



UNIVERSITÉ DE LILLE

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Perception des médecins généralistes sur le Bilan de Soins Infirmiers.  
Etude qualitative menée dans les Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2024 à 14h  
au Pôle Formation  
**par Mathilde HAMADACHE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI**

**Assesseur :**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT**

---

# **Avertissement**

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



# Sigles

<b>MG</b>	Médecin Généraliste
<b>IDEL</b>	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
<b>BSI</b>	Bilan de Soins Infirmiers
<b>DSI</b>	Démarche de Soins Infirmiers
<b>CNEG</b>	Collège National des Enseignants de Gériatrie
<b>SEGA</b>	Sommaire de l'Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission
<b>CPS</b>	Carte de Professionnel de Santé
<b>DMP</b>	Dossier Médical Partagé

# Sommaire

<b>Sigles</b> .....	<b>1</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>2</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>6</b>
1 Contexte de l'étude .....	6
2 Un nouvel outil.....	6
3 Un sujet contemporain.....	7
4 Des enjeux pour la médecine générale .....	8
5 Objectifs de l'étude .....	9
<b>Matériels et méthodes</b> .....	<b>10</b>
1 Type d'étude .....	10
2 Population étudiée et recrutement.....	10
3 Recueil des données .....	10
4 Analyse des données .....	11
5 Ethique.....	11
<b>Résultats</b> .....	<b>13</b>
1 Modélisation des résultats .....	13
2 Être en mission : maintenir à domicile .....	15
2.1 Avoir une vision holistique .....	15
2.2 Comprendre la réalité du patient.....	16
2.3 Identifier les dangers .....	16
2.4 Vouloir mettre son patient en sécurité.....	16
2.5 Faire de l'IDEL son agent de terrain .....	17
2.6 Avoir un œil à domicile .....	17
2.7 Sécuriser le patient à domicile .....	18
2.8 Accomplir sa mission .....	19
2.9 Le rôle des aidants .....	20
3 Bâtir la coordination des soins.....	21
3.1 Communiquer pour se coordonner .....	21
3.2 Entretenir une équipe de compétences .....	22
3.3 Bâtir une relation de confiance .....	23
3.4 Être responsable .....	24
3.5 Se rendre disponible.....	24
3.6 La problématique du temps .....	25

3.7	Valoriser le temps non médical.....	26
3.8	Imaginer de meilleures façons de communiquer.....	27
4	Cheminement vers l'intégration du BSI.....	29
4.1	Découvrir le BSI.....	29
4.2	Un manque d'intégration du BSI.....	30
4.3	Facteurs encourageant le rejet du BSI.....	31
4.3.1	Être ignorant face au BSI.....	31
4.3.2	Ne pas se sentir acteur du BSI.....	31
4.3.3	Ressentir une surcharge administrative.....	32
4.4	Changer de statut.....	32
4.5	Intégrer le BSI à sa pratique.....	33
4.6	Devenir acteur du BSI.....	34
5	Identification de l'impact du BSI.....	35
5.1	Un système fonctionnel sans le BSI.....	35
5.2	Apport du BSI en pratique.....	36
5.2.1	Un dépistage exhaustif.....	36
5.2.2	Un retour d'expérience.....	37
5.2.3	Un outil de communication.....	37
	<b>Discussion.....</b>	<b>39</b>
1	Résultats principaux et comparaison à la littérature.....	39
1.1	Le BSI pour dépister la fragilité.....	39
1.1.1	La fragilité une préoccupation majeure.....	39
1.1.2	Une dimension environnementale.....	39
1.1.3	Le BSI comme outil d'évaluation.....	40
1.1.4	Une ambivalence face au BSI.....	41
1.2	Le BSI : un outil de coordination.....	42
1.2.1	Une communication bien établie.....	42
1.2.2	Une collaboration indispensable.....	42
1.2.3	Le BSI comme moyen de communication.....	43
2	Freins à l'utilisation du BSI.....	43
2.1	Un manque de connaissance.....	44
2.2	Des habitudes ancrées.....	44
2.3	Un outil facultatif.....	44
2.4	Un manque de temps médical.....	45
2.5	Comparaison à la littérature.....	45
3	Leviers à l'utilisation du BSI et à la coordination.....	45

3.1	Une information dédiée aux MG .....	45
3.2	Une simplification administrative.....	46
3.3	Valoriser le temps non médical.....	46
3.4	Reconnaître le rôle du MG.....	47
3.5	Comparaison avec la littérature .....	47
4	Limites et forces de l'étude .....	47
4.1	Les limites .....	47
4.2	Les forces.....	48
5	Perspectives d'approfondissement.....	49
	<b>Conclusion.....</b>	<b>50</b>
	<b>Références.....</b>	<b>51</b>
	<b>Annexe .....</b>	<b>55</b>
	<b>Annexe 2 .....</b>	<b>56</b>
	<b>Annexe 3 .....</b>	<b>57</b>
	<b>Annexe 4 .....</b>	<b>58</b>
	<b>Annexe 5 .....</b>	<b>61</b>
	<b>Annexe 6 .....</b>	<b>62</b>
	<b>Annexe 7 .....</b>	<b>63</b>
	<b>Annexe 8 .....</b>	<b>64</b>



# Introduction

## **1 Contexte de l'étude**

En médecine générale, la prise en charge des patients ne dépend pas uniquement de l'instant médical vécu au cours d'une consultation, en particulier chez les patients en situation de dépendance. Une fois rentré chez lui, le patient comprend-il les informations clés de la consultation et prend-il son traitement correctement ? Est-il capable d'assurer ses soins d'hygiène ? A-t-il besoin d'une prévention d'escarre ou de *nursing* s'il est alité ? Bénéficie-t-il d'une éducation thérapeutique suffisante pour gérer sa pathologie chronique ? Tant de soins qui conditionnent un maintien à domicile réussi et préviennent d'éventuelles complications ou hospitalisations.

Le médecin généraliste (MG) a un rôle clé au travers du suivi médical mais aussi de la prescription des soins à domicile réalisés par l'infirmier libéral diplômé d'état (IDEL). Il est pertinent de s'interroger sur les modalités de prescription, la mise en place de ces soins infirmiers à domicile et sur l'importance de la coordination médecin-infirmier autour du patient dépendant à domicile. Ces interrogations ont mené à la réforme du Bilan de Soins Infirmiers (BSI).

## **2 Un nouvel outil**

Le BSI est un téléservice créé pour simplifier les échanges entre l'IDEL, le MG et le médecin de la Sécurité Sociale. Son but est de faciliter l'élaboration d'un plan de soins pour les patients dépendants.

La réforme du BSI a été adoptée le 29 mars 2019 (avenant 6) (1) puis déployée le 1er janvier 2020. L'adoption du dispositif s'est poursuivie progressivement par tranches d'âge et s'est achevée le 3 octobre 2023 (avenants 8 et 10) (2) (3). Le BSI remplace

l'ancienne Démarche de Soins Infirmiers (4) et s'accompagne de la réforme de la tarification à l'acte vers l'utilisation de forfaits journaliers (Annexe 1).

La création d'un BSI se fait pour tout patient dépendant qui nécessite des soins à domicile, quel que soit son âge (5). Le MG rédige une ordonnance de soins à domicile avec la mention « pour personne dépendante » et le patient la remet à l'IDEL de son choix. Au travers du BSI, l'IDEL réalise une évaluation exhaustive du patient à domicile. Cette évaluation comprend trois volets (Annexe 2) : administration, médico-social et soins. Le volet médico-social comprend notamment l'utilisation de la grille « Sommaire de l'Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission » (SEGA) (Annexe 3) calculant un score de fragilité et un score de sévérité associé transmis au MG.

Une fois validé, le BSI est télétransmis au médecin prescripteur via le site de la Sécurité Sociale. Le MG reçoit une alerte sur sa messagerie sécurisée ; il dispose alors de cinq jours pour valider ou émettre des observations sur le plan de soins. En l'absence d'intervention du MG, le BSI se valide automatiquement à échéance. Il est ensuite télétransmis au médecin de la Sécurité Sociale.

### **3 Un sujet contemporain**

Le Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG) définit la dépendance ou perte d'indépendance fonctionnelle par « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement » (6). Le vieillissement est un facteur de risque de perte d'autonomie et l'espérance de vie ne cesse d'augmenter. L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) projette la poursuite de cette augmentation d'ici 2060 (7).

En France, on compte 1,3 million d'adultes de plus de 60 ans bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Parmi eux, 790 000 vivent à domicile contre 536 000 en établissements. On sait que la perte d'autonomie fonctionnelle concerne également les moins de 60 ans dont 1,8% bénéficient de l'Allocation Adulte Handicapé (3). En 2021, les résultats de l'enquête « Vie quotidienne et santé » estiment à 9,3 millions le nombre de français qui apportent une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie (8).

Le maintien à domicile questionne d'autant plus face aux récents événements socio-sanitaires : la crise sanitaire de la Covid-19 débutée en novembre 2019, dont le confinement a favorisé la perte d'autonomie des sujets fragiles ; la crise financière rendant l'entrée en institution trop coûteuse pour certains foyers ; et enfin, les récentes accusations de maltraitance à l'encontre de nos aînés en maisons de retraites, responsables d'un climat de méfiance envers ces établissements (9) (10).

#### **4 Des enjeux pour la médecine générale**

Le BSI est un outil qui participe à la coordination des soins. La loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009 encourage la coopération interprofessionnelle au travers de protocoles de coordination créés par les MG et soumis à l'Agence Régionale de Santé (11). La coordination des soins représente les interactions entre les professionnels de santé destinées à améliorer les soins à l'échelle du patient ou sur un territoire. La loi de modernisation de notre système de santé du 2 décembre 2016 a créé les équipes de soins primaires et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé qui renforcent cette coordination des soins (12).

Dans cette volonté, le BSI permet au MG de bénéficier de l'expertise de l'IDEL sur le terrain. Selon Shafir, A. *et al.*, des personnes dépendantes et leurs aidants déclaraient

que la communication inter professionnelle leur permettait d'avoir « *l'esprit plus tranquille* ». La coordination des soins était perçue comme un critère de qualité dans les soins à domicile (13). L'étude de Danielsen, V.B. *et al.*, rejoignait cette idée en décrivant l'importance d'une collaboration entre IDEL et MG pour un maintien à domicile réussi (14).

## **5 Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de cette étude était de recueillir l'avis des MG dans les Hauts-de-France concernant le BSI et son influence sur la coordination des soins entre MG et IDEL dans le maintien à domicile des personnes dépendantes.

Les objectifs secondaires étaient d'obtenir la vision des MG sur la coordination des soins médecins-infirmiers et d'identifier d'éventuelles perspectives d'amélioration de la prise en charge des patients dépendants à domicile.

# Matériels et méthodes

## 1 Type d'étude

Cette étude a été réalisée en suivant une méthode inspirée de la théorisation ancrée. Le but de l'étude était de répondre à l'objectif principal en proposant un modèle explicatif innovant sous forme de schéma. Cette recherche a été réalisée en suivant les critères de la grille COREQ (*CO*nsolidated *CR*iteria for *RE*porting *Q*ualitative *RE*search) (Annexe 4).

## 2 Population étudiée et recrutement

La population étudiée était composée de MG en exercice, installés dans la région des Hauts-de-France. Le recrutement de la population cible a suivi un échantillonnage raisonné théorique, selon plusieurs critères : sexe, âge, durée d'installation, mode d'exercice, densité de la population sur le territoire (15). Les médecins étaient démarchés par téléphone ou par mail. L'objet précis de l'étude était révélé au terme des entretiens, afin de pas compromettre l'objectivité des données recueillies et ainsi éviter tout biais de préparation.

## 3 Recueil des données

Les données ont été recueillies par la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés. Une plateforme d'échange de type Zoom a été utilisée. Les entretiens ont été enregistrés sur l'ordinateur et par dictaphone via un iPhone 13 mini, puis retranscrits en intégralité en utilisant le logiciel Word Office 16. Les participants se sont vus attribuer un numéro avec le codage suivant : M1, M2, M3, etc.

Les entretiens semi-dirigés étaient menés en suivant un guide d'entretien rédigé en amont, adapté à plusieurs reprises au cours de l'étude (Annexe 5). Le recueil et l'analyse des données ont suivi une démarche itérative, c'est-à-dire au fur et à mesure. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation théorique des données.

#### **4 Analyse des données**

Une analyse ouverte (sans *a priori*) a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo14. Des verbatims constitués d'extraits d'entretiens ont été identifiés pour créer des étiquettes expérientielles afin d'en faire émerger des propriétés exprimant un concept vécu par l'interlocuteur. Ces propriétés ont été agencées et regroupées pour créer des catégories exprimant un phénomène.

Une analyse axiale a ensuite été réalisée, selon une approche inspirée de la théorisation ancrée, pour dégager des axes de cause à effets.

Puis, une analyse intégrative a été effectuée pour aboutir à la création d'un modèle autonome pouvant être schématisé et intégrant l'ensemble des différents axes travaillés. Les données ont été triangulées avec un interne en étude de santé formé à la recherche qualitative pour se détacher de toute subjectivité.

#### **5 Ethique**

Cette étude était justifiée, pertinente et réalisable selon une méthodologie adaptée et choisie sus-décrite. Une information claire et loyale était délivrée à chaque participant concernant l'étude de manière orale et écrite (Annexe 6).

Le consentement libre et éclairé de chaque participant était recueilli à l'oral. Les sujets ont été informés de l'absence d'obligation de participer et de la possibilité de refuser de poursuivre l'étude à tout moment.

Les données ont été anonymisées et les enregistrements audios conservés sous protection le temps de l'étude, puis détruits. Une déclaration auprès du Délégué à la protection des données de l'Université de Lille a été réalisée et validée le 13 juillet 2022 (Annexe 7).

# Résultats

Les entretiens ont été menés du 10 mars 2023 au 21 avril 2024. La saturation théorique des données a été atteinte après le 9<sup>ème</sup> entretien. Un entretien supplémentaire a été effectué permettant de s'en assurer.

La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes et la médiane de 27 minutes 30 secondes. La durée totale des entretiens était de cinq heures et une minute.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée

	Âge	Sexe	Mode d'exercice	Mode d'installation	Durée d'installation	Localisation (15)	Durée de l'entretien
<b>M1</b>	56	Masculin	Libéral	Cabinet groupe	25 ans	Centre urbain intermédiaire	19 min
<b>M2</b>	29	Masculin	Libéral	Seul	1 an	Ceinture urbaine	28 min 30 s.
<b>M3</b>	57	Féminin	Libéral	Cabinet groupe	24 ans	Grand centre urbain	26 min
<b>M4</b>	38	Masculin	Salarié	Centre de santé	5 ans	Grand centre urbain	24 min
<b>M5</b>	47	Féminin	Libéral	Cabinet groupe	16 ans	Centre urbain intermédiaire	18 min
<b>M6</b>	50	Féminin	Salarié	Centre de santé	22 ans	Grand centre urbain	26 min 30 s.
<b>M7</b>	37	Féminin	Libéral	Maison de santé pluridisciplinaire	8 ans	Bourg rural	37 min
<b>M8</b>	37	Homme	Libéral	Cabinet de groupe	7 ans	Ceinture urbaine	58 min
<b>M9</b>	53	Homme	Libéral	Seul	24 ans	Bourg rural	30 min
<b>M10</b>	40	Femme	Libéral	Cabinet de groupe	6 ans	Centre urbain intermédiaire	34 min

## **1 Modélisation des résultats**

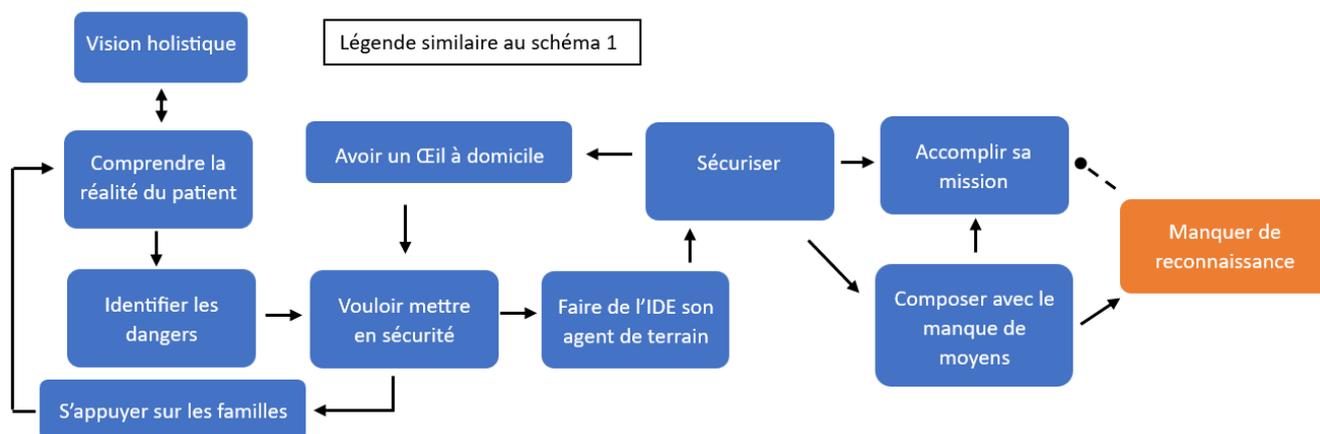
L'analyse des résultats a permis d'obtenir un schéma innovant. Ces différents axes ont été approfondis et illustrés par des extraits de verbatim.



## 2 Être en mission : maintenir à domicile

Les témoignages des MG ont permis de modéliser l'articulation d'un maintien à domicile réussi et les différentes étapes de sa mise en œuvre.

Schéma 2 : Perception du maintien à domicile selon les MG



### 2.1 Avoir une vision holistique

La capacité de voir le patient dans son ensemble apparaissait intrinsèquement liée au rôle du MG. Cette approche holistique permettait de considérer le patient dans toutes ses dimensions y compris sociale, environnementale et familiale, parfois délaissées des autres spécialités. La volonté de préserver une vision humaine des soins s'inscrivait dans les discours recueillis.

M8 : « Tu peux le détourner comme ça, te dire que tu as la compétence de globaliser, de voir le patient dans son ensemble et c'est toi qui as cette vision-là. En connaissant tes patients, tu sauras qu'est-ce qui est le mieux pour eux et qu'est-ce que tu pourras faire pour eux, pour un maintien à domicile au mieux. »

M8 : « C'est ça la médecine générale, c'est de prendre le recul, de se dire on va faire ce qu'on peut et pas moins bien, vraiment. L'hyperspécialisation, pour moi, est très bonne mais attention elle a déshumanisé le patient, et ça, la médecine générale a cette qualité, c'est que tu remets le patient au cœur du truc et encore plus sur un maintien à domicile... »

M10 : « Quand t'es le médecin dans des situations comme ça t'es vraiment le médecin dans la globalité et le médecin du patient, du côté médical, du côté social, du côté environnemental, du côté familial. »

## **2.2 Comprendre la réalité du patient**

La compréhension du patient, dans sa globalité et son environnement, se révélait être le premier maillon du maintien à domicile. Les MG insistaient sur l'importance de connaître le patient y compris dans l'intimité de son domicile.

*M6 : « C'est là qu'on se rend compte qu'il y a dans les placards des gens des traitements qui sont en fait jamais pris, parce qu'ils ont toutes les boîtes stockées depuis une année, qu'ils sont diabétiques et qu'ils mangent n'importe quoi ; quand on déballe un petit peu ce qui se passe en dessous du pantalon, on découvre des plaies, des trucs, des machins... »*

*M7 : « On est quand même avec des gens ruraux qui sont dans une envie de rester chez eux la plupart du temps et de surtout pas aller à l'hôpital et de rester chez eux le plus longtemps possible. »*

## **2.3 Identifier les dangers**

En intégrant la réalité du patient, les MG pouvaient identifier les éventuels dangers, lorsqu'une perte d'autonomie survenait. Le dépistage des fragilités s'appuyait sur le suivi médical du patient, l'expertise de l'IDEL et le regard de la famille. Plusieurs MG rapportaient leurs inquiétudes, notamment concernant le risque de chute ou encore l'inobservance d'un patient.

*M6 : « Alors, on discute avec le patient et puis on se rend bien compte [...] qu'il faut qu'il y ait des aides... [...] Ils sont pas, soit observants dans le traitement, soit dans l'hygiène de vie, soit les deux... et c'est difficile. On a aussi des gens qui montent trois étages alors qu'il y a un risque de chute qui est extrêmement élevé. »*

*M10 : « En fait, ce qui est relou dans l'histoire, c'est que rester à la maison c'est dangereux. En fait, elle va finir par tomber. Lui, il est incapable de la ramasser. Elle va finir par se péter quelque chose. »*

## **2.4 Vouloir mettre son patient en sécurité**

La mission du maintien à domicile naissait de la volonté du MG de mettre en sécurité le patient. La mise en place d'aides pouvait répondre à l'urgence d'une perte d'autonomie brutale notamment après une hospitalisation ou en situation de soins palliatifs. En l'absence d'urgence, certains MG préféraient suivre le rythme du patient

pour obtenir son adhésion aux soins. D'autres MG avouaient être plus directifs lorsque la situation l'imposait. Les MG expliquaient également faire face à des refus de la part des patients.

*M3 : « [...] Le contexte de soins palliatifs avec un cancer et une fin de vie c'est différent, parce que les gens acceptent facilement les aides. C'est beaucoup plus compliqué quand c'est une perte d'autonomie liée à l'âge. Les patients ont énormément de mal à accepter leur perte d'autonomie. Donc, moi, même si c'est compliqué, j'essaie d'y aller très progressivement. »*

*M7 : « Mais oui, des fois quelqu'un qui était jusque-là autonome, qui est hospitalisé, qui en sortant ne l'est plus ! [...] ça peut être souvent le cas en sortie d'hospitalisation. »*

## **2.5 Faire de l'IDEL son agent de terrain**

L'IDEL était désigné par les MG interrogés comme l'agent de terrain idéal dans le maintien à domicile. Il permettait une surveillance quotidienne grâce à sa relation de proximité avec le patient. Les MG s'accordaient sur le caractère indispensable de l'IDEL dans tout maintien à domicile. Les MG reconnaissaient les compétences de l'IDEL parfois au-delà même de ses attributions.

*M1 : « Primordiale !! [répond immédiatement] Primordiale ! C'est pas tellement le médecin qui a un rôle important pour moi, ce sont vraiment les infirmiers et infirmières, parce qu'en fait c'est eux qui passent quotidiennement, matin et soir, et c'est eux qui vont évaluer plus la dépendance... enfin l'autonomie du patient. Nous on passe une fois par mois, une fois la quinzaine, où quand ça va pas mais c'est vraiment les IDE ! C'est fondamental leur rôle... »*

*M9 : « Dans nombre de cas, s'il n'y avait pas l'infirmier, on ne parlerait pas de dépendance au domicile, parce que nos papis mamies, nos dépendants, seraient hospitalisés. A mon sens, il a un rôle clé de par sa fonction, grâce à une formation, de par également les passages qu'il peut faire de manière pluriquotidienne quelquesfois. Parce que nous hélas, en tant que médecin, on ne peut pas toujours faire. »*

## **2.6 Avoir un œil à domicile**

L'IDEL permettait aux MG de garder un œil au domicile des patients en dehors de toute consultation. L'IDEL était perçu comme un veilleur, capable de donner l'alerte au MG en cas de danger. En cas de problème, les MG avaient confiance en l'IDEL pour faire remonter l'information.

*M4 : « Il y a un rôle de signal, de signal d'alerte et de relation privilégiée avec les médecins en disant : « là, la dame elle est en train de se casser un peu la figure, il va se passer quelque chose, va falloir l'aider sinon elle va devoir être institutionnalisée ». Ça, c'est la première chose. »*

*M6 : « Et en fait, des fois le patient, s'il va moins bien, elles ont l'habitude [...] elles préviennent ! »*

*M7 : « Bah pour des personnes plus fragiles des fois, le passage quotidien ça permet d'avoir quelqu'un qui nous appelle. Pour des gens isolés, elles savent dire « ben là, je ne le trouve pas comme d'habitude, il faudrait passer aujourd'hui ! », parce que des fois, les personnes ne veulent pas appeler le médecin si on ne les incite pas fortement ! Donc ouais, elles ont un rôle de surveillance, de contrôle, d'aide... »*

## **2.7 Sécuriser le patient à domicile**

Les MG confiaient à l'IDEL la tâche d'assurer la continuité des soins à domicile. Une attention particulière était portée sur la délivrance des traitements par l'IDEL. Les MG soulignaient ce rôle clé permettant de favoriser l'observance et ainsi de prévenir d'éventuelles erreurs ou décompensations.

*M8 : « J'ai besoin d'eux en soutien et en appui pour remonter l'information, pour essayer de mettre en place ce que j'ai déjà mis en fait, [...] Pour continuer ce qu'on a mis en place et pouvoir relever en fait ce qui est fait, parce qu'entre ce qui est fait au cabinet ou dit, c'est complètement différent ! »*

Dans cette volonté, un MG interrogé expliquait être en difficulté avec la mention « personne atteinte de trouble cognitif ou psychiatrique » nécessaire au remboursement de la dispensation des traitements par l'IDEL.

*M1 : « Alors, pour l'infirmière c'est compliqué, car ce n'est pas pris en charge par la Sécu, tu le sais ? La Sécurité Sociale ne prend pas en charge la délivrance des traitements, mais je l'ai faite passer pour que ça soit pris en charge pour un trouble cognitif, ce qui est faux ! Mais on est obligé de faire ça, je ne sais pas ce que te diront mes confrères, mais sinon ce n'est pas pris en charge. Et honnêtement, ce Monsieur n'est pas dément mais gérer son traitement, il ne saurait pas faire. »*

En effet, depuis juillet 2019, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) a étendu le remboursement de l'administration et de la surveillance des thérapeutiques orales au domicile au patient souffrant de trouble cognitif, auparavant uniquement réservé au patient souffrant de trouble psychiatrique (16). A noter que seuls les traitements par voie orale sont pris en compte, ainsi collyres et pommades apparaissent hors cotation.

## 2.8 Accomplir sa mission

Les MG accomplissaient l'ensemble des étapes, portés par la mission d'un maintien à domicile pérenne. L'objectif était de permettre à leurs patients dépendants de rester chez eux dignement, le plus longtemps possible. Cette tâche s'imposait à eux, inhérente à leur rôle de MG.

*M6 : « C'est lourd, mais ça fonctionne. En même temps, c'est le rôle du médecin généraliste de laisser ces gens à domicile, [...] Parce que la rééducation, elle se fait d'autant plus qu'on est à domicile et que le patient il aime bien rester chez lui quoi ! C'est des gros enjeux, et puis c'est notre boulot à nous ! »*

*M9 : « Pour moi c'est majeur, nos gens doivent rester le plus longtemps possible à la maison. Là, pour le coup, ça fait partie de notre boulot de médecin, de faire en sorte qu'ils y restent. »*

Les MG justifiaient l'importance du maintien à domicile par différents enjeux : respecter le souhait du patient, favoriser la reprise de son autonomie, prendre en compte l'aspect financier et économique.

*M9 : « Je pense qu'il faut vraiment, à mon sens, valoriser le maintien à domicile. Pour des raisons humaines déjà, des raisons éthiques évidemment et des raisons de réseaux aussi et enfin, accessoires, des raisons économiques. La santé n'a pas de prix, elle a juste un coût. »*

La majorité des MG ressentaient le maintien à domicile comme une situation difficile et complexe.

*M1 : « Sur la dépendance ? C'est un sacré problème, c'est un problème auquel on est plus souvent confronté quand même. Avec le vieillissement de la population, etc. Les familles qui sont assez éloignées... Et c'est toujours un moment très difficile en ambulatoire, en libéral, parce que parfois les gens sont un peu seuls. Nous on n'a pas le temps, on prend pas toujours le temps... »*

*M5 : « Je pense que tout le monde tâtonne un peu et chacun essaie de faire du mieux qu'il peut mais c'est pas facile. »*

Les MG devaient composer avec la réalité du terrain, notamment le manque de moyens disponibles. Certains exprimaient un sentiment de frustration voire d'échec. Cependant, les MG semblaient animés par une même volonté : faire de leur mieux pour le bien-être du patient.

M8 : « Ça me fait des fois de la peine [...] et je pense que les aides-soignants en EHPAD ont le même sentiment, même les médecins à l'hôpital, de se dire « purée, je pourrais faire mieux mais je peux pas, j'ai pas les moyens de faire ». Et en médecine générale, on est comme à l'hôpital, on a pas toujours les moyens, on voudrait mettre plein d'aides et tout ça... T'es frustré en fait, t'as une frustration mais tu te dis : j'ai fait ce que j'ai pu avec les moyens que j'avais pour faire le mieux, peut-être pas le meilleur parce que le meilleur ça n'existe pas, au mieux pour mon patient et en respectant sa dignité. »

Certains MG ressentent un manque de considération malgré leur implication, vécu notamment au cours des interactions hospitalières ou renvoyé par la société.

M8 : « Et de plus en plus, maintenant, le médecin est mal vu aussi... Et t'es toujours là à dire : « Non, nous on travaille en équipe, nous on travaille en équipe ! » Des fois, c'est compliqué d'avoir ce rôle, de dire : « Ben voilà, je suis un peu le chef de file mais j'ai besoin aussi de tout le monde et faut que tout le monde mette la main à la pâte, parce que c'est dur pour tout le monde. »

## 2.9 Le rôle des aidants

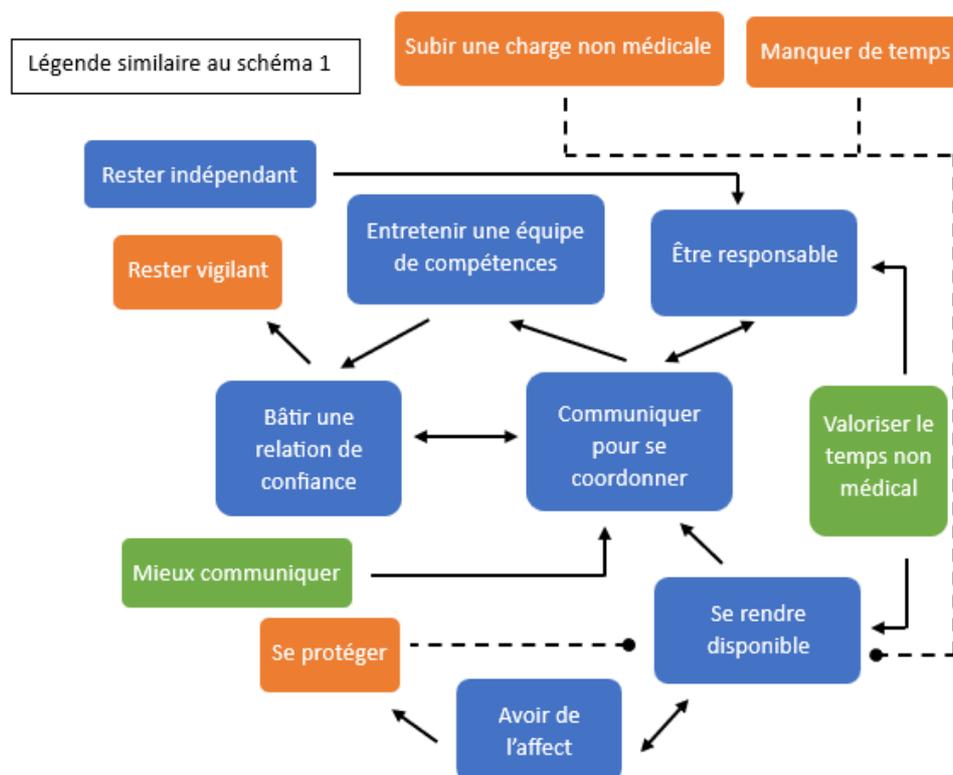
Le maintien à domicile s'organisait autour d'une relation triangulaire entre MG, IDEL et patient, à laquelle s'associait la famille des patients. L'absence d'étayage familial rendait le maintien à domicile complexe, moins bien vécu par les MG. Les MG assuraient également le rôle de soutien pour les familles, en les préservant grâce aux aides mises en place.

M9 : « Donc j'ai mis en place à la fois l'HAD (Hospitalisation à domicile), et les structures de SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile), pour essentiellement envoyer un message à la famille : « On ne vous lâche pas ! ». On ne vous lâche pas... »

M10 : « Je trouve que la famille elle est indispensable au maintien à domicile, que si y'a pas ça, c'est pas terrible. »

### 3 Bâtir la coordination des soins

Schéma 3 : Construction de la coordination des soins selon les MG



#### 3.1 Communiquer pour se coordonner

Les MG déclaraient communiquer facilement avec les IDEL. Les échanges étaient fluides et d'intérêts réciproques permettant de prendre en charge le patient de manière optimale. La communication se faisait par différents canaux. Le support papier était privilégié au domicile dans le cadre du suivi de routine pour échanger avec les différents intervenants, très utile en pratique. Pour l'urgence, le téléphone était l'outil privilégié pour une communication vécue comme rapide, efficace et directe.

M2 : « Sur des choses pas vitales en fait, on communique par cahier. Le fameux cahier de transmissions où il met son petit mot et toi tu mets ton petit mot de ce que tu as fait. Ça permet de bien communiquer. »

M1 : « Téléphone. C'est le premier truc, c'est le coup de fil qui va bien en disant « Ben voilà, je vous appelle... » C'est le téléphone. Franchement, c'est le téléphone. C'est pas Internet, c'est vraiment le coup de fil direct. »

*M7 : « La plupart des infirmières, maintenant, on a échangé nos numéros de téléphone portable, on s'envoie des messages facilement. »*

Les outils numériques et les téléservices étaient également utilisés (email, messagerie instantanée, photos, etc.), par exemple pour le suivi des plaies. La pratique de la téléconsultation était vécue comme utile, médiée par l'IDEL au domicile du patient, pour répondre à une problématique précise sans avoir à quitter le cabinet. Certains organisaient des rencontres coordonnées au chevet du patient avec l'IDEL.

*M4 : « Ah non, j'utilise du WhatsApp, du téléphone, de l'appel téléphonique, du mail... Voilà, moi j'utilise tout parce que je suis un médecin 2.0. J'ai pas de dossiers papier au cabinet, tout est dans la machine. Mais parce que je suis installé depuis cinq ans et que je comprends que quelqu'un qui est installé depuis 15-20 ans a pas fonctionné comme ça et qu'il faudra peut-être des courriers papier ou du mail uniquement ! Ou que du téléphone. [...] moi en tout cas, j'utilise tous les moyens de communication. »*

*M6 : « On fait des téléconsultations en visio souvent avec l'infirmier pour voir un petit peu ce qui pourrait poser problème et pour éviter le fait d'aller tout le temps au domicile... euh... voilà. Mais du coup l'infirmier, il a un rôle majeur. »*

*M8 : « On est en 2023, on utilise les réseaux, donc il existe les applications par exemple pour les plaies... Plaies et cicatrisation, t'as des applications pour suivre les pansements. »*

Enfin, la communication reposait sur la confiance et la connaissance de l'autre. Pour les MG interrogés, connaître l'IDEL permettait un échange de qualité.

*M6 : « Alors, quand je connais les infirmiers ? C'est canon ! Quand je connais pas, c'est beaucoup plus compliqué... [...] Globalement, on travaille tous avec un réseau ; en tout cas, quand on a quand même quelques années d'exercice, on en a tous, sans vouloir faire travailler les uns et les autres, on est une équipe où on s'entend bien ! [...] Et c'est vrai que quand on se connaît, on a le téléphone qui va bien et qui est rapide et tout est généralement bien ciblé, et le rôle il est essentiel. »*

### **3.2 Entretenir une équipe de compétences**

Grâce à la coordination des soins, les MG formaient une équipe avec les IDEL destinée à travailler ensemble. Cette relation était basée sur le partage de connaissances et le respect des compétences de chacun. Les MG valorisaient les aptitudes des IDEL, notamment dans la gestion des plaies. Un des MG insistait sur la formation continue pour rester compétent et maintenir la qualité des soins.

M4 : « Et après, moi je suis un fan du partage des tâches. Je pense aussi que les infirmiers sont bien meilleurs que les docteurs sur tout ce qui est soin d'ulcères et compagnie. [souffle] Moi le pansement chronique, j'en ai rien à faire, vraiment, je m'en fous complètement, alors que les infirmiers c'est leur dada et donc il faut les écouter. C'est des fois aussi de l'aide à la prescription. »

M8 : « C'est pas le médecin au-dessus et l'infirmière en-dessous, c'est au même niveau, mais y'a des compétences que chacun a et qui doivent être respectées. » « Et des fois, certains ont une compétence supérieure à d'autres dans tel et tel domaine, et puis voilà. »

M10 : « L'acte coordonné entre l'infirmier, on fait pas du tout le même travail, donc euh... L'acte coordonné entre l'infirmier et le médecin, c'est essentiel, dans l'intérêt du patient et dans le maintien à domicile. »

### **3.3 Bâtir une relation de confiance**

A force de travail en équipe, les MG formaient avec l'IDEL un véritable binôme porté par une confiance mutuelle. La solidité de la relation venait renforcer la coordination des soins et donc, la bonne prise en charge du patient dépendant. Les MG expliquaient vivre une relation satisfaisante avec les IDEL. Le réseau de soins médecins-infirmiers se construisait naturellement dans ce contexte.

M1 : « Nous, les infirmières, on les connaît bien. Donc, j'allais dire, la qualité elle est excellente. Euh... parce qu'on délègue... C'est pas des IPA (Infirmière en pratique avancée) hein, mais on leur fait confiance en fait, tu sais. [...] Ta question c'était la qualité de la relation, c'est ça ? de la coordination ? Pour moi, elle est excellente. D'ailleurs, je vais rebondir sur ce que tu dis, parce qu'en fait, ils veulent créer des IPA etc. mais en fait je vois pas l'intérêt, nous on a déjà notre réseau avec nos infirmières. Il est pas acté, il est pas écrit, il est pas gravé dans le marbre mais il se fait de manière tout à fait naturelle. »

M8 : « Alors, plutôt en mode binôme et partage des connaissances, tu vois ? C'est pas le médecin dit et l'infirmier il fait, parce que ça veut dire que le médecin il se plante complètement. C'est un binôme et une confiance. »

M8 : « Quand t'as confiance en ton réseau, c'est avec l'habitude que tu travailles avec tes infirmières. »

Les MG soulignaient que s'il s'agissait d'une relation basée sur la confiance celle-ci ne devait pas être aveugle. Les MG faisaient parfois face à des IDEL se permettant de sortir du cadre de leurs attributions auprès des patients ou directement auprès du MG. La vigilance était requise pour garantir le respect des prescriptions médicales et des soins à domicile.

M9 : « J'ai déjà appelé un infirmier pour lui proposer un passage en commission paritaire locale parce qu'il a rajouté des éléments qui sont sur mon ordonnance, à la demande du patient. » « C'est mon ordonnance, c'est pas la sienne. »

M10 : « Y'en a certains avec qui ça passe beaucoup moins bien, parce qu'en fait, pour le coup là, ils prennent des décisions, ils se la jouent un peu médecin, ils t'imposent des soins... 'Fin je pense par exemple à un infirmier qui se prend pour un médecin quoi ! »

### **3.4 Être responsable**

Les MG centralisaient et faisaient circuler l'information entre les différents intervenants : patients, IDEL, familles, réseaux, assistantes sociales, etc. Les MG acceptaient le rôle de coordinateur référent pour garantir la bonne coordination des soins. Les MG se sentaient responsables de leurs patients, répondant à leurs devoirs de généraliste selon eux. Certains MG exprimaient la volonté de rester indépendant dans leur exercice médical.

M4 : « Alors je suis désolé, dans une équipe il faut toujours un chef, et le chef, c'est le médecin. C'est comme ça. Que ça plaise à certains ou pas, je m'en fous éperdument, mais c'est un peu le médecin qui est le chef d'orchestre. »

M10 : « T'es un peu la référence : ils te font confiance à ce moment-là parce que t'es le médecin et puis que tu es un peu le coordinateur et... tu les assistes quand même, en tout cas la famille tu les assistes beaucoup, tu réponds à leurs questions, pas uniquement médicales quoi. Ouais pas uniquement médicales. Tu appelles les différentes aides, tu appelles les trucs, tu coordonnes, même en soins pall' finalement je les appelle ! Donc c'est plus toi qui coordonnes tout, qui gères l'HAD t'es vraiment le centre du truc avec l'infirmière et tout ça. »

### **3.5 Se rendre disponible**

Les MG dégageaient du temps, parfois personnel, au service de la coordination des soins. Les MG se montraient à l'écoute des patients et des familles. Ils restaient également disponibles pour répondre aux sollicitations de leurs partenaires IDEL en cas de besoin.

M3 : « Alors effectivement, je suis dérangée, mais moi, personnellement, ça ne me gêne pas et je suis pas trop dérangée non plus. [...] ça se passe plutôt bien ça ! »

M5 : « Ça prend du temps d'organiser, ça prend du temps... Je pense que chez les patients c'est long, y'a toujours beaucoup de choses à regarder. Je trouve que c'est vraiment des visites qui sont plus longues et plurifactorielles. T'as tout le versant médical, t'as le versant social, t'as le versant familial... »

Les MG s'investissaient pour le bien-être de leurs patients, parfois source d'implication émotionnelle. Pour se protéger de cet affect lié à leur exercice, les MG désignaient l'IDEL comme acteur de terrain. En gardant un peu de distance, le MG préservait son objectivité.

M2 : « Je te confirme que je pense que c'est ma plus grosse expérience depuis le début, donc euh... Pour que je chiale avec le patient, ouais c'était très très très très fort. »

M6 : « Ou en tout cas... à force de connaître forcément les gens et la famille, parfois on n'est pas tout à fait objectif dans la prise en charge ou quoi que ce soit. »

M7 : « On n'a pas ce côté quotidien du côtoiement vraiment dans l'intime qu'ont les infirmières sur certaines situations. »

### **3.6 La problématique du temps**

Les MG exprimaient de manière presque unanime ressentir un manque de temps pour accomplir leur mission et se rendre disponible pour coordonner les soins. Le manque de MG venait renforcer ce sentiment, avec parfois des demandes de consultation injustifiées.

M4 : « On le voit, y'a un problème de démographie médicale en ville : les patients ne trouvent plus de médecin, où est-ce que les gens vont ? Ils vont aux urgences. »

M8 : « Et puis faut pas oublier qu'il y a un patient face à toi, avec des difficultés, et ça, ça devient de plus en plus difficile à gérer si tu veux voir le plus de monde possible... Pas pour l'argent ! Loin de là ! Mais ben parce qu'il y a plus beaucoup de médecins, clairement ça devient compliqué ! Faut pas se leurrer. »

Les MG dénonçaient une surcharge d'informations liée à une charge administrative lourde et chronophage, se faisant au dépend du temps médical et donc du patient. La multiplicité des canaux d'information était responsable d'une sursollicitation.

M1 : « Et puis y'a aussi un autre souci : on est confronté à un tas de sollicitations Internet. T'as : Apicrypt, t'as ton adresse mail personnelle, t'as Ameli... En fait, tu as des infos qui arrivent de partout sur Internet maintenant, ça devient... Alors t'as de temps en temps le petit message de WhatsApp, tu vois ? Tu t'en sors plus, ça part de partout. Alors la messagerie santé, c'est peut-être l'avenir, mais pour l'instant, nous on s'en sert pas, on se sert que d'Apicrypt. Et tu vois, tu as des infos de partout. »

M3 : « Si tu veux, c'est les canaux sont tellement multiples que ça arrive de partout quoi, donc tu dois tout contrôler. Il y a plein de messageries différentes... c'est ça en fait ! On a vraiment l'impression... En tout cas, moi, j'ai l'impression d'être sollicitée par plein de canaux différents. »

M8 : « Et en fait, t'en as vu 30-35 [de patients] et tu te dis : « mais en fait, j'ai rien fait aujourd'hui, j'ai rien fait... J'ai fait de la paperasse... » »

### **3.7 Valoriser le temps non médical**

Les MG évoquaient l'idée d'une valorisation, notamment financière, du temps non médical destiné à encourager l'acte coordonné et nécessaire à l'exercice de la médecine générale. Certains espéraient du changement dans la politique de santé actuelle.

M1 : « Alors que là, si on avait un système, - [rire] on va parler d'argent - mais tu vois, un système où on te dirait « Vous avez un forfait » - mais tu vois, symbolique - pour dire au médecin et à l'infirmière : « Vous allez être rémunérés, ça fait partie de votre temps de travail, vous avez une demi-heure tous les quinze jours où vous vous connectez avec les infirmières, et puis l'infirmière et le médecin seront rémunérés. C'est un temps de rémunération mais vous échangez sur les patients. » Ça me paraîtrait un truc qui est pas déconnant, quoi. Parce que tu te dis, ça coûterait pas très cher à la Sécu, et là, pour le coup, il y aurait un bénéfice pour tout le monde, surtout pour les patients. »

M4 : « Je pense qu'il faut que ça rentre dans les mœurs. Je pense que clairement, faut mettre les pieds dans le plat ! Alors ça, c'est du courage politique qu'il va falloir. Il faut vraiment qu'on instaure la notion d'équipe traitante, pourquoi pas de responsabilité populationnelle, mais par contre, en changeant la financiarisation de la médecine. »

M4 : « Mais de se dire voilà, aujourd'hui, je vois 35 patients par jour pour vivre et me verser un salaire de X milliers d'euros ; demain, j'en verrai peut-être que 25, par contre, je serai très qualitatif parce que je ferai du parcours patient, parce que je vais faire de la valeur ajoutée pour le territoire, mais je gagnerai le même salaire. Je suis sûr et certain que la communication se fera mieux. »

### **3.8 Imaginer de meilleures façons de communiquer**

Les MG ont été interrogés sur leur vision d'une coordination des soins « idéale », dégagant au travers des discours des perspectives d'amélioration pour mieux communiquer.

Pour les MG, se rencontrer avec l'IDEL, notamment au chevet du patient, permettait une meilleure coordination des soins. En raison d'une contrainte de temps, les MG expliquaient que ces rencontres conjointes restaient rares, malgré leur impact positif évident sur la coordination des soins.

*M1 : « L'idéal, ce serait qu'on se retrouve à un moment donné ensemble chez le patient. [...] se coordonner pour qu'on aille un jour, je sais pas, on dit « Bah tiens, jeudi à 13h30 on se retrouve chez Monsieur ou Madame untel » et on se voit. »*

*M7 : « Après, le fait de se mettre à deux des fois, par exemple, vraiment, on se rencontre chez le patient avec l'infirmière pour vraiment mettre en place des choses, ça peut permettre aussi des fois de convaincre la personne ! »*

Certains évoquaient l'impact du mode d'installation avec, par exemple, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) qui prévoient des rencontres et un espace dédié à la coordination des soins interprofessionnels.

*M7 : « En plus, maintenant, comme on est en MSP, on fait nos réunions de concertation aussi qui permettent d'échanger de façon des fois plus approfondie sur certains dossiers et d'aborder certaines choses que dans la pratique quotidienne on n'a pas le temps... d'aller au fond des choses, donc ça, c'est important aussi ! »*

*M1 : « Ou alors si on était vraiment dans une MSP avec les infirmières à côté de nous, tu vois, mais nous c'est pas le cas. L'idéal c'est de se retrouver une fois de temps en temps chez le patient, mais c'est pas simple. »*

Certains MG souhaitaient une simplification de l'administratif et des téléservices mieux développés pour une communication plus simple.

*M8 : « Blague à part, y'a un problème informatique au niveau des comptes rendus médicaux, on ne les reçoit pas. »*

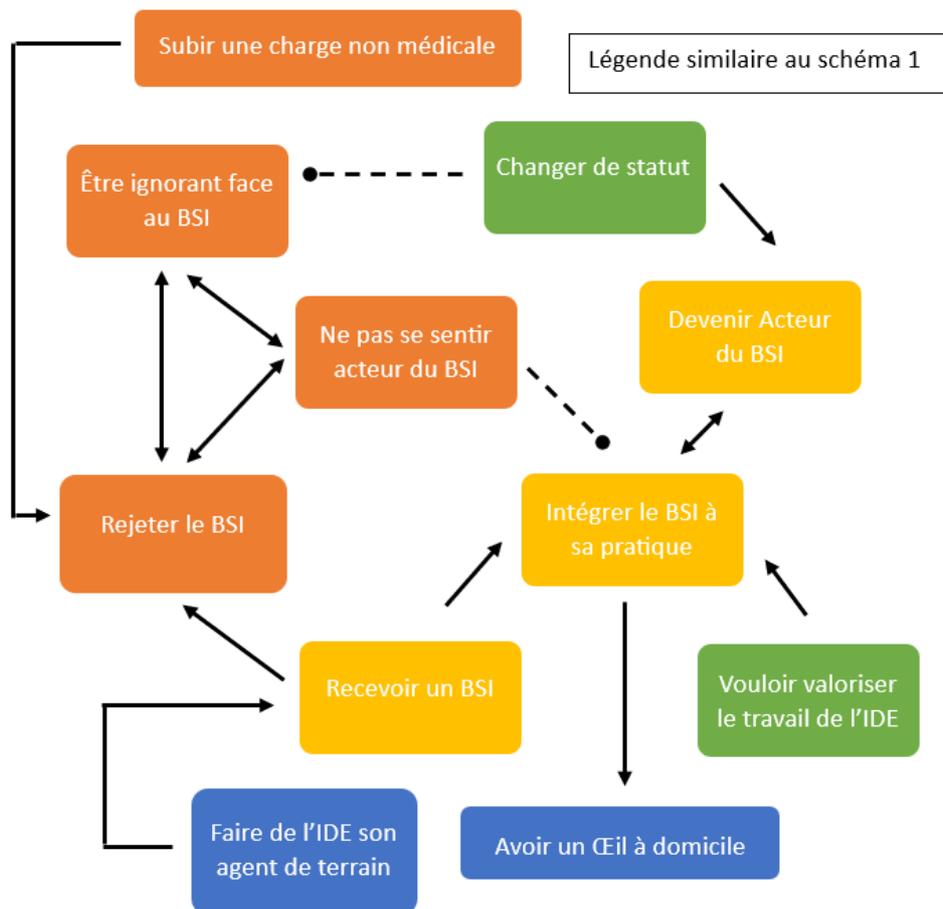
*M9 : « Essaie de faire un bon de transport pour aller à cet hôpital, si tu y arrives en moins de cinq minutes, bravo [rires] ! Non mais c'est... voilà. C'est de l'administratif qui... voilà. Mais y'en a plein d'autres comme ça. C'est soi-disant pour une simplification, on n'a pas dit pour qui ? ni pour quoi ? ni pour quand ? ni pour comment ? Mais c'est pas pour nous. Y'a beaucoup de choses qui sont bien, mais y'a des aspects qui sont un peu rebutants quand même... »*

L'amélioration de la coordination entre ville et hôpital était également un sujet de réflexion pour les MG interrogés.

*M6 : « En tout cas, d'avoir une discussion ouverte dans les deux sens, parce qu'on fait pas tout à fait la même médecine, que ce soit à l'hôpital ou en ville, et que... Ouais, je trouve que c'est plutôt bien de faire comme ça. Voilà. »*

## 4 Cheminement vers l'intégration du BSI

Schéma 4 : Perception de l'intégration du BSI par les MG



### 4.1 Découvrir le BSI

Parmi les MG interrogés, aucun n'avait reçu de présentation préalable du BSI avant d'y être confronté en pratique. La majorité d'entre eux l'avaient découvert par l'intermédiaire de l'IDEL au cours de la prescription de soins à domicile.

*M3 : « Ah, ça ne m'a jamais été présenté mais les infirmières m'en ont parlé, du coup, je me suis loguée, j'ai regardé sur le site et puis elle m'a dit : « Je vais t'envoyer le Bilan de soins infirmiers, tu regardes. » J'ai fait ça et puis j'ai signé et je l'ai envoyé. »*

*M4 : « J'ai vu ça parce que mon infirmière un jour m'a dit : « Tu peux prescrire un BSI ? ». J'ai dit : « C'est quoi ça ? » et donc elle m'a expliqué. Depuis, j'en prescris assez souvent. »*

Les autres MG expliquaient avoir découvert le dispositif de manière fortuite au travers de notifications du site de la Sécurité Sociale. En effet, ces MG avaient reçu une alerte

indiquant la réception d'un BSI sans avoir eu la connaissance même d'en être à l'origine, par leur prescription de soins à domicile.

*M10 : « C'est-à-dire qu'un jour j'ai reçu un mail : « vous avez un BSI je sais pas quoi à valider » ; et en fait, je suis tombée dessus. J'ai regardé sur Amelipro et je suis tombée là-dessus. »*

Enfin, un des MG n'avait pas connaissance du BSI au moment des entretiens.

## **4.2 Un manque d'intégration du BSI**

La majorité des MG interrogés semblait ne pas avoir intégré le BSI dans leur pratique quotidienne. Les discours recueillis identifiaient plusieurs phénomènes expliquant ce manque d'intérêt.

Une partie des MG avouaient rester fidèles à leurs habitudes et ainsi n'avoir pas pris le temps d'inclure le BSI à leur routine d'exercice.

*M1 : « C'est un peu de négligence je pense. Ce n'est pas dans les habitudes et c'est un peu de négligence de notre part, enfin de ma part. Je ne prends pas le temps de les regarder. »*

*M3 : « Alors moi, j'ai pas eu l'habitude, alors je pense que c'est de la paperasse en plus, quoi. »*

*M10 : « Je me dis pas tous les jours « tiens, je vais aller vérifier ce truc-là ». »*

En utilisant le BSI, certains MG craignaient d'interférer dans le travail de l'IDEL. Le dispositif était perçu comme une source de travail supplémentaire pour l'IDEL que le MG ne voulait pas charger davantage. Par l'intermédiaire du BSI, un des MG éprouvait même la sensation de « fliquer » l'IDEL, vécu comme hors de ses attributions.

*M10 : « Ouais, de me dire que si je leur valide pas leur truc et ben eux ils vont devoir recommencer, qu'eux ils ont autre chose à foutre que de recommencer ce truc-là, que le plus important c'est pas ce truc de BSI, c'est quand même d'être au domicile et... Ils ont quand même du boulot les infirmiers ! »*

*M8 : « Après pareil, c'est de l'administratif, le médecin n'est pas là pour fliquer l'infirmier. J'ai pas à aller vérifier le travail de l'infirmière. C'est pas mon rôle, c'est à la Sécu ou autres. »*

### **4.3 Facteurs encourageant le rejet du BSI**

Plusieurs facteurs étaient identifiés comme limitant l'intégration du BSI dans la pratique des MG. Ces différents facteurs présentaient des relations d'interdépendance qui se renforçaient mutuellement par leurs interactions.

#### **4.3.1 Être ignorant face au BSI**

Au cours des entretiens, les MG émettaient de nombreuses interrogations sur le fonctionnement et les modalités du BSI. Beaucoup manquaient de connaissances sur cet outil, pourtant au cœur de leur pratique.

*M2 : « Mais euh... je ne sais même pas si sur Ameli le médecin il peut déclencher un BSI ? »*

*M6 : « En fait, c'est quand on coordonne des soins à domicile avec des infirmiers, où là, ils me disent : « Ben là, faut que tu me fasses un bilan de soins infirmiers, faut que tu me le prescribes », mais moi, je sais jamais quand je dois le faire ou pas. Quand est-ce que... la limite de mes petites ordonnances que je peux faire elle est suffisante ou pas pour les soins infirmiers, donc, voilà ! Et j'ai pas de retours, nan. Je sais pas. J'ai pas de retours, je sais pas pourquoi. »*

*M7 : « Je ne sais pas dans quelles conditions il faut un BSI ou pas ; c'est elles qui nous le disent en fait les fois où elles ont besoin d'un BSI. »*

Certains MG dénonçaient un défaut d'information avant le déploiement de ce nouvel outil.

*M1 : « Mais je pense, honnêtement, je vais peut-être anticiper ta question : y'a un défaut d'information là. Pour le coup, là on a pas du tout eu d'infos... »*

*M7 : « Ça a été télescopé par le Covid, c'est pour ça qu'on n'a pas eu d'informations, parce qu'on a été noyés sous les infos Covid à ce moment-là et on n'a pas... Et le BSI, il est complètement passé à la trappe ! »*

#### **4.3.2 Ne pas se sentir acteur du BSI**

Par manque de compréhension du BSI, certains MG réalisaient leurs ordonnances à la demande de l'IDEL, source de questionnement. La méconnaissance des modalités d'application du BSI renforçait le sentiment des MG de ne pas être acteur de cette

réforme. Cette absence de maîtrise renforçait elle-même l'absence d'intégration du BSI dans leurs pratiques médicales.

M1 : « Oui, on en entend parler (du BSI) mais on ne gère pas du tout. »

M2 : « J'en prescris et les infirmiers demandent aussi d'en prescrire. Ils le font d'eux-mêmes, finalement. Le Bilan de soins infirmiers, je trouve que [silence]... enfin, peut-être que c'est moi, mais je n'ai jamais été à l'initiative d'un Bilan de soins infirmiers. C'est souvent les infirmiers qui passent au domicile, à un moment donné, qui se disent : « Ah ben tiens, je pense que ouais, il faut qu'on fasse un Bilan de soins infirmiers ! » Et du coup, ben voilà, ils vont dire au patient « ben demandez à votre médecin qu'il prescrive un Bilan de soins infirmiers ». [...] Je peux pas te dire clairement ce que ça peut apporter au patient. »

M7 : « Elles ont dit « il faut marquer ça sur l'ordonnance pour que ça marche bien » donc on a fait le modèle et quand elle disait « bah là, c'est un BSI » on fait l'ordonnance qui correspond ! »

### **4.3.3 Ressentir une surcharge administrative**

Certains MG identifiaient le BSI comme une charge administrative supplémentaire, accroissant leur sentiment de perdre du temps médical. Un manque de lisibilité du BSI était évoqué ainsi qu'une démarche jugée chronophage et contre-intuitive.

M8 : « Tu vois, c'est lourd en fait, c'est pas fluide. Tu dois aller te reconnecter sur le site Amelipro. 'Fin tu vois, si par exemple l'infirmier t'envoyait la fiche, t'avais juste à valider : est-ce que t'es obligé de passer par Amelipro ? Ou de signature électronique ? Autre qu'Amelipro ? 'Fin j'sais pas. J'aurais fait autrement... »

M10 : « Bah oui, plus pratique, plus lisible aussi, parce qu'en plus c'est plein de cases. 'Fin tu vois, tu as plein d'espèces de trucs, c'est très bizarre ce truc-là et... J'ai l'impression que c'est chronophage, et pour l'infirmier et pour toi, et je sais pas dans quel intérêt c'est fait à part pour vérifier et le payer lui ? J'imagine, j'en sais rien. Je sais pas. »

## **4.4 Changer de statut**

Durant les entretiens, les MG se questionnaient sur l'impact du BSI sur la prise en charge du patient et surtout sur la pratique des IDEL.

M9 : « Il faudrait interroger une infirmière pour savoir si ça lui... Si elle ça a changé quelque chose. Si elle ça lui apporte quelque chose que ce soit au niveau responsabilité ou au contraire au niveau dé-responsabilité, par exemple hein ; le fait de savoir qu'elle fait des choses mais qu'un médecin a signé et donc qu'elle peut les faire, ça... ça j'ai pas la réponse. Si encore une fois, ça lui permet de valider le fait qu'elle puisse passer X fois par jour, etc, etc. Mais j'ai pas la réponse, c'est une carence, parce que... Je l'ai pas demandé aux filles ce que ça avait changé pour leur vie. Donc c'est une carence qu'il faudrait que peut-être je corrige. »

Ces interrogations suscitaient l'envie d'être informé et de mieux comprendre le BSI, en s'intéressant en particulier à la vision de l'IDEL.

M6 : « Je vais faire gaffe au retour de BSI si je les vois dans Amelipro [rires] ! Et puis la prochaine fois, je demanderai à une infirmière effectivement, comment elle rédige son protocole de BSI. »

M9 : « Parce que si elles [les infirmières] me demandaient qu'elle était la vision de ma consultation, l'image qu'elles en ont et l'image que moi j'en ai seraient forcément différentes. Donc ce qui m'intéresserait, fin ce qui serait intéressant à creuser une prochaine fois que je verrai une de mes filles, c'est lui dire : « Alors le BSI ? Usine à gaz ou pas ? » »

M10 : « Si, qu'on m'explique à quoi ça sert, pourquoi ils le font et où est-ce que nous on peut intervenir. »

#### **4.5 Intégrer le BSI à sa pratique**

Malgré une compréhension parfois incomplète du BSI, les MG réussissaient à intégrer le dispositif dans leur pratique. L'intégration du dispositif nécessitait la bonne maîtrise des téléservices dont le site Amelipro. Plusieurs MG reconnaissaient dans le BSI un outil fonctionnel.

M2 : « Ben ça marche bien au final. Ça marche très très bien. En tout cas, moi c'est soit les patients ils viennent et ils me disent : « L'infirmier a besoin d'une ordonnance... » ou soit je fais sur Ameli, et ça marche très très bien aussi. Et ce qui est bien sur Ameli, c'est que tu as un retour aussi de... un commentaire, en fait, de l'infirmier, du bilan qu'il a fait. Sur les soins qu'il pense qu'il faut mettre en place etc, etc. Donc, nan, nan, ça marche bien ! »

M4 : « Oui. Bien sûr. J'utilise Amelipro tous les jours. Moi, les téléservices, tout le temps ! Tout le temps, mais pas que sur le BSI... »

M8 : « C'est très bien ! En fait, nous on le reçoit par Ameli, tu reçois un petit mail disant que tu as un BSI. »

Certains MG constataient un impact positif du BSI sur la prise en charge des patients favorisant ainsi son intégration dans leur pratique.

*M2 : « Sûrement, parce que du coup, effectivement, quand tu le prescrites, ça apporte [...] un peu l'idée d'un bilan systématique, de vraiment balayer un peu tout, sans rien oublier. Tandis que peut-être, effectivement, avant c'était un peu plus : l'infirmier se rend compte qu'il faut mettre en place « ça » et peut-être il pensait pas à autre chose, tu vois ? Peut-être, sur le fait de se dire on fait un bilan, c'est : on fait un bilan sur tout et pas juste sur une idée qui arrive. Tu sais, genre il est en train de préparer les cachetons et se dit « Tiens, ça serait bien qu'on fasse ça pour lui ! ». Donc oui, je pense que quand même, ça a modifié... En tout cas, ça a permis, peut-être, d'optimiser la prise en charge du patient. »*

La volonté des MG de valoriser le travail IDEL par le BSI apparaissait comme un facteur motivant son utilisation. En l'utilisant, les MG espéraient un impact positif pour l'IDEL.

*M3 : « Alors, si ça rend service aux infirmiers et infirmières, tant mieux, si ça leur permet d'être mieux payé, tant mieux, je suis ravie, mais franchement ça change pas grand-chose. »*

*M9 : « Alors, j'espère que nos infirmières pour le travail que ça représente sont correctement rémunérées pour ça et si elles sont correctement rémunérées pour ça, c'est positif. Et si elles font effectivement tout ce qui est écrit sur le BSI, c'est super positif. »*

#### **4.6 Devenir acteur du BSI**

Finalement, en s'informant sur le BSI et en l'intégrant à son exercice, le MG devenait acteur du dispositif. Cette maîtrise conférait au MG un sens critique et lui permettait de garder la main, en particulier dans ses prescriptions. Ainsi, être informé permettait de rester vigilant face à d'éventuelles dérives.

*M9 : « ça m'étonne toujours un petit peu car je découvre... Je peux découvrir des choses intéressantes hein, sur des niveaux par exemple de... d'atteinte des patients mais il faut que ce soit rempli de manière honnête en fait... Donc il m'est arrivé de refuser des BSI. Parce que la dépendance était majorée par l'infirmier ou les soins qu'il proposait étaient pas adaptés, pas ciblés... Ça a dû m'arriver 2 ou 3 fois »*

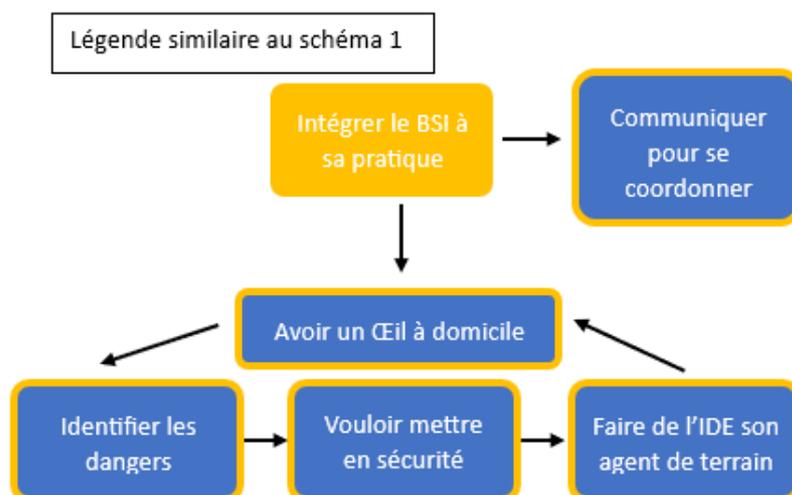
*M4 : « faut que ce soit fait entre personnes intelligentes : faut faire attention aux infirmiers qui, des fois, peuvent prendre certaines libertés. Normalement, c'est sur ordonnance qu'on fait le BSI. Y'en a certains qui le cotent sans avoir l'ordonnance et qui le demandent après. Donc je pense qu'il faut que ce soit fait avec intelligence, voilà, c'est tout. »*



M7 : « Non, ça a rien modifié. 'Fin on se coordonne, c'est juste la façon de faire les ordonnances qui change mais la coordination, elle est pas modifiée. »

## 5.2 Apport du BSI en pratique

Schéma 6 : Impact du BSI d'après les MG



Les différents discours ont tout de même permis d'identifier des répercussions positives liées à la mise en place du BSI. Les MG ayant intégré le BSI à leur pratique identifiaient ainsi plusieurs impacts sur la coordination des soins et le maintien à domicile.

### 5.2.1 Un dépistage exhaustif

Le BSI garantissait la réalisation d'une évaluation standardisée et complète du patient dépendant à domicile. Ce bilan systématique permettait de cadrer la prise en charge à domicile, pour l'IDEL et le patient. Les BSI participaient ainsi au dépistage des fragilités et au maintien du patient en sécurité par l'élaboration d'un plan de soins adapté.

M3 : « J'ai pas l'impression. Peut-être que c'est plus cadré au niveau de leur prise en charge. C'est-à-dire que y'a des items et peut-être qu'effectivement, je prends un exemple : pour la prise des médicaments, c'est peut-être plus cadré, et du coup plus clair. On peut dire ça comme ça. Elles savent qu'elles doivent donner les médicaments, lever, toilette, ce genre de choses quoi. »

M4 : « Mais ça a toute sa place. Je pense qu'il faut reconnaître à un moment les capacités des infirmiers et que le BSI peut faire beaucoup : beaucoup de bien dans le dépistage des fragilités, des pré-fragilités, et que ça peut permettre un nombre important d'hospitalisations évitées. »

### 5.2.2 Un retour d'expérience

Le BSI garantissait aux MG un retour sur l'expérience de l'IDEL au domicile du patient. L'IDEL partageait sa propre vision de l'autonomie du patient. Les MG découvraient alors des difficultés parfois insoupçonnées, non visibles au détour d'une simple visite médicale. Grâce au BSI, les MG restaient alertes sur l'autonomie de leurs patients.

M7 : « Des fois, c'est vrai que quand on regarde les scores qu'elles font, on se dit « ah oui, c'est vrai que lui il est à ce point-là... » Parce que dans la relation médecin, des fois y... On se rend pas compte des difficultés au quotidien. »

M7 : « Ça permet des fois aussi de se ré-alerter sur les difficultés de certains patients où on est pas au fait qu'ils sont même plus capables de s'habiller tout seul ou des choses comme ça, parce que nous, quand on va le voir, il est habillé ! »

M10 : « Y'a par contre certaines occasions, le fait de l'avoir lu, quand je revois le patient je vais m'attacher à ça effectivement : est-ce que le regard qu'à l'infirmière ou l'infirmier - qui je le rappelle est beaucoup plus proche de nos gens, ils touchent vraiment plus au corps que nous - est-ce que ce regard est plus en rapport avec une réalité que mon regard à moi de médecin qui est plutôt dans une sorte de diagnostic, de prise en charge globale et de coordination de soins ? Parce que ça peut interroger, est-ce qu'on découvre quelque chose ? »

Le BSI renforçait le rôle d'agent de terrain de l'IDEL ouvrant ainsi au MG une fenêtre sur le domicile du patient et sur ce qu'il s'y passe.

M2 : « Oui, après... Oui oui oui, ça me permet surtout d'avoir un œil sur ce qui se passe à la maison. C'est surtout ça, avoir un œil sur ce qui se passe à la maison. »

M8 : « Ce qui est intéressant, c'est d'avoir l'œil de l'infirmier ou de l'infirmière par rapport à tout ce que toi t'as prescrit et qu'est-ce que, il ou elle, va faire. »

M9 : « Ça peut me rappeler aussi, alors j'avais être atypique, ça peut rappeler que c'est telle infirmière qui s'occupe de tel patient. »

### 5.2.3 Un outil de communication

Enfin, le BSI offrait un outil de communication supplémentaire au service de la coordination des soins. Il permettait un échange de données rapide et sécurisé.

*M2 : « Quel impact ça a pu avoir ? C'est compliqué comme je suis installé récemment. Moi, j'ai tout de suite connu le Bilan de soins infirmiers, donc j'ai pas l'avant/après. Après, j'ai l'impression, qu'actuellement, c'est un peu complémentaire des coups de fil, des mots où on dit « ah ben peut-être il faudrait qu'on fasse ça » et... comment dire, c'est un plus. »*

*M8 : « [...] Il y a jamais eu de moments où j'ai dû modifier un BSI, ça a toujours été clair, net, précis, donc voilà. »*

L'intégration du BSI semblait plus facile pour les MG plus récemment installés qui avaient connu la réforme du BSI au début de leur exercice.

*M2 : « Je ne sais pas de quand ça date, mais quand je me suis installé, j'ai vu sur Ameli et je me suis dit « Tiens, j'ai une notification, tiens c'est pour un de mes patients. Bon ben OK, validé ! »*

*M3 : « C'est ça ! et quelque chose à mon avis, enfin pour l'instant, qui moi, dans ma pratique, ne m'apporte pas grand-chose. Parce que j'ai pas eu l'habitude de travailler comme ça et d'utiliser ça. Maintenant vous, je comprends tout à fait quand vous allez commencer, c'est super ! C'est bien parce que ça va vous permettre d'avoir des outils et de... Voilà. »*

# Discussion

## 1 Résultats principaux et comparaison à la littérature

### 1.1 Le BSI pour dépister la fragilité

#### 1.1.1 La fragilité une préoccupation majeure

Dans notre étude, les MG interrogés montraient une réelle préoccupation concernant l'autonomie de leurs patients à domicile et le dépistage de leurs fragilités. Les troubles cognitifs, l'observance thérapeutique et le risque de chute étaient les plus mentionnés. Le CNEG définit la fragilité comme un état précurseur de la dépendance fonctionnelle, potentiellement réversible, en lien avec l'épuisement des réserves physiologiques du sujet. Selon cette même source, dépister les fragilités permettrait de prédire le risque de perte d'indépendance, de chute, d'entrée en institution, de décès et d'hospitalisation dans un délai de un à trois ans (6). En accord avec ces données, une étude française menée par Herr, M. *et al.*, montrait que les patients dépendants devenus incapables de sortir de chez eux, avaient une mortalité plus élevée que le reste de la population, avec un surrisque de mortalité à deux ans. Une perte d'indépendance fonctionnelle plus importante était constatée chez cette population (17).

#### 1.1.2 Une dimension environnementale

Les MG interrogés reconnaissaient l'importance de l'IDEL pour analyser la perte d'indépendance fonctionnelle dans toutes ses dimensions, en tenant compte du patient dans son environnement. Tous s'accordaient sur son rôle de proximité auprès du patient, ancré dans son quotidien. Les MG faisaient confiance à l'expertise de l'IDEL pour déterminer les besoins du patient et proposer un plan de soins adapté à domicile. Dans cette dynamique, l'étude américaine de Cheng, J.M. *et al.*, montrait qu'une majorité des personnes dépendantes à domicile pensaient que les soins à

domicile permettaient une meilleure prise en charge grâce à la compréhension de leur environnement de vie par le soignant (18). D'autres études ont montré que les patients soignés à domicile présentaient une meilleure satisfaction liée aux soins et un taux d'hospitalisation plus faible (19) (20).

Dans cette démarche, le BSI permet une évaluation exhaustive et l'élaboration d'un plan de soins personnalisé pour tout patient dépendant à domicile. La saisie du BSI est confiée à l'IDEL qui en a reçu la prescription. La force de cette évaluation personnalisée réside dans sa réalisation au plus près du patient, c'est-à-dire dans son environnement. Une étude canadienne menée par Lapointe-Shaw, L. *et al.*, identifiait le fait d'utiliser une aide technique pour se déplacer, de ne pas pouvoir sortir seul du domicile et d'avoir un logement difficile d'accès parmi les caractéristiques liés au statut de sujet dépendant (21). Ces résultats renforcent l'idée d'intégrer la dimension environnementale du patient à sa prise en charge.

### **1.1.3 Le BSI comme outil d'évaluation**

La réalisation par l'IDEL du BSI délivre des informations médico-sociales précieuses aux MG traitants comprenant notamment l'évaluation du patient par la grille (SEGA) (Annexe 3). La grille SEGA tient compte de plusieurs items tels que : l'âge, l'autonomie pour la prise des médicaments, l'humeur, les chutes durant les six derniers mois, l'alimentation, la continence, l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, la mobilité, les fonctions cognitives, l'habitat, etc. L'IDEL calcule un score de fragilité et de sévérité transmis au MG. Attestant de la pertinence de ce score, plusieurs études françaises ont identifié la grille SEGA comme un outil d'intérêt pour dépister la fragilité, y compris en ville (22) (23) (24). Le score de fragilité apparaissait prédictif de la mortalité et de l'entrée en institution à 12 mois (22) mais aussi du risque de chute et de réhospitalisation à trois et six mois après un passage en court séjour gériatrique

(24). D'autres outils existent pour dépister la fragilité comme l'échelle d'autonomie de Katz, l'évaluation de l'autonomie aux activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) ou les critères de Fried. Tous comprennent des notions reprises dans la grille SEGA.

#### **1.1.4 Une ambivalence face au BSI**

L'étude a mis en lumière une certaine ambivalence de la part des MG face au BSI. Pour certains MG, le BSI offrait la possibilité d'améliorer la prise en charge des patients dépendants à domicile en permettant à l'IDEL la réalisation d'une évaluation globale et standardisée via le dispositif. L'enjeu principal était de prévenir les complications liées à la perte d'autonomie en identifiant l'ensemble des difficultés vécues par le patient. Ces données concordent avec une étude précédemment citée au cours de laquelle des MG déclaraient, en grande majorité, qu'avoir connaissance de la fragilité d'un patient influençait leur prise en charge (24). Une seconde étude française menée par Saleh, P.Y. *et al.*, montrait que la plupart des MG interrogés se sentaient aptes à la prise en charge des patients fragiles en ville et étaient favorables à l'utilisation d'un questionnaire comme outil de dépistage. Certains évoquaient l'aspect chronophage et complexe de la tâche (25).

Dans cette idée, d'autres MG percevaient le BSI comme une démarche administrative supplémentaire incombant à l'IDEL, potentiellement chronophage. Selon eux, le BSI n'influençait en rien la compétence de l'IDEL à évaluer le patient et à répondre à ses besoins. Certains évoquaient la peur d'entraver le travail de l'IDEL en intervenant sur les évaluations des BSI reçus.

Dans l'ensemble, les témoignages des MG n'identifiaient objectivement pas de changement dans la prise en charge des patients dépendants à domicile depuis le déploiement du BSI. Certains MG évoquaient cependant l'idée de rendre visible le

travail de l'IDEL par l'utilisation du BSI. Les MG espéraient une valorisation financière et un gain d'autonomie pour l'IDEL grâce à cette réforme. Dans cet esprit, des études suggèrent une interaction positive entre l'autonomie de l'IDEL et le travail d'équipe en soins primaires (26) (27).

## **1.2 Le BSI : un outil de coordination**

### **1.2.1 Une communication bien établie**

Au cours des entretiens menés, l'importance de la communication, notamment interprofessionnelle, a rapidement émergé des discours. Les MG interrogés vivaient une communication fluide et facile avec l'IDEL en ayant recours à différents outils selon la situation : en cas d'urgence, le téléphone était privilégié pour une communication directe ; tandis qu'au cours du suivi, le cahier d'échanges au domicile, les SMS, les mails, les applications de messagerie instantanée, les photos et les discussions lors de rencontres fortuites étaient favorisés. Les MG échangeaient très facilement leur numéro de téléphone personnel avec l'IDEL. Ces données concordent avec plusieurs travaux de recherche effectués sur la région des Hauts-de-France (28) (29) (30) (31) (32). De plus, notre étude montrait que la relation entre MG et IDEL était sous-tendue par une confiance mutuelle et nécessaire. Une revue de littérature en 2017 a mis en évidence que pour les MG et les IDEL, malgré une vision propre à chaque corps de métier, une bonne collaboration interprofessionnelle reposait sur la décision médicale partagée, le travail d'équipe et la communication (33).

### **1.2.2 Une collaboration indispensable**

La coordination des soins pourrait ainsi se définir comme une action conjointe entre les professionnels de santé et les structures de soins pour promouvoir un parcours de soins adapté au patient dans le système de santé. L'article L.4130-1 du code de santé publique confie d'ailleurs au MG la mission « d'orienter ses patients, selon leurs

besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (34). C'est dans cette mission que s'inscrit notre étude dont les résultats ont permis de schématiser le parcours du maintien à domicile et de la coordination des soins associée tels que vécus par les MG interrogés. La coordination entre MG et IDEL reposait sur une communication fluide au service du patient et de la continuité des soins. Les MG expliquaient construire leur réseau de soins de manière « naturelle », avec des relations basées sur la confiance et la connaissance de l'autre. Les aidants étaient reconnus et intégrés à cette discussion. Au cours d'une étude grecque menée par Matziou, V. *et al.*, IDEL et MG s'accordaient à dire qu'une relation interprofessionnelle de qualité conditionnait une bonne coopération (35). De même, dans l'étude américaine de Monfre, J. *et al.*, des IDEL décrivaient l'importance de la collaboration avec le MG pour optimiser le devenir du patient. Une majorité ressentait faire un travail d'équipe avec le MG et se sentait valorisée dans la prise en charge du patient (36).

### **1.2.3 Le BSI comme moyen de communication**

Le BSI apparaît donc comme un outil de communication supplémentaire, dématérialisé, au service de la relation médecin-infirmier-patient, tout en incluant le médecin de la Sécurité Sociale. Les MG interrogés appréciaient le retour d'expérience de l'IDEL au travers des évaluations réalisés. Le BSI, loin d'être décrit comme indispensable, apportait cependant aux MG un complément d'informations relatif au patient, par l'expertise avisée de l'IDEL au domicile. Le BSI s'intégrait dans l'utilisation des téléservices plus largement connus par les MG (37).

## **2 Freins à l'utilisation du BSI**

Notre étude a fait ressortir plusieurs freins à l'utilisation du BSI dans la pratique des MG interrogés.

## **2.1 Un manque de connaissance**

Les discours montraient un manque de connaissance et d'information des MG relatif au BSI. Les MG avaient découvert le dispositif soit via une demande IDEL soit par une notification reçue sur Amelipro. Aucun n'avait reçu d'informations dédiées et claires concernant cette réforme. La plupart des MG connaissaient le dispositif mais presque tous évoquaient des lacunes concernant son fonctionnement ou son utilisation en pratique. Certains dénonçaient un manque d'information préalable à son déploiement. Ce manque de connaissance engendrait pour certains un sentiment de ne pas se sentir acteur du BSI. Les MG s'en remettaient alors à l'IDEL pour la prescription du BSI, leur faisant une entière confiance à défaut de maîtrise. Cette confiance semblait pérenniser la situation. Plusieurs MG se questionnaient également sur l'impact du BSI dans la pratique IDEL.

## **2.2 Des habitudes ancrées**

Les MG évoquaient la difficulté à changer leur routine médicale. Plusieurs MG avouaient ne pas intégrer le BSI dans leur pratique par maintien de leurs habitudes. Ici, les discours semblaient dégager un biais générationnel dans l'utilisation du BSI. En effet, le BSI semblait d'autant plus facilement intégré que les MG interrogés avaient connu ce dispositif tôt dans leur installation.

## **2.3 Un outil facultatif**

Les MG constataient que le maintien à domicile et la coordination des soins nécessaires s'effectuaient de manière tout à fait fonctionnelle sans le BSI. Cela s'explique par la solidité de la relation entre l'IDEL et le MG dont la communication ne dépend pas du BSI. Comme le montre le schéma 5 modélisé à partir des résultats, le BSI ne représente pas un maillon constitutionnel de ce système déjà établi de manière empirique. Cette observation n'encourageait pas le changement d'habitudes.

## **2.4 Un manque de temps médical**

Les MG déploraient un manque de temps médical, favorisé par le manque de MG, le nombre de patients croissant et surtout une lourde charge administrative. Beaucoup dénonçaient des procédures administratives chronophages réalisées aux dépens du temps médical, c'est-à-dire auprès du patient. Pour certains, le BSI apparaissait comme un énième protocole administratif venant alourdir la charge déjà ressentie.

## **2.5 Comparaison à la littérature**

La littérature ne compte pas d'études liées au BSI, cependant une étude qualitative française s'est intéressée à l'intégration du Dossier Médical Partagé (DMP) dans la pratique des MG et aux freins et leviers associés. Les résultats de l'étude montraient des données relativement similaires concernant les freins associés au déploiement du DMP tels que : le manque de connaissance, le temps, la charge administrative, le manque d'intérêt, le conservatisme médical et les freins générationnels (38). Ces données semblent superposables à celles recueillies par notre étude.

## **3 Leviers à l'utilisation du BSI et à la coordination**

Cette partie s'intéresse aux potentiels leviers pour favoriser l'intégration du BSI et promouvoir la coordination des soins dans la pratique des MG. Ces propositions sont issues des résultats recueillis et de leurs extrapolations.

### **3.1 Une information dédiée aux MG**

Un des premiers leviers identifié est l'apport de connaissances sur le BSI aux MG. Aucun MG ne semblait opposé à recevoir une information relative au dispositif bien que certains MG aient montré plus de questionnements que d'autres à la fin des interviews. Plusieurs MG évoquaient le fait de s'informer auprès des IDEL avec qui ils travaillaient. De ces questionnements émergeait l'envie de mieux comprendre le BSI.

Avec une information adéquate, les MG pourraient ainsi devenir acteur du dispositif et l'intégrer plus facilement à leur pratique. La bonne compréhension de l'outil mènerait également à la garantie de sa bonne utilisation.

### **3.2 Une simplification administrative**

Concernant le manque de temps, on retrouvait l'idée d'une simplification administrative avec le souhait de démarches plus intuitives et rapides. Des téléservices plus fonctionnels étaient également souhaités par un MG. Un autre MG évoquait l'idée d'un BSI plus simple à lire. Concernant le BSI, plusieurs rapportaient l'impression de notifications aléatoires, laissant suggérer qu'une amélioration à ce niveau-là encouragerait les MG à consulter plus régulièrement leur BSI en ligne.

### **3.3 Valoriser le temps non médical**

Les témoignages montraient que synchroniser une équipe médicale autour d'un patient nécessitait du temps. Ce temps non médical est encouragé dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ou les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) avec des financements et des temps dédiés pour promouvoir la coordination des soins. Cependant, en dehors de ce mode d'installation, la coordination gérée par les MG n'est pas valorisée à ce jour. Plusieurs MG évoquaient l'idée d'une rémunération, au moins symbolique, pour encourager le rôle de coordinateur du MG et l'ensemble du temps non médical nécessaire à cette tâche. Le BSI s'intégrant dans ce temps de coordination, une valorisation associée à son emploi pourrait être imaginée pour encourager les MG à l'utiliser. On peut prendre comme exemple l'intégration du DMP dans la rémunération sur objectifs de santé publique, réalisée dans un second temps après son déploiement (39).

### **3.4 Reconnaître le rôle du MG**

Plus globalement, un des MG évoquait un manque de reconnaissance ressenti et presque tous expliquaient composer avec le manque de moyens en ville. Il semble important de promouvoir le rôle du généraliste dans le milieu médical et plus largement auprès du public. En effet, ses missions sont nombreuses et souvent complexifiées par la difficulté du terrain. Une meilleure reconnaissance de la spécialité pourrait impacter de manière positive le vécu des MG en soins primaires.

### **3.5 Comparaison avec la littérature**

Ces données rejoignent l'étude (2019) réalisée autour du DMP précédemment citée. En effet, parmi les leviers identifiés pour favoriser l'intégration du DMP dans la pratique des MG, on retrouvait également : l'apport de connaissances, et notamment une information officielle aux professionnels sur le dispositif, une valorisation notamment financière à l'utilisation, une simplification de l'outil et une amélioration des téléservices (38).

## **4 Limites et forces de l'étude**

### **4.1 Les limites**

Tout d'abord, l'investigatrice était novice dans le domaine de la recherche qualitative. Ce manque d'expérience explique la présence de relances ou de questions fermées, parfois faites au cours des entretiens réalisés, limitant le partage d'expérience du sujet interrogé. De même, cela a pu impacter la durée moyenne des entretiens qui est de 30 minutes.

Un retour sur les transcriptions et une vérification des résultats avec les participants n'ont pas été réalisées, selon la grille COREQ (Annexe 4).

On constate un manque de littérature ou d'études antérieures menées sur le BSI, possiblement lié à son déploiement récent et au manque de visibilité de la réforme.

## **4.2 Les forces**

Le recrutement des MG interrogés a suivi un échantillonnage raisonné théorique. La population étudiée présentait des caractéristiques variées (Tableau 1). La parité hommes-femmes était respectée. Des témoignages originaux ont ainsi été obtenus grâce aux différents vécus représentés.

Notre étude répond à une question de recherche innovante et originale. Pour cette recherche, une méthode adaptée, inspirée de la théorisation ancrée, a été utilisée. De plus, l'utilisation d'un guide d'entretien évolutif a permis d'adapter la recherche à la pertinence des données obtenues par démarche itérative. Ce guide d'entretien a été relu par un MG formé en analyse qualitative avant son utilisation.

Le sujet exact de l'étude n'a été révélé qu'à la fin des entretiens menés. Aucun participant n'a pu anticiper ses réponses en se documentant au préalable sur le sujet. Cela a permis le recueil de témoignages authentiques.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation théorique des données et un entretien de consolidation a été mené pour s'en assurer. Ensuite, les données ont été triangulées avec une tierce personne en étude de santé pour permettre de limiter la subjectivité des résultats obtenus. Cette étude a suivi au plus près la grille de qualité COREQ (Annexe 4).

Les résultats obtenus sont cohérents avec les références bibliographiques citées, ce qui renforce la validité externe de notre étude.

## **5 Perspectives d'approfondissement**

Les résultats de notre étude suggèrent de nouvelles perspectives de recherche concernant la perception des MG sur le maintien à domicile, la coordination des soins et le BSI.

Notre étude a mis en lumière les interrogations des MG sur l'application du BSI dans la pratique infirmière et nourri la réflexion sur leur relation avec l'IDEL en soins primaires. Une nouvelle étude par focus groupe incluant IDEL et MG pourrait permettre d'obtenir un éclairage supplémentaire sur ces questionnements en intégrant la vision de l'IDEL à la discussion. L'impact du mode d'exercice et d'installation pourrait y être recherché.

D'autre part, la coordination des soins vécue par le MG pourrait faire l'objet d'une nouvelle recherche. En effet, le sujet paraît vaste et soulève de nombreux questionnements sur la mission de coordinateur référent et l'implication que cela génère.

Enfin, notre étude a permis d'entrevoir la perception qu'ont les MG sur le maintien à domicile et sa complexité. Il s'agit d'un sujet d'actualité et d'intérêt pour lequel une étude dédiée pourrait également apparaître pertinente.

## Conclusion

La perte d'indépendance fonctionnelle représente un moment clé en soins primaires. Le MG fait du maintien à domicile son devoir, avec pour socle une solide relation avec l'IDEL. Toute cette organisation est sous-tendue par une coordination des soins bien établie, basée sur l'expérience du terrain. Le BSI est un outil d'intérêt pour le dépistage de la fragilité des patients dépendants à domicile. Le BSI s'intègre également dans la coordination des soins comme outil de communication supplémentaire entre IDEL et MG au service du patient.

En pratique, l'intégration du BSI reste cependant limitée, majoritairement en raison de la méconnaissance du dispositif par les MG. Cette ignorance n'encourage pas le changement d'habitudes. Le BSI souffre également de préjugés négatifs de la part des MG influencés par la charge administrative et le manque de temps médical déjà ressentis.

Pour un usage optimal du BSI et encourager les changements d'habitudes, les MG ont besoin d'être informé de manière claire et officielle sur le dispositif. La connaissance confère au MG le pouvoir de devenir acteur de la réforme. Cela encourage le changement d'habitude et la bonne utilisation du BSI. L'idée de valoriser et de reconnaître ce temps non médical émerge des discours, avec pour objectif de favoriser la coordination des soins. Cette valorisation bénéficierait à l'intégration du BSI dans les pratiques.

## Références

1. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0135 du 13/06/2019 [Internet]. [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=mghBlpjf\\_MLKj9VgQiuYJta8tFD7COW6pZI-nj4k=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=mghBlpjf_MLKj9VgQiuYJta8tFD7COW6pZI-nj4k=)
2. Le ministre de l'économie, des finances et de la relance et le ministre des solidarités et de la santé. Arrêté du 10 janvier 2022 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, signée le 22 juin 2007.
3. Arrêté du 25 juillet 2023 portant approbation de l'avenant n° 10 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie signée le 22 juin 2007.
4. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0242 du 16/10/2002 (accès protégé) [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=sudk9rnsdiwoWejXBFet&pagePdf=19>
5. L'assurance Maladie. Ameli. [Décembre 2021] Bilan de soins infirmiers : manuel d'utilisateur [Internet]. [cité 5 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/625816/document/bilan-soins-infirmiers-manuel-utilisateur-decembre-2021.pdf>
6. Collège national français des enseignants-chercheurs de gériatrie, Gériatrie – Réussir les ECNI 2018, 4ème édition, Elsevier Masson SAS, 2018 [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: [https://ia803408.us.archive.org/5/items/geriatrie\\_202104/g%C3%A9riatrie.pdf](https://ia803408.us.archive.org/5/items/geriatrie_202104/g%C3%A9riatrie.pdf)
7. Nathalie Blanpain, Olivier Chardon,. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première : division Enquêtes et études démographiques. 2010 [Internet]. (1320). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151#consulter>
8. Blavet T, La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Institut des politiques publiques, Paris School of Economics. Enquête Vie quotidienne et santé : études et résultats - DRESS. févr 2023;(1255). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/93-millions-de-personnes-declarent-apporter-une-aide-reguliere-un>
9. Leray C. Libération. [cité 27 mai 2024]. «Les Fossoyeurs» : ce que l'on sait de l'enquête sur les maltraitances dans les Ehpad du groupe Orpea. Disponible sur: [https://www.liberation.fr/societe/sante/les-fossoyeurs-ce-que-lon-sait-de-l-enquete-sur-les-maltraitances-dans-les-ehpad-du-groupe-orpea-20220125\\_DYO6KCTXWND33ASD3IQC5LLJY/](https://www.liberation.fr/societe/sante/les-fossoyeurs-ce-que-lon-sait-de-l-enquete-sur-les-maltraitances-dans-les-ehpad-du-groupe-orpea-20220125_DYO6KCTXWND33ASD3IQC5LLJY/)
10. Ici par France Bleu et France 3 [Internet]. 2024 [cité 1 juin 2024]. Scandale Orpea : deux ans après, certaines pratiques discutables perdurent - France Bleu. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/societe/scandale-orpea-deux-ans-apres-certaines-pratiques-discutables-perdurent-6714281>

11. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
12. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>
13. Shafir A, Garrigues S, Schenker Y, Leff B, Neil J, Ritchie C. Homebound Patient and Caregiver Perceptions of Quality of Care in Home-Based Primary Care: A Qualitative Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. août 2016;64(8):1622-7.
14. Danielsen BV, Sand AM, Rosland JH, Førland O. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 18 juill 2018;17(1):95.
15. Beck S, De Bellefon MP, Forest J, Gerardin M, Levy D. La grille communale de densité à 7 niveaux - Insee : Document de travail. janv 2023;(2022-18). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6686472>
16. Legifrance.gouv.fr [Internet]. 2019 [cité 1 mai 2024]. Journal officiel « Lois et Décrets » : JORF n° 0211 du 11 septembre 2019 - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2019/09/11/0211>
17. Herr M, Latouche A, Ankri J. Homebound status increases death risk within two years in the elderly: results from a national longitudinal survey. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56(1):258-64.
18. Cheng JM, Batten GP, Cornwell T, Yao N. A qualitative study of health-care experiences and challenges faced by ageing homebound adults. *Health Expect*. août 2020;23(4):934-42.
19. Kim CO, Jang SN. Home-Based Primary Care for Homebound Older Adults: Literature Review. *Ann Geriatr Med Res*. juin 2018;22(2):62-72.
20. Federman AD, Brody A, Ritchie CS, Egorova N, Arora A, Lubetsky S, et al. Outcomes of Home-based Primary Care for Homebound Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *J Am Geriatr Soc*. févr 2023;71(2):443-54.
21. Lapointe-Shaw L, Jones A, Ivers NM, Rahim A, Babe G, Stall NM, et al. Homebound status among older adult home care recipients in Ontario, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2022;70(2):568-78.
22. Tardieu É, Mahmoudi R, Novella JL, Oubaya N, Blanchard F, Jolly D, et al. Validation externe de la grille de fragilité SEGA sur la cohorte SAFES. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 1 mars 2016;14(1):49-55.
23. Oubaya N, Mahmoudi R, Jolly D, Zulfiqar AA, Quignard E, Cunin C, et al. Screening for frailty in elderly subjects living at home: Validation of the modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument. *The Journal of nutrition, health and aging*. 1 oct 2014;18(8):757-64.

24. Leblanc C, Godaert L, Dramé M, Bujoreanu P, Collart M, Hurtaud A, et al. Capacités prédictives du score de fragilité de la grille SEGA modifiée en sortie d'hospitalisation de gériatrie : étude prospective à 6 mois. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 1 mars 2020;18(1):34-42.
25. Saleh PY, Maréchal F, Bonnefoy M, Girier P, Krolak-Salmon P, Letrilliart L. Représentations des médecins généralistes au sujet de la fragilité des personnes âgées : une étude qualitative. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 1 sept 2015;13(3):272-8.
26. Poghosyan L, Liu J. Nurse Practitioner Autonomy and Relationships with Leadership Affect Teamwork in Primary Care Practices: a Cross-Sectional Survey. *J Gen Intern Med*. juill 2016;31(7):771-7.
27. Rafferty A, Ball J, Aiken L. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Qual Health Care*. déc 2001;10(Suppl 2):ii32-7.
28. DE POORTER S., La place du Smartphone en soins primaires Avis de l'infirmier libéral sur l'utilisation et l'intérêt du Smartphone dans le suivi des plaies chroniques, Faculté de médecine Lille 2, 2014 [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2014/2014LIL2M115.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2014/2014LIL2M115.pdf)
29. LEPRETRE B, 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, Faculté de médecine Lille 2, 2020 [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2020/2020LILUM119.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM119.pdf)
30. RINGART B, La place du Smartphone en soins primaires Avis du médecin généraliste sur l'utilisation et l'intérêt du Smartphone dans le suivi des plaies chroniques, faculté de médecine Lille 2, 2014 [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2014/2014LIL2M116.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2014/2014LIL2M116.pdf)
31. ROOSE G, Étude des pratiques de coordination des médecins généralistes et des infirmiers libéraux autour du patient âgé dans le Grand Douaisis, Faculté de médecine Lille 2, 2023 [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2023/2023ULILM007.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM007.pdf)
32. SEIGLE G, Etude de la communication entre médecins généralistes et infirmiers diplômés d'état sur le territoire de Maubeuge, Faculté de médecine Lille 2, 2018 [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2018/2018LILUM120.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM120.pdf)
33. House S, Havens D. Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. mars 2017;47(3):165.
34. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031928438](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438)

35. Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care*. nov 2014;28(6):526-33.
36. Monfre J, Knudsen ÉA, Sasse L, Williams MJ. Nurses' perceptions of nurse-physician collaboration. *Nursing Management*. janv 2022;53(1):34-42.
37. La rédac', « Amelipro : la porte d'entrée des téléservices », *Wath's Up Doc* Le magazine des jeunes médecins, déc 2018 [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/amelipro-la-porte-dentree-des-teleservices>
38. Renault PO. Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé : enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018. *Médecine humaine et pathologie*. 2019. dumas-02494486.
39. Ameli, Modernisation du cabinet médical avec le forfait structure, 2024 [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/modernisation-cabinet>
40. L'Assurance Maladie. Ameli. 2022. Bilan de soins infirmiers : un téléservice dédié. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/prescription-prise-charge/prise-charge-situation-type-soin/bilan-de-soins-infirmiers-un-teleservice-dedie>
41. L'Assurance Maladie, AM. (2020) La Démarche de soins infirmiers, Ameli.fr [Internet]. [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/demarche-soins-infirmiers>
42. Demande de soin Infirmier - Cerfa s3740 [Internet]. [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formualires/181/s3740.pdf>
43. Démarche de soin infimier - Cerfa s3741.pdf [Internet]. [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formualires/180/s3741.pdf>
44. Démarche de soin infimier - Cerfa s3742.pdf [Internet]. [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formualires/182/s3742.pdf>
45. LEBEAU JP, AUBIN-AUGER I, CADWALLADER JS, GILLES DE LA LONDE J, LUSTMAN M, *et al*. Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud (FR) : Global Média Santé, CNG production ; 2021.

# Annexe

## Modifications liées à la réforme du BSI

	<b>Bilan de soins infirmiers (40)</b>	<b>Démarche de soins infirmiers (41)</b>
Création	2019	2002
Prescription par le médecin	Ordonnance simple avec la mention « pour personne dépendante »	Cerfa s3740 (42) Nécessite une évaluation de l'autonomie par le médecin
Réalisation par l'infirmier	Entièrement dématérialisé Nécessite une CPS et un compte Amelipro	Via 2 Cerfa dédiés (43) (44)
Délai du médecin pour émettre un avis	5 jours après la synthèse En l'absence d'intervention du médecin : validation automatique	3 jours après réception en main propre Pas de signature obligatoire
Durée	1 an	3 mois
Renouvellement	Possibilité de réaliser 2 BSI intermédiaires au cours d'une année si modification des soins  Le BSI intermédiaire peut être initié par l'infirmier sans prescription médicale  Le renouvellement annuel du BSI nécessite une prescription nouvelle du médecin demandeur	Maximum 5 renouvellements par an pour un même patient  Signature obligatoire pour le renouvellement
Tarifification pour l'infirmier	Forfaits de rémunération journaliers selon la lourdeur des soins	Cotation à l'acte
Tarifification pour le médecin	Aucune	

# Annexe 2

## Extrait du BSI rempli par l'IDEL : volet médical

**BIDASSE Anails** BSI en brouillon créé le 15/10/2019 à 17:09

LISTE DES BSI   ADMINISTRATIF   **MÉDICAL**   FACTURATION   SYNTHÈSE

[SAUVEGARDER](#)

---

### BILAN DE SITUATION ET DE L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT

Environnement humain du patient :

- Aidant naturel : présence en permanence ou passage quotidien
- Aidant naturel : passage occasionnel
- Aidant professionnel (secteur social et médico-social)

Poids (kg) du patient :

Taille (m) du patient :

IMC :

**Grille SEGA d'évaluation du niveau de fragilité**

Profil gériatrique et facteurs de risques : \* ?

**VOLET A**   Volet A : 3 / 26   **Personne peu fragile**

Données complémentaires :  
(facteurs susceptibles d'influencer le plan de soins et d'aides) ?

**VOLET B**   Volet B : 6 / 22   **Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité**

---

### COORDINATION SANITAIRE

Coordination avec les professionnels de santé (hors médecin prescripteur, médecin traitant et infirmier) :  
(Indiquer lesquels)

- Patient bénéficiant d'un Plan personnalisé de soins (PPS)
- Patient inscrit dans un Programme de retour à domicile (PRADO)

---

### COORDINATION MEDICO-SOCIALE

Coordination avec les intervenants sociaux ou médico-sociaux :  
(Indiquer lesquels)

Dispositifs d'appui : (organisation ou structure d'appui spécifique)

# Annexe 3

## Grille SEGA volet A et B

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risque			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
<b>Total .... / 26</b>				

TOTAL Volet A		
< ou = 8 : Personne peu fragile	[9-11] : Personne fragile	> ou = 12 : Personne très fragile

Volet B	Données complémentaires			Score
	0	1	2	
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation de durée < 3 mois	Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois	
Vision	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Audition	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Support social / entourage	Couple (ou famille)	Seul sans aide	Seul avec aide	
Aide à domicile professionnelle	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Aidant naturel	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Perception de la charge par les proches	Supportable	Importante	Trop importante	
Habitat	Adapté	Peu adapté	Inadéquat	
Situation financière	Pas de problème	Aide déjà en place	Problème identifié et absence d'aide	
Perspectives d'avenir selon la personne	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
Perspectives d'avenir selon son entourage	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	

**TOTAL Volet B (sur 22)**  
Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité

# Annexe 4

## Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
<b>Caractéristiques personnelles</b>		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? <b>Mathilde HAMADACHE</b>
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <b>Diplômée du D.E.S de médecine générale.</b>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ? <b>Médecin remplaçant à l'hôpital.</b>
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ? <b>Une femme</b>
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? <b>1<sup>er</sup> travaux de recherche qualitative, formation via lecture de l'ouvrage « Initiation à la recherche qualitative en Santé » écrit notamment par le CNGE, conseils du directeur de thèse.</b>
<b>Relations avec les participants</b>		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? <b>3 participants étaient connus avant l'étude. 7 étaient inconnus.</b>
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <b>Objectif de projet de thèse pour doctorat en médecine générale.</b>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <b>Réalisation d'entretiens dans le cadre d'un projet de thèse visant à recueillir l'expérience des médecins généralistes autour du maintien à domicile. Le sujet exact n'était jamais révélé avant la fin de l'entretien.</b>
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
<b>Cadre théorique</b>		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <b>Etude qualitative inspirée de la théorisation ancrée</b>
<b>Sélection des participants</b>		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <b>Echantillonnage raisonné théorique</b>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <b>Par e-mail ou par téléphone</b>

12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? <b>10 participants</b>
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Pour quelle(s) raison(s) ? <b>Aucune</b>
<b>Contexte</b>		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <b>Au domicile du médecin ou à son cabinet, par entretiens dématérialisés avec plateforme type Zoom</b>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? <b>Non</b>
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <b>Médecin généraliste, homme et femme, installés, en exercice dans les Hauts-de-France, âgés de 29 à 57 ans.</b>
<b>Recueil des données</b>		
17.	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 ? <b>Il existait un guide d'entretien semi-dirigé. Le guide d'entretien a été relu par un médecin compétant en analyse qualitative avant son utilisation.</b>
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? <b>Non</b>
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? <b>Il existait un enregistrement audio uniquement.</b>
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? <b>Les notes ont été prises à la suite de l'entretien individuel.</b>
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? <b>De 18 à 58 min avec une moyenne de 30 minutes</b>
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? <b>Jusqu'à saturation théorique des données</b>
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? <b>Non</b>

Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ? <b>2 personnes</b>
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? <b>Oui</b>
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? <b>Déterminés à partir des données</b>
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? <b>NVivo 14</b>
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? <b>Non</b>
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <b>Oui, des extraits de verbatim ont été utilisés, avec une identification anonyme de chacun.</b>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? <b>Oui</b>
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? <b>Oui, mis en évidence par des titres</b>
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? <b>Oui</b>

# Annexe 5

## Guide d'entretien évolutif

### Guide d'entretien initial

Question brise-glace : Pourriez-vous me raconter votre dernière consultation ayant abouti à la mise en place d'aide à domicile pour un patient en perte d'autonomie ?

- 1 Quel rôle tient selon vous, l'IDEL dans le maintien à domicile des patients dépendants ?
- 2 Comment décririez-vous la qualité de la coordination des soins entre MG et IDEL dans votre exercice quotidien ?
- 3 Quelle serait la coordination des soins idéales entre MG – IDEL ?
- 4 Connaissez-vous le BSI ? Si oui, que pensez-vous de ce nouveau système ? Si non, (courte présentation), que pensez-vous de ce nouveau système ?
- 5 Quel impact le BSI a sur la coordination des soins IDEL – MG, selon vous ?
- 6 Est-ce que selon vous, la mise en place du BSI modifie la prise en charge des patients à domicile ?
- 7 Es ce qu'il y a d'autres thèmes que vous souhaitez aborder ? Je vous remercie de votre temps, avez-vous trouvé que l'entretien s'est bien passé ?

### Guide d'entretien final

Question brise-glace : Pourriez-vous me raconter votre dernière consultation ou une consultation qui vous a marqué ayant abouti à la mise en place d'aide à domicile pour un patient en perte d'autonomie ? [Adaptation pour refeuille un moment vécu fort du médecin interrogé et ouvrir la discussion]

- 1 Que pensez-vous du maintien à domicile ?
- 2 Quel rôle tient selon vous, l'IDEL dans le maintien à domicile des patients dépendants ?
- 3 Comment décririez-vous la qualité de la coordination des soins entre MG et IDEL dans votre exercice quotidien ?
- 4 Quelle serait la coordination des soins idéales entre MG – IDEL ?
- 5 Connaissez-vous le BSI ? Si oui, que pensez-vous de ce nouveau système ? Si non, (courte présentation), que pensez-vous de ce nouveau système ?
- 6 Comment avez-vous découvert le BSI ? Quelle présentation auriez-vous souhaité en avoir ?
- 7 Quel impact le BSI a sur la coordination des soins IDEL – MG, selon vous ?
- 8 Quel impact le BSI à pu avoir sur la prise en charge des patients à domicile ?
- 9 Est-ce qu'il y a d'autres thèmes que vous souhaitez aborder ? Je vous remercie de votre temps, avez-vous trouvé que l'entretien s'est bien passé ?

## Annexe 6

### Fiche informative communiquée aux participants avant l'étude

Bonjour,

Je suis Mathilde HAMADACHE, diplômée du DES de médecine générale depuis novembre 2022. Je prépare un travail de recherche dans le cadre de ma thèse autour du maintien à domicile des personnes dépendantes en médecine de ville. Je réalise une étude qualitative qui vise à recueillir le ressenti des médecins généralistes dans leur expérience quotidienne. Seriez-vous disponible pour participer à mon étude ?

Je vous propose des entretiens dématérialisés, en fonction de vos disponibilités. Le thème exact de ma question de recherche vous sera révélé à la fin de nos entretiens pour limiter le biais de préparation et obtenir des réponses les plus spontanées possibles. Ces entretiens ne nécessitent aucune préparation préalable, il s'agit simplement de discuter de votre pratique quotidienne. Les entretiens seront enregistrés. L'ensemble des données recueillies seront anonymisées et protégées. Au terme de ma thèse, l'ensemble des données seront supprimées. Il vous sera possible à tout moment de sortir de l'étude ou de refuser l'utilisation des données recueillies.

En espérant que vous accepterez de participer à mon projet de thèse afin de recueillir votre expérience et ressenti du terrain.

Très respectueusement,

Mathilde Hamadache

# Annexe 7

## RÉCÉPISSÉ

### ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 130 029 754 00012
<b>Adresse</b> : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z <b>Tél.</b> : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

**Intitulé** : Comment le Bilan de soins infirmiers influence-t-il la coordination des soins dans la prise en charge des sujets dépendants à domicile selon les médecins généralistes des Hauts-de-France ?

**Référence Registre DPO** : 2022-225

**Chargé (e) de la mise en œuvre** : M. Dominique LACROIX  
**Interlocuteur (s)** : Mme. Mathilde HAMADACHE

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 13 juillet 2022

Délégué à la Protection des Données



# Annexe 8

## Extrait de l'arbre de codage

Catégories	Propriétés	Verbatims
<b>Faire de l'IDE son agent de terrain</b>		
<b>Assumer des rôles hors de ses fonctions</b>	<p>&lt;Fichiers\Entretien M6&gt; - § 1 référence encodée [Couverture 1,27%]            Référence 1 - Couverture 1,27%            C'est trop complexe ! C'est trop complexe parce que ça nécessite quasiment... Et puis en fait, l'infirmière ça lui est arrivé d'aller faire un plein de courses et de livrer les courses alimentaires parce qu'on en est à ce stade-là. Donc là, c'est plus du maintien à domicile, c'est vraiment euh... de la dépendance.</p>	
<b>Percevoir l'IDE comme indispensable au maintien à domicile</b>	<p>&lt;Fichiers\Entretien M1&gt; - § 2 références encodées [Couverture 1,92%]            Référence 1 - Couverture 0,97%            Primordiale !! (Répond immédiatement) Primordiale ! C'est pas tellement le médecin qui a un rôle important pour moi.</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,95%            C'est fondamental leur rôle, enfin pour moi je pense. C'est fondamental. Pour moi, c'est là-dessus que ça se joue...</p>	
	<p>&lt;Fichiers\Entretien M10&gt; - § 3 références encodées [Couverture 2,02%]            Référence 1 - Couverture 1,34%            Ça permet aussi d'avoir un soutien, même si c'est pas forcément du soin tu vois, ils viennent juste donner des médicaments mais c'est euh... Ils sont là, ils s'intéressent au patient et ils s'assurent que l'environnement est sain dans la maison, que tout est apte, qu'elle est pas tombée, 'fin c'est une espèce de surveillance qui est à mon avis indispensable au maintien à domicile, parce que voilà...</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,50%            C'est aussi un repère pour le patient, tu vois il attend son infirmière, elle va venir, elle est là ! Je trouve que c'est... c'est le pilier central.</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,18%            Sans les infirmiers libéraux y'a rien qui se passe.</p> <p>&lt;Fichiers\Entretien M5&gt; - § 3 références encodées [Couverture 7,70%]            Référence 1 - Couverture 2,89%            Je pense qu'il est primordial parce que... notamment l'infirmier libéral, parce que globalement, j'ai l'impression qu'il se retrouve quand même à gérer carrément le maintien à domicile tout seul... à bout de bras. C'est vrai qu'on va avoir tendance à utiliser l'infirmier à domicile, le libéral, en première intention, quand on veut faire du maintien à domicile et de l'aide à domicile et notamment pour tout ce qui est soin.</p> <p>Référence 2 - Couverture 1,00%            C'est vrai que tu fais ton ordo d'un passage infirmier à domicile et c'est un premier pas vers le maintien à domicile et vers le soin à domicile.</p> <p>Référence 3 - Couverture 3,82%            Alors peut-être que j'ai des infirmiers un peu dégourdis ou des gens qui sont effectivement hyper participants mais j'trouve que, spontanément, c'est la première chose que j'vais mettre en place et souvent ils viennent juste pour un truc au départ puis, au fur et à mesure, ils ont de plus en plus de responsabilités... Peut-être les patients vont être de plus en plus en demande de choses et comme la confiance est</p>	

instaurée, les passages sont instaurés ; au final, ça devient de plus en plus eux qui sont sollicités sur plein de tâches en fait, finalement.

<Fichiers\Entretien M6> - § 2 références encodées [Couverture 1,06%]

Référence 1 - Couverture 0,11%

Ben le rôle, il est majeur.

Référence 2 - Couverture 0,95%

On fait des téléconsultations en visio souvent avec l'infirmier pour voir un petit peu ce qui pourrait poser problème, et pour éviter le fait d'aller tout le temps au domicile... euh... voilà. Mais du coup l'infirmier, il a un rôle majeur.

<Fichiers\Entretien M7> - § 1 référence encodée [Couverture 2,49%]

Référence 1 - Couverture 2,49%

Euh... Et après, bah sur les retours d'hospitalisation avec des gens... ben qui des fois sont encore très précaires... [s'interrompt] Là, j'ai un... C'est un Monsieur qui a séjourné plusieurs semaines en réa, qui est ressorti sous oxygène, qui, au début, arrivait même pas à faire sa toilette, tout ça. Bah c'est vrai que si on avait pas pu mettre en place très rapidement l'infirmière, pour les toilettes... Parce que les auxiliaires de vie ça met toujours beaucoup plus longtemps pour obtenir des aides comme ça... Là c'est vrai que le fait que l'infirmière passe au départ pour les toilettes, le temps que d'autres choses se mettent en place, c'est vrai que ça... Bah ça permet que le retour se passe dans de bonnes conditions !

<Fichiers\Entretien M9> - § 1 référence encodée [Couverture 0,74%]

Référence 1 - Couverture 0,74%

Dans nombre de cas, s'il n'y avait pas l'infirmier, on ne parlerait pas de dépendance au domicile, parce que nos papis mamies, nos dépendants, seraient hospitalisés.

**AUTEUR : Nom :** HAMADACHE **Prénom :** Mathilde

**Date de Soutenance :** 27/06/2024

**Titre de la Thèse :** Perceptions du Bilan de Soins Infirmiers par les médecins généralistes. Etude qualitative menée dans les Hauts-de-France.

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement :** Médecine Générale

**DES + FST ou option :** Médecine Générale

**Mots-clés :** Maintien à domicile – coordination des soins – Bilan de soins infirmiers – réforme – dépendance – soins à domicile – relation médecin - infirmier – médecin généraliste

**Contexte :** la question du maintien à domicile est cruciale aujourd'hui pour 760 000 personnes dépendantes de plus de 60 ans. Le Bilan de Soins Infirmiers (BSI) est un outil dématérialisé déployé en janvier 2020 qui encadre la prescription des soins à domicile pour les personnes en situation de dépendance. L'objectif de notre étude était de recueillir l'avis de médecins généralistes dans les Hauts-de-France concernant le BSI et son influence sur la coordination des soins entre médecins et infirmiers dans le maintien à domicile des personnes dépendantes.

**Méthode :** une étude qualitative, inspirée de la méthode de théorisation ancrée, a été réalisée auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France. Le recrutement a suivi un échantillonnage théorique raisonné. Des entretiens semi-dirigés ont été menés jusqu'à saturation théorique des données, confirmée par un entretien de consolidation. L'analyse des données a été triangulée.

**Résultats :** Les médecins déclaraient vivre une coordination des soins satisfaisante, sous-tendue par le rôle clé de l'infirmier. Le BSI représentait un outil de communication supplémentaire et de dépistage de la fragilité. L'intégration du BSI restait limitée par une mauvaise connaissance du dispositif, une coordination des soins déjà bien établie, un manque de temps et des habitudes difficiles à changer. Les leviers pour favoriser son intégration étaient : l'apport de meilleures connaissances sur le BSI, sa simplification et la valorisation du temps de coordination, y compris sur le plan financier.

**Conclusion :** Le BSI est un nouvel outil favorisant la coordination des soins et permettant l'évaluation de la fragilité chez les sujets dépendants. L'étude a identifié les freins et les leviers à son utilisation. Son utilisation reste limitée en raison d'un manque de connaissance. Il apparaît nécessaire d'informer les médecins généralistes pour les rendre acteurs de la réforme. Valoriser le temps non médical et réduire la charge administrative encourageraient également l'adoption du BSI et son ancrage dans les pratiques.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Nassir Messaadi

**Asseseurs :** Monsieur le Docteur Jan BARAN

**Directeur :** Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT