

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Représentations des Médecins Généralistes des Hauts-de-France
concernant le partage de compétences**

Présentée et soutenue publiquement le 24 Mai 2024 à 14 heures
au Pôle Formation
par **Quentin HENOCQ**

JURY

Présidente :

Madame la Professeure Florence RICHARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Avertissement

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

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Table des matières | 4 |
| Résumé | 6 |
| Liste des abréviations | 7 |
| Introduction | 8 |
| Matériels et méthodes | 10 |
| I. Type d'étude..... | 10 |
| II. Recherche documentaire | 10 |
| III. Population cible et recrutement | 10 |
| IV. Entretiens | 11 |
| V. Recueil des données..... | 11 |
| VI. Analyse des données | 12 |
| A. Codage des données..... | 12 |
| B. Triangulation des données | 12 |
| VII. Cadre légal et cadre éthique..... | 12 |
| Résultats | 13 |
| I. Description de l'échantillon..... | 13 |
| II. Médecin Généraliste : une profession en (R)évolution | 14 |
| A. Un constat | 14 |
| 1) Une détresse..... | 14 |
| a) Une souffrance | 14 |
| b) Une inquiétude | 15 |
| c) Un pessimisme..... | 15 |
| 2) Qui se sent responsable..... | 16 |
| 3) Face à un dilemme..... | 17 |
| 4) Qui semble inexorable | 17 |
| B. Être médecin généraliste..... | 18 |
| 1) Une vocation..... | 18 |
| 2) Le coordinateur des soins | 19 |
| a) Garant des soins | 19 |
| b) Un être au centre..... | 19 |
| 3) Riche de compétences..... | 20 |
| a) Être compétent..... | 20 |
| b) Conscient de ses limites..... | 20 |
| c) Un Être social | 21 |
| III. Par le biais du partage de compétences..... | 22 |
| A. Un besoin..... | 22 |
| 1) Un besoin d'optimisation | 22 |
| a) Un temps précieux..... | 22 |
| b) Être attractif..... | 23 |
| c) Être efficace | 23 |
| 2) Un besoin de réorganisation | 24 |
| a) Modernisation | 24 |
| b) Face à la complexification de la médecine générale | 24 |
| c) L'accès aux soins..... | 25 |
| d) Centre-patient | 25 |
| 3) Face à la judiciarisation..... | 26 |
| B. Une collaboration nouvelle | 26 |
| 1) Guidé par le savoir | 26 |
| 2) Coopérer ensemble | 27 |
| 3) Une complémentarité..... | 27 |
| 4) Une substitution | 28 |
| 5) Une interprofessionnalité compétente | 29 |
| IV. Mais qui peine à convaincre | 31 |
| A. Les obstacles..... | 31 |

| | | |
|------|---|-----------|
| 1) | Des exigences | 31 |
| a) | La crainte d'un manque de traçabilité..... | 31 |
| b) | La crainte d'une responsabilité partagée | 32 |
| c) | La crainte d'une concurrence nouvelle | 32 |
| d) | Et la rémunération ? | 33 |
| 2) | Des critiques | 34 |
| a) | Accorder sa confiance..... | 34 |
| b) | Avoir peur pour le patient | 34 |
| c) | Être sceptique..... | 35 |
| d) | Une relation malade-médecin non privilégiée | 35 |
| e) | Une complexification de la médecine générale..... | 36 |
| f) | Une déshumanisation..... | 37 |
| B. | Un futur incertain | 37 |
| 1) | Adhérer au changement..... | 37 |
| a) | Soulagement..... | 37 |
| b) | Le promouvoir | 38 |
| c) | L'imposer | 39 |
| d) | Être acteur du changement | 39 |
| 2) | Source de rejet | 39 |
| a) | Être déconsidéré..... | 39 |
| b) | Être inaudible..... | 40 |
| c) | Être conservateur | 41 |
| d) | Être victime..... | 42 |
| | Modèle explicatif..... | 43 |
| | Discussion | 44 |
| I. | Résultats principaux | 44 |
| II. | Forces et limites de l'étude | 46 |
| A. | Les limites de l'étude | 46 |
| 1) | Environnement des entretiens | 46 |
| 2) | Circonstances de réalisation des entretiens | 46 |
| 3) | Manque d'expérience de l'investigateur | 46 |
| 4) | Âge des participants | 46 |
| 5) | Régionalisation de l'étude | 46 |
| B. | Les forces de l'étude..... | 47 |
| 1) | Un échantillon représentatif..... | 47 |
| 2) | Recueil des entretiens | 47 |
| 3) | Durée des entretiens | 47 |
| 4) | Triangulation des données | 47 |
| 5) | COREQ ou grille SRQR | 47 |
| III. | Discussion autour des résultats principaux | 48 |
| A. | Un besoin de santé publique | 48 |
| 1) | Les attentes des médecins généralistes | 48 |
| 2) | Les attentes des patients..... | 49 |
| B. | Un bouleversement des pratiques | 49 |
| 1) | Une délégation réalisable ? | 49 |
| 2) | L'intérêt du changement | 50 |
| 3) | L'efficacité des nouveaux métiers de la santé | 51 |
| 4) | Révolution du colloque singulier | 51 |
| 5) | Quid de la rémunération ?..... | 52 |
| IV. | Perspectives..... | 53 |
| A. | La place des patients | 53 |
| B. | Vers une évolution des pratiques ? | 53 |
| C. | Un bouleversement de l'organisation ? | 53 |
| D. | Vers une évolution de la formation ? | 54 |
| | Conclusion..... | 55 |
| | Bibliographie | 56 |
| | Annexes | 59 |

Résumé

Contexte : La France fait face à une nouvelle crise sanitaire. En conséquence, les soins de premiers recours subissent un bouleversement professionnel. Initiée depuis les années 2000 en France, l'accélération souhaitée du partage de compétences entraîne une évolution dans le paradigme du médecin traitant et de son rôle de coordinateur.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs menée dans les Hauts-de-France entre Décembre 2022 et Janvier 2024 auprès de dix médecins généralistes installés. Analyse effectuée par théorisation ancrée avec triangulation des données. Dix entretiens ont permis d'atteindre la saturation théorique des données et d'élaborer un modèle explicatif.

Résultats : Le médecin généraliste fait le constat, non sans détresse, d'une nécessité d'évolution dans les soins primaires. L'optimisation et la réorganisation du système de santé par le biais du partage de compétences font face aux nombreuses critiques et exigences à son sujet. Le médecin, se considérant comme coordinateur des soins, fait face à ce dilemme où l'évolution du système de santé en France paraît inexorable.

Conclusion : Le partage de compétences est source de bien de questionnements chez les médecins généralistes. Considéré comme solution au contexte sanitaire actuel, il n'en reste pas moins difficilement assimilable et à l'origine d'avis clivants. L'avenir est incertain mais le système de santé doit fondamentalement se réformer s'il veut survivre.

Liste des abréviations

AM : Assistant médical

ARS : Agence Régional de Santé

CDS : Centre de santé

CREDES : Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research

COVID19 : Maladie provoquée par le Sars-Cov-2

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

MG : Médecin généraliste

MSP : Maison de Santé pluriprofessionnelle

MSU : Maître de stage des universités

NP : Nurse Practitioner

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

Introduction

La France fait face à une nouvelle crise sanitaire. Notre système de santé est à bout de souffle suite à la pandémie COVID-19 (Maladie provoquée par le Sars-Cov-2) (1) et peine à faire face aux problématiques nouvelles et émergentes de ces dernières années. Dans le contexte actuel où le nombre de médecins généralistes en activité diminue (2), on demande aux médecins de faire face à de nombreux défis épidémiologiques, technologiques et sociaux.

Le vieillissement de la population (3), l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques (4), les progrès technologiques (5) et l'avancement du numérique (6) sont autant de challenges à atteindre malgré une démographie médicale en baisse (7). Pour faire face à cette évolution, les soins de premiers recours subissent un bouleversement professionnel. Initiée depuis les années 2000 en France, l'accélération souhaitée du partage de compétences (8) entraîne une évolution dans le paradigme du médecin traitant et de son rôle de coordinateur.

Les pays anglo-saxons utilisent le terme de « skill-mix » (9) pour définir la collaboration interprofessionnelle et de ce fait, la répartition de tâches entre les professionnels de santé. Dans ce travail de thèse, nous utiliserons le terme de « partage de compétences » pour encadrer les notions de délégation (action de déléguer en supervision) et de transfert (action de déléguer sans contrôle).

A l'international et notamment aux Etats-Unis, la délégation de tâches existe depuis les années 1960 avec la création de l'assistant médical (Physician Assistant) (10), (11) et de l'infirmière praticienne (Nurse practitioner) (12) pour faire face à l'augmentation des coûts liés à la santé, à la pénurie et à la répartition inégale des médecins.

En France, c'est en 2003, motivé par des interrogations sur l'avenir de la santé (13) que la question du partage de compétences a été initialement étudiée comme une « *évolution des métiers de la santé* » par le biais d'une « *redéfinition du contour des métiers et mise en place du partage des tâches* ». Le CREDES (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation de la Santé) (14) et le Professeur Yvon BERLAND (15) (16) proposent de redéfinir les rôles du médecin généraliste dans le cadre de la coopération interprofessionnelle pour optimiser le système de soins français et permettre de faire face aux problématiques de démographie médicale.

En 2020, la pandémie COVID19 s'abat sur notre organisation des soins déjà sous tension et accélère son évolution. Dispositif premier du projet de loi « Ma Santé 2022 » (17), l'objectif de la délégation de tâches permettrait d'élargir l'offre de soins dispensée, de réduire les délais de prise en charge et d'améliorer le parcours de santé. Comment ? En déléguant concrètement à des personnels paramédicaux certaines activités exercées initialement exclusivement par les médecins généralistes. La mutation de la profession de médecin généraliste (18) (19) est annoncée, et c'est par le biais du partage de compétences qu'elle semble s'effectuer.

Cette restructuration des soins primaires au profit de plus de coordination et de l'intégration de nouveaux métiers au sein des soins de premiers recours tels que les infirmiers de pratique avancée (20) ou les assistants médicaux (21) nous interrogent sur le ressenti des médecins au sujet de cette transformation du métier de médecin généraliste.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les représentations des médecins généralistes des Hauts-de-France au sujet de ce partage de compétences.

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

Le travail de thèse réalisé était une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée issue de dix entretiens individuels de type semi-directifs. La méthode utilisée nous a permis d'explorer et d'élaborer des théories au travers de ce qui est retranscrit par l'investigateur lors du recueil des entretiens sans formulation d'hypothèses a priori.

II. Recherche documentaire

La recherche bibliographique s'est effectuée sur les bases de données suivantes : PubMed, Google Scholar, Science Direct, Pépité et Sudoc.

Les principaux mots clés utilisés étaient : médecine générale ; soins de santé primaires ; relations interprofessionnelles ; interprofessionnalité ; infirmières praticiennes ; infirmières en pratique avancée ; assistant médical ; partage ; compétences ; délégation ; coordination.

III. Population cible et recrutement

La population étudiée était les médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France, exerçant leur fonction en soins primaires. Le recrutement s'est réalisé par échantillonnage raisonné théorique de Octobre 2022 jusqu'à Janvier 2024, date à laquelle nous avons une saturation théorique des données.

Les critères de non-inclusion étaient les médecins généralistes ayant une activité exclusivement hospitalière et les internes en médecine générale.

Les médecins recrutés l'ont été directement après une sollicitation par téléphone, messagerie instantanée ou par courriel électronique pour présenter le thème de l'étude. Une lettre d'information leur était transmise soit au préalable, soit lors de l'entretien. (Annexe n°1)

Ils ont été caractérisés par le sexe, l'âge, le département ainsi que leur lieu d'installation, leur mode d'exercice, s'ils étaient maître de stage universitaire (MSU) ainsi que l'endroit où se déroulait l'entretien.

IV. Entretiens

Nous avons mené dans le cadre de l'étude des entretiens individuels semi-dirigés (Annexe n°2) avec utilisation d'un guide d'entretien évolutif. Celui-ci comportait une trame évolutive permettant de conduire l'entretien et de relancer si nécessaire le participant par le biais de questions ouvertes.

Une première version du guide d'entretien (Annexe n°3) a été élaborée par le chercheur et son directeur de thèse. Plusieurs versions du guide d'entretien ont vu le jour selon l'analyse des entretiens précédents. Les différents guides d'entretien sont disponibles en Annexe (n°4 et 5)

V. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés en présentiel soit au cabinet du médecin interviewé soit par visioconférence selon les convenances et les disponibilités du participant. Le recueil s'est étendu d'Octobre 2022 à Janvier 2024. Chaque entretien était de type compréhensif, l'interviewé était libre de s'exprimer librement et il pouvait arrêter sa participation à tout moment sans justification.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide du logiciel de dictaphone du smartphone de marque Iphone® ou de l'ordinateur portable MacBook Air®. Chaque enregistrement audio a été retranscrit *ad integrum* de façon anonymisée à l'aide de l'ordinateur portable et d'un logiciel Microsoft Word®.

Un journal de bord a été réalisé permettant de suivre l'avancement du travail de thèse. (Annexe n° 6)

VI. Analyse des données

A. Codage des données

L'analyse des verbatims a été réalisé par la méthode de la théorisation ancrée à l'aide du logiciel Excel®.

L'analyse des entretiens a permis l'élaboration d'étiquettes, qui ont été regroupées en propriétés puis en catégories conceptuelles. Le choix des catégories et l'articulation entre elles a été le résultat d'une réflexion entre le chercheur et son directeur de thèse. L'analyse des données de façon ouverte, axiale et intégrative a permis l'élaboration d'un modèle explicatif. (Annexe n°7)

La méthodologie respecte les critères de scientificité de la grille Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research (COREQ) (22).

B. Triangulation des données

La triangulation a consisté en l'analyse parallèle des verbatims.

Elle s'est effectuée avec le directeur de thèse.

VII. Cadre légal et cadre éthique

Le consentement oral et écrit de chaque participant a été recueilli concernant l'enregistrement audio et la retranscription des entretiens. Les participants ont été anonymisés assurant la confidentialité des informations recueillies. (Annexe n°8)

La réalisation de l'étude ne nécessitait pas de déclaration de conformité auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ainsi que d'accord préalable du Comité de Protection des Personnes (CPP). (Annexe n°9)

L'étude n'a pas bénéficié de ressource financière.

Il n'y a pas de conflit d'intérêt à déclarer.

Résultats

I. Description de l'échantillon

Au cours de l'étude, dix médecins ont été interrogés. L'ensemble des praticiens interrogés ont une activité libérale. L'échantillon est constitué de trois femmes et sept hommes, six ont moins de 40 ans, trois ont entre 40 et 50 ans, un a plus de 50 ans. La durée moyenne des entretiens est de 34 min 47, le plus court a duré 22 min 43 et le plus long 48 min 31.

Le tableau suivant regroupe les caractéristiques de l'échantillon :

| Participants | Sexe | Âge | Département | Exercice | Mode d'exercice | MSU | Lieu de l'entretien | Durée de l'entretien |
|--------------|------|-----------|---------------|------------|------------------|-----|---------------------|----------------------|
| M1 | M | >50 ans | Pas-de-Calais | Rural | MSP ¹ | Oui | Cabinet | 37 min 21 |
| M2 | M | 30-40 ans | Pas-de-Calais | Semi-rural | CDS ² | Non | Domicile | 27 min 25 |
| M3 | M | 30-40 ans | Pas-de-Calais | Semi-rural | MSP | Non | Cabinet | 23 min 33 |
| M4 | M | 30-40 ans | Nord | Semi-rural | CDS | Oui | Cabinet | 37 min 56 |
| M5 | F | 30-40 ans | Nord | Semi-rural | CDS | Non | Cabinet | 22 min 43 |
| M6 | M | 30-40 ans | Pas-de-Calais | Rural | MSP | Oui | Cabinet | 45 min 03 |
| M7 | M | 30-40 ans | Nord | Rural | Seul | Non | Domicile | 30 min 54 |
| M8 | M | 30-40 ans | Nord | Semi-rural | Seul | Non | Visio | 45 min 44 |
| M9 | F | 40-50 ans | Pas-de-Calais | Urbain | MSP | Oui | Visio | 28 min 36 |
| M10 | F | 40-50 ans | Pas-de-Calais | Urbain | MSP | Oui | Visio | 48 min 31 |

¹ Maison de santé pluriprofessionnelle

² Centre de santé

II. Médecin Généraliste : une profession en (R)évolution

Le médecin généraliste est au **cœur de la révolution**. Il est partagé entre le constat qu'il fait de la situation actuelle des soins en France, sous-entendu essentiellement par la problématique de démographie médicale et de son rôle de coordinateur des soins, tentant de maintenir, non sans difficultés, son rôle de médecin de famille.

A. Un constat

1) Une détresse

a) Une souffrance

Les médecins généralistes qui ont participé à l'étude rapportent **éprouver** de nombreuses difficultés, allant jusqu'à se considérer à la fois comme en surmenage, ayant atteint leur limite mais aussi victime de la densité médicale.

M4 : « *je pense que c'est l'ensemble des médecins qui ... l'ensemble de ... des soins médicaux, paramédicaux qui sont en souffrance. »*

M6 : « *Je trouve qu'elle est, la médecine générale, est malade. » [...] « J'ai peur parce que j'ai 37 ans, je suis déjà pied au plancher. Je ne vois pas ce que je peux faire de plus. »*

M9 : « *Nous, on le vit mal au cabinet parce qu'il en manque. Il manque de médecins, tout simplement. »*

M10 : « *Elle lutte. » [...] « Pas suffisamment de médecins, pas suffisamment de temps. Et pas suffisamment de médecins. Surcharge cognitive trop importante. »*

b) Une inquiétude

Fort de ce constat, **l'incertitude** sur l'avenir de la médecine générale et les solutions énoncées semblent participer au désespoir ressenti par les participants.

M2 : « *Donc on manque de médecins, que ce soit des généralistes ou des spécialistes un peu partout en France de façon diffuse et qui va s'exacerber dans les 10 à 15 prochaines années de façon certaine. »*

M6 : « *Mais l'avenir me fait peur, oui. Pourquoi ? Parce qu'on est dans une incertitude totale. Même si c'est le bien-fondé de notre métier de vivre avec l'incertitude, mais on ne sait pas où on va, donc on navigue à vue. »*

M8 : « *Il n'y a pas de regret à l'installation. Maintenant, il y a surtout une appréhension de l'avenir parce qu'on est encore en phase... On a l'impression que beaucoup de choses sont décidées, que ça se met en place, mais on n'a pas de visuel sur ce que ce sera exactement. »*

c) Un pessimisme

La situation actuelle, décrite par l'ensemble des médecins, est le point de départ d'un malaise ambiant où seul **le pire est à prévoir**. Le futur est difficilement entraperçu, et quand c'est le cas, c'est avec une once de résignation.

M2 : « *... il y a un manque important de médecins généralistes depuis des années qui va faire que ça va croître pendant les 10 à 15 ans. »*

M3 : « *C'est un peu compliqué en ce moment, on a l'impression de faire toujours plus avec toujours moins de moyens. »*

M6 : « *Je suis médecin de campagne, donc dans un milieu très rural. Je vois des médecins généralistes, de mon entourage, partir en retraite sans être remplacés ... »*

M7 : « *On est en 2023, il y a de plus en plus de médecins âgés qui ... par leur activité et leur carrière, partent en retraite. Et on a aussi un manque d'installation, en médecine libérale en tout*

cas, de jeunes médecins qui se tournent plus vers la médecine salariée ou les remplacements. »

M8 : *« Ça discute beaucoup sur l'avenir de la médecine générale ... sur l'avenir de la médecine en général, même l'hôpital, tout ça... mais si on se concentre sur nous, médecins généralistes, je trouve que c'est difficile de savoir vers quoi on va. »*

2) Qui se sent responsable

Certains médecins ont rapporté se sentir responsables, en partie, de la situation actuelle. Malgré le fait de faire tout ce qu'il semble être possible à leur échelle, et même pour un participant qui considérerait la féminisation de la profession comme coupable ... en résulte un sentiment de **culpabilité**.

M5 : *« On fait du mieux possible même si je pense que la génération actuellement de jeunes médecins généralistes qui arrive n'a pas tout à fait la même façon de travailler que les médecins qui sont en fin de carrière ou jeunes retraités actuellement. »*

M6 : *« Mais j'ai peur du flux de patients et surtout de l'image qu'on va renvoyer parce que finalement, malgré tout ce qu'on peut dire, on a une image négative du médecin généraliste à l'heure actuelle pour certains patients, parce que comme on n'est pas disponible, forcément, on n'est pas compétent. »*

M10 : *« Alors je suis d'accord que le problème ne vient pas seulement du nombre de médecins, ça vient aussi des médecins qui veulent aussi avoir une autre qualité de vie. » [...] « ... dans le cadre de ta thèse, c'est pas des choses que je dis, que ce que je clame sur les toits parce que ce n'est pas politiquement correct, mais avec la féminisation de la médecine ... Mais moi je trouve que je veux bien féminiser ... Ok, mais après il faut, il faut, il faut assumer ce choix. »*

3) Face à un dilemme

Le constat est le même pour la totalité des médecins. L'impression d'une évolution nécessaire et espérée salutaire **contraste** avec l'idée que la direction qu'elle semble prendre pour le bien commun est critiquée.

M3 : « *Pour le partage de tâches, je pense qu'on peut ... ce qu'il serait bon pour moi, c'est ... une vision assez mitigée. J'en vois du positif parce qu'évidemment il y a des tâches qui peuvent être partagées sans aucun soucis. »*

M6 : « *Alors, on n'a pas le choix que de partager nos compétences à l'heure actuelle. On a besoin de tous les corps de métier pour pouvoir avancer euh les infirmières, les kinés, les pharmaciens, etc. »*

M8 : « *Si on avait la possibilité de démultiplier les médecins, on n'aurait pas à faire ces choix, je pense ... »*

M10 : « *Travailler en collaboration, à l'élaboration et ... et même et même nécessaire puisque de toute façon maintenant les médecins, les médecins ne travaillent plus seuls ... »*

4) Qui semble inexorable

Le changement est décrit comme une **fatalité** qui plane au-dessus de la profession de médecin généraliste mais surtout du système de santé en France. Quoi qu'il arrive, l'évolution doit être menée, et elle s'effectuera **inévitablement**.

M1 : « *SILENCE. C'est une révolution sanitaire qui devrait être tranquille. SOURIRE. » [...] « Le médecin généraliste, EUH ... ou le praticien de médecine générale ou le spécialiste de médecine générale, cocher la case qui va bien, moi je n'ai pas de religion là-dedans ... EUH est en train, n'exercera plus son métier dans dix ans comme il le fait maintenant et ne l'exerce déjà plus comme c'était il y a dix ans. »*

M4 : « *Toute façon, on voit que c'est quelque chose qui date d'il y a quelques années. »*

M5 : « C'est une médecine qui évolue et je pense que les patients, on s'adapte, et le patient doivent faire de même ... et c'est comme ça maintenant. »

M8 : « Mais inévitablement, en ayant recours au partage de compétences, le rôle et le travail du médecin généraliste, du médecin de famille va changer. Je pense que ça, c'est inévitable. »

M10 : « Tous les systèmes sont faits pour naître, croître, être à leur apogée et mourir. Le système tel qu'on l'a connu est en train de mourir. » [...] « On ne peut pas être contre la transformation. Les êtres humains se transforment, tout se transforme forcément. »

B. Être médecin généraliste

1) Une vocation

On est médecin par **vocation** et c'est ce qui constitue le lit de la condition de soignant. C'est au travers de cette mission de soins qu'ils font face au changement, à la fois pour leur propre satisfaction mais aussi celle des soignés.

M2 : « Moi c'est pour ça que j'aime ce métier, c'est que c'est totalement diversifié, il y a peu de répétitions. »

M3 : « Au-delà du fait que j'aime bien suivre mes patients chroniques même s'ils sont stabilisés, pour chapeauter, ce n'est pas qu'un renouvellement de traitement, il y a du dépistage, de l'éducation thérapeutique et cætera. Je pense qu'on a une place importante. »

M6 : « D'ailleurs, c'est ça qui me donne envie aussi de me lever le matin parce que je vois ces nouveaux médecins qui arrivent « sur le marché » entre guillemets, et qui vont faire des médecins formidables et qui vont bien nous soigner. »

2) Le coordinateur des soins

a) Garant des soins

Le rôle du médecin généraliste est décrit comme étant le **garant des soins**, celui qui participe au système de santé. En étant un acteur des soins de premier recours mais aussi en étant le médecin qui diagnostique, traite et réalise le suivi : il soigne la population.

M3 : « Bah justement c'est qu'on doit faire tous les actes. » [...] « Si on devait choisir, c'est la coordination, bon c'est vrai que le travail avec les autres c'est quelque chose de bien. »

M6 : « Et il faut savoir que, nous on est le dernier maillon, celui qui est décisionnaire à la fin quand même de ce qui se passe. »

M10 : « Gérer le traitement et la prévention surtout la prévention, l'individuel, donc prévention individuelle, le et la prise en charge des pathologies aiguës. Pour moi, c'est les deux grands axes de la médecine générale, c'est la prévention, la prévention globale. »

b) Un être au centre

Le médecin généraliste estime avoir un **rôle central** dans le système de soins en France. Il considère que c'est le propre du médecin traitant, de centraliser le parcours de soins autour de ses compétences.

M4 : « Et ça, c'est des choses complexes qui doivent être bien sûr assurées par le médecin généraliste, puisque c'est notre boulot de centraliser et de mettre en lien les autres intervenants. »

M5 : « On est mieux à centraliser, plutôt qu'à dispatcher comme ça partout. »

M7 : « On a une sorte de convention avec le patient puisqu'on est médecin traitant et une déclaration qui a été faite. Donc, on reste le principal acteur des soins pour le patient. »

M10 : « Pour moi, c'est un centralisateur. Donc c'est ça, oui, c'est oui ... Pour moi c'est un coordinateur et un coordonnateur, mais pas pour le patient. Pour moi, le médecin généraliste fait le lien entre tous les spécialistes qu'il voit et lui, parce qu'après lui, il y a le patient. »

3) Riche de compétences

a) Être compétent

Le médecin généraliste est vu par les participants comme un homme **compétent**. Ses compétences sont nombreuses et diverses, acquises lors de sa formation, renouvelées et mises à jour par la formation médicale continue.

M4 : « *Je pense qu'à partir du moment où on a un interrogatoire, un examen clinique qui est bien mené, connaître l'étiologie, c'est le boulot du médecin. La thérapeutique, c'est le boulot du médecin. »*

M6 : « *Le médecin généraliste, quoi qu'on en dise, a beaucoup de compétences. Il a des compétences dans beaucoup de domaines, biomédical, social, etc... »*

M7 : « *En tout cas, pour moi, ça fait neuf ans d'études et surtout en pratique avec les stages qu'on a pu faire, et externe et interne, et encore maintenant, et jusqu'à la fin de la carrière, on a acquis des compétences pour soi-même, par soi-même, mais aussi avec les autres ... »*

M8 : « *Dans les compétences du médecin généraliste, il y a de par la nature du médecin généraliste, médecin de famille, il y a la compétence du suivi et de la connaissance de ses patients. Après, il y a des compétences diagnostiques, des compétences thérapeutiques. »*

b) Conscient de ses limites

Il se doit aussi d'être **conscient de ses limites**, c'est-à-dire connaître où se termine son champ de compétences. Les dépasser c'est risquer une mauvaise prise en charge, aux dépens des patients.

M1 : « *Nous sommes des acteurs de santé, nous ne sommes pas des juges, nous ne sommes pas des policiers ... nous ne sommes pas des chefs de bande. »*

M2 : « *Alors forcément, une consultation n'est simple que si on le veut j'ai envie de dire. On peut toujours chercher, un travail de fond sur une consultation simple, du dépistage, de l'information, du suivi psychologique, il y a toujours des choses à faire. »*

M4 : « *[...] je pense qu'il faut reconnaître son champ de compétences. »*

c) Un Être social

La totalité des médecins se considérait comme une profession axée fondamentalement sur la **communication**, outil primordial à notre bonne prise en charge. Le parcours de soins est permis en relation avec le patient mais aussi en collaboration avec les professionnels de santé, qu'ils soient paramédicaux ou spécialistes.

M3 : « *on est une dizaine de professionnels de santé, avec 4 médecins généralistes ça permet de ... ça permet d'en discuter régulièrement lors des réunions, d'avoir plusieurs possibilités et puis d'ouvrir des perspectives. »*

M6 : « *Je me refuse à ne pas ... à pas entendre ce que le patient me dit quand il se confie à moi, même sur des choses futiles, parce que je pense que c'est le bien-fondé de notre métier aussi d'écouter les gens. »*

M9 : « *Mais moi j'ai ce qui me plaît dans mon métier. J'aime bien la médecine, mais c'est les relations aussi avec le patient, tu vois. »*

M10 : « *Oui, oui, on en discute, on discute, ça permet un échange, un échange d'expériences. »*

III. Par le biais du partage de compétences

Le partage de compétences est considéré comme la pierre angulaire du projet d'amélioration du système de santé en France. Considéré par certains comme un progrès, c'est aussi une solution évoquée aux problématiques de démographie médicale. Malgré le manque de médecins, il faut quand même soigner, et bien le faire.

A. Un besoin

1) Un besoin d'optimisation

a) Un temps précieux

Le **manque de temps médical** est l'un des besoins des médecins généralistes. Face au surmenage, il est urgent de libérer du temps, à la fois pour une meilleure qualité de travail mais surtout face à une augmentation du temps administratif aux dépens du soin.

M2 : « *Par exemple, je pense au certificat d'arrêt de travail, au certificat d'accident de travail qui pourrait être réalisé pas ces assistants médicaux, qui nous libéreraient énormément de temps en amont, sous supervision directe ou indirecte, du temps administratif clairement qui pourrait nous être retiré pour du temps médical pur. »*

M3 : « *Clairement ça peut apporter de la fluidité de travail, la possibilité de consulter un peu plus, de gagner du temps que des choses qui n'ont pas à être gérées par le médecin. Je pense par exemple à la prise de constantes, habillage, déshabillage, facturation, ça peut être géré par un tiers et du coup ça peut permettre d'aller plus vite en consultation. »*

M8 : « *Soit à coups de suppression de certificats non nécessaires, soit par le recours aux assistants en cabinet pour faire en sorte que le médecin ait du temps plus dédié à la médecine ou à la délégation de tâches, justement, avec, comme on dit, confier les vaccinations en pharmacie ou alors l'accès direct au kiné pour tel ou tel motif, les bilans orthophoniques sans passage par le médecin traitant ... etc ... »*

b) Être attractif

Le métier de médecin généraliste doit évoluer, et c'est par ce changement qu'il restera **attractif** pour la génération émergente de soignants. Les soins évoluent, les pratiques changent et les « jeunes » médecins semblent ne pas souhaiter travailler comme leurs aînés.

M1 : « *Le médecin généraliste, EUH ... ou le praticien de médecine générale ou le spécialiste de médecine générale, cocher la case qui va bien, moi je n'ai pas de religion là-dedans ... EUH est en train, n'exercera plus son métier dans dix ans comme il le fait maintenant et ne l'exerce déjà plus comme c'était il y a dix ans. »*

M3 : « *Bah ... je pense que c'est une vision assez ancestrale de certains médecins et qui sont fermés à cette évolution. »*

M5 : « *Il faut pouvoir s'ouvrir aux jeunes, s'ouvrir aux internes. »*

M6 : « *Moi, personnellement, ça ne me dérange pas trop d'avoir une dimension de consultation qui change avec des cas plus complexes, parce que plus c'est complexe, plus j'aime et plus je dois chercher, mieux je suis. »*

c) Être efficace

Il est aussi souhaité par les médecins de gagner en **efficience** pour améliorer à la fois les soins des patients mais aussi en étant ainsi plus efficace, probablement disposer d'un meilleur rendement dans les soins prodigués.

M6 : « *Ça se fait dans d'autres pays, déjà, je pense, mais je veux dire une prise de tension, une prise de température, des choses comme ça, une saturation, etc, voilà on a déjà les informations qui sont mises et on a finalement quelque chose qui est déjà fait en amont. Et on a ... On va dire que la balle est devant le but, il n'y a plus qu'à tirer et on n'a plus qu'à réfléchir, finalement, à l'essentiel. »*

M8 : « Je pense qu'une équipe bien rodée, entre un médecin et un assistant, ça peut permettre de balayer plus de choses, finalement, en étant systématique sur certains points de suivi. »

M9 : « Donc vraiment plusieurs choses. Je n'ai pas la liste exacte, mais je pense qu'au niveau des infirmiers, on peut avoir une sacrée aide. »

2) Un besoin de réorganisation

a) Modernisation

Un des médecins estimait l'évolution du médecin généraliste par le biais du partage de compétences comme un fait de **modernisation**, comme un souhait d'aller au-devant de son fonctionnement actuel, trop autocentré. La collaboration plurielle et interprofessionnelle serait un gage de modernité.

M1 : « Et bien en médecine générale c'est le contraire, vous avez des jeunes qui utilisent des outils hyper connectés, et vous avez ..., c'est très caricatural, mais vous avez un panel de médecins qui parlent ..., des dépouilleurs machin, qui utilisent des outils anciens. Qui disent bah vous venez travailler EUH ... Bah c'est un frein aussi mais dans l'autre sens. Si le réflexe de celui qui a un outil démodé, c'est de dire les jeunes ils ne veulent plus travailler, ça démarre très mal. »

b) Face à la complexification de la médecine générale

Il est décrit que les médecins généralistes doivent faire face à une **complexification** de leur activité. Les spécialistes sont de plus en plus sur-spécialistes, le médecin généraliste maintenant spécialiste de médecine générale doit aussi gagner en compétences et en technicité pour améliorer le parcours de soins.

M4 : « Et ... en même temps, c'est vrai que j'ai l'impression que des fois, notre métier est de plus en plus complexe. Est-ce qu'on est de plus en plus en lien avec d'autres spés ou c'est parce que ça fait sept ans que je suis installé, mais il y a des cas très complexes, des coups de fil à plein

de confrères pour essayer de mettre en lien tout le monde. »

M6 : « *Je pense que sur la complexification de la médecine tout court et de l'hyperspécialisation. Toutes les spécialités sont, au fur et à mesure des découvertes de la science, de plus en plus abouties, de plus en plus complexes, tout ça. »*

c) L'accès aux soins

Un médecin nous rapporte un besoin d'amélioration de **l'accès aux soins** pour les patients en milieu rural et en zone territoriale considérée comme sous-dotée. Il est une nécessité de rendre les soins et la santé disponibles à tous sur tout le territoire.

M7 : « *Du coup, pour ça, oui, c'est une alternative d'accès aux soins. On en a parlé aux infos, etc ... de recherche de médecins dans les villages ou etc... d'aides à l'installation. » [...] « Oui, pour ça, c'est bien, pour l'accès aux soins dans les campagnes, pour une population vieillissante qui est en demande de soins, patients en ALD, avec des soins chroniques à la maison. »*

d) Centre-patient

Unanimement, la satisfaction des patients certes, mais aussi et surtout l'amélioration de leur prise en soins est une des exigences actuelles du système de santé en France. C'est une démarche **centré-patient** qui émerge de ce bouleversement de l'organisation des soins, permettant un perfectionnement de leur prise en charge.

M3 : « *On peut penser aux protocoles [...], sans avoir un recours à la consultation de médecin généraliste et gagner du temps et de la facilité pour les patients. »*

M6 : « *C'est ... c'est ... c'est vraiment crucial de dire qu'on ne fait pas tout ça, on fait ça pour notre confort, bien sûr, mais aussi, au centre de tout ça, c'est le patient. Parce qu'à partir du moment où on partage nos compétences ... et on partage nos expériences, ça va améliorer la prise en soins du patient. »*

M7 : « *On ne va pas laisser les patients sur la touche et on va essayer d'améliorer les choses pour les soins.* »

3) Face à la judiciarisation

Face au **virage médico-légal** de la société, la santé en France et plus spécifiquement la médecine générale, semble souhaiter se protéger. Le médecin généraliste est plus qu'avant la cible des recours en justice comme résolution de problèmes. Les prises de décisions en collaboration pourraient les protéger.

M1 : « *Être tout seul pour résoudre ce problème-là, bon courage, ça sécurise ... Nan nan, ça va sécuriser le prescripteur, ça va sécuriser le médecin au contraire. Quand une décision elle est partagée, le risque médico-légal est diminué. Ah bah ouais ... Décision d'un arrêt de soins, tout seul ? Attention.* »

B. Une collaboration nouvelle

1) Guidé par le savoir

Le médecin dans le cadre du partage de compétences se retrouve en position de **sachant**, partageant son savoir pour permettre une délégation de qualité.

M1 : « *Et pour ça, il faut que les professionnels soient à bonne école, donc il faut que pendant le cursus de formation il ait l'habitude de la concertation et les outils pour le faire.* »

M2 : « *Alors les hypothèses qui sont émises, c'est de transmettre ... transmettre pardon des savoirs ou des compétences de médecine généraliste à d'autres professionnels* »

M4 : « *ça me prendra du temps en formation. Or qui peut aller très vite, mais je pense que pendant quatre, cinq, six mois, que l'assistant médical sache comment je bosse, etc.* »

M6 : « *Je pense qu'ils sont extrêmement compétents en la matière et ils m'apprennent beaucoup de choses comme moi je leur apprends des choses.* »

M7 : « *Du coup, il y a un partage de connaissances qui se fait autour du patient par différents professionnels de santé, médicaux ou paramédicaux. »*

2) Coopérer ensemble

La notion de **coopération** comme participation, en réciprocité, au projet d'interprofessionnalité est l'une des pierres angulaires rapportée par l'ensemble des médecins. Travailler en **équipe** est un souhait commun des participants.

M1 : « *Ça représente une force sanitaire. Ce n'est pas une réunion d'individualité, c'est un collectif. » [...] « Il faut imaginer une carte mentale, imaginer les différents moments, la baguette elle va de l'un à l'autre mais elle reste dans la toile. RIRE. »*

M4 : « *Déléguer, il faut avoir des personnes qui ont envie d'avoir des délégations de tâches. C'est- à- dire moi, je veux bien faire confiance ... euh ... pour des soins ... mais il faut que la personne, elle ... elle accepte de les faire »*

M6 : « *Et lorsqu'ils ont une prise en soins qu'ils... qu'ils estiment dépasser leurs compétences, mais qu'ils pensent faire les bonnes choses, ils m'en parlent avant, je valide et c'est comme ça que ça fonctionne en fait. »*

M8 : « *c'est ce qu'on entend par partage de compétences, ça va être le travail en équipe. »*

3) Une complémentarité

Chez certains, l'idée d'une prise en charge conjointe et **complémentaire** des différents acteurs séduit. C'est un couple ou une équipe de professionnels qui offre un champ étendu de compétences de soins pour les patients.

M1 : « *Alors l'habitude de la concertation, l'hôpital il y a des concertations, et parfois c'est aussi des confrontations, bon ça s'est un peu amélioré quand même avec le temps mais, mais si on ... si ... Il faut remplacer le « moi je » par le « nous ont ». »*

M2 : « De ce côté-là, c'est vrai que ça peut permettre en cas d'un 2e avis médical ... d'un 2e avis auprès d'un professionnel de santé »

M6 : « Et lorsqu'ils ont une prise en soins qu'ils... qu'ils estiment dépasser leurs compétences, mais qu'ils pensent faire les bonnes choses, ils m'en parlent avant, je valide et c'est comme ça que ça fonctionne en fait. »

M9 : « Et du coup il gère énormément les patients quand je ne suis pas là et il fait vraiment bien avancer les choses. »

4) Une substitution

A contrario, cette collaboration est peinte comme une **substitution** du médecin généraliste par d'autres corps de métier, prenant le terme parfois de remplacement.

M5 : « Je vois l'avenir comme quelque chose qu'on nous retire. Et ce n'est pas, ça me déplaît totalement. »

M6 : « Effectivement, il y aura toujours des vilains petits canards qui vont vouloir prendre la place « de » ... ».

M7 : « Pas non plus qu'elle soit lâchée dans la nature et qu'elle « prenne la place », entre guillemets, du médecin et que le médecin ne voit plus son patient. »

M8 : « Je pense que c'est toujours la question de l'ego et le sentiment de marcher un petit peu sur les plates-bandes. »

M10 : « On ne peut pas tout remplacer, on ne peut pas tout substituer. Il y a des choses qui ne sont pas équivalentes. »

5) Une interprofessionnalité compétente

Le partage de compétences est en étroite liaison avec l'arrivée des nouveaux métiers de la santé. Les **infirmières en pratiques avancées (IPA)**, constituent le principal acteur discuté par les médecins.

M1 : « *Oui alors on a une infirmière en pratique avancée ... qui fait des consultations de ... pour les patients chroniques, avec qui on travaille en partenariat, c'est-à-dire on alterne les visites et les consultations. »*

M4 : « *Moi, j'attends beaucoup des IPA. »*

M6 : « *Ils sont extrêmement compétents dans beaucoup de choses, plus que moi. »*

M8 : « *Les IPA en neuro, je pense qu'à force de répéter le même exercice, les mêmes examens, ils vont être méticuleux. Par rapport à ça, je n'ai pas de doute que la qualité sera là. »*

M10 : « *Donc moi garder l'endocrino, Il y a un IPA qui connaît sa spécialité diabéto, Euh ... il n'y a aucun problème pour moi, il y a aucun problème, mais ça reste de la spécialité. Elle ne va traiter qu'un aspect du patient. »*

C'est ensuite **l'assistant médical**, comme profession médico-administratif exerçant en cabinet et en étroite relation avec le médecin qui est décrit.

M4 : « *Un peu comme l'assistant médical, l'assistant médical on nous a dit que c'était l'interrogatoire, tension, constantes »*

M7 : « *Ça permet de déléguer clairement les tâches administratives. »*

M9 : « *C'est à dire que ça les aide pas mal pour des actes, c'est à dire prendre des tensions par exemple, tout simplement ces trucs bêtes, prendre la température, la pesée des bébés, ça c'est des choses bêtes. »*

Le **pharmacien** est l'une des professions régulièrement mise en avant lors de l'étude, il fait partie intégrante de la collaboration interprofessionnelle soit par ses conseils et son rapport étroit à l'ordonnance mais aussi avec ses nouvelles compétences de diagnostics (TROD angine, BU) et des prescriptions qui en découlent (protocole angine, cystite).

M1 : « *Qu'un pharmacien fasse des vaccins ça ne me gêne pas. Ce qui est important c'est comment on retrouve la trace de la vaccination qui a été faite.* »

M2 : « *comme par exemple des pharmaciens qui réalisent déjà des vaccinations mais qui pourraient les réaliser de façon plus complète, des tests diagnostic rapide pour les angines.* »

M8 : « *Après, les compétences thérapeutiques, ça en soit, je pense que nos collègues pharmaciens, ils ont quand même pas mal de flèches à leur arc pour être compétents dans ce domaine- là.* »

IV. Mais qui peine à convaincre

Le partage de compétences, déployé comme réponse à une situation complexe, est source de bien des questionnements par les médecins généralistes. Loin de les convaincre, ceux-ci s'interrogent sur les limites à leur mise en place, allant jusqu'à nous laisser entrevoir un avenir incertain.

A. Les obstacles

1) Des exigences

a) La crainte d'un manque de traçabilité

Le manque de **partage d'information** est l'une des principales craintes rapportées systématiquement par les participants, ne pas avoir de retour sur ce qui a été fait, les vaccins, les examens, la biologie, un changement de prescription ...

M2 : « *Pour ce qui est des autres vaccins, [...] le patient n'est pas toujours investi et ne se rappelle plus du vaccin ... quelle date, quand il faut faire le rappel, à 2 mois, à 5 ans, à 10 ans ...* »

M2 : « *Si voilà, on n'est pas, on n'est pas toujours ... celui qui garde les rênes en mains pour garder tout dans sa lunette et éviter qu'on perde, qu'on perde des informations, qu'il n'y est pas de traçabilité. »*

M5 : « *... je pense que tout ça est source d'erreurs et de manque de communication aussi avec des infos qui passent chez l'un et qui ne passeraient pas chez l'autre. »*

M6 : « *Et il faut savoir que, nous on est le dernier maillon, celui qui est décisionnaire à la fin quand même de ce qui se passe. [...] Donc, il a dû refaire des choses. Donc, je pense que là, il y a eu un manque d'échange. »*

M10 : « *On aura juste ... on aura bien d'autres choses à faire que d'essayer de comprendre son suivi. »*

b) La crainte d'une responsabilité partagée

C'est aussi celui d'être tenu **responsable** des actes d'autres professions qui est un des freins rapportés par les médecins généralistes. Probablement à mettre en parallèle avec la judiciarisation du système de santé.

M3 : « *Il ne faut pas commencer à prendre la responsabilité de chacun, ça c'est ... c'est vraiment non négociable. »*

M4 : « *C'est ma conscience personnelle, mon éthique personnelle quoi. Donc oui, j'estime que oui, la délégation de tâches, on engage une responsabilité des deux côtés. »*

M5 : « *Pour que l'on ne puisse pas se retourner contre le médecin traitant du patient, qui ne l'aura pas vu, pas examiné, qui n'aura pas donné le feu vert à telles ou telles prescriptions. Et qui pourrait potentiellement se retrouver au tribunal pour faute ? »*

M7 : « *On a chacun, je pense, notre responsabilité, mais la plus grosse responsabilité, à mon avis, dans cette relation revient au médecin, puisqu'il y a un rapport, il y a un contrat qui doit être fait à chaque fois aux médecins traitants derrière. »*

M8 : « *Est-ce que sa responsabilité est engagée davantage que celle du médecin ou pas assez ? Je pense que c'est une zone un peu grise et qui doit poser problème dans certaines situations. Ça, c'est le côté négatif du partage de compétences ... »*

M10 : « *On sait les compétences pour nous, elles sont ... Elles sont acquises. Sinon ils n'auraient pas passé les étapes les unes après les autres. Donc moi je ... je ne ... Je ne partage pas la responsabilité. »*

c) La crainte d'une concurrence nouvelle

Les médecins généralistes considèrent le partage de compétences par l'émergence des nouveaux métiers de la santé, et notamment des IPA, comme **une mise en compétition** de deux professions puisque partageant les mêmes actes.

M2 : « Le problème de fond, c'est qu'il faut remettre le médecin généraliste dans son rôle central pour collaborer avec les IPA, et pas les mettre en parallèle. »

M5 : « Je vois l'avenir comme quelque chose qu'on nous retire. Et ce n'est pas, ça me déplaît totalement. Et ... parce que ... on est c'est le cœur même du métier, c'est le cœur même du métier ça. »

M6 : « Après, c'est vrai que dans cet exemple- là, où la limite a été dépassée ... on peut avoir tendance à penser que ... on n'a plus besoin de nous mais en fait si. »

M7 : « Moi j'ai peur que on se lance à fond dans le partage de compétences [...] et l'arrivée de nombreux médecins suite à l'arrêt du numéris clausus ... Du coup, on va se retrouver avec un déséquilibre des soins. »

d) Et la rémunération ?

Certains médecins vont y voir, dans l'accélération du partage de compétences, une nécessité de révision du mode de **rémunération** des médecins généralistes, déjà demandée depuis de nombreuses années et au cœur des négociations actuellement en cours.

M2 : « En étant mieux rémunéré, de pouvoir engager un secrétariat qui pourrait par exemple devenir assistant médical, si les médecins sont mieux rémunérés, ils pourront engager, travailler ou faire former leur secrétaire. »

M3 : « Donc forcément, si on voit moins de malades, l'autre question qui en découle c'est la rémunération. »

M4 : « J'ai des charges de tout le monde. J'ai une secrétaire en présentiel. J'ai une télé permanence qui prend les appels quand je ne suis pas là l'après-midi. Tout ça pour avoir du confort de prise de rendez-vous pour les patients. Je peux avoir aussi un assistant médical, mais du coup, c'est des charges aussi. »

2) Des critiques

a) Accorder sa confiance

L'une des principales critiques énoncées était la nécessité d'une **confiance** difficilement concédée et réciproque. Les médecins, travaillant par vocation, souhaite la meilleure prise en charge pour les patients. Au cœur de cette délicate remise en question, c'est la qualité de la prise en charge déléguée qui est questionnée.

M3 : « *Moi j'ai un peu peur c'est que on ait un manque d'information, qu'on ait juste à gérer les problèmes. Je pense qu'on a aussi un rôle parfois de réévaluation, de suivi et sans remettre en cause ce qu'il va leur être appris ce ne sera pas au niveau d'un médecin qui a fait 10 ans de suivi, de pratique, de médecine pour apprendre à un bien suivre un malade. »*

M5 : « *Je pense qu'on s'engage à faire confiance à la personne. Et à la laisser travailler de manière autonome en priant pour que les compétences soient là et ... c'est peut-être pareil finalement quand on laisse son cabinet à un remplaçant. On lui laisse 1500 patients, avec confiance, mais c'est un confrère qui a fait les mêmes études que nous. La différence elle est là et elle est majeure. »*

M8 : « *Parce que si on compte sur un autre intervenant dans le parcours de soins pour réaliser tel ou tel acte, de façon à ce que ça ne nous incombe plus et que ce n'est pas bien fait, ça n'ira pas. »*

M9 : « *Et là je reviens sur le principe. Est-ce qu'un infirmier sera capable de détecter les problèmes que nous on détecte au cabinet ? Pas sûr. »*

b) Avoir peur pour le patient

La confiance partagée, c'est aussi **la crainte du patient** moins bien pris en charge qui motive les médecins à se questionner. Il n'est pas plus question de confiance que de qualité de soins, pour les médecins comme pour les patients.

M6 : « Il doit être surtout non pas victime (ndlr : le patient), mais ... mais gagnant dans l'histoire. »

M7 : « Tout ce qu'on a pu faire en pratique ou en théorie, clairement, on est formé à savoir quel antihypertenseur mettre en primo intention, seconde intention, troisième intention, en fonction du patient. On connaît le patient, ses intolérances. Là- dessus, oui, il y a une perte. »

M8 : « Le risque de cette délégation de compétences diagnostiques, elle pourrait être préjudiciable pour le patient avec une perte de temps. »

M10 : « Donc j'ai peur, comme partout. Parce qu'à partir du moment où tu donnes une compétence, où tu donnes un nom, un don à un être humain, ben tu auras toujours une partie qui va, qui va le travestir. Et ça, ça risque de mettre en danger les patients. »

c) Être sceptique

Les médecins nous font part de leur **scepticisme** à ce propos, doutant de l'efficacité et du bien fondé.

M3 : « Quand on voit les lois, les réformes qui se mettent en place on a un peu de mal à se projeter. »

M4 : « Donc directement, ça m'a semblé être " l'usine à gaz " où on promet des trucs. »

M8 : « Et est-ce que le but d'alléger l'exercice du médecin se fait vraiment ? J'en doute un peu. »

d) Une relation malade-médecin non privilégiée

Le couple malade-médecin semble être amené à être bouleversé par l'ajout d'un intermédiaire, comme souhaité par la délégation, c'est en tout cas ce que pense les médecins. Ils y voient une relation nouvelle, plus technique, moins singulière.

M6 : « Qui fait que là, il y a une troisième personne qui vient s'y mettre, donc une relation plutôt triangulaire. Et une relation impaire, ce n'est jamais bon. SOURIRE. »

M7 : « On perd un peu la relation médecin- patient. »

M8 : « Le patient, lui, il est là pour échanger avec son médecin. C'est sur la base du secret médical. Il se livre au médecin. S'il démarre la consultation par une prise de constante, renseignements administratifs, les documents à renseigner etc ... C'est assez technique et ça casse un peu la relation médecin- patient. »

M9 : « Tu vois dans la médecine générale, tous mes patients je les connais, je les aime bien, ils m'aiment bien et c'est dommage de plus avoir cette relation. »

M10 : « En gros, le lien médecin-patient sera donc, par la force des choses, brisé. Et le patient sera un consommateur comme un autre et le médecin un salarié non décisionnaire comme un autre. »

e) Une complexification de la médecine générale

Considéré comme une réponse à la **complexification**, certains médecins généralistes ne sont pas en accord avec cette vision et pense même plutôt l'inverse. Plus d'informations à collecter, plus d'intermédiaires, des consultations inévitablement plus laborieuses ...

M3 : « Soit basculer sur plus d'actes, mais aussi plus simples, du mono motif, que du complexe, je ne suis pas persuadé que ce soit la bonne chose. »

M6 : « Et le problème, c'est qu'on va se retrouver avec des cas complexes qui risquent ... qui risquent de nous donner beaucoup de temps médical et beaucoup, comment dire, de fatigue psychologique. »

M7 : « De ce fait, nous laisser des choses plus complexes à gérer et pour le coup, déjà que c'est assez complexe, il y aurait que du complexe à gérer et non, ce n'est pas ça la solution. »

M8 : « *Le rôle de coordinateur dans le parcours de soins du médecin généraliste, il va quand même, je pense, se complexifier en multipliant les intervenants dans le suivi du patient. S'il faut concilier les consultations de l'IPA plus ceux des spécialistes ... Ça ne facilitera peut-être pas, finalement, ce rôle de coordinateur. Le suivi ultra spécialisé sera peut-être plus pointilleux, mais la coordination et la conciliation entre les différentes pathologies d'organes, à mon avis, sera quand même plus difficile.* »

f) Une déshumanisation

L'impression que l'on se dirige vers une médecine déshumanisée est ressortie de différents entretiens, le médecin devenant une profession purement technique, exemptée de toutes subjectivités.

M1 : « *ça me permet d'être EUH de faire comme un bombardier furtif qui arrive sur le patient et qui repart aussitôt, ça dure 5 minutes.* »

M10 : « *Un ... Appicateur mais exécuteur exécutant... Je ne sais pas comment tu peux dire, mais juste en gros... Que c'est un exécutant et qu'on va enlever toute réflexion médicale ou procédure de réflexion médicale ne pourra plus avoir lieu dans ce contexte, en tout cas libéral.* »

B. Un futur incertain

1) Adhérer au changement

a) Soulagement

Certains médecins voient cette évolution comme un **soulagement**, une solution aux problématiques actuelles. Cette transformation plus que souhaitée par quelques-uns, est considérée comme salutaire.

M1 : « SILENCE. Et ça c'est ... Euh, c'est, c'est assez attirant, attractif sur les concepts. Et c'est, c'est par ce ..., par ce biais, non pas par le biais mais par ce prisme là qu'on pourra transformer les soins primaires. »

M4 : « On anticipe doucement, je pense qu'on aurait pu aller plus vite et ça nous aurait aidé à avoir moins de ... de déléguer plus vite et d'avoir plus de temps pour les patients pour des choses plus complexes. »

M6 : « Et beaucoup de spécialistes d'organes se rendent compte effectivement qu'ils ont encore besoin des médecins généralistes et que le médecin généraliste n'est pas mort, le médecin de campagne n'est pas mort. »

b) Le promouvoir

Ce changement de paradigme rencontre chez certains une adhésion telle qu'elle était **promue** bénéfique pour le système de santé.

M1 : « Au niveau des médecins, alors ils n'ont pas gagné la même chose, je retire ce que j'ai dit. C'est ce qu'on voulait faire, mais ça n'a pas été possible. On voulait que tout le monde gagne la même chose. »

M4 : « Et les infirmiers en IPA, je pense que ça peut être très bien. Ça, ça peut être très bien. »

M6 : « Il faut pour moi revenir aux fondamentaux de la médecine générale. La médecine générale c'est effectivement ... il faut de toute façon s'adapter à la société dans laquelle on vit. Il faut s'adapter aux changements démographiques, mais il faut rester à tout prix dans les fondamentaux. »

c) L'imposer

Un médecin généraliste souhaitait aller jusqu'à **l'imposer**, puisque l'unique direction viable pour le futur du système de santé en France.

M1 : « *Et je pense que la place du médecin est de EUH ... en tout cas de notre génération c'est d'être les moteurs de ces changements. [...] Toutes ces décisions-là, elles se prendront de plus en plus de façon concertée, et elles doivent se prendre de façon de plus en plus concertée.* »

d) Être acteur du changement

Devenir **acteur du changement** et participer activement à cette interprofessionnalité étaient une des réponses données par les participants.

M1 : « *Donc EUH je me sens très à l'aise avec ça parce que EUH ... je participe à ce mouvement qui est une des clés de l'avenir qui est proche, qui est pour demain. Autrement dit que vous ayez du plaisir à travailler en équipe.* »

M3 : « *Nous sur, sur la maison de santé, on a pris le parti de, de former une de nos infirmières pour tout ça. Elle va entrer à l'école d'IPA à la rentrée prochaine. On n'est pas fermé mais je ... j'espère que ... l'intégration de ce type de profession sur notre, notre maison de santé ne sera pas un frein pour le suivi des patients.* »

2) Source de rejet

a) Être déconsidéré

La mise en parallèle du médecin et des nouveaux métiers de la santé sous l'angle du partage de compétences fait naître le sentiment d'une **déconsidération** chez quelques médecins. L'impression que si les compétences sont ainsi interchangeable d'une profession à une autre, le médecin n'est pas un acteur si important.

M2 : « Est-ce que ça veut dire que le travail du médecin généraliste il n'est pas considéré, on considère que quelqu'un en 5 ans peut faire autant que nous en 9 ans. »

M5 : « Oui je pense que y'a un sentiment ... de dire à quoi je sers ? Qu'est-ce qu'il me reste ? Il me reste que des difficultés, des patients complexes, des énormes ordonnances difficiles à détailler, difficile à nettoyer. Est-ce qu'on attend maintenant plus que ça de moi ? »

M8 : « Finalement, j'ai l'impression que ça a été quand même un choc de se sentir presque mis à l'écart par ces réseaux qui s'organisent. Ça ne part pas forcément d'une mauvaise intention. Ils ont conscience que les médecins généralistes sont débordés et tout ça. »

M10 : « Moi je... Je suppose que la médecine générale, on cherche à faire disparaître la médecine générale, en tout cas libérale. »

b) Être inaudible

Dans le contexte actuel, certains médecins tentent par le biais des associations de représentants ou par le biais des syndicats de faire porter leur voix chargée de réflexions et de raisonnements sur le futur de la médecine générale. En parallèle de la mise en place forcée du partage de compétences, ils ont l'impression **de ne pas être entendus** par les instances décisionnelles.

M2 : « Donc, c'est compliqué d'envisager ce que ça va être mais vu ... par exemple les annonces faites de façon inattendue, sans négociation, sans communication avec les collègues, le conseil de l'ordre, ou les syndicats de médecins généralistes, j'ai l'impression que ces choses-là vont être appliquées d'une façon ou d'une autre sans vraiment que notre avis soit écouté, ou du moins de façon très facultative. »

M4 : « Donc directement, ça m'a semblé être " l'usine à gaz " où on promet des trucs, on fait des beaux spots, on dit à tout le monde que les assistants médicaux peuvent aider son docteur. Et en fait, directement derrière, non. »

M9 : « Alors que franchement, je dirais qu'il faudrait qu'un des ministres viennent passer une journée avec nous au cabinet pour voir ce qu'on fait toute la journée et voir la tonne de travail. Et ce que j'aimerais bien, c'est ça. »

c) Être conservateur

Le rejet de ce partage de compétences comme point central à l'évolution est considéré comme une vision **paternaliste** et conservatrice de la fonction du médecin généraliste. Il en ressort une forme d'archaïsme.

M4 : « Je ne suis pas prête à me concentrer mon quart d'heure de consultation que sur un diagnostic et une thérapeutique avec une consultation qui serait un petit peu diminuée car on aura fait la moitié du boulot pour moi. C'est ... Je n'arrive pas à concevoir cette médecine-là. »

M7 : « La médecine générale de demain va changer par rapport à cet exercice coordonné, même si pour certains, on n'en veut pas trop. Ça s'est fait avec le temps et les années ... »

M8 : « Je pense que le côté détracteur, il se fait là. Après, on est encore aussi sur des anciennes générations qui avaient peut-être un regard un peu plus paternaliste de la médecine générale et donc la perte du rôle central et unique doit faire peur à certains ... »

d) Être victime

Certains médecins se considèrent **victimes** de cette évolution, pensant que l'on souhaite faire disparaître l'idée du médecin de famille pour des raisons d'économie de santé.

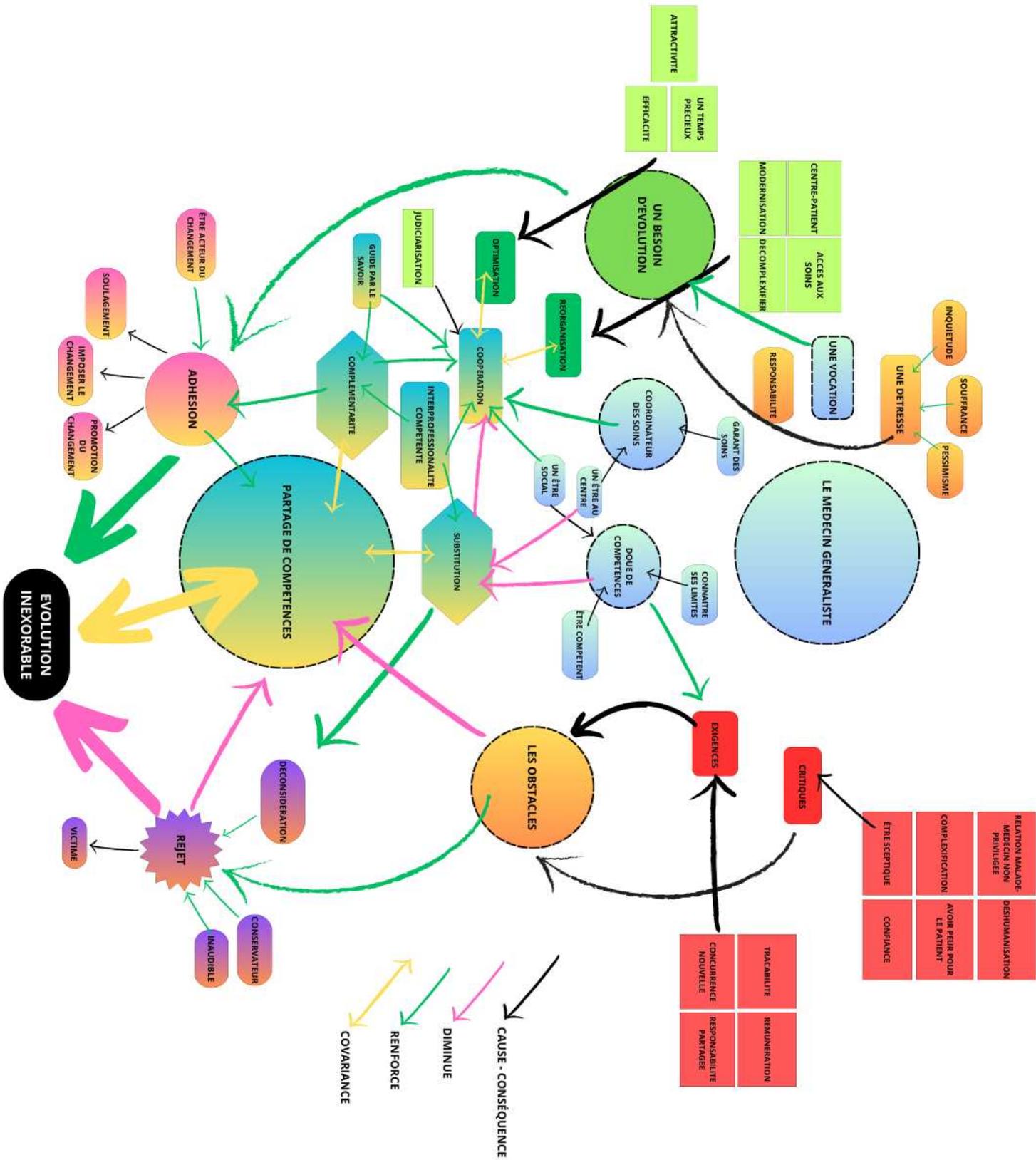
M4 : « *L'assistant médical, je ne suis pas opposé, mais un, je peux pas être sur tous les fronts et deux, j'ai toujours un peu peur de ... quelle sauce on peut être mangé. »*

M8 : « *Je pense que c'est toujours la question de l'ego et le sentiment de marcher un petit peu sur les plates-bandes. C'est un peu le sujet des revendications actuelles de la médecine générale. »*

M9 : « *Alors euh. Si, si ça ne se fait pas comme tu dis, tes aides qu'on a à côté, etc ... Ben on va perdre un peu notre rôle, on va devenir un peu secondaires et ça, ça fait un peu peur. »*

M10 : « *Moi j'ai l'impression qu'en gros, la spécialité médecine générale, c'est quelque chose qu'on veut faire disparaître ... parce qu'on sera des médecins d'orientation »*

Modèle explicatif



Discussion

I. Résultats principaux

Le médecin généraliste fait face aux nombreuses problématiques de santé publique. Il en fait un constat alarmant issu d'une détresse certaine face à l'avenir. La conception qu'il se fait de sa profession et de son rôle dans le système de soins français participe à un sentiment singulier de responsabilité qu'il semble éprouver.

Il est alors nécessaire d'évoluer : évoluer en réorganisant et en optimisant le parcours de soins du patient. C'est toute la vision et la fonction du médecin généraliste qui se retrouve ainsi perturbée, de l'idée même qu'ils se font de leurs fonctions jusqu'aux besoins presque indispensables de changement du paysage sanitaire actuel. Sa vocation, sa fonction de coordinateur et de garant des soins font face au partage de compétences comme un bouleversement de leur place de pilier mais aussi comme un obstacle à sa mise en pratique.

Les critiques de ce partage de compétences émergent tout d'abord comme exigences et revendications personnelles à l'image du souhait de maintenir un partage d'informations et d'une meilleure rémunération. Ces questionnements contrastent avec de véritables critiques invariables telles que la vision d'une complexification du système ou de difficultés à partager une confiance réciproque. Le partage de compétences en toile de fond, le médecin généraliste se retrouve face à un dilemme.

Il est tiraillé entre l'idée qu'il se fait de son rôle dans le système de santé face à la révolution nécessaire de celui-ci, dualité mise en contraste par les craintes de ce changement.

L'interprofessionnalité par le partage de compétences est vu chez certains comme une substitution. L'idée d'un remplacement du médecin généraliste par les nouveaux métiers de la santé par exemple, fait face au concept de prise en soins en équipe, d'une forme de complémentarité. Ces conceptions font face et sont à l'origine d'une coopération nouvelle.

L'adhésion aux partages de compétences, parfois par un souhait d'en être acteur et d'en faire la promotion, participe au sentiment de soulagement envers le changement. A contrario son rejet, fruit d'une déconsidération et source d'un conformisme, renforce la pensée d'une médecine générale victimisée et sans intérêt.

II. Forces et limites de l'étude

A. Les limites de l'étude

1) Environnement des entretiens

Les entretiens n'ont pas tous été réalisés dans un cadre de travail et d'enregistrement optimal. Certains furent ponctués de périodes de latence pendant lesquelles le médecin participant était requis à une autre tâche en plein entretien, expliqué notamment par leur lieu de réalisation (salle de pause du cabinet).

2) Circonstances de réalisation des entretiens

La réalisation de trois entretiens par visioconférence pour des contraintes de disponibilités des participants a probablement occasionné une perte des interactions entre médecin et chercheur avec éventuellement un recueil du langage non-verbal caduque.

3) Manque d'expérience de l'investigateur

L'investigateur a réalisé au travers de ce travail de recherche sa première thèse qualitative avec réalisation d'entretiens compréhensifs semi-directifs. Un défaut de relance des entretiens a pu impacter la qualité de l'étude. Aucun entretien test n'a été réalisé au préalable.

4) Âge des participants

Les médecins qui ont participé à l'étude sont considérés comme de jeunes médecins. Trois médecins avaient plus de 40 ans ce qui n'est pas représentatif de la population de médecins généralistes des Hauts-de-France dont l'âge moyen est de 49,64 ans (13).

5) Régionalisation de l'étude

L'investigateur, par facilité et abus de langage, a considéré effectuer son travail dans la région des Hauts-de-France. Au final, les médecins étaient issus de deux départements : le Nord (4) et le Pas-de-Calais (6).

B. Les forces de l'étude

1) Un échantillon représentatif

Les médecins qui ont participé à l'étude furent recrutés par échantillonnage raisonné théorique. En choisissant les participants de l'étude selon leurs caractéristiques, nous avons pu créer une population diversifiée permettant ainsi une pluralité d'expériences. Les médecins ont des lieux et modes d'exercices différents, certains médecins ont été choisis pour leur contact étroit avec l'interprofessionnalité et participant activement au partage de compétences.

2) Recueil des entretiens

Le recueil des entretiens selon la méthode de la théorisation ancrée a permis d'atteindre une suffisance des données en dix entretiens. Les entretiens compréhensifs de type semi-directif ont permis de laisser place au vécu personnel, aux représentations et laisser libre champ à l'expression personnelle des participants.

3) Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens est de 34 minutes 47 secondes avec une médiane calculée à 35 minutes et 37 secondes. Ce critère répond à un critère de qualité de la recherche qualitative énoncé par Jean-Pierre Lebeau dans son livre « Initiation à la recherche qualitative en santé » (23).

4) Triangulation des données

L'ensemble des résultats a été triangulé entre l'investigateur et son directeur de thèse.

5) COREQ ou grille SRQR

Le travail de thèse satisfait les critères de la grille Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (22). (Annexe n°10)

III. Discussion autour des résultats principaux

A. Un besoin de santé publique

1) Les attentes des médecins généralistes

Une part importante des médecins participant à ce travail de thèse a rapporté un besoin de changement et d'évolution dans l'organisation des soins. Le paradigme change et se transforme, le métier de médecin généraliste doit évoluer et les médecins eux-mêmes se placent dans une dynamique de mutation.

L'on considère qu'il faut repenser l'activité du soignant en souhaitant une augmentation de son temps de soins comme A. Chanu le retrouve dans son travail de thèse (24) : une « *volonté de diminution de tâches annexes pour les médecins au profit d'un temps « médical » et de formation plus important ...* ».

Certains médecins considèrent qu'une partie de leur champ de compétences serait aussi bien accomplie par un autre professionnel. Le travail de recherche de DP. Kernick (25), réalisé en Grande-Bretagne, souligne que les médecins généralistes ayant participé à l'étude pensent que 20% de leurs consultations peuvent être réalisées par une infirmière. Ils considèrent ici qu'un cinquième de leurs consultations pourrait être effectuées, de façon satisfaisante, par une infirmière compétente. Tout cela corrobore l'idée d'une réorganisation du système de soins, telle que retrouvée dans notre travail : libérer du temps médical en déléguant ses compétences médicales.

Par ailleurs, il semblerait que la vision du médecin généraliste au sujet de son activité ait évolué. Notre étude contraste avec ce travail de 2007 ou « *une large majorité des médecins (75,8 %) se déclarait satisfait (plutôt satisfait à très satisfait) de son activité professionnelle.* » (35)

2) Les attentes des patients

L'étude ne s'est pas intéressée au point de vue des patients, pourtant acteurs principaux de leur santé. DP. Kernick (25) s'est attardé sur ce qu'ils pensent et son étude retrouve que un peu moins d'un tiers pensent qu'ils seraient correctement pris en charge par une infirmière.

Cela met en lumière l'acceptabilité des patients à une prise en charge par d'autres professionnels de santé que le médecin généraliste.

Cette conception est à mettre en lumière et en parallèle avec l'avis de la population Française au sujet de leur médecin.

Un rapport de la DREES de 2017 (27) s'est d'ailleurs questionné à ce sujet. L'analyse met en lumière que 58% des Français consultent leur médecin généraliste en priorité contre 8% qui vont souhaiter l'avis de leur pharmacien sans consultation préalable. Dans l'avenir et avec l'émergence des nouveaux métiers de la santé, nous devrions assister au bouleversement de ces chiffres. Il est à noter tout de même que dans ce climat de partage et de délégation à tout va que 88% des sondés ont déclaré être satisfaits des soins prodigués par les médecins généralistes. Il serait peut-être intéressant de réaliser une étude se questionnant sur l'avis des patients.

B. Un bouleversement des pratiques

1) Une délégation réalisable ?

Notre étude suggère de nombreuses limites à l'accentuation des pratiques de délégation.

Une étude réalisée au Royaume-Uni (28) retrouve que 39% des consultations des médecins généralistes comportaient un élément déléguable et que 17% étaient considérées comme pouvant être déléguées en totalité.

F. Crossan et D. Fergusson (29) ne trouvaient pas au début des années 2000 de preuves suffisantes pour soutenir la proposition faite de déléguer des tâches médicales aux infirmiers

comme réponse aux besoins de réorganisation et d'optimisation des soins, émettant des réserves sur la diminution effective des coûts et la qualité donnée.

Ce résultat a considérablement évolué si on regarde la littérature internationale et française récente ...

2) L'intérêt du changement

C. Liu quant à lui dans une étude beaucoup plus récente (30), en 2020, conclut à l'idée que les patients soignés par les infirmières praticiennes ne différeraient pas des patients vus par les médecins de famille en terme de coûts et bénéficiaient d'une qualité de soins identique dans la gestion des maladies chroniques. Celle-ci suggère une amélioration d'accès des soins primaires en parallèle d'une qualité et d'un coût identique.

Il est à noter que J. Buchan et Mario R Dal Poz dans leur méta-analyse « *Skill mix in the health care workforce : reviewing the evidence* » (9) rappellent que les deux études précédemment citées ont été entreprises aux Etats-Unis, comme beaucoup d'autres études sur le Skill-mix et la délégation de tâches, et que la pertinence d'une extrapolation à un autre système de santé est discutable.

J. Castioni s'est intéressé dans son travail de recherche (31) à la délégation des tâches médico-administratives en service de médecine interne hospitalière. Le modèle forgé sur une délégation approfondie des tâches aux secrétaires a permis de faire gagner 60 minutes par jour aux médecins. Cette étude semble pouvoir être extrapolée à un cabinet de ville dans le cadre de la relation secrétaire-médecin généraliste.

Toutes ces littératures semblent rejoindre notre travail de thèse sur l'intérêt perçu par quelques-uns de la nécessité d'une évolution de paradigme.

3) L'efficacité des nouveaux métiers de la santé

L'arrivée des nouveaux métiers de la santé, et notamment des IPA, semble perturber l'organisation des soins primaires. Une étude s'est attachée à rechercher les représentations des différents acteurs de santé dans le cadre de ces nouveaux dispositifs. Les résultats retrouvés renforcent la pluralité des avis envers les IPA et les craintes d'une complexification organisationnelle. (32)

S. Horrocks dans une méta-analyse (26) suggère que les patients sont aussi satisfaits des soins prodigués par une infirmière praticienne que ceux dispensés par les médecins.

L'infirmière ASALEE (action de santé libérale en équipe), exemple de partage de compétences développé dans les maisons de santé, est un dispositif qui fonctionne. Il est retrouvé que les patients diabétiques suivis dans un cadre ASALEE ont une meilleure évolution de leur HbA1c, une tendance à être mieux suivis, pour un coût non significativement supérieur aux patients du régime général. (33)

B. Sibbald dans son travail de 2010 (34) s'est intéressée aux différents modes d'exercices des médecins généralistes au Royaume-Uni. Deux modèles font face, complémentarité ou substitution. Dans le premier cadre l'infirmière participe aux soins à côtés du médecin, dans le second elle est destinée à le remplacer (ou vice versa). Il en résulte des conséquences diverses : réduire la demande en médecins en les substituant par des infirmières, les coûts des soins augmentent en substituant, la qualité des soins augmentent en travaillant en complémentarité.

4) Révolution du colloque singulier

Le médecin, dans son vécu et sa formation, semble avoir des difficultés à partager la prise en charge du malade. C'est ce qui est aussi suggéré par A. Sarradon-Eck qui nous présente le médecin comme en difficultés « *à trouver des logiques communes, à déterminer à qui « appartient » le patient et qui doit décider des soins, à définir les responsabilités dans les soins* ». (36)

5) Quid de la rémunération ?

Les questionnements sur la rémunération, soulevés dans notre travail de thèse, semblent faire écho aux enjeux économiques de santé prévus par la HAS qui pourrait prévoir : « *des forfaits correspondant à la prise en charge globale qui tiennent compte de l'intervention des différents professionnels de santé, ou encore proposer des incitations au regroupement de professionnels de santé médicaux et paramédicaux au sein de cabinets pluridisciplinaires.* » (37).

L'évolution passera aussi par de nouveaux modes de rémunérations.

IV. Perspectives

A. La place des patients

Cette étude ne s'intéresse pas au point de vue des patients. Il serait intéressant de questionner les représentations des patients au sujet de cette nouvelle structuration des soins primaires.

B. Vers une évolution des pratiques ?

Le futur semble flou, c'est en tout cas ce qui était rapporté par les médecins généralistes. Il est suggéré que l'intégration de nouveaux protocoles de délégation et de partage accompagnant la modification du métier de médecin généraliste participent un temps à sa complexification. L'étude réalisée est basée sur un avenir prospectif, encore en réflexion dont les dispositifs nouveaux sont encore balbutiants.

Il pourrait être utile de renouveler cette étude dans 5 à 10 ans pour percevoir le vécu des médecins généralistes dans une fonction où l'interprofessionnalité collaborative et la délégation y sera peut-être pluriquotidienne.

C. Un bouleversement de l'organisation ?

La mise en place des nouveaux métiers de la santé comme des protocoles et dispositifs de délégation semblent donner l'image aux médecins d'un système complexe, difficile à appréhender. Nous avons l'impression qu'il existe un manque d'explications et de formations données aux médecins généralistes sur le cadre de ces nouvelles possibilités. Beaucoup se questionnaient sur les contours de ces changements, ne comprenant parfois pas tous les concepts.

Un effort d'enseignement et de pédagogie paraît primordial pour envisager son acceptation.

D. Vers une évolution de la formation ?

Il est possible que le changement de paradigme et l'évolution du métier de médecin généraliste nécessitent une modification de sa formation. Les études médicales ne sont pas centrées sur l'exercice en collaboration. On acquiert durant ces nombreuses années de formation et de professionnalisation une autonomie de soins et relationnelle. (36)

Une formation axée sur la collaboration et l'interprofessionnalité semble fondamentale pour les générations futures de médecins, qu'ils soient généralistes, ou spécialistes.

Conclusion

Le partage de compétences est source de bien de questionnements chez les médecins généralistes. Pourtant, il semblerait être une solution éventuelle et établie face aux nombreux défis épidémiologiques, technologiques et sociaux.

Il n'en reste pas moins difficilement assimilable et à l'origine d'avis clivants. Les médecins généralistes, bien que conscients et lucides en constatant l'état actuel des soins en France, ne semblent pas prêts en totalité à partager leurs compétences, qu'ils considèrent comme faisant partie de l'essence même de leur fonction.

L'avenir est incertain mais le système de santé doit fondamentalement se réformer s'il veut survivre.

Bibliographie

1. Cabarrot P, Coniel M, Haniquaut F, Fourali R, Morgand C, May-Michelangeli L, et al. La crise Covid a-t-elle submergé les barrières de sécurité du système de santé ? 2020;
2. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
3. A E, F G. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. INSEE; 2021.
4. Bagein G, Costemalle V, Deroyon T, Hazo JB, Naouri D, Pesonel E, et al. L'état de santé de la population en France. sept 2022;(102).
5. Blease C, Kaptchuk TJ, Bernstein MH, Mandl KD, Halamka JD, DesRoches CM. Artificial Intelligence and the Future of Primary Care: Exploratory Qualitative Study of UK General Practitioners' Views. J Med Internet Res. 20 mars 2019;21(3):e12802.
6. Planchenault D. Impacts de la santé numérique dans la pratique des médecins généralistes. Université de Bordeaux; 2021.
7. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes Résultats. mai 2017;(1011).
8. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Droit Déontologie Soins. sept 2008;8(3):278-330.
9. Buchan J, Poz MRD. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. Bull World Health Organ. 2002;
10. Cawley JF, Cawthon E, Hooker RS. Origins of the physician assistant movement in the United States: J Am Acad Physician Assist. déc 2012;25(12):36-40.
11. Hooker RS, Cawley JF. Public Policies that Shaped the American Physician Assistant. Health Policy OPEN. déc 2020;1:100014.
12. Kapu A. Origin and Outcomes of Acute Care Nurse Practitioner Practice. JONA J Nurs Adm. janv 2021;51(1):4-5.
13. BERLAND Y. Démographies des professions de santé. 2022 nov. Report No.: 2002135.
14. Midy F. Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. :43.
15. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. 2003.
16. Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. 2006 juin.
17. Macron E, Buzyn A, Vidal F. Ma Santé 2022, un engagement collectif. sept 18, 2018.
18. Dr Allen J, Pr Heyrman J. La définition européenne de la médecine générale : Médecine

de famille. WONCA Eur. 2002;

19. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. 24.
20. Décret no 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.
21. Arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical.
22. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
23. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé; 2021.
24. Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* mai 2018;66(3):171-80.
25. Kernick D. How should patients consult? A study of the differences in viewpoint between doctors and patients. *Fam Pract.* 1 déc 1999;16(6):562-5.
26. Horrocks S. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ.* 6 avr 2002;324(7341):819-23.
27. Castell L, Dennevault C. Qualité et accès aux soins : ce qu'en pensent les Français. *Etudes Résultats.* oct 2017;(1035).
28. Jenkins-Clarke S, Carr-Hill R, Dixon P. Teams and seams: skill mix in primary care. *J Adv Nurs.* nov 1998;28(5):1120-6.
29. Crossan F, Ferguson D. Exploring nursing skill mix: a review. *J Nurs Manag.* juill 2005;13(4):356-62.
30. Liu C, Hebert PL, Douglas JH, Neely EL, Sulc CA, Reddy A, et al. Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners: Utilization, cost, and quality of care. *Health Serv Res.* avr 2020;55(2):178-89.
31. Castioni J, Hagenbuch A, Tâche J, Cappai M, Jovanovic M, Sartori C. Délégation des tâches médico-administratives : perspectives croisées entre médecins assistants et secrétaires. *Rev Médicale Suisse.* 2017;13(584):2048-51.
32. Aghnatios M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. *Santé Publique.* 22 nov 2021;Vol. 33(4):547-58.
33. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2 Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. *Inst Rech Doc En Économie Santé.* déc 2008;(544).
34. Sibbald B. Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au

Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationale: Rev Fr Aff Soc. 22 oct 2010;(3):35-47.

35. Aulagnier O, Paraponaris SS, Ventelou V. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Etudes Résultats DREES. nov 2007;(610).

36. Sarradon-Eck A. « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins: In: Singuliers généralistes [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 20 avr 2024]. p. 253-70. Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes-2010--9782810900213-page-253.htm?ref=doi>

37. Bourgeuil Y, Chambaretaud S, Marek A, Mousques J. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. HAS. juin 2008;Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé(12).

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information aux médecins

LETTRE D'INFORMATION

Chers Docteurs,

Je suis Monsieur HENOCQ Quentin, étudiant en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur le **partage de compétences**. Ce travail est effectué sous la direction de Monsieur le Docteur CAUET Charles. Cette étude s'adresse à tout médecin généraliste exerçant dans le cadre des soins de premier recours dans les Hauts-de-France.

Elle s'effectuera par le biais d'entretien en présentiel, ou par visioconférence selon les disponibilités, avec enregistrement par dictaphone. Elle respectera strictement les règles de protection des données encadrées par la CNIL. La participation sera anonymisée garantissant ainsi la confidentialité des données recueillies. Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Si vous souhaitez participer à cette étude, je vous remercie de me contacter par mail ou par téléphone selon les coordonnées ci-dessous. Je répondrais à vos éventuelles questions.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Bien respectueusement,

Quentin HENOCQ

Médecin Généraliste remplaçant

Contact :

Mail :

Téléphone : 06.76.55.74.55

Annexe 2 : QR Code - Entretiens



Annexe 3 : Guide d'entretien V1

Questionnaire quantitatif :

| | | |
|--|-----------------|--|
| Anonymisés | Nom : | |
| | Prénom : | |
| Sexe : | | <ul style="list-style-type: none">• Masculin• Féminin |
| Âge : | | |
| Lieu d'exercice : | | <ul style="list-style-type: none">• Urbain• Semi-rural• Rural |
| Mode d'exercice : | | <ul style="list-style-type: none">• Maison de santé pluriprofessionnel• Maison de santé multisite• Centre de santé• Seul en cabinet |
| Expériences : <i>Nombres d'années d'exercice</i> | | |

Entretien :

Règles de l'entretien

- Anonymisation de chaque participant ;
- Consentement à la réalisation de l'entretien et à son enregistrement audio par oral et par écrit ;
- Aucun jugement ne sera effectué, chaque témoignage est important ;
- Possibilité pour le participant de mettre fin à l'entretien à tout moment ;

Questions ouvertes, support de réflexion, adaptable et évolutif.

- Présentation

Présentation de l'investigateur et du thème de l'étude.

Illustration du transfert de compétence :

- Les pharmaciens et la vaccination ;
- Les assistants médicaux et leur fonction d'administration du cabinet ;
- Le droit de prescription des IPA cf *LEGIFRANCE* ;
- Infirmière ASALEE ;
- ETC ...

- Sujet de recherche – LE TRANSFERT DE COMPETENCES

1. Question Brise-Glace :

- a. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion de transfert de compétence ?
- b. Le transfert de compétence est chez certain décrit comme un « dépouillement » de compétence, qu'est-ce que vous en pensez ?

2. Thématique de l'entretien :

- a. Infirmiers de pratique avancée (primo-consultation, prescription, bilan, examen, arrêt de travail) ;
 - b. Assistants médicaux (administratifs, dossier, accueil des patients, téléconsultation) ;
 - c. Le pharmacien correspondant (renouvellement et réévaluation des traitements, protocole CPTS // cystite par exemple) ;
 - d. Kinésithérapeute (consultation sans ordonnance pour lombalgie < 4 semaines par exemple) ;
 - e. *Autres : Degré d'autonomie, de responsabilité, périmètre d'intervention, d'accès à la patientèle, place dans le parcours de soins, mise en concurrence ;*
- Ouvertures – Quelle est votre vision de la médecine générale de demain, notamment dans les soins de 1^{er} recours ?

Fin de l'entretien – Souhaitez-vous compléter l'entretien avec des choses dont on n'a pas parlé ?

Annexe 4 : Guide d'entretien V2

I. Présentation :

Présentation de l'investigateur et du thème de l'étude ;

Illustration du transfert de compétence ;

II. Règles de l'entretien :

Anonymisation de chaque participant, respect de la confidentialité avec utilisation d'un dictaphone classique ;

Suppression des enregistrements à l'issue de la soutenance ;

Seul l'investigateur aura accès aux données ;

Consentement à la réalisation de l'entretien et à son enregistrement audio par oral et par écrit ;

Aucun jugement ne sera effectué, chaque témoignage est important ;

Possibilité pour le participant de mettre fin à l'entretien à tout moment ;

III. Entretien :

1. QUESTIONS BRISE-GLACE :

a. CONNAISSANCES GENERALES :

- i. Selon vous, quel est l'état actuel de la médecine générale en France ?
- ii. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion de transfert / partage de compétences et de délégations de tâches dans le cadre de la collaboration en santé en soins primaires ?

2. REPRESENTATIONS :

- a. Partagez votre expérience du transfert de compétences au sein de votre exercice.
- b. Qu'attendez-vous dans votre exercice médical du transfert de compétences ?
(*Avantages, attentes, atouts, bienfaits ou pas*)
- c. Que pensez-vous des nouveaux métiers de la santé, assistants médicaux et infirmier en pratique avancée ?
 - i. Relance : Notamment au sujet des IPA, pensez-vous qu'on assiste à l'émergence d'un double cursus médical ?
- d. Quel est votre avis sur les protocoles de coopération issus de l'exercice coordonné de CPTS ou de MSP ?
 - i. Relance : Connaissez-vous le pharmacien référent ?
- e. Le transfert de compétences est chez certain décrit comme un « dépouillement » de compétences, qu'en pensez-vous ?

- i. Relance : L'accès direct aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes est une perte de la fonction de « goal keeper » ou de « coordinateur des soins » du médecin généraliste, qu'en pensez-vous ?
- f. Le métier de médecin généraliste risque de se complexifier, laissant par exemple aux IPA les soins ordinaires de suivi et de prévention, qu'en pensez-vous ?

3. OUVERTURES :

- a. Quelle est VOTRE idée de la médecine générale de demain ?

4. QUESTIONNAIRE QUANTITATIF :

Pour finir, je souhaiterais recueillir avec vous quelques données personnelles.

| | | |
|--|-----------------|--|
| Anonymisés | Nom : | |
| | Prénom : | |
| Sexe : | | |
| Âge : | | |
| Lieu d'exercice : | | Urbain / Semi-rural / Rural |
| Mode d'exercice : | | Maison de santé pluriprofessionnelle / Maison de santé multisite / Centre de santé / Seul en cabinet |
| Expériences : <i>Nombres d'années d'exercice</i> | | |

5. FIN DE L'ENTRETIEN :

- a. Souhaitez-vous compléter l'entretien avec des choses dont on n'a pas parlé ?

Annexe 5 : Guide d'entretien V3

I. Présentation :

Présentation de l'investigateur et du thème de l'étude ;

Illustration du transfert de compétence ;

II. Règles de l'entretien :

Anonymisation de chaque participant, respect de la confidentialité avec utilisation d'un dictaphone classique ;

Suppression des enregistrements à l'issue de la soutenance ;

Seul l'investigateur aura accès aux données ;

Consentement à la réalisation de l'entretien et à son enregistrement audio par oral et par écrit ;

Aucun jugement ne sera effectué, chaque témoignage est important ;

Possibilité pour le participant de mettre fin à l'entretien à tout moment ;

III. Entretien :

6. QUESTIONS BRISE-GLACE :

a. CONNAISSANCES GENERALES :

- i.* Selon vous, quel est l'état actuel de la médecine générale en France ?
- ii.* Actuellement, on parle de transfert et/ou de partage et/ou de délégation dans la collaboration en santé en soins primaires, quelle serait pour vous la bonne formule et pourquoi ?
- iii.* On parle de partage de compétences, quelles seraient selon vous les compétences du médecin généraliste ?

7. REPRESENTATIONS :

- a. Partagez votre expérience du partage de compétences au sein de votre exercice.
- b. Qu'attendez-vous dans votre exercice médical du partage de compétences ?
- c. Quels sont les bienfaits de la délégation ?
- d. Quelles sont vos limites à cette mise en place ?
- e. Que pensez-vous des nouveaux métiers de la santé, pierre angulaire de la délégation ?
 - i.* Assistants médicaux ?
 - ii.* Infirmier en pratique avancé ?
 - iii.* Certains parlent de double cursus médical, vous en pensez quoi ?
 - iv.* Délégation en réponse à la complexification de la médecine générale ?
- f. Est-ce que déléguer une tâche c'est aussi déléguer sa confiance ?

- g. Qu'est-ce que vous pensez de la notion de responsabilité dans le partage de compétences ?
- h. Pensez-vous qu'on est devant un dépouillement de compétences ?
- i. Est-ce qu'on est en train de perdre la fonction de « goal-keeper » ?
- j. Regret ?

8. OUVERTURES :

- a. Quelle est VOTRE idée de la médecine générale de demain ?

9. QUESTIONNAIRE QUANTITATIF :

Pour finir, je souhaiterais recueillir avec vous quelques données personnelles.

| | | |
|--|-----------------|--|
| Anonymisés | Nom : | |
| | Prénom : | |
| Sexe : | | |
| Âge : | | |
| Lieu d'exercice : | | Urbain / Semi-rural / Rural |
| Mode d'exercice : | | Maison de santé pluriprofessionnelle / Maison de santé multisite / Centre de santé / Seul en cabinet |
| Expériences : <i>Nombres d'années d'exercice</i> | | |

10. FIN DE L'ENTRETIEN :

- a. Souhaitez-vous compléter l'entretien avec des choses dont on n'a pas parlé ?

Annexe 6 : Journal de Bord

SEPTEMBRE 2022 : Rencontre avec le directeur de thèse Dr CAUET

Explication de la thèse qualitative, différence entre théorisation ancrée et phénoménologie interprétative :

Échantillonnage homogène, non aléatoire, raisonnée.

- Faire ressortir divergences, exemplarité/utile et non représentativité ;
- *Phénoménologie* : groupe partage même expérience (transfert de compétence) ;

Entretien long, en profondeur, complet.

Nécessiter d'analyse E1 avant E2.

Question de recherche non gravée dans le marbre.

Recueil des données : Entretien semi-directifs.

JDB Journal de Bord : Sous forme de cahier ou Word ordinateur. Réflexion -> daté chaque réflexion.

Échantillonnage

- § Médecin en MSP Pluri Professionnelle ;
- § Médecin en MSP Multisite ;
- § Médecin isolé ;
- § Médecin avec avis négatif des IPA =
 - Diffusion message pour être d'accord discuter notion des IPA mais aussi qui soit contre ;

Guide d'entretien

Support réflexion, feuille de route, non stricte, flexible, adaptable, évolutif.

Relancé sur les thèmes exprimés par les médecins interviewés.

Guide -> orientation mais pas support stricte / orientation.

Phénoménologie : laisser parler le plus possible.

- Objectif : raconte des histoires, des épisodes et son vécu ;
- Question facile, relance « Dite m'en plus », « Qu'est-ce que vous entendez par ... ? »

- Illustrations, exemples, commentaires ;
- Éviter questions fermées ;
- Souplesse dans l'ordre de la feuille de route ;
- Le participant n'est pas au courant de la question de recherche ;

Question BRISE GLACE

Mon thème : TRANSFERT DE COMPETENCE donc la représentation qu'ils s'en font ;

Illustrer la notion avec quelques exemples avant questions :

- *Penser à la dernière fois que vous avez pu discuter de cette situation ?*
- *Quel est votre réaction quand vous entendez un médecin généraliste critiqué les IPA ?*
- *Racontez-moi la dernière situation où vous avez été confronté au transfert de compétence ?*
- *Qu'est-ce que ça évoque pour vous la notion de transfert de compétence ?*

GUIDE

Questions ouvertes : « Pouvez-vous me parler de ... », « Racontez moi ... » ;

Manifestations non verbales ;

6 à 8 grandes thématiques sur le transfert de compétences ;

Soit par thème : vaccination / renouvellement ...

Soit par profession : sage-femme / médecin / IPA / assistants médicaux ;

Éthique / Réglementaire :

& dpo@univ-lille.fr

- ⇒ Envoyer Fiche de Thèse ;
- ⇒ Envoyer Ébauche Guide entretien ;
- ⇒ Récépissé comme quoi la thèse ne relève pas de la loi Jardé / avis du CPP ;

& Consentement libre, éclairé et écrit du médecin

- ⇒ Consentement oral et écrit ;

MISSION

- 1) Élaborer piste d'exploration du guide d'entretien ;
- 2) Réponse du DPO avant 1^{er} entretien ;
- 3) Écriture introduction (environ 350 mots soit 2 pages à 3 pages) //Contexte, Ce qu'on sait, Ce qu'on veut savoir// ;

OCTOBRE 2022 : Rédaction V1 du guide d'entretien

Rédaction du brouillon du guide d'entretien mise à disposition pour le directeur de thèse.
Début de rédaction de la méthode.
Poursuite développement de la bibliographie.

DPO

Mail envoyé le 10/10/2022

Entretien

Mail envoyé le 10/10/2022 pour Monsieur le Docteur T pour la réalisation du 1^{er} entretien.

Questionnement :

- 1) Dans le cadre de la phénoménologie et de l'écriture de matériel et méthodes, dois-je sourcer le travail avec des documents expliquant la phénoménologie ?
- 2) Différence délégitimation de tâches et transfert de compétences ?

Idées

MG rôle de gate keeper ? Chef d'entreprise ? Gérer une équipe de paramed ?
Administratif ++ ?
Confiance n'exclue pas le contrôle ?
Relation MG – IPA // MG – N1 ou SASPAS sur la gestion du patient.

NOVEMBRE 2022 : 1^{er} entretien

Début recueil des entretiens.
Bon accueil, entretien intéressant et stimulant.
Beaucoup de difficultés dans l'analyse du 1^{er} entretien qui me motive à :

- Acquérir le livre : **Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire** de Jean Pierre LEBEAU
- Débriefing régulier auprès du directeur de thèse

DECEMBRE 2022 – Mars 2023

Réécriture, correction introduction + bibliographie.
Difficulté à se mettre au travail de thèse, préoccupé par les nombreux remplacements, démotivation ...
Recherche et ajout de nombreux articles à la bibliographie.

AVRIL 2023 : Réalisation du 2^e et 3^e entretien

Je me replonge dans la thèse.
Parcours et étayage de la bibliographie avec l'actualité.
Modification du guide d'entretien en V2 suite à l'analyse du 1^{er} entretien.
Réalisation de 2 entretiens, considérés moins complexes dans l'analyse que le 1^{er}.
Dans la foulée, analyse des 2 entretiens qui, en effet, me paraît plus simple.
Rencontre avec le directeur de thèse qui acquiesce de la bonne évolution de l'étude et de la qualité des propriétés trouvées.

JUILLET-AOUT 2023 : Écriture

Réécriture de l'introduction.
Étayage de la bibliographie avec modification de ses caractéristiques et mise au propre dans ZOTERO (sous forme VANCOUVER).
Correction et modification de la méthode.
Modification du guide d'entretien en V3 sur à l'analyse du 2^e et 3^e entretien.

SEPTEMBRE 2023 – DECEMBRE 2023 : Réalisation du 4^e, 5^e, 6^e, 7^e et 8^e entretien

Envoi de nombreux mails / message pour recruter des médecins participant à l'étude.
Nombreux retours positifs, 2 refus malheureusement.
Les entretiens sont réalisés l'un après l'autre, un entretien devait être analysé avant d'envisager d'enregistrer le suivant.

JANVIER 2024 : Réalisation du 9^e et 10^e entretien

9^e entretien effectué en visio devant indisponibilité de planning pour rencontre en présentiel.
10^e entretien effectué en visio pour les mêmes raisons.

FEVRIER 2024 : Analyse des derniers entretiens et réflexion sur

date de soutenance

Analyse de l'ensemble des entretiens.
Triangulation des données en relation avec le directeur de thèse.
Saturation des données devant l'absence d'émergence de nouvelles propriétés.
Décision d'arrêt du recrutement.
Début de l'analyse qualitative avec regroupement des propriétés en catégories conceptuelles.
Étape difficile, beaucoup d'aller-retour auprès du directeur de thèse qui par de nombreux conseils permet de comprendre, en partie, les subtilités du codage axial.

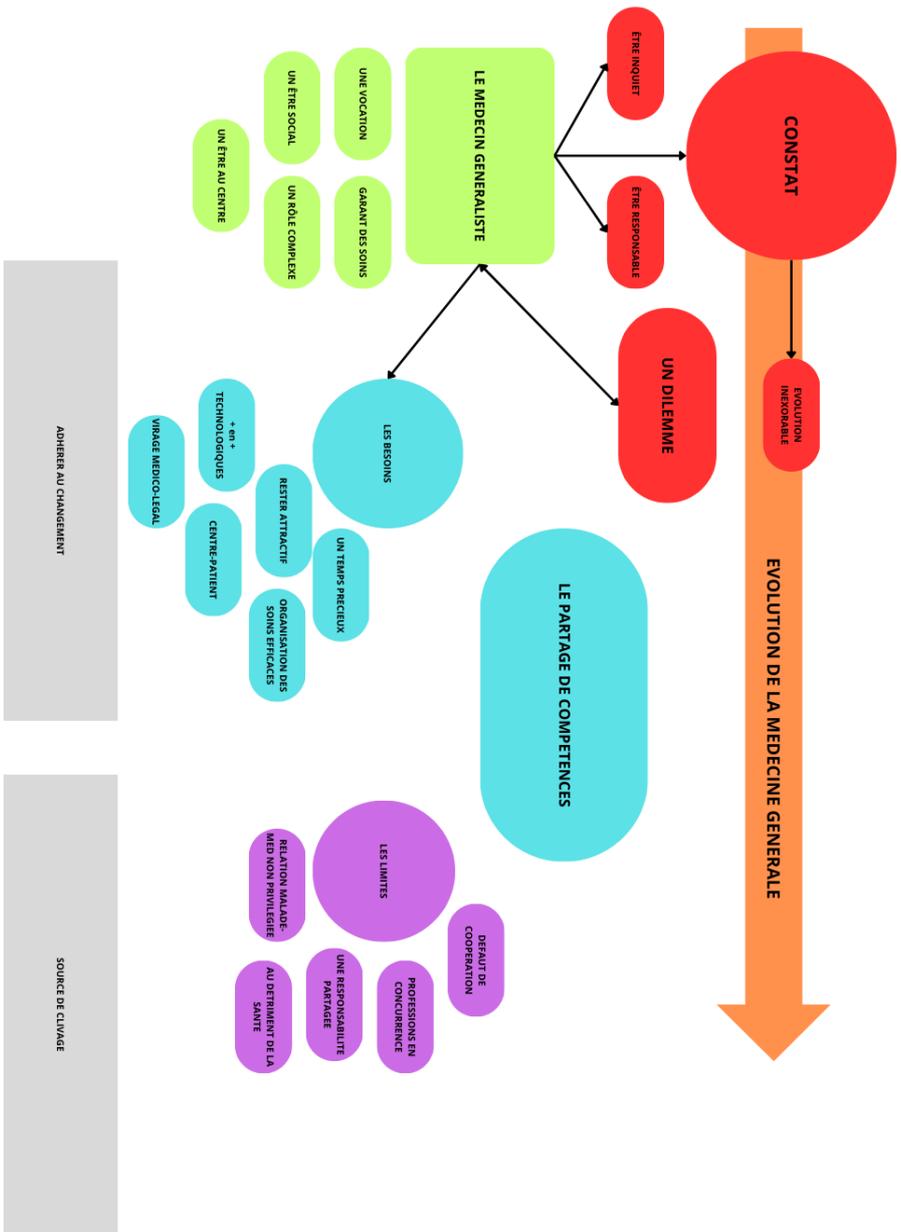
MARS 2024 : Formalités administratives

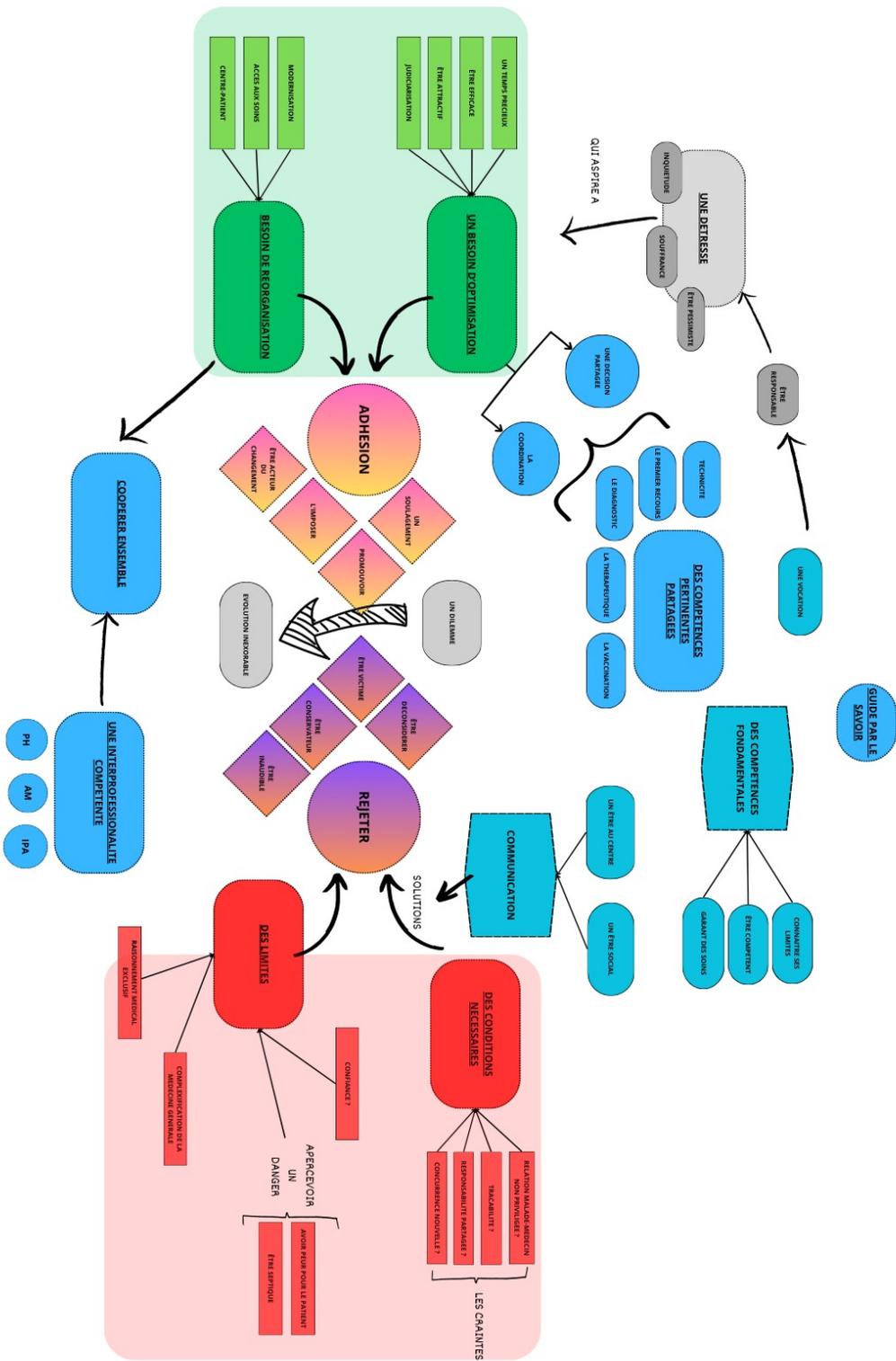
Contact des différents membres du jury : accord de l'ensemble des assesseurs.

Contact et relation avec la Présidente du Jury.
Date et lieu de soutenance actée.
Mise en relation avec le Bureau des Thèses.
Émergence non sans difficultés d'un premier schéma conceptuel explicatif.
Modification à plusieurs reprises, une 2^e version naîtra puis une 3^e ... une 4^e ... une 5^e ...
Enfin émerge un schéma qui me satisfait.

AVRIL 2024 : Rencontre directeur de thèse

Visioconférence avec le directeur de thèse pour discussion codage axial.
Discussion à propos du schéma conceptuel qui satisfait au directeur de thèse.
Conseil autour manuscrit.
Vérification du bon déroulement du travail de thèse.
Écriture du manuscrit et finalisation de celui-ci.
Mise en place des différentes annexes.





Annexe 8 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e)

Né(e) le

à

déclare accepter, librement, et de façon éclairé, de participer à l'étude intitulée : «

Représentations des Médecins Généralistes des Hauts-de-France concernant le partage de compétence en soins primaires. »

J'ai lu et compris la lettre d'information qui m'a été remise :

- Les données recueillies sont confidentielles et la participation anonymisée ;
- Il est possible d'interrompre à tout moment sa participation, sans avoir à le justifier ;
- Les résultats de l'étude seront partagés lorsque celle-ci sera achevée ;

Fait à

Le

Investigateur

Quentin HENOCQ

Médecin Généraliste remplaçant

Signature du participant

Contact :

Mail : henocq.quentin@yahoo.fr

Téléphone : 06.76.55.74.55

Annexe 9 : Déclaration DPO



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

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

Responsable administrative Clémentine Dehay

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

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

Responsable du traitement

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

Traitement déclaré

| |
|--|
| Intitulé : Vécu des Médecins Généralistes des Hauts-de-France concernant le transfert de compétence en soins primaires. |
| Référence Registre DPO : 2022-285 |
| Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M. Quentin HENNOCQ |

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 19 Octobre 2022

Délégué à la Protection des Données

Annexe 10 : Grille COREQ

Grille COREQ – traduction française des lignes directrices COREQ (22)

| Numéro | Item | Guides questions / Description |
|---|--|--|
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | |
| Caractéristiques personnelles | | |
| 1. Quentin HENOCQ | Enquêteur | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? |
| 2. Validation du 3 ^e cycle des études médicales | Titres académiques | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD |
| 3. Activité de médecin remplaçant non thésé | Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? |
| 4. Homme | Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? |
| 5. Initiation à la recherche qualitative | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? |
| Relations avec les participants | | |
| 6. Connaissances, inconnus | Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? |
| 7. Interne de médecine générale réalisant une thèse sur le partage de compétences | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche |
| 8. Interne de médecine générale | Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche |
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| Cadre théorique | | |
| 9. Analyse par théorisation ancrée | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu |
| Sélection des participants | | |
| 10. Échantillonnage raisonné théorique par effet boule de neige | Echantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige |

| | | |
|--|----------------------------------|--|
| 11. Face à face, sms, courriel, téléphone | Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel |
| 12. Dix participants | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? |
| 13. Deux | Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? |
| Contexte | | |
| 14. Lieu de travail | Cadre de la collecte des données | Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail |
| 15. Non | Présence de non-participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? |
| 16. Sexe, âge, expérience, lieu et modalités d'exercices, universitaires | Description de l'échantillon | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date |
| Recueil des données | | |
| 17. Oui | Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? |
| 18. Non | Entretien répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? |
| 19. Audio | Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? |
| 20. Oui | Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? |
| 21. 34 minutes en moyenne | Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? |
| 22. Oui | Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? |
| 23. Non | Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? |

| Domaine 3 : Analyse des résultats | | |
|--|--|---|
| Analyse des données | | |
| 24. L'auteur seul pour le codage ouvert, axial et sélectif | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? |
| 25. Oui par modélisation du codage | Description de l'arbre du codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? |
| 26. Déterminés à partir des données | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? |
| 27. Excel | Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? |
| 28. Non | Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? |
| Rédaction | | |
| 29. Oui | Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant |
| 30. Oui | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? |
| 31. Oui | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? |
| 32. Oui | Clarté des thèmes secondaires | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? |

AUTEUR(E) : Nom : HENOCQ

Prénom : Quentin

Date de soutenance : 24 Mai 2024

Titre de la thèse : Représentations des médecins généralistes des Hauts-de-France sur le partage de compétences

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : médecine générale ; soins de santé primaires ; relations interprofessionnelles ; interprofessionnalité ; infirmières praticiennes ; infirmières en pratique avancée ; assistant médical ; partage ; compétences ; délégation ; coordination.

Résumé :

Contexte : La France fait face à une nouvelle crise sanitaire. En conséquence, les soins de premiers recours subissent un bouleversement professionnel. Initiée depuis les années 2000 en France, l'accélération souhaitée du partage de compétences entraîne une évolution dans le paradigme du médecin traitant et de son rôle de coordinateur.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs menée dans les Hauts-de-France entre Décembre 2022 et Janvier 2024 auprès de dix médecins généralistes installés. Analyse effectuée par théorisation ancrée avec triangulation des données. Dix entretiens ont permis d'atteindre la saturation théorique des données et d'élaborer un modèle explicatif.

Résultats : Le médecin généraliste fait le constat, non sans détresse, d'une nécessité d'évolution dans les soins primaires. L'optimisation et la réorganisation du système de santé par le biais du partage de compétences font face aux nombreuses critiques et exigences à son sujet. Le médecin, se considérant comme coordinateur des soins, fait face à ce dilemme où l'évolution du système de santé en France paraît inexorable.

Conclusion : Le partage de compétences est source de bien de questionnements chez les médecins généralistes. Considéré comme solution au contexte sanitaire actuel, il n'en reste pas moins difficilement assimilable et à l'origine d'avis clivants. L'avenir est incertain mais le système de santé doit fondamentalement se réformer s'il veut survivre.

Composition du Jury :

Présidente : Madame la Professeure Florence RICHARD

Asseseurs : Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles CAUET