

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

DAMY Anne-Laure

Née le 1 août 1986 à la Garenne-Colombes

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2016

**Le droit de prescription des articles pour pansement et pansements accordé
aux IDE depuis 2007 modifie-t-il la prise en charge des plaies chroniques
pour les médecins généralistes ? Regards des médecins généralistes.**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur LEBEAU Jean-Pierre

Membres du jury : Monsieur le Professeur MACHET Laurent

Monsieur le Professeur RUSCH Emmanuel

Monsieur le Docteur RUIZ Christophe

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
	BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe	Immunologie
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine

	d'urgence	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'adultes
		GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
		GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
		GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
		GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
		GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la
	reproduction		
		GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
		GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
		GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
		HAILLOT Olivier	Urologie
		HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
		HANKARD Régis.....	Pédiatrie
		HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
		HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
Mme		HOMMET Caroline	Médecine interne, gériatrie
MM.		HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
		LABARTHE François.....	Pédiatrie
		LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine
	d'urgence		
		LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
		LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
		LEBRANCHU	
Yvon		Immunologie	MMUNOLOGIE
		LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
		LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
		LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
		LORETTE Gérard.....	Dermato-vénéréologie
		MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
		MAILLOT François	Médecine interne, gériatrie
		MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
		MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
Mme		MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MM.		MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
		MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
Mme		MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MM.		MULLEMAN Denis	Rhumatologie
		ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
		PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
		PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
		PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
		PERROTIN Dominique.....	Réanimation médical, médecine d'urgence
		PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
		PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
		QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
		REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
		ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
		ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
		ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la
			reproduction
		RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
		SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
		SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la
	reproduction		
Mme		SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
MM.		SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
		THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie

Mme	TOUTAIN Annick.....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale
	ROBERT Jean.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M.	BAKHOS David	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne	Cardiologie
M.	BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric.....	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mmes	DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
	PLANTIER Laurent.....	Physiologie
Mme	SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
	TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
M.	PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
Mme	RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	IVANES Fabrice	Cardiologie
----	----------------------	-------------

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie.....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle.....	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

Résumé :

Introduction : L'objectif de cette thèse est de savoir ce que pensent les médecins généralistes du droit de prescription de pansements accordé aux infirmiers en 2007 et dans quelle mesure ce droit a modifié, selon eux, leur prise en charge des plaies chroniques.

Matériel et méthode : Étude qualitative avec douze entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes du département d'Eure-et-Loir, réalisés entre mai et décembre 2015.

Résultats : La plupart des médecins ne connaissent pas le champ de prescription des infirmiers. Des médecins restent prescripteurs de pansements. Ils déclarent que les infirmiers modifient souvent leurs protocoles de soins et ils en sont rarement informés. Des praticiens prescrivent quand les infirmiers ne sont pas autorisés à prescrire, dans une relation de confiance ou de façon subie. La plupart des médecins ne regardent plus les plaies chroniques de leurs patients. Ce droit reste un confort pour tous, y compris pour les patients, selon les médecins.

Conclusion : Les médecins sont pour la plupart satisfaits du droit de prescription de pansements des infirmiers. Ils font parfois référence à leur surcharge de travail. Des médecins estiment que les infirmiers sont plus compétents pour prendre en charge les plaies chroniques, tout en mettant en avant la nécessité d'une formation initiale exhaustive et continue des infirmiers pour ces pathologies. Le manque de communication entre professionnels de santé est un problème pour les médecins. Le partage des tâches, le « travailler ensemble » et la responsabilité engagée ne sont pas clairement définis par la loi.

Mots clés :

- Médecine générale
- Droit de prescription
- Infirmier
- Plaie chronique

Title :

Does the nurses' right, since 2007, to prescribe articles for bandages or bandages, alter general practitioners' care of chronic wounds ? *General practitioners' point of view.*

Abstract :

Introduction : The aim of this study is to know how general practitioners feel about nurses' right, granted in 2007, to prescribe bandages and whether that right, in their opinion, impacts their management of chronic wounds.

Material and method : Qualitative study of twelve general practitioners' personal semi-structured interviews, conducted in Eure-et-Loir, between May and December 2015.

Results : Most of the practitioners don't know the nurses prescriptions' range. Some physicians still prescribe bandages. They declare that frequently nurses change their care protocol and that they aren't often informed. Some practitioners prescribe when the nurses aren't allowed to. This is done in a relation of trust sometimes, and other times, the practitioners can feel forced. Most practitioners don't look at patients' chronic wounds anymore. That right is a welfare for all, including patients, according to practitioners.

Conclusion : Practitioners are mostly satisfied by the nurses' right to prescribe bandages. Sometimes, they evoke their overwork. Some physicians think that nurses are more competent in handling chronic wounds, while highlighting the need, for the nurses, to have an exhaustive initial and continuing formation for those medical conditions. The lack of communication amongst medical workers is a problem for practitioners. The sharing of tasks, the "working together" and the liability incurred are not clearly specified by the law.

Keywords :

- General medicine
- Prescriptive right
- Nurse
- Chronic wound

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur LEBEAU qui me fait l'honneur de présider ma thèse.

À Messieurs les Professeurs MACHET et RUSCH qui ont accepté de juger mon travail.

À Christophe RUIZ, qui a accepté de diriger mon travail. Je le remercie en particulier pour son aide, sa patience et ses précieuses remarques qui m'ont permis de le mener à bien. Je le remercie aussi pour le soutien qu'il m'a apporté tout le long de mon internat.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à ma thèse, qui ont accepté de m'accorder leur temps avec gentillesse et sans que ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

À Mme PISOT, documentaliste de Chartres, pour son aide précieuse.

À tous les médecins rencontrés lors de mon internat qui m'ont fait aimer la médecine.

À mes parents, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Je vous remercie pour votre amour, votre soutien, vos encouragements et votre compréhension durant toutes ces années. Je vous remercie pour tout ce que vous faites pour moi.

À ma mère pour son aide précieuse, ses relectures et conseils.

À mon père, pour son aide matérielle et sa relecture.

À ma sœur, pour sa relecture attentive.

À Sophie, pour son aide et son soutien.

À tous mes amis,

Table des matières

1- Introduction.....	13
2- Matériel et méthode.....	14
2-1 Type d'étude.....	14
2-2 Population étudiée et échantillonnage.....	14
2-3 Réalisation d'une trame d'entretien.....	14
2-4 Recueil des données.....	14
2-5 Analyse des données.....	15
3- Résultats.....	15
3-1 Les entretiens.....	15
3-2 Taille de l'échantillon : 12 entretiens réalisés.....	15
3-3 Analyse des entretiens.....	16
3-3-1 Connaissance de la loi de 2007.....	16
a- Droit de prescription.....	16
b- Champ de prescription.....	17
c- Début difficile pour ce droit.....	17
3-3-2 Prescriptions et suivi d'une plaie chronique.....	17
a- Prescriptions.....	17
b- Modification du protocole de soins.....	19
c- Renouvellement d'ordonnances.....	20
d- Suivi d'une plaie chronique par le médecin.....	20
e- Suivi d'une plaie chronique : infirmiers mieux placés ? Perception des médecins.....	24
f- Demande d'examens complémentaires.....	24
g- Différence entre les soins au cabinet et à la maison de retraite.....	25
3-3-3 Relations et communication entre les infirmiers et les médecins généralistes.....	25
a- État de la communication.....	25
b- Communication.....	26
c- Difficultés de communication ?.....	27
d- Rencontre avec l'infirmier pour voir la plaie : difficultés et solutions.....	28
e- Changements des relations avec ce droit ?.....	29
3-3-4 Formation.....	29
3-3-5 Constat fait par les médecins généralistes : ressenti.....	31
a- Des bénéfices pour les patients selon les médecins.....	33
b- Des bénéfices pour les infirmiers selon les médecins.....	34
c- Des bénéfices mitigés pour les médecins.....	35
4- Discussion.....	37
4-1 Avantages et limites de mon étude.....	38
4-2 Mon étude confirme les résultats de la littérature.....	38
4-3 Loi : enjeu et réalité.....	39

4-4 Des problèmes persistent.....	41
4-5 La communication et les relations entre infirmiers et médecins.....	42
4-6 Mon étude contredit la littérature.....	44
4-7 Perspectives et ouverture.....	44
5- Conclusion.....	46
ANNEXES.....	47
I Cas clinique.....	47
II Trame d'entretien.....	47
III Article 51 de la loi du 21 décembre 2006.....	49
IV Arrêté du 13 avril 2007.....	50
V Arrêté du 20 mars 2012.....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	56

1- Introduction

Les plaies chroniques sont un vrai problème de santé publique. En France, les plaies chroniques affectent environ 2 millions de patients (SFFPC, enquête Vulnus [40]). Ceci peut s'expliquer par le vieillissement de la population, la forte prévalence des maladies chroniques et un défaut de prévention. Ces pathologies relèvent le plus souvent d'une prise en charge en soin primaire par les infirmiers et les médecins généralistes.

La loi du 21 décembre 2006, « loi de 2007 », a accordé aux infirmiers libéraux le droit de prescrire des pansements et articles pour pansement dans un cadre bien défini (loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, article 51, modifiant l'article L4311-1 (V) du Code de la Santé Publique [25][Annexe III]). Cette loi précise que les infirmiers peuvent prescrire pendant la durée d'une ordonnance médicale d'une série d'actes infirmiers, dans le cadre de leur compétence et sans indication contraire du médecin. Pour certains dispositifs médicaux comme les pansements, il est également demandé que les infirmiers informent au préalable le médecin généraliste. La liste des dispositifs médicaux et articles pouvant être prescrits par les infirmiers est déterminée par l'arrêté du 13 avril 2007, puis modifiée par l'arrêté du 20 mars 2012 [2, 3][Annexe IV et V].

Cette loi est un enjeu en termes d'économies de santé pour l'assurance maladie. Les infirmiers peuvent prescrire ou renouveler les pansements, en évitant ainsi aux patients un recours systématique à leurs médecins.

Elle simplifie également les règles du renouvellement, facilite le parcours médical des patients et simplifie l'activité des professionnels de santé que sont les médecins généralistes et les infirmiers.

La loi de 2007 permet également de valoriser l'activité des infirmiers qui sont ainsi dotés d'une certaine autonomie dans la prise en charge des plaies chroniques.

Ce droit de prescription a dû changer la prise en charge des plaies chroniques.

Les médecins peuvent être amenés à prendre en charge différemment ces pathologies dans une relation plus « égalitaire » avec la profession des infirmiers.

Dans quelle mesure, les médecins généralistes restent-ils confrontés dans leur exercice à la prise en charge de ces plaies chroniques ?

Nous nous sommes donc questionnés sur leur perception d'un éventuel changement de leurs pratiques professionnelles à travers des rapports transformés avec les autres professionnels de santé que sont les infirmiers.

2- Matériel et méthode

2-1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés à partir d'un échantillon de médecins généralistes du département d'Eure-et-Loir.

2-2 Population étudiée et échantillonnage

Les critères d'inclusion sont : être médecin généraliste, exercer dans l'Eure-et-loir et être installé dans un cabinet de médecine libérale,

Les critères d'exclusion sont : exercer dans un autre département, être interne ou remplaçant.

Les médecins ont été tirés au sort parmi la liste des médecins du 28 des Pages Jaunes. Deux premiers entretiens-tests ont été réalisés avec des anciens maîtres de stage SASPAS afin de tester mon questionnaire. Ils n'ont donc pas été tirés au sort.

Les médecins étaient contactés par téléphone. Je me présentais comme interne en médecine générale. Je leur expliquais mon sujet de thèse et leur demandais s'il acceptait de répondre à mes questions et organisais, si oui, un rendez-vous avec eux.

24 médecins ont été appelés : 7 médecins n'ont pas donné suite et 5 médecins ont refusés de me recevoir (manque de temps, non concernés par le sujet, « ne se sentaient pas les mieux placés pour en parler »).

2-3 Réalisation d'une trame d'entretien

Un cas clinique a été réalisé [Annexe I] pour être lu aux médecins généralistes en préambule, pour aider à la mise en situation.

J'ai réalisé mon questionnaire [Annexe II] pour avoir essentiellement des questions ouvertes et ainsi obtenir un maximum de résultats. Il a été rédigé à partir d'une revue de la littérature et des hypothèses en résultant.

2-4 Recueil des données

Le recueil des données a été mené de mai à décembre 2015. Il s'agissait de 12 entretiens. Les entretiens ont tous été enregistrés avec un support audio puis retranscrits dans leur intégralité sur un fichier Word pour créer des verbatim [30].

Les entretiens ont été réalisés dans le cabinet médical des médecins, sauf pour les deux premiers, qui ont été réalisés au domicile des médecins.

Les entretiens ont duré entre 15 et 40 minutes. Après m'être présentée et avoir exposé la question de recherche, j'expliquais le mode de recueil des données et confirmais l'anonymat des informations collectées.

La suffisance des données a été ressentie au 8e entretien. Les 4 entretiens suivants ont confirmé la saturation des données.

2-5 Analyse des données

Une approche analytique a été choisie avec une analyse par théorisation ancrée [30,32]. Il n'y avait pas de codes préétablis. Ils ont émergé des données des entretiens en restant centrés sur la question de recherche. Un code étant une unité de sens, un segment de texte [1].

L'analyse descriptive a ensuite débuté et a suivi plusieurs étapes :

- L'appréhension globale du contenu par plusieurs lectures attentives des verbatim,
- Le codage libre « ouvert » qui permet d'analyser les contenus des verbatim et d'en ressortir les différents codes,
- Le codage « axial » qui permet de rassembler les données recueillies et d'assembler les codes selon des thèmes,
- Le codage « matriciel » ou sélectif qui permet de choisir les thèmes en fonction du sujet de recherche.

3- Résultats

3-1 Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés seule avec le médecin sauf pour deux médecins qui avaient un interne avec eux au moment de l'entretien (un en SASPAS, le deuxième en niveau 1). Deux médecins ont été interrogés ensemble selon leur souhait, car ils travaillent dans le même cabinet. Un entretien a été tronqué, car il y a eu un problème avec son enregistrement qui a été coupé en milieu d'entretien. Les deux premiers entretiens ont pu être conservés du fait de la validité du questionnaire.

3-2 Taille de l'échantillon : 12 entretiens réalisés

12 médecins ont été rencontrés : 6 femmes et 6 hommes. L'installation des médecins va de 1978 à septembre 2014. 4 médecins exercent dans un cabinet seul et les 8 autres dans un cabinet de groupe (certains avec un autre médecin généraliste, d'autres avec d'autres médecins spécialistes ou avec des professionnels paramédicaux). 3 médecins exercent en milieu urbain, les autres en milieu semi-rural.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

N°	Médecins	Date d'installation	Cabinet seul ou en groupe	Milieu d'exercice	Maître de stage	Autres activités
1	Homme	2000	seul	semi-rural*	oui	Spécialisation en maladies buccales
2	Homme	1985	groupe	urbain**	oui	Médecin du sport
3	Homme	2014	seul	urbain	non	
4	Homme	1978	seul	semi-rural	non	Médecin coordonnateur EHPAD
5	Femme	2003	seul	semi-rural	oui	
6	Femme	2002	groupe	semi-rural	oui	Travail en crèche et enseignante à l'Université du 78
7	Femme	1982	groupe	urbain	non	Travail en crèche
8	Femme	2010	groupe	semi-rural	non	
9	Homme	1990	groupe	semi-rural	non	
10	Femme	1990	groupe	semi-rural	non	
11	Femme	1992	groupe	semi-rural	non	
12	Homme	1984	groupe	semi-rural	non	Ostéopathe

*Rural = commune sans zone de bâti continu de 2000 habitants et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu (INSEE)

**Urbain = commune ou ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2000 habitants (INSEE)

3-3 Analyse des entretiens

3-3-1 Connaissance de la loi de 2007

a- Droit de prescription

Pratiquement tous les médecins généralistes connaissaient le droit de prescription des infirmiers. Un des médecins a réalisé pendant l'entretien que les infirmiers avaient ce droit de prescription (Q6 « *Vous voyez, je ne le savais même pas, mais comme on le faisait sans savoir... Donc oui.* »). Certains ont précisé qu'ils ne connaissaient pas exactement la date du début de ce droit (Q1 « *Enfin 2007..., je ne sais pas la date, mais en attendant, je sais qu'elles font leurs prescriptions elles-mêmes* », Q5, Q7 « *Depuis 2007 ? Autant que ça ?* », Q11).

b- Champ de prescription

La majorité des médecins ne connaissent pas le champ de prescription exact des infirmiers (Q1, Q2 « *Je sais qu'elles ont le droit de prescrire les compresses, les produits dont elles ont besoin... mais du champ exactement, non.* », Q3 « *Non. Non, alors d'ailleurs c'est problématique, parce qu'il y a des fois, on se demande... on se demande ce qu'il faut prescrire, ce qu'il ne faut pas prescrire.* », Q5, Q6, Q7, Q8, Q9, Q10 « *Moi, je ne sais pas.* », Q11 « *Bah je crois... Moi au début, je pensais qu'elles n'avaient le droit de prescrire que ce que j'avais déjà prescrit. Et après, je me suis aperçue qu'elles pouvaient quand même prescrire des pansements. Mais je pense que c'est tout... Donc je n'en sais rien...* », Q12 « *Ah oui... Alors précisément, non. Les pansements, oui je sais. Pour les soins infirmiers, il leur faut quand même une ordonnance, pour pouvoir être remboursé. Le reste, je ne sais pas. Si peut-être les... tout ce qui est désinfectant, etc... peut-être qu'ils ont le droit...* »). Un seul des médecins connaît leur champ de prescription (Q4 « *Oui, oui... ils peuvent prescrire des médicaments, des pansements, des compresses, l'alcool... tout ce qui les concerne eux, oui, oui. Ils ne peuvent pas prescrire l'antibiotique, ils ne peuvent pas prescrire... Oui...* ») Beaucoup finalement connaissent le champ de prescription des infirmiers par expérience (Q5, Q6, Q11).

Les infirmiers n'ont pas le droit de prescrire certains produits pourtant utiles et nécessaires pour les soins (Q1 « *parce que ça paraît absurde mais ils n'ont pas le droit de prescrire du sérum physiologique. Je ne sais pas pourquoi ils n'ont pas le droit de prescrire du sérum physiologique... C'est basique...* », Q5, Q10 « *Tout à fait, oui, non, c'est ce que j'allais vous dire. C'est que malgré tout, de temps en temps, elles nous demandent de prescrire... comme le sérum physiologique, les bandes nylex... (rire) des conneries comme ça. Tout à fait.* »).

c- Début difficile pour ce droit

Des médecins signalent, qu'au début, il a été difficile pour les infirmiers d'utiliser ce droit (Q5 « *Ça était difficile au départ hein, parce qu'elles avaient l'habitude que ce soit le médecin qui prescrive mais c'était leur liste.* », Q7 « *Depuis 2007 ? Autant que ça ? Ah oui, elles ne le faisaient pas avant.* »).

3-3-2 Prescriptions et suivi d'une plaie chronique

a- Prescriptions

Des médecins continuent de faire parfois des ordonnances (Q1, Q2, Q3 « *assez régulièrement. Pas toujours* », Q4, Q10 « *Bah moi j'en fais, mais bon après je ne sais pas ce qu'ils deviennent.* », Q11, Q12). Le médecin 12 continue vraiment de faire régulièrement les renouvellements d'ordonnances, les autres médecins se sont rendus compte qu'ils n'en font que peu en réalité.

Des médecins font la première ordonnance de pansements seulement (Q7, Q8 « *Je fais une première prescription. (...) Et euh... et après, je leur dis vous ne prenez qu'UNE seule boîte. Et après, l'infirmière, elle verra si... elle verra si elle change...* », « *Je fais la première consultation, et puis après, les infirmières, enfin c'est les infirmières qui gèrent. Elles m'appellent s'il y a besoin.* »).

D'autres laissent prescrire l'infirmier dès le début de la prise en charge d'une plaie chronique et laissent gérer totalement les infirmiers (Q5 « *je laisse les infirmières prescrire, ce qu'elles ont l'habitude* », Q6 « *je marque "faire soins infirmiers" et puis après c'est l'infirmière.* », « *Et donc c'est vrai, que moi, je laisse carrément gérer les infirmières, et ça m'arrange parce que je ne suis pas très forte du coup (rire).* », Q9 « *Mais je fais la première*

prescription de soin. Et ensuite, elles se débrouillent. (...) Sans aucun produit de pharmacie.», « Moi, je ne prescris plus rien. », « nos prescriptions ne sont pas respectées. ») ; puisque de toute façon, pour certains, les infirmiers ne suivent pas leurs prescriptions (Q5 « Le peu de fois où j'ai prescrit des choses... euh... ce n'est pas toujours utilisé parce qu'elles ont leur petites habitudes. », Q9 et 10 « Même si nous, on prescrit en fait.... En imaginant qu'on décide de mettre un hydrocolloïde par exemple. Donc on fait l'ordonnance. Et souvent en fait, l'hydrocolloïde est même changé. (elle) Oui de toute façon elles changent, oui. », « Oui on les voit, mais en fait... Nous, on dit un truc. L'infirmière passe après, dit autre chose. Donc nos prescriptions ne sont pas respectées. »).

Avant ce droit, déjà, c'était les infirmiers qui disaient quels pansements prescrire et quel protocole suivre. (Q5 « Surtout qu'avant, en tout cas moi ce qu'il se passait quand j'étais à (nom de la ville) avec les infirmières, on était... bah en fait, on recopiait leur liste. On n'était pas prescripteur à proprement parlé. On était scribouilleur. (rire) Enfin moi, c'est le sentiment que j'avais. Donc quand j'ai su qu'elles avaient ce droit de prescrire, j'ai arrêté d'être le scribouilleur quand même. », Q6 « Mais de toute façon, elles le faisaient déjà avant, en fait. C'était déjà depuis longtemps comme ça, mais sans que ce soit... (moi) Officiel ? Voilà plus officiel. Là, c'est officiel. »)

Certains médecins ne prescrivent que ce que les infirmiers ne peuvent pas prescrire (Q1, Q5 « Les pansements, ah non, je dis que c'est à l'infirmière de le faire. Non... Et puis, les infirmières qui donnent la liste de ce qu'il faut que je prescrive, alors là c'est niet. Je prescris ce qu'elles n'ont pas le droit de prescrire, mais le reste... elles le prescrivent. Je ne suis pas la secrétaire. », « (...) j'ai autre chose à faire que recopier une liste. »).

Par souci aussi d'économie, un des médecins ne prescrit plus de pansements (Q5).

Des médecins ont souligné que le choix du pansement se fait selon leur propre expérience. Chacun (que ce soit médecin ou infirmier) doit croire en ce qu'il fait donc croire en leurs protocoles et prescriptions (Q1 « (...) parce que c'est en fonction de leur expérience personnelle hospitalière ; alors quand tu as ton expérience à toi, tu peux marquer ce que tu veux sur ton ordonnance, au final elles vont en faire qu'à leur tête. », « En fait, je crois que si tu ne fais pas ce que tu crois, tu n'y arrives pas. Les infirmières ont besoin de croire en ce qu'elles font pour le faire, donc, je crois que c'est comme nous. Donc en fait, elles n'ont pas toujours envie de respecter les attitudes du médecin si, elles, elles ont une expérience différente. », Q5 « ce n'est pas toujours utilisé parce qu'elles ont leurs petites habitudes. », Q10 « Je pense qu'elles sont habituées à certains produits et voilà elles ont une expérience avec certains produits. C'est vrai que quand on connaît bien un truc, on n'aime bien l'utiliser quoi. C'est plus facile pour elles. »).

Certains infirmiers n'utilisent pas ce droit (Q11 « Quand elles peuvent, elles le font, et puis il y en a qui ne le font pas, et puis qui peuvent donc... Il y en a qui pourraient et puis qui ne le font pas. », Q12 « Avez-vous été informé que les infirmiers peuvent prescrire des pansements et des articles pour pansement depuis 2007 ? Euh... Oui je le sais finalement. Mais en fait, ils... Ils le font assez rarement. Ils me donnent la liste (rire). (...) Je n'ai pas l'impression qu'ils l'utilisent tellement. »).

b- Modification du protocole de soins

Les infirmiers modifient souvent le protocole de soins ou les pansements du médecin généraliste (Q1 « *C'est fréquent que les infirmiers modifient le protocole de soins.* », Q2 « *Souvent* », Q3 « *Ça arrive, ça arrive régulièrement.* », « *Je ne dirai pas que c'est fréquent.* », Q4 « *Oui, ils le font souvent, oui c'est vrai.* », « *Je n'en sais rien, je ne vérifie pas. (sourire) Je suis incapable de vous dire.* », Q5 « *Oui, ils le font* », Q6 « *Fréquemment. Elles gèrent super bien les plaies les infirmières du (nom de la ville). On a énormément de chance* », Q7, Q8, Q9 et 10 « *(lui) C'est... souvent en fait. (elle) C'est du quotidien.* », Q11 « *Les infirmiers modifient-ils vos prescriptions de soins et de pansements de plaies chroniques ? Ah bah oui, ça ne les gêne pas.* »). Pour des médecins, les infirmiers ne suivent pas non plus toujours les consignes du médecin (Q2 « *Et puis des fois, tu leur dis de faire des pansements tous les 3 jours et elles le font tous les jours. Alors que quand tu mets des pansements absorbants, tu n'as pas besoin de les faire tous les jours, tous les 2-3 jours, ça suffit.* », Q11 « *Mais les infirmières qui changent tout le temps parce qu'elles trouvent que ça n'évolue pas. C'est n'importe quoi.* »).

Un des médecins généralistes a souligné le problème que peut poser le fait que plusieurs infirmiers suivent une même plaie chronique, et que par conséquent parfois il y avait un risque de changement trop fréquent de protocole de soins (Q1 « *Quand elles sont 3 ou 4 à faire les mêmes soins dans un même cabinet, parfois elles ne sont pas toutes d'accord sur la façon de gérer le pansement, ce qui fait que toutes les semaines ça change ; les attitudes thérapeutiques changent. Elles ne sont pas d'accord sur la façon parce que c'est en fonction de leur expérience personnelle hospitalière* »).

Les médecins généralistes ne sont pas prévenus des changements de protocole faits par les infirmiers. Ils l'apprennent par l'intermédiaire du patient (Q1 « *On n'est jamais informé des modifications des soins faites par les infirmiers. C'est par le patient qu'on le sait.* », Q2 « *Jamais (prévenu)* », « *Oui. "Non mais attendez, ce n'est pas du tout ça que je vous avais prescrit ?"* », « *Oui, mais l'infirmière pensait que c'était mieux.* », « *D'accord, bon... "* Non, ils ne nous préviennent jamais, ça c'est sûr. », Q4, Q6 « *Pas toujours (prévenu des changements). Les patients me disent " bon bah voilà, on en est là... Il faut faire une ordonnance de soins ". Ok. Soins jusqu'à guérison, comme ça c'est pratique.* », Q7 « *Non (rire). C'est par le patient qu'on sait que c'est plus ça qu'ils appliquent.* », Q8, Q9 et 10 « *Non. Ah non, on n'est jamais informé.* », Q11).

Des médecins précisent qu'ils ne sont pas choqués ou dérangés que les infirmiers changent leur protocole (Q4 « *S'ils veulent changer, par exemple, mettre... je ne sais pas... sérum physiologique ou bétadine... cela ne me vexe pas...* », Q5 « *Donc ça ne me choque pas qu'ils changent...* », p4 « *Oui, ils le font mais euh... Ça ne me dérange pas.* », Q8 « *Vous en informent-ils ? Non (sourire). Non, parce qu'ils savent que je ne suis pas... que ça... que je ne vais pas crier, quoi. (rire)* », Q11 « *il y a une tripoté de pansements... Voilà, moi, du moment qu'on met la forme que je veux et qu'on ne le change pas trop souvent et voilà... c'est bon.* »).

Pour quelques médecins, les infirmiers les préviennent des pansements faits actuellement à leurs patients (Q3 « *Non, en général, c'est les infirmiers qui me le disent... Ou ils me laissent un mot, de temps en temps : " Voilà, merci de regarder telle plaie, on fait cela actuellement, machin... Voilà qu'en pensez-vous ?" »* », Q12 « *Vous est-il déjà arrivé qu'un infirmier ait modifié votre protocole de soins et les pansements ? (il réfléchit) Pas tant que ça quand même, ou après avis. C'est-à-dire qu'ils m'en informent. (moi) Ils vous préviennent ? Oui. Mais... Comme ça de but en blanc en fait, non, non... C'est rare. C'est très rare ça. On se met d'accord. Il y a au moins un accord téléphonique.* »).

A l'inverse des médecins changent les prescriptions infirmières s'ils le jugent nécessaire (Q2 « *Si le truc ne me convient pas, oui je change.* » « *Je ne suis pas toujours d'accord avec les infirmières et les infirmiers.* », Q5 « *Par contre, quand j'ai un truc où je pense que c'est pas forcément le truc le plus adapté, je change et puis je signifie.* »).

Des médecins ont souligné le fait que cela les choque que le protocole n'ait pas été changé ou que rien n'ait été fait depuis des mois (Q2 « *Parce que là, si ça fait 4 mois que ça n'évolue pas, c'est parce qu'il y a une hyperpression, il y a un œdème lymphatique, et il faut mettre une compression adaptée.* », Q5 « *Ce qui me choque, c'est que ce soit depuis 4 mois et que ce n'est pas... et que ce n'est qu'au bout de 4 mois, qu'il y a eu un changement. Ça, ça me choque par contre, si vraiment ça n'a pas évolué depuis 4 mois... là ça me choque.* »).

Certains infirmiers, selon des médecins, entretiennent parfois les plaies chroniques (Q2 « *Moi, de temps en temps, je suis sidéré : " l'infirmière continue à vous mettre un pansement là-dessus ? ça sert à rien ! " Elle fout un bout de tulle gras, et elle referme et puis c'est tout. Et puis, ça fait des trucs qui durent pendant des mois.* », Q11 « *Enfin voilà, pour elles, c'est du pain béni. Je ne veux pas être mauvaise langue mais des fois... Enfin il y en a qui entretiennent.* »).

c- Renouvellement d'ordonnances

Les infirmiers font assez souvent le renouvellement d'ordonnance de pansements (Q1, Q2 « *Oui souvent* », Q3, Q4 « *Ça leur arrive de les faire ou je les fais aussi.* », Q5, Q6, Q7, Q8, Q9 et 10). Un des médecins continue de faire les ordonnances de pansements, car les infirmiers changent rarement son protocole et s'ils le font c'est seulement après son accord (Q12 « *Les infirmiers modifient-ils vos prescriptions de soins et de pansements de plaies chroniques? Non, ou au moins avec accord. Avec accord.* »).

Les médecins continuent de faire parfois le renouvellement d'ordonnance de pansements (Q1 « *Bah non, de temps en temps mais pas toujours.* », Q2, Q3 « *assez régulièrement. Pas toujours.* », Q4, Q5 « *Non. Elles se débrouillent. Parfois elles me demandent, donc j'en fais. Je les laisse gérer* », Q7 « *J'en fais de moins en moins.* », Q8 « *Ben quand il faut oui. Si, si... Si les patients me demandent, oui. Quand, c'est géré par l'infirmière, voilà. Uniquement si les patients me demandent.* », Q10 « *Bah moi j'en fais, mais bon après je ne sais pas ce qu'ils deviennent.* », Q11 « *Oui mais c'est peut-être pour ça qu'en fait je ne les vois plus. Ça doit être les infirmières qui le font (réfléchit). Oui, oui, oui. C'est vrai que je n'en fais plus là. Elles doivent le refaire elles-mêmes, oui. Après... Oui c'est vrai qu'à un moment j'avais pas mal de gens qui avaient des ulcères... et là euh... J'en ai moins. Donc ouais. Mais je pense que c'est elles qui le font oui.* »).

Quelques médecins ne font plus les renouvellements des pansements (Q5 « *Les pansements, ah non, je dis que c'est à l'infirmière de le faire.* », Q9 « *non, je ne fais plus moi.* »).

Si l'évolution à priori est bonne, les médecins ne modifient par le protocole des infirmiers (Q1 « *si l'infirmière dit que ça se passe bien, même si ça évolue lentement, je n'ouvre pas le pansement et je ne change pas l'attitude de l'infirmière.* »).

d- Suivi d'une plaie chronique par le médecin

Quelques médecins continuent de suivre régulièrement les plaies chroniques toutes les semaines ou tous les quinze jours (Q2 « *Le peu de patients qui ont ça, je les vois, oui, régulièrement. J'essaie de les voir régulièrement pour voir comment ça évolue. Et je ne fais pas*

ça 1 mois, je les vois 15 jours ou 8 jours après, ça dépend. Les gens, je les fais revenir plus tôt. », Q4 « parce que j'aime bien voir souvent... »).

Des médecins ne regardent pas systématiquement les pansements des plaies chroniques si ce sont les infirmiers qui font les soins, mais seulement à la demande des infirmiers, ou selon le patient ou selon ce que dit l'infirmier de l'évolution (Q1 « *A la demande des infirmières, donc je ne défais pas systématiquement les pansements. Ça dépend. Ça dépend des patients. », « En principe, on les (les plaies chroniques) voit quand même de temps en temps, au moment du renouvellement en principe. Ils (les malades) en parlent. Si l'infirmière dit que ça ne va pas, on regarde le pansement ; si l'infirmière dit que ça se passe bien, même si ça évolue lentement, je n'ouvre pas le pansement et je ne change pas l'attitude de l'infirmière. »*); certains de temps en temps pour voir où cela en est (Q7, Q8 « *Ne serait-ce que pour voir moi, voir si jamais un jour on me demande comment c'est. », Q9 et Q10 « Enfin, je regarde... mais je regarde pour moi, quoi »*).

Des médecins regardent les plaies à chaque fois qu'ils voient le patient (Q3 « *C'est des personnes sur des plaies chroniques que je vais être amené à voir peut-être tous les mois... (réfléchit) Bon... et puis le reste du temps c'est vraiment les infirmiers qui s'en occupent, oui. », Q5 « Et par contre je contrôle la plaie à chaque fois qu'ils viennent. Même si le pansement a été fait le matin. Je regarde. », « Mais à chaque consultation, oui, je les regarde. Alors souvent, c'est des fois que tous les 3 mois quand même. Ce n'est pas... ce n'est pas très régulier dans l'absolu, tous les 3 mois. », Q9 et 10 « *on les voit quand même les plaies. Bah tu les vois, quand tu vois... (s'adresse à sa collègue). Mais on ne les suit pas spécifiquement. On voit la plaie quand ils viennent en consultation... », « Et on regarde toujours la plaie du patient quand on va le voir. On jette un œil dessus. », Q11 « Oui seulement si ça n'évolue pas, ou s'ils viennent là et qu'ils amènent leur truc... (réfléchit). Oui il y en a quelques-uns qui amènent tout, et puis qui me montrent de temps en temps. Oui je surveille quand même, si je surveille quand même. », Q12 « *Bah c'est-à-dire c'est des gens qui viennent tous les mois, tous les 2 mois, tous les 3 mois ou plus si vraiment cela s'avère nécessaire. Et puis on regarde comment ça se passe... »*).**

Quelques médecins précisent qu'ils ne défont le pansement que si l'infirmier va le refaire peu de temps après. Ils n'aiment pas défaire le pansement si l'infirmier ne passe pas après le refaire car ils pensent mal le refaire (Q4 « *ou bien je passe avant que l'infirmière passe, je défais le pansement, je surveille la plaie, sachant que dans l'heure qui vient, en couvrant, elle peut refaire le pansement. », Q7 « Parce que moi, changer le pansement et le refaire... Il était un peu mal fait après. », Q8 « Si, ils viennent d'être faits par l'infirmière... Je n'y touche pas. Si le patient, si j'arrive chez le patient, qu'il me dit, que l'infirmière vient de passer et qu'elle l'a fait, et qu'elle revient dans 3 jours. Je ne vais pas tout saloper et tout... tout retirer, tout défaire. Si, elle passe une heure plus tard et que... que là, oui, je peux regarder. Ne serait-ce que pour voir moi, voir si jamais un jour on me demande comment c'est. Mais quand le pansement vient d'être fait, je ne vais pas retirer tout ce qui a été fait. Enfin... Ça ne se fait pas. Je pense... (sourire). Voilà, s'il me dit, que voilà, l'infirmière est contente et que ça évolue bien... Bon, c'est elle qui l'a vu tous les jours. Elle sait mieux que moi. Je ne vais pas mettre mes microbes... Vu tout plein de microbes que j'ai, moi... sur le pansement du patient. »*).

Des médecins ne suivent pas les plaies du coup régulièrement (Q6, Q7 « *Bah je ne sais pas. Je trouve que je ne les vois plus. Comme maintenant, en plus, sur les ordonnances, tu mets jusqu'à cicatrisation... Des fois, au bout de 3 mois, tu vois qu'il n'y a plus de pansement, tu es content, et puis des fois, tu vois toujours le truc, tu te dis ce n'est pas possible, ce n'est pas guéri. », Q8 « Je fais la première consultation, et puis après, les infirmières, enfin c'est les*

infirmières qui gèrent. Elles m'appellent s'il y a besoin. », Q9 et 10 « on les voit quand même les plaies. (...) Mais on ne les suit pas spécifiquement. », Q11 « généralement je fais confiance et puis je ne les revois pas. Avant je les revoyais, maintenant je ne les revois plus. »).

Des médecins pensent que les infirmiers ont peu de temps et doivent donc faire très rapidement les soins et que cela est mal payé selon eux (Q1 « (...) une infirmière, elle va très très vite. Je ne sais pas combien de temps elles mettent pour faire les pansements mais je pense qu'en quelques minutes, ça doit être fait. Il faudrait demander ça aux infirmières. Elles n'ont pas le temps et c'est pas bien payé. Je ne sais pas combien c'est rémunéré. Ça ne vole pas haut. C'est payé quelques euros donc elles le font vite car sinon ce n'est pas rentable. », Q2 « Je crois que les infirmières, elles gagnent tellement peu par acte », « C'est vraiment pas cher », Q11 « Ceci dit nous, quand on fait un pansement, on met beaucoup plus de temps que les infirmières. Mais on en fait beaucoup moins, donc... On prend le temps. Moi quand je demandais aux gens de venir et que je grattouillais. Bah oui je bloquais une demi-heure. Mais elles, je pense qu'elles n'ont pas le temps. »).

Un des médecins souligne l'avantage qu'il voit quand c'est le patient qui fait ses soins lui-même : pas d'idée préconçue du patient, il prend le temps et pas de changement intempestif des pansements (Q1 « Il y a des patients qui gèrent eux-mêmes leurs pansements. L'avantage, c'est que quand on met en place une conduite, en général, ils la tiennent ; ce qui fait que si tu veux voir un mois ce que ça donne avec ton pansement, si tu t'es gouré pendant un mois tu le sais, mais si tu ne t'es pas gouré, que ça se passe bien... Et puis, ils te le disent " je trouve que ça ne progresse pas ". Lui n'a pas d'idée originale et il prend son temps. »).

Pour un des médecins, le suivi d'une plaie varie aussi selon s'il connaît bien les infirmiers et s'il a confiance en eux. S'il est confiant, il laisse gérer les infirmiers, sinon il la suit aussi de son côté (Q5 « avant je n'étais pas ici, j'étais dans un village un peu plus loin. Je connaissais bien les infirmières. J'avais entièrement confiance en elles, donc... Quand c'est des patients qui sont suivis par ces infirmières-là je... je ne dis rien. Quand c'est des patients... qui vont voir d'autres infirmières, je demande de voir de temps en temps quand même... »).

Des médecins signalent qu'ils ont confiance aux infirmiers travaillant près de leur cabinet (Q6 « Elles gèrent super bien les plaies les infirmières du (nom de la ville). On a énormément de chance car elles sont super professionnelles. », « Je leur fais confiance. », Q7 « J'aurai tendance à faire confiance, moi, à l'infirmière quand même. Si elle nous le (le patient) renvoie, c'est que là, elle est à court. », Q8 « En puis, nous, elles sont super bien les infirmières, ici, elles ont l'habitude. », Q11 « Non, c'est vrai que je fais confiance à l'infirmière. Enfin... Je pense qu'elles se sont calmées sur le changement de pansement. », « généralement je fais confiance et puis je ne les revois pas. Avant je les revoyais, maintenant je ne les revois plus. »).

Pour les terrains particuliers, comme chez les diabétiques, si besoin, un des médecins demande le suivi à des infirmiers spécialisés (Q5 « Alors ça m'est déjà arrivé, par contre, pour des patients diabétiques qui avaient des plaies qui traînaient, d'appeler à l'hôpital pour qu'ils soient pris en charge par les infirmières diabéto. Là... je... je ne laisse pas le choix quoi. Je prends le téléphone moi-même, je ne laisse pas les infirmières... gérer... »).

Si le médecin ne sait pas, il demande avis auprès d'un angiologue, d'un plasticien ou d'un dermatologue (Q1 « Moi je trouve que le mieux c'est le plasticien, Mme (nom), M. (nom)... même si chirurgicalement, ils sont un peu limités, et puis les angiologues. », Q2, Q8 « peut-être qu'il faut aller chez le dermato... »).

Pour un des médecins, parfois les infirmiers demandent

l'avis d'infirmiers spécialisés de leur côté (Q10 « *Et puis, elle a demandé, c'est elle qui a demandé, l'avis d'une super infirmière spécialisée dans les plaies.* »).

Un des médecins suit par photos (Q6 « *Elles font les soins, les patients viennent avec des photos pour me montrer comment ça évolue.* », « *Bah c'est les patients qui font des photos, avec leur appareil. C'est cool. Je leur dis "faites des photos". (sourire) C'est top. Comme ça, on a plus besoin d'ouvrir les pansements et tout... de tout défaire. C'est plus facile.* »). A défaut de voir, les photos sont aussi un bon outil pour suivre les plaies d'après un autre, même si lui ne les utilise pas en pratique (Q1 « *La photo, c'est bien mais ça manque de relief et parfois le manque de relief c'est embêtant, mais à défaut d'autres choses* »).

Peu de déterision manuelle faite par les infirmiers selon un médecin, qui du coup le fait parfois lui-même (Q11 « *c'est surtout qu'elles ne font pas tellement de déterision manuelle* » ; « *je la fais venir et éventuellement je remets, ça m'est déjà arrivé, je prescris un peu d'Emla que je lui fais mettre un petit peu avant et puis moi je lui dis de revenir et je grattouille un peu, oui. Ça m'est arrivé de le faire, mais des fois je dis : "et vous lui dites bien qu'elle grattouille et qu'elle ne change pas le pansement... tout le temps, parce que cela ne sert à rien de toute façon et qu'elle ne vienne pas trop souvent non plus..." Mais elles ne grattouillent pas.* »).

Deux médecins disent que c'est difficile de gérer les complications car les infirmiers travaillent dans leur coin, et appellent le médecin seulement s'il y a problème, alors qu'il n'a pas, lui, suivi la plaie avant (Q9 et 10 « *(elle) Bah en fait, depuis que les infirmières ou les infirmiers ont le droit de prescription, bah on suit nettement moins bien les ulcères. On ne sait pas, ils bidouillent dans leur coin et... (lui) D'ailleurs, on ne les suit plus du tout. (elle) Ils bidouillent dans leur coin et puis on ne sait pas ce qu'ils font et puis quand ça ne va plus, et ben "allô ? Qu'est-ce qu'on fait ?". Et puis on ne sait pas ce qui a été fait et voilà. Donc, c'est très, très désagréable.* », « *Alors quand elles... voilà, en fait le truc c'est si elles ont l'impression que ça n'évolue pas bien, que... Là, effectivement, elles appellent au secours. Donc elles appellent au secours, pour un truc que je n'ai pas spécialement surveillé, puisque j'ai considéré que de toute façon... ça ne servait à rien que je regarde, puisque... Enfin, je regarde... mais je regarde pour moi, quoi.* »). C'est beaucoup plus compliqué le suivi d'une plaie car plusieurs personnes, chacune de son côté, contrôlent et personne ne centralise. Pour certains médecins, c'est mieux quand le médecin coordonne et gère les plaies (Q9 et 10 « *(lui) Donc, en fait, il n'y a rien de pire que tout le monde contrôle tout, parce que forcément c'est mal contrôlé parce que personne ne centralise. (elle) On ne sait pas qui fait quoi. Voilà. (lui) Donc là, c'est effectivement c'est ça. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de coordinateur, puisque tout le monde coordonne quelque chose. Ça diffuse dans tous les sens. Donc les infirmières, elles sont exactement pareils. On commence à coordonner en fait quand ça se passe mal, parce que là, elles redeviennent en fait actrices, vis à vis d'une demande et donc là au moins c'est droit. C'est-à-dire qu'on lui dit : bah là, on part de là, maintenant, on va faire ça, ça et ça. Si tel jour, ce n'est pas comme ça, on fera ça. Bah elles suivent le truc.* »).

Mais pour un de ces médecins, cela est normal que les infirmiers contrôlent plus le suivi d'une plaie car on leur a « asservie » une nécessité de contrôle (Q9 « *Bah ouais... C'est normal, quand tu donnes un truc, tu leur dis bah maintenant vous êtes asservies d'un... d'une... d'une nécessité de contrôle et tout ça. Elles appliquent la nécessité de contrôle, regarde c'est le foutoir dans le diabète à cause de ça. C'est parce que tout le monde contrôle tout.* », « *Oui, dans le mauvais sens, parce que je pense que de toute façon si par exemple elles... changent quelque chose donc dans les soins, à partir du moment, où on leur a donné une responsabilité, elles ne*

se sentent pas... le besoin en fait d'en informer... le médecin référent, quoi. Parce que voilà, elles ont une responsabilité après tout. Si on leur donne, c'est que... Voilà, dans l'ensemble c'est ça. En tout cas, pour ici. »).

e- Suivi d'une plaie chronique : infirmiers mieux placés ? Perception des médecins

Les infirmiers ont une expertise intéressante (Q3 « *qu'ils ont une expertise quand même au niveau des plaies...* », « *à ce niveau-là, je m'appuie volontiers sur leurs expériences* », Q6 « *Et puis, dès que j'ai un petit doute, moi j'envoie chez l'infirmière.* »).

Certains médecins demandent aux infirmiers ce qu'il en est de l'évolution de la plaie chronique. En pratique, ce sont les infirmiers qui suivent les plaies chroniques (Q3 « *C'est souvent eux qui sont amenés à les suivre. C'est à eux qu'on demande aussi l'évolution, ce qu'ils en pensent, comment les choses évoluent...* »). Les infirmiers voient mieux l'évolution des plaies que les médecins, car ils les voient plus régulièrement (Q6 « (...) *, c'est elle qui les voit tous les 2 jours, qui voit comment ça évolue...* », Q7 « *Bon, c'est vrai qu'ils voient plus l'évolution que nous. Ils la voient quotidiennement.* », Q8 « *C'est elles qui suivent les patients.* »).

Des médecins trouvent que les infirmiers sont plus à mêmes de suivre les plaies chroniques que les médecins (Q5 « *c'est les plus à mêmes de savoir ce qu'il faut faire.* », Q6 « *Donc en fait, il faut que ce soit l'infirmière. C'est elle la pro, (...)* », Q7 « *Comme ils font, quand même, plus de soins que nous, à la limite, ils peuvent être plus au courant de ce qui marche et ce qui ne marche pas.* », Q8 « *Bah moi, je les laisse faire parce qu'ils savent beaucoup mieux que moi, en fait.* », « *Il (un patient) me dit : " ça je peux le faire moi-même ". Je lui ai dit non, que je voulais justement que l'infirmière voit l'évolution et qu'elle juge s'il fallait changer de traitement... Enfin... Je me suis bien rendue compte que les infirmières, elles savaient beaucoup mieux que nous... juger.* »).

Quelques médecins admettent ne pas toujours savoir comment prendre en charge une plaie (Q5 « *Il y a plein de médecins qui ne savent pas comment traiter un ulcère.* », Q6 « *je ne suis pas très forte du coup (rire).* », Q8 « *Et que je dise " bah, je ne sais pas..., je ne sais pas... peut-être qu'il faut aller chez le dermato... ", « Non, surtout que des fois, en fait, on fait " bah ouais, voilà, bah je ne sais pas... (sourire). Bah peut-être qu'on peut essayer ça. " Parce que moi, j'essaierai quelque chose mais qui n'est pas le bon truc. Bon bah, je vais chercher dans ma tête, je vais chercher dans le Vidal. Ah oui, ça, ça pourrait être bien éventuellement. Alors que ce n'est pas forcément forcément ce qui est le plus adapté.* »).

Pour un des médecins, les médecins ruraux et/ou plus âgés savent mieux gérer les plaies chroniques (Q5 « *C'est vrai que des médecins qui sont plus âgés, et qui ont une patientèle plus âgée, ont certainement beaucoup plus d'expérience. (...) Ou alors des médecins qui sont plus en campagne, c'est pareil. Ils ont souvent une patientèle rurale plus... plus âgée et puis aussi le problème des ruraux, c'est que... Il y a des fois, il faut du temps avant qu'ils disent quelque chose.* »).

f- Demande d'examen complémentaires

Aucune demande d'examen complémentaires de la part des infirmiers (Q1 « *Elles ne demandent jamais un écho-doppler* », Q3 « *Non... (blanc) Je prends les devants en général. J'essaye.* », Q4 « *Non, c'est moi qui le fait (rire). Quand ça n'évolue pas, je dis la première chose, il faut faire ça. Non, les infirmiers ne me demandent pas... Ils doivent le savoir mais on ne les laisse pas, parce que j'aime bien voir souvent...* », Q6 « *Alors moi, je le fais. Enfin moi, du coup, quand l'infirmière elle dit ce n'est pas beau. On n'arrive pas à s'en sortir, et que c'est*

trop douloureux. J'envoie voir M. (nom) à (nom de la ville) qui aussi s'occupe bien des ulcères, qui est super pour les ulcères. Donc on a de la chance. »), mais certains infirmiers sollicitent le médecin si l'évolution n'est pas bonne, en pensant peut-être parfois qu'il faudrait faire un examen complémentaire.

Cependant quelques médecins ont déjà eu parfois des demandes d'examens complémentaires, même si c'est plutôt rare (Q5 « Euh ouais, ça m'est arrivé... », Q7 « Oui une fois. J'ai en tête... Oui une fois récemment, là. Ce n'était pas justifié d'ailleurs. », Q8 « Oui, oui. Il n'y a pas longtemps, il y en a une... Oui. », Q9, Q10, Q11 « Euh (réfléchit) euh oui, ça doit m'arriver oui... (moi) Rarement ? Moui... Mais c'est pareil, je veux dire, on est toujours un peu vexé quoi. Parce qu'il y a façon de demander. Oui donc ça arrive. », Q12).

g- Différence entre les soins au cabinet et à la maison de retraite

Il existe une différence entre les soins dispensés au cabinet et en maison de retraite : en maison de retraite, les médecins gèrent peu voire pas les plaies chroniques, sauf si problème, car souvent le médecin coordonnateur fait des protocoles de soins et le choix des pansements est fait par la maison de retraite. Donc il n'y a pas de prescription de pansements en maison de retraite (Q1 « Après, les patients âgés, il y a une concentration importante en maison de retraite. Et là, ça se passe pas du tout selon les mêmes règles. Les infirmiers ont leurs protocoles. Le médecin coordonnateur est censé avoir donné des protocoles de soins. C'est vrai, qu'au final, en maison de retraite, on ne voit pas beaucoup les ulcères. A part vraiment quand c'est la cata. A la maison de retraite, j'ai rarement à interférer dans un problème d'ulcère ou dans des situations un peu... vraiment pas belles quoi. Mais pour la prévention d'escarre, aussi bien que pour les soins et pour la suite, tout est codifié. Donc on ne s'en occupe pas et puis ils achètent leur matériel donc on ne peut plus prescrire. », Q2 « en maison de retraite, tu ne le fais pas. Moi, je leur dis "faudrait faire ci et ça ", je le marque dans le dossier, et puis après, elles ont leur financement par je ne sais pas quoi, au prix de journée... », Q4 « Même dans les maisons de retraite, on ne peut pas prescrire ce que l'on veut, parce que cela fait partie de... j'allais dire, du packaging du malade, et donc... ils traitent avec... les pansements... avant ils les faisaient acheter, maintenant, c'est la maison de retraite qui les paye, donc ils ont une marque qu'ils achètent. Vous pouvez prescrire ce que vous voulez, ils prennent leur marque. », Q9 « C'est exactement pareil dans les EHPAD. Dans les EHPAD, en fait assez rapidement, on a dit bah les pansements, c'est eux qui gèrent. Effectivement, donc ils gèrent les pansements. », Q11 « C'est vrai que par exemple on va à la maison de retraite, à la maison de retraite on prescrit... Pfff, moi je ne prescris pas de nom... Oui faut dire à la maison de retraite non, c'est un mauvais exemple, parce que de toute façon elles ne nous demandent pas notre avis. Elles font leur truc et elles ne nous en parlent pas. »).

3-3-3 Relations et communication entre les infirmiers et les médecins généralistes

a- État de la communication

Pour certains médecins, il y a peu de communication ou d'échanges avec les infirmiers (Q1 « Il y en a, depuis qu'on fait la MSP ! », « il n'y a pas d'échanges. », Q2 « Alors comment ça se passe avec les infirmiers ? Bah là, il n'y a aucun dialogue. », « Donc ça ne se passe pas bien, parce que les infirmiers en font qu'à leur tête. », « Rarement. Et comment ça se passe... ? (il réfléchit). Plutôt, on en a avec les institutions, en maisons de retraite, mais en libéral, on n'en a pas, c'est rare. », Q7 « Un petit peu », Q9 et 10 « (elle) Oh bah, oui, des fois... elles prennent leur téléphone, hein, quand même. (lui) Ouais... Ce n'est pas très fréquent quand

même. Moi, j'ai quand même le sentiment que depuis qu'il y a ce truc, c'est moins fréquent qu'avant. C'est plus compliqué en fait. », « J'ai l'impression, qu'on a moins de communication. »).

Pour d'autres, ils existent des échanges avec les infirmiers (Q3 « Après la plupart du temps, on essaye de le faire... d'échanger avec les infirmiers. Quand on peut c'est... c'est essayer de prendre contact avec eux », Q4 « La communication se passe très bien... », Q8 « Oui quand il y a besoin, oui. », Q11 « (Blanc) Bah on sait quand ça ne va pas. Mais quand ça va bien, on ne sait pas. Non. (moi) Donc c'est que quand il y a besoin qu'elles vous appellent ? Oui. », Q12 « Oui c'est régulier... Enfin. (Réfléchit) Les échanges si... Je les vois de temps en temps qui viennent, etc. C'est vrai que quand les choses se passent à peu près bien, je n'ai pas de leur nouvelle... puisque ça... C'est plutôt des échanges aux moments où les choses... S'ils ont l'impression que voilà ça s'aggrave ou etc. C'est plutôt comme ça. »).

D'autre part, la communication varie selon l'infirmier et selon le cas du patient pour certains (Q1 « et puis ça dépend des infirmières. », Q7 « Ça dépend de quel infirmier. Ça dépend de quel cas. »).

Un des médecins dit avoir rapidement appris à communiquer et à avoir de bonnes relations avec les infirmiers (Q8 « Oui, on a toujours communiqué... J'ai toujours communiqué avec les infirmières. J'ai vite compris, tout de suite, dès que j'ai été interne. J'ai compris que les infirmières, valait mieux les (rire), valait mieux qu'elles soient (rire), valait mieux les avoir dans la poche. Qu'elles en savaient sûrement beaucoup plus que vous, bah surtout quand on est interne au départ. Qu'elles en savaient beaucoup plus que vous tout court. Et voilà... Et puis que vous travaillez en équipe. »). Pour ce médecin, c'est un travail d'équipe avec les infirmiers. (Q8 « Vous travaillez en équipe. Des fois, on sait, des fois, on ne sait pas... »).

Mais pour quelques autres, certains infirmiers usent trop de leur pouvoir et se mettent trop à la place du médecin (Q4 « mais cela peut entraîner encore des problèmes, parce que l'infirmière se croit sûre d'elle... », Q10 « Si, elles se permettent je trouve, de nous demander " effectivement est-ce qu'on fait un écho-doppler, est-ce que vous avez fait une glycémie... " Enfin, bon, elles sont... Moi je trouve un petit peu... Elles usent un petit peu trop de leur... de leur pouvoir, quoi. Elles se mettent un peu à notre place, On sait ce qu'on a à faire, nous, quand même (rire). »).

b- Communication : **Comment se fait-elle ?**

La communication avec les infirmiers se fait souvent par l'intermédiaire du patient, que ce soit une réelle communication, par le biais du patient, entre le médecin et l'infirmier ou non réelle et le patient raconte juste ce qui se passe et ce que lui a dit l'infirmier (Q1 « A part une infirmière qui fonctionne comme ça (avec des photos quand l'évolution n'est pas bonne), les autres c'est souvent par le patient qu'on a les informations. », Q6 « parfois c'est par le patient, ou un petit mot par le patient. L'infirmière lui a mis un petit mot qu'elle laisse, comme le patient dit qu'il va venir me voir donc... », Q11 « (...) Ou le patient qui fait relais quoi. »).

La communication se fait majoritairement par téléphone (Q3, Q4 « Oui par téléphone, le plus souvent. », Q5 « que par téléphone », Q6 « elles m'appellent quand il y a un problème, en gros. », Q7, Q8, Q9et10, Q11 « Enfin moi des fois, je leur passe des petits coups de fils... Mais euh... C'est plutôt elles qui m'appellent oui. », Q12).

Pour un seul médecin, les infirmiers viennent parfois au cabinet discuter avec lui (Q12).

La communication peut se faire parfois par mail (Q8) ou par courriers/mots (Q6 « *Elles m'envoient des courriers pour que je fasse des ordonnances quand il y a des... des trucs chroniques. Mais ce n'est pas spécialement pour la... pour les plaies, c'est aussi pour les soins. Souvent, je reçois un courrier. Elles m'envoient un courrier avec une enveloppe timbrée, pré-timbrée, que je leur envoie direct. Donc, c'est hyper bien organisé. Du coup, c'est confort à mort pour nous.* »). La communication peut également se faire par mots dans des carnets de suivi au domicile du patient (Q3 « *il y a en a pas mal, on se laisse des petits mots dans des carnets de suivi, au domicile des patients.* », Q8, Q11 « *(moi) Il n'y a pas de carnets, de mots ? Ça c'est ceux qui sont suivis aussi par des associations, l'HAD ou l'ADMR... Il y a des petits mots, mais c'est ... Oui tout le monde écrit là-dessus. Oui il y a ça aussi, des petits mots, oui. Mais c'est plus par téléphone oui. Ou le patient qui fait relais quoi.* »).

Un des médecins s'attriste de voir que les classeurs sont peu remplis par les infirmiers au domicile du patient, ils sont donc inutiles (Q9 « *Avant, on faisait, tu sais (en parlant à sa collègue), des petits cahiers, on remplissait et on marquait voilà, j'ai envie de vous voir tel jour, machin, elles lisaient. Là maintenant, elles ont des classeurs, il n'est jamais rempli le machin, ou il est rempli une fois de temps en temps. Je mets des mots en fait « prendre la tension », mais je ne les appelle pas... et puis je m'aperçois 3 semaines après, que ça n'a jamais été fait, parce que le truc n'est pas lu.* »).

Si certains infirmiers envoient des photos des plaies, c'est le plus souvent quand l'évolution n'est pas bonne (Q1 « *Moi j'ai une infirmière qui m'envoie des photos régulièrement des ulcères "Voilà, où ça en est". Ça veut dire en général qu'il faudra peut-être aller voir car ça ne va pas* »). Il n'y a pas en fait beaucoup de suivi par photo (Q3 « *Euh... non... je devrais. Mais j'avoue non, je ne le fais pas.* », Q7, Q8), ni par carnets de suivi, et peu par mots ou courriers (Q1, Q2 « *Non, je n'ai jamais vu ça. Non, c'est vrai que ce n'est pas bien codifié... Ça manque d'organisation, c'est sûr.* », Q5, Q7 « *Non, alors pas de photo. Et puis pas de carnet. Enfin elles, elles ont des fois un carnet de suivi, tu sais, à domicile, un classeur, là. Moi je fais ma feuille de mon côté, mais... il n'y a pas trop de corrélation.* »).

Sur quoi se fait-elle ? Quels sont les sujets abordés dans les échanges ?

Les échanges se font sur le patient en général y compris la plaie (Q8 « *Ah non, sur tout, sur les patients... sur les patients en général.* », Q11 « *Oh bah non, on parle en général quoi. S'il met ses bas de contention, machin, s'il marche, comment ça va, s'il fait chaud chez lui... oui oui.* »), alors que pour d'autres, les échanges avec les infirmiers ne se font que sur la plaie (Q3 « *Très souvent, ce n'est que de la plaie* »). Pour d'autres encore, les échanges se font sur le patient en général et peu sur les plaies (Q7 « *Peut-être pas assez sur les plaies, je dirais. Sur d'autres choses, on a des échanges, mais sur les plaies, je ne suis pas sûre...* »). Et pour certains, les échanges varient selon le cas ; que sur la plaie ou sur d'autres choses (Q4 « *Ça dépend des cas, je ne sais pas quoi vous dire...* », Q5 « *Bah ça dépend du terrain* »).

c- Difficultés de communication ?

Les infirmiers ne demandent pas suffisamment de l'aide aux médecins s'il y a un problème, selon un médecin (Q4 « *Mais bien sûr, moi je réclame à cor et à cri, qu'ils nous appellent souvent pour qu'on jette un coup d'œil, voir s'il faut changer, s'il faut une détersion, s'il faut une...* », « *Mais des fois, fort de leur pouvoir de prescription, c'est vrai des fois, elle nous zappe...* »).

Des médecins s'agacent de certaines réflexions des infirmiers faites par l'intermédiaire des patients ; sur les spécialistes à voir par exemple. Il semble difficile d'avoir un avis concerté

sur les spécialistes à aller voir quand il y a un problème et quand les voir (Q1 « *Parfois quand elles n'y arrivent pas, elles disent au patient, ça c'est assez agaçant : " faudrait peut-être aller voir le dermato ? ". Je ne sais pas si le dermato est le plus adapté à soigner les ulcères, je ne suis pas sûr. Les angiologues, en général, ont de meilleures idées sur le sujet, mais pour eux, c'est le dermato. »* « *Ça agace toujours un peu, par patient interposé. »*, Q11 « *Mais c'est pareil, je veux dire, on est toujours un peu vexé quoi, parce qu'il y a façon de demander. »*, « *Les écho-doppler, on n'aime pas trop qu'ils nous le demandent parce qu'on se dit qu'on n'a pas fait notre travail. »*).

Pour un des médecins, parler avec un infirmier d'une plaie chronique est compliqué quand on n'a pas la plaie sous les yeux (Q2).

Un des médecins a souligné l'avantage du cabinet de groupe car cela permet, si besoin, de voir le patient avec l'infirmier, s'il y en a un, et à un angiologue, s'il y en a un (Q2 « *Ce qui est intéressant, et c'est l'avantage du cabinet de groupe, tu vas pouvoir voir la patiente en même temps que l'infirmier. Ça c'est l'avantage des MSP. »*).

Un médecin a essayé d'appeler les infirmiers pour réaliser un consensus commun, mais cela a été un échec (Q9 « *(lui) J'ai même appelé, moi, le cabinet, il n'y a pas très longtemps. Ça m'a agacé. Je lui ai expliqué, je lui ai dit : attendez euh... Est-ce qu'on ne peut pas... essayer de se faire un consensus, quoi. Un truc, voilà. Qu'on soit à peu près logique, parce que ça ne sert à rien de prescrire, si vous vous changez après. C'est inflationniste. C'est ridicule. A ce moment-là, si vous préférez certains produits dites-le... (elle) Et alors ? (lui) (blanc) Ça n'a pas été très efficace. Donc ça ne va pas être efficace. »*).

d- Rencontre avec l'infirmier pour voir la plaie : difficultés et solutions

Des médecins essaient de voir la plaie avec les infirmiers (Q3 « *Non, souvent ça peut être moi pour des premières fois ou des choses comme ça, pour mettre en place des protocoles de soins etc... Bon, on regarde ensemble. »*, Q4 « *J'essaye de coordonner ça, oui. Quand il y a quelque chose qui évolue, (...) »*, Q7 « *Enfin de compte, on se retrouvait chez la patiente ensemble. (...) Donc souvent, on s'arrangeait pour y aller à 13h30. On se retrouvait chez la patiente. Ça j'aimais mieux, ça. J'aime bien ce système-là. On peut parler plus facilement et puis l'infirmière, elle justifie le truc et puis au moins, elle lui refait un pansement adéquat derrière (rire) »*, « *Moi le mieux, moi souvent, je fais ça, quand une infirmière dit qu'il faut ceci, cela. Je l'appelle et je lui demande qu'on se retrouve chez la patiente. Et ça, ça marche bien. Par contre, c'est mieux. C'est plus sympa de se voir. Et puis c'est plus facile... »*). Certains, seulement s'il y a un problème, en se donnant rendez-vous avec l'infirmier (Q5 « *Et c'est déjà arrivé que je... enfin que je donne rendez-vous... qu'on se donne rendez-vous avec une infirmière pour voir les plaies d'un patient. Pour éviter les déballages intempestifs, surtout quand c'est des plaies compliquées. »*, Q9 et 10 « *(elle) Les trucs qui posent problème, je leur dis je passe à telle heure, est-ce que ça vous va ? Est-ce que vous pourrez être là, ou... ? (moi) Donc vous prenez rendez-vous ? (elle) Voilà. Oui. (lui) Ça arrive. »*, Q11 « *Ça m'est déjà arrivé mais c'est très rare. (moi) Et c'est par rendez-vous ou par hasard ? Par rendez-vous oui. On se met d'accord pour euh... Oui. Mais c'est très rare. »*, Q12 « *Ou même de temps en temps, c'est plus rare mais enfin ça arrive qu'on se donne rendez-vous »*).

Parfois cela se fait pour éviter trop de déballage de la plaie (essai de coordination pour le médecin de passer avant ou lors du passage de l'infirmier) (Q4, Q5, Q7).

Pour d'autres médecins, cela reste difficile de voir les plaies avec les infirmiers, problème d'organisation. Mais cela peut arriver parfois (Q5 « *Ça arrive. (...) Mais leurs heures de passage ne sont pas forcément les mêmes donc euh...* », Q6 « *C'est rare, parce que moi j'ai très peu de visite* »). Un des médecins précise que cela arrive de voir l'infirmier au domicile du patient mais par hasard, sans prise de rendez-vous. (Q8 « *Si j'arrive... en même temps. Oui, ça m'arrive. Quand je suis en visite. (moi) Du coup, ce ne sont pas des rendez-vous ? Non, c'est rare. C'est... c'est rare. Quand on se retrouve en même temps, c'est sur les fins de vie, ce genre de choses, quoi. Des trucs plutôt lourds.* »).

Pour un des médecins, le mieux serait d'être à plusieurs pour évaluer et suivre les plaies chroniques. Mais il est très difficile de voir les plaies chroniques avec les infirmiers (Q2).

Pour un des médecins, de voir la plaie avec l'infirmier permet de faciliter les échanges par la suite et permet de discuter de la plaie avec l'infirmier (Q7 « *C'est plus sympa de se voir. Et puis c'est plus facile... Et puis déjà après, pour se rappeler, je trouve que c'est bien. Moi j'aime mieux ça.* »).

e- Changements des relations avec ce droit ?

Il n'y a pas eu de changement dans les relations avec les infirmiers depuis ce droit pour beaucoup de médecins (Q1 « *Ni mieux ni pire, rien a changé.* », Q2 « *Non. Ça n'a rien changé du tout.* », Q3 « *Les relations... Non... Je pense que non... Je, bah voilà, je suis jeune installé aussi, donc je n'ai presque connu que... que des infirmiers avec le droit de prescription, parce que depuis 2007... voilà... J'ai dû avoir ma thèse en 2012... donc voilà...* », Q4, Q5 « *Non, je n'ai pas l'impression.* », Q6 « *Pas du tout, elles sont tops nos infirmières. (...) Non. Non, je suis très contente qu'il y ait des infirmières, et qu'elles puissent faire des choses à leur portée quoi, c'est super.* », Q7 « *Non. Ça n'a pas changé pour autant non, non.* », Q8 « *Euh... Non c'est pareil.* », Q11 « *Non. Non. (blanc) Sauf quand elles changent trop facilement... ou qu'elles ne mettent pas ce qu'on avait dit. Mais bon... oui, non. Non. Ça n'a rien changé, non.* »).

Deux médecins trouvent que les relations avec les infirmiers se sont dégradées avec ce droit (Q9 et 10 « *Enfin, du coup, ça crée des conflits* », « *Oui. Dans le mauvais sens.* »).

3-3-4 Formation

La formation médicale, en ce qui concerne les plaies chroniques, est insuffisante selon certains médecins (Q1 « *Surtout qu'il n'y pas de consensus bien clair... Bah je ne sais pas dans notre formation, face à un ulcère comment faire ? Avec quel produit ? Est-ce qu'on utilise un hydrocellulaire, un hydrocolloïde... Est-ce qu'il faut absorber, décaper... ? (...) il pourrait y avoir des conduites un petit peu plus claires.* », Q5 « *Il y a plein de médecins qui ne savent pas comment traiter un ulcère. Bah on n'apprend pas. (...) Enfin moi, je ne pense pas. Je ne pense pas qu'un médecin... un médecin qui s'est contenté d'être interne... euh... à l'hôpital, qui n'a jamais travaillé... euh... travaillé comme aide-soignant ou infirmier, je pense qu'il n'est pas capable de savoir ce qu'il faut pour un pansement. Je suis peut-être très sévère... hein ?* »).

Les médecins se considèrent moins aptes à les suivre que les infirmiers (Q1 « *Et puis, comme on n'a pas la formation, qu'on ne s'en occupe pas, que les infirmiers les prennent en charge, c'est un cercle vicieux. On en sait toujours de moins en moins, et on est toujours de moins en moins apte à pouvoir les gérer et c'est sans fin.* », Q5 « *Moi je sais, parce que j'ai travaillé à l'hôpital comme aide-soignante. Et puis bah, je voyais avec les infirmières les soins infirmiers. Mais nous, on ne sait pas. Enfin moi, je ne pense pas. Je ne pense pas qu'un médecin... un médecin qui s'est contenté d'être interne... euh... à l'hôpital, qui n'a jamais*

travaillé... euh... travaillé comme aide-soignant ou infirmier, je pense qu'il n'est pas capable de savoir ce qu'il faut pour un pansement. », Q6 « Et donc c'est vrai, que moi, je laisse carrément gérer les infirmières, et ça m'arrange parce que je ne suis pas très forte du coup (rire). », « Donc en fait, il faut que ce soit l'infirmière. C'est elle la pro, c'est elle qui les voit tous les 2 jours, qui voit comment ça évolue... », Q8 « Bah moi, je les laisse faire parce qu'ils savent beaucoup mieux que moi, en fait. »).

Mais ils espèrent aussi que les infirmiers sont bien formés et aptes à prendre en charge les plaies chroniques, à adapter les protocoles et que leur formation est bien complète (qu'on leur apprenne la différence entre les différents ulcères ce dont ils doutent) (Q1 « *on espère que les infirmiers sont aptes à le faire, à adapter le protocole », « Par contre, est-ce qu'ils ont la physiopath qui va avec ? Je ne suis pas sûr. Est-ce qu'elles se rendent bien compte (des différences) entre ulcères artériels, ulcères veineux, ou angiodermite nécrosante, trois grandes causes apparemment d'ulcères. Est-ce que ça change quelque-chose à leur technique de soins ? Je ne sais pas. », « Je ne sais pas comment ils voient ça au niveau de la formation infirmière. Si on parle, dans leur formation, des différents types d'ulcères. », Q2 « C'est très bien si elles font bien, si elles savent. », Q7 « Je ne sais pas s'ils sont bien renseignés, mais s'ils sont bien renseignés, je pense que... Le problème enfin de compte c'est qu'ils doivent avoir un stock qu'il leur reste d'un patient ou d'une autre, je ne sais pas... Ou est-ce qu'ils tâtonnent ? Ou est-ce qu'ils ont des bonnes... ? Je ne sais pas. S'ils ont des bonnes informations ou pas. Bah je pense que c'est bien, s'ils sont bien informés. Si... », Q4 « Je ne suis pas contre, si c'est quelque chose de valable. », Q9 « La formation médicale, moi, je ne sais pas comment elles se forment »).*

Des médecins se posent aussi la question de savoir si on leur apprend, dans leur formation, les mesures non médicamenteuses à prendre selon le type de plaie, qui sont importantes pour la prise en charge des plaies chroniques (Q1 « *Je n'ai pas de questions sur le type de l'ulcère de leur part, si le médecin ne marque pas ulcère veineux ou artériel ou autre chose sur l'ordo, elle est capable de mettre une contention sur un ulcère artériel, je ne sais pas... Je ne sais pas comment ils voient ça au niveau de la formation infirmière. Si on parle, dans leur formation, des différents types d'ulcères. », Q2 « Je n'en ai jamais vu t'envoyer un patient " ce monsieur a un ulcère veineux, ne croyez-vous pas qu'une contention l'améliorerait ". Jamais je n'ai eu ça, donc ça veut dire qu'elles ne savent pas. », Q4).*

Un médecin n'est pas sûr d'avoir une meilleure formation pour suivre les plaies chroniques que celle des infirmiers (Q1 « *elles sont censées avoir la formation pour, je ne suis pas sûre qu'on l'ait beaucoup plus que les infirmiers finalement. »).*

Certains se posent la question de savoir si les infirmiers ont aussi une obligation de formation continue, importante aussi bien pour les infirmiers que pour les médecins selon ces derniers (Q2 « *Après, tout le monde, ne se tient pas au courant, aussi bien dans les infirmières je pense... Je ne sais pas si elles ont des formations continues ? », Q5 « (...) avec toutes les évolutions... Il y en a qui sont encore au tulle gras... et puis... qu'est-ce qui était vachement prescrit autrefois, c'était... tulle gras et puis... (réfléchit) Ah bah, je ne m'en rappelle plus... euh... Oh, je ne m'en rappelle plus... Enfin il y avait une marque. Il y a 20 ans, il y avait une marque et il y en a qui sont encore restés à ça... je pense. », « Elles (les infirmières) ne sont pas forcément toujours au... allez entre guillemet les... J'allais dire les vieilles infirmières (rire), les infirmières qui ont de la bouteille, elles sont beaucoup encore avec tulle gras. Elles n'ont pas... sur les dispositifs tout en un et tout, ce n'est pas... Elles ne sont pas toujours trop au courant... », Q9 « Et puis, bon, faut bien dire aussi qu'on a donné aux infirmières le droit de prescrire, or*

la formation continue des infirmières, je veux dire, elle est quand même aléatoire quoi. Il y en a qui sont très bien, et puis il y en a d'autres euh... Il faudrait qu'elles retournent quoi, un petit peu, parce que, voilà, c'est plus comme ça. », « Elles n'ont pas de formation médicale obligatoire. Donc, en fait, quand elles ont 50 balais, et quelles ont fait pendant 40 ans, exactement la même chose sur un truc... Il n'y a rien qui leur impose ça... Et je pense que lorsqu'on ouvre la possibilité de prescription, de suivi et que voilà, il faut imposer la formation, quoi. Et voilà, c'est une lacune énorme. »).

Il est important pour un des médecins d'accepter de voir les laboratoires pour connaître les nouveaux pansements (Q5 « Sans compter que si... un médecin qui ne reçoit pas les labos, avec toutes les évolutions... Il y en a qui sont encore au tulle gras... »).

Certains infirmiers ont une spécialisation en soins et cicatrisation et du coup ont une compétence en plus : avantage pour avoir un avis. Mais il faut en avoir un près de son cabinet, ce qui n'est pas toujours le cas (Q2 « Et puis il y a aussi des infirmiers qui ont une compétence particulière en pansements, en traitement des plaies. Il y a une validation de compétences pour ça, tu lui envoies la photo et tu lui demandes ce qu'elle en pense. Moi ça je n'en ai pas, j'ai pas de références de ces personnes-là. », Q3 « surtout qu'il y a des personnes qui sont bien formées au niveau des pansements. Certains... certaines infirmières etc... qui font des spécialisations à ce niveau là... et qu'il ne faut pas se leurrer, connaissent aussi bien, si ce n'est mieux, la prise en charge de ce genre de choses. », Q4 « mais des fois ils font des stages, ils font des formations, ils ont des recettes qui sont pas mal... »).

3-3-5 Constat fait par les médecins généralistes : ressenti

Les médecins sont plutôt satisfaits de ce droit (Q1 « Pour moi, j'en suis très satisfait, parce que je ne me vois pas aller rectifier le tir tous les 15 jours... », Q2 « Je trouve ça très bien. », « Je trouve ça plutôt intéressant. », Q3 « C'est très bien », Q4 « Je pense... heureusement, parce que on n'a pas le temps. », Q5 « c'est normal », Q6 « C'est très bien. C'est parfait. C'est génial (sourire). Je trouve ça extra (sourire). Et heureusement. », « C'est super. Et puis d'ailleurs, ça marche bien, parce qu'ils guérissent bien. », Q8 « Et puis, je sais que mon patient est bien pris en charge, en fait ; que ça ne va pas traîner et qu'au moindre, à la moindre chose, un, ils me préviendront, enfin ils me préviendront s'il y a besoin, ou qu'ils réagiront pour que la plaie évolue plus vite, qu'il guérisse plus vite. Surtout sur une plaie chronique déjà... Ça prend des... Ça prend du temps. Ça prend du temps. »).

Certains précisent quand même que ce droit est une bonne chose si les infirmiers « s'y connaissent » (Q4 « Je ne suis pas contre, si c'est quelque chose de valable », Q7 « Bah, je pense que c'est bien, s'ils sont bien informés. Si... Comme ils font, quand même, plus de soins que nous, à la limite, ils peuvent être plus au courant de ce qui marche et ce qui ne marche pas. », Q11 « Oui moi je trouve ça bien, mais qu'elles ne changent pas tout le temps, ça ne sert à rien quoi. », Q12 « Que pensez-vous du droit de prescription des pansements accordé aux infirmiers ? (blanc) Oh ma foi, ça ne me gêne pas... (il réfléchit) Non. Plutôt oui. Oui, oui. Dans la mesure où de toutes les manières, ils me tiennent informé... s'ils voient vraiment quelque chose qu'il leur paraît bizarre... ils m'appellent donc bon... »).

Ce droit est naturel (Q5, Q8 « C'est la moindre des choses (sourire) », « Moi, je pense qu'on travaille tous en équipe »). C'est une délégation de soins utile (Q1 « C'est une délégation de soins qui ne paraît pas inutile. », Q2 « Je pense que ça fait partie de la délégation de tâches qu'on peut faire avec les infirmières, parce qu'on a trop de boulot. Je trouve ça plutôt intéressant »).

Il permet de mieux organiser le temps des médecins (Q1 « *Je pense qu'on n'a pas la disponibilité pour répondre systématiquement à tous les changements* », Q3 « *malheureusement le suivi, c'est de plus en plus difficile. Souvent c'est des personnes qui sont à domicile et qu'aller faire des visites tous les quatre matins pour surveiller une plaie, c'est de plus en plus délicat, en général,* », Q4 « *Je pense... heureusement, parce que on n'a pas le temps. Les médecins généralistes, on n'a pas beaucoup de temps...* », Q6 « *Mais... c'est quand même compliqué. C'est un travail de... C'est compliqué au cabinet de gérer une plaie chronique, parce que si vous voyez le patient une fois tous les 15 jours, ça ne se peut pas, vous ne pouvez pas le voir tous les 2 jours...* », « *Je vous dis c'est compliqué au cabinet. Si on doit faire un pansement tous les jours, ce n'est pas possible, quoi.* »). La prise en charge d'une plaie chronique c'est compliqué (Q1 « *c'est un truc casse-pied les ulcères. Il n'y en a pas, de moins en moins, souvent des gros chroniques mais parfois, quand ça commence, parfois c'est sans fin.* », Q8 « *Non, déjà, un les pansements, c'est compliqué. Enfin, les plaies chroniques, c'est... c'est compliqué. Moi, j'ai une vision très très... théorique de la chose, de ce que les labos me disent, de ce que j'ai appris. Après, sur le terrain, je vois bien que... Pfff voilà. Moi, je prescris toujours la même chose à peu près. Voilà. J'évolue aussi, parce que j'apprends, " ah bah oui, ça sur ça ", comme finalement ils ont mis... ils ont mis ça, parce que j'ai renouvelé leur ordonnance, parce que " tiens, l'infirmier m'a dit qu'il n'y en avait plus ". Ou je ne sais pas... Je suis là, donc je refais l'ordonnance, en même temps que l'ordonnance de médicaments.* »).

Mais ce serait mieux avec un peu de coordination (Q1 « *En ville, si c'était fait conjointement, personne ne se fâcherait mais quand chacun travaille dans son coin, alors là, rapidement l'amour propre de chacun est vite blessé.* », Q2 « *L'idéal, se serait d'appeler l'infirmière mais le problème c'est que quand tu les appelles, tu n'arrives pas à les joindre.* », « *Quand c'est en maison de retraite ça va, car tu as l'infirmière qui est là. Mais quand c'est en libéral... Quand tu passes, l'infirmière elle vient de partir ou elle va venir dans une heure... Tu n'arrives jamais à les voir. Alors après, tu leur téléphones, tu n'as plus le truc devant les yeux, donc c'est compliqué...* », Q3 « *A partir du moment où c'est fait en bonne intelligence avec les personnes, qu'on échange, et que ce n'est pas chacun qui fait ce qu'il veut dans son coin et que ce n'est pas une guerre des tranchées : "Non, faut mettre tel colloïde... Non, moi je préfère utiliser tel marque etc." Si ça se fait en bonne intelligence, ça marche bien. Il n'y a pas de raison qu'il y ait des problèmes.* », Q4 « *Mais il faut qu'il y ait toujours une relation, un coup de téléphone, un échange, pour qu'on sache ce qu'il se passe...* »).

Mais il existe une difficulté d'organisation pour voir les plaies avec les infirmiers (Q1 « *tu ne peux vraiment pas le faire beaucoup parce que réussir à coordonner le médecin et l'infirmier sur place... C'est bien si tu es dans une maison médicale et que le patient se déplace et là tu vas jeter un œil sur le truc, mais encore il ne faut pas que ça se répète plusieurs fois dans la journée.* », Q2 « *faut voir le patient à plusieurs, mais c'est tellement difficile.* »).

Un des médecins a précisé qu'il n'y avait pas de jalousie vis à vis de ce droit pour les médecins (Q4 « *Je ne suis pas contre, si c'est quelque chose de valable. Si ce qu'elle prescrit est valable, je ne suis pas jaloux du tout.* »).

La prise en charge actuelle des plaies chroniques ne convient pas à certains médecins : manque de coordination et d'échanges avec les infirmiers (Q2 « *ça se passe plutôt mal* », Q9 et 10 « *(elle) (rire) Bah normalement, ça devrait nous soulager... (rire). Mais bon (rire) (lui) Oui, mais ce n'est pas vrai en fait. Ça ne nous soulage pas, parce que... D'ailleurs en fait, les plaies*

sont moins bien suivies, comme tu disais en fait... Déjà, les plaies sont moins bien suivies. Donc c'est déjà problématique, quand même, en soi. », « Ça n'a pas été une réussite leur truc, là. »).

Pour deux des médecins, ce droit n'est pas une bonne chose (Q9 et 10 « Bah je pense que ce n'est pas une bonne chose. », « A force de diviser, en fait, à force de faire des trucs comme ça... On a plutôt tendance à diviser, que de faire des consensus. »). Pour eux, ce serait une bonne chose si les infirmiers s'occupaient des plaies du début à la fin, avec ses complications s'il y en a (Q9 « Si les infirmiers ont le droit de prescription et de surveillance de la plaie, ils commencent à un point A et ils vont jusqu'au bout. », « Ouais. A l'origine, ce n'était pas complètement... mal qu'ils peuvent prescrire, en fait après tout... Mais encore une fois, il faut à ce moment-là, qu'elles se, qu'elles prennent, qu'elles soient responsabilisées jusqu'au bout, et que... Elles ne soient pas... Voilà. C'est-à-dire que... qu'elles prennent la décision par exemple d'envoyer la personne chez... chez l'angiologue quoi. Voilà. C'est à elles de le prendre. Pas à nous. Il n'y a aucun... C'est frustrant en fait, pour quelqu'un qui fait un soin... tous les trois jours et puis elle est obligée de te demander parce qu'elle a l'impression qu'il y a une phlébite ou je ne sais pas quoi, moi... Après tout, elle peut très bien, faire un petit mot sur un coin de papier, en disant voilà, je suis l'infirmière machin, je vous envoie trucmuche parce que j'ai l'impression que. Voilà. Je crois qu'il faut aller jusqu'au bout. C'est frustrant pour les deux ce genre de truc. Nous on n'a pas vu, on nous demande. On a l'impression de faire du papier pour rien. Et puis elle, elle a l'impression d'être obligée de demander pour faire quelque chose, donc c'est frustrant. Il faut leur donner tout, tout pouvoir vis à vis de ce truc-là. Faut pas s'arrêter en chemin. »).

C'est une perte de temps et une perte d'argent (Q9 « C'est inflationniste. », Q10 « Voilà, perte de temps, perte de sous, perte de... Voilà. De tout. »).

Les médecins suivent peu de plaies chroniques (Q1 « Il n'y en a pas, de moins en moins », Q2 « j'en ai quasiment pas donc », Q3, Q4, Q5 « Je n'ai pas beaucoup de plaies chroniques. », Q7 « Je n'en ai plus. Je ne sais pas pourquoi, je n'en ai plus. », Q11 « Mais c'est vrai que j'en ai beaucoup moins là. Beaucoup moins. », Q12 « En fait, vous savez des pansements en chronique comme ça, je n'en ai pas tant que ça. »).

Pour un des médecins, il y a peu d'investissement et un manque de temps de chacun pour le suivi des plaies chroniques (Q2 « Mais tout le monde n'a pas le temps, tout le monde s'en fout. »).

a- Des bénéfiques pour les patients selon les médecins :

C'est une facilité dans le suivi au quotidien (Q3 « facilité en terme organisationnel », Q4 « Ça facilite la vie un peu », Q5 « Une rapidité, ça évite... de reprendre rendez-vous chez le médecin pour avoir la liste de course (rire) pour la pharmacie (rire). Non, je pense que c'est un gain de temps, c'est un confort pour le patient, moi je pense. », Q6 « Ça simplifie la vie du patient. Tout est plus simple », Q7 « Ça simplifie »), en terme d'accessibilité des soins car les infirmiers sont plus rapidement et plus facilement joignables et disponibles (Q2 « Et puis après, faut voir que les médecins ne sont pas toujours joignables... », Q5 « Une rapidité, ça évite... de reprendre rendez-vous chez le médecin pour avoir la liste de course (rire) (...). », Q6 « Les infirmières sont dix fois plus facile à voir. », « Moi, il y a un centre de soins à (nom de la ville), qui est ouvert tous les jours de telle heure à telle heure. », Q7 « Pour eux, c'est plus simple, que d'aller demander chaque fois au médecin, qui va y aller trois jours après, non. Je ne sais pas, ça me semble plus facile pour eux aussi. », Q8 « sans attendre qu'ils appellent, qu'ils prennent

un rendez-vous, qu'ils aient un rendez-vous une semaine plus tard, ou que je vienne... Et que je dise « bah, je ne sais pas..., je ne sais pas... peut-être qu'il faut aller chez le dermato... » (sourire). Voilà. »).

C'est également plus de confort (Q2 « Le patient ne vient plus : « l'infirmier nous a demandé ça... », Q3 « ça évite de pleurer pour que le toubib vienne alors qu'il est déjà débordé et que voilà... », Q5, Q6 « c'est vachement plus rassurant pour la plaie et tout... pour le suivi de la plaie. C'est tout bénéfique pour les patients. », Q7, Q11 « Oh bah des... (réfléchit). Rien, des fois, c'est plus pratique s'il a l'ordonnance, il a juste à aller faire renouveler à la pharmacie. Plutôt que de venir ou nous réclamer l'ordonnance. C'est plus pratique pour lui, plus pratique. (Blanc) Oui, c'est plus pratique. »).

Ce sont des échanges plus intéressants avec les infirmiers pour le patient aussi, d'après un médecin (Q3 « Après... je suppose que ça permet aussi d'avoir des échanges un peu plus... un peu plus intéressants avec les infirmiers qui le suivent... »).

C'est une diminution du coût (Q6 « Ça leur coûte moins cher, que de venir chez le médecin à chaque fois. », Q5 « Et donc par souci aussi d'économie, je préfère qu'elles prescrivent elles-mêmes. »).

C'est plus de sécurité pour le patient, une meilleure prise en charge. Ce droit permet de réagir plus vite et donc de guérir plus vite (Q1 « ça permet peut-être un peu d'affiner le type de soin car je ne suis pas sûr qu'on a beaucoup de bonnes idées à offrir. », Q6 « une sécurité pour le patient. Une meilleure prise en charge. », Q8 « ça permet de réagir plus vite, en fait. S'adapter vraiment à la plaie, au jour le jour. », « Pouvoir réagir et puis soigner au plus vite les patients »).

Mais cela peut donner des problèmes si l'infirmier ne demande pas assez avis auprès du médecin (Q4 « mais cela peut entraîner encore des problèmes, parce que l'infirmière croit sûre d'elle...(moi) Elle demande moins votre avis ? Absolument. »).

Pour un des médecins, ce droit n'apporte rien au patient (Q2 « Et bah, de nous foutre la paix (rire)... Aux patients rien, je pense. Ça n'apporte rien aux patients. Ça apporte à nous et à l'infirmière. », « Pour le patient, si l'infirmière est meilleure que moi en pansement, c'est un bonus pour le patient, si elle est moins bonne, c'est un malus. Ce n'est pas facile de savoir. Bah oui, c'est à double tranchant, c'est quand même un risque. »).

Mais pour un des médecins, cela peut être une source de confusion pour les patients (Q10 « La confusion dans sa tête (rire) »).

b- Des bénéfiques pour les infirmiers selon les médecins : en terme de reconnaissance, de valorisation professionnelle

Pour les infirmiers, cela leur permet une meilleure estime, un meilleur investissement. Cela apporte une valeur supplémentaire à leur travail (Q1 « ils ont plus envie de s'investir dans la mesure où ils peuvent prescrire. », Q2 « valorisation de leur compétence », Q3 « Et c'est peut-être revalorisant aussi malgré tout pour leur profession. », Q6 « Et bien, c'est plus de responsabilité. (...) Ça leur donne des responsabilités. Bon, elles en ont déjà plein de toute façon, mais... encore un peu plus. », Q8 « c'est une reconnaissance de leur travail. Et puis... Euh... De leur compétence aussi. Tout simplement. », Q11 « Rrrro bah rien, si ce n'est que oui elle a le matériel tout de suite quoi, mais c'est tout. (il réfléchit) Matériel et puis, oui, si la plaie

évolue, oui si la plaie évolue dans un sens ou dans un autre, elle peut changer. C'est vrai qu'elles ne nous demandent pas, oui. Oui. Elles peuvent prendre un peu d'initiatives. »).

Cela apporte une liberté de prescription aux infirmiers (Q2, Q5 « *D'avoir exactement ce qu'ils veulent.* », Q9 et 10).

Cela facilite le travail des infirmiers, ils n'ont pas besoin de demander des ordonnances aux médecins (Q2 « *Et puis après, faut voir que les médecins ne sont pas toujours joignables... donc plutôt que de ne rien faire, elles ont la facilité de dire : moi je peux prescrire, donc je le fais quoi.* », Q3 « *Je pense que pareil, qu'au niveau organisationnel, c'est une bonne chose, parce que... aller pleurer pour de la paperasse... bah voilà, si c'est juste nous être là pour eux... avoir un message sur son ordinateur qui dit " faudrait refaire l'ordonnance pour Mme Machin avec ça, ça, ça, etc.. ". C'est inintéressant pour tout le monde donc... »), Q4 « *c'est plus pratique* », « *Avant, l'infirmière ne pouvait pas passer parce qu'il n'y avait plus d'alcool, ou de coton... Il fallait que le médecin passe. C'est vrai, c'est un peu embêtant.* », Q5, Q6 « *C'est plus sympa, quoi. Elles gèrent leur problème. Elles ne demandent que quand elles ont besoin.* », Q7 « *Pour eux, c'est plus simple, que d'aller demander chaque fois au médecin, qui va y aller trois jours après, non. Je ne sais pas, ça me semble plus facile pour eux aussi.* », Q8 « *Et ça permet aussi de, ouais, d'arriver à faire leur boulot correctement.* », « *de travailler le mieux possible, quoi.* », Q9 et 10 « *Et bah en fait, elles ne sont pas obligées de courir après les ordonnances.* », « *Elles ne sont pas tributaires d'une prescription de médecin, donc d'une consultation, et éventuellement d'une discussion autour d'un... de ce que, elles, elles mettraient, de ce que nous on mettrait... »), Q11).**

Cela permet aussi de montrer aux patients leur rôle de soignant à part entière (Q8 « *Et puis, aussi, vis à vis, je pense des patients, montrer, qu'ils n'ont pas juste un rôle de faire des pansements. Ce n'est pas juste, voilà qu'ils ont un rôle de soignant, à part entière, et qu'ils ont leur place. Voilà. Et que ce n'est pas juste de faire les pansements, comme me disait le monsieur hier : " ah, c'est bon, je peux le faire... biséptine avec du pansement, tulle avec du pansement... C'est bon... ". Non, non.* »).

Enorgueillit les infirmières (Q9 et 10 « *... La puissance ! La gloire ! (sourire).* », « *Ça a peut-être enorgueilli le travail de l'infirmière... Ce qui n'est déjà pas mal.* »).

A la question, « *A votre avis, qu'apporte ce droit de prescription aux infirmiers ?* », un médecin a répondu : « *(blanc) Des emmerdes... Non je ne peux pas dire ça... » (Q3).*

c- Des bénéfices mitigés pour les médecins

Pour certains médecins, cela diminue la charge de travail (Q1 « *Et ça permet de diminuer un peu aussi la charge de travail, oui.* », Q2 « *Ça nous décharge d'un travail inutile.* », « *Ça nous libère des consultations, du temps et de l'énergie.* », « *Ça libère du temps.* », Q3, Q7 « *Nous ça ne nous apporte rien. Mais ce n'est pas grave. Ce droit de prescription modifie-t-il votre charge de travail ? Il y en a moins, oui. Plutôt moins oui.* », Q8 « *C'est mieux (rire). Ça diminue largement la charge de travail (sourire).* », Q11 « *C'est vrai que ça nous décharge de ça, de cette paperasse, quand c'est juste le renouvellement de compresses, de machin, de truc, c'est sûr.* », « *Oui je pense que oui, oui ça diminue.* »).

Mais pour d'autres non (Q4 « *Non... parce qu'ils ne préviennent pas quand est-ce qu'ils ont prescrit... Après, je vois que l'infirmière a renouvelé ça et ça. Donc, je dis c'est bon, il n'y a aucun problème.* », Q5 « *Étant donné que j'ai une patientèle qui est relativement jeune, c'était une goutte d'eau. Oui, ce n'est pas au niveau de la charge, c'est au niveau du confort.* », Q6

« Ah bah non. Ça n'a rien changé. », Q9 et 10 « Ça n'a pas changé grand-chose. Ça nous a économisé, oui, une ordonnance tous les trois mois, quoi. Mais au niveau de la charge de boulot c'est pareil. Puisque de toute façon, ces personnes on les voit. On les voit pour autre chose, toujours, donc euh... Je n'ai pas l'impression que ça ait vraiment changé grand-chose. »).

Pour deux médecins, ce droit devrait soulager le médecin mais non (Q9 et 10 « (elle) (rire) Bah normalement, ça devrait nous soulager... (rire). Mais bon (rire). (lui) Oui, mais ce n'est pas vrai en fait. Ça ne nous soulage pas, parce que... D'ailleurs en fait, les plaies sont moins bien suivies, comme tu disais en fait... Déjà, les plaies sont moins bien suivies. Donc c'est déjà problématique, quand même, en soi. »). Aucun changement, pour ces deux médecins, avec ce droit, hormis le fait qu'ils regardent peut-être moins les pansements, ou en tout cas plus de manière systématique, et une diminution du nombre d'ordonnances (Q9 et 10 « Non, enfin, bon... Est-ce que ça... Pour nous, est-ce que ça a vraiment retiré... En fait, de toute façon, on voit les gens, toujours autant quoi. Ça n'a rien retiré. Le seul truc que ça a retiré c'est la prescription. Donc ce n'est pas forcément, le truc qui prend le plus de temps. Souvent, c'était des gens qu'on voyait de toute façon parce que c'est des chroniques. (elle) Mmh. (lui) Donc ces chroniques-là, on les voit toujours. Le seul truc, c'est que maintenant, on ne retire pas les pansements qu'elles ont mis. Voilà. On le retire moins. Mais les plaies, les plaies... Les patients, on les voit tout le temps, ça n'a pas changé... »).

Les médecins ont trop de travail (Q1 « Je pense qu'on n'a pas la disponibilité pour répondre systématiquement à tous les changements », Q2 « on a trop de boulot », Q4 « La charge de travail... C'est vrai, c'est lourd », Q11 « Et c'est peut-être pour ça aussi qu'on les suit moins, parce qu'on a tellement de... tellement d'autres trucs à faire, qu'on fait moins les pansements c'est sûr. »).

Ce droit permet d'éviter une consultation/visite/ordonnance juste pour une prescription de ce que veut l'infirmier (Q2 « libère des consultations », Q3 « voilà, si c'est juste nous être là pour eux... avoir un message sur son ordinateur qui dit " faudrait refaire l'ordonnance pour Mme Machin avec ça, ça, ça, etc.. ". C'est inintéressant pour tout le monde », Q4 « Avant, l'infirmière ne pouvait pas passer parce qu'il n'y avait plus d'alcool, ou de coton... Il fallait que le médecin passe, c'est vrai, c'est un peu embêtant. », Q5 « De ne pas faire la secrétaire des infirmières (rire). », Q9 et 10).

Cela facilite la vie. C'est un confort (Q1 « Ça simplifie notre existence en premier. », Q3 « Bah nous, ça nous facilite la vie. », Q8 « La tranquillité (rire) », Q5 « c'est au niveau du confort. Et puis des fois les infirmières, elles déposaient la liste et puis on déposait l'ordonnance à la pharmacie. Euh bon... Ça prend un peu de temps de faire une ordonnance, ça ne prend pas des heures mais c'est toujours... enfin, c'est... oui pour nous c'est un confort aussi. », Q6 « Donc, pour le médecin c'est un vrai confort »).

Des médecins pensent que certains médecins n'aiment pas le fait de perdre le suivi des plaies chroniques (Q4 « Les médecins ont peur qu'on leur mange leur pain, et de l'autre côté, ils pleurent "on a trop de travail, on ne peut pas fournir", donc... va savoir... », Q6 « Alors c'est vrai, qu'il y a des médecins qui adorent ça les plaies chroniques. Mais... », « Alors après, mis à part les médecins qui adorent faire les soins... », Q8 « Après, je pense qu'il y a des médecins qui ne supporteraient peut-être pas, mais... Mais bon voilà. »).

Peu de médecins pensent que ce droit favorise les échanges entre infirmiers et médecins (Q3 « *je pense aussi que ça a pu favoriser aussi les échanges avec ces professionnels là ; c'est-à-dire qu'on discute euh... peut être pas d'égal à égal mais enfin voilà... quand on est autour d'une plaie, on sait très bien qu'ils ont une expertise aussi avec ces produits-là etc... donc je pense que c'est une bonne chose.* », Q7 « *On peut parler plus facilement* », « *C'est plus sympa de se voir. Et puis c'est plus facile... Et puis déjà après pour se rappeler, je trouve que c'est bien.* »).

4- Discussion

L'objectif de cette thèse est de connaître d'une part ce que pensent les médecins généralistes du droit de prescription accordé aux infirmiers en 2007 et d'autre part s'ils considèrent que leur prise en charge actuelle des plaies chroniques a pu changer depuis.

Mes résultats montrent que, depuis 2007, les médecins généralistes disent ne plus prendre en charge les plaies chroniques de la même façon. Ainsi les médecins déclarent que leur charge de travail a diminué, parfois en réalisant moins de prescription. Les infirmiers modifiant souvent le protocole de soins mis en place par le médecin et suivant peu les prescriptions du médecin pour les pansements, ceux-ci ne suivent plus spécifiquement les plaies chroniques de leurs patients et laissent gérer les infirmiers. Il existe actuellement une délégation de tâches des médecins aux infirmiers, jugée le plus souvent comme positive, pour deux raisons principales : d'une part, les médecins ont une surcharge de travail, d'autre part, certains d'entre eux pensent les infirmiers plus aptes à suivre et prendre en charge les plaies chroniques. La délégation de tâche se fait, selon les médecins, de manière soit totale, certains médecins ne font que les ordonnances de soins infirmiers et plus aucune ordonnance de pansements, soit partielle, certains médecins prescrivent seulement une première ordonnance de pansements et/ou font parfois certains renouvellements des pansements. Certains délèguent volontairement alors que d'autres subissent plutôt la situation.

Malgré une communication ressentie comme insuffisante avec les infirmiers par la majorité des médecins, beaucoup de médecins envisagent ce droit comme un confort qui simplifie leur exercice. Les médecins trouvent que ce droit est valorisant pour les infirmiers, parce qu'ils changent leur statut, alors que leur discours est plus nuancé s'agissant du bénéfice apporté aux patients, même s'ils reconnaissent que cela a pu apporter plus de facilité et de fluidité dans leur suivi.

4-1 Avantages et limites de mon étude

L'introduction de mon questionnaire se fait par un cas clinique pour replacer les médecins généralistes dans le contexte de leur exercice quotidien et tenter d'éviter ainsi des réponses trop générales.

L'avantage de cette étude réside dans le fait que c'est une étude qualitative avec des entretiens individuels et semi-dirigés, ce qui a permis d'obtenir beaucoup de réponses précises et détaillées pour enrichir le recueil de données. Les médecins ont pu parler plus ouvertement. Ils ont pu dire des choses qu'ils n'auraient peut-être pas dites si les questions avaient été des questions fermées ou si le questionnaire avait été un questionnaire en ligne. Ces entretiens individuels et semi-dirigés permettent en outre d'éviter d'éventuelles erreurs d'interprétation des questions. Ils ont permis de faire préciser certaines réponses, de pouvoir mieux recueillir les sentiments de chacun sur le sujet et leur expérience au quotidien.

Cette étude aurait mérité d'être faite sur un échantillon plus important de médecins du département de l'Eure-et-Loir. L'Eure-et-Loir est un département avec une faible densité médicale ce qui a limité semble-t-il la disponibilité des médecins à une enquête. Cependant, la suffisance des données a été obtenue.

J'ai travaillé dans un département où la démographie médicale est faible, les perspectives sont donc différentes du point de vue des pratiques. De ce fait, la généralisation de mes résultats est peut-être limitée mais globalement mes résultats m'ont permis de répondre à la question posée.

4-2 Mon étude confirme les résultats de la littérature

En comparant mon étude avec la bibliographie que j'ai pu réunir, on peut dire en premier lieu que d'après une enquête réalisée en avril 2007 (« Prescription infirmière en libéral, les médecins sont « pour » » de Serge Benaderette [4]), les médecins étaient déjà globalement favorables à ce droit de prescription, mais sous certaines conditions. Certains des médecins interrogés trouvaient qu'accorder ce droit de prescription à la profession des infirmiers serait une bonne délégation de tâches car cela permettrait de diminuer leur charge de travail et c'était déjà, selon eux, les infirmiers qui décidaient des produits à utiliser. Mon étude montre que, sur ce point-là, les médecins n'ont pas changé d'opinions. La plupart des médecins interrogés font référence à leur surcharge de travail pour dire que cette délégation de tâche leur apparaît bénéfique, mais cela peut aussi être un biais. En effet, dans un département avec une densité médicale plus importante, les médecins seraient peut-être moins surchargés et les réponses données pourraient être plus mitigées. Les médecins avaient aussi, en avril 2007, conscience de ne parfois que recopier une liste présentée par les infirmiers indiquant ce que ces derniers souhaitaient employer : « Ne soyons pas hypocrites. La plupart du temps, nous recopions la commande de l'infirmière » [4]. Plusieurs médecins dans mon étude confirment ce point : beaucoup disent que ce sont les infirmiers qui, déjà avant ce droit, leur suggéraient quels produits prescrire.

Dans l'enquête de 2007, « 73,8% (des médecins sondés) considèrent comme une bonne chose le droit de prescription infirmière dans certaines conditions ». Mon étude confirme donc

bien ce point : les médecins que j'ai interrogés restent en majorité plutôt favorables à ce droit de prescription, même s'il existe des points à améliorer selon eux, comme la formation initiale et continue des infirmiers et la communication entre infirmiers et médecins.

La bibliographie montre en outre que beaucoup de médecins remettent en question leur compétence à suivre les plaies de leurs patients. Ils évoquent une formation incomplète, un manque de connaissances. Il n'y a pas de consensus clair pour la prise en charge des plaies chroniques et aucune certitude concernant le choix du pansement idéal (« Rapport de la HAS sur la révision des pansements dans les plaies aiguës et chroniques. Pourquoi ? Comment ? Principaux résultats et conséquences pratiques. » de Chaby G, Vaneau M, Senet P, Guillot B, Chosidow O, et le groupe de travail pansements de la HAS (Haute Autorité de Santé) [13], « Les pansements. Indications et utilisations recommandées » HAS [20], [24], [46]).

Mon étude va dans le même sens. La majorité des médecins font remarquer qu'ils suivent peu de plaies chroniques. S'ils expliquent que ce droit les a soulagés en temps, ils disent surtout que le suivi d'une plaie chronique est compliqué. De plus, certains trouvent qu'ils connaissent la théorie mais qu'en pratique cela reste difficile par manque d'expérience mais également, pour certains, par manque de formation suffisante. Au final, ils s'estiment moins aptes que les infirmiers à prendre en charge une plaie chronique.

On peut remarquer que les médecins généralistes de mon étude ne parlent que du côté technique des soins de pansements et du suivi des plaies chroniques sans envisager leur compétence propre à accompagner les patients et leurs pathologies chroniques.

La question de la formation des infirmiers, comme celle des médecins, a été posée par certains médecins pendant mon enquête. Elle reste pour les médecins qui l'ont soulevée une interrogation et une interrogation d'importance puisqu'elle est jugée déterminante pour « une bonne prise en charge » des plaies chroniques. Les médecins ne savent pas ce que contient la formation initiale des infirmiers. Ils se demandent si elle est bien complète, notamment si leur formation aborde les différents types de plaies chroniques et si elle leur enseigne les moyens non médicamenteux à mettre en place selon les plaies, point qui s'avère également à leurs yeux important pour la guérison. La question de la formation continue a également été posée. Elle est indispensable pour les médecins, elle l'est aussi pour les infirmiers, afin qu'ils puissent mettre à jour leurs connaissances.

4-3 Loi : enjeu et réalité

L'enjeu de cette loi de 2007 [25, 37] est d'arriver à une réduction des coûts pour l'assurance maladie et d'éviter aux patients d'avoir systématiquement recours aux médecins.

Elle doit permettre une valorisation du travail des infirmiers.

Elle est également une « mesure d'équité » entre infirmiers libéraux et infirmiers hospitaliers donnant ainsi une « égalité de moyens » puisque ces derniers utilisent et commandent eux-mêmes le matériel dont ils ont besoin selon les infirmiers (« Prescription infirmière (arrêté du 13.04.07) » SNPI [41]).

Enfin cette loi vise à permettre une simplification pour les professionnels de santé et pour les patients dans leur parcours médical. Cette loi peut aussi avoir pour effet de permettre un accès plus rapide aux soins pour le patient dans la mesure où les cabinets médicaux sont le plus souvent saturés.

Dans mon étude, les médecins disent que les infirmiers se sont appropriés ce droit de prescription. Ils ne semblent pas toujours connaître le champ exact de prescription des infirmiers, sans que cela soit limitant.

Mon étude conforte l'idée de la loi avec des résultats plus mitigés. Les médecins qui jugent que cette loi n'a rien changé au niveau de leur charge de travail, expliquent cela par le fait qu'ils voient peu de patients porteurs de plaies chroniques. Leurs patients avec des plaies chroniques sont souvent pluri-pathologiques.

Par rapport aux ambitions de la loi et à l'offre de soins en Eure-et-Loir, mon étude montre aussi qu'effectivement cette loi a permis de simplifier le renouvellement d'ordonnance. C'est une simplification pour les patients dans leur parcours médical d'après les médecins généralistes. Cette simplification est par contre moins franche pour les médecins généralistes, qui indiquent voir rarement des patients uniquement pour un problème isolé de plaies chroniques.

Les médecins interrogés dans le cadre de mon étude trouvent que cette loi valorise la profession d'infirmier.

Elle a peut-être également permis de faire des économies. Un médecin a dit ne plus prescrire ce qui pouvait l'être par les infirmiers « par souci d'économie ». Il semblerait que l'on évite cependant certaines redondances de consultations. Mais mon étude ne me permet pas de confirmer cet aspect avec certitude.

Par contre, les médecins sont en majorité d'accord avec le fait que cette loi permet de réagir plus vite et d'adapter les soins plus rapidement en cas de besoin car les infirmiers sont plus rapidement accessibles que les médecins. Le fait de ne pas attendre une consultation chez le médecin a peut-être permis de limiter l'inertie thérapeutique.

Cette loi se veut être aussi une réponse à la nécessité de pallier à la baisse de la démographie médicale. Elle se propose aussi d'éviter les inégalités à l'accès aux soins en favorisant la coopération entre les professionnels de santé.

Si l'on prend en compte la situation dans d'autres pays confrontés eux-aussi à une baisse du nombre de médecins et à une désertification des campagnes en particulier, on observe que certains se sont tournés vers la prescription infirmière. Dans certains pays, le droit de prescription des infirmiers a ainsi été adopté pour valoriser la profession et éviter l'émigration, comme en Pologne, à Chypre, en Irlande ou en République Tchèque (« Médecins-infirmiers : redistribution des rôles ? » de la revue *Prescrire* [35]). D'autres pays enfin cherchent à limiter par ce biais les coûts de santé, en particulier la Finlande.

La situation par rapport à la prescription infirmière est en Europe très variable d'un pays à l'autre. Dans certains pays, il n'existe pas de droit de prescription pour les infirmiers comme en Allemagne, en Belgique, en Italie, ou encore aux Pays-Bas (« Les règles de prescription pour les infirmières » [21] et « la prescription infirmière » de Guy Isambart [22], [28]). Le cas de l'Espagne est particulier (« Espagne : la force des choses. » de Cécile Castilla [12]), les infirmiers sont obligés de prescrire dans les zones les plus désertées médicalement alors qu'ils n'en ont pas le droit. En Angleterre (« Le parcours du patient en Angleterre » de Yann Lefeuvre [23] et « Regard sur les pratiques avancées et la prescription infirmière au Royaume-Uni » de Ghislaine Young [47]), il existe des infirmiers praticiens. Ces infirmiers ont fait une formation complémentaire pour travailler dans des cabinets médicaux et offrir des soins relevant de la médecine générale sous la supervision des médecins généralistes [42]. En Angleterre, le droit de prescription infirmière a été voté en 1992, et a été étendu sur le plan national en 1996-1997. Budgétée en 1999, la prescription infirmière est courante depuis 2004, suite à une législation

ayant pour but de diminuer le temps de travail de certains médecins. En Suède, depuis 1994, il existe un droit de prescription des infirmiers encadré et limité suivant une liste précise.

En France, de façon expérimentale, des groupes d'experts composés d'infirmiers et médecins spécialisés en plaies et cicatrisation travaillant à l'hôpital ou en groupe mobile ont été créés et ont fait le lien entre hôpital et ville, comme « les Plaies mobiles » à Paimpol ou à Montpellier (« Plaies et cicatrisation, nouvelle carte des soins » de Cécile Bontron [10]). On trouve des exemples de coopération de ce type entre infirmiers et médecins probablement dans de nombreuses villes en France [19].

En France, depuis 2007, ce mouvement et la prise en charge par les infirmiers de certains soins se développent et s'affinent puisqu'au CHU de Toulouse fin 2012 par exemple, une consultation infirmière en plaie et cicatrisation a été créée dans le service d'orthopédie avec des infirmiers titulaires d'un diplôme universitaire en plaie et cicatrisation (« La prescription, prolongement naturel du raisonnement clinique infirmier » de C. Blineau, C. Gestas et C. Llovet [9]). Cette expertise infirmière développée et acquise au cours de cette consultation a eu un impact positif auprès des chirurgiens qui confient de plus en plus de patients à ces infirmiers et qui prirent conseils auprès d'eux sur certaines plaies et sur la nécessité ou non d'adapter le protocole de soins. Si cette expertise a été reconnue localement, le regret de devoir alerter les médecins pour une contention, une décharge ou un drainage lymphatique a subsisté pour les infirmiers. La question de la reconnaissance du travail des infirmiers et du suivi des plaies par les infirmiers se pose donc toujours.

Autre exemple d'expérience, une infirmière spécialisée en plaie et cicatrisation espérait créer une consultation infirmière en plaie et cicatrisation pour les plaies tumorales à l'Institut Curie en janvier 2014 (« Expertise infirmière au service des soins de plaies » de Sylvie Warnet [44]). Cette consultation existe de fait aujourd'hui.

4-4 Des problèmes persistents

Mon étude montre que les médecins voient le droit de prescription donné aux infirmiers en 2007 comme une valorisation de l'activité des infirmiers. Ils disent que ce droit leur a donné plus de responsabilité et a ajouté une valeur supplémentaire à leur travail. Or, si on se réfère à la bibliographie, les infirmiers font ressortir encore un certain nombre de difficultés que la loi n'a pas résolu, comme la reconnaissance du travail infirmier qui passe par la rémunération et la formation des infirmiers.

L'appropriation de la prescription infirmière semble réelle et augmente progressivement (« Dispositifs médicaux prescrits par les infirmiers » Prescrire [36]). Une majorité des infirmiers utilisent ce droit de prescription.

Mais l'impossibilité pour les infirmiers de prescrire certains produits comme les antiseptiques alors qu'ils peuvent être nécessaires, l'absence d'une tarification spécifique (en particulier lors de consultation en plaie et cicatrisation) minimisent l'importance du rôle des infirmiers. Selon les articles publiés (« Le point sur la prescription infirmière » de Monique Montagnon [29], [45]), il ressort que le cadre limitatif et très encadré de l'arrêté de 2007 ne donne pas assez d'autonomie aux infirmiers, et ne leur permet pas de prendre d'initiatives, et ce faisant ne les pousse pas assez à s'investir dans une formation complémentaire, pourtant importante selon les médecins.

Il semble que deux points freinent encore nettement l'appropriation de la prescription infirmière par les infirmiers eux-mêmes : la tarification donc la reconnaissance du travail infirmier et la question de la formation initiale et continue qui entraîne une méfiance des médecins et parfois aussi un manque de confiance chez les infirmiers (« Prescription infirmière, une appropriation en cours » de Christophe Roman [39], « La consultation infirmière en plaies et cicatrisation » de L. Téot, S. Meaune et I. Fromantin [43], « La prescription à petites doses » de Joëlle Maraschin [26], [15], [27]).

Effectivement, dans mon étude, quelques médecins ont reconnu que pour réaliser les soins des plaies chroniques, les infirmiers étaient très peu rémunérés. En ce qui concerne la formation initiale et continue, certains médecins de mon étude remettaient en question la formation des infirmiers au sujet des plaies chroniques.

Pour pallier au fait que les infirmiers ne peuvent pas prescrire de produits antiseptiques pourtant nécessaires aux soins de pansements, un nouvel arrêté a été déposé en date du 21 février 2012 [16, 17, 38], en vue de modifier l'article L. 4311-1 du Code de la Santé Publique codifiant l'article 51 de la loi de 2007 [25, 14], pour y insérer un droit de prescription de solutions et produits antiseptiques pour les infirmiers. Cet arrêté n'ayant pas abouti car les travaux parlementaires ont été suspendus en raison des échéances électorales, une nouvelle proposition de loi en date du 14 octobre 2014 a été à nouveau déposée [33]. Pendant mes entretiens, certains médecins m'ont d'ailleurs fait part de leur incompréhension face à ce point. Ils regrettent que les infirmiers ne puissent pas prescrire des produits antiseptiques pourtant nécessaires pour leurs soins de pansements.

En 2012, 86% des prescriptions infirmières concernent les pansements et consommables pour pansements [36].

4-5 La communication et les relations entre infirmiers et médecins

Le point qui pose le plus problème aux médecins est la communication.

Ce partage de prescriptions entre infirmiers et médecins aurait pu modifier la communication entre eux or elle ne semble pas avoir évolué.

Elle est insuffisante selon les médecins puisque dans la plupart des cas, elle ne se fait qu'en cas de problèmes. Les échanges infirmiers/médecins se font soit par une communication directe soit par l'intermédiaire du patient lui-même, ce qui peut entraîner une certaine gêne pour le patient. Les carnets de suivi au domicile du patient, les photos ne semblent pas être utilisés en pratique. Les rendez-vous conjoints entre infirmier et médecin pourtant appréciés, sont difficiles à mettre en pratique étant donné les charges de travail et les spécificités d'activités respectives. Le téléphone reste le moyen le plus facile et le plus utilisé pour échanger pour tout le monde.

Il semble que les médecins aimeraient un peu plus de communication avec les infirmiers. Ils ont souvent par ailleurs du mal à se retirer du rôle d'expert et veulent rester informés de l'évolution des plaies. Pour beaucoup de médecins, le bon suivi d'une plaie chronique passe par des échanges et de l'intelligence entre infirmiers et médecins.

Une thèse réalisée en 2012 (Thèse de H. Binart Ecale de novembre 2012 « Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'information médicales entre

médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral » [8]), s'appuyant uniquement sur l'analyse de courriers et de mails entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé (médicaux ou paramédicaux), montre que la communication se fait par courriers plus ou moins détaillés selon l'interlocuteur et le sujet. Par exemple, il semblerait, selon cette étude, que les courriers pour les infirmiers sur les plaies chroniques étaient assez courts par manque de connaissance du médecin sur le sujet, selon ces derniers. Elle montre aussi que les médecins ont peu de temps à consacrer aux courriers. Cela demande du temps de rédiger un courrier bien complet.

Ce droit n'a pas modifié la qualité des relations entre les infirmiers et les médecins. Il semble que si les relations étaient bonnes déjà avant ce droit, cela est resté à l'identique et si à l'inverse les relations n'étaient pas satisfaisantes, ce droit n'a pas permis de les améliorer.

Au final, il existe peu de rencontres entre les infirmiers et les médecins. Il semble qu'il existe rarement de projets de soins communs entre infirmiers et médecins. La délégation de tâches est assumée chez certains médecins qui en sont très satisfaits, mais parfois elle est plutôt subie. La loi n'apporte aucune précision sur ce nouveau lien entre les infirmiers et les médecins: est-ce une mise en concurrence ou une complémentarité entre les deux ? Il existe donc un problème de rôle et de positionnement, qui n'est pas défini dans la loi. Certains médecins délèguent par choix et en sont satisfaits. D'autres cherchent à garder un regard sur le suivi, même si celui-ci n'est pas aussi important qu'ils le souhaiteraient. Une thèse réalisée en 2012 en Charente-Maritime (Thèse « Rôles de l'infirmière libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques. Enquêtes menées en Charente en 2009-2010 » de F. Noaillan [31]) a montré qu'il existait fréquemment un manque de communication entre les professionnels de santé et qu'il existait une mauvaise définition des rôles des infirmiers et des médecins avec une certaine insatisfaction réciproque. Dans cette thèse, les médecins généralistes se disaient satisfaits de la prise en charge des plaies chroniques par les infirmiers mais ils reprochaient déjà le manque d'information et souhaitaient rester le référent et ne pas tout déléguer aux infirmiers même si la délégation leur semblait importante. Les infirmiers de leur côté semblaient satisfaits aussi de leur place dans le suivi des plaies chroniques, conscients de leur rôle principal dans le suivi et l'adaptation du traitement et semblaient même vouloir s'impliquer davantage. Ils étaient ambivalents quant à la place du médecin : ils trouvaient qu'ils ne s'investissaient pas assez mais ne souhaitaient pas pour autant leur laisser occuper la place principale. En somme, chacun regrettait seulement qu'il n'y ait pas plus de communication.

Une rencontre formalisée avec le patient et ses soignants infirmier et médecin pourrait économiser du temps aux trois parties et limiter pour le patient la douleur des soins de pansements. Le risque d'iatrogénie, le risque septique sont toujours pris en compte par les médecins qui parfois préfèrent ne pas défaire les pansements pour ces raisons.

Dans mon étude, on remarque qu'il existe peu de critiques des médecins vis à vis des infirmiers qui semblent être des professionnels de santé de proximité bien connus et respectés pour leur travail. Il existe une prise en compte par les médecins de la qualité des pansements réalisés par les infirmiers, mais en cas de complication, les médecins peuvent reconnaître à d'autres confrères le rôle d'expertise.

Mes résultats montrent que pour la majorité des médecins, les pansements relèvent désormais aussi de la compétence des infirmiers.

Les médecins qui rencontrent moins ces pathologies pensent avoir moins de compétence pour les soins de pansements. On peut donc dire que pour eux, l'acceptation de ce droit est

souvent une acceptation non positive dans le sens où beaucoup l'acceptent parce qu'ils se sentent moins aptes que les infirmiers. Ils se prouvent ainsi qu'ils sont moins capables.

Il semble que la création de maisons de santé pluridisciplinaires permet d'améliorer le dialogue et de créer des échanges entre infirmiers et médecins. Lors de mes entretiens, un médecin était investi dans la création d'une maison de santé et rapportait que cela lui avait permis de créer un dialogue avec les infirmiers qui n'existait quasiment pas pour lui avant.

Les maisons de santé, qui permettent de regrouper des professions médicales et paramédicales avec un projet de soins communs, pourraient avoir, entre autres objectifs clairement définis, le suivi des plaies chroniques et permettre ainsi une réelle collaboration infirmiers/médecins.

4-6 Mon étude contredit la littérature

Mon étude met toutefois en évidence un point de contradiction : en avril 2007 [4, 35], les médecins qui étaient contre la prescription médicamenteuse des infirmiers, et même contre la prescription des pansements hydrocolloïdes par les infirmiers, l'étaient par crainte entre autres que le patient se passe du médecin traitant à l'heure où la coordination des soins a été mise au centre du parcours de soins. Ils l'étaient aussi pour un problème de responsabilité non clairement définie.

Il est vrai que dans la loi, il existe des conditions aux droits de prescription des infirmiers en plus de la liste prédéfinie de ce qu'ils peuvent prescrire. Ils peuvent prescrire certains produits ou dispositifs médicaux sous réserve de remplir trois conditions : agir pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers, agir dans le cadre de sa compétence, et sans indication contraire du médecin. Et pour quelques autres dispositifs médicaux (comme les pansements), l'infirmier doit au préalable informer le médecin traitant du patient. Mais la loi ne précise effectivement pas quelle responsabilité est engagée si jamais il y avait un problème : l'infirmier pour avoir prescrit ou le médecin pour avoir laissé faire ? [25, 2, 3, 6, 34]

Dans le cadre de mon étude, aucun médecin n'a pourtant exprimé le fait qu'il avait l'impression que les patients ne se passaient d'eux. Les patients qui ont des plaies chroniques, disent-ils, sont souvent des patients pluri-pathologiques qu'ils doivent voir de toute façon régulièrement (ce point est en contradiction avec les craintes évoquées en avril 2007 [4]). De même, aucun médecin n'a parlé de doute ou d'inquiétude sur la responsabilité engagée.

Toutefois, la méconnaissance des médecins quant aux champs exacts de prescriptions des infirmiers peut susciter dans les faits des interrogations sur les responsabilités engagées d'autant plus lorsque les médecins rapportent que les infirmiers ne les informent pas systématiquement lorsqu'ils changent les protocoles de soins.

4-7 Perspectives et ouverture

Lors de mon enquête, un médecin a fait part de son avis selon lequel la loi de 2007 n'est pas allée jusqu'au bout. Pour lui, en donnant aux infirmiers le droit de prescription dans le cadre du suivi des plaies chroniques, on devrait leur accorder la responsabilité entière du suivi. Il se pose la question des difficultés pour le médecin de ré-intervenir en cas de complication d'autant

plus qu'une pratique insuffisante et un désinvestissement des médecins pour ce champ de soins pourraient diminuer sa compétence. Selon ce médecin, la loi aurait pu considérer que les infirmiers pourraient, en cas de complication, adresser les patients à des infirmiers ou à des médecins spécialisés. Ce même médecin évoque une frustration pour les deux parties : pour l'infirmier, en ré-adressant au médecin alors qu'il gérait la plaie depuis le début et pour le médecin qui, n'ayant pas suivi la prise en charge, doit assumer la complication.

Faudrait-il modifier la loi pour permettre aux infirmiers de prendre en charge totalement les plaies chroniques ?

Face à certains infirmiers qui semblent estimer qu'ils n'ont pas les compétences suffisantes pour aller plus loin et devant des médecins soucieux de garder leurs prérogatives professionnelles, des pistes de réflexion sont proposées comme la création de nouveaux métiers, entre infirmiers et médecins [26], grâce à une formation supplémentaire adaptée. Cela permettrait aux médecins de faire ce pourquoi ils sont formés et les autres professionnels de santé auraient des perspectives d'évolution de carrières (« Délégation de tâches, nouveaux métiers : l'enjeu crucial de la formation » de Berland Y, Cannasse S [11], [15]).

Une autre piste possible est la télémédecine. La télémédecine pourrait être une solution au problème de démographie médicale et potentiellement une source d'économies de santé, même s'il existe des réticences de la part des médecins généralistes, hormis pour certains domaines de la télémédecine qui semblent bien accueillis, comme le téléconseil ou la téléexpertise. En ce qui concerne les plaies chroniques, la télésurveillance et la téléexpertise pourraient être envisageables (Thèse de A. Bidault Diallo en mai 2013 « Télémédecine et dossier médical personnel : perceptions et attentes des médecins généralistes » [7] et thèse de juin 2012 de G. Liberge « Évaluer les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques, et l'intérêt d'un outil de télémédecine dans cette prise en charge » [24]).

Il existe notamment en France un logiciel « Covotem » de télémédecine. Ce logiciel est mis à la disposition des médecins de la région Centre depuis début 2016. Ce logiciel pourrait apporter une aide dans la prise en charge des plaies chroniques. Ce logiciel est réservé pour le moment à la profession médicale. Étendre son usage à la profession paramédicale serait peut-être intéressant pour favoriser les échanges entre les différents professionnels de santé ?

Les professions de médecin et d'infirmier semblent évoluer en parallèle. La communication entre les deux professions est déficiente sans partage des connaissances et des compétences.

Il apparaît qu'il manque à la formation des professionnels de santé un apprentissage à travailler ensemble et à communiquer pour pouvoir soigner collectivement au mieux. Peut-être que des formations interprofessionnelles pourraient améliorer cette situation.

La rémunération ayant un caractère incitatif, on pourrait par exemple rémunérer infirmiers et médecins pour des temps de rencontre afin de leur permettre de discuter d'un patient et de ses plaies entre autres. Cela pourrait favoriser le dialogue entre infirmiers et médecins et développer les projets de soins communs.

5- Conclusion

Pour les médecins généralistes de mon étude, la prise en charge des plaies chroniques a changé depuis ce droit de prescription des infirmiers de 2007. Certains médecins sont très satisfaits de ce droit car ils jugent les infirmiers plus aptes à suivre et prendre en charge les plaies chroniques qu'eux, et pour eux ce droit a ainsi permis de diminuer leur charge de travail. D'autres médecins ont un avis plus mitigé sur ce droit : ce droit a permis de faciliter un peu leur travail mais ils se posent la question de la formation des infirmiers et souhaiteraient être mieux informés de l'évolution des plaies chroniques de leurs patients. Quelques médecins sont insatisfaits de ce droit, car la loi, pour eux, n'est pas suffisamment claire en particulier sur la place et le rôle de chacun (infirmiers et médecins) et donc sur qui a la charge de gérer et de suivre les plaies chroniques.

Il reste malgré tout pour les médecins généralistes des points à améliorer.

Le problème de la formation des infirmiers comme des médecins est un élément essentiel selon ces derniers. La formation initiale et continue se doit d'être complète pour que la prise en charge des plaies chroniques soit correcte.

Il existe également, selon les médecins, un souci de reconnaissance de cette compétence infirmière qui se doit de passer par une valorisation de leur rémunération.

La communication a également été de nombreuses fois source d'insatisfaction pour les médecins lors de mes entretiens. Beaucoup pensent que la communication doit être améliorée et qu'elle n'est actuellement pas suffisante pour une bonne prise en charge. Des formations communes pendant nos études et des temps de réunion communs rémunérés par la suite pour discuter des patients pourraient être des pistes de réflexion pour améliorer cette communication entre infirmiers et médecins.

Si on se rapporte à la loi, celle-ci ne précise pas en effet le rôle et le positionnement de chacun, infirmier et médecin, vis à vis du suivi des plaies chroniques. Est-ce l'infirmier qui gère seul le suivi et fait appel aux médecins en cas de besoin ? Comment le médecin peut-il suivre des plaies chroniques lorsque les infirmiers peuvent modifier sa prise en charge ? La question de la responsabilité engagée n'est pas claire non plus. Ces points-là n'ont pas été soulevés par les médecins.

En conséquence, la communication est effectivement essentielle à une bonne prise en charge des patients ayant des plaies chroniques.

Il serait intéressant d'avoir également l'avis des infirmiers sur ce droit.

Ce travail soulève également des problématiques qui peuvent être partagées à l'occasion de futures nouvelles délégations de soins.

La délégation de prescription aux infirmiers est en phase de développement dans d'autres champs de la médecine. Cette étude est intéressante pour comprendre les freins éventuels et l'engagement des médecins généralistes dans ce type de système.

En se référant à l'organisation des soins dans d'autres pays, d'autres délégations de tâches vont peut-être se développer, en particulier du fait du déploiement des maisons de santé et de la redistribution de l'offre de soins.

ANNEXES

ANNEXE I : Cas clinique

Vous suivez Mme X, 72 ans, qui a un ulcère veineux évoluant depuis maintenant 4 mois. Vous l'avez vue régulièrement en consultation et vous avez été amené à lui prescrire des pansements et des soins qui sont réalisés par le cabinet infirmier. L'infirmier a refait le pansement le matin même et a dit à la patiente qu'il n'y avait pas d'évolution de la cicatrisation de l'ulcère. En effet, vous trouvez la plaie fibrineuse et vous constatez aussi qu'elle n'a pas changé depuis votre dernière consultation. Mme X vous signale que ce matin l'infirmier a appliqué un nouveau hydrocolloïde qu'il a prescrit lui-même.

ANNEXE II : Trame d'entretien

F ou H :

Exercice urbain ou rural :

Depuis quand êtes-vous installé ?

Type d'exercice :

Je suis étudiante en médecine générale et fais ma thèse sur les plaies chroniques des membres inférieurs.

Les médecins généralistes suivent des plaies chroniques dans leur pratique.

Je vais commencer par vous présenter un cas clinique :

Vous suivez Mme X, 72 ans, qui a un ulcère veineux évoluant depuis maintenant 4 mois. Vous l'avez vue régulièrement en consultation et vous avez été amené à lui prescrire des pansements et des soins qui sont réalisés par le cabinet infirmier. L'infirmier a refait le pansement le matin même et a dit à la patiente qu'il n'y avait pas d'évolution de la cicatrisation de l'ulcère. En effet, vous trouvez la plaie fibrineuse et vous constatez aussi qu'elle n'a pas changé depuis votre dernière consultation. Mme X vous signale que ce matin l'infirmier a appliqué un nouveau hydrocolloïde qu'il a prescrit lui-même.

Que pensez-vous de cette situation ?

Vous est-il déjà arrivé qu'un infirmier ait modifié votre protocole de soins et les pansements ?

Comment cela s'est-il passé ? (Les infirmiers vous en ont-ils informé ? L'avez-vous appris, comme dans le cas clinique, par le patient ?)

1/ Loi de 2007

1. Avez-vous été informé que les infirmiers peuvent prescrire des pansements et des articles pour pansement depuis 2007 ?
2. Vous a-t-on informé de leur champ de prescription ?

2/ Prescription

1. Que pensez-vous du droit de prescription des pansements accordé aux infirmiers ?
2. Faites-vous toujours le renouvellement des ordonnances de pansements ?
Les infirmiers avec qui vous travaillez, renouvellent-ils eux-mêmes vos ordonnances de pansement ?
3. Les infirmiers modifient-ils vos prescriptions de soins et de pansements de plaies chroniques?
Qu'en pensez-vous ? Vous en informent-ils ? L'avez-vous appris, comme dans le cas clinique, par le patient ?
4. Vous a-t-on déjà sollicité pour prescrire un écho-doppler veineux ou artériel par une infirmière qui a pris en charge une plaie chronique d'un de vos patients ?

3/ Relation avec les infirmiers et communication

1. Comment se déroule le suivi d'une plaie chronique d'un de vos patients avec les infirmiers actuellement ?
2. Avez-vous des échanges d'informations ? Et comment cela se passe-t-il ?
*Quelles informations transmettez-vous aux infirmiers ? Et inversement quelles informations les infirmiers vous transmettent-ils ?
Parlez-vous d'autres choses ? Échanges décentrés de la plaie ? Étiologie de la plaie ? Les suites envisagées ?
Comment communiquez-vous avec les infirmiers en charge du patient ? Par rédaction d'une ordonnance ? Par téléphone ? Qui appelle le plus souvent ? L'infirmier ou vous ? Arrive-t-il que les infirmiers vous appellent ? Par courrier ? Par un carnet de suivi ?
Avez-vous des occasions d'être présent lors des soins ? Au domicile du patient ? Au cabinet infirmier ? Ou au vôtre ?*
3. Est-ce que vous voyez régulièrement les pansements des plaies chroniques ?
4. Depuis que les infirmiers ont le droit de prescrire, estimez-vous que vos relations avec les professionnels de santé aient changées ?

4/ Avis des MG

1. A votre avis, qu'apporte ce droit de prescription aux patients ?
Pensez-vous que l'évolution des plaies chroniques de vos patients a été modifiée par ce droit de prescription des infirmiers ?
2. A votre avis, qu'apporte ce droit de prescription aux infirmiers ?
3. A votre avis, qu'apporte ce droit de prescription aux médecins ?
Qu'est-ce que ce droit de prescription vous apporte ? A changé pour vous ?
Ce droit de prescription modifie-t-il votre charge de travail ?
Ce droit de prescription modifie-t-il votre exercice professionnel ?
Est-ce que les prescriptions par les infirmiers facilitent ou compliquent votre exercice ? Quelles sont les conséquences sur votre quantité/votre charge de travail ?

ANNEXE III : Article 51 de la loi du 21 décembre 2006

Article L4311-1

Modifié par [Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 51 JORF 22 décembre 2006](#)

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

Liens relatifs à cet article

Cité par :

- [Décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 - art. 60 \(Ab\)](#)
- [Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 131 \(Ab\)](#)
- [Décret n°2009-553 du 15 mai 2009 - art. D541-2, v. init.](#)
- [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 88, v. init.](#)
- [Arrêté du 25 mai 2010 - art. 2, v. init.](#)
- [Décret n°2012-35 du 10 janvier 2012 - art. 1, v. init.](#)
- [Décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 - art. 1, v. init.](#)
- [Arrêté du 20 mars 2012 - art. 1 \(V\)](#)

[Décret n°2012-706 du 7 mai 2012 - art. 7, v. init.](#)
[Décret n°2012-762 du 9 mai 2012 - art. 2 \(V\)](#)
[Décret n°2012-1420 du 18 décembre 2012 - art. 2 \(VD\)](#)
[Arrêté du 1er août 2016 - art. \(VD\)](#)
[Arrêté du 1er août 2016 - art. \(VD\)](#)
[Code de l'éducation - art. D541-2 \(V\)](#)
[Code de la santé publique - art. D4311-15-1 \(V\)](#)
[Code de la santé publique - art. L3511-10 \(Ab\)](#)
[Code de la santé publique - art. L4011-1 \(V\)](#)
[Code de la santé publique - art. L4423-3 \(V\)](#)
[Code de la santé publique - art. R4312-1 \(V\)](#)
[Code de la santé publique - art. R4312-3 \(V\)](#)
[Code de la santé publique - art. R5132-6 \(V\)](#)
[Code de la santé publique - art. R5134-4-1 \(V\)](#)
[Code de la sécurité sociale. - art. L162-16 \(V\)](#)
[Code de la sécurité sociale. - art. R147-8 \(V\)](#)
[Code de la sécurité sociale. - art. R165-1 \(V\)](#)
[Code du travail - art. R4623-31 \(V\)](#)
[Code rural et de la pêche maritime - art. R712-52-9 \(VD\)](#)
[Code rural et de la pêche maritime - art. R717-52-10 \(VD\)](#)

Codifié par :

[Ordonnance 2000-548 2000-06-15](#)
[Loi 2002-303 2002-03-04 art. 92 JORF 5 mars 2002](#)

Anciens textes :

[Code de la santé publique - art. L473 \(Ab\)](#)
[Code de la santé publique - art. L473 \(Ab\)](#)

ANNEXE IV : Arrêté du 13 avril 2007

Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire

NOR: SANS0721552A

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2007/4/13/SANS0721552A/jo/texte>

Version initiale

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4311-1,
Arrête :

Article 1

I. - A l'exclusion du petit matériel nécessaire à la réalisation de l'acte facturé, les infirmiers sont autorisés, lorsqu'ils agissent pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers et dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire aux patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux suivants :

1. Articles pour pansement :

- compresses stériles ou non ;
- filet tubulaire de maintien des pansements élastique ou non ;
- jersey tubulaire de maintien des pansements élastique ou non ;
- bandes de crêpe et de maintien : coton, laine, extensible ;
- coton hydrophile, gaze et ouate ;
- sparadraps élastique et non élastique ;

2. Cerceaux pour lit de malade ;

3. Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital :

- étui pénien, joint et raccord ;
- plat bassin et urinal ;
- dispositifs médicaux et accessoires communs pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés : poches, raccord, filtre, tampon, supports avec ou sans anneau de gomme, ceinture, clamp, pâte pour protection péristomiale, ceinture, tampon absorbant, bouchon de matières fécales, ceinture, collecteur d'urines ;
- dispositifs pour colostomisés pratiquant l'irrigation ;
- nécessaire pour irrigation colique ;
- sondes vésicales pour autosondage et hétérosondage ;

4. Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile :

a) Appareils et accessoires pour perfusion à domicile :

- appareil à perfusion stérile non réutilisable ;
- panier de perfusion ;
- perfuseur de précision ;
- accessoires à usage unique de remplissage du perfuseur ou du diffuseur portable ;
- accessoires à usage unique pour pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de cathéter implantable : aiguille épicroânienne, cathéter périphérique, prolongateur, robinet à trois voies, bouchon Luer Lock, adhésif transparent ;

b) Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnelisé :

- aiguilles nécessaires à l'utilisation de la chambre à cathéter implantable ;
- aiguille, adhésif transparent, prolongateur, robinet à trois voies ;

c) Accessoires stériles, non réutilisables, pour hépariner : seringues ou aiguilles adaptées, prolongateur, robinet à 3 voies ;

d) Pieds et potences à sérum à roulettes.

II. - Par ailleurs, peuvent également être prescrits dans les mêmes conditions qu'au I, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par leur patient, les dispositifs médicaux suivants :

1. Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres en mousse de haute résilience type gaufré ;

2. Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc ;
3. Pansements hydrocolloïde, hydrocellulaire, en polyuréthane, hydrofibre, hydrogel, siliconés;
4. Pansements d'alginate, à base de charbon actif, vaselinés, à base d'acide hyaluronique ;
5. Sonde naso-gastrique ou naso-entérale pour nutrition entérale à domicile ;
6. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, bas de contention ;
7. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, accessoires pour lecteur de glycémie et autopiqueurs : aiguilles, bandelettes, lancettes, aiguille adaptable au stylo injecteur non réutilisable et stérile.

Article 2

Le directeur général de la santé, la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 13 avril 2007.

Philippe Bas

ANNEXE V : Arrêté du 20 mars 2012

JORF n°0077 du 30 mars 2012 page 5768
texte n° 34

Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire

NOR: ETSH1208335A

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/3/20/ETSH1208335A/jo/texte>

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé,

Vu le [code de la santé publique](#), notamment son article L. 4311-1 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 7 mars 2012,

Arrête :

Article 1

En application de l'[article L. 4311-1 du code de la santé publique](#), les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, sont autorisés à prescrire à leurs patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux :

— inscrits sous une ligne générique ou un nom de marque et appartenant à une catégorie visée par l'article 2 du présent arrêté, sauf mention contraire, sur la liste prévue à l'[article L. 165-1 \(LPP\) du code de la sécurité sociale](#) ;

— correspondant à une combinaison (set) de plusieurs produits inscrits sur la liste prévue à l'[article L. 165-1 \(LPP\) du code de la sécurité sociale](#) et appartenant à l'une des catégories visées dans l'article 2.

Les sets qui comprennent au moins un produit n'appartenant pas à l'une des catégories visées dans l'article 2 ne peuvent pas être prescrits par les infirmiers.

Article 2

I. — A l'exclusion du petit matériel nécessaire à la réalisation de l'acte facturé, les infirmiers sont autorisés, lorsqu'ils agissent pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers et dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire aux patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux suivants :

1. Articles pour pansement :

- pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée ;
- compresses stériles (de coton hydrophile) à bords adhésifs ;
- compresses stériles de coton hydrophile non adhérente ;
- pansements et compresses stériles absorbants non adhérents pour plaies productives ;
- compresses stériles non tissées ;
- compresses stériles de gaze hydrophile ;
- gaze hydrophile non stérile ;
- compresses de gaze hydrophile non stériles et non tissées non stériles ;
- coton hydrophile non stérile ;
- ouate de cellulose chirurgicale ;
- sparadraps élastiques et non élastiques ;
- filets et jerseys tubulaires ;
- bandes de crêpe en coton avec ou sans présence d'élastomère ;
- bandes extensibles tissées ou tricotées ;
- bandes de crêpe en laine ;
- films adhésifs semi-perméables stériles ;
- sets pour plaies.

2. Cerceaux pour lit de malade.

3. Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital :

- étui pénien, joint et raccord ;
- plat bassin et urinal ;
- dispositifs médicaux et accessoires communs pour incontинents urinaires, fécaux et stomisés : poches, raccord, filtre, tampon, supports avec ou sans anneau de gomme, ceinture, clamp, pâte pour protection péristomiale, tampon absorbant, bouchon de matières fécales, collecteur d'urines et de matières fécales ;
- dispositifs pour colostomisés pratiquant l'irrigation ;
- nécessaire pour irrigation colique ;
- sondes vésicales pour autosondage et hétérosondage.

4. Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile :

a) Appareils et accessoires pour perfusion à domicile :

- appareil à perfusion stérile non réutilisable ;
- panier de perfusion ;
- perfuseur de précision ;
- accessoires à usage unique de remplissage du perfuseur ou du diffuseur portable ;

— accessoires à usage unique pour pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de cathéter implantable ;

b) Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnelisé :

— aiguilles nécessaires à l'utilisation de la chambre à cathéter implantable ;

— aiguille, adhésif transparent, prolongateur, robinet à trois voies ;

c) Accessoires stériles, non réutilisables, pour hépariner : seringues ou aiguilles adaptées, prolongateur, robinet à 3 voies ;

d) Pieds et potences à sérum à roulettes.

II. — Par ailleurs, peuvent également être prescrits dans les mêmes conditions qu'au I, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par leur patient, les dispositifs médicaux suivants :

1. Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres en mousse avec découpe en forme de gaufrier.

2. Coussin d'aide à la prévention des escarres :

— coussins à air statique ;

— coussins en mousse structurée formés de modules amovibles ;

— coussins en gel ;

— coussins en mousse et gel.

3. Pansements :

— hydrocolloïdes ;

— hydrocellulaires ;

— alginates ;

— hydrogels ;

— en fibres de carboxyméthylcellulose (CMC) ;

— à base de charbon actif ;

— à base d'acide hyaluronique seul ;

— interfaces (y compris les silicones et ceux à base de carboxyméthylcellulose [CMC]) ;

— pansements vaselinés.

4. Sonde naso-gastrique ou naso-entérale pour nutrition entérale à domicile.

5. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, orthèses élastiques de contention des membres :

— bas (jarret, cuisse) ;

— chaussettes et suppléments associés.

6. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, accessoires pour lecteur de glycémie :

— lancettes ;

— bandelettes d'autosurveillance glycémique ;

— autopiqueurs à usage unique ;

— seringues avec aiguilles pour autotraitement ;

— aiguilles non réutilisables pour stylo injecteur ;

— ensemble stérile non réutilisable (aiguilles et réservoir) ;

— embout perforateur stérile.

Article 3

L'arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire est abrogé.

Article 4

La directrice générale de l'offre de soins, le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 20 mars 2012.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général
de la santé,
J.-Y. Grall

La directrice générale
de l'offre de soins,
A. Podeur

Le directeur
de la sécurité sociale,
T. Fatome

BIBLIOGRAPHIE

1. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A., Imbert P., Letrilliart L. et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; Vol 19.N°84: p142-5
2. Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. Legifrance. www.legifrance.gouv.fr. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000021786720>
3. Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. Legifrance. www.legifrance.gouv.fr. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BC2E49E533699D450EEDFC E0FE1A03BA.tpdjo06v_1?cidTexte=JORFTEXT000025592708&dateTexte=20150115
4. Benaderette S. Prescription infirmière en libéral, les médecins sont « pour ». Soins. avril 2007;52(n°714):p 16
5. Benaderette S. Coopération entre professions de santé, l'entente infirmiers-médecins. Soins. Septembre 2009;(n°738). p5-6
6. Berlioz Pilot S. La prescription infirmière en pratique. La Revue de l'Infirmière. février 2010;(n°157):p 30-32
7. Bidault Diallo A. Télémédecine et dossier médical personnel : perceptions et attentes des médecins généralistes. Thèse de Médecine Générale. Université d'Angers. 30 mai 2013
8. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Thèse de Médecine Générale. Université Paris-Nord Bobigny. 30 novembre 2012
9. Blineau C., Gestas C., Llovet C. La prescription, prolongement naturel du raisonnement clinique infirmier. Formation infirmière et cadre de santé - Hors-série. juin 2014
10. Bontron C. Plaies et cicatrisation : nouvelle carte des soins. Infirmière magazine. 15 janvier 2013;(n°315):p 18-19
11. Cannasse S. Délégation de tâches, nouveaux métiers : l'enjeu crucial de la formation. Entretien avec Berland Y. [Internet]. Mai 2007. Disponible sur : <http://www.carnetsdesante.fr/Berland-Yvon>
12. Castilla C. Espagne : la force des choses. Infirmière magazine. février 2007;(n°224)
13. Chaby G., Vaneau M., Senet P., Guillot B., Chosidow O., et le groupe de travail pansements de la HAS (Haute Autorité de Santé). Rapport de la Haute Autorité de santé sur la révision des pansements dans les plaies aiguës et chroniques. Pourquoi ? Comment ? Principaux résultats et conséquences pratiques. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Elsevier Masson. 2008

14. Code de la santé publique - Article L4311-1. Code de la santé publique. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5DD8FD9EB42E5E648617C0CAD4799B13.tpdila17v_2?idArticle=LEGIARTI000006689209&cidTexte=LEGI TEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20061221
15. Delléa D. Transfert de compétences de médecins vers infirmiers : la problématique de la formation. [Internet]. juin 2013. Disponible sur : <http://www.carnetsdesante.fr/Transfert-de-competences-de>
16. Droit de prescription des infirmiers, 14^e législature. Sénat. Question écrite n°01783 de M. Francis Delattre publiée dans le JO Sénat du 13/09/12 p1961 et Réponse du Ministère des affaires sociales et de la santé publiée dans le JO Sénat du 08/11/12 p2531. 2012. Disponible sur : <http://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ120901783.html>
17. Élargissement du droit de prescription des infirmiers aux solutions et produits antiseptiques en vente libre, 14^e législature. Sénat. Question écrite n°00662 de M. Bruno Gilles publiée dans le JO Sénat du 12/07/12 p1523 et Réponse du Ministère des affaires sociales et de la santé publiée dans le JO Sénat du 08/11/12 p2531. 2012. Disponible sur: <http://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ120700662.html>
18. Enquête – Infirmières Libérales. Si les médecins généralistes déléguaient aux infirmières. Revue de l’Infirmière. mai 2003;(n°91):p 42-44
19. Fabregas B. Coopérations interprofessionnelles : explications [Internet]. octobre 2014. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/cooperations-interprofessionnelles/cooperations-interprofessionnelles.html>
20. Haute Autorité de Santé. Les pansements, indications et utilisations recommandées - synthèse. HAS. avril 2011
21. Isambart G. Les règles de prescription pour les infirmières [Internet]. 31 mars 2009 mis à jour le 4 juin 2015. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ide-liberale/les-regles-de-prescription-pour-les-infirmieres.html>
22. Isambart G. La prescription infirmière [Internet]. 6 décembre 2006 mise à jour le 27 avril 2011. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/la-prescription-infirmiere.html>
23. Lefeuvre Y. Soins primaires en Grande-Bretagne – le travail en équipe. Le parcours du patient en Angleterre. La Revue Prescrire. Avril 2009/Tome 29. N°306. p304-306
24. Liberge G. Évaluer les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques, et l’intérêt d’un outil de télé-médecine dans cette prise en charge. Thèse de Médecine Générale. Université de Nantes. 14 juin 2012
25. Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Legifrance. www.legifrance.gouv.fr. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000817095>

26. Maraschin J. La prescription à petites doses. Infirmière magazine. février 2007;(n°224):p 24-28
27. Marques A. Coopération, pas sans reconnaissance. Infirmière magazine. 15 janvier 2013;(n°315)
28. Martinez-Villen G. Prise en charge des plaies à travers l'Europe. Soins. juin 2005;(n°696):p 34-35
29. Montagnon M. Le point sur la prescription infirmière. Spécial formation infirmière et cadre de santé - Hors-série. juin 2014
30. Mukamurera J., Lacourse F., Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Recherche qualitative. Vol26(1),2006, pp. 110-138. ISSN 1715-8705. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
31. Noaillan F. Rôle de l'infirmière libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques. Enquêtes menées en Charente en 2009-2010. Thèse de Médecine Générale. Université de Poitiers. 11 septembre 2012
32. Paille P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique, n°23, 1994, p. 147-181. URI : <http://id.erudit.org/iderudit/1002253ar>
33. Perrut B. Proposition de loi visant à étendre le droit de prescription des infirmiers. N° 2289 Assemblée Nationale, Constitution du 4 octobre 1958, quatorzième législature. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2014
34. Pitcho B. La prescription infirmière dans ses aspects formels et juridiques. Formation infirmière et cadre de santé - Hors-série. juin 2014
35. Prescrire. Médecins – infirmiers : redistribution des rôles ? La Revue Prescrire. Août 2012/Tome 32. N°346. P 602-605
36. Prescrire. Dispositifs médicaux prescrits par les infirmiers. La Revue Prescrire. Avril 2014/Tome 34. N°366. p 305
37. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. République Française. Ministère de la santé et des solidarités. NOR : SANX0600163L/B1
38. Rohfritsch S. Proposition de loi relative au droit de prescription des infirmiers. N° 187 Assemblée Nationale, Constitution du 4 octobre 1958, quatorzième législature. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 septembre 2012
39. Roman C. Prescription infirmière, une appropriation en cours. Spécial formation infirmière et cadre de santé. juin 2014
40. SFFPC [Internet]. Disponible sur : <http://www.sffpc.org/>

41. SNPI (Syndicat National des Professionnels Infirmiers). Prescription infirmière (arrêté du 13.04.07). [Internet]. 23 février 2008. Disponible sur : <http://www.syndicat-infirmier.com/Prescription-infirmiere-arrete-du.html>
42. Speed S, Luker KA. Getting a visit: How district nurses and general practitioners « organise » each other in primary care. *Sociology of Health & Illness*. 2006;28(n°7):p 883-902.
43. Téot L, Meaume S, Fromantin I. La consultation infirmière en plaies et cicatrisation. *Soins*. avril 2012;57(n°764):p 17-19
44. Warnet S. Expertise infirmière au service des soins de plaies. *La revue de l'infirmière*. janvier 2014;(N°197):p30
45. Watremetz L. Politique de santé - Les infirmiers plébiscitent l'élargissement du droit de prescription dans une enquête de l'ONI. *Hospimedia* [Internet]. 2015. Disponible sur : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20150212-politique-de-sante-les-infirmiers-plebiscitent-l-elargissement>
46. www.cicatrisation.info [Internet]. Disponible sur : <http://www.cicatrisation.info/>
47. Young G. Regard sur les pratiques avancées et la prescription infirmière au Royaume-Uni. Spécial formation infirmière et cadre de santé. juin 2014

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS**

RESUME

Introduction : L'objectif de cette thèse est de savoir ce que pensent les médecins généralistes du droit de prescription de pansements accordé aux infirmiers en 2007 et dans quelle mesure ce droit a modifié, selon eux, leur prise en charge des plaies chroniques.

Matériel et méthode : Étude qualitative avec douze entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes du département d'Eure-et-Loir, réalisés entre mai et décembre 2015.

Résultats : La plupart des médecins ne connaissent pas le champ de prescription des infirmiers. Des médecins restent prescripteurs de pansements. Ils déclarent que les infirmiers modifient souvent leurs protocoles de soins et ils en sont rarement informés. Des praticiens prescrivent quand les infirmiers ne sont pas autorisés à prescrire, dans une relation de confiance ou de façon subie. La plupart des médecins ne regardent plus les plaies chroniques de leurs patients. Ce droit reste un confort pour tous, y compris pour les patients, selon les médecins.

Conclusion : Les médecins sont pour la plupart satisfaits du droit de prescription de pansements des infirmiers. Ils font parfois référence à leur surcharge de travail. Des médecins estiment que les infirmiers sont plus compétents pour prendre en charge les plaies chroniques, tout en mettant en avant la nécessité d'une formation initiale exhaustive et continue des infirmiers pour ces pathologies. Le manque de communication entre professionnels de santé est un problème pour les médecins. Le partage des tâches, le « travailler ensemble » et la responsabilité engagée ne sont pas clairement définis par la loi.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

DAMY Anne-Laure

63 pages – 1 tableau

Résumé :

Introduction : L'objectif de cette thèse est de savoir ce que pensent les médecins généralistes du droit de prescription de pansements accordé aux infirmiers en 2007 et dans quelle mesure ce droit a modifié, selon eux, leur prise en charge des plaies chroniques.

Matériel et méthode : Étude qualitative avec douze entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes du département d'Eure-et-Loir, réalisés entre mai et décembre 2015.

Résultats : La plupart des médecins ne connaissent pas le champ de prescription des infirmiers. Des médecins restent prescripteurs de pansements. Ils déclarent que les infirmiers modifient souvent leurs protocoles de soins et ils en sont rarement informés. Des praticiens prescrivent quand les infirmiers ne sont pas autorisés à prescrire, dans une relation de confiance ou de façon subie. La plupart des médecins ne regardent plus les plaies chroniques de leurs patients. Ce droit reste un confort pour tous, y compris pour les patients, selon les médecins.

Conclusion : Les médecins sont pour la plupart satisfaits du droit de prescription de pansements des infirmiers. Ils font parfois référence à leur surcharge de travail. Des médecins estiment que les infirmiers sont plus compétents pour prendre en charge les plaies chroniques, tout en mettant en avant la nécessité d'une formation initiale exhaustive et continue des infirmiers pour ces pathologies. Le manque de communication entre professionnels de santé est un problème pour les médecins. Le partage des tâches, le « travailler ensemble » et la responsabilité engagée ne sont pas clairement définis par la loi.

Mots clés :

- Médecine générale
- Droit de prescription
- Infirmier
- Plaie chronique

Jury :

Président de Jury : Monsieur le Professeur LEBEAU Jean-Pierre

Membres du jury : Monsieur le Professeur MACHET Laurent

Monsieur le Professeur RUSCH Emmanuel

Monsieur le Docteur RUIZ Christophe

Date de la soutenance : 22/09/2016