



**HAL**  
open science

# Relation entre infirmiers libéraux et médecins généralistes chez le patient dépendant à domicile : évaluation de l'intérêt d'un dossier de soins partagé

Emilie Gaillot

## ► To cite this version:

Emilie Gaillot. Relation entre infirmiers libéraux et médecins généralistes chez le patient dépendant à domicile : évaluation de l'intérêt d'un dossier de soins partagé : Étude qualitative par Focus Groupes. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297677

**HAL Id: hal-03297677**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297677>**

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

# **THESE**

Pour obtenir le grade de

## **DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Emilie GAILLOT**

Le 8 mars 2019

Relation entre infirmiers libéraux et médecins généralistes chez le patient  
dépendant à domicile : évaluation de l'intérêt d'un dossier de soins partagé

Étude qualitative par Focus Groupes

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur BOIVIN

Président

M. le Professeur PAILLE

Juge

Mme. le Professeur PERRET-GUILLAUME

Juge

Mme le Docteur Hélène GARDE-MARTY

Juge et Directrice



**Président de l'Université de Lorraine**  
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne**  
Pr Laure JOLY

**Assesseurs :**

*Premier cycle* : Dr Julien SCALA-BERTOLA  
*Deuxième cycle* : Pr Marie-Reine LOSSER  
*Troisième cycle* : Pr Laure JOLY  
*SIDES* : Dr Julien BROSEUS  
*Formation à la recherche* : Pr Nelly AGRINIER  
*Relations Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER  
*CUESIM* : Pr Stéphane ZUILY

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie* : Dr Guillaume VOGIN  
*Orthophonie* : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER  
*PACES* : Dr Mathias POUSSEL  
*International* : Pr Jacques HUBERT  
*Vie Facultaire* : Dr Philippe GUERCI

*Président de Conseil Pédagogique* : Pr Louise TYVAERT  
*Président du Conseil Scientifique* : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY  
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE  
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -  
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre  
CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard  
FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-  
Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ -  
Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT  
Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire  
LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS -  
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET -  
Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre  
NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques  
POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT -  
Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET -  
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette  
VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE  
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François  
KOHLER - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS -  
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

#### 2° sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

#### 3° sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### 43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

#### 2° sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### 44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

#### 2° sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

#### 3° sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

#### 4° sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### 45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2° sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3° sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

#### 4° sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

### 47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

#### 2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

#### 3° sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

#### 4° sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

### 48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

#### 2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

#### 3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

#### 4° sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

## **49<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

### **1<sup>re</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

### **2<sup>e</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

### **3<sup>e</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

### **4<sup>e</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

### **5<sup>e</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

## **50<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

### **2<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

### **3<sup>e</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

### **4<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

## **51<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

### **2<sup>e</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

### **3<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

### **4<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

## **52<sup>e</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

### **2<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

### **3<sup>e</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

### **4<sup>e</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

## **53<sup>e</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

### **3<sup>e</sup> sous-section : (Médecine générale)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

## **54<sup>e</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

### **1<sup>re</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

### **2<sup>e</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

### **3<sup>e</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

### **4<sup>e</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2° sous-section : (*Ophthalmologie*)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3° sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Docteur Bruno GRIGNON

**43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)**

Docteur Antoine VERGER

**44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

**2° sous-section : (*Physiologie*)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

**45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

**2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)**

Docteure Isabelle THAON

**3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI (stagiaire)

**2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

**4° sous-section : (*Génétique*)**

Docteure Céline BONNET

**48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)**

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

**2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)**

Docteur Antoine KIMMOUN

**3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1° sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteure Anne-Christine RAT

**4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)**

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

**52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1° sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

**2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)**

Docteur Cyril PERRENOT

**54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)**

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

**5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1° sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)**

Docteur Patrice GALLET

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES**

Madame Christine DA SILVA-GENEST

**19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

**66° Section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

**69° Section : NEUROSCIENCES**

Madame Sylvie MULTON

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

### DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOU (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	

**A notre Maître et Président de thèse**

**Monsieur le Professeur Jean Marc Boivin**

**Professeur des Universités de Médecine Générale**

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre haute considération, de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

**A notre Maître et Juge**

**Monsieur le Professeur François PAILLE**

**Professeur des Universités de thérapeutique et d'addictologie**

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

**A notre Maître et Juge**

**Madame la Professeure Christine PERRET GUILLAUME**

**Professeure des Universités de médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement**

Vous nous faites l'honneur de nous accorder votre attention en acceptant de juger notre travail. Recevez ici le témoignage de notre profond respect et de toute notre reconnaissance.

**A notre Juge et Directrice de Thèse**

**Madame le Docteur Hélène GARDE-MARTY**

**Docteur en Médecine Générale à Metz**

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail.

Vous avez pris de votre temps si précieux pour me guider dans l'élaboration de ce travail.

Merci pour votre disponibilité, votre patience et votre bienveillance.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mes sincères remerciements.

**A mes parents, Jean-Luc et Pascale,**

Merci de m'avoir soutenue pendant ces longues années d'études. Merci pour tout ce que vous avez su m'apporter et me donner. J'en suis là aujourd'hui grâce à vous. Merci à toi papa, pour ton aide et tes relectures lors de la réalisation de ce travail. Merci à toi maman, pour ta présence si précieuse dans ma vie au quotidien.

**A Antoine,**

Merci pour ta patience, ton calme et tout ton amour. J'ai hâte de voir ce que la vie nous réserve, mais les années à venir s'annoncent prometteuses...

**A mon fils, Baptiste,**

Tu fais de moi la plus heureuse des mamans, tout simplement.

**A mes frères, Laurent et Mickaël,** merci pour votre soutien. Je suis toujours très heureuse de passer du temps avec vous.

**A ma belle-sœur Eugénie,** merci de m'avoir transmis ton enthousiasme pour la médecine générale. Je pense que j'ai choisi cette voie un peu à cause /grâce à toi.

**A mes neveux et nièces, Hugo, Loane, Arthur, Lola,** c'est un vrai bonheur de vous voir grandir !

**A mes tantes Josiane et Chantal et mes oncles Daniel et Robert,** merci pour votre présence pendant ces si longues années. Un grand merci de m'avoir si bien reçue pendant mes multiples séjours Vosgiens ! Merci pour tous ces moments passés en famille, ils me sont si chers !

**A ma belle-famille,** merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille. Merci pour vos encouragements tout au long de ce travail.

**A Tatie Francine et Tonton Marc,** merci de prendre soin de mon Baptiste. J'ai toujours pu travailler l'esprit tranquille, je sais qu'il est entre de bonnes mains.

**A Audrey,** un soutien sans faille depuis tellement d'années. Merci d'être là. Toujours. Merci à Anthony pour la garde de Baptiste au pied levé. Et Noah...je suis si fière d'être ta marraine.

**A Justine,** ma Juju, merci d'être toi. Tu me manques. Reviens en Moselle !

**A Sarah,** mon coup de foudre amical, mon internat aurait été si différent sans toi ! Câlin de loin !

**A Marine et Charlotte,** merci pour votre aide lors des FG. J'espère qu'on arrivera à repartir quelques jours toutes les 4 un jour...sans homme et sans enfant !

**A Elodie, Floriane,** des amies en or ! On ne se voit pas souvent mais quand on y arrive, j'ai l'impression de ne vous avoir jamais quitté.

**A Caroline,** une amitié de très longue date. On ne se quittera plus. Merci pour ton soutien.

**A Fred**, ta bienveillance lors de notre première année d'internat nous a tellement aidé. Dream team de Briey, je ne vous oublie pas.

**A Emilie, Maïke, Nono, Arnaud, Julie, Pierre, Nathalie, Chloé, Gwen, Anne, Marc, Clémence, Titine, Max et tous les autres**, merci pour tous les bons moments passés ensemble, et ce n'est pas fini !

**A Oriane**, merci pour ton investissement dans ce travail. Merci pour ta disponibilité et ta gentillesse.

**A tous les médecins généralistes et IDEL** ayant participé à ce travail, un grand merci.

**A tous mes anciens Maîtres de stage, Dr Garde Marty, Dr Renault, Dr Marty, Dr Baudoin, Dr Lefebvre-Kaczmarz, Dr Pidolle**, merci pour votre accueil et toutes les connaissances acquises à vos côtés. La médecine générale était, est et restera une évidence pour moi en partie grâce à vous.

## **SERMENT**

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

# 1 Table des matières

<b>LISTE DES ABBREVIATIONS</b> .....	<b>17</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>18</b>
<b>2. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1. DÉMOGRAPHIE MÉDICALE</b> .....	19
<b>2.2. DÉMOGRAPHIE PARAMÉDICALE</b> .....	19
<b>2.3. DÉMOGRAPHIE DE LA POPULATION</b> .....	19
<b>2.4. POPULATION CIBLE</b> .....	20
<b>3. INTERPROFESSIONNALITE MG-IDEL</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1. LA LOI</b> .....	20
3.1.1. <i>Côté IDEL</i> .....	20
3.1.2. <i>Côté MG</i> .....	21
<b>3.2. LES DIFFÉRENTES FORMES DE RELATION</b> .....	21
3.2.1. <i>La relation « classique »</i> .....	21
3.2.2. <i>Les maisons de santé pluri-professionnelles ou MSP</i> .....	21
3.2.3. <i>Les coopérations interprofessionnelles : ASALEE ou les IPA</i> .....	22
<b>4. LE DOSSIER DE SOINS PARTAGE</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1. LE DOSSIER DE SOINS CÔTÉ IDEL</b> .....	23
4.1.1. <i>Généralités</i> .....	23
4.1.2. <i>Définition</i> .....	23
4.1.3. <i>Législation</i> .....	24
<b>4.2. LE DOSSIER MÉDICAL CÔTÉ MÉDECINS GÉNÉRALISTES</b> .....	24
4.2.1. <i>Généralités</i> .....	24
4.2.2. <i>Définition ou recommandations de bonnes pratiques</i> .....	24
4.2.3. <i>Législation</i> .....	25
<b>4.3. EXEMPLE D'INITIATIVE</b> .....	25
4.3.1. <i>Exemple URPS</i> .....	25
4.3.2. <i>Autre exemple</i> .....	26
<b>5. MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>27</b>
<b>5.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET CHOIX DE LA MÉTHODE</b> .....	27
5.1.1. <i>Objectifs de l'étude</i> .....	27
5.1.2. <i>Choix de la méthode qualitative</i> .....	27
<b>5.2. LA MÉTHODE DES FOCUS GROUPES</b> .....	27
5.2.1. <i>Présentation de la méthode</i> .....	27
5.2.2. <i>Recrutement des participants</i> .....	28
5.2.3. <i>Élaboration du guide d'entretien</i> .....	29
5.2.4. <i>Organisation et déroulement des groupes de discussion</i> .....	29
<b>5.3. ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI DIRIGÉS</b> .....	30
5.3.1. <i>Présentation de la méthode</i> .....	30
5.3.2. <i>Recrutement des participants</i> .....	30
5.3.3. <i>Guide d'entretien individuel</i> .....	30
5.3.4. <i>Déroulement des entretiens</i> .....	30
<b>5.4. ORIGINE DES DOSSIERS DE SOINS PARTAGÉS</b> .....	31
<b>5.5. RECUEIL DES DONNÉES</b> .....	31
<b>5.6. ANALYSE DES DONNÉES</b> .....	32
<b>6. RESULTATS</b> .....	<b>32</b>
<b>6.1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON</b> .....	32
<b>6.2. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE</b> .....	34
6.2.1. <i>La relation médecin généraliste / IDE</i> .....	34
6.2.2. <i>DSP : généralités</i> .....	44

<b>6.3.</b>	<b>OPTIMISATION DES DSP PRÉSENTÉS .....</b>	<b>51</b>
6.3.1.	<i>Les avis positifs.....</i>	51
6.3.2.	<i>Les avis négatifs.....</i>	52
6.3.3.	<i>Les éléments à garder .....</i>	54
6.3.4.	<i>Les éléments à retirer.....</i>	56
6.3.5.	<i>Le format.....</i>	57
<b>6.4.</b>	<b>L'INFORMATISATION .....</b>	<b>58</b>
6.4.1.	<i>Les avantages.....</i>	58
6.4.2.	<i>Les inconvénients .....</i>	59
<b>6.5.</b>	<b>LA COMMUNICATION VILLE/HÔPITAL.....</b>	<b>59</b>
6.5.1.	<i>Les modalités de communication .....</i>	59
6.5.2.	<i>Les avis positifs .....</i>	60
6.5.3.	<i>Les avis négatifs .....</i>	60
<b>6.6.</b>	<b>SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS .....</b>	<b>61</b>
6.6.1.	<i>Les relations entre MG et IDEL.....</i>	61
6.6.2.	<i>Le DSP : généralités .....</i>	62
6.6.3.	<i>Avis positifs et négatifs des DSP présentés .....</i>	63
6.6.4.	<i>L'informatisation du DSP .....</i>	64
<b>7.</b>	<b>DISCUSSION DE LA METHODE .....</b>	<b>65</b>
<b>7.1.</b>	<b>LES POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>65</b>
7.1.1.	<i>Les difficultés lors de l'échantillonnage.....</i>	65
7.1.2.	<i>Déroulement des focus groupes et guide d'entretien .....</i>	65
7.1.3.	<i>Entretien semi dirigé : insistance de l'enquêteur.....</i>	65
7.1.4.	<i>L'analyse des données.....</i>	66
<b>7.2.</b>	<b>LES POINTS FORTS DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>66</b>
7.2.1.	<i>Une méthode appropriée à la question de recherche.....</i>	66
7.2.2.	<i>La sélection des participants.....</i>	66
7.2.3.	<i>Le bon déroulement des FG .....</i>	67
7.2.4.	<i>La saturation des données.....</i>	67
7.2.5.	<i>Analyse et triangulation des données.....</i>	67
<b>8.</b>	<b>DISCUSSION DES RESULTATS.....</b>	<b>68</b>
<b>8.1.</b>	<b>LES RELATIONS ENTRE MG ET IDEL .....</b>	<b>68</b>
8.1.1.	<i>Une relation satisfaisante dans l'ensemble.....</i>	68
8.1.2.	<i>Néanmoins, des IDEL toujours critiques vis-à-vis des MG.....</i>	68
8.1.3.	<i>Une communication souvent orale, beaucoup moins par écrit .....</i>	70
<b>8.2.</b>	<b>LE DSP .....</b>	<b>71</b>
8.2.1.	<i>Des avantages et des leviers reconnus tels que.....</i>	71
8.2.2.	<i>Mais des inconvénients et des freins à prendre en compte.....</i>	73
8.2.3.	<i>Un contenu plutôt bien accueilli.....</i>	75
<b>8.3.</b>	<b>INFORMATISATION .....</b>	<b>77</b>
8.3.1.	<i>Une numérisation du DSP dans un avenir proche... ?.....</i>	77
8.3.2.	<i>Ou le DMP à la place du DSP ? .....</i>	78
8.3.3.	<i>ESP, CPTS...une communication via un système d'information partagé labellisé.....</i>	79
<b>9.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>81</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>83</b>
	<b>ANNEXE 1 : COURRIER / MAIL D'INFORMATION UTILISÉ POUR LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS .....</b>	<b>87</b>
	<b>ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN – DÉROULEMENT DES FOCUS GROUPES.....</b>	<b>88</b>
	<b>ANNEXE 3 : DOSSIER DE SOINS PARTAGÉ RÉALISÉ À PARTIR DE LA CONCLUSION DE LA THÈSE .....</b>	<b>91</b>

## ***LISTE DES ABREVIATIONS***

**ADELI** : Automatisation DEs LIstes  
**AMMPPU** : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire  
**ANAES** : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**ASALEE** : Action de SAnTé Libérale En Équipe  
**ASIP** : Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé  
**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral  
**CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants  
**CNIL** : Commission Nationale de L'Informatique et des Libertés  
**CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé  
**CSP** : Code de la Santé Publique  
**DMP** : Dossier Médical Partagé  
**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
**DSI** : Démarche de Soins Infirmiers  
**DSP** : Dossier de soins partagé  
**ESP** : Équipe de Soins Primaires  
**FG** : Focus Groupe  
**GCS** : Groupement de Coordination Sanitaire  
**GIR** : Groupe Iso-Ressources  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HPST** : Hôpital, Patients, Santé, Territoires  
**IADL** : Instrumental Activities of Daily Living  
**IDEL** : Infirmier Diplômé d'État libéral  
**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
**IPA** : Infirmier en Pratique Avancée  
**MG** : Médecin Généraliste  
**MSP** : Maison de Santé Pluri professionnelle  
**PACA** : Provence Alpes Côte d'Azur  
**RDV** : Rendez-Vous  
**ROSP** : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique  
**SAU** : Service d'Accueil des Urgences  
**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

## 1. INTRODUCTION

Le maintien à domicile des personnes dépendantes est un objectif de santé publique. La prise en charge du patient dépendant est une question récurrente dans la pratique de la médecine générale.

La dépendance est définie par l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie courante ou quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales et de s'adapter à son environnement.

La place des soins à domicile dans le système de santé français ne cesse d'augmenter du fait de plusieurs facteurs. Le premier facteur est l'espérance de vie qui augmente de plus en plus avec une durée de vie moyenne dépassant les 80 ans (1). Le vieillissement de la population engendre une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dégénératives. Ensuite les patients et leur entourage proche souhaitent une prise en charge qui les soustrairait le moins possible à leur environnement familial pour des raisons de confort personnel. Par ailleurs, on observera de plus en plus dans les prochaines années un déplacement des soins de la sphère hospitalière vers le domicile. L'évolution défavorable de la démographie médicale est inquiétante et les projections prévoient une diminution globale du nombre de médecins généralistes libéraux dans les deux prochaines décennies.

Les infirmiers libéraux sont au cœur de la prise en charge de ces patients. Ils assurent une surveillance et des soins quotidiens au domicile des patients dépendants.

L'optimisation des relations entre professionnels de santé libéraux et notamment la relation médecins généralistes (MG) et infirmiers libéraux (IDEL) est une nécessité pour la prise en charge de ces patients.

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) de 2009 a pour but d'organiser les réseaux de santé de proximité. Elle précise que « le médecin généraliste est au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et doit « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » notamment les infirmiers libéraux (2). Cependant la charge de travail de ces 2 professionnels de santé ne favorise pas toujours une bonne coordination, par manque de temps et de communication.

Alors que le Dossier Médical Partagé (DMP) qui doit permettre le partage large et complet des informations entre professionnels-patient-ville-hôpital n'est pas encore effectif, plusieurs équipes de professionnels libéraux ont mis en place de leur propre initiative un dossier de soins partagé (DSP) pour des personnes dépendantes à domicile.

La réalisation d'un état des lieux des relations entre MG et IDEL et l'élaboration de moyens visant à améliorer la coordination entre eux pour la prise en charge des patients dépendants vivant à domicile nous ont paru constituer un sujet d'étude intéressant. C'est pourquoi nous avons réuni des MG et des IDEL afin qu'ils donnent leur avis sur l'intérêt d'un dossier de soins partagé. L'optimisation d'un modèle de DSP déjà existant pourrait aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

## **2. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE**

### **2.1. Démographie médicale**

La France compte en 2018, 86932 médecins généralistes en activité régulière tous modes d'exercices confondus, soit une baisse de 9% en 10 ans. On note un net recul de l'exercice libéral sur l'ensemble du territoire avec un recul d'ensemble de 12% et une attirance accrue pour le salariat avec une augmentation de 10%.

L'ordre national des médecins prévoit une forte probabilité de diminution du nombre de médecins généralistes en activité régulière d'ici 2025 pour atteindre moins de 80000 médecins généralistes.

En Moselle, le nombre de médecins généralistes toutes activités et tous modes d'exercices confondus en activité régulière en 2018 était de 1251. La densité de généralistes tous modes d'exercices était de 119,8 pour 100000 habitants en Moselle pour une moyenne de 130,9 en France.

La cartographie interactive mise en ligne par l'ordre national des médecins classe le département de la Moselle en classe 5 : on note sur 10 ans entre 2007 et 2017 une baisse générale des médecins généralistes et une hausse de la population. Ces chiffres font craindre dans les années à venir une situation complexe. (3)

### **2.2. Démographie paramédicale**

La profession d'infirmier est la plus nombreuse parmi les professions de santé en France. L'ordre National des infirmiers signale dans ses données de sérieuses lacunes en matière de statistiques en raison d'un nombre insuffisant d'IDE inscrits sur le tableau de l'ordre. (4)

Néanmoins le répertoire ADELI (Automatisation DEs Listes) existe et recense pour la Moselle en 2017, 10 699 IDE tous modes d'exercices confondus (5) : 2200 IDE libéraux, 6464 salariés hospitaliers et 2035 autres activités. Toujours en Moselle, pour 100 000 habitants, la moyenne s'établit à 210,7 IDE pour une moyenne nationale de 183,3. (6)

Un document émis par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) simulant la démographie paramédicale d'ici l'horizon 2030 montre que les effectifs d'IDE libéraux devraient connaître une croissance forte d'ici 2030, passant de 57 800 à 116 100 en 2030 soit un doublement en 25 ans sur l'ensemble du territoire. La région Lorraine ferait partie des régions qui devraient connaître la plus forte croissance de leurs effectifs d'ici 2030. (7)

### **2.3. Démographie de la population**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la France compte 66 190 286 habitants et les chiffres montrent que la population française continue de vieillir. D'après les dernières statistiques de l'INSEE, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 19,6% de la population soit une progression de quasiment 4 points en 20 ans. On note également une hausse de 2,6 points sur la même période pour les habitants âgés de 75 ans ou plus. Selon les projections démographiques de l'INSEE, la France comptera 76,5 millions d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier

2070 et la quasi-totalité de la hausse de la population concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus. Mais surtout l'augmentation serait particulièrement forte pour les personnes âgées de 75 ans ou plus puisqu'elle représenterait presque les trois quarts de la hausse totale. (8)

## **2.4. Population cible**

La population cible comprend à la fois les patients âgés en perte d'autonomie mais aussi une population plus jeune en situation de handicap.

Le collège de gériatrie définit la dépendance comme 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. La dépendance résulte de l'intrication de plusieurs facteurs dont les maladies psychiques, les maladies physiques et l'environnement. (9)

Selon les premiers résultats de l'enquête « Capacités, Aides et Ressources des seniors ménages » réalisé par la DREES, en 2015, la France métropolitaine comptait entre 0,4 et 1,5 millions de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile.

Les différentes lois concernant la prise en charge de la dépendance ont permis des améliorations notamment un meilleur maintien à domicile des individus en situation de perte d'autonomie. L'âge d'entrée en institution en 2015 était de 85 ans et 2 mois contre 82 ans en 1994. (10)

Selon l'étude menée par la DREES, la majorité des personnes en état de dépendance de 75 ans et plus vivent à domicile (63%) mais seulement 3% des personnes âgées qui vivent à domicile sont en forte situation de dépendance (GIR 1 ou 2) contre quasiment la moitié des résidents en institution. (11)

## **3. INTERPROFESSIONNALITE MG-IDEL**

### **3.1. La loi**

#### **3.1.1. Côté IDEL**

Les textes réglementaires définissent les rôles de chacun. Plusieurs articles dans le décret du 25 novembre 2016 portant sur le code de déontologie des infirmiers reviennent sur certains points importants de la relation entre infirmiers libéraux et médecins généralistes entre autres.

L'article R. 4312-28 stipule qu'un « infirmier doit, dans l'intérêt des patients, entretenir de bons rapports avec les membres des autres professions de santé. Il respecte l'indépendance professionnelle de ceux-ci ». Il précise aussi qu'il « lui est interdit de calomnier un autre professionnel de santé, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession ». (12)

L'article R. 4312-41 précise que la communication entre les deux professionnels de santé est importante et estime qu'un « infirmier doit communiquer au médecin toute

information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic, ainsi que de permettre la meilleure adaptation du traitement ou de la prise en charge ».

La prescription établie par le médecin est souvent source de questionnement entre les deux acteurs.

L'article R. 4312-42 dit qu'un « infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative, datée et signée. Il demande au prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. Si l'infirmier a un doute sur la prescription, il la vérifie auprès de son auteur ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée. En cas d'impossibilité de vérification et risques manifestes et imminents pour la santé du patient, il adopte, en vertu de ses compétences propres, l'attitude qui permet de préserver au mieux la santé du patient, et ne fait prendre à ce dernier aucun risque injustifié. »

### 3.1.2. Côté MG

Le code de déontologie médicale comporte moins d'articles évoquant l'inter professionnalité. Un article précise tout de même l'importance d'une bonne relation envers les autres professionnels de santé dont les infirmiers libéraux. Néanmoins, l'article 68 du code de santé publique précise : « dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient. Avec l'accord du patient, le médecin échange avec eux les informations utiles à leurs interventions ». (13)

## 3.2. Les différentes formes de relation

### 3.2.1. La relation « classique »

La définition d'une relation selon le petit Larousse est un ensemble de rapports et de liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles. (14)

En France, en majorité, les relations entre médecins généralistes et IDEL se font entre 2 protagonistes exerçant chacun dans son propre cabinet. L'exercice en groupe des infirmiers est le mode d'exercice le plus répandu : la plupart des IDEL se regroupent à 2 voire plus au sein d'un cabinet infirmier et ce sont les associés d'un même cabinet qui se relaient au chevet d'un patient.

Au fil des années et pour s'adapter aux modifications démographiques et d'accès aux soins de premier recours, d'autres types d'exercices se sont développés.

### 3.2.2. Les maisons de santé pluri-professionnelles ou MSP

Les maisons de santé pluri professionnelles ou MSP regroupent plusieurs professionnels de santé dans des locaux communs. Elles sont constituées d'au moins deux médecins généralistes et d'un paramédical.

L'article L6323-3 du Code de Santé Publique les définit comme des « lieux de regroupement de professionnels de santé assurant des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales. Les MSP se distinguent des simples cabinets de groupes par la présence d'un projet de soins coordonné. » (15)

Selon le ministère de la cohésion des territoires, le nombre de MSP en 2012 était de 170, près de 800 début 2016. L'objectif du gouvernement est d'atteindre 1400 maisons de santé en service d'ici fin 2018.

Ce mode d'exercice concerne des médecins généralistes et des IDE exerçant tous en libéral. Les différentes professions de santé peuvent avoir en commun un certain nombre de patients et ont défini un projet de santé commun. L'intérêt est d'exercer de façon coordonnée et de mettre en place des réunions de concertation ou des protocoles communs. Une autre notion est à souligner : pour la première fois, les professionnels exerçant en MSP ont la possibilité de partager les informations du dossier médical d'un même patient à condition d'installer l'un des logiciels médicaux labellisés par l'ASIP santé (Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé).

### 3.2.3. Les coopérations interprofessionnelles : ASALEE ou les IPA

ASALEE est une expérimentation de coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers délégués à la santé publique depuis 2004. Les infirmiers sont salariés de l'association ASALEE et interviennent dans deux ou trois cabinets adhérents de l'association. Les missions de l'IDE s'articulent autour de 4 protocoles contenant des actes dérogatoires à leurs conditions légales d'exercices soumis à autorisation de l'ARS. (16) En plus du suivi des patients diabétiques de type 2, les IDE ont pour mission entre autres le repérage des troubles cognitifs chez les patients âgés avec réalisation des tests mémoires et un repérage à domicile. La place de l'infirmière ASALEE dans la prise en charge du patient dépendant à domicile semble donc limitée puisqu'elle intervient essentiellement au sein du cabinet médical et très rarement au domicile du patient.

L'article 119 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé crée l'article L.4301-1 du Code de la santé publique et pose le cadre juridique de la pratique avancée d'un IDE au sein d'une équipe. (17) Les IPA pourront, entre autres, exercer en ambulatoire au sein d'une équipe de soins de premier recours coordonnée par le médecin. L'article R.4301-5 du CSP précise bien que c'est le médecin qui détermine les patients auxquels un suivi infirmier en pratique avancée est proposé. Les 2 protagonistes partagent le dossier médical du patient. (18) Les 3 domaines d'intervention sont : les pathologies chroniques stabilisées et les poly pathologies courantes en soins primaires, l'oncologie et l'hémo oncologie et la maladie rénale, la dialyse, la transplantation rénale.

Ces deux différentes pratiques sont bien moins répandues mais leurs places devraient prendre de l'ampleur dans les prochaines années dans un contexte actuel orienté sur le renforcement de la coopération interprofessionnelle dans les soins de premier recours.

## 4. LE DOSSIER DE SOINS PARTAGE

### 4.1. Le dossier de soins côté IDEL

#### 4.1.1. Généralités

Le dossier de soins chez l'IDE est largement utilisé par les IDEL de nos jours. Son utilisation est de plus en plus importante car il permet une traçabilité optimale de leur travail et un meilleur suivi de leurs patients. Il n'y a pas de dossier de soins type proposé en France, il peut exister autant de dossiers de soins que d'IDEL ou de cabinets d'infirmiers.

Un document a été réalisé en 1999 à la demande de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) (19), aujourd'hui appelée HAS. Il recommande la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile. Il souligne que le dossier du patient est un outil d'amélioration de la qualité des soins et un support indispensable à la délivrance de soins de bonne qualité. Il est donc un outil de la pratique quotidienne. Le but est de faciliter la prise en charge du patient. Il permet de partager les informations pour faciliter à terme la coordination des différents professionnels qui interviennent autour du malade. Malgré son ancienneté, à ce jour, aucun nouveau document n'a été réalisé sur ce sujet.

Lors de l'établissement de ce document officiel, il était précisé que la tenue de dossier de soins infirmiers n'était pas une obligation mais devait être encouragée voire généralisée. Or 19 ans plus tard, l'établissement de ce dossier n'est toujours pas obligatoire. Il s'agit d'une différence majeure par rapport aux médecins.

Le document réalisé en 1999 semble toujours être d'actualité puisqu'il précise que le dossier de soins infirmiers concerne surtout les patients nécessitant des soins réguliers : personnes âgées dépendantes, personnes atteintes de pathologie chronique tels qu'un cancer, un diabète, un AVC, une insuffisance rénale terminale, cardiaque ou respiratoire. Les recommandations précisent que pour les actes ponctuels, une fiche patient peut être largement suffisante.

#### 4.1.2. Définition

Une définition générale du dossier de soins infirmiers a été établie dans le Guide du service infirmier numéro 1 établi par le Ministère de la Santé et repris largement par tous les documents officiels. Il s'agit « d'un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devra être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière »... « Les notes infirmières doivent faire partie du dossier du patient et constituer à ce titre un document légal pouvant servir de preuve devant les tribunaux. Les documents du dossier de soins ont une valeur probante : il s'agit de savoir qui est responsable d'un incident, d'une éventuelle faute et de le prouver ». (20)

#### 4.1.3. Législation

L'article R. 4312-28 du CSP précise que : « L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient. L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel. » Il n'y a donc aucune obligation formelle, le professionnel travaille comme il l'a choisi. (21)

### **4.2. Le dossier médical côté médecins généralistes**

#### 4.2.1. Généralités

Le médecin généraliste, lui, est tenu d'avoir un dossier patient. (22) Concernant les patients dépendants à domicile, chaque médecin a le choix d'utiliser son dossier informatisé au cabinet ou un dossier papier qu'il choisit de laisser au domicile du patient ou non.

#### 4.2.2. Définition ou recommandations de bonnes pratiques

Un rapport de l'ANAES datant tout de même de 1996 donne une liste d'objectifs et de contenus à faire paraître dans le dossier médical du médecin généraliste. Le rapport définit en quelques sortes un cahier des charges pour une bonne tenue d'un dossier médical. (23)

On note que la HAS définit le dossier patient dans son ensemble : le dossier du patient est le lieu de recueil des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit. Le reste de la définition parle « de permettre de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient ». Sa définition reste tout de même très orientée sur une utilisation hospitalière et non ambulatoire.

Il semble difficile de comparer un dossier médical à usage hospitalier et ambulatoire. Notons que la notion d'activité libérale implique une indépendance professionnelle de chaque médecin et il est donc logique que chaque médecin fonctionne différemment dans son propre cabinet.

Un des indicateurs de la ROSP mise en place depuis janvier 2012 évalue le dossier médical. Les modalités précisent qu'« une mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle ». (24)

### 4.2.3. Législation

Alors que le « dossier hospitalier » a vu ses contours définis légalement au terme de l'article R1112-2 du CSP de la loi du 4 mars 2002, le « dossier privé » n'a aucune base législative à proprement parler, hormis l'obligation de sa tenue suivant l'article 45 du code de déontologie (R 4127-45 du CSP) qui prévoit que la conservation du dossier de suivi médical et de la fiche d'observation du patient est sous la responsabilité du médecin. (25)

Selon l'article R. 4127-45 du Code de Santé Publique « indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. Tout médecin doit transmettre à la demande du patient ou avec son consentement, les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.

Le conseil national de l'Ordre des Médecins ajoute à ce sujet que le médecin doit élaborer un dossier professionnel ou une fiche d'observation pour chaque patient dont la rédaction n'est soumise à aucun formalisme. Le dossier comporte des éléments objectifs cliniques et paracliniques nécessaires aux décisions prises par le médecin et éventuellement les confidences du patient. Ce dossier professionnel ou fiche d'observation appartient au médecin qui l'a établi. A côté de cela, l'ordre précise bien que le médecin peut établir des notes personnelles, qui ne sont pas communicables au patient, comme aux tiers. (26)

## 4.3. Exemple d'initiative

### 4.3.1. Exemple URPS

On retrouve facilement sur internet sur les sites de différentes associations d'IDEL, des exemples de dossiers de soins partagés. Par exemple l'URPS (l'Union Régionale des Professionnels de Santé) de la région PACA propose un dossier de soins partagé à télécharger. (27)

Il s'adresse à tous les IDEL intéressés, il se présente sous forme de plusieurs fiches. Le professionnel a le choix de concocter un dossier personnalisé pour chacun de ses patients en téléchargeant librement la fiche qui l'intéresse.

L'URPS rappelle sur son site que le dossier de soins est utile pour organiser et assurer le suivi des soins, évaluer les besoins de la personne, garantir la qualité des soins et la traçabilité, partager l'information et coordonner les actions entre les différents professionnels.

#### 4.3.2. Autre exemple

Mireille Fernandez, infirmière libérale à Sète a mené un projet durant trois ans entre 2013 et 2016 pour arriver à la création d'un cahier de soins infirmiers trimestriels. Ces objectifs étaient avant tout d'améliorer la collaboration entre les médecins traitants et les infirmières, d'assurer la coordination de l'équipe pluri professionnelle, de garantir la traçabilité des actes et des informations, de favoriser l'éducation thérapeutique et l'implication du patient dans sa prise en charge médico-sociale. Sète est donc devenu une ville-pilote pour évaluer l'efficacité et l'utilité du cahier. Les premiers résultats sont encourageants avec un accueil plutôt favorable du projet. (28)

#### **4.4. Le dossier médical partagé**

Il faut différencier le dossier de soins partagé du dossier médical personnel. Ce dispositif prévu par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 rencontre de grandes difficultés de mise en place en France.

Suite à la loi de modernisation du système de santé, le dossier médical personnel a changé de nom et devient « partagé » (DMP). Le décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 précise les conditions d'application du DMP. (29) Le DMP a été officiellement lancé en 2011. Il y a eu création de 158 000 dossiers les 18 premiers mois dont 89 500 vierges de toutes données médicales. 210 millions d'euros ont été investis initialement pour sa création par l'État.

L'objectif est de déployer progressivement le dispositif par l'Assurance maladie d'ici la fin 2018. Le DMP est actuellement en phase d'essai avec 9 départements pilotes depuis décembre 2016.

Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie peut disposer d'un DMP. Il n'est pour l'instant pas obligatoire. Le DMP peut contenir les compte rendus hospitaliers et radiologiques, les résultats d'analyses de biologie, les antécédents et allergies, les actes importants réalisés, les médicaments prescrits et délivrés. Il permet de garder les données de santé en ligne et de les mettre à disposition des professionnels de santé qui prennent en charge le patient (médecins, IDE, kiné, pharmaciens). (30)

Le dossier médical partagé n'a pas de définition propre. Il n'y a aucune obligation de mettre en place ce dossier pour les patients suivis au domicile.

## 5. MATERIEL ET METHODE

### 5.1. Objectifs de l'étude et choix de la méthode

#### 5.1.1. Objectif de l'étude

L'objectif principal était d'analyser l'intérêt exprimé par les médecins généralistes et les IDEL concernant l'utilisation d'un dossier de soins partagé chez les personnes dépendantes à domicile.

#### 5.1.2. Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative permet d'explorer les sentiments, les émotions, les comportements et les expériences personnelles de chacun. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. (31)

Notre sujet de recherche se basait sur « une relation » et étudiait l'intérêt de l'utilisation d'un DSP entre 2 populations. La méthode qualitative et plus particulièrement la méthode des FG semblait donc être la plus appropriée pour stimuler les échanges et faire ressortir les avis et les pratiques de chacun.

#### Retombée attendue :

Optimiser un dossier de soins partagé déjà utilisé

### 5.2. La méthode des focus groupes

#### 5.2.1. Présentation de la méthode

La méthode des focus groupes est une méthode qualitative de recueil des données. Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe, un groupe de discussion semi structuré, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur. Elle a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance.

La méthode des focus groupes est issue de techniques de marketing de l'après-guerre aux États-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif. Elle est inspirée des techniques de dynamique de groupe utilisées par Rogers, psychologue américain. Au début des années 80, la recherche universitaire l'a récupérée pour la mettre au service de la santé mais aussi d'autres domaines divers (notamment en sociologie). Elle est très utilisée de nos jours dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche en soins primaires pour le recueil qualitatif d'informations et d'opinions sur des thèmes variés.

Cette technique d'entretien repose sur une dynamique de groupe. Elle explore et stimule différentes opinions par la discussion. La méthode permet de faire émerger des idées diverses, parfois inattendues par le chercheur. Le focus groupe permet de saisir la complexité psychosociale des problèmes de santé publique. Elle est bien adaptée pour identifier et approfondir la compréhension d'un problème spécifique. La méthode

est également intéressante pour fournir un éventail d'idées, d'expériences ou de réactions personnelles et permet d'identifier des attentes, des besoins ou des solutions adéquates d'une certaine population à un problème spécifique. Le but étant d'améliorer la qualité des soins dans chaque cas. (32)

### 5.2.2. Recrutement des participants

Le recrutement des participants doit refléter la réalité et vise à explorer la plus grande diversité possible. Il faut panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Les participants sont donc sélectionnés en fonction des objectifs de l'étude.

Ils ne connaissent pas en détail le thème de la réunion pour éviter qu'ils ne se renseignent au préalable sur le sujet. Il faut en effet, explorer les réactions spontanées et les expériences personnelles des participants.

L'échantillon conditionne la validité du travail et doit être caractérisé dans les résultats à l'aide d'un questionnaire quantitatif anonyme soumis au début ou à la fin du focus groupe.

Le nombre de participants est idéalement de 6 à 8 personnes. Un nombre minimum de 4 personnes est important pour assurer une dynamique de groupe. Un nombre maximum de 12 personnes est requis pour permettre à chacun de s'exprimer.

La manière de contacter les participants renforce le caractère scientifique de l'étude. Il est impératif de prévenir par courrier les participants d'un certain nombre d'éléments :

- Les mandataires de l'étude et ses objectifs
- La méthode d'entretien de groupe
- L'assurance du respect de l'anonymat au cours de l'exploitation des données
- La description globale du thème qui sera abordé
- Les modalités pratiques des réunions (lieu, date, horaire). (33)

Il est conseillé de contacter chaque participant personnellement quelques jours avant la date de réunion afin de s'assurer de leur présence.

Pour le recrutement des médecins généralistes, nous avons envoyé un courriel à tous les médecins généralistes adhérents à l'association AMMPPU de la section de Metz, de Thionville, de la vallée de l'Orne et de la vallée de la Nied. Le courriel respectait les critères cités ci-dessus. La création d'un lien Doodle permettait aux médecins généralistes de sélectionner des dates de présence sur un mois. (Annexe 1 : courriel d'information).

Nous avons clôturé 3 semaines après l'envoi du courriel la participation au Doodle pour un souci d'organisation. Sur environ 100 mails envoyés, seuls 9 médecins généralistes ont répondu au Doodle. 2 médecins généralistes ont été exclus en raison d'une connaissance du sujet abordé dans le focus groupe. Nous avons donc au total 7 médecins généralistes qui ont pu être réunis à la même date. 1 médecin ne s'est finalement pas présenté le jour prévu.

Pour le recrutement des IDEL, nous avons également envoyé un courriel à tous les IDEL membres de l'AMMPPU de la section de Metz, de Thionville, et de la vallée de l'Orne et de la vallée de la Nied. Seuls deux IDEL ont répondu au Doodle proposé. En raison du faible taux de réponse, nous avons donc envoyé un courrier par voie postale

à l'ensemble de la population d'IDEL à Metz et dans les alentours proches, soit 97 courriers. 2 IDE ont répondu positivement au courrier postal. En raison du faible nombre de réponses, nous avons appelé par téléphone les IDE à leur cabinet. 2 ont finalement accepté de participer. Une date commune a été trouvée pour 6 IDEL au total. 1 IDEL ne s'est finalement pas présenté le jour prévu.

Pour le recrutement du focus groupe mixte médecins généralistes et IDEL, plusieurs moyens ont été utilisés. Nous avons recontacté les MG et IDEL recrutés lors des 1<sup>er</sup> FG et qui n'ont pas pu participer aux groupes à cause de leur indisponibilité le jour choisi. 1 IDE et 3 MG ont répondu positivement. Nous avons ensuite envoyé des courriels via l'intermédiaire de proches mais aussi par téléphone. Nous avons finalement réussi à réunir 4 MG et 3 IDE. Tous se sont présentés le jour J.

### 5.2.3. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien semi structuré permet de définir le déroulement de la séance. Il est reproductible entre chaque séance et permet d'articuler de façon organisée les différentes questions du débat. Il peut être adapté à l'intérieur de chaque entretien et au fur et à mesure du déroulement de l'étude.

Ce guide d'entretien comporte plusieurs parties. Tout d'abord, une introduction avec présentation de l'étude, du modérateur, de l'observateur et des participants. On expose les règles aux participants en assurant l'anonymat des données. Il convient de valoriser l'importance de la participation de chacun.

Une trame de questions ouvertes neutres, simples et faciles à comprendre est utilisée. Chaque question ne comporte qu'une seule idée et n'est pas connotée positivement ou négativement pour ne pas orienter la discussion. Les questions sont dévoilées l'une après l'autre afin de focaliser l'attention.

Une synthèse finale des discussions peut être proposée. L'observateur peut ensuite demander si les participants sont d'accord avec la synthèse et si rien n'a été oublié pour confirmer la validation des participants.

### 5.2.4. Organisation et déroulement des groupes de discussion

Les focus groupes se sont déroulés dans une salle de réunion de l'AMMPPU (Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire) situé 6 quai Paul Wiltzer à Metz. La localisation est centrale et facile d'accès pour les participants.

Les 2 premiers FG ont eu lieu en juin 2017 et le troisième FG en octobre 2018. Les participants étaient accueillis à 20h30 autour d'un buffet dinatoire puis la réunion commençait à 21h. Le premier FG a duré 1h, 50 min pour le deuxième, 1h10 pour le troisième.

Les séances ont été enregistrées avec l'accord des participants, via 2 enregistreurs numériques : dictaphone iPhone® 5 SE et logiciel informatique Quick Time Player® via enregistreur audio et caméra.

Le premier et le deuxième focus groupe a été animé par Mme Escolano Marine, docteur en médecine, DESC médecine vasculaire. Le troisième FG a été animé par Mr Herviaux Antoine, animateur sportif. Ils ont été choisis pour leurs capacités à exploiter une dynamique de groupe. Ils sont restés impartiaux en évitant les jugements de valeurs. Ils ont été capables de communiquer de façon claire sur le sujet en raison de leurs professions respectives. Ils ont su s'adapter au groupe.

L'auteure, Emilie Gaillot, a participé à l'ensemble des FG en tant qu'observateur. Elle a pris des notes sur les comportements non verbaux lors des séances. Elle s'est occupée de l'enregistrement des données. Elle n'a pas participé aux discussions. Il n'y a pas eu de difficultés à l'issue des 3 FG et le guide d'entretien n'a pas été modifié de façon majeure.

### **5.3. Entretiens individuels semi dirigés**

#### **5.3.1. Présentation de la méthode**

Lors d'un entretien individuel semi dirigé, les opinions et les sentiments de l'enquêté sont plus facilement abordés qu'en focus groupe. Parmi les différentes méthodologies, nous avons opté pour l'entretien semi structuré ou « semi directif ». Le chercheur utilise une grille préétablie de questions ouvertes reprenant la liste des thèmes à aborder. Le fil conducteur est souple, l'enquêté peut expliquer ses choix et exprimer son vécu librement. (34)

#### **5.3.2. Recrutement des participants**

Lors de l'échantillonnage du FG, les participants n'étaient pas assez représentatifs de certaines populations par manque de participants. En effet, la majorité des participants des FG exerçait en ville. Or pour avoir une plus grande diversité d'opinions et d'avis, il semblait important de pouvoir également interroger des professionnels exerçant en milieu rural ou semi rural.

Pour renforcer la validité des résultats, nous avons donc réalisé 4 entretiens individuels semi dirigés, 3 entretiens d'IDEL et 1 de MG. Ces professionnels ont été recrutés par la même méthode que pour les Focus groupes. Ils n'étaient pas libres les jours de réunion des focus group et il a semblé plus facile de les rencontrer individuellement. Nous n'avons essayé aucun refus de leur part et tous ont accepté de participer à notre étude de cette façon.

#### **5.3.3. Guide d'entretien individuel**

Le guide d'entretien utilisé était très proche du guide d'entretien utilisé lors des focus groupes. Les grands thèmes ont été abordés de la même manière. La dynamique de groupe étant absente dans ce genre d'entretien, nous avons eu recours à plus de questions de relances permettant d'amener les points importants.

#### **5.3.4. Déroulement des entretiens**

Nous avons contacté les participants par téléphone en leur réexpliquant le sujet de l'étude et la méthode des entretiens semi dirigés. Tous les entretiens ont été réalisés en

tête à tête. Ceux-ci se sont passés sur le lieu et pendant le temps de travail des participants. Les entretiens ont duré entre 15 et 25 min. Tous se sont passés dans un climat calme et professionnel. Nous nous sommes rendu compte au cours du troisième entretien semi dirigé que les données arrivaient à saturation puisque aucun élément nouveau n'a été abordé, le quatrième entretien semi dirigé confirmait cette impression.

#### **5.4. Origine des dossiers de soins partagés**

Nous avons choisi de présenter trois DSP différents lors des FG et entretiens semi dirigés. Leurs contenus, mises en page et présentations différentes ont contribué à nourrir le débat sur le DSP.

Le premier DSP, contenu dans le classeur vert, nous a été transmis par le Dr Vacher Seytoux, médecin généraliste aujourd'hui à la retraite exerçant sur le secteur de Faulquemont. Il a toujours été convaincu qu'une meilleure relation entre professionnels de santé contribuait à améliorer la prise en charge de ses patients. Il a donc utilisé durant son exercice le DSP réalisé en collaboration avec des IDEL de son secteur.

Le deuxième DSP, contenu dans le classeur rouge, a été mis en ligne par l'URPS de la région PACA. Nous avons reçu l'autorisation par mail de leur représentant pour utiliser ce DSP lors de notre étude. Il est facilement téléchargeable sur leur site internet.

Le troisième DSP, contenu dans le classeur bleu, a été téléchargé sur internet. Il a été créé il y a déjà plusieurs années par une association d'infirmières et infirmiers libéraux de la région de Bayonne. Il est en téléchargement libre sur le site [www.infidom.fr](http://www.infidom.fr).

#### **5.5. Recueil des données**

Tous les focus groupes et entretiens semi dirigés ont été enregistrés via un dictaphone et également enregistrés sur vidéo via Mac Book Pro® via le logiciel Quick Time Player® pour plus de sécurité. Les focus groupes ont été retranscrits mot à mot sur un document Microsoft Word® en séparant les interventions des différents participants. Leurs expressions, rires et autres réactions ont également été reportés dans la transcription.

L'exploitation des données est strictement anonyme. Aucun nom n'était retranscrit dans le verbatim. Tous les éléments permettant d'identifier un médecin ou participant ont été remplacé par le symbole suivant : [...]

Chaque participant a été identifié par une lettre et un chiffre selon le focus groupe auquel il a participé. Les participants des Focus groupes ont été identifiés par les lettres A, B et C selon le FG auquel il a participé. Chaque participant s'est vu attribuer un chiffre. Les chiffres ont été attribués selon la chronologie de prise de parole dans la discussion. L'observateur a été identifié par la lettre O et l'animateur par la lettre M. Les participants des entretiens semi dirigés ont été identifiés par la lettre P et se sont vu attribuer un chiffre par ordre chronologique des entretiens. L'enquêteur a été identifié par la lettre A. Pour une meilleure analyse des données, les lignes de transcriptions ont été numérotées.

## 5.6. Analyse des données

Une démarche d'analyse des données rigoureuse, systématique et vérifiable doit être définie dans le protocole. L'analyse des données doit être reproductible. Une deuxième analyse indépendante est d'ailleurs un avantage pour confirmer sa validité.

Une analyse qualitative est un processus évolutif et continu. En effet il est possible de modifier le guide d'entretien après avoir fait l'analyse des premiers focus groupes pour faire évoluer la discussion et arriver à saturation des données.

L'analyse des données est basée avant tout sur les transcriptions verbatim mais également sur les notes de l'observateur et sur les débriefings entre modérateur et observateur.

L'analyse commence par un codage axial des verbatim. Chaque idée extraite du verbatim est traduite par un code ou permet de créer un code. Les codes sont ensuite regroupés en thèmes plus généraux et parfois déclinés en sous-catégories. Il en résultera un tableau qui représente les résultats du travail.

La fiabilité des résultats sera assurée par : l'existence d'une étude pilote pour tester la compréhension des questions, la neutralité et la compétence du modérateur, la clarification des réponses ambiguës, la neutralité de l'équipe de recherche, le respect d'une méthodologie systématique, le choix pertinent de l'échantillon théorique, l'obtention de la saturation d'idées. (35)

Les trois focus groupes ainsi que les entretiens semi dirigés ont été codés par deux personnes différentes afin d'assurer la validité de l'analyse des données.

Nous avons regroupé les différents verbatim en thèmes et sous thèmes dans un tableau Excel afin de faire ressortir l'ensemble des codes retrouvés dans les différents focus groupes.

1<sup>ère</sup> colonne : grands axes / 2<sup>ème</sup> colonne : les thèmes / 3<sup>ème</sup> colonne les sous thèmes puis dans les colonnes suivantes, les différents verbatim correspondant à chaque sous thème.

## 6. RESULTATS

### 6.1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons réalisé 3 focus groupes. Le premier a réuni 6 médecins généralistes, le deuxième a réuni 5 IDEL et le troisième a réuni 3 IDEL et 4 MG. Nous avons complété notre analyse par 4 entretiens semi dirigés : 1 MG et 3 IDEL.

Nous avons résumé les caractéristiques de chacun des participants des focus groupes et des entretiens semi dirigés dans les mêmes tableaux. Ces informations ont été recueillies par un questionnaire quantitatif au début de chaque focus groupe et de chaque entretien semi dirigé. Il a permis de recueillir des caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le type d'activité, le mode d'activité, le nombre de patients chroniques.

Nous avons réalisé quelques graphiques à la suite des tableaux pour une meilleure lisibilité. Nous avons choisi de représenter les caractéristiques les plus importantes tels que le sexe, l'âge et le type d'activité.

*Tableau 1. Caractéristiques des MG*

Médecins	Sexe	Age	Type d'activité	Mode d'activité	Nombre de patients chroniques	Nombre d'IDE en relation
A1	Masculin	Plus de 60 ans	Ville	Groupe	10 à 20	10
A2	Féminin	Entre 35 et 50 ans	Ville	Groupe	Plus de 20	10
A3	Féminin	moins de 35 ans	Ville	Groupe	10 à 20	Dizaine
A4	Féminin	Entre 50 et 60 ans	Ville	Groupe	10 à 20	18
A5	Féminin	Entre 35 et 50 ans	Ville	Groupe	Plus de 20	20
A6	Masculin	Moins de 35 ans	Semi rural	Groupe	10 à 20	12
C1	Féminin	Moins de 35 ans	Semi rural	Remplaçant	/	/
C2	Masculin	Entre 35 et 50 ans	Rural	Individuel	10 à 20	5
C4	Masculin	Moins de 35 ans	Ville	Groupe	Moins de 10	5.6
C5	Masculin	Moins de 35 ans	Ville	Remplaçant	/	/
P4	Féminin	Moins de 35 ans	Semi rural	Individuel	10 à 20	5

*Tableau 2. Caractéristiques des IDEL*

IDE	Sexe	Age	Type d'activité	Mode d'activité	Nombre de patients chroniques	Nombres d'années en hôpital avant installation
B1	Féminin	Moins de 35 ans	Ville	Groupe	Vingtaine	4 ans
B2	Féminin	35 à 50 ans	Ville	Groupe	Vingtaine	7 ans
B3	Féminin	50 à 60 ans	Ville	Groupe	Vingtaine	3 ans
B4	Masculin	35 à 50 ans	Ville	Groupe	Vingtaine	3 ans
B5	Féminin	35 à 50 ans	Rural	Groupe	10 à 20	20 ans
C3	Féminin	Moins de 35 ans	Ville	Groupe	30	8 ans
C6	Féminin	Moins de 35 ans	Ville	Groupe	30	11 ans
C7	Féminin	Moins de 35 ans	Ville	Groupe	Vingtaine	3 ans
P1	Féminin	35 à 50 ans	Rural	Groupe	8	5 ans
P2	Féminin	Moins de 35 ans	Semi rural	Maison médicale	35 à 40	4 ans
P3	Féminin	35 à 50 ans	Semi rural	Groupe	30 à 35	10 ans

## 6.2. Résultats de l'étude

### 6.2.1. La relation médecin généraliste / IDEL

#### 6.2.1.1. Définition de la relation MG / IDEL

##### La connaissance de l'autre

La définition d'une « bonne relation » entre MG et IDEL était abordée de différentes façons selon les participants.

Pour plusieurs médecins généralistes, cette relation se définissait avant tout par une connaissance personnelle de ses interlocuteurs.

\* « *Premièrement faut se connaître parce que n'on ne parle bien qu'avec des gens qu'on connaît* » (A1 – 4 à 5)

\* « *à mon avis c'est important de connaître un peu les différents interlocuteurs* » (A2 – 25 à 26)

Pour d'autres médecins généralistes, cette relation serait facilitée par une présentation officielle en personne lors d'une nouvelle installation. Selon un des médecins, ce sont les IDEL qui devaient venir se présenter à lui lors d'une installation et non l'inverse. Aucun IDEL interrogé n'a abordé ce sujet.

\* « *...des tas de jeunes s'installent et puis ne venaient même pas se présenter...je ne savais même pas qui c'était* » (A1 – 11 à 14)

\* « *elles étaient venues se présenter parce qu'elles venaient de s'installer et on s'est aperçu qu'on avait une patiente* » (C4 – 11 à 13)

Le terme de rencontre entre les deux interlocuteurs était abordé à plusieurs reprises par les participants quelle que soit sa profession. Pour un des IDEL la notion de rencontre serait le point de départ de toute relation.

\* « *le principal c'est déjà de se rencontrer* » (B4- 53)

Deux médecins généralistes précisait l'importance d'appartenir à des associations de professions de santé pour faciliter la rencontre entre les intervenants. Il semblait important de rencontrer lors d'un repas en dehors du contexte médical leurs interlocuteurs dont les IDEL :

\* « *j'ai euh, recrée une association des professions de santé...on se réunit une fois par an, c'est un peu informel mais au moins on a l'avantage de se connaître* »

(A1 – 6 à 11)

### Une relation de confiance

La notion de confiance était mentionnée de nombreuses fois lors des entretiens et des différentes discussions. La confiance était abordée aussi bien par les IDEL que par les MG très rapidement pour chacun. Cette notion semblait donc être une part importante d'une relation de qualité entre MG et IDEL. La définition du petit Larousse précise que la confiance se définit par le sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre. (31)

\* « *il y en a quand même beaucoup qui nous font confiance, la confiance c'est important* » (B1 – 23 à 24)

\* « *c'est ça c'est que, qu'il y ait une notion de confiance entre le professionnel de santé de chaque côté* » (P2 – 14 à 15)

\* « *la confiance, moi j'ai bien confiance en elle donc je sais que quand elle m'appelle c'est qu'il y a quelque chose c'est pas pour rien* » (P4 – 17 à 19)

Plusieurs médecins reconnaissaient aux IDEL des connaissances solides sur leurs prises en charges. Certains précisaient laisser facilement « la main » aux IDEL concernant certains soins. Ces propos rejoignent donc ce sentiment de confiance qui devrait prévaloir dans la relation entre les deux professions selon de nombreux participants de notre étude.

\* « *la plupart du temps, elles s'y connaissent quand même* » (A2 – 84)

### Le libre choix

Deux médecins généralistes laissaient à l'IDEL une autonomie sur certains soins, notamment les soins de plaies chroniques. Selon eux, le rôle de l'IDEL n'était pas seulement d'appliquer strictement leurs prescriptions médicales. Au contraire certains médecins préféraient « laisser faire » les IDEL. Cette notion de libre choix de l'IDEL était donc à inclure dans une relation de confiance et donc de qualité entre les deux professions.

\* « *je suis pas très très chaud, sur la connaissance des pansements, je laisse souvent l'infirmière, bah euh piloter un petit peu* » (A1 – 72 à 75)

\* « *moi je fais une ordonnance pour les pansements...et puis c'est elle qui choisit la plupart du temps* » (A4 – 82 à 83)

Une infirmière temporisait tout de même ces propos en précisant que certains médecins laissaient piloter... :

\* « *il y a des anciens qui nous laissent gérer...je veux dire appliquer, changer de traitement ils nous laissent faire...on change ils sont au courant et ils nous suivent* » (P3 – 97 à 100)

...mais que d'autres médecins ne toléraient pas le changement de protocole quel que soit le résultat :

*\* « il y en a d'autres on sait que la prescription médicale doit être effectuée à la lettre et rien doit être changé, même si c'est mauvais » (P3 – 100-101)*

### La connaissance du patient

Un médecin incluait le patient au cœur de la discussion. Il considérait que les IDEL connaissaient bien mieux les patients que le médecin lui-même. La répétition des visites, parfois plusieurs fois par jour et tous les jours de la semaine, plaçait l'IDEL au cœur du quotidien du patient et donc de sa prise en charge.

*\* « après pour moi c'est vous qui connaissez le mieux les patients...j'arriverai jamais à la comprendre dans sa globalité et vous à force de passer, vous la connaissez mille fois mieux que moi » (C4 – 66 à 71)*

### Les idées du passé révolues

Certains médecins précisait que les mentalités changeaient progressivement quant à la place de l'IDEL dans la prise en charge du patient. Il précisait que les notions de hiérarchie faisaient partie du passé :

*\* « il n'y a pas de honte, pour le grand docteur, petit IDE, tout ça, c'est des images de « dans le temps », c'est complètement fini » (A1 – 89 à 90)*

### L'interactions entre MG et IDEL

Lors des discussions, la notion de communication était majoritairement mentionnée pour étayer les arguments d'une bonne relation entre MG et IDEL. La communication était mentionnée à plusieurs reprises, très rapidement et avec insistance par plusieurs MG montrant bien qu'il s'agissait d'un point important à aborder.

*\* « Pouvoir communiquer, la communication ça me semble important, que ce soit la communication verbale donc par le téléphone rien qu'avoir les coordonnées de l'infirmier dans le dossier c'est important et puis euh, la communication écrite aussi il y a des fois des cahiers infirmiers qui sont à domicile et je trouve que c'est vraiment bien... » (A3 – 27 à 32)*

*\* « c'est surtout à communiquer qu'on puisse s'appeler et qu'on fasse pas chacune notre truc dans notre coin c'est vraiment ouai la communication » (P4 – 15 à 17)*

Pour plusieurs IDEL, une bonne relation passait par la connaissance des coordonnées des médecins généralistes avec qui ils travaillaient. Il semblait important de connaître les coordonnées téléphoniques directes des médecins généralistes pour pouvoir les joindre rapidement. Les médecins généralistes de leur côté précisait donner leurs numéros de téléphones aux IDEL pour faciliter la communication. Plusieurs MG ont précisé que les IDEL avec qui ils travaillent peuvent et savent qu'ils peuvent appeler en cas de besoin.

\* « *on se téléphone régulièrement, on a même nos numéros de portables en cas de soucis* » (P2 – 6 à 7)

\* « *tout de suite j'ai pris leurs numéros et elles savent qu'elles peuvent m'appeler, voilà et euh j'avais mis tout de suite, j'avais laissé un petit mot voilà pour qu'elle sache tout de suite* » ( P4 – 46 à 48)

\* « *je sais que je peux les appeler, elles savent qu'elles peuvent m'appeler du coup c'est vraiment, c'est vraiment royal dans le sens-là* » (P4 – 46 à 48)

Un médecin disait avoir une relation quasi quotidienne avec les IDEL avec lesquelles il travaillait, que ce soit un contact direct par téléphone ou par SMS :

\* « *bin moi je suis en relation quasi quotidienne j'ai envie de dire avec les infirmières, quasiment tous les jours j'ai un petit message ou un petit appel sur un truc, une question, un INR, enfin voilà* » (P4 – 13 à 15)

#### **6.2.1.2. Les attentes des MG et des IDEL**

Les IDEL en majorité ont abordé les attentes qu'ils avaient envers les médecins généralistes pour décrire une bonne relation entre les deux professions contrairement aux MG qui évoquaient prioritairement la notion de confiance et de communication.

Tout d'abord assez simplement, certains IDEL attendaient surtout une réponse de la part du médecin généraliste lorsqu'ils en avaient besoin. Ils précisaient aussi l'importance d'être joignable et que l'IDE puisse appeler et tomber sur son interlocuteur en cas de problème. Cette attente mettait surtout en avant une des difficultés abordée plus tard dans cette partie.

\* « *Après les attentes, moi ce que j'attends c'est qu'on réponde surtout au téléphone, quand on l'appelle* » (B4 – 48 à 49)

\* « *de savoir que dans les 48, 72 heures il peut y avoir une réponse de la part du médecin* » (C3 – 59 à 60)

Une des IDEL abordait la notion de « rôle du médecin » qui reste très flou et générale. Cette notion sous entendait que certains médecins ne jouaient pas « leur rôle » aux yeux de cette participante.

\* « *C'est qu'il y a besoin et donc bin en fait j'attends que le médecin joue le rôle de médecin tout simplement* » (P1 – 15 à 16)

Deux autres grandes attentes étaient abordées exclusivement à plusieurs reprises par les IDEL.

Ils attendaient surtout du médecin généraliste qu'il soit à l'écoute. Cette notion était même abordée en premier lors d'un des entretiens pour étayer la définition d'une bonne relation entre MG et IDEL. Ils estimaient important que les MG

prennent au sérieux les propos tenus par ses interlocuteurs pour une bonne prise en charge du patient dépendant à domicile.

\* « *Je veux dire ils sont quand même souvent à notre écoute même s'ils ne prescrivent pas toujours du premier coup ce qu'on a dit, parce qu'ils ne savent pas, ils sont souvent à notre écoute* » (B1 - 41 à 43)

\* « *Mmmmh, non qu'on s'écoute mutuellement pour aller dans le sens du patient, enfin l'intérêt du patient* » (P1 -7 à 8)

\* « *Et que le médecin soit à l'écoute* » (P3 – 24)

Ensuite la quasi-totalité des IDEL évoquaient à plusieurs reprises qu'ils attendaient surtout du médecin qu'il puisse être joignable sans problème que ce soit par téléphone ou SMS.

\* « *Une bonne relation ? C'est un médecin à qui on peut téléphoner, qui nous répond, ou qui nous rappelle, à qui on peut envoyer des SMS...* » (P3 - 4 à 5)

\* « *quand on a besoin d'une prescription et qu'on puisse appeler et avoir rapidement ce qu'on a besoin* » (P2 – 8 à 9)

Une IDEL évoquait une autre attente rejoignant la notion précédente : la présence et donc toujours la disponibilité du MG à n'importe quel moment. Plusieurs IDEL précisait même une notion de temps et de rapidité nécessaire à une bonne relation entre les deux professions.

\* « *Rien que pour nous de savoir que, vous êtes présents, enfin que le médecin peut être disponible au moment où on en a besoin, à n'importe quel moment finalement* » (C3 - 50 à 52)

\* « *et que l'action se fasse rapidement pour le bien du patient quoi* » (P2 – 17 à 18)

Les notions de sympathie et gentillesse du médecin étaient abordées par trois IDEL différentes. Ce sentiment était évoqué assez brièvement par chacun et ne semble pas être l'élément le plus important. Aucun MG n'a abordé ce sujet.

\* « *Un médecin gentil, à l'écoute, qui croit ce qu'on lui dit* » (B1 – 5)

### **6.2.1.3. Les différents moyens de communications**

Différents moyens de communication étaient évoqués lors des discussions et entretiens par les deux professions. Le moyen oral était mentionné en majorité par les IDEL et MG. Selon un des médecins ce moyen serait d'ailleurs le moyen le plus sûr :

\* « *Je pense que si c'est important, il n'y a que la voie orale que l'on est sûr de...* » (A2 – 247 à 248)

Un des IDEL précisait que le contact oral direct avec le médecin généraliste était son moyen privilégié de communication :

\* « *Ah oui mais à nous, c'est notre carnet parce que là chez le patient, le truc médecin / infirmiers, moi j'en ai mais je n'aime pas, moi j'aime bien, je préfère le contact oral en fait* » (B4 – 168 à 170)

Le moyen de communication le plus souvent évoqué lors des discussions était le téléphone, que ce soit le numéro fixe ou le numéro personnel portable des médecins généralistes et des IDEL.

\* « *Ouai essentiellement c'est le portable hein* » (P2 – 37)

Une des participantes IDEL mentionnait la possibilité d'utiliser le numéro personnel de certains médecins avec lesquels elle travaille. Elles n'avaient en revanche pas le numéro personnel de chacun des médecins.

\* « *Oui, oui, oui, oui bin non on passe pas par le secrétariat, que ça soit X ou sa remplaçante, on a le numéro privé et on peut communiquer mais pas les autres médecins...* » (P3 – 84 à 86)

Un autre moyen de communication répandu était mentionné à plusieurs reprises, il s'agissait des SMS. Il était évoqué à la fois par le groupe des MG et des IDEL comme un moyen fréquent de communication.

\* « *Bin téléphone et SMS* » (P3 -59)

\* « *Appels, SMS, ça dépend des médecins* » (P2 -39)

Trois médecins généralistes abordaient le moyen de communication écrit rapidement dans la discussion. Certains évoquaient ce sujet en parlant d'un cahier, d'autres d'un dossier partagé, d'un carnet de santé et même de feuille volante. Tous ces moyens étaient abordés exclusivement par le groupe de médecins généralistes. Aucun IDEL n'évoquait le moyen écrit parmi les moyens de communication avec les MG.

\* « *communication écrite aussi il y a des fois des cahiers infirmiers qui sont à domicile et je trouve que c'est vraiment bien parce que à chaque fois que j'y vais je note un petit mot* » (A3 – 30 à 32)

\* « *Téléphone et cahier de transmission au domicile où les infirmières me notent des trucs. Ça j'aime beaucoup le cahier* » (C4 -251-252)

\* « *je pense que le cahier, c'est, parce que des fois laisser des petits post-it, des feuilles volantes, entre les trucs qui se perdent, je pense que voilà le cahier c'est déjà à mon avis important pour qu'on puisse avoir quelque chose de fixe...* » (A2 – 42 à 45)

Un autre moyen de communication était abordé par certains médecins et IDEL: les échanges par mail. Aucun ne précisait s'il s'agissait d'échange via une adresse mail personnelle ou professionnelle, sécurisée ou non. Plusieurs participants précisaient qu'ils n'utilisaient pas ce moyen de communication.

\* « *J'en ai une (MG) par mails de temps en temps, elle a mon mail et puis je lui fournis des ordonnances des choses comme ça* » (P4 – 56 à 57)

\* « *Et puis donc justement, ça serait peut-être bien, si on pouvait s'échanger de temps en temps des adresses mails* » (A1 – 102 à 103)

Les photographies étaient mentionnées à plusieurs reprises par les deux professions. Ils précisait que les échanges de photos se faisaient soit par SMS soit par mail sans préciser s'il s'agissait d'un échange sur boîte mail personnelle ou professionnelle encore une fois.

Les IDEL utilisaient donc les photographies entre collègues pour améliorer leurs transmissions mais aussi avec les médecins généralistes pour montrer l'évolution d'une plaie.

\* « *Pour voir l'évolution, à qui, on envoie la photo aussi au médecin* » (P3 - 195)

\* « *Avec les photographies, ça améliore vraiment les choses des fois* » (A6 – 149)

Un médecin et un IDEL faisaient part de leurs inquiétudes à partager des photos en raison d'un problème de confidentialité.

\* « *Moi en fait je ne communique pas par photos, parce que il y a un problème de confidentialité donc du coup* » (A3 – 150 à 151)

\* « *Je commence seulement à me poser la question de faire des photos, je commence seulement à me poser la question mais après ça demande de faire la déclaration à la CNIL, ça me demande de faire une autorisation écrite du patient qui t'autorise à prendre sa jambe en photo* » ( B4 – 335 à 338)

#### **6.2.1.4. Les difficultés entre MG et IDEL**

Deux infirmières rappelaient au départ qu'elles n'avaient pas de difficulté de communication avec les médecins généralistes dans leurs pratiques quotidiennes.

\* « *Qu'est-ce que... ? Bin moi je vais prendre l'exemple d'ici, parce que ici on n'a vraiment aucun souci* (P2 – 3 à 4)

\* « *Oui, mais nous franchement on n'a pas, on n'a pas tellement de problèmes...* »(P3 -93)

### Le caractère propre à chacun

Les difficultés de communication entre médecins généralistes et IDEL étaient abordées à plusieurs reprises en majorité par les IDEL.

Certains évoquaient des difficultés liées au caractère du médecin généraliste. Pour deux infirmières, certains médecins généralistes étaient trop hautains et d'autres ne prenaient pas au sérieux les propos des IDEL.

\* « *En fait avec certains, on ne compte pas, ils sont des dieux, y'en a un surtout c'est un dieu, donc euh c'est, on leur dit quelque chose, on lui dit notre sentiment etc. et en fait non vous faites comme ça, vous faites comme ça, bien que ça ne va pas bien finir...* » (B1 – 35 à 38)

\* « *Bin après faut avoir aussi une relation de confiance entre le médecin et l'infirmière parce que c'est pas forcément le cas et les médecins nous prennent pas forcément au sérieux non plus, donc euh* » (C7 -77 à 79)

Certains abordaient également un problème dû au tempérament du MG qui n'était pas compatible avec celui de l'IDEL.

\* « *Euh et avec une médecin qui est plus fermée...qui...on a pas trop envie de communiquer avec elle du coup...* » (P1 -24 à 25)

Une IDEL regrettait de ne pas être connue de son interlocuteur. Exerçant en ville où de nombreux cabinets infirmiers cohabitaient, il était difficile pour elle de connaître et de se faire connaître personnellement des MG avec lesquels elles travaillaient.

\* « *Puis ils nous connaissent pas forcément non plus quoi, il y a tellement d'infirmières,...* » (C6 – 79 à 80)

Certains IDEL évoquaient des difficultés relationnelles avec des médecins généralistes plus anciens. Selon une des IDEL ses relations étaient bien meilleures et plus simples avec des médecins généralistes récemment installés qu'avec les plus anciens. Ce problème générationnel n'était évoqué que du côté des IDEL, aucun MG n'avait fait de distinction d'âge lors des discussions.

\* « *...je trouve qu'on a une relative bonne relation avec les jeunes médecins davantage qu'avec les anciens, on va dire ça comme ça...* » (P3 – 95 à 97)

### Le manque de disponibilités

Plusieurs IDEL mentionnaient à plusieurs reprises leur peur de déranger le médecin par téléphone. Ils avaient même parfois déclaré attendre et temporiser avant de joindre le médecin traitant du patient concerné en cas de besoin ou problème non urgent.

\* « *Moi quand j'appelle les secrétaires ou les médecins j'ai l'impression de déranger donc j'appelle vraiment quand je peux pas faire autrement quoi* » (C6 -107 à 108)

\* « ...enfin moi en tout cas je veux pas les appeler, on a leur portable, et je veux pas les appeler directement de peur de les déranger. » (P1 – 26 à 28)

Un médecin précisait bien que pour lui la peur de déranger ne devait pas faire partie de la communication entre les deux professions. Pour lui, une IDEL ne devait pas demander l'autorisation d'appeler le médecin, il s'agissait bien d'un droit et donc du devoir de médecin de répondre à ses sollicitations.

\* « ... ça me donne presque envie, quand j'ai des suivis de patients à domicile de moi vous appelez et de vous dire vous pouvez m'appeler, en gros de pas vous donner l'autorisation mais finalement c'est presque ça... » « Vous avez l'impression de pas avoir le droit mais bien sûr que vous avez le droit » (C4 – 966 à 972)

Plusieurs intervenants mentionnaient des difficultés pour contacter leurs interlocuteurs. Ils révélaient également avoir des problèmes pour avoir des réponses à leurs sollicitations, que ce soit une réponse à un message vocal ou SMS. Toutes ces difficultés étaient évoquées par des IDEL, aucun médecin généraliste ne parlait de ce genre de difficultés.

\* « ...bon après pour les joindre certains c'est plus compliqué quoi » (B1 – 90 à 91)

\* « Des appels, des messages qui ne sont pas écoutés, qui ne sont pas pris au sérieux et ou on n'a pas, aucun retour quoi » (P3-28 à 29)

Une IDEL évoquait même la nécessité de se déplacer pour obtenir ce dont elle avait besoin, souvent une ordonnance, au détriment de son temps de travail personnel, en raison de l'absence de réponse de certains généralistes.

\* « ... moi quand j'attends une prescription bon bin des fois ça m'arrive moi de me déplacer, ça ne leur plait pas mais voilà. Si je veux la prescription autant aller la chercher je suis sûre de l'avoir » (P2 – 25 à 27)

Enfin, plusieurs médecins généralistes et IDEL avaient parfois l'impression de ne pas vraiment travailler en collaboration mais plutôt en parallèle lors de la prise en charge d'un patient commun à domicile.

\* « On n'a pas l'impression de travailler ensemble, on a l'impression de travailler en parallèle, mais pas ensemble en fait » (C6 – 114 à 115)

### Le manque de temps

Une autre difficulté était mentionnée par plusieurs MG : le manque de temps. Pour eux il s'agissait d'un frein important à avoir une communication optimale entre les différents professionnels de santé. Il était mentionné que le simple fait d'essayer de se joindre par téléphone pouvait faire perdre du temps.

*\* « ...une bonne partie des infirmiers libéraux ont mon numéro de portable personnel, ça leur évite de passer par le secrétariat, de perdre du temps aussi, d'attente, combien de fois nous ça nous arrive, on peste un peu contre ça donc euh, voilà ». (A4-36 à 39)*

Certains précisaient tout de même qu'il fallait non pas avoir peur de perdre du temps mais essayer de prendre le temps nécessaire afin de discuter du cas d'un patient. Le facteur temps était une notion retrouvée tout au long des entretiens que ce soit pour la communication entre MG et IDEL mais aussi pour discuter des freins à l'utilisation d'un DSP.

*\* « Bin le problème de la communication c'est que : faut du temps » (A1 – 98)*

*\* « Une bonne interaction, c'est la com euh et euh c'est vrai on n'a pas toujours le temps et machin mais après quand on dit on n'a pas le temps c'est toujours pareil c'est que, des fois, le temps si on le veut on le trouve quoi. Je pense qu'il faut savoir le prendre quand c'est des cas vraiment... » (C2 – 45 à 48)*

#### **6.2.1.5. Milieu rural versus ville**

La comparaison entre le milieu rural et citadin était évoquée plusieurs fois lors des deux premiers focus groupes sans qu'il soit mentionné dans le guide d'entretien. Selon certains participants, le milieu rural était un milieu où la communication entre les deux professions était meilleure ou du moins plus simple. Le milieu citadin était considéré à la fois par les IDEL et un MG comme un milieu où la communication était plus compliquée. Une des raisons évoquées était le nombre plus important de MG et IDEL au sein d'une même ville et donc la multiplication des intervenants. Une infirmière évoquait également un nombre de patients plus important en milieu rural.

*\* « ...j'ai vu la différence, le rural c'est bien hein, nos patients ont de l'âge bin du coup il n'y a pas beaucoup de médecin donc c'est plus simple, effectivement la relation est un peu plus simple quoi, là on a combien de médecins ? 15- 20 médecins différents alors déjà pour savoir qui est quoi ? Il faut déjà tout retenir... » (B1 – 78 à 82)*

*\* « Moi je trouvais que c'était plus clair dans le rural et le semi rural...Parce que souvent ce sont des infirmières qui sont dans le village, donc moi je trouvais, ça a été toujours plus simple finalement paradoxalement quand je remplaçais dans des villages... » (P4 – 70 à 74)*

## 6.2.2. DSP : généralités

### 6.2.2.1. Les facteurs favorisant l'utilisation d'un DSP

#### Des participants déjà convaincus par son utilisation

Plusieurs intervenants utilisaient ce genre de dossier dans leurs pratiques quotidiennes. Certains n'en utilisaient pas encore mais avaient l'intention et l'envie d'en utiliser.

*\* « C'est ce qu'on fait nous » (P1 – 67)*

*\* « Alors j'essaye de forcer mes collègues à le faire pour l'instant je n'y arrive pas » (P2 – 75-76)*

Pour les mêmes participants, l'utilisation d'un DSP était nécessaire pour la prise en charge de certains patients dépendants à domicile.

*\* « Parce que...dans certains c'est nécessaire quoi ... » (P2-78)*

Cependant une participante tempérerait ses propos sur le DSP en précisant que son utilisation peut être freinée selon le nombre de patients pris en charge quotidiennement par le cabinet infirmier. En effet un nombre important de patients lors d'une tournée pouvait être un frein à l'utilisation du DSP.

*\* « Alors mais après on n'est pas une tournée chargée... Donc j'imagine que celles qui ont 60 patients par jour euh, elles pleuraient à écrire dans chaque... » (P1 – 112 à 115)*

Pour utiliser un DSP plusieurs participants précisait la nécessité de mettre en place ce genre de support dès le début de la prise en charge.

*\* « Faut juste s'y mettre quoi, et nous on l'a mise en place dès le début donc euh...donc voilà » (P1 – 109 à 110)*

Une des IDEL évoquait son expérience personnelle. Selon elle, il a fallu du temps avant que l'utilisation du DSP ne devienne une habitude et qu'il soit utilisé par tous les intervenants.

*\* « ...quand ça tourne bien, ça tourne bien je veux dire quand j'étais dans le pays haut en milieu rural, euh un des cabinets où je travaillais ils les avaient mis en place, ça marchait bien. Mais bon ils ont mis au moins 2 ans avant vraiment que ce soit fait, respecté, que ce soit les professionnels entre eux, par les familles et puis par le patient aussi » (P2 – 108 à 112)*

#### Un support offrant un cadre législatif

Plusieurs IDEL évoquaient la question du cadre législatif pour utiliser un dossier de soins partagé. Pour une des participantes, il était indispensable d'avoir une trace écrite de leur travail sur leurs DSP personnels pour se rassurer.

\* « *Nous on a la quarantaine, on est maman, on a une maison on n'a pas envie d'aller en taule parce qu'il n'y a pas eu un truc soit disant de fait ou de pas fait et du coup ça nous rassure* » (P1 – 115 à 117)

Une des IDE allait même jusqu'à dire que la trace écrite dans un dossier était un devoir et qu'il ne s'agissait plus d'un choix.

\* « *Ce n'est même pas un choix, c'est un devoir quoi* » (B5 – 217)

Pour d'autres l'utilisation de ce genre de dossier n'était pas dans leur façon de travailler mais plusieurs intervenants s'accordaient à dire qu'il s'agissait de prendre une habitude. Pour ceux qui utilisaient le DSP il s'agissait d'une habitude et d'une façon de travailler qui ne posait pas de problème particulier. (B2 – 551)

\* « *Après c'est une autre manière de travailler c'est une évidence* » (B5- 665)

### Les avantages mis en évidence grâce à son utilisation

Les deux professions notaient plusieurs avantages à l'utilisation d'un DSP. La notion la plus souvent relevée par les participants, était l'importance d'une traçabilité de leur travail. Il semblait que le DSP permettait de répondre à leur préoccupation principale : avoir une trace écrite. Les notions de preuve et de réassurance étaient également mentionnées par un des professionnels de santé.

\* « *Ça permet aussi d'avoir une bonne traçabilité, le cahier puisque du coup d'un point de vue légal, le problème on a quelque chose quand même, qui montre qu'on a une trace, des consignes qui ont été données à l'infirmière, j'ai déjà eu des soucis aussi, de consignes qui n'ont pas été suivies, pas comprises et du coup au moins on a une trace écrite* ». (A6 – 187 à 191)

\* « *Ca oui c'est bien parce que ça laisserait une traçabilité de certaines choses* » (P2- 152 à 153)

Plusieurs intervenants précisait l'importance d'avoir un support écrit lors de la prise en charge du patient dépendant à domicile.

\* « *... je pense que l'écrit c'est important.* » (B5 – 270 à 271)

La dénomination du DSP suggère le partage. Il s'agit d'un point largement commenté par les participants de notre étude. Plusieurs IDEL et MG évoquaient ce point fort en précisant l'importance du partage des données entre plusieurs professionnels de santé. L'intérêt majeur résidait également dans le fait que le DSP devait rester visible et donc au domicile du patient.

\* « *Là c'est visible par tout le monde, parce que des fois* » (A3 – 170)

\* « *...du coup le cahier peut être vu par tout le monde...* » (A2 – 173)

*\* « ...à mon avis quelque chose où tout le monde peut mettre son commentaire et tout ça parce que autrement, le téléphone on se le refile pas, chacun à son téléphone » (A2 – 177 à 179)*

Une autre notion était mentionnée plusieurs fois par le groupe : la simplification de la prise en charge du patient dépendant à domicile grâce au dossier de soins partagé.

La valorisation du travail effectué était également mentionnée par une IDE. Pouvoir transcrire son intervention sur le DSP procurait selon elle une valorisation de son travail au quotidien, aussi bien pour elle-même ou même vis-à-vis des autres professionnels et du patient.

*\* « Et je trouve que pour nous aussi, je trouve, enfin voilà hein, c'est un moyen de valoriser ce qu'on fait et ce qu'on ne fait pas, ... » (B5 – 534 à 535)*

*\* « Ca nous facilite notre travail de l'une et l'autre aussi » (P1 – 123)*

Pour un des médecins, le DSP avait l'avantage d'avoir une simplicité d'utilisation.

*\* « Ouai je pense surtout que le cahier de transmission c'est simple tu l'ouvres... » (C1 – 648)*

La discussion avait permis également de parler d'un autre avantage mentionné par une IDE : impliquer la famille dans la prise en charge du patient dépendant.

*\* « Et nous, on a plutôt tendance à demander les informations à la famille, que d'aller systématiquement demander au médecin... » (B5 – 310 à 311)*

Après avoir discuté des moyens de communication entre médecins généralistes et IDE, un intervenant avait relevé un avantage du moyen de communication écrit par rapport au téléphone.

*\* « Parce que justement c'est moins intrusif que le, que le téléphone, faut dire que le téléphone c'est sûr qu'on n'a pas toujours le temps pour, ... » (C4 – 245 à 246)*

#### **6.2.2.2. Les freins à l'utilisation du DSP**

##### Un cadre législatif flou

Plusieurs inconvénients étaient relevés par les participants au cours des discussions. Un des médecins mentionnait le DSP comme un support non réglementé.

*\* « C'est sûr que si tu refais toute la conversation, il ne faut pas s'arrêter à la législation là-dessus, après l'idéal ça serait d'avoir un dossier partagé sur lequel on met des photos mais là aussi c'est pas réglementé pour l'instant » (A6 – 157 à 159)*

Plusieurs médecins se posaient des questions par rapport au dossier de soins partagé. Qui doit financer le cahier de soins partagé ? Le patient ? Le médecin généraliste ? L'IDEL ? De plus la question de la propriété était également abordée : à qui appartient le DSP ? Aucun participant n'a su apporter une réponse claire à ces questions.

*\* « Et est-ce qu'il doit le payer ou pas ? » (A3 – 195)*

*\* « Et du coup, il appartient à qui le cahier ? Il appartient au patient ? Ah ouai, à qui il appartient ? » (A5/A6 – 192 à 193)*

Lors de la discussion, un IDEL précisait que le patient restait maître de choisir s'il souhaitait ou non la création d'un dossier sur sa prise en charge. Pour lui certains patients avaient le droit de refuser d'avoir un dossier à domicile sur eux quelle qu'en soit la raison.

*\* « Ils ont le droit de refuser d'avoir un dossier sur eux » (B4 – 360)*

Un inconvénient important était abordé par plusieurs groupes de discussion. Il s'agissait du respect du secret médical. Pour certains IDEL le problème était de laisser le dossier au domicile. Les pages pouvaient être feuilletées par la famille d'une part et par le patient en interprétant mal le contenu par manque de connaissance des termes médicaux. Un des IDEL illustrait d'ailleurs son propos par un exemple concret.

*\* « Après le problème du papier ça serait le secret médical quoi » (C4 - 663)*

*\* « Les patients y touchent, les familles ils ont pas besoin de savoir tout ce qu'on fait, tout ce qu'il y a à faire, machins. Oui c'est vrai que les patients ils iront toucher ça c'est, c'est voilà. Le plus dur c'est à mon avis, de mettre une pancarte énorme dessus de dire que c'est pas aux familles de compléter les dossiers, de pas toucher (P2 -100 à 104)*

Plusieurs participants relevaient également un problème de localisation du dossier au domicile. L'intérêt était de pouvoir l'utiliser au moment précis où le médecin ou l'IDEL en avait besoin. Il fallait qu'il soit à disposition facilement au domicile, or selon plusieurs IDEL les patients y touchaient, le rangeaient et l'égarèrent au domicile.

*\* « Ou que le patient le trimballe un peu partout qu'il le perde quelque part » (C7 – 673)*

### Un facteur temps non négligeable

Le facteur temps était relevé par plusieurs participants au cours des discussions. Il était mentionné comme un inconvénient important à l'utilisation du DSP. Un médecin mentionnait le temps que le DSP pouvait prendre au départ.

*\* « Je pense que s'il est instauré dans un réseau, chez chaque patient on va instaurer ça, on sait qu'on va devoir passer du temps à remplir une fois au départ... » (A6 – 319 à 321)*

Le facteur temps n'était pas uniquement mentionné pour la mise en place du dossier mais aussi pour son temps de remplissage au quotidien. Pour certains participants, le travail déjà trop important au quotidien ne laissait pas de place au rajout du DSP au quotidien.

*\* « A le remplir, au quotidien, le temps que ça va nous prendre en plus de, c'est con à dire, mais en plus de tout ce qu'on a déjà à faire, la paperasse et hum » (C3 -564 à 565 )*

Un des médecins mentionnait également une perte de temps à remplir un dossier trop fourni. Une IDEL faisait une comparaison avec le milieu hospitalier en précisant qu'à domicile le remplissage de ce genre de support prendrait trop de temps.

*\* « Et puis oui là il y a plein de choses, si on doit passer un temps infini à lire, plein d'informations, c'est du temps qu'on perd à ne pas gérer le reste quoi » (A2 – 316 à 318)*

*\* « Non, c'est plutôt en hospitalier, et à domicile on prendra, ça nous demanderait beaucoup trop de temps. (P2 – 152 à 153)*

#### Des pratiques différentes selon les cabinets

Un des IDEL mentionnait le problème d'uniformisation de la pratique infirmière entre les différents cabinets. En effet selon celui-ci il y avait autant de façon de travailler avec les personnes dépendantes à domicile que de cabinets infirmiers.

*\* « Il y a autant de façon de faire que de cabinets infirmiers en fait » (B2 – 679)*

Une IDEL précisait également qu'il était difficile de faire changer les habitudes de travail. Elle n'était pas habituée à travailler avec un DSP alors pour elle difficile de changer sa façon de travailler.

*\* « Ouai après c'est ça, bon après t'es une nouvelle génération après moi je veux dire je suis plus âgée et c'est dur de changer » (B2 – 497 à 498)*

Une grande majorité des IDEL révélait que certains médecins généralistes ne remplissaient pas les DSP. En effet, une IDEL utilisant ce genre de DSP précisait que certains médecins écrivaient dedans et d'autres non. L'intérêt du MG et sa participation étaient donc personne dépendante.

*\* « Voilà c'est ça, tu peux remplir la première page quoi, et après il n'y a pas de son pas d'image pour te remplir le reste quoi » (B4 – 112 à 113)*

\* « *Et les médecins, bin on...certains écrivent d'autres écrivent pas...* » (P1 – 125)

\* « *Oui normalement il y a une partie destinée au médecin, mais ils ne remplissent pas* » (B3 – 149 à 150)

### Un contenu parfois critiqué

Pour plusieurs médecins, l'inconvénient majeur était le trop plein d'informations. Selon eux, trop d'informations nuisaient à la bonne lecture du dossier. De plus pour l'un d'eux, la crainte était de voir le DSP parasité par d'autres professionnels de santé avec des informations jugées sans intérêt.

\* « *...alors il faut vraiment que le cahier soit vraiment un cahier d'échange avec les infirmiers, parce que souvent il y a les aide -soignants aussi qui passent, alors très rapidement le cahier est parasité par change, changement de couche etc. et les machins...* » (A1 – 181 à 183)

\* « *Alors oui trop d'informations, tue l'information* » (A2 – 184)

Plusieurs IDEL mentionnaient que certaines parties du DSP étaient une répétition de certaines feuilles qu'ils remplissaient pour la sécurité sociale ou pour leurs dossiers fixes au cabinet. Aucun médecin n'avait parlé de ce problème.

\* « *C'est la même chose qu'on fait, on a la même chose sur des feuilles qu'on est obligés de remplir pour la sécu en fait, pour tout ce qui est caisse et preuve de boulot en fait, eu euh, et ouai ça fait écho à ce qu'on fait déjà* » (C3 – 407 à 409)

Un des médecins soulevait le problème de la mise à jour régulière de ce type de document écrit. Le problème était de pouvoir s'y fier et de savoir si il était mis à jour régulièrement par tous les intervenants.

\* « *...Maintenant ouai moi le frein de ça c'est, c'est ça c'est-à-dire de la maintenir à jour et de pouvoir se dire qu'on sait qu'il est à jour c'est surtout ça, c'est de se dire on sait qu'il est à jour on peut s'y fier* » (C2 - 584 à 587)

Pour certains IDEL, ils n'avaient pas les informations nécessaires pour remplir la totalité du dossier.

\* « *En fait c'est super hein (en montrant un classeur) mais on n'a absolument pas les infos, enfin pour moi...mon expérience, j'ai pas les informations nécessaires pour remplir ça...* » (B4 – 124 à 126)

### Les limites du support papier

Plusieurs inconvénients étaient relevés par les deux professions interrogées notamment le problème du support papier qui était bien plus facilement voué à se

dégrader par rapport au support informatique. Il était également plus à risque d'être rangé, perdu par le patient ou sa famille.

\* « *Un bout de papier, à part le déchirer, le manger, ça reste quand même un peu plus que l'informatique, c'est voué quand même à se dégrader au bout d'un moment...* » (A6 – 511 à 513)

\* « *Parce que le problème aussi c'est que les patients, vous savez les dossiers ou les cahiers ils aiment bien les ranger, et vous ne les retrouvez jamais, que ce soit nous les infirmières ou les médecins qui, qui viennent en consult, je veux dire alors ils mettent 3 plombes à aller retrouver un dossier, qui, ou un carnet...* » (P3 - 125 à 128)

## 6.3.Optimisation des DSP présentés

### 6.3.1. Les avis positifs...

#### Sur leur utilisation au quotidien

Pour un des médecins, l'utilisation d'un de ces DSP ne serait pas nécessairement en rapport avec une perte de temps et au contraire elle estimait qu'écrire un mot dans le dossier serait rapide. Elle suggérait qu'il n'était pas nécessaire d'en écrire trop mais surtout l'essentiel.

*\* « Non je vois pas trop je veux dire ça prend 30 secondes d'écrire un truc, tout va bien, l'infirmière elle peut écrire RAS, quoi va bien, elle est passée à telle heure, on n'est pas obligé d'en faire des tartines moi je trouve que c'est pas mal quoi » (P4 – 133 à 136)*

Pour un des médecins, son expérience de remplaçant ne connaissant pas bien la patientèle du médecin remplacé, l'utilisation du DSP était une aide à la prise en charge d'un patient dépendant à domicile.

*\* « Et ça serait bien même pour un remplaçant, on est appelé en urgence, on connaît pas le patient » (C5 – 529 à 530)*

Un médecin estimait que ce type de support permettait de noter des informations utiles lors de son passage à domicile. Il précisait néanmoins que c'était essentiellement les infirmières qui notaient le plus de choses.

*\* « Chez la patiente que je vais voir, les infirmières ont un trieur, elles ce sont, c'est elles qui ont tout noté, c'est vachement bien » (C4 – 455 à 456)*

Une des IDEL qui utilisait ce genre de dossier au quotidien mettait en avant son côté adaptable à chaque patient.

*\* « Oui, on a un mixte de tout...Mais euh je sais pas trop comment sont faits ces dossiers, là nous on met dans le dossier du patient que les feuilles dont on a besoin comme vous disiez, la plupart de nos patients ils n'ont pas besoin de tout » (B5 – 296 à 299)*

Un médecin précisait que le but premier selon lui était qu'il y ait un véritable échange entre MG et IDEL. Si une question était posée par l'IDEL, le médecin devait pouvoir répondre sur le dossier à sa question de façon claire, simplement et rapidement.

*\* « Et je pense que le but de tout ça c'est qu'il y a un échange et c'est vrai qu'il y a observation etc, tout est rentré dans des cases et moi je pense ce qui est important c'est la synthèse, la communication et donc il y a une question à poser par l'infirmier ou l'auxiliaire peu importe et si la réponse elle est dans l'autre page... » (A2 – 382 à 386)*

### Sur leur contenu

De nombreux propos positifs sur les DSP présentés étaient relevés chez les deux professionnels de santé. Pour certains il était clair que certains DSP apportaient des choses positives que nous avons développées plus précisément dans cette partie résultats.

\* « *Ah oui oui oui c'est super* » (P4 – 130)

\* « *Mais après je pense que ouai après il y a clairement des bonnes choses là-dedans* » (C2 – 604 à 605)

Pour une des IDEL, le suivi des plaies était cependant la partie la plus importante du dossier de soins partagé en général.

\* « *...on a déjà dit le principal c'est le suivi des plaies, je pense que c'est le plus important* » (C5 - 510 à 511)

### **6.3.2. Les avis négatifs...**

#### Sur leur utilisation au quotidien

Une notion était retrouvée à plusieurs reprises lors des différentes discussions : chronophage. En effet pour plusieurs participants, remplir le DSP au quotidien semblait être une charge répétitive. Cette notion était relevée aussi bien par les médecins généralistes, passant en visite 1 à 2 fois par mois que par les IDEL passant parfois jusqu'à trois fois par jour chez le patient à domicile.

\* « *Bin c'est la problématique, est-ce qu'on a vraiment intérêt c'est ça, ça nous simplifie la prise en charge du patient, bon c'est vrai qu'au début c'est un peu difficile, parce que c'est très chronophage, hein bon c'est comme un train qu'il faut lancer.* » (A1 – 329 à 332)

\* « *C'est chronophage* » (A4 – 412)

Pour 2 médecins, certains DSP paraissaient trop complexes et pour 2 IDEL, les DSP avaient un format ou un contenu trop hospitalier.

\* « *Moi ce que je trouve c'est qu'ils sont tous hyper complexes,...* » (A4 – 291)

\* « *Ca c'est comme ce qu'il y avait à l'hôpital* » (P3 -123)

Pour un IDEL, utilisé ce genre de dossier était un moyen de surveillance au sens péjoratif du terme, un moyen de savoir si le travail effectué était correctement réalisé que ce soit par les familles ou même par la sécurité sociale.

\* « *Un moyen de fliquer en fait* » (B1 – 201)

Un IDEL estimait même que ce genre de support n'était pas nécessaire pour la prise en charge d'un patient dépendant à domicile.

\* « *Moi j'ai choisi de ne pas le faire, et c'est chiant,...* » (B4 – 202)

### Sur leur contenu

Pour les deux professions de santé, certains DSP présentés étaient un moyen de communication contenant trop d'informations, trop chargés. Le risque selon un des médecins, était donc de ne pas retenir l'information principale ou majeure du dossier lors de son utilisation pour la prise en charge d'un patient dépendant à domicile.

\* « *Après voilà il y a des choses, pour les pansements, c'est pour les infirmiers où ça paraissait assez complexe alors pour nous de relire ça des fois je pense que l'information principale est passée un peu inaperçue, si on doit regarder les croix mises à quel endroit* » (A2 – 325 à 328)

\* « *Oui il y a des choses qui ne sont pas forcément nécessaires dedans, faut essayer d'aller à l'essentiel quand même* » (P2 – 116 à 117)

\* « *Olala il y a trop de trucs là, ça va trop loin, c'est bien mais...* » (B2 – 107)

Certains participants estimaient également qu'ils n'étaient pas en mesure de bien remplir toutes les parties des DSP présentés, par manque d'informations sur le patient, ou manque de connaissances sur les échelles.

\* « *En fait c'est super hein (en montrant un classeur) mais on n'a absolument pas les infos, enfin pour moi...mon expérience, j'ai pas les informations nécessaires pour remplir ça, enfin, la seule manière que j'ai de pouvoir remplir la feuille de recueil, c'est après une hospitalisation quand j'arrive à mettre la main sur le courrier qui vous est destiné* » (B4 – 124 à 128)

\* « *Pour l'histoire de la nutrition, c'est trop compliqué, je pense qu'on est même pas capable de pouvoir bien remplir les choses que ce soit infirmiers,...* » (A5 – 353 à 354)

Pour un des médecins, les zones d'échanges entre professionnels de santé n'étaient pas assez présentes sur les DSP présentés et donc posaient problème pour une communication optimale entre MG et IDEL.

\* « *Pareil dans tous ces cahiers-là, si l'infirmier il a une question-là sur quelque chose, un traitement, est-ce que c'est, voilà combien de comprimés, et bin il n'y a pas beaucoup d'endroit où on peut vraiment échanger* » (A2 – 402 à 404)

Une IDEL mentionnait son expérience personnelle et précisait que les ratures étaient inévitables et pouvaient donc rendre illisibles les documents présents dans le DSP.

\* « *Sauf que bin fallait changer souvent qu'après ça faisait des ratures, ça faisait des machins et puis en fait ça a pas tenu quoi, j'avais mis un crayon* »

*de papier avec une gomme derrière et tout, c'est moi qui écrivait » (C6 – 462 à 464)*

### **6.3.3. Les éléments à garder**

Les intervenants mentionnaient les éléments importants à garder selon eux pour optimiser les dossiers de soins partagés présentés. Chacun donnait son avis en fonction de son expérience personnelle.

#### Dans la partie administrative

Tous les intervenants approuvaient la partie administrative. Ils plébiscitaient en particulier les feuilles mentionnant le nom et les coordonnées des différents intervenants et de la famille.

*\* « Moi je trouve ce qui est très bien là-dedans c'est tout ce qui est partie résumé, et euh numéro du médecin, des infirmières, le premier dans le bleu... » (C3 – 395 à 396)*

*\* « État civil avec les numéros des enfants » (C1 - 696)*

Un médecin avait également émis le souhait de garder la partie « directives anticipées », importante selon lui pour avoir toutes les données nécessaires en cas de besoin. Un autre médecin souhaitait garder le calendrier des intervenants pour faciliter son travail.

*\* « Il manque une dernière page de directives anticipées » A3 : « Il y en a un dans le dossier rose, et ça c'est hyper important » (A1 et A3 – 395 à 396)*

*\* « Le truc que j'aimais bien c'était le calendrier des intervenants, savoir quel jour la kiné, quel jour l'inf ça je trouvais ça cool, quand moi je prends un RDV chez la cardiologue, ça m'évite fin de, tant qu'à faire si ça peut lui permettre d'avoir sa kiné, si ça peut lui permettre, c'est toujours ça de pris... » (C4 – 703 à 706)*

Une IDEL trouvait qu'il était important de garder une page de garde pour poser les conditions de l'utilisation du DSP. Elle l'utilisait d'ailleurs elle-même dans son DSP.

#### Dans la partie médicale

Dans la partie médicale des différents DSP, les deux professions étaient d'accord pour garder surtout la fiche sur les antécédents. En revanche certains étaient pour garder la feuille de traitement mais sous condition qu'elle soit mise à jour régulièrement.

*\* « Les antécédents » (C7 – 690)*

*\* « La fiche traitement, on garde » (C1 – 688)*

La partie échange IDE/ médecins était également sollicitée par les deux professions à plusieurs reprises.

*\* « Transmission IDE / médecin, ça c'est sûr » (C6 – 699)*

Une IDE souhaitait garder le résumé des prises de sang, du suivi INR et des examens complémentaires pour faciliter sa prise en charge.

*\* « Examen complémentaire c'est pas mal je trouve, l'écho doppler, les choses importantes en fait » (C6 – 733 à 734)*

La partie fiche de liaison ville/hôpital était importante et avait sa place pour un seul des MG interrogés et donc était loin de faire l'unanimité.

#### Dans certaines parties du dossier paramédical

Les deux professions étaient d'accord pour essentiellement garder la feuille surveillance pansement. Le suivi des plaies semblait être une préoccupation souvent retrouvée lors de la prise en charge des patients dépendants à domicile et certains médecins révélaient avoir des difficultés pour suivre correctement l'évolution des plaies.

Plusieurs IDEL étaient d'accord pour garder la feuille sur les perfusions.

*\* « Ouai je pense les pansements ouai ça serait pas trop mal » C6 : « Ouai les pansements faudrait les laisser chez les gens » (C3-C6 – 429 à 430)*

#### Un contenu à adapter selon les besoins du patient

Une des IDEL qui utilisait un DSP précisait que pour elle il s'agissait d'adapter le dossier au patient. Selon elle, il fallait le charger et le décharger selon les besoins du patient et celui des intervenants.

*\* « Oui, bin il y a plein de feuilles, bin AVK ils l'ont pas tous, ils ont pas tous des plaies chroniques, donc euh on a plusieurs pochettes et puis on le charge euh selon nos besoins » (P1 - 141 à 143)*

Un médecin était très emballé par chaque dossier et souhaitait garder l'ensemble des feuilles ne voyant pas quoi retirer.

*\* « ...A enlevez ? moi je vois pas ce qu'on peut enlever il est pas mal, observations, fiche de liaison, soins infirmiers, moi je trouve c'est bien. Non moi je garde tout » (P4 - 201 à 204)*

#### 6.3.4. Les éléments à retirer

Selon de nombreux participants, plusieurs des dossiers apportaient trop d'informations. Ils suggéraient de retirer certaines pages. Le risque était de ne pas remplir et ne pas pouvoir remplir les informations nécessaires. Chaque patient ne nécessitait pas d'avoir un dossier de soins partagé entier selon un des médecins interrogés.

*\* « Chez certains patients il y a des choses qu'il faut ôter, carrément, faut pas les laisser dedans parce que ça ne sera pas rempli, parce que il n'y en a pas besoin, donc il faut les ôter » (A4 – 337 à 339)*

##### Dans la partie médicale

Concernant la fiche de liaison ville / hôpital, tous les participants n'étaient pas d'accord pour l'intégrer dans le DSP. Selon une IDEL, la fiche ne serait pas remplie en cas de besoin.

Une autre IDEL pensait également qu'une partie sur le suivi des RDV médicaux ne serait pas forcément utile pour les deux professions mais plutôt éventuellement pour le patient.

*\* « Liaison ville / hôpital ça, ça sera pas fait » (C6 – 716)*

*\* « Voilà, donc c'est vraiment oui il y a des choses, les suivis de RDV médicaux je ne pense pas que ça soit forcément utile, peut-être plus à la limite pour les patients » (P2 – 141 à 143)*

La fiche de traitement ne faisait pas l'unanimité auprès de tous les participants. En effet une IDEL se posait la question de devoir recopier un traitement sur une feuille qui n'était pas un papier officiel ou une ordonnance. Pour elle, il n'était pas judicieux que le médecin recopie le traitement sur une autre feuille. Certains MG se posaient surtout la question de la mise à jour régulière de cette fiche de traitement.

*\* « ...là j'ai vu que dans un : prescriptions médicales je suis pas certaine que ce soit judicieux, euh parce que je vois pas un médecin faire une prescription médicale sur une feuille qui n'est pas sortie de chez eux, parce que c'est moins officiel... » (P1 – 125 à 128)*

##### Dans la partie paramédicale

Une IDEL se posait la question de l'intérêt de la fiche pansement. Pour elle, il y serait écrit tous les jours la même chose en cas de stagnation de la plaie.

*\* « ...Parce que je veux dire pour moi les plaies chroniques hein, faire une évaluation tous les 2 jours, on voit même ce qui sort de l'hôpital, ça n'a aucun intérêt je pense qu'un jour ou toutes les semaines suffirait largement parce que parfois si vous mettez idem. Je sais que la politique il faut marquer tout ce qu'on fait mais... » ( P3 - 151 à 155)*

Les deux professions de santé étaient d'accord pour dire que la partie surveillance diabétique faisait largement écho au carnet de surveillance diabétique. Les participants évoquaient une répétition d'information.

\* « *La surveillance diabétique par contre ça je pense que...* » C3 : « *Ca fait doublon* » C6 : « *L'hémoglobine glyquée aussi* » (C7-C3-C6 - 735 à 738)

Pour deux médecins, il était important que le DSP ne soit pas parasité par des informations jugées inutiles tels que les toilettes ou les changes.

\* « *Franchement si les toilettes sont notées, les machins, je les lirai pas moi* » (C4 – 422)

### 6.3.5. Le format

#### Le support

La question du format du DSP était abordée pour savoir quel support était le plus approprié. Plusieurs supports étaient privilégiés. Un médecin préférait le cahier de liaison déjà utilisé par certains cabinets d'IDEL. D'autres étaient plus emballés par le format classeur par sa praticité. En effet ce format permettait de rajouter ou d'enlever certaines feuilles selon les antécédents et l'histoire de la maladie du patient dépendant. Un autre médecin avait une préférence pour le format trieur, il s'agissait d'un format déjà utilisé par celui-ci lors de sa pratique.

\* « *Ouai mais une feuille ça s'arrache, un bon cahier Clairefontaine c'est bien* » (A1 – 467 à 468)

\* « *C'est mieux quand c'est des trieurs* » (C4 – 442)

\* « *Un classeur on peut rajouter des choses, on peut enlever des choses...* » (A2 – 46)

Un autre médecin précisait que le format était à adapter au choix et à la préférence de chacun.

\* « *Mais des fois c'est de trouver un bon système qui conviennent aux infirmiers et qui convient à chacun* » (A2 – 480 à 481)

#### La présentation et la mise en page

Concernant la présentation du dossier de soins partagé, plusieurs intervenants se rejoignaient pour que celui-ci soit le plus simple et le plus lisible possible. Un médecin précisait que la présentation devait faire en sorte que l'essentiel ressorte du dossier. Son utilisation devait être le plus rapide possible. Enfin un des médecins notait l'importance d'un dossier assez grand et assez voyant pour limiter le risque de perte ou d'oublis.

\* « ...il faut que ce soit simple et aérer en fait donc celui-là ça l'était pas vraiment » ( C2 – 751 à 752 )

\* « L'essentiel quoi » (C6 – 755)

\* « Et que on voit où on en est, on en est là, tac euh, donc que ça aille vite, fin aussi vite que possible du moins » (C2 – 756 à 757)

## 6.4.L'informatisation

### 6.4.1. Les avantages

La question de l'informatisation était abordée spontanément par plusieurs intervenants. Il s'agissait d'un sujet d'actualité et d'avenir. De nombreux avis positifs et favorables étaient recensés lors des discussions. Les MG et les IDEL étaient en majorité d'accord pour utiliser ce genre de support en version informatique.

\* « Moi j'avoue que l'informatique ça ne me poserait pas de problème, après voilà, je suis nul en informatique mais ça a l'avantage d'être utile, c'est traçable, ... » (A2 – 492 à 494)

\* « Ouai, non c'est très bien, ... » (P1 – 165)

Plusieurs IDEL suggéraient que le support informatique était un support bien plus rapide et donc plus pratique et même ludique à utiliser au quotidien.

\* « Moi je trouve ça très bien le dossier sur tablette, en plus c'est plus rapide, puis je veux dire, pas de phrases à écrire juste des trucs à cocher et des mots si jamais t'as un commentaire et tout quoi » (B2 – 423 à 425)

Un médecin mentionnait également que ce support permettait une traçabilité plus importante par rapport au support écrit.

La question de la sécurité était abordée et une IDE estimait que ce support n'était pas risqué au niveau de la sécurité de l'information.

\* « ...ordonnances et je me dis qu'avec l'informatique bin chacun fait son métier et surtout pour le bien du patient et il n'y a pas de risques de...de déviance... » (P1 – 166 à 168)

Un médecin insistait également pour souligner le fait que le support avait tout son intérêt si il restait à domicile via une tablette par exemple.

\* « ...en fait il faudrait que le dossier si il est, oui si il est informatisé faudrait qu'il soit chez le patient. Que le patient ait soit un ordinateur avec une clé USB qu'on peut rentrer le truc ou alors une tablette mais je vois pas comment, enfin je vois pas le, parce que l'intérêt c'est qu'il reste sur place pour moi... » ( P4 – 181 à 185)

## 6.4.2. Les inconvénients

Un MG et un IDEL n'étaient pas d'accord pour utiliser ce genre de support en version informatique. Il s'agissait de deux participants de la tranche d'âge 50 ans et plus et ceux-ci s'estimaient pas très à l'aise avec l'informatique et pas assez formés.

\* « *La réponse, est donc non.....Ah bin pour les gens de ma génération, c'est non* » (A1 – 500-504)

\* « *L'informatisation, c'est parce que moi j'ai jamais été formé à l'informatique alors du coup, ...* » (P3 – 267 à 268)

Des inconvénients étaient relevés par les participants notamment en majorité la peur des difficultés techniques lors de son utilisation, notamment le problème des mots de passe ou de la connexion internet. La lourdeur de la mise en place était également abordée par un médecin généraliste

\* « *Non, ça sera pas le même logiciel donc on s'adapte de nouveau à un autre logiciel, le jour où ça beugera on ne saura pas gérer les systèmes* » (A5 – 490 à 491 )

\* « *Ou pas avec quinze mille logiciels différents, avec quinze mille machins* »

C1 : « *Ouai c'est ça* » C4 : « *12 mots de passe enfin c'est bon quoi, pareil...* » (C4/C1 – 614 à 616)

\* « *J'ai du mal à croire, comment ça peut être mis en place, je veux dire* » (A3 – 510)

Une IDEL exprimait son inquiétude quant à la sécurité des informations sur le support informatique et son inquiétude à retrouver des informations médicales et confidentielles sur le net.

\* « *...je disais moi la seule chose qui me gêne un petit peu la dedans c'est qu'un jour, et ça sera inévitable, se mettre sur Google, taper le nom d'un patient et on aura toutes les données. Voilà. Parce qu'ils n'arriveront pas à faire quelque chose de fermé.* » (P2 – 184 à 187)

## 6.5. La communication ville/hôpital

### 6.5.1. Les modalités de communication

La fiche de liaison ville hôpital avait donné lieu à plusieurs idées lors des discussions. Pour certains cette partie devait être à part en laissant une partie spéciale hôpital. Pour d'autres il s'agissait de faire des photocopies de documents tels que le traitement pour pouvoir les communiquer plus facilement en cas d'hospitalisation. Certains médecins s'accordaient à dire que la fiche de liaison ne remplacerait pas un courrier du médecin traitant, fréquemment fait et utilisé lorsque les circonstances le permettent.

\* « Ah non il faut envoyer des copies » (C2 -862)

Pour un des médecins, une enveloppe pourrait être mise à disposition à la fin du dossier, celle-ci pourrait être emmenée en cas d'hospitalisation par le patient.

\* « ...prendre, alors une fiche à la limite où il y aurait juste antécédents, allergies, médicaments, mais à la limite un truc t'as l'enveloppe où il y a écrit au cas où hôpital pourquoi pas tu vois un truc comme ça » (C4 – 894 à 896)

### 6.5.2. Les avis positifs

Pour un des médecins généralistes ce genre de fiche était utile. Elle pourrait aider à la prise en charge du patient en cas d'hospitalisation non prévue ou en urgence. Pour une des IDEL son expérience personnelle en hospitalier lui permettait de dire que ce genre de document pouvait être une aide à la prise en charge à condition que le document soit bien à jour. Selon un participant, ce genre de fiche pouvait être positif à condition qu'il devienne une habitude ou que cette pratique soit généralisée.

\* « Et en fait bin ça nous a vachement aidé euh d'avoir le patient qui vienne avec son machin, bon bin en gros voilà, je m'appelle comme ça, j'ai eu ça, j'ai eu ça, bon il s'est trouvé que c'était l'ordonnance de sa femme qui était dedans, bon... » (C3 – 874 à 877)

\* « Et bin moi je trouve qu'il a toute sa place, parce que, parce que moi c'est arrivé déjà plein de fois où les infs elles m'ont appelé en me disant voilà il est pas bien, il est comme ci comme si comme ça moi je suis en pleine consult je peux pas venir que 2 ou 3 heures après ou en fin de journée, bin écoute non fait un bilan on voit dans une heure le bilan et puis après écoute envoie le, à l'hosto on n'y arrivera pas, soit par les urg' soit on arrive, à T on arrive encore à faire rentrer en gériatrie de temps en temps, quand on est chanceux, en direct. Mais je trouve que c'est bien, ils peuvent, ils ont tout de suite le dernier traitement,... » (P4 – 155 à 162)

\* « Pourquoi pas ? si ça marche une fois sur cinquante ? » (C4 – 910)

\* « A la limite que ça devienne après une habitude pourquoi pas mais euh » (C4 – 925)

### 6.5.3. Les avis négatifs

La quasi-totalité des participants avaient émis des réserves quant à la place du DSP dans la communication ville / hôpital. La plupart craignait la perte du dossier par l'hôpital. En effet si la totalité du dossier était emmenée avec le patient lors d'une hospitalisation ou aux urgences, tous s'accordaient à dire qu'il ne reviendrait pas. L'autre risque selon plusieurs IDEL, c'était que personne ne pense à prendre le dossier ou le document destiné à l'hôpital en cas d'urgence. La condition importante selon plusieurs médecins, c'était que le DSP soit bien mis à jour et que d'autres intervenants puissent s'y fier. Dans le cas contraire, des erreurs de prise en charge pouvaient être faites.

\* « *Alors si il prend tout le cahier, t'es sûr de plus jamais le revoir* » (C4 - 928)

\* « *Moi je pense surtout qu'ils oublieront de le prendre* » (C6 – 906)

\* « *Et que ce soit mis à jour et on en revient toujours au même problème* » (C4 - 898)

Plusieurs participants s'accordaient à dire qu'une partie spéciale ville /hôpital n'avait pas vraiment d'intérêt et une IDEL mentionnait même que la relation ville / hôpital était la pire selon son expérience personnelle.

\* « *Aucune* » C3 : « *Aucune* » (C6 /C3 - 849 à 851)

\* « *C'est à dire que si on donne des mots ou on donne un carnet de diabétique à l'hôpital il s'appelle jamais « revient » hein, on n'a rien, on n'a rien de l'hôpital et quand les patients sortent de l'hôpital on n'a pas grand-chose non plus que ça soit dans un sens ou dans l'autre sens, je trouve que la relation c'est la pire c'est l'hôpital c'est pas les médecins traitants* » (P3 - 277 à 281)

## 6.6.Synthèse des principaux résultats

### 6.6.1. Les relations entre MG et IDEL

#### ➤ Une relation qualifiée de satisfaisante par les deux professions de santé

- La connaissance de son interlocuteur était importante pour favoriser les interactions.
- Pour favoriser la collégialité, certains MG évoquaient l'adhésion à des associations de santé.
- La notion de confiance les professionnels était abordée de nombreuses fois.
- La communication dans son ensemble était importante : notamment grâce aux contacts téléphoniques, aux SMS et parfois aux RDV à domicile.
- Certains MG précisaient l'importance de placer les IDEL avec lesquels ils travaillaient sur un même plan d'équité qu'eux.

#### ➤ Plusieurs attentes envers les MG de la part des IDEL se sont dégagées

- Pour la plupart, un MG disponible et réactif à leur demande favorisait une bonne entente.
- Un médecin à l'écoute était un critère important pour une grande majorité des IDEL interrogés.
- La notion de sympathie était également retrouvée mais c'était loin d'être un argument majeur.

#### ➤ Néanmoins les IDEL semblaient plus critiques

- Le problème du manque de disponibilité des MG était souvent évoqué.
- Certains IDEL évoquaient leurs craintes de déranger le MG par téléphone, l'inverse n'était pas remarqué.

- Ils mentionnaient également parfois un manque de reconnaissance et des visions différentes du travail pouvant influencer négativement leurs relations.
- Évidemment d'autres IDEL ont évoqué des problèmes en rapport avec le caractère propre de chacun.
- Plusieurs IDEL ont évoqué des difficultés avec des MG plus anciens.
- Le milieu rural a été jugé comme un milieu plus simple pour communiquer avec les MG. En ville selon plusieurs participants, les professionnels de santé se connaissaient moins bien.

➤ Les différents moyens de communication ont été abordés lors des discussions

- Le moyen de communication oral a été largement plébiscité grâce au téléphone
- Le SMS et les mails ont également été évoqués mais beaucoup moins sollicités
- Le moyen écrit via le DSP ou cahier de liaison était mentionné par certains MG mais aucun IDEL.
- La photographie a été évoquée dans chacun des groupes pour aider à la prise en charge des plaies chroniques. La transmission se faisait selon les personnes soit par mail soit par MMS.

### 6.6.2. Le DSP : généralités

➤ Les avantages et les leviers à l'utilisation du DSP

- Plusieurs participants utilisant déjà ce support ont positivement accueilli le DSP : il s'agissait d'une habitude de travail et il était nécessaire chez certains patients. Il était important de le mettre en route dès le départ et de s'y tenir.
- L'avantage souvent retrouvé était la possibilité de tracer leur travail par écrit. Certains parlaient même de « preuve » de leur passage.
- La possibilité d'impliquer plusieurs intervenants et la famille était mentionnée.
- Certains évoquaient le DSP comme permettant de valoriser leur travail.
- La simplification de la prise en charge du patient était également abordée plusieurs fois.
- Selon un des participants, l'utilisation du DSP permettait d'être moins intrusif et diminuait les appels répétés au MG.

➤ Les inconvénients et les freins à l'utilisation du DSP

- Le cadre législatif a beaucoup préoccupé les participants : le manque de réglementation officielle, la question de la responsabilité le temps de son utilisation et dans les suites.
- Le respect du secret médical était une inquiétude récurrente.
- Le facteur temps était jugé important puisque souvent évoqué par les deux professions : le temps à le remplir au quotidien et le temps de mise en place.

- Les IDEL avaient souvent la crainte d'être seules à remplir le DSP, pour certains les MG ne s'investissaient pas assez dans son remplissage.
- Selon plusieurs participants, le contenu du DSP pouvait être parasité par d'autres intervenants tels que les aides ménagères. Le reproche également fait était un trop plein d'informations.
- Le maintien à jour de ce genre de support a été évoqué comme un frein à son utilisation.
- Le contenant papier était critiqué car trop fragile ou entraînait un trop grand risque de perte.

### **6.6.3. Avis positifs et négatifs des DSP présentés**

#### ➤ Avis positifs et parties à garder des DSP présentés

- Les participants utilisant déjà un DSP s'accordaient à dire que leurs utilisations étaient jugées simples, rapides et permettaient de noter les éléments importants de la prise en charge d'un patient dépendant à domicile.
- Tous étaient d'accord pour garder la partie administrative de chaque DSP (dont les coordonnées patient, famille, des intervenants...)
- La partie médicale a également reçu des avis positifs : antécédents, histoire de la maladie, allergies, prise de sang...
- La partie traitement était jugée intéressante par certains MG et IDEL à condition que la feuille soit mise à jour et bien lisible.
- La partie paramédicale avec les fiches de perfusions, les diagrammes de soins et certaines échelles d'évaluation a été plus commentée par les IDEL et favorablement accueillie.
- La feuille suivi de plaie chronique a été beaucoup plus commentée que les autres avec un avis largement positif, preuve que ce sujet est une préoccupation récurrente.
- Tous s'accordaient à préciser que le contenu de chaque dossier devait être adapté au patient pris en charge.

#### ➤ Avis négatifs et parties à retirer des DSP présentés

- Certains participants regrettaient le manque de zones d'échange entre MG et IDEL.
- D'autres avaient peur de ne pas retrouver assez rapidement l'information principale. Certains doutaient même de leur capacité à pouvoir remplir certaines échelles d'évaluation.
- Plusieurs IDEL et MG ont jugé leurs contenus trop complexes, trop chronophages et même trop hospitaliers.
- Concernant le contenu, certaines fiches étaient jugées inutiles et trop répétitives par rapport à d'autres supports comme la surveillance du patient diabétique, le suivi AVK ou certaines échelles comme l'évaluation du risque de chute chez la personne âgée.
- La fiche de liaison ville-hôpital a été largement critiquée par la plupart des participants : ils l'ont jugé inutile en comparaison d'une lettre mise à jour le jour J, peu utilisée à grande échelle avec un trop grand risque de perte du dossier.

➤ Le format du DSP

- Le format était évoqué et la forme la plus sollicitée était le format classeur. Ce format permet de rajouter et d'enlever facilement des éléments.
- Le format trieur a été plébiscité par certains. Le cahier a été également évoqué mais jugé plus difficile à mettre à jour.
- Sa présentation doit être la plus simple, la plus lisible, la plus rapide et agréable à consulter possible.

**6.6.4. L'informatisation du DSP**

➤ Les avis positifs et les avantages

- La plupart des participants étaient d'accord et prêts à utiliser une forme dématérialisée mais pas l'ensemble des participants.
- Un médecin seulement a évoqué le DMP comme pouvant être un support. Aucun IDEL ne l'a mentionné.
- Les avantages étaient selon eux : une traçabilité accrue, une rapidité d'utilisation, une facilité d'utilisation et une sécurité plus importante vis-à-vis du secret médical au domicile.

➤ Les avis négatifs et les inconvénients

- Certains participants n'étaient pas prêts à utiliser le DSP sous forme informatique. Il s'agissait des participants les plus âgés. Ils se considéraient moins à l'aise avec l'informatique.
- Les inconvénients de l'informatisation étaient : les difficultés techniques, la lourdeur de mise en place au départ, une possible surcharge de travail et un doute sur la sécurité de l'information.

## **7. DISCUSSION DE LA METHODE**

### **7.1. Les points faibles de l'étude**

#### **7.1.1. Les difficultés lors de l'échantillonnage**

Comme déjà abordé dans la partie matériel et méthode, nous avons été confrontés à un manque de réponse des médecins et des infirmières lors du recrutement pour les focus groupes. Pour le premier focus groupe, 9 médecins généralistes avaient répondu positivement à l'invitation par mail. Le recrutement des IDEL a été encore plus difficile. En effet seuls 2 IDEL avaient répondu à notre mail. Ensuite 2 IDEL ont répondu positivement à la relance par courrier. Enfin 2 autres seulement ont donné leur accord pour participer à notre étude suite à notre relance par téléphone.

Le manque de participants pouvait être expliqué par un manque d'intérêt pour le sujet ou parfois aussi par le manque de disponibilité. La méthode des FG ne permet pas une grande flexibilité d'horaire et de lieu.

Notre échantillon était donc constitué de personnes disponibles et intéressées par le sujet ce qui inévitablement a créé un biais de sélection.

Par ailleurs le recrutement par l'intermédiaire de l'AMMPPU a entraîné la sélection de MG et d'IDEL impliqués dans leur formation ce qui rend l'échantillon peu représentatif de la population générale.

#### **7.1.2. Déroulement des focus groupes et guide d'entretien**

Pour des questions d'organisation et de disponibilité l'animateur des 2 premiers focus groupe était différent du troisième. L'animateur du troisième focus groupe ne travaillait pas dans le domaine médical et n'avait donc à aucun moment influencé la discussion. Il s'était toujours contenté de dérouler le canevas d'entretien et avait veillé à faire participer l'ensemble du groupe. L'animateur des deux premiers groupes était médecin et avait parfois reformulé les questions et modifié légèrement les questions du guide d'entretien. De plus celui-ci a eu parfois quelques difficultés à recentrer les discussions sur le sujet initial lorsqu'il en était nécessaire.

Le guide d'entretien constitue un cadre pour étayer les discussions. Une fois réalisé il est conseillé de mettre à l'épreuve ce guide via un focus groupe test pour évaluer sa longueur, la formulation des questions ou mettre en évidence un thème ignoré. Il a été impossible de réaliser ce groupe test pour des questions d'organisation. En effet l'échantillonnage des FG s'est révélé déjà très complexe. Le guide d'entretien a néanmoins été mis à l'épreuve en le soumettant à la critique de ma directrice de thèse.

#### **7.1.3. Entretien semi dirigé : insistance de l'enquêteur**

Les entretiens semi dirigés étaient conduits par la thésarde, ce qui représente un biais. L'enquêteur étant totalement impliqué dans l'étude, il était difficile de garder la

neutralité équivalente à la méthode focus groupe. Les entretiens exigent une certaine habileté pour utiliser les techniques de reformulation, de relance et d'écoute. Malgré une préparation grâce à mes recherches bibliographiques sur les méthodes qualitatives, l'enquêteur a parfois posé des questions fermées au fil de l'entretien. De plus des questions supplémentaires se sont inévitablement ajoutées au fil de la discussion.

#### **7.1.4. L'analyse des données**

La réalisation de l'analyse se veut la plus objective possible mais l'implication personnelle est à prendre en compte. Il est difficile de laisser de côté ses convictions personnelles. Il existe une part de subjectivité venant de la thésarde pouvant interférer sur la présentation des résultats.

### **7.2. Les points forts de l'étude**

#### **7.2.1. Une méthode appropriée à la question de recherche**

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ni à mesurer, elle consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. (31) Or notre objectif principal était d'analyser l'intérêt des MG et des IDEL sur la mise au point d'un DSP. Cette méthode était donc adaptée à notre étude qui a exploré les expériences personnelles de chacun des participants avec leurs émotions, leurs sentiments, leurs comportements pour essayer d'apporter une réponse à notre problématique. Une méthode quantitative par questionnaire fermé aurait trop limité les participants dans leurs réponses.

La méthode des focus groupes a permis d'avoir une dynamique de parole intéressante. Les échanges entre les participants ont favorisé l'émergence d'opinions, de réactions et d'expériences personnelles. (32) La diversité des participants par leurs professions, leurs lieux d'exercice et leurs personnalités a permis de nourrir un débat riche et varié.

La méthode des focus groupes permet également de réaliser un échantillonnage sans exigence de représentativité par rapport à la population générale. (33)

#### **7.2.2. La sélection des participants**

Les échantillons doivent être choisis avec rigueur en fonction des buts et de l'approche méthodologique. Pour cette étude qualitative, nous avons sélectionné les participants pour avoir le plus de variables possibles telles que des âges différents ou encore des types d'activités différents. En effet ces variables peuvent influencer les réponses des participants. Suite au déroulement des FG, nous nous sommes rendu compte que la population des MG et IDEL exerçant en milieu rural ou semi rural était insuffisamment représentées. Or les différences de pratiques ont été abordées à plusieurs reprises lors du deuxième focus groupe. Les avis pouvaient différer selon le milieu d'exercice. Nous avons donc interrogé 4 participants en plus des 3 focus groupes pour obtenir une plus grande représentativité des opinions.

### **7.2.3. Le bon déroulement des FG**

Le premier focus groupe (uniquement des MG) s'est passé dans une ambiance conviviale et détendue. Aucun « leader » ne s'est démarqué de façon franche, laissant place à une discussion équilibrée entre les participants même si l'une d'entre elle s'est montrée un peu plus réservée.

Lors du déroulement du troisième focus groupe (mixte), deux médecins généralistes se sont démarqués par leur facilité à prendre la parole et à entraîner le groupe. Néanmoins ils ont laissé le reste du groupe s'exprimer librement et ont contribué à relancer la discussion lorsque cela était nécessaire.

Le deuxième focus groupe (uniquement des IDEL) s'est déroulé dans une ambiance plus tendue en raison de pratiques très différentes entre deux participants. Leurs différences d'opinions ont néanmoins contribué à enrichir les discussions et à répondre à certaines interrogations.

Le guide d'entretien réalisé au début de notre travail a permis de cadrer les débats et d'aborder les thèmes principaux tout en laissant aux participants la liberté d'aborder d'autres sujets sans s'éloigner trop du sujet initial. Lors du premier et troisième focus groupes, les participants anticipaient d'ailleurs certaines questions du guide d'entretien en les incluant dans le fil du débat.

### **7.2.4. La saturation des données**

Dans le contexte de la recherche qualitative et avec les deux différentes méthodes utilisées, les professionnels étaient suffisamment nombreux pour atteindre une saturation des informations lors des différentes discussions. Dans notre étude, la saturation des données a été atteinte lors de la réalisation du 3<sup>ème</sup> entretien semi dirigé. Le quatrième entretien a été réalisé pour confirmer cette saturation.

### **7.2.5. Analyse et triangulation des données**

Pour réduire les biais d'interprétation, les focus groupes et entretiens semi dirigés ont été retranscrits mot à mot pour analyser les verbatim dans le contexte exact. Les ressentis et expressions non verbaux ont également été notés dans la retranscription pour analyser les phrases dans leur contexte.

Lors de l'analyse des données, nous avons respecté la triangulation en demandant à une tierce personne de participer au codage. Cela permet une analyse plus objective des résultats.

## **8. DISCUSSION DES RESULTATS**

### **8.1. Les relations entre MG et IDEL**

#### **8.1.1. Une relation satisfaisante dans l'ensemble**

Nous avons choisi d'aborder la question de la relation entre MG et IDEL au départ pour amener ensuite la question du DSP. Nous avons retrouvé dans la littérature plusieurs thèses d'exercice et études officielles s'intéressant à la qualité de la relation entre les deux professions.

Une étude de la DREES de 2006 s'intéressant au métier d'infirmière libérale montrait que la moitié des IDEL interrogés déclaraient avoir de « bonnes » relations avec les MG, 12% d'entre eux qualifiaient cette relation de « bonne collaboration » et 10% de « relation cordiale ». 10% des IDEL interrogés pensaient que leurs relations étaient « confidentielles et lointaines », « superficielles » pour 7% d'entre eux, avec un manque de considération dans 3% des cas, et rarement conflictuels pour 1%. (36)

Notre étude confirmait que les deux parties tenaient des propos plutôt positifs et encourageants pour décrire leurs relations. La description d'une « bonne » entente entre IDEL et MG a été abordée selon trois grands principes retrouvés plusieurs fois lors des différentes discussions.

Tout d'abord la notion de confiance mutuelle était mentionnée par les deux professions à plusieurs reprises. Ensuite, la communication dans sa globalité était clairement importante pour les participants. Et enfin la connaissance de son interlocuteur et sa disponibilité étaient également prioritaires pour nos participants.

Ces principaux critères étaient également retrouvés dans la littérature. Une thèse d'exercice portant sur les relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers / Villeneuve la Garenne montrait que « la facilité à contacter le MG si urgences » et « la disponibilité du MG » étaient décrites comme les principaux facteurs optimisant la communication avec le MG selon 97% des IDEL interrogés. « La définition des rôles » et « la confiance » étaient importantes pour 94% des IDEL. « La considération commune » (85%) et la proximité géographique (29%) étaient également considérées comme des facteurs jouant positivement sur la communication. (37)

#### **8.1.2. Néanmoins, des IDEL toujours critiques vis-à-vis des MG**

Notre étude montrait que les relations entre les deux professions de santé étaient qualifiées de satisfaisantes dans l'ensemble. Cependant, les difficultés rencontrées ont été largement plus commentées par les IDEL. Malgré une amélioration significative des relations entre les deux professions ces dernières années, les discussions ont montré qu'il existait toujours des difficultés et des attentes plus importantes du côté des IDEL.

Ces difficultés peuvent s'expliquer de différentes manières.

La définition du métier d'infirmier « est considérée comme exerçant la profession d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription médicale ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu » (38) Selon cette définition, l'IDEL est donc exécutant mais aussi initiateur de soins relevant de sa responsabilité. La définition ne montre donc qu'une relative autonomie de l'IDEL.

Le ressenti du rapport hiérarchique semblait être encore présent chez certains IDEL et représentait une composante importante dans leurs relations avec le MG. Certains IDEL dans notre étude regrettaient le manque de considération de leur travail par certains MG. Plusieurs IDEL regrettaient de ne pas être écoutés. Déjà en 2006 dans l'étude de la DREES, les IDEL faisaient part du sentiment de ne pas être entendus ou écoutés par les MG. Cette étude montrait que la profession avait pourtant l'impression d'être en possession d'informations importantes sur les patients du fait de leur présence au quotidien auprès des patients. (36) Ce sentiment semble donc être encore présent de nos jours.

Dans cette même étude datant de 2006, les IDEL qui effectuaient le plus d'actes techniques, avec de larges plages horaires étaient ceux qui exprimaient le plus vivement leurs insatisfactions vis-à-vis des médecins. L'ancienneté et l'âge du médecin pouvaient être également déterminants. Les IDEL expérimentés constataient au fil des années que les rapports entre IDEL et MG étaient devenus moins autoritaires et plus cordiaux. Notions également retrouvées lors de notre étude puisque plusieurs IDEL déploraient des relations parfois plus difficiles avec des MG plus anciens, souvent de sexe masculin et exerçant seuls (=installés seuls dans un cabinet).

Actuellement les plus jeunes MG s'installant en groupe ou même parfois en MSP ont une volonté accrue de favoriser les échanges entre professionnels.

Cette même étude de la DREES s'intéressant au métier d'infirmière libérale montrait que les échanges entre IDEL et MG étaient encore compliqués et qualifiés d'unilatéraux. Elle relevait déjà que les IDEL avaient des difficultés pour joindre les médecins et y consacraient beaucoup de temps. L'étude montrait que c'était presque toujours les IDEL qui joignaient les MG par téléphone ou qui adaptaient leurs emplois du temps pour les rencontrer chez le patient. L'inverse était rare. Les discussions dans notre étude tendent également toujours dans ce sens, puisque les difficultés de communication étaient surtout abordées par les IDEL et beaucoup moins par les MG. Les IDEL relevaient des difficultés récurrentes à joindre les médecins même si cela n'a pas été décrit par l'ensemble des participants.

Une étude s'intéressant aux rôles de l'IDEL et du MG sur le suivi des plaies chroniques montrait que 89,3% des MG étaient satisfaits de la prise en charge des plaies chroniques par les IDEL. Les médecins reprochaient néanmoins à ceux-ci un manque d'informations concernant l'évolution de la plaie et les changements de protocoles. Les IDEL étaient assez critiques vis-à-vis des MG puisque 64,9% les estimaient insuffisamment impliqués. (39) Il a été montré également une plus grande insatisfaction en milieu urbain du côté des IDEL en mettant en avant un manque de disponibilité et une implication insuffisante des MG. La différence de pratique entre milieu urbain et milieu rural tend également dans ce sens puisque les IDEL exerçant en milieu rural étaient dans notre étude beaucoup plus enthousiastes. Certains déclaraient même n'avoir aucun problème de communication avec les MG avec lesquels ils travaillaient. Cette différence peut être expliquée par le fait qu'en milieu rural tous les professionnels de santé se connaissent bien mieux. Il y a beaucoup

moins de cabinets infirmiers. Cela favorise des communications régulières entre tous les professionnels de santé.

### **8.1.3. Une communication souvent orale, beaucoup moins par écrit**

Les différents moyens de communication ont été abordés dans notre étude. Il ressort majoritairement que le téléphone était largement utilisé par les deux professions. Les appels téléphoniques et les SMS étaient largement plébiscités. Plusieurs études confirment cette impression.

Une thèse s'intéressant à la communication entre MG et IDEL sur un territoire défini montrait que les deux professionnels de santé privilégiaient l'appel téléphonique afin de communiquer entre eux. Ils ne passaient que très peu par le secrétariat. Ce moyen était qualifié de rapide et sans intermédiaire. (40)

L'étude portant sur le rôle de l'IDEL et du MG dans le suivi des plaies chroniques montrait également que le téléphone était privilégié. Selon les IDEL interrogés, ce moyen permettait une plus grande réactivité. Pour les deux professions de santé, les RDV chez le patient semblaient être un moyen optimal pour communiquer. Cependant 60,9% des IDEL et 51,7% des MG seulement déclaraient y avoir recours notamment en raison d'un problème de disponibilités et de difficultés organisationnelles. (39) La notion de RDV commun au domicile était également retrouvée dans notre étude. Cependant les participants avouaient y avoir recours très rarement en raison de ces mêmes difficultés.

L'appel téléphonique était donc largement plébiscité par sa facilité d'utilisation. Cependant de nombreux participants et surtout les IDEL déploraient des difficultés pour joindre les MG. Ils devaient parfois passer plusieurs appels ou envoyer de nombreux SMS avant d'avoir une réponse. Ils avouaient parfois n'obtenir aucun retour. Nous pouvons aisément comprendre qu'en cas d'urgence l'appel téléphonique était le moyen à privilégier entre MG et IDEL. Cependant pour discuter d'autres problèmes ou sujet moins urgents mais tout aussi importants pour une bonne prise en charge globale du patient, le DSP pouvait trouver son utilité. Plusieurs IDEL mentionnaient « une crainte » ou même « une peur » de déranger le médecin en téléphonant. Ils avouaient parfois renoncer à un appel. Avoir recours au DSP pourrait permettre de transmettre toutes les informations nécessaires.

Lors des discussions plusieurs médecins ont spontanément abordé le cahier de liaison mis en place au domicile chez certains de leurs patients comme moyen de communication. Aucun IDEL ne l'a mentionné spontanément. Nous allons essayer de comprendre pourquoi et évaluer son intérêt.

## 8.2. Le DSP

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'intérêt de la mise en place d'un DSP dans la prise en charge du patient dépendant à domicile.

### 8.2.1. Des avantages et des leviers reconnus tels que...

L'intérêt du dossier de soins partagé ou du cahier de liaison a été abordé dans plusieurs études. Sa mise en place était surtout étudiée du point de vue des MG mais beaucoup moins des IDEL.

#### ➤ *Une simplification de la prise en charge avec centralisation et partage des informations sur le patient*

Le DSP a été abordé lors des discussions par deux MG comme moyen de communication avec les IDEL. Il s'agissait de MG l'utilisant déjà et participant au remplissage de ce type de dossier mis en place chez certains de leurs patients dépendants à domicile.

L'utilisation d'un DSP semblait être une évidence pour certains IDEL interrogés. Ces IDEL utilisaient parfois depuis plusieurs années ce genre de support et le voyaient comme une nécessité chez certains patients pour regrouper et centraliser les informations nécessaires à sa prise en charge. Son utilisation selon eux simplifiait la prise en charge du patient. Une étude sur la communication entre MG et IDE sur le territoire de Maubeuge confirmait ce point de vue et montrait que le carnet de liaison apparaissait comme primordial pour les IDE qui le voyaient comme un support leur permettant de se tenir au courant des résultats d'examen médicaux. Il représentait un lieu d'échange interprofessionnel qui appartenait au patient. Il était selon eux utile à la centralisation et aux partages des informations concernant les patients suivis à domicile. (40) Cette notion de partage de données était également retrouvée dans notre étude puisque plusieurs participants mentionnaient la visibilité pour tous les intervenants comme un avantage important.

#### ➤ *Une traçabilité du travail et sa valorisation*

La notion de traçabilité a été plusieurs fois mentionnée surtout par les IDEL qui voyaient le DSP comme un outil pour valoriser leur travail d'une part mais aussi pour se protéger et faire du DSP une preuve de leur travail. Un sondage réalisé auprès de 340 infirmiers libéraux par l'URPS du Languedoc Roussillon révélait que 55% d'entre eux/elles utilisaient un dossier de soins partagé avec d'autres professionnels de santé. Tous les infirmiers interrogés déclaraient avoir un outil pour tracer leur travail et 80% d'entre eux estimaient que le dossier de soins à domicile était obligatoire. (41) Reste que pour certains IDEL un dossier écrit n'était pas une évidence, l'un des IDEL interrogés avouait même n'avoir aucun dossier patient ni au cabinet ni à domicile. La législation reste vague et n'impose aucun dossier à l'IDEL puisque selon l'article R. 4312-28 du CSP: « l'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers... » (21) La phrase utilise le mot pouvoir et non devoir. Le choix reste donc à la charge de l'IDEL. Plusieurs instances officielles telles que l'ordre national des infirmiers recommandent cependant fortement l'utilisation d'un support d'information qu'il soit écrit ou informatisé. Le DSP peut donc être une réponse à cette politique actuelle.

➤ ***Une implication du patient et sa famille dans les soins et une meilleure définition du rôle de chacun***

Une étude ayant mis un outil de communication écrit détenu par le patient et mis en place sur une zone définie en Franche Comté montrait que 72% des patients estimaient être pour une fois associés à leur prise en charge grâce à la mise en place de cet outil. 92% des professionnels estimaient que les informations contenues étaient utiles aux patients et pour eux-mêmes. 69% pensaient que leurs places étaient mieux définies et le rôle de chacun était mieux identifié. 61% estimaient que le dossier facilitait leur travail. (42) Un des IDEL interrogés a abordé l'implication de la famille dans la prise en charge du patient grâce au DSP en l'invitant à remplir certaines parties telles que les parties administratives. En revanche la question de la participation du patient n'a jamais été abordée lors des discussions comme si le patient n'avait pas sa place dans l'utilisation de ce dossier alors qu'il était au cœur de la prise en charge. Cet élément peut être dû au profil âgé des patients concernés. Le patient ou plutôt le comportement du patient était plutôt considéré comme un frein à l'utilisation du dossier comme nous allons le voir dans les prochains paragraphes.

➤ ***Une facilitation du travail des professionnels***

Le DSP sous-entend bien évidemment une utilisation dans le cadre des visites à domicile, activité non négligeable de l'activité du MG. Une autre étude s'intéressant au dossier médical au domicile des patients (43) montrait que 84% des praticiens interrogés avaient un dossier informatisé en général, 46% tous lieux confondus c'est-à-dire au domicile et au cabinet. Le dossier patient était le plus souvent fixé au cabinet. La majorité des médecins se retrouvaient au domicile sans pouvoir consulter le dossier sur place. Seul 18% des MG de cette étude laissaient le dossier au domicile. Cette étude montrait donc que les façons de faire du MG lors des visites à domicile étaient très hétérogènes. Chaque médecin choisissait de travailler comme il le souhaitait. Lors de nos discussions nous n'avons pas choisi d'aborder le sujet. Mais l'étude montrait qu'avoir un accès direct au dossier médical au moment de la visite à domicile jouait un rôle essentiel pour apprécier l'état clinique du patient. Lorsque le dossier médical était disponible au domicile, les MG rencontraient moins de difficultés pour renouveler le traitement, modifier le traitement, ou orienter le patient en cas d'urgence. Cette étude montre donc qu'avoir un dossier médical ou même un DSP peut faciliter la prise en charge du patient. Concernant un dossier papier standardisé, les médecins les moins favorables étaient ceux utilisant déjà un dossier papier personnel au domicile.

➤ ***Un intérêt reconnu dans le suivi des plaies chroniques***

Une thèse portant sur le rôle de l'IDEL et du MG dans le suivi des plaies chroniques en Charente a montré que l'ensemble des professionnels étaient favorables à la mise en place d'un cahier de suivi : 88,7% des IDEL et 88,1% des MG. La thèse montrait que le cahier pouvait contenir des informations telles que les antécédents, les traitements habituels, l'état de la vaccination, l'étiologie exacte de la plaie. L'utilisation du cahier de suivi des plaies était encore marginale. (39) Dans notre étude, les MG ont abordé à plusieurs reprises leurs difficultés à suivre l'évolution des plaies chroniques. Certains MG ne se sentaient pas du tout à l'aise avec la question

des pansements et avouaient laisser piloter l'IDEL lors de la prise en charge. Les difficultés étaient surtout d'ordre technique selon eux, de débarrasser et refaire un pansement au domicile, sans compter le temps que ce geste nécessiterait. Le DSP avec une fiche sur l'état de la plaie semblait donc avoir sa place dans le suivi des plaies chroniques.

➤ *Une amélioration de la communication*

L'expérimentation d'un carnet de liaison senior en soins primaires auprès de 32 médecins traitants de l'agglomération lilloise a montré une amélioration de la communication entre MG et intervenants selon 56% des médecins, avec l'entourage selon 49% d'entre eux, mais pas avec l'hôpital (3%). Cependant le bilan total de cette étude reste mitigé car 33% des MG n'avaient pas l'intention de poursuivre son utilisation, 9% seulement des MG le conseilleraient. (44) Cette réticence à utiliser le DSP peut être expliquée grâce à différents éléments que nous allons essayer de comprendre dans les prochains paragraphes.

### **8.2.2. Mais des inconvénients et des freins à prendre en compte...**

➤ *Le manque de temps*

Geneviève Picot, qui s'intéressait à la relation entre médecins et IDE en milieu hospitalier, notait que les IDE « hospitaliers » utilisaient les dossiers de soins comme seul moyen de transmissions des informations aux médecins. Elles n'intervenaient que rarement oralement durant les réunions. Elles qualifiaient l'écrit de « refuge ». En pratique libérale, les IDE semblaient privilégier la transmission orale. Elles préféraient avoir affaire directement au médecin sans « se réfugier » dans l'écrit. (45) Le moyen de communication le plus souvent cité dans notre étude était bien l'appel téléphonique, jugé plus direct et rapide. Pour la plupart des participants de notre étude, un des freins les plus importants étaient la perte de temps en utilisant le DSP. Cette notion a été aussi bien rapportée par les IDEL que par les MG. Les IDEL avaient le sentiment que son utilisation au quotidien retarderait leurs tournées et serait une charge administrative supplémentaire. Du côté des MG, la visite à domicile est déjà considérée comme un travail chronophage, le DSP ne faisant que renforcer ce sentiment.

➤ *Une réglementation floue vis-à-vis du respect du secret médical*

Un autre frein majeur a été mentionné plusieurs fois dans notre étude. Il s'agit du respect du secret médical. Selon l'article 73, R 4127-73 du code de la santé publique « le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents » (46) L'infirmier est soumis au respect des règles professionnelles et du secret professionnel également. Le respect du secret professionnel de l'article L1110-4 du code de la santé pose le cadre de l'échange et du partage d'informations relatives à un patient entre professionnels de santé. (47) Les trois situations pour lesquels les règles varient sont l'échange d'informations entre professionnels de santé prenant en charge le même patient, le partage d'informations entre professionnels de santé exerçant au sein d'un même établissement, le partage d'informations au sein d'une maison ou centre de santé. Or en laissant le DSP au

domicile du patient, le MG et l'IDEL prennent le risque d'exposer le contenu du DSP aux yeux de tous. Cette responsabilité semble donc être difficile à assurer lorsque le dossier est au domicile du patient. Les DSP présentés comportent une page de garde précisant que ce même dossier appartient au patient et celui-ci donne l'autorisation aux professionnels de santé de partager des informations médicales le concernant. Actuellement, aucune législation n'encadre l'utilisation du DSP. Cette page de garde permet de pallier à ce manque de cadre législatif et pose les règles de son appartenance.

➤ ***La difficile communication ville /hôpital et une organisation des soins primaires à améliorer***

Dans le document précisant les recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile, les limites et obstacles à la mise en place d'un dossier de soins infirmier à domicile étaient déjà soulevés (48). Ces obstacles ont été quasiment tous mentionnés lors des discussions entre IDE et MG dans notre étude. Les contraintes et la gestion du temps étaient déjà un frein à l'utilisation d'un dossier à domicile. Ce document datant de 1996 relevait déjà le problème du transfert du dossier lors d'une hospitalisation, le dossier ne circulant pas, il perdait alors tout son intérêt selon ce rapport. Or nous avons abordé la question de la liaison ville / hôpital et une grande majorité des participants étaient déjà sceptiques quant à son intérêt. Le rapport soulevait également le problème de la confidentialité ce qui rejoint la question du secret médical ; celui-ci n'apportait aucune réponse claire et l'initiative était laissée au soignant. Enfin l'accessibilité à tous les soignants était abordée et le rapport soulignait l'importance d'organisation et de centralisation des données. Même si ce rapport était en rapport avec le dossier infirmier à domicile et non pas le DSP, on retrouve des points communs évidents et notre étude a montré les mêmes préoccupations même 20 ans plus tard.

➤ ***L'investissement moins important du MG dans le remplissage du DSP***

Un autre frein majeur a été relevé surtout par les IDEL de notre étude : le non remplissage du DSP par les médecins. Le DSP ne serait plus un lieu de partage mais deviendrait finalement le dossier patient de l'infirmier au domicile de son patient. Une thèse expérimentant un carnet de liaison sénior auprès de 32 MG (44) avait déjà montré que l'IDEL était l'acteur principal du remplissage de ces carnets (79% des carnets), loin devant les MG (42% des carnets). Les résultats de cette étude ne faisant que renforcer cette crainte.

➤ ***Une implication différente selon le milieu d'activité : la différence ville/rural***

L'étude s'intéressant à la communication entre MG et IDEL sur le territoire de Maubeuge (40) mettait en évidence qu'une mauvaise tenue du carnet de suivi était un frein de communication jugé important. Les MG exerçant en milieu rural ou semi rural utilisaient plus souvent un dossier médical commun avec d'autres intervenants que les MG exerçant en milieu urbain. Cette différence entre les milieux a également été rapportée puisque 2 IDEL exerçant en milieu rural utilisaient ce genre de dossier contrairement aux IDEL exerçant en milieu citadin. Dans cette même étude, 44% des

MG pensaient que le dossier médical devait être exclusivement à l'usage du médecin quelle que soit la tranche d'âge du médecin interrogé.

### **8.2.3. Un contenu plutôt bien accueilli...**

#### **8.2.3.1. Avec des forces et des avis favorables...**

##### ***\* Une partie administrative qui a fait l'unanimité***

Le contenu du DSP a été abordé lors des discussions. La partie administrative de chaque DSP présenté était accueillie avec enthousiasme par les MG et IDEL participant à notre étude. En effet il était intéressant selon eux et très important que chaque professionnel de santé ait à disposition les coordonnées du patient et de sa famille ainsi que les coordonnées des professionnels gravitant autour du patient. La partie administrative a été peu débattue et a fait l'unanimité auprès de tous les participants.

Une étude sur le dossier de liaison au domicile du patient (42) mis en œuvre en Franche Comté en 2004 sur un territoire défini montrait l'intérêt d'un dossier de liaison commun centré sur le patient. Déjà la structure du dossier était mise en place pour répondre à 6 questions :

- Qui est le patient ? Quel est son entourage ?
- Quels sont les intervenants au domicile ?
- Quel est le planning des différents intervenants ?
- Quelles sont les informations médicales partageables, garantes du secret médical ?
- Quel est son degré d'autonomie ?
- Quels contacts ont été prévus avant le retour au domicile après une hospitalisation ?

Cette étude avait déjà bien montré que les informations administratives étaient jugées indispensables au contenu du DSP, signe qu'il s'agit d'un outil pouvant faciliter la prise en charge du patient.

##### ***\* Une fiche de suivi plaies chroniques souvent évoquée et appréciée***

La fiche de suivi des plaies chroniques a également été accueillie avec enthousiasme, particulièrement par les IDEL. Les MG voyait également en cette fiche un outil utile à la prise en charge d'un patient et pouvait leur faire gagner du temps en évitant de déballer un pansement et de perdre du temps. Certains IDEL voyaient en cette fiche un moyen de transmission non seulement au médecin généraliste mais aussi pour leurs collègues du cabinet. Cet engouement pour la fiche pansement a également été retrouvé dans la thèse citée plus haut qui s'intéressait à la prise en charge des plaies chroniques.

##### ***\* Une partie médicale jugée intéressante pour la plupart des participants***

Les antécédents et les allergies du patient ont été jugés utiles la plupart du temps par les participants.

Une thèse s'intéressant au dossier médical du patient dépendant vu à domicile du côté MG (43) relevait 5 éléments pertinents à faire apparaître dans le dossier : les antécédents, les allergies, le nom et contact de la personne de confiance, identité du patient, adresse et téléphone, trace écrite de chaque consultation. Les éléments jugés les moins pertinents étaient les traitements en cours, la dernière tension artérielle, les derniers courriers. Les dernières bio et les derniers INR étaient jugés utiles pour la tenue du dossier médical. Les échelles d'évaluation sociale telle que IADL étaient considérées comme moins pertinentes. Le groupe de travail sur la tenue du dossier médical en médecine générale (49) évaluait les informations indispensables qu'un dossier médical devait contenir : l'identification du patient avec informations administratives dont le téléphone, adresse, profession ; les données d'alerte, le nom du médecin, la date de la dernière consultation ou visite, la conclusion et décisions prises, antécédents personnels, familiaux, allergies, facteur de risque et vaccinations. Selon ce rapport la question de la qualité du dossier est directement liée à celle du temps consacré à sa tenue. Tous ces éléments sont retrouvés dans les DSP présentés.

***\* Une fiche traitement considérée comme utile sous certaines conditions***

Dans notre étude, l'intérêt de la fiche traitement a été débattu par plusieurs intervenants. En effet, la crainte de certains participants était de ne pas mettre à jour cette fiche et ainsi ne pas pouvoir s'y fier. Selon l'expérience d'une IDEL interrogée, mettre à jour la fiche traitement entraînerait rature et peut rendre celle-ci incompréhensible. Le DSP peut donc contenir une feuille de traitement mais il s'agit de pouvoir s'y fier et de trouver un format s'adaptant à une modification perpétuelle. Une thèse expérimentant un dossier senior auprès de 32 MG (44) avait montré que l'ordonnance (95%) et le suivi de l'état de santé (79%) étaient les rubriques les plus utilisées, celle des suivis biologiques (68%) également.

***\* Un contenant apprécié et facile d'utilisation***

Le contenant du DSP n'a jamais été débattu dans la littérature. Il semble logique que son contenant soit adapté à une utilisation quotidienne et répétée. Le format classeur ou trieur semblent les plus adaptés puisque ceux-ci permettent de retirer ou ajouter des éléments selon le profil du patient. Son aspect ludique, pratique et coloré a été également apprécié par nos participants. Plusieurs intervenants ont précisé au fur et à mesure de la discussion que le DSP n'était pas quelque chose de figé dans le temps mais son intérêt était justement de pouvoir l'adapter à chaque situation et donc à chaque patient.

**8.2.3.2. Mais aussi des faiblesses et des critiques...**

***\* Certaines échelles d'évaluations critiquées et la surveillance diabétique jugée trop répétitive***

En revanche plusieurs éléments ont été largement critiqués ou simplement refusés par les participants. La plupart ont trouvé que plusieurs échelles étaient inutiles à leurs pratiques, telles que les échelles d'évaluation nutritionnelle. Certains MG avouaient ne pas pouvoir remplir certaines parties par manque de connaissances. La fiche suivi diabétique présente dans les DSP était jugée trop répétitive et

inutile puisque la plupart des patients diabétiques avaient un carnet de glycémie utilisé depuis plusieurs années. Il paraît en effet inutile de noter à deux endroits différents les mêmes résultats de glycémies.

**\* Une fiche de liaison ville / hôpital mal accueillie**

L'intérêt d'une fiche liaison ville / hôpital a été également débattue lors de notre étude. En majorité, les participants n'ont pas très bien accueilli cette proposition. En effet selon eux, en cas d'urgence la fiche ne suivrait pas forcément le patient et perdrait tout son intérêt. Il serait également difficile de la mettre à jour. Mais surtout l'argument principal était la perte du dossier par l'hôpital. Une thèse expérimentant un carnet de liaison senior auprès de 32 MG (44) montrait que le motif de non récupération de ce carnet était la perte à l'hôpital dans 33% des cas. Cette crainte a été abordée spontanément lors de notre étude par tous les participants et cette crainte semble donc être justifiée. La rubrique fiche de liaison ville hôpital est peu utilisée (11%) confirmant le sentiment général de notre étude. Nous avons pu remarquer que plusieurs IDEL étaient très critiques vis-à-vis de la relation entre elles et l'hôpital, signe que des améliorations peuvent encore être apportées. La mise en place du DMP qui semble être relancée actuellement pourrait constituer une piste à cette amélioration. Nous abordons le sujet du DMP plus loin.

**\* Une feuille de directives anticipées peu évoquée**

Un élément important n'a été que très peu abordé lors de notre étude : une fiche détaillant les directives anticipées. La problématique a été évoquée tout de même par un MG qui y voyait un élément important à garder pour faciliter la prise en charge notamment des urgentistes en cas d'urgence absolue. Cette fiche, comme d'autre élément tel que le traitement, doit être tenue à jour et réévaluée régulièrement.

## **8.3. Informatisation**

### **8.3.1. Une numérisation du DSP dans un avenir proche... ?**

La question de l'informatisation de ce genre de support a été évidemment abordée. En effet à l'heure actuelle, les supports papiers semblent être de plus en plus délaissés au profit du support informatique jugé plus pratique, plus sûr et moins fragile.

Cependant la visite à domicile reste une pratique où l'informatisation n'a pas encore toute sa place. En effet une étude s'intéressant au dossier médical du patient dépendant vu à domicile (50) a montré que 84% des MG bénéficiaient d'un dossier informatisé au cabinet en 2016. L'acceptation de l'outil informatique portable est également forte, intéressant d'emblée 64% des MG. Les réfractaires à l'informatisation du dossier médical à domicile étaient des utilisateurs d'un dossier papier au domicile du patient, et donc qui n'en ressentent pas le besoin. Les outils de type logiciel avec accès à des scores ou une application spécifique à la visite à domicile avaient des accueils favorables chez les médecins interrogés, d'autant que les MG étaient jeunes, étaient des femmes et exerçaient en milieu rural. Les MG

semblaient être favorables à l'informatisation de ce genre de support dans notre étude. Nous avons remarqué tout de même des différences de perception générationnelles. En effet dans l'ensemble les MG plus jeunes abordaient favorablement la question de l'informatique en revanche, les MG réfractaires étaient plus âgés.

Du côté des IDEL, la question de l'informatisation était plutôt bien accueillie dans l'ensemble. Selon un rapport s'intéressant au système d'information des infirmiers en exercice libéral (51) en 2012, au moins 83% des IDEL disposaient de logiciels de gestion de leur activité. Les utilisations du logiciel métier restaient limitées à la gestion administrative du patient, à la facturation des actes et à la comptabilité. Les solutions et logiciels actuels ne permettent pas le recueil ou la consultation des données au chevet du patient, la gestion d'un DSI dématérialisé partageable entre IDE d'un même cabinet, le partage structuré et dématérialisé des données de soins avec d'autres professionnels de santé. Certains IDEL ont donc développé des initiatives personnelles via des solutions de messagerie ou de téléphone pour se coordonner avec les autres acteurs.

L'étude évaluant les obstacles de la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée via un support informatique a montré que les principales craintes des MG étaient le risque de pannes liées à sa fragilité, la crainte d'être piraté, la lourdeur lors de l'allumage ainsi que les compétences techniques. (50) Ces notions ont toutes été retrouvées dans notre étude montrant tout de même un engouement certain.

### **8.3.2. Ou le DMP à la place du DSP ?**

Fin 2018, l'assurance maladie a lancé une grande campagne de déploiement du DMP. Les effets et les résultats de ce déploiement ne seront pas connus avant plusieurs mois voire plusieurs années mais il est difficile de discuter de l'intérêt du DSP sans évoquer le DMP.

Dans notre étude, seul un MG a évoqué spontanément le DMP comme moyen de communication entre professionnels de santé. Aucun IDEL ne l'a mentionné ni même évoqué, preuve que le DMP n'est pas encore rentré dans les habitudes de travail.

Le DMP est désormais pensé comme étant un système d'archivage accessible à tous les professionnels de santé permettant la communication et non comme un support pouvant constituer un outil de travail se substituant aux solutions actuelles du dossier papier. La confusion entre ces deux possibilités a contribué au désintéressement de certains MG pour le DMP.

L'étude évaluant les obstacles de la tenue d'un dossier médical lors des visites à domicile abordait le thème du DMP et relevait que les MG ne croyaient pas que celui-ci puisse solutionner le problème de la tenue d'un dossier patient au domicile. Les inquiétudes retrouvées à propos du DMP étaient le risque de piratage ou de fuites des informations vers les assurances et les employeurs, la complexité du système, la difficulté à recueillir le consentement à la création du DMP chez des personnes ayant un trouble cognitif, la nécessité d'avoir internet à domicile, la lourdeur du travail, les

difficultés pour retrouver les informations, noyées dans une masse de données accumulées dans le DMP, le problème de la compatibilité des logiciels médecins. (43)

La thèse de Dr Enouf étudiant les obstacles au déploiement généralisé du DMP, montrait des opinions favorables vis-à-vis du DMP mais les médecins interrogés se sentaient mal informés. (52)

Le DMP semble ne pas être encore une solution aux yeux des MG et encore moins aux yeux des IDEL, qui dans notre étude n'ont même pas parlé de cette solution. Le DMP pourrait cependant être une solution appropriée pour optimiser la relation entre MG et IDEL chez le patient dépendant à domicile. L'accès au DMP devra être le plus simple possible. Il faut que celui-ci mette à disposition des raccourcis rapides à manier pour pouvoir s'adapter à une utilisation à domicile. Une zone d'échanges entre IDEL et MG pourrait être proposée pour répondre totalement aux besoins de chacun.

### **8.3.3. ESP, CPTS...une communication via un système d'information partagé labellisé**

Difficile de discuter relation entre deux professionnels de santé tels que les IDEL et les MG sans parler des mesures récentes visant à améliorer et faciliter les rapports entre professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patients. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé marque un tournant dans la politique de santé.

L'article 65 de la loi du 26 janvier 2016, précise qu' « afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L.1411-11 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé ou CPTS ». (53)

L'article 64 stipule qu'une « équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premiers recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L.1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. » (54)

Il s'agit donc d'un exercice coordonné quelle que soit sa forme, sur un lieu ou une organisation de soins de premier recours dans un territoire. Il permet aux professionnels de santé de mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. Pour cela, un système d'information partagé est indispensable. Le système d'information se conçoit à minima autour d'un dossier médical et de soins utilisés par les différents professionnels de santé. Il doit permettre la coordination en permettant la tenue d'un dossier médical accessible à l'ensemble des professionnels de santé, aider à la structuration des informations médicales, apporter une aide essentielle à l'organisation et à la mutualisation des ressources.

Un de ces systèmes d'information partagés a été mis en place sur le territoire du Grand Nancy depuis mars 2015, il s'agit du dispositif LIGO. Le périmètre de lancement du service concernait le maintien à domicile des personnes âgées pour les réseaux de santé territoriaux et leurs partenaires. Il sera sans doute ensuite

progressivement étendu à d'autres types de coordination entre acteurs de santé. Il assure la continuité et la qualité de la prise en charge d'un patient en mettant en œuvre des services sécurisés de partage et d'échange de données pertinentes entre acteurs de sa prise en charge. Le projet LIGO est issu d'une collaboration entre plusieurs acteurs : la GCS télésanté Lorraine (Groupement de Coordination Sanitaire), une société informatique assurant la plateforme technique, les professionnels de santé adhérents au GCS et l'ARS Lorraine. Ce genre de support a été élaboré avec tout un panel de professionnels lui permettant de faire respecter le secret médical tout en partageant les données pertinentes pour chaque acteur. Le respect du secret médical a été une question récurrente dans nos discussions. Ce genre de support informatisé permet de répondre à cette problématique.

Notre sujet d'étude, le DSP, outil pour aider et permettre une meilleure communication entre IDEL et MG, ne semble pas s'éloigner du sujet. Ce type de système informatique partagé doit permettre une communication entre les deux professionnels, une sorte de DSP informatisé à condition bien sûr que les deux professionnels de santé se situent dans une zone où ce genre d'initiative existe et que les acteurs de santé adhèrent à ce projet.

La question de l'informatisation à domicile reste néanmoins encore en suspens. Finalement un outil informatique sur place ou mobile, à portée de chacun, semble être la solution la plus adaptée. En effet le facteur temps étant un élément important pour chaque professionnel de santé, l'outil informatique sur place permettrait un gain de temps et de ne pas écrire les informations en double dans le dossier médical du cabinet. Cette solution semble être la plus intéressante à l'avenir ; par exemple par le biais d'une tablette ou d'un smartphone. L'adhésion de chacun des professionnels de santé sera d'autant plus importante que celui-ci sera formé, informé et que l'aspect technique sera simple et rapide. A l'heure actuelle, l'outil informatique n'est pas encore prêt partout pour assurer une communication efficace entre MG et IDEL. Notre DSP pourrait être un outil intéressant en attendant le développement de ce genre d'initiative à grande échelle et sur tout le territoire.

## 9. CONCLUSION

Notre étude s'est intéressée à l'intérêt que portent les MG d'une part et les IDEL d'autre part à l'utilisation d'un dossier de soins partagé pour la prise en charge du patient dépendant à domicile. Nous avons cherché à mieux comprendre les bases de la relation entre ces deux professionnels de santé pour mieux répondre à cette question par la suite. La relation entre ces deux professionnels de santé a été qualifiée de plutôt satisfaisante dans l'ensemble. La confiance et la communication étaient les critères majeurs pour juger d'une relation de bonne qualité. Les IDEL ont été dans l'ensemble un peu plus critiques lorsqu'il s'agissait de décrire les difficultés de communication. Les difficultés rencontrées étaient surtout le manque de disponibilité du MG ou des difficultés pour joindre le médecin directement au téléphone. Un sentiment de hiérarchie était encore un peu présent pour certains mais ce n'était pas le sentiment principal.

La communication était donc au cœur de la discussion. Le téléphone et les SMS ont été largement évoqués lorsqu'il s'agissait de décrire les moyens de communications. Le moyen de communication écrit via le cahier ou classeur de liaison a été cité mais de façon minoritaire.

L'intérêt de la mise en place d'un dossier de soins partagé a donc été débattu. Les IDEL et MG utilisant déjà ce support étaient d'accord pour dire qu'il s'agissait d'une habitude à prendre au départ et qu'il était nécessaire de le mettre en place chez certains patients pour optimiser leur prise en charge. L'avantage le plus souvent évoqué était la possibilité d'avoir une trace écrite du travail de chacun. Pour eux, la présence du dossier au domicile du patient permettait une meilleure communication entre les professionnels de santé. Parmi les autres points positifs nous retrouvons la valorisation du travail, la simplification de la prise en charge, la simplicité d'utilisation et un moyen moins intrusif que le téléphone.

Les professionnels les plus critiques envers le DSP n'utilisaient pas ce genre de support et ont relevé les inconvénients qu'entraîne l'utilisation du DSP. Tout d'abord le cadre législatif n'est pas clairement établi et soulève de nombreuses questions autour du secret médical. Les questions de savoir qui est propriétaire et qui est responsable du DSP ont elles aussi été abordées. Aucune réponse claire n'a été obtenue. L'inconvénient majeur le plus souvent relevé était le facteur temps, le temps nécessaire pour remplir le DSP au quotidien mais aussi le temps de mise en place. Une grande majorité des IDEL avait la crainte du non remplissage du dossier par les MG, se retrouvant seule avec ce dossier de soins qui perdait son intérêt puisque non partagé. Parmi les autres inconvénients, la répétition des informations, le maintien à jour quotidien, le trop plein d'informations étaient retrouvés.

Concernant les DSP présentés, les avis ont été plutôt positifs notamment sur leurs contenus et le contenant. A l'unanimité, la partie administrative a été plébiscitée ; signe que ces informations sont souvent manquantes ou insuffisantes lors des prises en charge. La partie médicale avec les antécédents, les allergies, la fiche traitement ou encore le suivi INR ont été bien accueillis et ont reçu des avis positifs. La fiche pansement doit apparaître dans le dossier pour la grande majorité des IDEL et MG. Il s'agit d'un outil intéressant pour permettre un meilleur suivi des plaies chroniques. Les diagrammes de soins, les échelles d'évaluation et fiche perfusion sont beaucoup moins évoqués et sans surprise ce sont les IDEL qui souhaitent les garder puisqu'ils font partie intégrante de leur travail. Certaines feuilles ont beaucoup moins fait l'unanimité, il s'agit essentiellement de la surveillance diabétique et du suivi de l'HbA1c, qui font double emploi avec le carnet de glycémie largement utilisé au quotidien chez les patients diabétiques. La fiche de liaison ville hôpital a également été débattue et son intérêt semble très limité pour la plupart des participants. La plupart s'accorde néanmoins à dire que chacun des dossiers doit être adapté au patient et son contenu doit être non fixé et

adaptable. Le contenant le plus souvent évoqué était le format classeur plus facile pour ajouter et retirer les éléments. Évidemment la question de l'informatisation a été abordée lors de nos discussions. Son utilisation en version informatique ne semble pas poser problème pour la plupart des participants d'autant qu'ils sont jeunes. Les participants étaient enthousiastes en général car ce support était jugé plus rapide, plus ludique et simple. Cependant il est important de préciser que plusieurs craintes étaient relevées telle que la sécurité de l'information et la lourdeur technique. Le DMP n'a été que très peu évoqué par les participants et aucun IDEL ne l'a mentionné preuve que celui-ci n'a pas encore trouvé sa place au quotidien. Pourtant l'utilisation de cet outil et ses possibilités pourraient faire de lui un allié intéressant et utile pour chacun des professionnels de santé. Le développement des CPTS, ESP et PTA dans les prochaines années ne devraient que renforcer la coordination et la communication entre MG et IDEL. Cependant une problématique reste ouverte : la visite à domicile et son informatisation en général. Que ce soit un DSP informatisé, un logiciel commun à une CPTS, il faudra utiliser un support adapté pour ne pas alourdir la charge de travail du MG et de l'IDEL : la tablette ou le smartphone semblent être des outils adaptés à condition qu'ils soient compatibles avec le logiciel choisi mais aussi le logiciel métier de chacun.

Notre étude avait pour objectif secondaire l'optimisation d'un DSP. Nous avons donc créé notre propre DSP grâce aux conclusions de cette étude (annexe 3). Il sera utilisé très prochainement lors des prises en charge de nos propres patients à domicile. La communication entre IDEL et MG dans notre future ville d'exercice mérite d'être largement améliorée. L'évaluation des effets du DSP sur les relations entre MG et IDEL ou les bénéfices de ce support sur les prises en charge des patients pourraient faire l'objet de futures études.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. INSEE, Références TEF, *Espérance de vie et Mortalité*, édition 2017. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques>>
2. Code de la santé publique – Article L4130-1. Code de la santé publique.
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Cartographie Interactive de la Démographie Médicale*. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <<https://demographie.medecin.fr>>
4. Ordre National de l'Ordre des infirmiers. La profession infirmière. *Statistiques démographiques*. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <<https://www.ordre-infirmiers.fr>>
5. Ministère des Solidarités et de la Santé. DREES. Études et Statistiques. Effectifs des infirmiers par zone d'activité principale, mode d'exercice global, sexe et tranche d'âge. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <<http://www.data.drees.sante.gouv.fr>>
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. DREES. Études et Statistiques. Densité des infirmiers par zone d'activité principale et mode d'exercice global. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <<http://www.data.drees.sante.gouv.fr>>
7. Barlet M., Cavillon M., 2011, « La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 », Études et résultats, DREES, n°760.
8. INSEE. Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Séries par région, département, sexe et tranche d'âge de 1975 à 2018. Paru le 16/01/2018. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques>>
9. Collège National des Enseignants de Gériatrie. *Chapitre 8. Autonomie et Dépendance*. 4<sup>ème</sup> édition. Elsevier Masson, 2018.
10. Brunel M., Carrère A., 2017, « Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 », Études et Résultats, DREES, n° 1029, septembre.
11. Calvet L., Pradines N., 2016, « État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile », Études et Résultats, DREES, n° 988, décembre.
12. Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant sur le code de déontologie des infirmiers. (consulté le 12 déc. 2018) Document disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr>>
13. Code de la santé publique – Article R4127-68. Code de la santé publique.
14. Collectif. Le petit Larousse illustré 2018. Larousse, 2018, 2048 pages.

15. Code de Santé Publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
16. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. J.O. du 22 juillet 2009.
17. Code de la Santé Publique – Article L4301-1. Code de la Santé Publique.
18. Code de la Santé Publique – Article L4301-5. Code de la Santé Publique.
19. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile. 1997 Juin. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/recommandations\\_pour\\_la\\_tenu\\_dudossier\\_de\\_soins\\_infirmiers\\_du\\_malade\\_a\\_domicile\\_1997.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/recommandations_pour_la_tenu_dudossier_de_soins_infirmiers_du_malade_a_domicile_1997.pdf)>
20. Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide du service de soins infirmiers. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_du\\_service\\_de\\_soins\\_infirmiers.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf)
21. Code de la Santé Publique - Article R. 4312-28. Code de la santé publique.
22. Haute Autorité de Santé. Outils, Guides et Méthodes. Dossier du patient. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_438115/fr/dossier-du-patient](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient)
23. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. Septembre 1996. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf>>
24. L'Assurance Maladie. La rémunération sur objectif de santé publique en 2018. 2018 avril. . [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)>
25. Code de déontologie médical - Article 45. Code de déontologie médical.
26. Conseil national de l'Ordre des médecins. Règles de l'exercice. Dossier médical. 2016 janv. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <<https://www.conseil-national.medecin.fr/dossier-medical-1247>>
27. URPS infirmière PACA. Dossier de soins partagé. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <<https://www.urps-infirmiere-paca.fr/exercice-liberal/dossier-de-soins-partage>>
28. ARS Languedoc Roussillon. Cahier de soins infirmiers trimestriel. 2015 déc. [Internet] (consulté le 13 déc. 2018). Disponible sur : <<https://www.occitanie.ars.sante.fr>>
29. Décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé

30. L'assurance Maladie. DMP. Le dossier médical partagé. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : <https://www.dmp.fr>
31. Aubin-Auger I., Mercier A., Lehr-Dryteuicz AM. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 19, 84, p. 142-5
32. Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliart L, Goaziou M-F, Labarère J, Terra J-L. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien - Médecine Générale*, 15 mars 2004 ; 18 (645) : 382-384.
33. Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. Département de Santé Publique. CHU de Nice. [Internet] (consulté le 3 sept. 2018). Disponible sur : < [https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf)>
34. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale [Mémoire de médecine générale]. [Lyon] : Université Claude-Bernard ; 2014.
35. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques* 2004 ; 10 :79-86.
36. Vilbrod A., Doughet F. Le métier d'infirmière libérale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES, 2006, 58, 411p.
37. Le Métayer. C, « Étude des relation entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers / Villeneuve la Garenne : Analyse du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sur leur communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient », 2016, 225 p.
38. Code de la Santé Publique - Article L.473. Code de la Santé Publique
39. Noaillon, Florence, « Rôles de l'infirmière libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques » 136p. Thèse d'exercice : Médecine générale : Poitiers : 2012
40. Seigle Gabriel, « Étude de la communication entre médecin généralistes et IDE sur le territoire de Maubeuge » 66p. Thèse d'exercice : Médecine générale : Lille : 2018
41. URPS Languedoc Roussillon. Dossier de soins partagé. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : < <http://languedoc-roussillon.infirmiers-urps.org>>
42. Perrot, P., François Baudier, and Bertrand Schmitt. « Le dossier de liaison du patient dépendant à domicile : complément ou alternative au dossier électronique ? » *Santé Publique* 17, no.2 (n.d.) : 227-32
43. Deschalliers Cécile, « Le Dossier Médical du patient dépendant vu à domicile : quelles pratiques ? Quelles difficultés ? Quel avenir ? » 85p. Thèse d'exercice : Médecine générale : Rouen : 2016.

44. Vanhoutte Corentin, « Expérimentation d'un carnet de liaison sénior en soins primaires auprès de 32 médecins traitants de l'agglomération lilloise » 84p. Thèse d'exercice : Médecine générale : Lille 2 : 2014
45. Geneviève Picot, « entres médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport instable » Revue française des affaires sociales n° 1-2005, p 95.
46. Code de la Santé Publique - Article R 4127-73. Code de la santé publique
47. Code de la Santé Publique - Article L1110-4. Code de la santé publique
48. ANAES, Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile, juin 1997.
49. ANAES, La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations, sept 1996
50. Carrot Alain, Buirette Claire ; « Études des obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes », 76p. Thèse d'exercice Médecine générale : Université Toulouse 3 : 2016.
51. ASIP Santé, HAS. Étude prospective du système d'information des infirmiers en exercice libéral. 2013 mai. [Internet] (consulté le 6 nov. 2018). Disponible sur : [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/20130516\\_ASIP\\_Etude\\_SI\\_Infirmiers\\_20130327\\_v3\\_2\\_BD.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/20130516_ASIP_Etude_SI_Infirmiers_20130327_v3_2_BD.pdf)
52. Enouf Simon, « Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé : enquête auprès des médecins généralistes de la Manche » 57p. Thèse d'exercice : Médecine générale : Université de Caen : 2016.
53. Article 65, loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
54. Article 64, loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

***ANNEXE 1 : Courrier / Mail d'information utilisé pour le recrutement des participants***

Bonjour,

Je m'appelle Emilie GAILLOT et je suis actuellement **interne en médecine générale en 6<sup>ème</sup> semestre**. Je prépare actuellement ma thèse sous la direction du Dr Hélène Garde-Marty.

**Je m'intéresse aux moyens utilisables pour améliorer la prise en charge conjointe par les IDE et les médecins généralistes des patients dépendants à domicile.**

***Je vous invite à participer autour d'un buffet dînatoire à l'un des focus groupes que nous organiserons dans les locaux de l'AMMPPU 6 quai Paul Wiltzer à Metz.***

Le focus groupe est utilisé en recherche qualitative. ***Il s'agit d'un groupe de discussion***, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur. La séance est enregistrée par un dictaphone et / ou une caméra. L'anonymat des participants est garanti.

***Si vous souhaitez participer à un focus group, il suffit de remplir ce Doodle en entrant votre nom, de préciser votre profession et les dates auxquelles vous êtes disponibles.***

**<https://doodle.com/poll/pc7egv9e847qtd3d>**

En vous remerciant par avance pour votre contribution à cette étude, cordialement.

Emilie Gaillot  
[gaillet.emilie@hotmail.fr](mailto:gaillet.emilie@hotmail.fr)

## *ANNEXE 2 : Guide d'entretien – Déroulement des focus groupes*

### **Guide d'entretien – Déroulement des FG**

#### A) Introduction

##### Remerciements (Observateur) :

Nous tenons tout d'abord à vous remercier de votre présence aujourd'hui pour ce groupe de discussion. Nous sommes conscients que vos emplois du temps sont chargés et nous vous sommes reconnaissants de votre participation.

##### Présentation des organisateurs (Observateur) :

- Animateur = nom / prénom. L'animateur anime la séance et restera neutre.
- Observateur = nom / prénom. L'observateur ne fait qu'observer la séance, prend des notes et relève les expressions.

##### Objectif (Observateur) :

Cette discussion s'intéresse aux moyens utilisables pour améliorer la prise en charge conjointe par les IDE et les MG des patients dépendants à domicile.

##### Méthode et règles (Animateur) :

Mon travail est donc une étude qualitative en FG. Le groupe de ce soir sera animé par Mr/Mme xxxxx. Elle guidera la discussion tout en restant neutre. Il semble important que vous vous sentiez libre d'exprimer vos pensées et toutes vos remarques concernant le sujet seront bonnes à prendre. Nous avons établi un ensemble de questions ouvertes à poser, Mme xxxxx les déroulera au fur et à mesure ce qui permettra d'avoir un fil conducteur. Je serai donc pour ma part observatrice, j'enregistrerai la discussion pour faciliter la transcription et son analyse. Je ne prendrai pas position dans la discussion ce soir. Par ailleurs, nous respectons la clause de confidentialité et les résultats seront évidemment analysés de manière anonyme.

Enfin pour faciliter la transcription, je vous remercie de bien vouloir parler distinctement et de respecter la parole de chacun pour la qualité de l'enregistrement.

Je vous remercie d'avoir complété le questionnaire distribué en début de séance qui permettra de relever certaines données utiles à mon travail.

#### B) Canevas d'entretien (Animateur)

On s'intéresse aujourd'hui ici à la relation entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans la prise en charge du patient dépendant à domicile.

On va donc commencer pour lancer la discussion par une question très générale.

##### Première question :

**A partir de votre expérience personnelle, actuelle ou plus ancienne, décrivez « une bonne relation » médecin généraliste / IDEL.**

*Questions de relance :*

1. *Comment envisagez-vous une bonne collaboration médecin généraliste/ IDE dans la prise en charge d'un patient dépendant à domicile ?*
2. *Quelles sont vos attentes d'une bonne collaboration entre médecin généraliste et IDEL ?*

Deuxième question :

**Quelles difficultés de communication avec le MG ? ou avec l'IDE ? selon le FG avez-vous rencontrées lors de la prise en charge d'un patient dépendant à domicile ?**

Troisième question :

**Quels moyens de communication utilisez-vous (ou privilégiez-vous) entre IDE et MG pour une bonne prise en charge du patient dépendant à domicile ?**

*Question de relance :*

*Quels moyens de communication privilégiez-vous pour communiquer avec les MG ?*

Quatrième question :

**Selon lieu d'exercice : Quelles différences avez-vous relevés entre une pratique rural et de ville lors de vos remplacements ?**

- *Présentation du modèle de dossier de soins partagés aux 2 groupes.*
- *1 exemplaire pour chacun et chacune.*
- *Laissez quelques minutes à chacun le temps de le lire et de le feuilleter.*

Cinquième question :

**Si vous utilisez un DSP, quels avantages y trouvez-vous ?**

**Si vous ne l'utilisez pas encore, quels intérêts y trouveriez-vous ?**

Sixième question :

**Quels sont les freins à l'utilisation d'un DSP ?**

*Questions de relance :*

*Si vous n'utilisez pas de DSP actuellement, pour quelles raisons selon vous ? Utilisez-vous un autre moyen de communication ?*

Septième question :

**Que pensez-vous de son contenu ?**

Huitième question :

**Quels sont les points positifs de ce DSP ? Quels éléments rajouteriez-vous et quels éléments vous semblent inutiles ?**

Neuvième question :

**Que pensez-vous du format du dossier de soins partagé ?**

*Questions de relance :*

*Quels sont les autres formes que l'on pourrait utiliser ?*

Dixième question

**Que pensez-vous de l'informatisation de ce genre de support ?**

Onzième question :

**Quelle place ce dossier peut-il trouver dans la communication ville-hôpital ?**

Conclusions (Observateur)

***ANNEXE 3 : Dossier de soins partagé réalisé à partir de la conclusion de la thèse***

NOM :

## PARTIE ADMINISTRATIVE

# DOSSIER DE SOINS PARTAGE



**Je soussigné Mr, Mme, Melle .....(représentant légal)  
autorise la tenue d'un Dossier Partagé Unique à mon domicile avec toutes les  
données médicales , paramédicales, et autres (biologies,...) me concernant et ceci  
durant toute la durée des soins.**

**Fait à ..... le .....**

**Signature du représentant légal**

NOM :

## PARTIE ADMINISTRATIVE

**Madame, Monsieur,**

**Un Dossier Partagé Unique a été mis en place à votre domicile par votre professionnel de santé.**

**Ce dossier est un moyen de communication entre les différents intervenants médicaux (Médecin traitant, Spécialiste, Chirurgien, biologiste, dentiste ...) et paramédicaux (Infirmière ,SSIAD, Kiné, Pédicure, Orthophoniste, ...).**

**Il sert aussi à notifier les soins qui vous sont prodigués, mettre des observations afin d'optimiser votre prise en charge.**

**Il est important de **laisser ce dossier à portée de mains afin que chaque intervenant puisse le consulter**, noter son passage ainsi que ses remarques.**

**Ce dossier est, et restera la propriété des professionnels de santé , il sera donc récupéré à la fin des soins par votre professionnel de santé ou déposé par vous-même ou votre famille à son cabinet.**

**Merci de votre compréhension.**

NOM :

## PARTIE ADMINISTRATIVE

### LE PATIENT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE :

N° SS :

Mutuelle :

ALD :

DIRECTIVES ANTICIPEES :

### PERSONNES RESSOURCES / A PREVENIR

NOM

PRENOM

QUALITE

TELEPHONE

---

---

---

---

NOM :

## PARTIE ADMINISTRATIVE

### MEDECIN TRAITANT

### CABINET INFIRMIER

### CONTACTS PARAMEDICAUX

<i>Profession</i>	<i>Nom</i>	<i>Téléphone</i>
<b>Pharmacie</b>		
<b>Kinésithérapeute</b>		
<b>Laboratoire</b>		
<b>Ambulance</b>		
<b>Prestataire matériel</b>		
<b>Assistance sociale</b>		
<b>Aide à domicile</b>		
<b>Autres</b>		



NOM :

## PARTIE MEDICALE

HISTOIRE DE LA MALADIE

ANTECEDENTS MEDICAUX /  
CHIRURGICAUX

ALLERGIES / INTOLERANCES :













NOM :

# SURVEILLANCE PLAIE CHRONIQUE

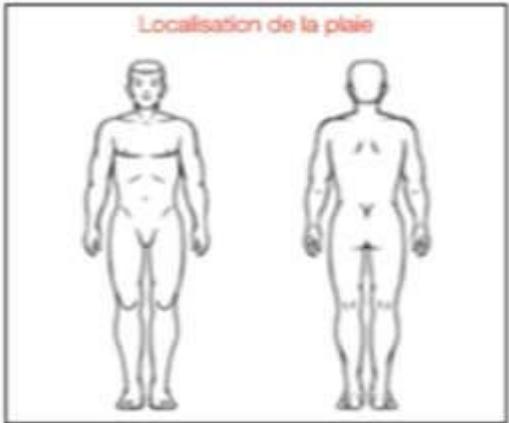
## Surveillance de plaie chronique

Date de début des soins : / /

Type de plaie  Si escarre, cocher le stade **1** **2** **3** **4**

### Aspect coloriel de la plaie en %

Détersion		Bourgeonnement		Epithélialisation	
<b>Nécrose</b> %	<b>Fibrine</b> %	<b>Bourgeon</b> %	<b>Cicat.</b> %		



### Observations, évaluation

Date	Mesures		Douleurs		Protocoles, observations infirmières	Photo prise	Signature IDEL
	Surface (en cm²)	Profondeur (en mm)	P / I / CS *	EVA			
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	

\* Douleur : P : permanente I : intermittente CS : en cours de soin





Nom :

Prénom :

## DIAGRAMME SOINS INFIRMIERS

Date

Heure

**SOINS DE BASE HYGIENE OBSERVATION PREVENTION**

Légendes choisies

Score de Norton

**SOINS TECHNIQUES**

Légendes choisies

Traitements donnés

**RELATION EDUCATION**

Evaluation Douleur, EVA, 1 à 10

Légendes choisies

**SURVEILLANCE**

Diurèse  $\pi$  TA  $\theta$  Poids :

2000 110 16 40°

500 80 10 37°

Transit

Signature I.D.E

**DIRECTIVES ANTICIPEES**  
**(sous enveloppe au dos de cette feuille)**

---

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

**Introduction :** Le maintien à domicile des personnes dépendantes est un objectif de santé publique. L'optimisation des relations entre professionnels de santé libéraux est une nécessité pour la prise en charge de ces patients. L'objectif est donc d'analyser l'intérêt exprimé par les médecins généralistes (MG) et les infirmiers libéraux (IDEL) concernant l'utilisation d'un dossier de soins partagé (DSP) chez le patient dépendant à domicile.

**Matériels et méthode :** La méthode qualitative des focus groupes (FG) a été choisie pour stimuler les échanges. 3 focus groupes ont été réalisés : le 1<sup>er</sup> a réuni 6 MG, le 2<sup>ème</sup> a réuni 5 IDEL et le 3<sup>ème</sup> a regroupé 4 MG et 3 IDEL. Un guide d'entretien a été réalisé en amont des FG pour s'assurer du bon déroulement des discussions. 4 entretiens semi dirigés ont été réalisés pour renforcer la validité des résultats.

**Résultats :** La relation entre les deux professionnels de santé a été jugée satisfaisante dans l'ensemble. La confiance et la communication étaient les critères principaux pour qualifier la relation de bonne qualité. Les difficultés étaient surtout le manque de disponibilité et les difficultés à joindre le MG. Le moyen de communication oral a été largement évoqué au cours des discussions, le moyen écrit comme le DSP beaucoup moins. Les avantages à l'utilisation d'un DSP étaient la possibilité d'avoir une trace écrite, une meilleure communication entre tous les intervenants, une valorisation du travail et une simplification de la prise en charge. Les professionnels les plus critiques n'utilisaient pas ce genre de support. Les inconvénients étaient un cadre législatif flou, une inquiétude sur le respect du secret médical, le facteur temps et la crainte du non remplissage du dossier par les MG. Concernant le contenu, la partie administrative, médicale et le suivi des plaies chroniques ont été bien accueillis par les professionnels. Certaines fiches comme le suivi glycémique et la fiche de liaison ville hôpital ont été beaucoup plus critiquées.

**Discussion :** Le DSP semble pouvoir répondre aux besoins des professionnels de santé pour optimiser la prise en charge des patients dépendants à domicile. Le DSP doit être adapté au patient et son contenu doit être modulable. Cependant les inconvénients relevés peuvent freiner MG et IDEL dans son utilisation au quotidien. La question de l'informatisation de ce support dans un avenir proche semble indispensable pour répondre aux besoins des professionnels et de la visite à domicile. Le support et le type de système d'information restent cependant encore à préciser.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Interactions between general practitioners and visiting nurses while attending the dependent patient at home : evolution of the relevance of a shared medical-file. Qualitative study through focus groups.

---

**THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2019**

---

**MOTS CLÉS :** infirmier libéral, médecin généraliste, dossier de soins partagé, communication, soins à domicile, dépendance

---

**INTITULÉ ET ADRESSE :**

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**

**Faculté de Médecine de Nancy**

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES NANCY

---