

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Opinion des médecins généralistes sur l'accompagnement des patients par
les infirmiers ambulatoires durant le début de la crise du Covid dans le
Douaisis**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 10 Novembre 2022 à 14H00
au Pôle Formation
par **Pierre-Louis COQUELLE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur :

Monsieur le Docteur Gilles ROESCH

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	7
Liste des figures.....	8
RESUME.....	9
INTRODUCTION.....	10
I) <u>Généralités sur la pandémie SARS-CoV-2</u>	11
II) <u>La coordination des soins</u>	12
III) <u>Création d'un nouveau métier : les IPA</u>	17
IV) <u>Objectif de l'étude</u>	20
MATERIEL et METHODES.....	21
I) <u>Type d'étude</u>	21
II) <u>Population étudiée</u>	22
III) <u>Mode de recrutement</u>	22
IV) <u>Recueil des données</u>	22
V) <u>Déroulement des entretiens</u>	23
VI) <u>Retranscription des données</u>	23
VII) <u>Analyse des données</u>	23
VIII) <u>Méthodologie de la recherche bibliographique</u>	24
RESULTATS.....	25
I) <u>Généralités sur les entretiens</u>	25
II) <u>Caractéristiques de la population étudiée</u>	25
III) <u>Résultats analytiques</u>	26
<u>Partie 1 : Pratiques professionnelles en lien avec la crise du</u>	
<u>COVID</u>	26
<u>A. Coordination des soins</u>	27

1 - Avant la crise du Covid.....	27
2 - Pendant la crise du COVID.....	28
B. Modification des pratiques durant la crise du COVID.....	30
1 - Généralités sur la modification des pratiques.....	30
2 - Modifications des pratiques spécifiques aux IDE.....	35
<u>Partie 2 : Représentations des médecins généralistes durant la crise</u>	
<u>du Covid.....</u>	36
A. Vécu de la crise du Covid.....	36
B. Représentations sociales.....	41
<u>Partie 3 : Vécu des médecins généralistes sur le développement des</u>	
<u>infirmiers de pratique avancée.....</u>	44
A. Connaissances sur les IPA.....	44
B. Représentation de la futur coordination des soins par les médecins généralistes.....	46
C. Les freins à la future coordination des soins.....	48
<u>Partie 4 : Les représentations des pratiques professionnelles des IPA</u>	
<u>selon les médecins généralistes.....</u>	51
A. Les missions des IPA selon les médecins généralistes.....	51
B. Les aspects négatifs selon les médecins généralistes.....	53
C. Les aspects positifs selon les médecins généralistes.....	56
DISCUSSION.....	58
I) Forces et limites.....	58
II) Résultats principaux.....	59
A. Pratiques des médecins généralistes en lien avec la pandémie du Covid-19.....	59
B. Vécu des médecins généralistes sur de nouvelles compétences des infirmiers lors de la	
crise du Covid-19.....	62
C. intérêt au développement des infirmiers de pratique avancée.....	64
D. Les perspectives de l'étude.....	67
CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAPHIE.....	70
ANNEXES.....	75

LISTE DES ABREVIATIONS

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

MG : Médecin Généraliste

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

ONI : L'Ordre National des Infirmiers

ARS : Agence Régionale de Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

DU : Diplôme Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

P : Praticien

M : Médecin

F : Femme

H : Homme

P : Praticien

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

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

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de décès journalier lié au Covid-19 par million d'habitants en France.

Figure 2 : Densités régionales de médecins (anciennes régions) au 1^{er} janvier 2021.

Figure 3 : Densité des médecins pour 10 000 habitants et leur proportion en âge des territoires du Douaisis en 2018.

RESUME

Contexte : Pendant l'épidémie du Covid-19, les infirmiers ambulatoires ont joué un rôle important dans le maintien de la coordination des soins. Leurs pratiques ont été modifiées par l'accès à de nouvelles compétences. Ces compétences peuvent rentrer dans le champ d'activité d'une profession en cours de développement: les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA). Cette profession naissante en France instaurée en 2018 avant la pandémie du Covid est apparue avec la réticence des médecins généralistes, due en partie à une méconnaissance de leurs rôles. Suite aux bouleversements de la crise sanitaire, la perception des médecins généralistes sur l'augmentation du champ d'action des infirmiers non hospitaliers a sans doute évolué, permettant ainsi de mieux cerner leurs attentes et leurs inquiétudes.

Objectifs : Analyser l'opinion des médecins généralistes sur de nouvelles compétences des infirmiers lors de la crise du Covid, et étudier l'intérêt du développement des infirmiers de pratique avancée dans les territoires.

Méthode : Étude qualitative par réalisation d'entretiens individuels ouverts auprès de médecins généralistes du Douaisis.

Résultats : Tous les médecins généralistes interviewés sont conscients de l'importance des IDE lors de la pandémie du Covid-19 menant à améliorer la qualité des soins des patients. Ils jugent leur rôle indispensable et réalisent les avantages de l'élargissement de leurs compétences. Cependant, ils expriment des réticences concernant les nouvelles compétences des IPA. Notamment leur place au sein de la relation médecin-patient, leur financement, et leur capacité de prescription étant souvent évoqués. De nombreuses interrogations ont pu être relevées par le manque d'information reçue des médecins généralistes.

Conclusion : Malgré l'importance du rôle des IDE lors de la pandémie du Covid-19, les médecins généralistes semblent peu enclin au développement des IPA, lié d'une part à un manque d'information et d'autre part à une modification de leur pratique.

INTRODUCTION

Depuis début 2020, les structures de soins ont été mises sous tension suite à la pandémie du Covid-19. Les hôpitaux ont constaté un afflux de patients atteints par le coronavirus, tout en assurant la prise en charge des pathologies habituelles. Certains soins non urgents ont dû être déprogrammés. Les médecins généralistes ont dû également modifier leurs pratiques en utilisant par exemple la téléconsultation, et ont dû repenser la coordination des soins pour les situations plus complexes.

Le système de santé français est confronté depuis une dizaine d'années à une diminution du nombre de médecins généralistes, entraînant une sollicitation plus importante des hôpitaux et de ses services d'urgences.

Le territoire de la CPTS Grand Douai est également touché par ce phénomène. Il a été classé en zone d'accompagnement régional (ZAR) par l'Agence Régionale de la Santé (ARS), afin de favoriser l'installation de nouveaux médecins.

Dans ce contexte, les responsables publics ont mis en place des mesures dérogatoires visant à augmenter les compétences et responsabilités des infirmiers diplômés d'état (IDE). (1 ; 2)

Ces mesures dérogatoires se rapprochent du décret de mise en place des infirmiers en pratique avancée (IPA) (3), un nouveau métier entre le médecin et le patient, dont l'objectif est de soulager les médecins en optimisant leur temps de consultation, permettant ainsi de prendre en charge un plus grand nombre de patients.

Cependant, des études semblent montrer une réticence des médecins généralistes à leur démocratisation, dû en partie à une méconnaissance de leurs rôles. (4 ; 5).

Suite aux bouleversements de la crise sanitaire, la perception des médecins généralistes sur l'augmentation du champ d'action des infirmiers non hospitaliers a sans doute évolué, permettant ainsi de mieux cerner leurs attentes et leurs inquiétudes.

C'est dans ce cadre que notre étude vise à analyser le vécu des médecins généralistes sur leur relation avec des IDE lors de la crise du Covid, et de leurs représentations du développement des infirmiers de pratique avancée.

I. Généralités sur la pandémie SARS-CoV-2

A. Définition

Le Sars-Cov-2 fait partie d'une grande famille de virus touchant à la fois l'homme et différentes espèces animales, appelé coronavirus.

Plusieurs coronavirus étaient déjà connus pour être capables d'infecter les humains : quatre coronavirus saisonniers responsables de symptômes hivernaux sans gravité (rhumes), le SARS-CoV responsable du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et le MERS-CoV responsable d'une atteinte respiratoire potentiellement sévère. Le SARS-CoV-2 est le septième coronavirus pathogène pour l'Homme. Il est responsable de la maladie Covid-19 (CORonaVirus Disease 2019). (6)

Il a été identifié pour la première fois à Wuhan, dans la province du Hubei en Chine, en décembre 2019. (7)

B. Épidémiologie

Le SARS-CoV-2 est responsable d'une pandémie, ayant probablement touché la France à partir de Janvier 2020. Ce virus s'est propagé par vagues successives en fonction des mesures sanitaires mises en place (confinement, vaccination, ...). On dénombre actuellement en France sept vagues d'infection. (8)

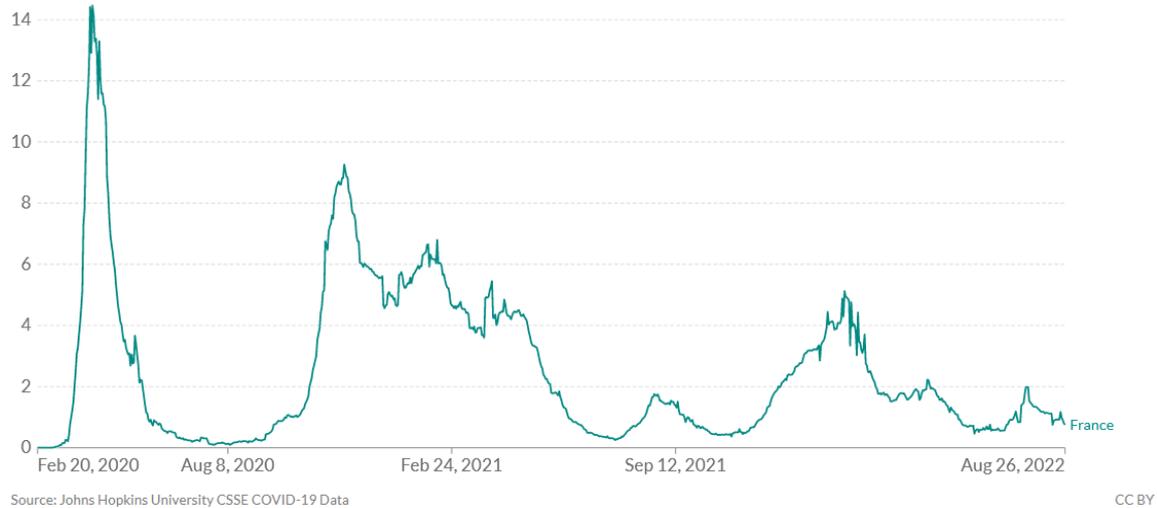
Sur un total de plus de 577 millions d'infections liées au virus dans le monde, on compte au 4 août 2022 environ six millions de morts, dont environ 150 000 en France. Ces décès ne représentent pourtant qu'une faible partie des personnes infectées. Un taux de létalité relativement faible est ainsi attribué à la pandémie. (9)

Cette létalité varie fortement entre les régions du monde et les catégories d'âge, et des mesures de protection mises en place.

Bien qu'il existe peu d'informations scientifiques fiables actuellement disponibles, le taux de létalité du virus est évalué à entre 0,2 % et 3 % dans le monde. En France, le taux de létalité est estimé à environ 0,5% au 26 avril 2022. (10 ; 11)

Figure 1 : Nombre de décès journalier lié au Covid-19 par million d'habitants en France

(12)



II. La coordination des soins

A. Généralités en France

La coordination des soins se définit selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) comme « une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. » (13)

Intégré dans la coordination du parcours de santé des patients, elle a pour objectif d'obtenir la bonne réponse (sociale, médicale, médico-sociale), au bon endroit, au bon moment. Elle permet par exemple :

- L'amélioration de l'articulation entre la ville-hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants du secteur médical, social, et médico-social.
- L'organisation et la planification du parcours de santé et du suivi des patients en situation complexe.
- Le soutien aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, la famille) auprès du patient. (13)

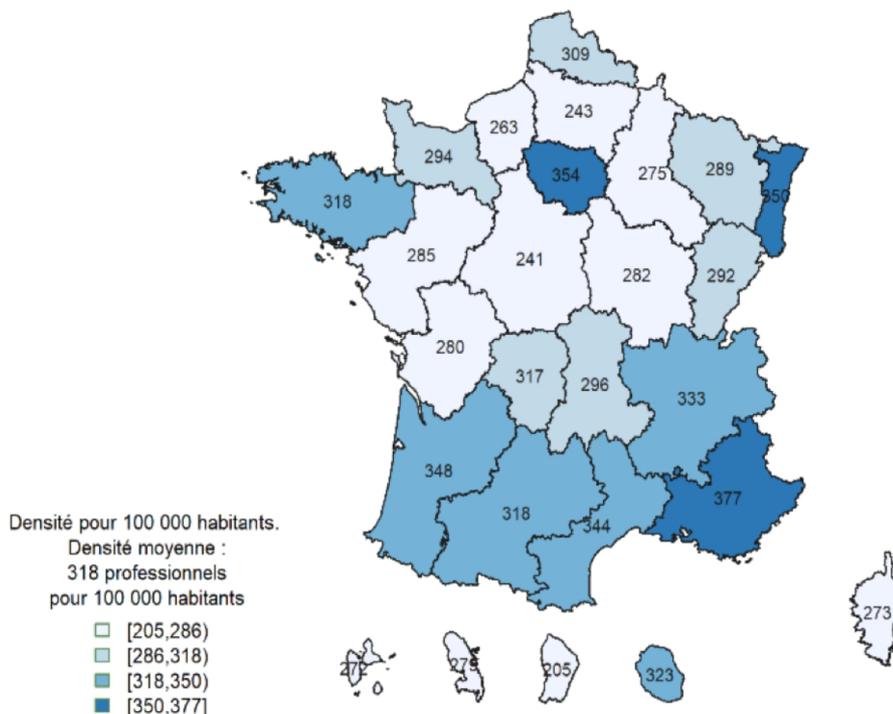
En France, cette coordination des soins s'est structurée autour des médecins généralistes de premier recours. Ils ont des obligations légales décrites par le code de Santé publique, telles que : (14)

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ; Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;
- Participer à la mission de service public de permanence des soins. (14)

B. Déficiences en professionnels de santé

En France, nous retrouvons des territoires présentant une offre de soins insuffisante pour leur population, suite à un faible renouvellement des médecins généralistes, de leur départ à la retraite ou encore par des difficultés d'accès à cette offre : temps d'accès, délais d'attente pour un rendez-vous, etc... (15)

Figure 2 : Densités régionales de médecins (anciennes régions) au 1^{er} janvier 2021 (16)



Pour pallier ce phénomène, de nombreux types d'aides et de mesures favorisant l'instauration d'une meilleure coordination des soins ont été mis en place, permettant le développement de la télé-santé et l'exercice coordonné, ainsi que l'élargissement des délégations de tâches et des échanges entre professionnels, médicaux ou non. (15)

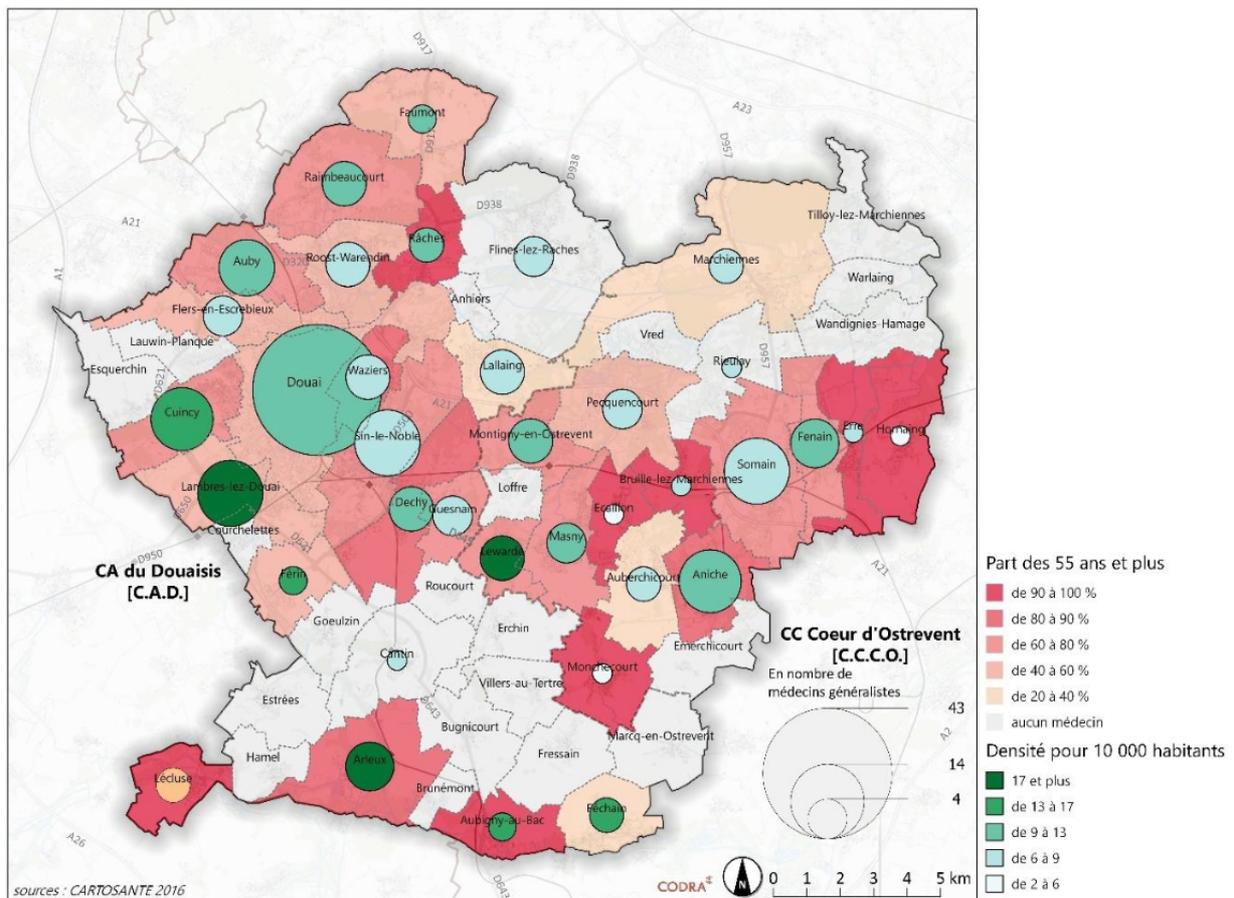
Le projet 'Ma Santé 2022', présenté en septembre 2018, a permis d'accélérer le déploiement de plusieurs dispositifs comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et par des actions complémentaires de libérer du temps médical et redynamiser les soins de proximité : création de postes d'assistants médicaux, recrutement de 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires. (15 ; 17 ; 18)

C. État des lieux dans le Douaisis

Le Douaisis est aussi affecté par cette dynamique, où l'offre de soins dispose d'une densité de médecins généralistes relativement bonne, mais inégale. Elle se caractérise par une part importante de médecins de plus de 55 ans. La majorité des médecins spécialistes se concentre principalement dans l'agglomération du Douaisis.

En complément des médecins généralistes et spécialistes libéraux, nous pouvons ajouter la présence de 19 centres de santé, répartis sur l'ensemble du territoire. On compte également la présence de deux centres hospitaliers sur le territoire : le centre hospitalier de Douai, et le centre hospitalier de Somain. De plus, le Douaisis présente trois cliniques (L'Escrebieux à Esquerchin, Saint Amé à Lambres-lez-Douai, HAD du Douaisis à Flers-en-Escrebieux) et deux établissements de soins de suite et de réadaptation (Raimbeaucourt et Lallaing). (19)

Figure 3 : Densité des médecins pour 10 000 habitants et leur proportion en âge des territoires du Douaisis en 2018 (19)



D. Mesures dérogatoires lors de la crise du Covid-19

La crise du Covid-19 a mis en tension une démographie médicale déjà fortement sollicitée.

Ainsi, les pouvoirs publics ont mis en place des mesures dérogatoires pour soutenir les professionnels, la poursuite des prises en charge des patients complexes, et favoriser la coordination des soins.

L'arrêté du 23 mars 2020 complété par l'arrêté du 31 mars 2020, puis abrogé le 11 juillet 2020 a permis l'augmentation des compétences des IDE, permettant ainsi la poursuite des prises en charge de patients lors de la crise du Covid. (1 ; 2)

Ces compétences touchent par exemple : (20)

- les soins infirmiers en rapport avec une affection de longue durée (ALD).
- les soins infirmiers nécessitant la prescription de dispositifs médicaux que les IDE sont autorisés à prescrire (pansements par exemple).
- Le suivi de la prise médicamenteuse pour les patients atteints de troubles psychiatriques et de troubles cognitifs.
- Les soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente.
- Le prélèvement dans le cadre de la prescription d'un examen de biologie de surveillance d'une pathologie chronique.

L'arrêté du 16 mars 2020 a permis temporairement la réalisation de suivi de patient par la téléconsultation par les IDE. (21)

Ce télé-suivi était cependant limité aux patients suspectés d'infection ou reconnus atteints du COVID-19. Elle a également permis, selon les indications du médecin traitant et en fonction de l'état de gravité du patient, aux IDE la possibilité de procéder à :

- La recherche des constantes cliniques et des symptômes évocateurs d'une aggravation de l'état clinique.
- Un interrogatoire sur l'état général du patient.
- La coordination des soins au travers de fiche de surveillance IDE à domicile en liaison avec le médecin traitant. (22)

III. Création d'un nouveau métier : les IPA

A. Définition

L'Ordre National des Infirmiers (ONI) établit en 2020 la définition suivante : « Une infirmière de pratique avancée (IPA) est une infirmière généraliste ou spécialisée qui a acquis, à travers des études supérieures plus poussées (Master au minimum), les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. » (23)

B. Objectifs

Le développement des IPA, mis en lumière et soutenu par de nombreux organismes de santé, vise plusieurs objectifs. Il s'agit essentiellement de faciliter l'accès aux soins, et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en diminuant la charge de travail des médecins sur certaines pathologies. (24)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2020, le développement des infirmiers de pratique avancée permet de résorber les disparités d'accès aux soins pour les populations vulnérables des zones rurales et urbaines. (25)

En France, cet objectif est également attendu, mais doit permettre une meilleure qualité des soins au travers de l'éducation thérapeutique, en soutenant le suivi des malades chroniques. Favorisant ainsi une réduction des dépenses de santé, et une meilleure efficacité du système de santé, selon la Haute Autorité de Santé dans une de ses recommandations en 2008. (26)

C. Missions

Les IPA exercent sous la forme d'un travail interprofessionnel, à l'interface entre le médecin et le patient.

Ayant acquis des compétences médicales, ils peuvent suivre des patients, avec leur accord et celui du médecin. Ils prennent en charge le suivi de leurs pathologies, en fonction des limitations imposées par la législation et l'équipe pluridisciplinaire.

Lors d'un temps de concertation, les IPA peuvent discuter des patients et de leurs pathologies avec les autres acteurs de sa santé. L'orientation vers le médecin généraliste se fera lorsque ses compétences seront dépassées ou lors d'une constatation d'une dégradation de l'état de santé d'un patient. (27)

En pratique, les IPA ont pour compétences :

- La réalisation des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique.
 - L'orientation, l'éducation, la prévention ou le dépistage des patients.
 - Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.
- (28)

Les IPA ont en plus des compétences de base de l'exercice infirmier, la capacité d'agir dans d'autres champs médicaux plus spécifiques appris selon leur choix au cours de leur formation. Ces domaines d'intervention regroupent : les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires, les urgences, l'hémato-oncologie, la psychiatrie et la santé mentale, ou la maladie rénale chronique / la dialyse / la transplantation rénale. (28)

D. Cadre législatif

De nombreux textes de loi encadrent les pratiques de cette nouvelle profession au cours de ces dernières années. L'officialisation de ce nouveau statut infirmier a tout d'abord été établi

par la loi Santé, dite Loi Touraine en 2016. (29)

Cependant, ce n'est que le 18 juillet 2018, qu'apparaissait dans les textes officiels les modalités de formation et les champs d'intervention des IPA au travers de 2 décrets et de 3 arrêtés. (3)

Puis la stratégie 'Ma santé 2022', proposant une réponse aux problèmes du système de santé français, tels que la difficulté de l'accès aux soins, réaffirme la nécessité d'une modernisation de la qualité et de la coordination des soins passant par le soutien au développement des assistants médicaux et des IPA. (17)

E. La place des IPA dans le monde

L'organisation de coopération et de développement économique (OCDE), établit en 2010 un rapport mettant en évidence une difficulté croissante de l'accès aux soins dans de nombreux pays développés. Ces pays favorisent le développement des IPA visant à compenser ce déficit pour améliorer l'accès aux soins, permettant ainsi de diminuer le coût des soins en utilisant un personnel moins coûteux et souvent de formation plus rapide. (30)

Cependant, il existe une forte inégalité en fonction des pays. Certains pays sont plus avancés que d'autres. Les États-Unis et le Canada ont défini les infirmières praticiennes, dès les années soixante, le Royaume-Uni et la Finlande concentrent depuis longtemps leurs efforts sur les coordinations entre professionnels médicaux et infirmiers.

L'Australie et l'Irlande développent également des formations et des postes faisant l'interface entre le patient et le médecin. (30)

La France se place tardivement par rapport aux autres pays développés dans la formation des IPA. Pour l'année 2020-2021, on comptait 1 393 étudiants IPA en formation (dont 729 en Master 1 et 664 en Master 2). En 2020, 260 infirmiers diplômés en pratique avancée étaient en activité sur le territoire national. L'objectif affiché par le Ségur de la santé était d'environ 3 000 professionnels formés en 2022. Celui de la DGOS en 2018 était d'environ 5 000 professionnels formés en 2023. (31)

Cependant, il existe une crainte d'une partie des médecins généralistes à leur développement. Nombreux sont ceux qui n'ont pas été informés, laissant place à des inquiétudes sur leur rémunération, et leurs rôles futurs. (32)

IV. Objectifs de l'étude

Instauré progressivement en France en 2018 avant la pandémie du Covid, Cette profession naissante est apparue avec la réticence des médecins généralistes, due en partie à une méconnaissance de leurs rôles. Suite aux bouleversements de la crise sanitaire, la perception des médecins généralistes sur l'augmentation du champ d'action des infirmiers non hospitaliers a sans doute évolué, permettant ainsi de mieux cerner leurs attentes et leurs inquiétudes.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser l'opinion des médecins généralistes sur de nouvelles compétences des infirmiers lors de la crise du Covid.

L'objectif secondaire était d'étudier l'intérêt du développement des infirmiers de pratique avancée dans les territoires.

MATERIELS ET METHODES

I) Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée par entretiens ouverts, ayant été menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes du Douaisis. Elle s'est portée sur l'opinion des médecins généralistes sur l'évolution de la coordination des soins durant la crise du Covid en lien avec le développement des infirmiers en pratique avancée.

Cette étude a été réalisée en collaboration avec la CPTS de Douai, ainsi que de deux étudiantes infirmières de pratique avancée.

Une revue complète de la littérature a été réalisée en utilisant les mots-clés : pratique infirmière avancée ; médecine générale ; programmes médicaux régionaux ; COVID-19, pour établir le cadre de la thèse.

Ce type d'étude permet de garantir que l'ensemble des questions désirées par le chercheur soit évoquées, et permet d'assurer la comparabilité des résultats pour répondre à la question de recherche. Elle permet aux répondants de s'exprimer librement sur le sujet, et de recueillir d'autres informations plus informelles, comme les expressions faciales des répondants. Cette étude a permis de recueillir l'opinion des médecins généralistes et de comprendre leur point de vue sur l'accompagnement des patients par les infirmiers ambulatoires durant le début de la crise du Covid-19, en lien avec le développement des infirmiers en pratique avancée.

II) Population étudiée :

Notre étude s'était intéressée aux médecins généralistes du Douaisis du Département du Nord dans la Région des Hauts-de-France. En effet, la ville de Douai a été touchée par la crise du Covid-19, et travaille avec l'aide d'infirmières de pratique avancée à l'amélioration de la coordination des soins.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste
- Être en activité libérale
- Exercer dans le Douaisis

Les critères d'exclusion étaient :

- Ne pas avoir été en activité avant la crise du Covid
- Ne pas être médecin généraliste hospitalier

III) Mode de recrutement :

Les médecins généralistes ont été sollicités dans un premier temps par mail ou par téléphone.

Dans le but d'obtenir une variabilité maximale, la participation à cette étude a été proposée à tous les médecins du Douaisis.

Après obtention de leur accord par téléphone ou par mail, un formulaire de consentement a été signé entre le participant et le chercheur avant le début de l'entretien.

IV) Recueil des données :

Avant la réalisation des entretiens, un premier guide d'entretien a été élaboré comportant une question ouverte permettant d'élargir le champ des réponses. Il a principalement servi de support à la réalisation des entretiens ouverts.

Les entretiens ont été étayés par une question ouverte d'amorce puis des questions ouvertes

de relance.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone (Olympus VN-540PC®) , et les données recueillies ont été anonymisées.

Cette étude a été réalisée après accord et déclaration auprès de la CNIL (Commission Nationale Information Libertés) (Annexe 1), et une information individuelle a été délivrée aux médecins inclus.

V) Déroulement des entretiens :

Les entretiens se sont déroulés sur la période du mois d'Avril 2022 et de Mai 2022, par un seul enquêteur-chercheur.

Les entretiens ont été fixés par téléphone avec le médecin généraliste aux dates, aux horaires et aux lieux de leur convenance.

La majorité des entretiens a été réalisée dans leur cabinet professionnel. Sur les 9 entretiens, 3 ont été réalisés par téléphone et 6 ont été réalisés en présentiel à leur cabinet.

En début d'entretien, un bref rappel de la thématique leur a été exposé, concernant le contexte de cette étude, mais ne définissant pas certains points clés comme les infirmières de pratique avancée.

Un dictaphone a été utilisé, avec l'accord de la personne interviewée, afin de pouvoir se concentrer sur l'échange avec l'interlocuteur.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à atteindre une suffisance de données.

VI) Retranscription des données :

La retranscription des verbatims des entretiens a été réalisée dans le logiciel Word®.

Chaque médecin généraliste a été associé au chiffre correspondant à son ordre de passage au fil des entretiens, de P1 à P9.

VII) Analyse des données :

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits *ad integratum* et anonymisés.

Le codage des verbatims a été réalisé après leur obtention manuelle par analyse thématique.

La triangulation des données a été séparément réalisée par un chercheur indépendant afin

d'augmenter la validité interne de la recherche. Secondairement, les principaux thèmes et sous-thèmes ont été discutés entre les chercheurs jusqu'à obtention d'accord sur les conflits d'interprétation. La présence d'un second chercheur a permis l'obtention d'un maximum de données possibles et de limiter la subjectivité.

VIII) Méthodologie de la recherche bibliographique

Au début de l'étude, une revue de la littérature a été réalisée pour approfondir les connaissances actuelles sur le sujet à l'aide des bases données suivantes : PUBMED, Pépité, SUDOC, HAS et Google.

Les mots-clés utilisés ont été : pratique infirmière avancée ; médecine générale ; programmes médicaux régionaux ; COVID-19.

L'utilisation du logiciel Zotero® a permis de sélectionner les références.

RESULTATS

I) Généralités sur les entretiens

Neuf entretiens ont été réalisés entre Avril 2022 et Mai 2022. Au vu des différents entretiens avec les participants, on estime avoir une suffisance des données. Mais nous n'en sommes pas totalement certains étant donné le faible taux de participation sur l'ensemble des médecins sollicités. Les données ainsi récupérées se basent sur un faible échantillonnage.

Les entretiens sont classés par ordre chronologique de réalisation.

II) Caractéristiques de la population étudiée

A. Tableaux récapitulatifs

	Age (en années)	Genre	Lieu d'exercice	Durée d'installation (en années)	Modalité d'exercice	Durée de l'entretien (en minutes)
P1	[50 ;60]	F	Urbain	27	Seul	13
P2	[50 ;60]	M	Urbain	26	Seul	23
P3	[50 ;60]	M	Urbain	29	MSP	39
P4	[30 ;40]	M	Urbain	14	Seul	14
P5	[40 ;50]	F	Urbain	13	Seul	22
P6	[30 ;40]	F	Rural	6	MSP	15
P7	[50 ;60]	M	Urbain	31	MSP	25
P8	[60 ;70]	M	Rural	38	MSP	12
P9	[60 ;70]	M	Rural	42	Seul	10

B. Caractéristiques des participants

1. Lieux d'exercice

Tous les médecins interviewés exerçaient dans le Douaisis.

Ils pratiquent pour cinq d'entre-eux au sein de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), et pour quatre d'entre-eux au sein de leur propre cabinet.

2. Durée d'installation

Les médecins interviewés ont une durée d'installation différente, plutôt élevée dans cette étude.

Le nombre de médecin interviewé par durée d'installation était de :

- Moins de 10 ans : 1 médecin.
- Entre 10 et 20 ans : 2 médecins.
- Entre 20 et 30 ans : 3 médecins.
- Plus de 30 ans : 3 médecins.

III) Résultats analytiques

Partie 1 : Pratiques professionnelles en lien avec la crise du COVID :

Nous nous sommes intéressés aux pratiques professionnelles des médecins généralistes qui ont évolué durant la crise du Covid, tout comme la coordination des soins avec les différents professionnels de santé.

A. Coordination des soins

1. Avant la crise du Covid

a. L'importance de la coordination des soins au quotidien

Un des médecins nous a rappelé l'intérêt de la coordination des soins, pour une meilleure prise en charge des patients.

P5: « Je prends mon téléphone et j'appelle. [...]. Il y a 2 jours, on a eu un problème avec un spécialiste qui m'a répondu par mail. C'était un dermato, je lui ai envoyé un mail avec la photo et la patiente avait un rendez-vous le surlendemain ».

b. Une coordination limitée...

Un des médecins nous expliquait que son isolement impactait la coordination des soins.

P1: « J'ai assez peu de coordination de soin parce que j'exerce seul. Je suis inscrit au sein d'une CPTS, mais j'ai eu très peu de demande de la CPTS. »

Un des médecins reconnaît un manque de volonté de coordination des soins, malgré une proximité géographique avec d'autres professionnels de santé.

P3: « On a un cabinet avec 2 infirmiers et on est 3 généralistes. Mais on ne peut pas dire qu'on fait un travail groupé. »

c. ...mais suffisante aux médecins généralistes.

Un des médecins évoquait l'absence de difficulté de coordination des soins dans sa pratique courante.

P1: « J'ai l'habitude d'être facilement joignable avec les professionnels de santé, donc je n'ai pas eu de réelle difficulté finalement. [...]. J'ai un accès plutôt rapide avec mes confrères. On a leurs numéros directs.»

2. Pendant la crise du COVID

a. De nouveaux interlocuteurs : Qui ?

La crise du Covid-19 a permis une nouvelle mise en relation directe des professionnels de santé, tels que les infirmiers, les sage-femmes, de spécialistes et d'autres médecins généralistes, permettant une découverte des autres professionnels de santé de leur secteur.

P5: « En allant en vaccination on rencontrait également les infirmiers, les sage-femmes. Donc bon, ça a permis d'échanger pas que uniquement avec des médecins. »

P5: « On a senti une plus grande solidarité, j'ai des confrères avec qui j'avais déjà travaillé mais que je n'avais jamais vu, que j'ai découvert par exemple au centre de vaccination. On parlaient un peu avant après. »

Les pharmaciens en prenant une place plus importante dans la prise en charge des patients, ont modifié leur rapport avec les médecins généralistes.

P2: « Ça a changé notre rapport avec les pharmaciens notamment qui ont renouvelé les médicaments quand mon cabinet était fermé notamment. »

b. De nouveaux temps d'échange : Comment ?

Un des médecins généralistes a fait appel à une application téléphonique pour créer un nouveau temps et lieu d'échange.

P3: « On a essayé de communiquer entre nous en créant des petits groupes Whatsapp [...]. »

La modification des visites à domicile conjointement avec l'aide d'infirmières, a su se développer en fonction des patients pour une meilleure prise en charge.

P3: « Je travaille avec des infirmiers, plusieurs d'ailleurs. On se donne rendez-vous chez le patient à des heures bien précise des fois, et on essaye d'échanger ce qui pourrait être le mieux pour le patient. C'est du pas formel, du cas par cas. »

La participation aux centres de vaccination a permis l'échange des expériences et des prises en charge liée à la crise du Covid.

P5: « Le fait d'avoir les centres de vaccination où l'on rencontrait les confrères, ça permettait aussi d'échanger sur les pratiques, le quotidien, [...] »

La mise en place de logiciels de suivi, des constantes et autres critères cliniques, des patients a permis la création d'un temps de suivi au domicile par les IDE pour un autre médecin.

P1: « [...] et aussi pour le covid, ils avaient développé des outils pour que les infirmiers puissent renseigner des critères cliniques et qu'on ai des retours pour des patients à domicile et dont on demandait une surveillance. »

c. Une disparité en fonction des territoires

Un des médecins déclarait l'absence de difficulté inhabituelle à prendre en charge ses patients domiciliés dans la ville de Douai durant la crise du Covid.

P2: « Mes patients sont principalement au sein de Douai. Je n'ai pas eu de difficulté inhabituelle à les prendre en charge. »

d. Une disparité en fonction des médecins

Un des médecins généralistes nous expliquait que peu de patients nécessitaient une prise en charge liée au Covid dans sa patientèle.

P1: « J'ai eu peu de patient à prendre en charge par rapport au Covid. »

Un autre médecin généraliste déclarait que les prises en charge graves liées au Covid-19 étaient prises en charge à l'hôpital, et qu'il n'effectuait pas de visite au domicile des gens atteints du Covid-19.

P8: « [...] je fais pas de domicile. Les gens qui avaient de gros problèmes au domicile faisaient le SAMU ou le 15, et puis ils étaient dirigés vers les hôpitaux ou on leur disait de rester chez eux, mais c'était pas moi qui y allait »

B. Modification des pratiques durant la crise du COVID

1. Généralités sur la modification des pratiques

a. L'hygiène

De nouvelles mesures d'hygiène ont été réalisées par les médecins généralistes telles que l'utilisation plus régulière de douche, de masque.

P9: « Les mesures qu'il fallait prendre en rentrant chez soi, il y en a qui se déshabillait dans le garage, qui prenait leur douche. Après moi ça fait plus de 2 ans. Nous les seules précautions qu'on a prise c'étaient les masques. »

Un des médecins évoquait l'idée d'un retour aux normes des règles d'hygiène élémentaires qui étaient non respectées avant la crise du Covid-19, selon lui.

P9: « Les mesures d'hygiène, on ne les prenaient pas trop avant. [...]. Il y a eu une claque dans la figure, et que depuis beaucoup de temps on a eu une pratique qui était non respectueuse des règles d'hygiène élémentaires, et donc quand je voyais tous ces gens en extrême orient qui avait l'habitude des épidémies de SRAS tout ça. Je pense qu'on a pris une leçon, c'était un peu général. »

b. Les mesures de protection

Des règles de distanciation ont été mises en place, pour éviter une contamination lors de consultation en présentiel au cabinet.

P9: « On est à un mètre cinquante, [...]. »

De nouveaux objets de protections ont été utilisés durant la crise du Covid-19 tels que le masque, le gel hydroalcoolique, les désinfectants de surface et de lingettes nettoyantes.

P9: « Le masque, le gel, le Lacroix avec la chiffonnette. »

Un médecin généraliste déclarait qu'à l'aide des mesures de protection, aucun professionnel de santé de son établissement n'a attrapé la Covid.

P9: « Il se trouve que il n'y a personne qu'aucun professionnel ne l'a attrapé ici. »

c. La téléconsultation

Sept des neuf médecins interviewés ont mis en place un service de téléconsultation lors de la crise du Covid-19.

P4: « Moi j'ai pu me mettre sur téléconsultation, sur Doctolib. C'était très rapide... On se confinait le lundi et le mercredi j'avais la téléconsultation qui m'a bien aidé. »

Un des médecins soulignait l'instauration de la téléconsultation dans sa pratique courante, et non nécessairement en lien avec la crise du Covid.

P3: « Tout ce que j'ai pu faire sereinement en téléconsultation je le fais encore. J'ai encore fait deux téléconsultations hier. Pas que pour du Covid d'ailleurs. »

Un autre déclarait n'avoir utilisé que temporairement la téléconsultation, car elle ne correspondait pas à sa pratique de la médecine.

P6 : « On faisait un peu de vidéo consultation, après maintenant je n'en fais plus. [...] parce que la téléconsultation c'est l'ubérisation de la médecine et que pour l'instant si je peux m'en passer je m'en passe. »

d. La télé expertise

Un des médecins témoignait s'être formé à la télé-expertise de dermatologie durant la crise du Covid-19, faisant depuis partie de sa pratique de prise en charge.

P1 : « Et je me suis aussi formé à la télé-expertise de dermato donc ça maintenant je l'utilise. Donc c'est vrai que c'est arrivé à peu près à ce moment-là. »

e. L'utilisation de plates-formes en ligne

Cinq des neuf médecins interviewés ont depuis la crise du Covid mis en place un service de téléconsultation. Trois d'entre eux sont passés par la plate-forme en ligne 'Prédice'.

P1 : « (Prédice) C'est la plate-forme financée par l'ARS des Hauts-de-France, c'est un service proposé au médecin généraliste pour par exemple faire des téléconsultations et ils sont en train de développer des outils de télé-expertise que j'utilise, [...]. Plate-forme que je n'utilisais pas avant. J'ai surtout commencé à l'utiliser pour les téléconsultations puisque que je n'en faisais pas avant. »

Un autre médecin généraliste est passé par le logiciel de téléconsultation de 'Doctolib', permettant l'intégration des ordonnances dans certains logiciels de gestion de dossiers médicaux et de consultations, dont 'Weda'.

P5 : « J'ai un chemin entre mon logiciel qui s'appelle WEDA et Doctolib. Donc mes ordonnances arrivent directement là où je veux. »

f. L'utilisation d'application tierce

Deux des neuf médecins interviewés ont utilisé une application téléphonique 'WhatsApp', pour mieux échanger avec d'autres professionnels de santé durant la crise du Covid.

P3: « On a essayé de communiquer entre nous en créant des petits groupes 'WhatsApp', [...]. »

P5: « On a fait un 'WhatsApp' avec les spécialistes sur la CPTS de Douai. Ça permettait d'échanger quand on savait pas quoi faire. Donc on s'est senti un peu plus soutenu. »

g. Autres moyens de communication

Un des médecins généralistes déclarait avoir utilisé à la fois le téléphone et le fax pour la prise en charge de ses patients les plus éloignés.

P5: « Visioconférence non, téléphone ouais. J'ai une patiente qui était dans l'Oise, à ce moment là on ne pouvait pas faire de test. Donc je lui ai dit d'acheter un saturomètre et de surveiller sa saturation. Elle me téléphonait deux fois par jour pour me donner sa saturation. Donc sa saturation a baissé, on a fini par la mettre sous oxygène, tout ça par téléphone, par fax. »

h. La vaccination

La vaccination contre la Covid a été mise en place grâce à l'aide d'infirmiers, et organisée à l'aide de prise de rendez-vous.

P3: « On a monté des systèmes de vaccination avec les infirmiers. Des séances de vaccination ici, entre nous sur des plages de consultations dédiées sur rendez-vous. »

Un autre médecin expliquait que la vaccination a été réalisée principalement par des médecins.

P8: « La vaccination a été réalisée par les médecins essentiellement. »

i. Les tests antigéniques

Un médecin généraliste nous expliquait la mise en place des tests antigéniques, réalisés par des infirmières, à la demande des patients sans ordonnance, et de manière inconsidérée selon lui.

P9 : « Alors après par rapport à la gabegie de tests qui étaient réalisés avec 'ces gens' qui avaient même pas besoin d'ordonnance pour se faire tester, par les infirmières. [...]. Il y a eu une queue, un drive, tout ceux qui voulaient se faire tester se faisait tester. »

j. Indisponibilité des cabinets de médecine générale

La crise du Covid-19 a modifié la disponibilité des moyens de consultation, passant pour un des médecins interviewés à l'annulation de tous ses rendez-vous en présentiel. Cependant, la téléconsultation a pris le relais.

P1 : « La crise du Covid a été pour moi d'annuler du jour au lendemain tous mes rendez-vous en présentiel et tout faire par téléconsultation. »

Certains médecins généralistes ont été confrontés directement au Covid-19. Un des médecins déclare avoir déclaré une infection grave au coronavirus ayant nécessité un passage en réanimation, d'où l'impossibilité d'assurer ses consultations.

P7 : « J'ai fait un Covid grave, avec deux mois d'arrêt de travail et 10 jours d'intubation, [...]. »

k. Arrêt des fonctionnalités suite au Covid-19

Suite à la fin des pics de cas lors de la pandémie du Covid-19, un médecin déclarait ne plus utiliser les logiciels de suivi de patient au domicile car ils ne sont plus en service.

P1 : « Par contre pour le suivi des patients à domicile je n'utilise plus du tout cette fonctionnalité puisque c'était mis en place uniquement pour le Covid. »

2. Modifications des pratiques spécifiques aux IDE

a. Au domicile

Lors de la crise du Covid. Quatre médecins interviewés sur neuf déclaraient avoir constaté une modification des pratiques par les IDE au domicile. Pour l'un, une surveillance accrue. Pour un autre une surveillance clinique plus complexe.

P6: « J'avais juste des infirmières qui allaient 2-3 fois chez des patients pour les évaluer pour la prise de constantes. »

P5: « [...] quand elles y vont pour du Covid c'est température, pulse, tension, saturation, voir l'état, si il y a un tirage ou pas. »

P7: « On leur en a demandé beaucoup, et elles ont fait beaucoup, et elles le font encore. Ben surtout la surveillance de patient qu'on ne pouvait pas hospitaliser demandant une surveillance plus accrue que nous ne pouvions pas assurer. »

P8: « Je sais que les infirmières passaient également dans les maisons, parce que moi je ne peux pas me rendre à domicile. Je ne fais pas de visite à domicile. Mais tous mes patients qui en avaient besoin et qui pouvaient pas venir, c'était les infirmières qui passaient. »

Un des médecins déclarait une minoration du risque de contracter une pathologie infectieuse en étant vu au domicile par une IDE, par rapport à la consultation dans un cabinet de médecin généraliste.

P5: « Le risque dans un cabinet médical, quand il y a beaucoup de pathologies infectieuses qui tournent est toujours supérieur au risque que l'on prend en faisant venir une infirmière chez soi. »

b. Le matériel

Deux des médecins interviewés parlaient de l'augmentation des outils nécessaires aux prises

en charge par les IDE. Ces outils étant principalement le saturomètre, et l'appareillage informatique pour coordonner les soins.

P2: « Je pense que maintenant elles (les infirmières) ont quasiment toutes des saturomètres, chose qui n'était pas évidente avant. »

P4: « Ils ont constitué un fichier avec les dates et toutes les constantes à prendre, et du coup nous on pouvait surveiller. [...]. On fait beaucoup plus avec les mails d'ailleurs désormais depuis la crise du Covid. »

c. Nouvelles compétences : vaccination, soutien pluridisciplinaires, ...

Deux des neuf médecins interviewés ont constaté de nouvelles compétences des IDE durant la crise du Covid, telles que la vaccination au domicile, le suivi de patient en visioconférence avec le médecin, en soutien psychologique aux patients, et en allant aider des structures médico-sociales pour renforcer les équipes.

P5: « Les vaccinations sont allées au domicile, qui n'est pas le boulot habituel d'une infirmière d'aller à domicile faire une vaccination. Après, on a aussi pu faire des suivis pour les insuffisants cardiaques en visio grâce au téléphone de l'infirmière. »

P7: « J'ai vu des infirmières aller dans des EHPAD renforcer les équipes... Juste par leur présence, elles participaient au soutien psychologique principalement de personnes âgées isolées durant les confinements. »

Partie 2 : Représentations des médecins généralistes durant la crise du Covid

A. Vécu de la crise du Covid

1. Retard de prise en charge des patients

La crise du Covid a temporisé la prise en charge des patients. Les médecins interviewés relatent ce fait, et parlent d'un délai de 2 ans désormais pour certains patients, potentiellement oubliés d'être reconvoqués.

P2: « Il y a eu des retards de prise en charge. Il y a des gens qui ont été convoqués et dont les rendez-vous ont été reportés et qui n'ont plus été reconvoqués après. Au bout de 2 ans on attend toujours la convocation. [...]. On découvre cela au fur et à mesure. Par exemple des diabétiques qui devaient être recontrôlés et ne l'ont pas été. Ou des pathologies cardiaques. »

Un des médecins déclarait qu'une partie de ses patients ont eu une opération décalée.

P6: « [...] en dehors de patients qui ont du avoir des opérations de décalées. »

Pour un autre médecin, le décalage d'une intervention a nécessité une surveillance au domicile plus fréquente pour un de ses patients.

P7: « J'ai également eu l'expérience d'un patient ayant nécessité une surveillance au domicile plus fréquente suite au décalage d'une intervention. »

2. Manque de concertation entre les professionnels de santé

Un des médecins prend l'exemple de la vaccination concernant le manque de concertation entre les professionnels de santé durant la crise du Covid. Il signalait ne pas avoir été informé si ses patients étaient vaccinés, et si oui avec quel vaccin.

P3: « Les gens arrivaient quand même bien à se faire vacciner de façon massive. Mais voilà, on n'avait pas de retour. On ne savait pas si nos patients étaient vaccinés, avec quoi ils étaient vaccinés. »

Par rapport à l'autorisation de réaliser de nouveaux actes par les IDE, un des médecin déclarait n'avoir pas été informé de leurs compétences, s'étant imposés à eux sans concertation.

P9: « c'est un truc qu'on nous a imposé, il n'y a pas eu de concertation pas eu de coordination, on ne sait pas ce que c'est, on ne sait pas ce qu'elles font. »

3. Amélioration des échanges entre professionnels de santé.

Malgré le manque de concertation entre les professionnels de santé au premier abord lors de la crise du Covid, un des médecins interviewés déclarait que de nouveaux outils tels qu'un logiciel de surveillance des critères cliniques des patients au domicile a été développé pour cette crise.

P1 : « [...] pour le Covid, ils avaient développé des outils pour que les infirmiers puissent renseigner des critères cliniques et qu'on ait des retours pour des patients à domicile et dont on demandait une surveillance. »

4. Pas d'impression de changement après la crise du Covid-19

Trois des neuf médecins interviewés déclaraient ne pas avoir constaté de changement dans leur prise en charge suite à la crise du Covid-19, hormis pour la vaccination.

P8 : « Je ne pense pas qu'elles ont fait plus de chose que d'habitude... elles (les IDE) ont fait des vaccinations, ça c'est sûr. Mais je ne pense pas qu'elles aient fait plus de chose, au niveau libéral j'entends. »

5. Expérience positive : Apport de nouvelles connaissances

Quatre des médecins interviewés exprimaient un retour en parti positif de la crise du Covid. Pour un d'entre-eux, il existe désormais une meilleure cohésion des professionnels de santé.

P4 : « Il ressort tout de même une meilleure cohésion je pense. »

Un autre en a profité pour se former à la télé-expertise de dermatologie, et l'intègre désormais dans sa pratique.

P1 : « Je me suis aussi formé à la télé-expertise de dermato donc ça maintenant je l'utilise. »

Pour un des médecins interviewés, la crise du Covid a permis la formation de nouvelles

pratiques, comme la prescription de PCR.

P9: « Autrement on a appris ce qu'était un PCR. Avant les PCR c'était uniquement hospitalier. »

6. Mise en lumière d'un manque de coordination et de moyen au niveau Ville / Hôpital

Lors de la crise du Covid, certains médecins ont constaté le manque de coordination et de moyen dans leur relation Ville / Hôpital. Un des médecins interviewés a constaté le retard de prise en charge par saturation des services d'urgences.

P1: « La crise du covid a été pour moi d'annuler du jour au lendemain tous mes rendez vous en présentiel et tout faire par téléconsultation. On a vécu la sur saturation des moyens de contact avec les hôpitaux. On a réorienté tous les patients vers le 15 avec les messages pré enregistrés sur nos répondeurs. Quand il m'a fallu joindre le 15 pour l'un de mes patients nécessitant une prise en charge aux urgences j'ai du attendre 40 min. »

Un autre n'était pas informé des protocoles mis en place à l'hôpital.

P9: « Je me souviens très bien, j'étais dans une maison de retraite à ce moment là, dans une EHPAD, et je téléphonais à l'interne des urgences qui me disait qu'il fallait 3 cas. Si il y a 3 cas de syndrome pseudo grippaux qui peuvent ressembler à un covid, à ce moment là vous en envoyer un et on le teste. Parce que on n'avait pas de test. »

7. Souhait d'une amélioration de la coordination des soins

Des médecins font part de leur souhait à améliorer la coordination des soins. Ils plébiscitent la présence de réseaux potentiellement renforcés par les IPA.

P1: « Ça aurait permis de faire le tri entre les patients ce que nous avons du faire en catastrophe. [...]. L'IPA aurait pu nous soutenir pour faire le tri des patients à envoyer aux urgences. »

8. Une cohésion au niveau local

La totalité des médecins interviewés ont mis en lumière lors des entretiens de la cohésion des professionnels de santé dans le Douaisis, lors de la crise du Covid-19.

P4 : « Au début on a dû se débrouiller tout seul, mais il y avait une entraide entre infirmiers et médecins. On s'est prêté des masques, des habits, [...]. J'ai trouvé ça bien qu'il y avait une unité. [...]. Il y avait une bonne dynamique. Ça nous a resserré les uns les autres, tous ensemble... On a pris conscience qu'on avait besoin des autres, chacun notre place. On est là pour le même objectif, pour prendre soin des gens et essayer d'améliorer les choses. »

9. Une valorisation des institutions locales

Certains médecins interviewés ont souligné la qualité de la prise en charge hospitalière du Douaisis, malgré les nombreuses difficultés rencontrées.

P3 : « [...] l'hôpital de Douai qui était excellent à tout point de vue.. »

P7 : « [...] par contre la prise en charge sur les hôpitaux du secteur a été très bien. »

10. Remise en question de la gestion de la crise

Un des médecins généralistes interviewés soulignait la distance entre les politiques de santé et leur pratique.

P1 : « Je pense qu'on a un grand gouffre entre la vision de la caisse/des politiques et de la médecine générale. »

Un autre est surpris de la gestion de la crise du Covid.

P4 : « J'ai honte d'avoir vu comment ils ont géré ça.»

11. Un sentiment d'abandon des médecins généralistes

Trois des médecins généralistes interviewés déclaraient avoir ressenti une exclusion de la prise en charge des patients surtout lors du premier confinement.

P4 : « Durant le premier confinement, on a été exclu des soins. »

P9 : « On a vraiment l'impression d'avoir été laissé pour compte. D'avoir été la dernière roue du carrosse. »

B. Représentations sociales

1. Relation avec d'autres médecins généralistes.

Certains médecins interviewés ont évoqué leur relation avec d'autres médecins généralistes. Un d'entre-eux déclare avoir eu parmi sa patientèle des patients consultant un autre médecin généraliste, car il ne réalisait pas de téléconsultations.

P8 : « J'ai des patients que je revois qui m'ont dit qu'ils ont été voir en téléconsultation d'autres médecins... Mais c'est leur problème, pas le mien. Je ne pense pas qu'ils ont été mal soignés, mais encore une fois c'est pas mon truc à moi. »

Un autre déclarait que malgré la cohésion locale des professionnels de santé. Certains professionnels de santé n'ont pas assuré leur rôle.

P8 : « [...] il y a des gens intelligents parmi les médecins qui ont réagit en disant 'Je vais partir dans ma villa, et je vais toucher les aides de l'état'. [...]. C'est pas très professionnel. Ils ont quitté le navire. »

2. Relation avec d'autres professionnels de santé.

Pour un des médecins interviewés, ses contacts professionnels étaient facilement joignables, et donc n'a pas eu d'importante difficulté durant la crise.

P1 : « J'ai l'habitude d'être facilement joignable avec les professionnels de santé, donc je n'ai pas eu de réelle difficulté finalement. »

Un des médecins généralistes interviewés déclarait qu'il n'existe que peu de contact concernant la prise en charge des patients, malgré la proximité locale entre les professionnels de santé de sa MSP.

P3 : « On a un cabinet avec 2 infirmiers et on est 3 généralistes. Mais on ne peut pas dire qu'on fait un travail groupé, de synthèse. »

Un autre évoquait une relation de confiance malgré les difficultés présentes durant la crise du Covid.

P5 : « De tout façon durant la crise du Covid les pharmaciens renouvelaient les ordonnances sans mesurer la tension. »

3. Relation avec les patients

Un des médecins interviewés nous rapportaient l'impact négatif de la crise, par le confinement.

P4 : « Certaines personnes ça a été néfaste ce confinement. D'autres ça a été bénéfique. [...]. Maintenant on a un peu les pots cassés avec les jeunes, les étudiants,... »

Un autre nous rapportait avoir réalisé beaucoup de vaccination, mais que les gens sont désormais réticents à devoir poursuivre un schéma vaccinal.

P3 : « J'ai beaucoup vacciné. [...]. Maintenant ça c'est un peu calmé, les gens ne ruent pas sur la 4ème dose. »

4. Relation avec les IDE : contact facile

a. Contact facile :

La plupart des médecins interviewés relataient la facilité de communication dans la relation médecin-IDE. Cependant cette relation nécessitait une confiance et change en fonction des IDE selon trois des médecins généralistes.

P7: « Après le relationnel avec les infirmières et autres se passe très bien. Elles savent qu'elles peuvent appeler, et moi je leur fait confiance dans les surveillances de ce que je leur demande. Je n'ai aucun souci relationnel à ce niveau-là. »

P5: « [...] après l'installation j'avais l'habitude de travailler avec certaines infirmières, et il y en une avec qui on ajustait les insulines ensemble. Je savais que si je n'étais pas là, si il fallait augmenter ou baisser de 2 elle le faisait. »

P3: « Elle est tacite. Elle est gauloise quoi. C'est à dire que c'est pas formelle. [...]. On se donne rendez-vous chez le patient à des heures bien précises des fois, et on essaye d'échanger ce qui pourrait être le mieux pour le patient. C'est du pas formel, du cas par cas.»

Un des médecins exprimaient sa compassion pour la difficulté du travail en première ligne des IDE lors de la crise du Covid.

P4: « Ce n'était pas évident pour eux car ils étaient en première ligne. »

b. Absence d'échange dans la relation médecin-IDE

Malgré cette relation de confiance, il existait cependant un manque de concertation pour un des médecins interviewés. Même s'ils travaillaient dans la même structure que des IDE, chacun travaillait de leur côté.

P8: « Les infirmières sont au niveau du cabinet si vous voulez, c'est une maison médicale, mais chacun fait ce qu'il veut dans son coin si vous voulez. »

5. Relation avec les pouvoirs publics : Pas d'instance pour parler

Un des médecins interviewé relatait une sensation de délaissement par les pouvoirs publics, et regrettait l'absence d'instance pour discuter et construire des pratiques ensemble.

P9 : « Il y aurait dû y avoir un minimum de concertation avec les généralistes. [...] quand on a enfin pu faire des vaccins, [...]. On a vraiment l'impression d'avoir été laissé pour compte. »

P9 : « Ce que je regrette c'est le manque de concertation, après 42 ans d'installation, pas d'instance où l'on peut parler de notre quotidien pour faire avancer les choses dans le bon sens, pas lutter contre les institutions, mais leur apporter des matériaux pour les faire réfléchir. »

Partie 3 : Opinion des médecins généralistes sur le développement des infirmiers de pratique avancée.

A. Connaissances sur les IPA

1. Définition

Seul deux des neuf médecins interviewés ont su définir le terme d'IPA, mais de manière imprécise.

P1 : « C'est un nouveau métier entre l'infirmière et le médecin. C'est une infirmière avec des compétences élargies, qui est capable de prendre en charge d'autres patients, mais je n'en sais pas plus que ça... »

2. Représentation de ce nouveau métier

Malgré l'absence de connaissance sur la définition précise des IPA, la majorité des médecins

interviewés connaissaient le terme. Ils évoquaient également la durée de leur formation, leurs compétences des premiers IPA diplômés.

P5 : « Je connais le terme. Je sais qu'elles font plus de choses... Qu'elles ont une formation complémentaire qu'elles peuvent faire, je crois que c'est après 3 ans d'installation quelque chose comme ça. Donc il faut un peu de 'bouteille' pour pouvoir faire cette pratique là. Ça se fait sur 3 ans, et il y en a un peu par ici qui vont bientôt arriver sur le marché. »

3. Manque d'information

La totalité des médecins interviewés déclaraient ne pas connaître précisément leurs rôles.

P5 : « Je ne sais pas exactement ce qu'elle pourront faire en plus. Ça je n'ai pas assez de connaissance. »

Les médecins généralistes évoquaient un manque d'information par tous leurs réseaux d'information tels que la presse, ou l'ARS.

P2 : « Ça me dit vaguement quelque chose mais... J'ai du voir passer des trucs... »

P8 : « J'en ai entendu parlé... [...] j'en sais pas plus que ça. »

P9 : « je suis pas au courant, l'ARS je connais pas moi. Ben non qu'est ce que vous voulez que je vous dise, je n'ai aucun dialogue avec l'ARS. »

4. Méthodes d'information

Les médecins généralistes nous expliquaient que leurs méthodes d'information principales passent par la presse, des courriers, la sécurité sociale, ou par les infirmiers travaillant avec eux.

P8 : « J'ai reçu des courriers. De qui je sais plus . »

P6 : « C'est elles qui me l'ont dit. »

P9 : « Je ne sais pas, par la presse, la sécu... Sans trop d'explication. »

B. Représentation de la futur coordination des soins par les médecins généralistes

1. Des projets à définir en cours de réflexion

La plupart des médecins interviewés n'imaginaient pas le futur de la coordination des soins, et soulevaient de nombreuses interrogations.

P1 : « Alors je ne sais pas du tout comment ça peut s'articuler, je ne me suis pas encore posé la question, [...]. Mais la question est de savoir ce que ça donnera sur le suivi. »

Un des médecins interviewés souhaiterait une meilleure concertation entre les professionnels de santé centré sur le patient, basé sur le suivi des patients par les IDE, mais n'imaginait pas déléguer le rôle de prescripteur.

P3 : « J'aimerais déjà qu'on ait un peu plus de concertation. Si on fait des réunions de synthèse en disant pour tel patient, tel patient, tel patient, j'autorise à faire ça comme on peut le faire pour l'adaptation des insulines à domicile qu'elles font très bien. Euh... éventuellement pourquoi pas du suivi du traitement anti-coagulant, ou contrôle BPCO avec saturomètre, ça je veux bien. Mais prescription de novo non. »

Un autre médecin souhaiterait la mise en place d'une amélioration du réseau administratif permettant une meilleur gestion du temps non médical.

P3 : « Il faut aussi un réseau administratif qui prenne les rendez-vous et qui gère un petit peu toute la paperasse. On attend toujours les auxiliaires de santé. »

Un dernier médecin attend la mise en place des IPA et leurs activités en pratique pour se positionner et réfléchir à l'évolution de ses pratiques.

P4 : « Non je n'ai pas d'attente après on verra bien cela se passera en pratique. »

2. La place au sein des cabinets des futurs IDE

Deux des neuf médecins interviewés estimaient que les IPA auront leur place au sein de MSP. Cependant, leur place au sein des cabinets individuels restait peu envisageable, mais possible pour l'un d'entre eux.

P1 : « Je pense que ça doit être assez facile à mettre en place dans une MSP. Après ce doit être assez différent pour moi qui est installé seul, mais pourquoi pas. »

P3 : « De toute façon il faut que ce soit des centres pluridisciplinaires de santé avec des paramédicaux et des médecins, et qu'il y ait des plages de consultations dédié à certaines choses, suivi de cancer, de diabète, ce que vous voulez, qui nécessite une prise en charge pluri disciplinaire. »

Pour un autre médecin, l'exercice seul dans son cabinet en milieu rural lui convenait, et n'envisageait pas l'instauration d'IPA dans sa pratique.

P7 : « Je travaille seul depuis 30 ans et j'ai envie de continuer à travailler comme ça. Je ne me plains pas de mes horaires, ni de quoi que ce soit. La charge de travail ne m'ennuie pas. »

3. Une autre conception du métier de médecin

La modification des pratiques des médecins généralistes par l'instauration des IPA, engendre une modification de la perception du métier de médecin. Pour un des médecins, son métier est extraordinaire suite aux réponses apportées aux problématiques des patients et à leur contact.

P9 : « Je fais un métier extraordinaire, je suis au contact de la vraie vie, des gens. Je suis médecin de premier recours, j'assure les urgences et je coordonne des soins. »

Un des médecins n'était pas en accord avec cette évolution, et n'envisage pas son métier avec leur arrivée.

P2 : « Ce n'est pas comme ça que j'envisage mon métier. »

Pour un des médecins, le futur de sa profession doit passer par les médecins généralistes au

centre des prises en charge.

P3: « Je ne suis pas du tout hostile à ça, tout à fait. Mais il faut que le chef d'orchestre reste le médecin traitant. »

Pour deux des médecins interviewés laisser le suivi et le renouvellement aux IPA n'était pas envisageable. Leur conception de leur métier passant par le contact au domicile, la discussion avec les patients lors des temps de renouvellement.

P4: « Quand moi je passe chez les gens prendre la tension c'est l'occasion de discuter, de prendre du temps pour voir si le transit, le sommeil vont bien. C'est des occasions de temps de partage oral, [...] on peut aussi prendre le temps. »

P8: « Mes patients je les connais depuis 40 ans, [...]. Alors maintenant pour les jeunes médecins qui s'installent peut-être qu'effectivement, ça mènera à quelque chose. [...] un diagnostique sans voir le patient, sans prendre sa tension, etc... pour moi c'est pas envisageable. »

C. Les freins à la future coordination des soins

1. La confiance envers les IDE

Dans le cadre de la délégation des tâches, un des médecins déclarait ne pas envisager de déléguer plus qu'actuellement. Il accorde une grande confiance envers les IDE, avec lesquelles il peut établir des protocoles, lui transmettant également un retour si besoin.

P1: « C'est pas que ce n'est pas envisageable de déléguer. Je délègue déjà. Mais avec quelqu'un que je connais, avec un cahier des charges établi ensemble, il n'y a pas de soucis. Il faut qu'elles soient avec moi pour l'introduction des thérapeutiques et qu'elles me consultent pour toutes modifications. »

Deux autres médecins s'interrogeaient sur leurs compétences avant d'être recrutées et déclaraient que la confiance s'installe avec le temps.

P5: « Voilà c'est le fait d'avoir l'habitude de travailler avec certaines personnes et de se connaître, la confiance est établie et on sait qu'on peut faire confiance. Avec des gens avec qui on a jamais travaillé on ne sait pas si ils sont suffisamment vigilants, si ils vont s'alerter pour les mêmes signes que nous. »

P9: « [...] aux infirmières ici, là depuis le début du centre, 31 ans qu'on travaille ensemble. Bon on peut déléguer beaucoup mais il faut qu'il y ait une bonne entente. Une infirmière qui s'installe à qui je vais déléguer des tâches pour faire des ordonnances, la fille je la connais pas, je ne sais pas ce qu'elle vaut. Je ne confierais pas mes patients dans ce cadre. »

2. La complexité des consultations

Un des médecins interviewés exprimait la crainte d'avoir en consultation une majoration des consultations complexes, si les IPA s'occuperaient des renouvellements et des consultations peu complexes.

P1: « J'aurais peur de me retrouver avec des consultations de plus en plus complexes à gérer, [...]»

3. Aspect financier

L'aspect financier du développement des IPA restait une interrogation importante des médecins généralistes.

P5: « Aucune idée de ce qui va ce faire. »

Pour un autre se posait la question de la rentabilité si les médecins doivent les salarier.

P1: « Apparemment leur salaire serait dépendant des médecins, se pose ainsi la question de la rentabilité. »

Un des médecins interviewés pensait que l'activité en MSP serait plus intéressante au niveau financier, avec une IPA pour plusieurs médecins.

P1 : « En MSP ça serait plus intéressant financièrement aussi. »

Deux autres médecins s'interrogeaient sur la cotation des actes. Pour eux, certains n'étaient pas cotés pour certaines de ses demandes.

P9 : « Après si je demande à l'infirmière une surveillance de sa saturation en oxygène c'est pas un acte coté, donc là il faut revoir la cotation. »

P5 : « Je me fais aider par des auto mesures à domicile où je demande pas mal l'aide des infirmières pour m'aider. Alors c'est pas toujours coté chez eux malheureusement, il y a plein de choses qui le sont pourtant. »

4. Modification de la relation médecin-patient

L'intégration des IPA au sein de la prise en charge des patients modifie la relation médecin-patient. Trois des médecins sur neufs interviewés expliquaient l'importance de garder le lien avec le patient.

P1 : « J'ai peur aussi de perdre le lien avec le patient pour son renouvellement. »

P8 : « Le contact avec le patient que je dois garder. C'est primordial. Par exemple je suis contre la téléconsultation si vous voulez. C'est contre tout ce qu'on m'a appris il y a 40 ans quand j'ai fait mes études. »

Pour un des médecins interviewés, cette relation ne doit pas être modifiée avec l'arrivée des IPA, car elle est très satisfaisante actuellement.

P7 : « J'espère qu'elle ne changera pas par rapport à ce qu'elle est actuellement, parce que ça se passe très bien dans le secteur. J'ai aucun soucis ici. »

5. Retraite : Les plus âgés moins concernés

La plupart des médecins généralistes en fin de carrière interviewés exprimaient une absence

d'intérêt concernant la modification de leurs pratiques professionnelles.

P2: « Vous savez là je suis à un an de la retraite. Je ne suis plus très concerné par tout ça. Les jeunes peut être, mais moi moins. »

Certains évoquent des difficultés matérielles, en lien avec l'utilisation de nouveaux moyens de communication, tels que l'ordinateur.

P8: « Moi je suis un vieux. Donc tous les problèmes d'ordinateur.. moi je les connais pas... »

Partie 4 : Les représentations des pratiques professionnelles des IPA selon les médecins généralistes

A. Les missions des IPA selon les médecins généralistes

1. Réalisation de consultations dédiées à l'éducation thérapeutique

Selon un des médecins interviewés, les IPA seront capables de réaliser de nouveaux types de consultations, telles que celles dédiées à l'éducation thérapeutique.

P1: « Mais je pense qu'elle pourra également avoir un rôle en matière d'éducation thérapeutique, où nous médecin n'avons pas toujours le temps de le faire. [...]. Mais si c'est pour apporter quelque chose en plus ce serait une bonne solution, comme l'éducation thérapeutique, où nous savons qu'il faut répéter les messages pour être efficace. »

2. Rôle d'orientation et de tri des patients

Pour un des médecins interviewés, les IPA auraient permis de gérer l'orientation des patients en lien avec le Covid. Elles pourraient selon lui estimer la gravité d'une pathologie pour les orienter.

P1: « Ça aurait permis de faire le tri entre les patients ce que nous avons du faire en catastrophe. [...]. L'IPA aurait pu nous soutenir pour faire le tri des patients à envoyer aux urgences. »

3. Manque de rôle bien défini

Un des médecins généraliste soulignait l'ambiguïté de cette nouvelle profession, ayant des fonctions anciennement réservées aux médecins et aux infirmiers.

P3: « Un infirmier c'est un infirmier, un médecin c'est un médecin. Panacher un peu tout et n'importe quoi [...], ben non. »

4. Les attentes des médecins généralistes

Un des médecins interviewés exprimait ses attentes sur le développement de cette nouvelle profession. Il souhaiterait un professionnel de santé de confiance, capable de gérer le suivi de patients polyopathologiques avec un temps de communication directe en cas de modification de thérapeutique ou de situations complexes.

P5: « Surveillance cœur, tension, poumon, chez les sujets âgés, les diabétiques, chez les polyopathologiques ou même bon un peu comme un parallèle avec l'HAD sur les fins de vie, quelqu'un capable de vous appeler en vous disant 'ben non je trouve qu'elle est encore mal, est-ce que je peux augmenter les patch de morphine ?' »

Un autre exprimait son absence d'attente de cette nouvelle profession. Il préfère être sollicité directement, car il considère qu'il s'agit d'un ajout d'intermédiaire pour une gestion réalisée par lui même comme habituellement, et sans bénéfice pour les patients.

P6: « Plutôt que d'avoir des intermédiaires, je préfère être sollicité directement. Et ça depuis déjà avant la crise du Covid. [...] j'ai l'impression que ça ne sert à rien. On nous demande quand même la gestion de ce type de chose quoi. Et je ne vois pas non plus de bénéfice pour les patients franchement. »

5. Perception de l'intérêt de leur rôle suite à la crise du Covid

La crise du Covid a mis en lumière la nécessité d'une meilleure coordination des soins. Cependant, pour l'un des participants, cette crise n'a pas changé sa perception concernant le développement de nouvelles compétences des infirmiers à domicile.

P1 : « Je n'ai pas vraiment l'impression que ça a changé [...]. »

B. Les aspects négatifs selon les médecins généralistes

1. Pallier au manque de médecin ?

Trois parmi les neuf médecins généralistes interviewés estimaient que la mise en place des IPA n'était pas une bonne solution pour répondre au manque de médecins généralistes.

P1 : « Par contre si on met ça en place pour pallier au manque de médecin je trouve que c'est une mauvaise solution. »

Deux parmi les neuf médecins généralistes interviewés déclaraient que malgré une possible présence des IPA pour les aider, voir plus de patient n'était pas un de leurs objectifs. Un soulignait l'importance de la qualité des soins devant le nombre de patients vus.

P1 : « Voir plus de patient (au sein de mon cabinet (IPA+médecin) n'est pas de tout mon objectif. Je pense qu'on a un grand gouffre entre la vision de la caisse, des politiques et de la médecine générale. Mon objectif c'est pas de voir plus de patient, c'est de les voir correctement. »

P3 : « C'est pas l'intérêt de voir plus de patients. »

Un des médecins interviewés estimait que la présence des IPA permettrait de soulager la charge de travail des médecins généralistes, dans les secteurs en carence de professionnels de santé.

P4 : « Ça va aider. Enfin j'imagine dans les secteurs où il n'y a pas assez de médecin ça peut décharger un petit peu [...]. Je pense que oui dans les secteurs où il y a des carences ça peut aider. »

2. Manque de compétences lors des renouvellements d'ordonnance

Deux des neuf médecins interviewés étaient contre la capacité de renouvellement des IPA.

P3 : « Du moment que ça reste du préventif. Pour ce qui est de la prescription c'est hors de question. »

Pour deux des médecins interviewés, le renouvellement est un acte complexe qui favorise le patient à exprimer des motifs de consultation secondaires, que les IPA ne seraient pas en capacité de prendre en charge. Tout comme les courriers de suivi de spécialiste, souvent transmis lors des renouvellements. Les compétences cliniques des IPA sont également remises en question selon eux.

P9 : « Le renouvellement ce n'est pas que le renouvellement. Le gars qui veut retirer une lésion dermato, on doit l'adresser à un dermato. [...]. L'infirmière qu'est ce qu'elle va faire ? Renouveler ? L'ausculter ? [...]. Il y a le fait que c'est quand même un acte clinique de faire un renouvellement. C'est pas seulement demander ce qu'il vous faut, c'est un examen clinique avec prise de tension, d'auscultation, d'interrogatoire. Il y a beaucoup de choses qui se disent en dehors du renouvellement par les motifs secondaires. Dans ce cadre là que va faire l'IPA ? Elle renouvellera puis dira, ben pour ça il faut revoir le médecin. »

P9 : « Lorsque le patient reviendra lors d'un renouvellement et qu'il apportera les comptes-rendus rendu du cardio, du dermato, qu'est ce qu'elle va faire ? La synthèse ? Avec qu'elle formation, quelles expériences ? Il faut une surveillance directe du médecin. »

3. Absence de gain de temps

Pour un des médecins interviewés, le temps médical n'était pas un temps à réduire en priorité pour les médecins. Il déclarait souhaiter réduire plutôt le temps administratif.

P5: « Moi à la limite ce que j'aimerais qu'on me dégage comme temps, c'est le temps administratif plus que le temps de soin. Le temps de soin ça me plaît, le temps administratif ça ne me plaît pas du tout. »

Pour un autre, gagner du temps en déléguer l'acte de la prise des constantes avant la consultation n'était pas envisageable.

P4: « Je ne vois pas une IPA prendre les constantes avant que je vois les patients. C'est un temps important. »

4. Impact sur la pratique des médecins généralistes

Certains médecins ont réalisé la nécessité de devoir déléguer certaines tâches, mais craignaient un appauvrissement des types de leurs consultations restantes.

P6: « On n'est pas assez de médecin pour répondre au besoin du territoire. Donc il faut bien qu'on délègue certaines tâches. Après à trop déléguer, que va devenir la pratique qui nous reste ? »

Pour certains médecins la présence d'une IPA chamboulerait le fonctionnement habituel de leur pratique quotidienne, tel que la réalisation des actes de prévention et la délégation du rôle de prescripteur.

P6: « La vaccination n'est pas seulement un acte technique, c'est un acte de prévention. Donc déléguer l'acte du vaccin ok, mais déléguer la prescription ça impacterait ma pratique quotidienne. »

Certains craignaient une perte de leur temps d'échange avec leurs patients.

P9: « Moi je suis encore de la vieille école et je pense que notre médecine c'est un tout. J'aime bien prendre la tension moi même, discuter... tout ça c'est un partage. Je peux poser des questions. »

Un médecin insistait sur la place du médecin de famille. Il craignait une perte de contact avec sa patientèle, et ainsi de moins bien appréhender l'impact de certaines pathologies par rapport à ses patients.

P9 : « Alors la relation ne sera plus médecin de famille. Moi je soigne plusieurs générations, je pense que c'est un éclairage extraordinaire pour comprendre certaines pathologies et certaines réactions par rapport aux maladies, par rapport à la vie. »

C. Les aspects positifs selon les médecins généralistes

1. Réalisation de nouveaux types de consultations

La possibilité de voir seul des patients ouvre de nouvelles perspectives selon les médecins. Selon un des médecins interviewés, elles pourront réaliser des entretiens centrés sur l'éducation thérapeutique, habituellement négligés faute de manque de temps selon lui.

P1 : « Je pense qu'elle pourra également avoir un rôle en matière d'éducation thérapeutique, où nous médecin n'avons pas toujours le temps de le faire. »

Un autre médecin soulignait la possibilité de déléguer des rôles de réalisation d'actes techniques, tel que la réalisation des vaccins.

P6 : « Déléguer l'acte du vaccin ok, [...]. »

2. Amélioration du suivi des patients

Trois des médecins interviewés sur neuf soulignaient une potentielle amélioration du suivi des patients. Soit par une meilleure clinique lors du renouvellement ou dans le cadre de pathologies chroniques.

P5 : « Là au moins il y aura un renouvellement d'ordonnance avec mesure de tension et auscultation cardiaque. »

P5: « Elle aura sa place sur des suivi de patients chroniques, plus que sur de l'aigu selon moi. Les pansements d'escarre, les ulcères qui sont délicats. »

3. Amélioration du confort du médecin généraliste

Pour un des médecins interviewés, la présence d'une IPA pourrait renforcer le confort dans ses consultations.

P1: « Il faudrait que je réfléchisse à ce que pourrait m'apporter. Peut-être du confort, mais surtout pas pour voir plus de patient. »

Discussion

I. Forces et limites

1. Les forces

Cette étude a été réalisée dans le but d'évaluer la perception des médecins généralistes sur les pratiques des IDE suite à la crise du COVID. La méthode qualitative a été utilisée, en raison de nombreux avantages par la réalisation d'entretiens ouverts. Elle a permis d'obtenir des représentations plus variées des médecins généralistes sur notre sujet en les laissant parler de leur vécu avant, pendant et après la crise du Covid.

Les critères de validité tendent à être respectés dans notre étude en employant une méthodologie adaptée (Annexe n°2). La présence d'un seul chercheur est une force dans notre étude. La précision de ce travail a été assurée par l'analyse des entretiens par codage indépendant des données. En outre, la triangulation du codage de ces données a été réalisée avec un seul autre chercheur indépendant, permettant ainsi la diminution du biais d'interprétation.

Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données, c'est à dire lorsque aucune autre idée ou représentation n'était rapporté par le médecin interviewé et les autres participants de notre étude.

2. Les limites de l'étude

Concernant l'échantillon de médecins interviewés, les médecins participants à l'étude ont été recrutés tout d'abord par mail. Cependant, au vu du faible nombre de volontaire, un démarchage téléphonique a été effectué, pouvant entraîner un biais de sélection. Étant basé sur le volontariat, le recrutement a pu présenter un biais à l'inclusion, car les médecins

interviewés sont ceux intéressés par notre étude ou déjà sensibilisés à cette thématique.

Lors des entretiens, les réponses ont potentiellement pu être orientées, malgré le soin apporté à limiter ce biais.

Il existe également un biais d'interprétation dans l'analyse des données, retrouvé systématiquement dans toute étude qualitative. Cependant limité par la participation d'un autre chercheur indépendant lors de la triangulation, sans pouvoir totalement l'éliminer.

Le contexte a également participé négativement à la rigueur de l'étude en raison d'une résurgence de l'épidémie de Covid-19. Ainsi, trois des neuf médecins interviewés ont préféré être interviewé par appel téléphonique. Les appels réalisés n'ont pas permis de recueillir des expressions corporelles, des mimiques faciales des interlocuteurs.

Un biais d'investigation peut également être présent, car certains des participants peuvent occulter ou abrégé leurs réponses en raison de la peur du jugement.

II. Résultats principaux

A. Pratiques des médecins généralistes en lien avec la pandémie du Covid-19

Les réponses des médecins généralistes participants ont permis de caractériser les modifications de leurs pratiques en lien avec la crise du Covid-19, au niveau de la coordination des soins, du matériel utilisé, de l'hygiène et de leur relation avec d'autres professionnels de santé.

1. La coordination des soins

La totalité des médecins généralistes interviewés mettent en avant le caractère essentiel de la coordination des soins dans le cadre du suivi des patients. Cette coordination s'effectue au quotidien et améliore leur prise en charge.

Quelques médecins interviewés en relatent cependant quelques limites. Une étant géographique, les cabinets ruraux excentrés des centres hospitaliers semblent avoir une plus grande difficulté à gérer le parcours de soins de leur patient. Elles se retrouvent présentes sur l'ensemble de la métropole française et n'est pas une spécificité du Douaisis (16). Une autre limitation concerne le mode d'exercice. En MSP, la coordination entre IDE et médecin d'une même structure favorise la concertation sur la prise en charge des patients. Cette concertation

est plus difficile au niveau de cabinets médicaux plus isolés de part l'absence de proximité des différents professionnels de santé. Cependant, ce fait n'est pas généralisable à l'ensemble des MSP, en effet un des médecins interviewés déclare un manque de concertation au sein de sa structure, les différents professionnels travaillant chacun de leur côté. Et d'autres bien qu'en cabinet indépendant ont un retour quotidien avec des infirmières.

Malgré les tensions rencontrées par le système de santé, la totalité des médecins interviewés estiment que cette coordination est suffisante en dehors de situation d'urgence, et ne nuit pas à la prise en charge de leurs patients. Cependant, ils auraient souhaité des points d'amélioration lors pandémie du Covid-19.

La coordination des soins a été mise à l'épreuve par la crise du Covid, en partie due à la temporisation de la prise en charge des patients. (38 ; 39) Les médecins interviewés relatent ce fait, et parlent d'un délai de prise en charge de deux ans pour certains patients, dont quelques-uns oubliés d'être reconvoqués. Pour de nombreux patients, des opérations ont dû être décalées, nécessitant une surveillance au domicile. Trois des médecins interviewés relatent un sentiment d'abandon lors de cette période. Cependant, tous soulignent la coordination au niveau local du Douaisis et évoquent une unité dans cette épreuve ayant permis une prise en charge optimale des patients autant que possible.

2. Les relations entre médecins généralistes et spécialistes

Dans notre étude, la plupart des médecins interviewés ont été confrontés à la déprogrammation des consultations spécialisées. Un des médecins interviewés relate même de l'absence de certains confrères médecins généralistes, et a ainsi dû faire face à un afflux plus important de pathologies complexes. Pour pallier à ce phénomène, la majorité des médecins interviewés ont cherché à prendre avis auprès de spécialistes issus de leur contact. Pour deux d'entre eux, ses prises de contact sont passées par l'utilisation de messageries instantanées par applications téléphoniques. Ces réseaux locaux se constituaient principalement de connaissances antérieures ayant précédemment établi une relation de confiance. Ainsi, ils relatent un échange plus direct et simple avec les médecins spécialistes durant la pandémie, mais beaucoup moins encadré. Ces nouveaux échanges ne sont pas passés par des réseaux sécurisés mais ont été beaucoup plus efficaces par leur rapidité d'interaction et de mise en relation. Ils mettent en lumière les déficits d'un système lent, par prises de rendez-vous et de courriers pour le spécialiste, pour des problématiques parfois simples et pouvant être résolu le jour même. (41)

3. De nouveaux moyens d'échanges entre professionnels de santé

Tous les médecins interviewés ont dû modifier leurs méthodes de communication avec d'autres professionnels de santé durant la pandémie. Outre l'utilisation d'applications téléphoniques avec les spécialistes déjà évoquée, elle s'est également vu être utilisée avec les IDE surveillant un nombre accru de patients et ayant nécessité une modification des thérapeutiques au domicile plus fréquentes durant la pandémie.

D'autres méthodes de communication avec les IDE ont été relevées dans notre étude. Trois des neuf médecins interviewés sont passés par la plate-forme en ligne 'Prédice' regroupant de nombreux services, dont l'échange entre professionnels d'information médicale de façon sécurisée sur la prise en charge au domicile du patient. L'utilisation de ces nouveaux moyens de communication n'est cependant pas plébiscitée par tous devant l'absence de généralisation à l'ensemble des professionnels, et de la nécessité d'être formé à son utilisation. Cependant, tout comme les échanges avec les spécialistes par le biais de messageries instantanées, se pose la question de la sécurité de ses communications. De plus, ces échanges plébiscités par les médecins généralistes ne semblent pas être développés par les pouvoirs publics, mais par des organismes privés ne respectant pas, pour certains, la réglementation sur la protection des données de santé en France. Ainsi la plate-forme en ligne 'Prédice' semble être une des alternatives sécurisées. Cependant, ses activités limitées à la période de la pandémie du Covid-19, pose la question de sa généralisation à l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre d'un parcours de soins usuels.

Pour un des médecins généralistes, des moyens plus traditionnels ont été parfois plus adaptés comme le téléphone et le fax pour la prise en charge de ses patients les plus éloignés.

4. Démocratisation de nouveaux types de consultation

Dans notre étude, la majorité des médecins interviewés ont profité de la pandémie pour réaliser de nouveaux types de consultation.

Sept des neuf médecins interviewés ont mis en place un service de téléconsultation. Un des médecins souligne l'instauration de la téléconsultation dans sa pratique courante depuis la pandémie, pour ses patients non atteints par le coronavirus. Cependant, cette pratique tend vers la diminution depuis la fin des périodes de grands pics épidémiques. Le retour en présentiel étant plébiscité par les médecins généralistes, car elle ne correspond pas à leur

pratique de la médecine, d'où une utilisation temporaire. Ils considèrent comme essentiel la prise en charge en présentiel des patients avec la présence d'un examen clinique rigoureux. Certains médecins ont également profité de la diminution du nombre de consultations durant les confinements pour se former. Un des médecins interviewés s'est formé à la télé-expertise en dermatologie. Ainsi, le gain de temps obtenu peut permettre aux médecins généralistes de gagner en compétences et au final permettre une meilleure prise en charge des patients. Ce gain de temps est également promis par les pouvoirs publics par l'instauration des IPA (18). La crainte d'une diminution de la variété des prises en charge rencontrées par les médecins généralistes pourrait ainsi être contrebalancée par une augmentation de la diversité de leurs compétences.

5. Matériel et hygiène

La pandémie du Covid-19 a engendré une amélioration de l'hygiène dans les cabinets de médecine générale selon les médecins interviewés. De nombreuses pratiques ont été introduites, telles que l'utilisation de douches, du gel hydro-alcoolique, et le port des masques. Des règles de distanciation ont été mises en place, pour éviter une contamination lors de consultation en présentiel au cabinet. Pour un des médecins interviewés, c'est même un retour aux normes des règles d'hygiène élémentaires qui était non respectées avant la crise du Covid. Cette prise de conscience chez tous les médecins dans notre étude a permis l'amélioration des risques de contamination pour les professionnels de santé. Un des médecins interviewé relate ainsi, qu' aucun professionnel de santé de son établissement n'a attrapé la Covid.

B. Vécu des médecins généralistes sur de nouvelles compétences des infirmiers lors de la crise du Covid-19

La crise du Covid a mise en tension une démographie médicale déjà fortement sollicitée. Ainsi, les pouvoirs publics ont mis en place des mesures dérogatoires pour soutenir les professionnels, la poursuite des prises en charge des patients complexes, et favoriser la coordination des soins. (1 ; 2) Les médecins généralistes ont pu constater l'apport et l'intérêt d'IDE aux compétences élargies durant la pandémie.

1. Un bouleversement des pratiques IDE en lien avec la pandémie du Covid-19

Lors de la pandémie du Covid-19, quatre médecins interviewés sur neuf dans notre étude déclarent avoir constaté une modification des pratiques par les IDE au domicile des patients. Certains déclarent observer une surveillance accrue des patients aux domiciles, passant par l'utilisation de logiciel de suivi directement en lien avec les médecins généralistes, favorisant la coordination des soins avec le médecin traitant, en permettant la création d'un temps de prise en charge à distance conjointement avec les IDE. Ce télé-suivi était cependant limité aux patients suspectés d'infection ou reconnus atteints du COVID-19

Ainsi, la majorité des médecins de notre étude ont également noté une demande plus importante de leur part à la réalisation d'examens cliniques plus poussés.

Cette augmentation du suivi clinique et de la coordination des soins ont nécessité une adaptation du matériel médical. Tous les médecins de notre étude évoquent le saturomètre, indispensable durant la pandémie, mais également l'achat de matériel informatique pour l'utilisation des différentes plate-formes en lien avec les médecins traitants.

D'autres nouvelles compétences ont également été constatées par les médecins dans notre étude comme la réalisation de la vaccination, le suivi de patient en visioconférence avec le médecin traitant, le rôle de soutien psychologique aux patients, ainsi que l'aide apportée aux structures médico-sociales pour renforcer les équipes.

2. Une reconnaissance du travail des IDE

Tous les médecins interviewés ont mis en lumière lors des entretiens la cohésion des professionnels de santé dans le Douaisis lors de la crise du Covid ainsi que la facilité de communication dans la relation médecin-IDE.

La majorité des médecins interviewés soulignent l'importance de leur présence au domicile des patients. Ils ont déclaré avoir réussi le maintien de leur suivi, principalement grâce aux IDE. Leurs compétences ont de plus été majorées par l'instauration de mesures par les pouvoirs publics (1; 2). Les médecins généralistes ont justifié ces mesures par l'augmentation de la charge de travail, ou encore une minoration du risque de contracter une pathologie infectieuse en étant vu au domicile par une IDE, par rapport à la consultation dans un cabinet de médecin généraliste. Cependant, missionner des IDE par les médecins généralistes pose un problème éthique. Les infirmières se retrouvent en première ligne des soins, alors que les médecins peuvent chercher à éviter tout contact. Il ressort dans notre étude que les médecins

généralistes sont conscients des sacrifices des IDE lors de la crise du Covid-19.

Un des médecins exprime sa compassion pour la difficulté du travail en première ligne des IDE lors de la crise du Covid.

3. Les limites de leur rôle

Durant la pandémie, les IDE ont su adapter leur pratique et augmenter le panel de leurs compétences. Une minorité des médecins interviewés pose cependant des limites claires quant à leur rôle. Pour certains leur rôle doit rester comme l'interface entre le patient et le médecin traitant, pour un autre la variété des rôles accumulés entraînent une sur sollicitation et des failles dans leur pratique. Mais pour tous, la relation médecin-IDE est limitée par la confiance qu'on lui accorde, et change en fonction des IDE. Cependant, les médecins ont pu constater durant la crise du Covid-19 que ses limites ont été un frein à la prise en charge des patients. D'où la mise en place de mesures dérogatoires par les pouvoirs publics (1;2). La plupart des médecins interrogés ont ainsi constaté une amélioration du suivi de leur patient, en particulier les plus fragiles, sans pour autant constater une dégradation de leurs prises en charge.

C. Intérêt au développement des infirmiers de pratique avancée

1. Les attentes des médecins généralistes

Le rôle prépondérant des IDE durant la pandémie du Covid-19, a mis en lumière la nécessité de leur présence, et de l'importance du développement des IPA. Malgré des rôles déjà réglementés et établis, les médecins généralistes interviewés ont des attentes parfois différentes. La possibilité des IPA de prendre en charge seul des patients ouvre de nouvelles perspectives selon les médecins. Certains souhaitent la réalisation de consultations dédiées à la prévention et l'éducation thérapeutique, habituellement négligées par manque de temps selon eux. Pour d'autres, leur présence permettrait la réalisation d'un tri, d'une meilleure orientation des patients vers les urgences ou d'autres spécialités, mis en évidence par la crise du Covid-19.

Un autre médecin souligne la possibilité de déléguer des rôles de réalisation d'actes techniques, tels que la réalisation des vaccins, et ainsi améliorer le confort dans ses consultations. Un des médecins interviewés estime que la présence des IPA permettra de

soulager la charge de travail des médecins généralistes, dans les secteurs en carence de professionnels de santé.

La surveillance des patients pourrait être doublement assurée pour certains, ainsi leur présence permettrait également une amélioration de la qualité des soins. De plus les médecins interviewés assurent le suivi en moyenne tous les trois mois durant une consultation de quinze minutes environ, et regrettent de ne pas leur accorder plus de temps.

Cependant, le médecin doit rester au centre de la prise en charge des patients pour eux, et doit rester le coordinateur des soins. Ainsi, ils leur semblent obligatoires d'échanger de manière permanente sur le devenir des patients avec les IPA, et que le médecin référent soit sollicité en cas de problématiques médicales dépassant leurs connaissances.

Globalement, les médecins interviewés souhaiteraient que les IPA soient des professionnels de santé de confiance, capables de gérer le suivi de patients polypathologiques avec un temps de communication directe en cas de modification des thérapeutiques ou de situations complexes. Cette notion de confiance est très importante pour les médecins interviewés. Certains considèrent déjà quelques IDE comme des IPA avant l'heure.

Il est également intéressant de noter que certains médecins interviewés ne réalisent pas que leurs attentes sont déjà comprises dans les missions des IPA.

2. Les facteurs limitants leurs pratiques selon les médecins généralistes

La pandémie du Covid-19 a été l'occasion pour les médecins interviewés de remettre en question leur conception du métier de médecin. Cependant, la plupart n'envisagent pas de modifier leur pratique avec l'arrivée des IPA. Pour eux, leur profession doit rester au centre de la prise en charge des patients. Ainsi, pour deux des médecins interviewés laisser le suivi et le renouvellement aux IPA n'est pas envisageable. Il existe une inquiétude sur les connaissances des IPA, mais il ressort de nos entretiens que les médecins généralistes ne souhaitent pas déléguer leurs rôles de peur de voir leurs compétences diminuées au profit de ces derniers.

La diminution du temps d'échange médecin-malade n'est pas souhaitée. Le renouvellement n'étant pas simplement un temps médical, mais aussi un temps d'écoute où les médecins interviewés apprennent à connaître les patients. Certains craignent de perdre la notion de médecin de famille. (40)

Les différentes politiques de santé souhaitent le développement des IPA pour compenser le déficit médical. La plupart des médecins interviewés n'envisagent pas de voir plus de patients avec l'aide d'une IPA. Ils considèrent réaliser déjà beaucoup de consultations. Voir plus de

patients n'est pas leur objectif. De plus, ils craignent l'augmentation du nombre de consultations complexes, les renouvellements d'ordonnances et les consultations de suivis étant laissés aux IPA. Le temps médical n'est pas un temps à réduire en priorité pour les médecins, la problématique étant tournée plutôt vers le temps administratif. En effet, les médecins généralistes consacrent environ sept heures par semaine aux tâches administratives. (37)

Ils réalisent la nécessité de devoir déléguer certaines tâches, mais craignent un appauvrissement des types de consultations futures qu'ils leurs resteront. C'est pourquoi, trois parmi les neuf médecins généralistes interviewés estiment que la mise en place des IPA n'est pas une bonne solution pour répondre au manque de médecins généralistes. Cependant, les médecins interviewés estiment une potentielle amélioration de la qualité des soins et du suivi par la présence d'IPA.

La capacité d'effectuer le suivi par les IPA est également remis en cause. Pour les médecins interviewés, le renouvellement est un acte complexe qui favorise le patient à exprimer des motifs secondaires, que les IPA ne seront pas en capacité de prendre en charge. Tout comme les courriers de suivi de spécialistes, souvent transmis lors du suivi. Ainsi, certains médecins interviewés imaginent être souvent sollicités pour des problématiques secondaires par les IPA, le gain de temps devenant alors une perte de temps. Ils préfèrent être sollicités directement, considérant qu'il s'agit de l'ajout d'un intermédiaire, pour une gestion réalisée au final par eux-mêmes sans réel bénéfice pour les patients.

3. Une interrogation des médecins généralistes à leur développement

Outre les inquiétudes des médecins généralistes sur les missions et pratiques des IPA, les entretiens ont mis en évidence d'autres freins à leur mise en place.

Peu de médecins interviewés ont su définir le terme d'IPA de manière précise, il existe donc une méconnaissance de leurs rôles. La totalité des médecins interviewés déclarent ne pas connaître précisément leurs missions. Cependant, tous avaient déjà entendu le terme par diverses sources telles que la presse, l'ARS, la sécurité sociale, ou par les infirmiers travaillant avec eux. Ils leur est ainsi difficile d'appréhender l'intérêt de leur place au sein de leur cabinet.

Ce manque d'information entraîne des craintes principalement d'ordre pratique. L'aspect financier reste une interrogation importante des médecins généralistes. Beaucoup d'entre eux se posent la question de la rentabilité si les médecins doivent les salarier, ou d'autres sur la cotation des actes.

La confiance est également un frein important pour la plupart des médecins. Deux des médecins accordent une grande confiance envers les IDE, avec lesquelles ils peuvent établir des protocoles, leur transmettant également un retour si besoin. Néanmoins, ils s'interrogent sur leurs compétences de départ des IPA et déclare que la confiance s'installe avec le temps.

Des interrogations sont relevées par les médecins interviewés concernant la relation médecin-patient. Tous expliquent l'importance de garder le lien avec le patient, et pour la plupart cette relation ne doit pas être modifiée avec l'arrivée des IPA, car très satisfaisante actuellement.

Leur mode d'exercice actuel est également source de questionnement. Certains médecins interviewés se considèrent trop âgés pour modifier leur pratique à l'aube de la retraite. D'autres évoquent des difficultés matérielles, en lien avec l'utilisation de nouveaux moyens de communication, tels que l'ordinateur.

Le lieu d'exercice semble également jouer un rôle, quelques médecins interviewés estiment que les IPA auront leur place au sein de MSP. Cependant, leur place au sein des cabinets isolés restent peu envisageables à cause de problème de place et de financement selon eux.

D. Les perspectives de l'étude

Cette étude a permis la mise en évidence des différents points de vue des médecins généralistes concernant le développement des IPA suite à la crise du Covid-19. Ils reconnaissent le rôle essentiel des IDE dans la prise en charge des patients, et réalisent l'importance et l'intérêt de professionnel de santé aux compétences élargies auprès des patients. Les nombreuses interrogations, limitant le développement des IPA, sont retrouvées chez la plupart des médecins interviewés, et ceux malgré de nombreuses études ayant démontrées un impact positif au développement de compétences des IDE, en France comme à l'étranger. (37)

Cette thèse s'est déroulée en parallèle d'autres études s'attachant aux mêmes questionnements, mais du côté des IDE et des patients (34 ; 35). Ces autres intervenant ont également constaté un système de santé français fragilisé, lié au manque de médecins généralistes, une diminution de l'accès aux services d'urgences, et d'une qualité de soin menacée. Tous semblent plébisciter l'amélioration de la coordination des soins et de l'instauration des IPA. Ce dernier point n'est que peu retrouvé chez les médecins généralistes.

Pour eux, de nombreuses craintes subsistent, en termes de rémunération, de compétences,... Ainsi, le développement des IPA reste limité par de nombreux interrogations des médecins généralistes, en partie lié à un manque d'information. Et ceux malgré les différents plans d'action liés à la désertification médicale et aux difficultés rencontrées par la coordination des soins en milieu rural. Ce manque d'information nous interroge sur l'intérêt de sensibiliser les médecins généralistes aux périmètre d'intervention des IPA.

Conclusion

L'amélioration du parcours de santé et de la coordination des soins est une préoccupation majeure du système de santé Français. Cette coopération entre professionnels de santé a été bouleversée par la pandémie du coronavirus. Dans notre étude, nous avons recherché l'impact de la pandémie du Covid-19 sur les pratiques infirmières constatées par les médecins généralistes du Douaisis, et leur opinion concernant le développement des infirmiers en pratique avancée. Les médecins généralistes interviewés ont été conscients de l'importance du rôle des IDE lors de la pandémie, et souhaitent une amélioration de la coordination des soins pour améliorer la qualité des prises en charge des patients. Dans ce contexte, le développement des IPA est intéressant pour eux mais reste source de nombreuses incertitudes. La réalisation de consultation ciblant la prévention ou l'éducation thérapeutique est plébiscitée, mais la crainte de perdre le contact avec les patients et leur rôle en tant que prescripteur des renouvellements en est un exemple. Il existe néanmoins un manque de connaissances des IPA par les médecins généralistes, en partie à l'origine de leurs interrogations. Des disparités semblent aussi exister entre les lieux d'exercices ruraux ou urbains, mais également sur le plan des maisons de santé et de l'exercice isolé. Ainsi, le développement des IPA pourrait être favorisé par une meilleure information des médecins généralistes sur leur place au sein d'un cabinet de médecine générale.

Bibliographie

1. Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire - Légifrance [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041746744/>
2. Arrêté du 31 mars 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire - Légifrance [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041774063>
3. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018 - Légifrance [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115/>
4. Pirer S. Représentations et attentes des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée [Internet]. Université de Lille; 2019 [cité 24 août 2022].
5. Cann AL. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins. 24 nov 2021;153.
6. Coronavirus et Covid-19 - Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov/>
7. Ahn DG, Shin HJ, Kim MH, Lee S, Kim HS, Myoung J, et al. Current Status of Epidemiology, Diagnosis, Therapeutics, and Vaccines for Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). J Microbiol Biotechnol. 28 mars 2020;30(3):313-24.
8. COVID 19 point épidémiologique [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=COVID%2019%20%20%20point>

9. Coronavirus : nombre de morts par pays dans le monde 2022 [Internet]. Statista. [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/1101324/morts-coronavirus-monde/>
10. CovInfo - Suivez l'évolution du Coronavirus dans le monde avec notre bulletin quotidien [Internet]. CovInfo. [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.covinfo.fr/monde>
11. Ioannidis JPA. Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. Bull World Health Organ. 1 janv 2021;99(1):19-33F.
12. COVID-19 Data Explorer [Internet]. Our World in Data. [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer>
13. Direction Générale de l'offre de soins. Guide méthodologique - Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Ministère chargé de la santé ; Octobre 2012
14. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 28 août 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438/
15. Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ? - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>
16. Portela M (DREES/SEEE). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. 2021;78.
17. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
18. Redonner du temps aux médecins pour soigner - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/article/redonner-du-temps-aux-medecins-pour-soigner>

19. Schéma de santé du Grand Douaisis 2018-2028 - Syndicat Mixte du SCOT Grand ;
Décembre 2018.
20. COVID19 et continuité des soins : des dispositions dérogatoires pour les infirmiers et les sages-femmes [Internet]. VIDAL. [cité 31 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.vidal.fr/actualites/24611-covid-19-et-continuete-des-soins-des-dispositions-derogatoires-pour-les-infirmiers-et-les-sages-femmes.html>
21. Arrêté du 16 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 - Légifrance [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041728609/>
22. Prise en charge des patients Covid-19 en ville – Ministère des solidarités et de la santé ; 19 Mars 2020.
23. Directives sur la pratique infirmière avancée – Conseil international des infirmières ; 2020.
24. Infirmière de Pratique avancée en France : Position du conseil national de l'ordre des infirmiers – Conseil national de l'ordre des infirmiers ; 6 avril 2017.
25. La situation du personnel infirmier dans le monde – Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ; 2020
26. Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé - Haute Autorité de Santé. Avril 2008.
27. L'infirmier en pratique avancée - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
28. L'infirmier en pratique avancée - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
29. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41

janv 26, 2016.

30. Delamaire ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Paris: OCDE; 2010 août.

31. État des lieux des infirmiers en pratique avancée diplômés en 2020-2021. UNIPA. 2021.

32. Colmas JF, Virard N. La pratique avancée en soins infirmiers: mise au point et perspectives pour la médecine générale. France; 2019.

33. Démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 03 Mai 2018.

34. Meirsman-Vicino M. Ressentis des infirmiers libéraux concernant la continuité des soins à domicile durant le premier confinement de la pandémie COVID-19, à l'échelle territoriale de la CPTS Grand Douai [Mémoire de fin d'études pour le diplôme d'infirmier en pratique avancée]. [Lille ; France]: Université du droit et de la santé; 2022.

35. Brunin-Tefal A. Vécu des patients sur le transfert de compétences pas les infirmiers de premier recours durant la première période de confinement de la crise Covid-19. [Mémoire de fin d'études pour le diplôme d'infirmier en pratique avancée]. [Lille ; France]: Université du droit et de la santé; 2022.

36. Les généralistes consacrent 7 heures par semaine aux tâches administratives [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 7 oct 2022]. Disponible sur:

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/les-generalistes-consacrent-7-heures-par-semaine-aux-taches-administratives>

37. Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. Santé Publique. 2017;29(2):241-54.

38. Fournier J. Incidents de sécurité des patients pendant la période de crise sanitaire (COVID-19) en France : Étude séquentielle multi-méthodes en soins de premier recours. Exercer. 2022;179:25-33.

39. Renard V. Le déséquilibre du système de santé et de la recherche médicale à l'épreuve de la Covid. *Exercer*. 2020;164:243.
40. Lange M. Pandémie Covid-19 : quel retentissement psychologique chez les professionnels de santé de soins premiers ? Étude COVIPRIM : présentation du protocole. *Exercer*. 2022;184:260-2.
41. Tsopra R, Frappe P, Streit S, et al. Réorganisation des cabinets de médecine générale pendant l'épidémie de Covid-19 : Analyse des recommandations dans 15 pays. *Exercer*. 2021;178:448-50.

ANNEXES

Annexe n°1 : Déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ DE DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

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

Responsable administrative Clémentine Dehay

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

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Accompagnement des patients par les infirmiers ambulatoires durant le début de la crise du Covid dans le Douaisis.
Référence Registre DPO : 2022-100
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M. Pierre-Louis COQUELLE

Fait à Lille,

Le 11 Mars 2022

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe n°2 : Grille qualité d'une recherche qualitative

Intérêt de la question de recherche

La question de recherche est-elle bien établie ?

Quelle est l'opinion des médecins généralistes du Douaisis sur l'accompagnement des patients par les infirmières ambulatoires au début de la crise du Covid ?

La question de recherche est-elle pertinente en termes de pratique clinique, de santé publique ou de politique de santé ?

Pendant l'épidémie du Covid, les infirmiers ambulatoires ont joué un rôle important dans le maintien de la coordination des soins. Leurs pratiques ont été modifiées par l'accès à de nouvelles compétences. Ces compétences peuvent rentrer dans le champ d'activité d'une profession en cours de développement: les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA). Cette profession naissante en France instaurée en 2018 avant la pandémie du Covid est apparue avec la réticence des médecins généralistes, due en partie à une méconnaissance de leurs rôles. Suite aux bouleversements de la crise sanitaire, la perception des médecins généralistes sur l'augmentation du champ d'action des infirmiers non hospitaliers a sans doute évolué, permettant ainsi de mieux cerner leurs attentes et leurs inquiétudes.

Pertinence de la méthode qualitative

La méthode qualitative est-elle la meilleure approche méthodologique des objectifs de l'étude ?

Oui, recherche sur des mesures non quantifiables.

L'approche choisie est la meilleure pour traiter la question de recherche ?

Oui, ce type d'étude permet de garantir que l'ensemble des questions désirées par le chercheur soit évoquées, et permet d'assurer la comparabilité des résultats pour répondre à la question de recherche.

Clarté transparence des procédures

Échantillonnage

Les participants choisis sont-ils les plus appropriés pour fournir les connaissances recherchées par l'étude ?

L'étude s'est portée sur les médecins généralistes exerçant sur le territoire de la CPTS Grand Douai.
Critères d'inclusion : Être médecin généraliste, être en activité libérale, exercer dans le Douaisis.
Critères d'exclusion : Ne pas avoir été en activité avant la crise du Covid, ne pas être médecin généraliste hospitalier

La stratégie de recrutement est-elle appropriée ?

Les médecins généralistes ont été sollicités dans un premier temps par mail ou par téléphone.
Dans le but d'obtenir une variabilité maximale, la participation à cette étude a été proposée à tous les médecins du Douaisis.
Après obtention de leur accord par téléphone ou par mail, un formulaire de consentement a été signé entre le participant et le chercheur avant le début de l'entretien.

Peut-il y avoir des biais de sélection ?

Oui, par l'absence d'intérêt à participer à une recherche, refus systématique de tout démarchage téléphonique, ou manque de temps.

Collecte des données

Le format du recueil (individuel ou collectif, semi directif ou approfondie) est-il cohérent avec l'approche est justifié ?

Entretiens ouverts individuels, cohérents avec la volonté d'obtenir l'opinion des interlocuteurs

La collecte de données a-t-elle été systématique et exhaustive ?	Collecte des données réalisée de manière identique à chaque entretien. Entretiens ouverts, absence de guide d'entretien.
Les caractéristiques du groupe échantillon et du cadre général terrain sont-elles clairement exposées ?	Oui, les caractéristiques du groupe échantillon et de leur localisation ont été détaillées.
Quand et pourquoi la collecte des données s'est-elle achevée, les explications sont-elles valables ?	Suffisance des données atteintes

Rôle des chercheurs

Quelle est la compétence du ou des chercheurs ? Pourraient-ils exister des biais de collecte ou d'analyse ?	En début d'entretien, le chercheur a clairement expliqué son rôle d'investigateur. Il n'y a pas eu de questions d'éthique abordées. La réalisation d'entretiens ouverts a potentiellement orienté les interlocuteurs de par leur nature, malgré le soin apporté à limiter ce biais
---	--

Éthique

Le consentement éclairé de chaque participant a-t-il été demandé et accordé ?	Chaque participant a reçu une lettre d'information. Chaque participant a accordé son consentement éclairé.
Comment ont été assurées l'anonymat et la confidentialité des participants ?	Un numéro a été attribué à chaque participant, à aucun moment n'est apparu leur nom. La suppression des enregistrements des entretiens a été effectuée sur tous les supports. Aucune sauvegarde n'a été gardée.
L'approbation d'un comité d'éthique appropriée a été reçue ?	DPO de l'université de Lille en date du 11 Mars 2022 sous la référence registre DPO : 2022 -100
Une déclaration à la CNIL elle a-t-elle été faite ?	Non, mais déclaration effectuée au DPO de l'université de Lille

Bien-fondé du processus d'analyse

Analyse

Ce type d'analyse est-il approprié pour ce type d'étude ?	Oui
Y-a-t-il des citations, sont-elles appropriées et valides ?	Oui
Les données citées sont-elles fiables, dignes de confiance, et en rapport avec les interprétations données ?	Oui

Discussion et présentation

Les résultats sont-ils correctement insérés dans un cadre général, théorique ou conceptuel (théorie de la communication, processus d'acquisition des connaissances, etc.) ?	Oui, les recherches corroborent la littérature.
Qu'apportent les résultats aux connaissances et conclusion antérieure ?	

Les limites du travail sont-elles soigneusement prises en compte ? Oui, les limitations ont toutes été décrites et discutées.

Les critères de qualité sont-ils présents ? Oui

L'écriture a-t-elle les qualités requises ? Format, nombre de mots respectés
Citations au format Vancouver
Méthode claire, détaillée

AUTEUR : Nom : COQUELLE

Prénom : Pierre-Louis

Date de soutenance : 10 Novembre 2022

Titre de la thèse : Opinion des médecins généralistes sur l'accompagnement des patients par les infirmiers ambulatoires durant le début de la crise du Covid dans le Douaisis.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : DES de Médecine Générale

Mots-clés : pratique infirmière avancée ; médecine générale ; programmes médicaux régionaux ; COVID-19

Résumé

Contexte : Pendant l'épidémie du Covid-19, les infirmiers ambulatoires ont joué un rôle important dans le maintien de la coordination des soins. Leurs pratiques ont été modifiées par l'accès à de nouvelles compétences. Ces compétences peuvent rentrer dans le champ d'activité d'une profession en cours de développement: les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA). Cette profession naissante en France instaurée en 2018 avant la pandémie du Covid est apparue avec la réticence des médecins généralistes, due en partie à une méconnaissance de leurs rôles. Suite aux bouleversements de la crise sanitaire, la perception des médecins généralistes sur l'augmentation du champ d'action des infirmiers non hospitaliers a sans doute évolué, permettant ainsi de mieux cerner leurs attentes et leurs inquiétudes.

Objectif : Analyser l'opinion des médecins généralistes sur de nouvelles compétences des infirmiers lors de la crise du Covid-19, et de l'intérêt au développement des infirmiers de pratique avancée.

Méthode : Étude qualitative par réalisation d'entretiens individuels ouverts auprès de médecins généralistes du Douaisis.

Résultats : Tous les médecins généralistes interviewés sont conscients de l'importance des IDE lors de la pandémie du Covid-19 menant à améliorer la qualité des soins des patients. Ils jugent leur rôle indispensable et réalisent les avantages de l'élargissement de leurs compétences. Cependant, ils expriment des réticences concernant les nouvelles compétences des IPA. Notamment leur place au sein de la relation médecin-patient, leur financement, et leur capacité de prescription étant souvent évoqués. De nombreuses interrogations ont pu être relevées par le manque d'information reçue des médecins généralistes.

Conclusion : Malgré l'importance du rôle des IDE lors de la pandémie du Covid-19, les médecins généralistes semblent peu enclin au développement des IPA, lié d'une part à un manque d'information et d'autre part à une modification de leur pratique.

Composition du Jury :

Président : Professeur BERKHOUT Christophe

Assesseur : Docteur ROESCH Gilles

Directeur de thèse : Professeur BAYEN Marc