Bordeaux; 2018.
18. D'Amour D, Goulet L, Labadie J, et al. Un modèle et une typologie de collaboration entre professionnels des établissements de santé. BMC Health Res 8.1998 188
19. Maslin-Prothero SE, Bennion AE. Integrated team working : a literature review. Int J Integr Care. 2010;10.
20. Brault I, et al. Clarification process for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams. A multiple-case study. Nursing research and practice. 2014.
21. Carmel S, Baker-McCleary D. Les infirmières experts et la division du travail dans les hôpitaux. Santé vol 16. 2012;82-297
22. Légifrance. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. [en ligne]. 2004. [consulté le 14/02/2020]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>>
23. Légifrance. Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. [en ligne]. 2012. [consulté le 14/03/2020]. Disponible sur :

<<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025592708>>

24. Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [en ligne]. 2009. [consulté le 29/03/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_51>
25. Lecocq D, Mengal Y, Pirson M. Comment développer la pratique infirmière avancée des systèmes de soins de santé complexes ?. 2015;105-110
26. Légifrance. Article 119 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [en ligne]. 2016. [consulté le 12/12/2019]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=225FE5FD3DA2F9046E9AE3266F0912D9.tplgfr22s_3?idArticle=JORFARTI000031913702&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id
27. Légifrance. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. [en ligne]. 2018. [consulté le 12/12/2019]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218115&categorieLien=id>>
28. Légifrance. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de la modernisation de notre système de santé. Article 64. [en ligne]. 2016. [consulté le 18/12/2020]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913243&cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>>
29. L'argus de l'assurance. Le cap des 5 millions de dossier DMP franchi. [internet]. 2019. [page consultée le 03/05/2019]. Disponible sur : <<https://www.argusdelassurance.com/assurance-de-personnes/sante/sante-le-cap-des-cinq-millions-de-dmp-ouverts-franchi.146115>>
30. Bidault Diallo A. Télémedecine et dossier médical personnel : perceptions et attentes des médecins généralistes. [Thèse de doctorat de médecine]. Angers : Université d'Angers; 2013.
31. Reeves S, Perrier L and al. Interprofessional education : effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane database Syst Rev. 2013;3
32. Discours d'Agnès Buzyn. Jeudi 4 avril 2019. Congrès de médecine générale. [internet]. 2019. [page consultée le 03/05/2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190404_-_discours_-_congres_de_la_medecine_generale.pdf>
33. Coster S et al. Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health profession : a longitudinal questionnaire survey. Int J Nurs Stud. Nov 2008; 45(11): 1667-81
34. Fiquet L et al. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. Pédagogie Médicale 2015; 16(2): 105–117

35. ESP CLAP. Coordination autour du patient. Pays de la Loire. [internet]. [page consultée le 03/03/2020]. Disponible sur : <<https://www.esp-clap.org/>>

FINANCEMENT ET CONFLITS D'INTÉRÊT

Cette étude a été financée uniquement par son auteur.

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

ANNEXES

ANNEXE 1

Introduction aux entretiens

Bonjour,

Je m'appelle Bastien Leprêtre je suis actuellement médecin généraliste remplaçant. Je réalise une thèse intitulée : « **Communiquer pour mieux soigner : étude de la collaboration entre médecin traitant et infirmier libéral dans la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires.** »

Tout d'abord merci de m'avoir donné la possibilité de vous interroger et ainsi de participer à mon travail de thèse.

Comme vous le savez la prise en charge d'un patient atteint d'une plaie chronique nécessite souvent, en soins primaires, l'intervention du médecin traitant mais aussi de l'infirmier libéral.

La collaboration entre les différents acteurs de soins a montré des bénéfices en terme de santé pour les populations qui en bénéficient, mais aussi des économies en terme de coûts.

Pour envisager une amélioration de la collaboration entre ces deux acteurs, je cherche à étudier au travers d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes libéraux mais aussi d'infirmières libérales la façon dont s'organise la collaboration au sein du binôme.

Pour cela je vais vous interroger.

Je tiens à vous assurer de l'anonymisation des entretiens et je vous informe que celui-ci est enregistré sur mon téléphone portable.

ANNEXE 2

Guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous vous présenter ?
- 2) Pour vous qu'est-ce qu'une plaie chronique ?
- 3) Comment s'organise le parcours de soin d'un patient porteur d'une plaie chronique à domicile ?
- 4) Quels sont, selon vous, les rôles des médecins dans la prise en charge des plaies chroniques ?
- 5) Quels sont, selon vous, les rôles des infirmières libérales dans la prise en charge des plaies chroniques ?
- 6) Comment s'organise la collaboration entre vous et l'infirmière dans la prise en charge du patient ?
- 7) Quels sont les moyens de communication que vous utilisez ?
- 8) Comment jugez-vous de la qualité de la collaboration avec les IDEL ?
- 9) Quelles difficultés rencontrez-vous dans la collaboration – communication ?
- 10) Quels axes d'amélioration vous paraîtraient pertinents afin de rendre cette collaboration plus efficiente ?

ANNEXE 3

Grille d'évaluation COREQ

	Item	Guide question / description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Bastien LEPRETRE	Enquêteur / animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?
2. Validation du 3 ^e cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3. Médecin généraliste remplaçant	Activités	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Homme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relation avec les participants		
6. 3 participants étaient connus de l'enquêteur	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Thème de la recherche	Connaissance des participants au sujet de recherche.	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motif de la recherche
8. Interne de médecine générale en cours de rédaction de thèse sur la collaboration médecin infirmier	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur / animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
Domaine 2 : conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Théorisation ancrée / entretiens semi-dirigés	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse du contenu.
Sélection des participants		
10. Echantillonnage dirigé	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige
11. Téléphone	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. 12 participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. 1 personne par faute de temps à consacrer	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. Lieu de travail pour les médecins / domicile pour les IDE	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile clinique lieu de travail

15. Non	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre le participant et le chercheur ?
16. Sexe / âge / mode et lieu d'installation	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
Recueil des données		
17. Non	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui combien de fois ?
19. Enregistrement audio	Enregistrement audio / visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui après et pendant les entretiens	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?
21. 21 minutes en moyenne	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?
22. Oui, Obtenu après 11 entretiens	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des transcriptions	Les retranscription des entretiens ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Deux chercheurs pour le codage ouvert	Nombres de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Nvivo 12	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification des participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui / identification par une numérotation en fonction de la profession	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participants ?
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

ANNEXE 4

Entretien M 7

I : Dans un premier temps est-ce que vous pouvez vous présenter ?

M 7 : Oui donc du coup, je suis médecin généraliste installée en collaboration sur Lille. Je suis installée depuis bientôt trois ans, Thésée depuis 4 ans. Je travaille en médecine générale et je travaille également en tant que médecin salariée au planning familial et à la FAC, je suis maître de stage, j'accueille des internes et des externes au cabinet, je donne des cours et après je travaille aussi dans deux centres hospitaliers en service d'orthogénie : à Tourcoing et Armentières.

I : Bien. Est-ce que vous pouvez me définir succinctement ce qu'est pour vous une plaie chronique ?

M 7 : Déjà c'est une plaie qui va durer depuis plus de trois mois, et ça va être une plaie donc une ouverture cutanée depuis plus de trois mois. Voilà je la définirais comme ça.

I : D'accord et les différents types de plaies chroniques auxquelles vous êtes confrontée en pratique ?

M 7 : Dans la pratique j'ai été gênée par des plaies d'escarre, et par des plaies ulcéreuses. Je pense que c'est un classique. Et une fois, j'ai eu une plaie qui était une plaie chronique mais qui n'était pas une plaie chronique, enfin c'était une plaie cancéreuse.

I : D'accord. Pour vous comment s'organise le parcours de soin d'un patient porteur d'une plaie chronique ? En médecine de ville...

M 7 : Euh ben pour moi c'est soins simples par moi et par un infirmier à domicile souvent. Souvent dans ces cas-là j'essaie d'orienter vers l'infirmier qui travaille au cabinet, parce qu'il a l'habitude, parce que c'est quelqu'un avec qui je sais travailler et je sais qu'il va m'appeler quand il y a quelque chose qui ne va pas. Et après si les patients ont déjà des infirmiers à

domicile, j'essaie de les rencontrer une fois, et j'avoue que le fait d'être installée depuis peu longtemps, le fait d'être sur Lille où il y a un gros gros réservoir dans mon quartier d'infirmiers à domicile, c'est hyper compliqué de travailler en réseau. En fait on pourrait croire que c'est facile parce que justement y'a plein de gens mais en fait non pas du tout. Voilà. Donc en fait la collaboration entre les uns et les autres est très très compliquée, la communication est vraiment compliquée.

I : D'accord. Dans la prise en charge d'un tel patient, est ce que vous faites appel à des réseaux spécifiques, c'est-à-dire les centres de plaie et cicatrisation, la télémédecine ?

M 7 : Alors centrée de plaie...il me semble qu'il y a un patient qui va là-dessus mais c'est des plaies qu'on suit depuis 3 ans, c'est une plaie d'ulcère hyper chronique, euh je dis on parce que c'est un patient que moi je vois les périodes de vacances de mon collègue en fait, c'est une patiente que moi je vois à ce moment-là. Je sais qu'elle est passée par la dermato justement dans ces centres là parce que c'était pas possible (rire). Parce qu'on avait besoin d'un avis extérieur. Mais après la prise en charge a pas été révolutionnaire non plus mais bon...

I : D'accord donc le recours à des centres, à des filières spécialisées il est surtout dans des situations d'échec en fait ?

M 7 : Ben d'échec je ne sais pas mais des situations de chronicité où on a besoin d'un avis extérieur en se demandant : « Est-ce qu'on fait bien ? Est-ce que y'a quelque chose à côté duquel on est passé quoi ? »

I : D'accord. Pour vous les rôles qui sont propres au médecin traitant dans la prise en charge des plaies chroniques ?

M 7 : Dépistage, contrôle des comorbidités : c'est clair qu'un patient avec une plaie chronique on diminue son hémoglobine glyquée et ben c'est quand même souvent que d'un coup ça s'améliore, on ne comprend pas trop pourquoi, enfin si on comprend pourquoi mais d'un coup ça s'améliore et c'est la gestion des comorbidités pour moi. C'est le dépistage d'autres anomalies, notamment cette plaie bourgeonnante que j'avais chez une patiente qui sentait pas bon, et puis voilà au final là on oriente vers le dermato et on dit « bon voilà là on pense à quelque

chose d'autre quoi ». voilà. Euh le rôle c'est gérer surtout la comorbidité, après c'est vrai que les pansements etc. C'est souvent aussi calmer les infirmiers sur « il faut utiliser tel pansement, tel pansement spécifique », parce que souvent laver à l'eau et au savon ça suffit pour beaucoup de plaie, et il faut arrêter de sur prescrire des conneries. Donc voilà.

I : D'accord. Et à l'inverse, enfin c'est pas vraiment à l'inverse parce que c'est complémentaire, mais le rôle des infirmières libérales dans la prise en charge des plaies chroniques ?

M 7 : C'est les soins de base déjà. Bon nous on est dans un quartier où y'a pas mal de précaires et c'est au moins avoir une hygiène de base qui soit bien assurée. Lavage à l'eau et au savon voilà, première chose. Deuxième chose, c'est faire des pansements qui soient corrects, faire des bandages qui soient corrects sur les pansements, parce que souvent on a besoin de les reprendre. Et puis c'est après communiquer là-dessus, c'est-à-dire que ma patient là avec une escarre, une fois par semaine avec l'infirmière on s'appelait pour dire « on en est là », et voir « commence à s'améliorer ou pas ».

I : D'accord

M 7 : Pour moi c'est hyper important le travail dans le feed-back quoi : « bon bah là en trois jours ça s'est hyper détérioré, je vous appelle parce que ça s'est détérioré », moi j'aime bien pouvoir travailler comme ça. Donc quelqu'un qui m'appelle tous les trois jours ça me dérange pas.

I : Un rôle d'alerte en fait ?

M 7 : Oui

I : La collaboration avec l'infirmière libérale : comment elle s'organise, autour de quoi elle s'articule ? Est-ce que vous utilisez des référentiels communs... ?

M 7 Euh non, on communique vachement par appels. Moi je leur fais faire pas mal de photos, je fais faire pas mal de photos aussi par les infirmiers, dire « bah vous mettez une pièce de 1 euro

à côté mais voilà on utilise le téléphone du patient pour qu'il n'y ait pas de problème de diffusion, et on va faire des photos au fur et à mesure de l'évolution. Comme ça quand moi je passe, bon là c'est un patient qui est chaud donc je passais une fois par semaine, ben une fois par semaine j'avais la photo de la plaie, et je savais comment elle allait évoluer. Après j'étais pas contre le faire d'avoir deux visites pour la plaie, mais dans l'organisation c'était compliqué. Après j'ai pas ressorti de référentiel, j'avoue que non, enfin on restait sur des choses simples quoi. C'est vrai que je m'appuie pas sur des Alors peut être sur des connaissances que j'ai de la fac, vachement, et après quand j'ai un doute : appel à un ami quoi. Moi je connais des dermatos, je leur envoie des images ils me disent « oui/non » et puis ils les prennent ou pas rapidement quoi.

I : Ok donc... la question qui suit a déjà été un peu abordée : c'est sur les moyens de communication qui sont utilisés ?

M 7 : Oui. C'est vachement téléphone.

I : Téléphone portable ?

M 7 : C'est vachement téléphone, parce que maintenant on a le portable qui fait des super photos et parce que clairement les infirmiers, comme nous, on est peut-être débordés ou moins dispos, et du coup...

I : Et toutes les infirmières vous contactent par téléphone ou pas ?

M 7 : Non ! non non c'est une galère. En fait y'a pas mal de mes confrères qui s'arrangent pour ne pas être disponibles par téléphone auprès des infirmiers donc du coup c'est hyper compliqué pour les infirmiers de comprendre avec qui ils peuvent d'adresser directement et avec qui ils ne peuvent pas le faire. Et donc moi avec des infirmiers que je connais, avec ceux avec qui j'ai l'habitude de travailler, c'est-à-dire principalement celui qui est au cabinet, c'est facile. Mais les autres c'est une galère.

I : Et vous utilisez au domicile un carnet de suivi pour les patients ou pas ?

M 7 : Oui

I : Et donc c'est systématique ça ?

M 7 : Oui

I : Et que pour les plaies ?

M 7 : Pour tout, pas que pour les plaies.

I : Mais dédié aux plaies quand il y a un patient qui est porteur d'une plaie chronique ?

M 7 : Un patient porteur de plaie chronique clairement, ça revient toujours dans un chapitre de l'observation du jour quoi. La dessus je suis assez (rire). Et puis après le fait d'avoir les photos aussi ben ça permet de défiler de dire « alors là c'est mieux, là c'est moins bien... voilà où on en est ».

I : D'accord. Tout à l'heure vous avez dit justement que vous utilisiez le téléphone portable du patient, pour éviter... ?

M 7 : Pour éviter d'avoir à utiliser son téléphone portable, pour éviter de recevoir des textos dérangeants à des heures indues (rires), et puis pour savoir que c'est bien celui du patient et pas la plaie qu'on a vue trois jours avant chez un autre patient aussi. Et le côté aussi : le patient il est détenteur de son dossier médical, je trouve ça important, j'essaie que mes patients soient indépendants par rapport à ça, enfin voilà, si ils veulent changer de médecin, l'autre médecin il a toute la vue sur la plaie quoi.

I : D'accord donc vous pensez à la continuité des soins ?

M 7 : Oui

I : Vous comment est-ce que vous jugez la qualité de la collaboration que vous avez les infirmières libérales ?

M 7 : Infirmières dépendants ! (rire) ça peut être très très bien comme très très merdique. Et en fait je ne pensais pas que c'était aussi chronophage et énergivore... parce que apprendre à communiquer avec quelqu'un c'est toujours hyper compliqué et en fait, il faut doser et savoir qui va oser nous appeler au bon moment, et qui va pas oser nous appeler, et qui va surjouer le côté « c'est hyper inquiétant » etc... comme avec les patients, mais c'est compliqué de s'adapter quand il y a trop de gens avec qui on travaille.

I : Donc vous la réévaluation d'un patient vous le réadaptez en fonction des intervenants avec lesquels vous travaillez ?

M 7 : Concrètement, un patient qui a une plaie chronique depuis trois ans c'est clair que je ne vais pas être toutes les semaines sur son dos. Après enfin oui, je vais vachement m'adapter c'est vrai avec l'équipe qui est autour oui.

I : Pour vous, et pour le patient, les apports d'une communication efficace avec l'infirmière ? qu'est-ce que ça peut apporter au patient ?

M 7 : Un gain de temps parce que les plaies chroniques quand ça se détériore on sait qu'il faut être rapidement, enfin il faut vachement jouer sur les cofacteurs et on sait que quand ça se détériore eh ben il faut y aller quoi ! du coup ça peut être un vrai gain de temps quelqu'un qui sort rapidement son téléphone ou qui envoie rapidement, qui demande rapidement une réévaluation quand il faut, ça peut être un vrai gain de temps, et pour le patient c'est quand même mieux. Se trainer avec une plaie chronique c'est fatiguant aussi quoi. Je pense que c'est le temps.

I : Le temps ?

M 7 : Dire on va gagner du temps, s'appeler.

I : Economie de temps pour le médecin, pour le patient ?

M 7 : Oui, une bonne comm' c'est ça hein. Et puis de l'énergie. Franchement c'est compliqué de pas savoir communiquer avec la personne et de se dire « elle me dit ça mais est-ce que ça veut dire que je dois y aller dans l'heure ou est-ce que je dois y aller dans les 48 heures ? » et c'est vrai que quand on a l'habitude des gens avec qui on travaille c'est quand même hyper agréable parce qu'on sait que s'ils nous appellent eh ben il faut y aller dans les 24 heures et point barre.

I : D'accord. Les difficultés que vous avez rencontrées dans la communication avec les infirmières ? dans la collaboration ?

M 7 : Ben c'est des gens qui t'appellent pas quand ils ont un doute, c'est des gens qui tentent des prises en charge alors que tu ne leur as pas demandé ça... en fait c'est super bien d'être positif et d'aller essayer des nouvelles techniques mais en fait, c'est pas comme ça qu'on travaille quand on travaille en collab', quand on travaille en groupe. Et donc ça c'est compliqué, quelqu'un qui change totalement le protocole de soins d'un coup et puis on ne comprend pas pourquoi, voilà ça c'est des problèmes que j'ai. Après des problèmes de bas de contention qui ne savent pas être mis correctement. Non mais les bandes de contention mais... C'est cata quoi !

I : Et du coup elles sont mal supportées par les patients parce qu'elles coupent, qu'elles ne sont pas confortables...

M 7 : Ben oui parce qu'elles blessent, y'a tout ça et puis en même temps bah y'a pas la même compression donc ça peut pas s'améliorer quoi. Et puis faire comprendre que c'est poly factoriel, et que y'a pas que leurs bons soins qui vont permettre... voilà

I : Et justement quand vous êtes confrontée à une infirmière qui ne respecte pas le protocole que vous avez fixé, ou qui ne fait pas « bien » son travail, comment vous réagissez ?

M 7 : Bah... Je râle ! Enfin je râle et puis je lui explique quoi. Après j'explique aussi que...

I : Mais vous l'appellez ?

M 7 : Ouais... Ouais j'appelle. Alors c'est vrai que je vais faire un courrier pour le noter. Parce que déjà ça laisse des traces (rires) c'est pas très confraternel... enfin là on est pas confrères... mais voilà. Mais il faut rappeler quand même leur place aussi, c'est que ben, dans l'ordre des choses c'est quand même nous qui sommes le chef quoi, et que du coup il faut rappeler la place de chacun. Et voilà dire que chacun est important mais que l'air de rien c'est nous qui prenons les décisions et que là faut rappeler les règles quoi.

I : Et la critique comment elle est perçue par les infirmières ?

M 7 : J'en sais rien. Mais j'avoue que quand ça m'énerve je m'en fous.

I : D'accord. Mais après est ce qu'il y a une...

M 7 : Après ils appellent plus, après ils appellent trop ! (rire +++)

I : Est-ce que vous avez une idée des axes d'amélioration qu'on pourrait mettre en place pour améliorer cette collaboration ?

M 7 : Il faut se connaître.

I : Et justement, comment se connaître ?

M 7 : Se connaître c'est juste dire « ben là y'a une plaie, il va falloir qu'on la gère ensemble, on se rencontre » On se rencontre au domicile du patient.

I : L'une des idées ce serait aussi d'harmoniser un peu les pratiques...

M 7 : Alors ça c'est des trucs, en théorie ça serait bien... (rire)

I : C'est par des formations, mais après c'est des formations qui sont sectorisées parce que ...

M 7 : Non mais et puis des formations franchement quand on met la main dedans on ne fait que ça de sa vie hein... donc voilà. Je pense que clairement.. En plus à l'heure actuelle les infirmières à domicile elles ont toutes des formations soit de soins palliatifs, soit de plaies chroniques, soit de chimiothérapie à domicile, soit de machin, soit de truc... Elles ont mille formations, elles sont super formées mais l'important c'est la pratique et en vrai pour apprendre à communiquer faut se rencontrer. En fait moi, en fait je me suis dit que l'erreur que j'avais faite c'était de ne pas se rencontrer assez vite, et du coup de ne pas dire « bon bah moi je suis le médecin, vous vous êtes l'infirmière, maintenant quand on se croise on se connaît, et vous voyez que je ne vais pas vous mordre si vous m'appellez trop quoi. »

I : D'accord donc l'idée ça serait, au moment où on initie la prise en charge, de se rencontrer chez le patient...

M 7 : Ouais c'est ça... Au moment où on se dit « bon là ça fait trois mois qu'on galère, est ce qu'on ne se rencontrerait pas ? » c'est se dire on passe vingt minutes chez le patient. Alors chez le patient ou si c'est un patient qui vient au cabinet, c'est au cabinet. Alors le mien ou celui de l'infirmière pour pouvoir voir la plaie, mais sinon si un patient du domicile, au domicile du patient. Pareil le patient, il capte qu'il y a une équipe autour de lui. Et que ça va communiquer autour de lui, et il reste l'acteur de ses soins, et voilà.

I : D'accord. Et est-ce que le patient fait l'objet d'un projet de soins, c'est à dire est ce qu'il y a des objectifs qui sont fixé ?

M 7 : Ca ... Ouais alors ils ont leur trucs là qu'il nous font signer une fois tous les six mois (rire)... euh ouais.... Mais moi je m'en fous (rire). Non non c'est pas que je m'en fous, mais ils me font signer des trucs... oui s'ils veulent, c'est bien c'est eux qui ont établi leur protocole, tout ça

I : Ça c'est un protocole de soins dans le but de se faire payer ? enfin... globalement c'est ça ?

M 7 : Oui c'est ça. En fait ça améliore la communication...

I : Non bah non parce que c'est un document administratif qu'on remplit par nécessité mais c'est pas vraiment de l'infirmière ou du médecin

M 7 : Ouais c'est ça, y'a une plaie chronique et ben oui moi aussi je veux éviter qu'il y ait une plaie chronique quoi... Mais j'avoue que les protocoles de soins, je trouve ça totalement flou. Non je trouve ça complètement fou, donc euh, oui je signe ! Mais en vrai c'est pas ça qui améliore la communication et passer par du non verbal et donc se rencontrer et dire « je te connais, je t'identifie et j'ai ton numéro de téléphone, on s'appelle quand il y a une merde, on s'appelle une fois par semaine parce qu'il faut qu'on ait un suivi quoi ». Je pense que ça c'est plus payant. Après créer des réseaux et tout ça c'est toujours super bien, hein mais en vrai...

I : C'est compliqué à mettre en œuvre ?

M 7 : (soupirs) C'est une merde infinie, et puis tu rentres dans les protocoles ARS machin c'est de l'administratif. Alors moi j'aime bien faire des réunions hein mais...

I : Justement pour pouvoir favoriser la prise en charge de ce type de patient, au niveau de l'ARS ils préconisent la création des CTPS... etc, ça vous en pensez quoi ?

M 7 : Ben c'est comme la plupart des réseaux : y'a des réseaux sur lesquels on arrive à s'appuyer, parce qu'ils sont dans du concret et que du coup y'a des aides concrètes pour les patients, et puis après y'a des réseaux qui font des réunions pour faire des réunions. Et puis oui c'est bien d'avoir vingt-mille formations sur le soin de la plaie, mais en vrai des vraies plaies, enfin moi dans mon activité en tout cas, j'en vois trois par an. Enfin j'ai le temps de tout oublier avant de les mettre en œuvre donc. Je ne vois pas l'intérêt (rires).

I : Au niveau des moyens de communication, parce que y'a le téléphone portable, c'est pas vraiment très cadré. Il y a des choses qui se mettent en place, style des applications sécurisées dédiées entre professionnels, par exemple la messagerie MISS qui permet d'échanger des photos, c'est une messagerie instantanée, ça vous en pensez quoi ?

M 7 : Je l'ai appris quand j'ai lu ton mémoire, ça a un intérêt oui, pourquoi pas. C'est clair que envoyer des photos de toutes les plaies ou de tous tes éruptions chelous au dermatologue que

tu préfères c'est bien, mais je pense que lui aussi il en a ras-le-bol de voir ce genre de trucs sur son téléphone perso mais néanmoins ça reste du « c'est faisable, c'est faisable vite et en fait on s'emmerde à l'heure actuelle avec tellement de trucs en plus que je trouve qu'il faut rester dans la simplicité. Après voilà.

I : Ok très bien, je n'ai pas d'autre question, merci.

AUTEUR : Nom : LEPRETRE

Prénom : BASTIEN

Date de soutenance : 14-05-2020

Titre de la thèse : « Communiquer pour mieux soigner : étude de la collaboration entre médecin traitant et infirmier libéral dans la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires. »

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : [plaies chroniques complexes], [collaboration interprofessionnelle], [soins primaires], [coordination], [télémédecine], [technologies de l'information et de la communication], [intégration des soins], [formation interprofessionnelle].

RESUME :

Contexte : Les plaies chroniques constituent un enjeu majeur de santé publique en France. Comprendre les stratégies de prise en charge en soins primaires par le couple MT/IDEL est un prérequis à l'instauration de nouvelles pratiques interprofessionnelles et collaboratives. Le développement de soins coordonnés vise à lutter contre le cloisonnement professionnel. Ces nouveaux modes de collaboration sont amenés à se développer afin de délivrer aux patients des soins de qualité dans un contexte où la complexité des prises en charge induit une interdépendance entre professionnels.

Objectif : Analyser l'organisation et les relations entre MT et IDEL dans la prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques en soins primaires.

Méthode : Etude qualitative avec analyse selon une approche par théorisation ancrée. Entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes libéraux et infirmiers libéraux exerçant en région Hauts-De-France. Codage et triangulation des données de 12 entretiens ayant permis la suffisance des données avec le logiciel Nvivo12®.

Résultats : Les MT et les IDEL sont globalement satisfaits de leur collaboration. Les infirmières reprochent aux médecins un manque d'implication dans le suivi et la réévaluation des plaies. Le niveau de collaboration perçue varie en fonction du lieu et du mode d'exercice. La répartition des rôles au sein des binômes souffre d'une variabilité induite par les habitudes pratiques de chaque intervenant et nécessite une clarification. Une faible formation théorique et l'absence de formation interprofessionnelle limitent la collaboration. La prise en charge pâtit d'un faible niveau de formalisation entre les intervenants pouvant induire une limitation de la diffusion de nouveaux outils numériques de communication. L'absence de valorisation financière du travail coordonné ne semble pas inciter au travail collaboratif.

Conclusion : Cette étude met en évidence la nécessité d'une formalisation dans la prise en charge des plaies chroniques qui requiert des leaders au sein d'équipes coordonnées en soins primaires. Ces équipes doivent se développer à l'initiative des acteurs locaux. L'intégration des soins doit pouvoir bénéficier d'un appui logistique, d'outils de communication dédiés et sécurisés, et d'un financement adapté. Ces aspects nécessitent une véritable politique nationale et régionale de soutien à la pratique collaborative, ainsi qu'une implication forte des acteurs concernés.

COMPOSITION DU JURY :

Président : M. le Professeur Pierre FONTAINE

Assesseurs : M. le Professeur Christophe BERKHOUT

M. le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse : M. le Docteur Jean-Marc THOMAS