



Les infirmier(e)s ASALEE dans la gestion de la crise de la COVID-19 en 2020

Romain Huguier

► To cite this version:

Romain Huguier. Les infirmier(e)s ASALEE dans la gestion de la crise de la COVID-19 en 2020. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03286975

HAL Id: dumas-03286975

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03286975>

Submitted on 15 Jul 2021

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

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



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2021

N° 2021 - 45

**LES INFIRMIER(E)S ASALEE DANS LA GESTION DE LA CRISE
DE LA COVID-19 EN 2020**

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 28/05/2021 à 16H
PAR

HUGUIER ROMAIN

PRESIDENTE DU JURY : Madame le Professeur CLAIRE ANDREJAK

JUGES : Monsieur le Professeur GABRIEL CHOUKROUN
Monsieur le Docteur ABDALLAH AL-SALAMEH

Directeur : Monsieur le Docteur BENJAMIN PAPON

Remerciements

Aux Membres du Jury

A Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Pneumologie),

Service de Pneumologie - CHU Amiens Picardie

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse et d'avoir accepté de juger ce travail si rapidement.

A Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Néphrologie)

Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS

Chef du service de Néphrologie, Médecine interne, Dialyse, Transplantation (Pôle D.R.I.M.E.)

Merci d'avoir accepté une nouvelle fois de juger mon travail après mon premier Topo de néphrologie il y a 5 ans.

A Monsieur le Docteur Abdallah AL-SALAMEH,

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Service d'Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition

CHU Amiens Picardie - site Nord,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail et de m'avoir transmis la passion de la diabétologie après mon semestre au CHU. De nouvelles compétences que j'utilise au quotidien dans mon exercice.

A Monsieur le Docteur Benjamin PAPON,

Merci Benjamin d'avoir accepté cette première direction de thèse, d'avoir accompagné mes premiers pas de médecin généraliste alors que j'étais externe et de m'accepter comme associé au sein de la MSP de Guise.

Aux infirmier(e)s ASALEE ayant participé à ma thèse,
Merci d'avoir été si disponibles que ce soit pour la réalisation des entretiens ou les informations complémentaires qui m'ont été très précieuses.

Aux médecins qui m'ont aidé dans la réalisation de cette thèse,
Merci au Docteur Philippe TREHOU pour m'avoir aidé dans mon choix de sujet, conseillé dans toutes les étapes de sa réalisation ; de m'avoir accepté comme interne, adjoint, bientôt associé et surtout... comme gendre !
Merci Lucie pour avoir pris le temps de partager avec moi ta maîtrise de la langue de Shakespeare.

A l'URPS Hauts-de-France,
Pour avoir soutenu ce projet et pris en charge la retranscription des entretiens. Vous m'avez fait gagner un temps précieux.

A ma fiancée Juliette *misseele*,
Merci de m'avoir aidé dans la rédaction de cette thèse,
Merci d'être à mes côtés depuis bientôt 8 ans et d'avoir accepté de devenir ma femme. Sans toi mes longues études ne seraient pas passées si vite. *Esch hanb di Liéb'!*

A ma famille,
Maman, ton soutien me fut indispensable en première année
Papa, je suis fier de suivre la même vocation que toi,
Ma petite sœur Mathilde, pour m'avoir accepté un an dans ton humble demeure sans trop râler
Mes mamies,
Ma belle-mère Virginie,
Pour votre soutien depuis le début.
Mes beaux-parents Carine et Philippe pour m'avoir si vite adopté.
Une pensée pour mes papys partis pendant mes études.

A la Team Guise, Juliette et Thomas
Une belle aventure se poursuit ensemble ! Prêts à vivre notre meilleure vie ?

A mes co-internes et amis,
Aurèle, Cédric, Lucie, Florence
Nos débats sur le resto du Jeudi me manquent déjà.
Quand l'appétit va tout va !

A mes amis,
Arthur, Coralie, Fred, Thomas, Mathilde, Hélène&Thomas, Lucie&Thomas, Florence, Cédric,
Jérôme, ... et tous ceux que j'ai pu oublier.
Merci de braver les tempêtes pour nous voir !

Enfin,
Merci Julia, Fanny, Quentin, André-Guy, Manu, Florent, Justine, Monsieur Bouffeteau et
toute l'équipe du C6 du CH de St Quentin. Affronter ensemble cette première vague de
l'épidémie fut une expérience humaine exceptionnelle !

Définitions et acronymes

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

BAVU : Ballon Autoremplesseur à Valve Unidirectionnel

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Education Thérapeutique

HAS : Haute Autorité de Santé

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire

IDE : Infirmier diplômé d'état

IDSP : Infirmier de Santé Publique

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Table des Matières

Introduction	10
I. Association ASALEE	10
A. Origine	10
B. ASALEE en pratique	10
C. Recrutement dans les Hauts-de-France	11
II. La COVID-19	12
A. Origine	12
B. Symptômes	12
C. Transmission	13
D. Stratégie diagnostic en France	13
E. Prise en charge et Traitements	14
III. Crise sanitaire en 2020	14
IV. Objectif de la thèse	15
Matériel et Méthodes	17
I. Choix de la méthode	17
II. Choix de la population	17
III. Réalisation des entretiens	18
IV. Analyse des données	19
V. Aspects éthiques	19
Résultats	20
I. Apport des Infirmier(e)s ASALEE dans la gestion de la crise de la COVID-19	20
A. Mise en retrait	20
B. Soutien logistique	21
1. Récupération de matériel	21
2. Organisation des structures de santé	22
C. Actes de soins et/ou dépistage	25
D. Téléconsultations	26
1. Suivi des patients contaminés par la COVID-19	26
2. Suivi des patients présentant une pathologie chronique	28
E. Soutien psychologique, lutte contre l'isolement et la précarité	29
F. Réponse aux interrogations des patients	31
G. Actions de prévention	32
1. Au sein des structures médicales	32

2. Création et diffusion d'affiches.....	33
3. Intervention au sein des collectivités	33
4. Prévention au cours des consultations	36
H. Autres aides	37
II. Ressenti des Infirmier(e)s ASALEE concernant la gestion de la crise de la COVID-19 en 2020.....	39
A. Une période difficile.....	39
1. Activités nouvelles.....	39
2. Une organisation à mettre en place	39
3. Travailler dans le respect des gestes barrières	40
4. Des patients désintéressés	40
5. Suivi à distance	41
6. Une période stressante	43
7. Une période frustrante.....	44
8. Un sentiment d'inutilité	45
B. Une crise bien menée	46
1. Le besoin d'aider.....	46
2. Le sentiment d'être utile	46
3. Un gain de responsabilité.....	47
4. La reconnaissance des patients	47
5. Le soutien d'ASALEE	48
III. Modifications de l'exercice et perspectives d'avenir.....	49
A. Aucune modification	49
B. Mesures d'hygiène	51
C. Contraintes liées aux gestes barrières.....	53
D. Reprendre le suivi des patients porteurs de pathologies chroniques	55
E. Soutien psychologique	57
F. Participation à la campagne de vaccination	61
G. Autonomisation des patients	62
H. Mise en avant de l'association	63
Discussion	66
I. Faiblesses de l'étude	66
A. Liées au chercheur.....	66
B. Sujet d'actualité.....	66
C. Liées à l'échantillonnage.....	66
D. Méthodologie	67
II. Forces de l'étude	67

A. Méthodologie	67
B. Liées à l'échantillonnage.....	67
C. Environnement de travail	68
III. Principaux résultats	68
A. Des soucis logistiques	68
1. Pénurie de matériel.....	68
2. Organisation des cabinets médicaux	69
B. Soins des patients	69
C. Soutien psychologique	70
D. Prévention.....	71
E. Ressenti des Infirmier(e)s ASALEE	71
1. Une période difficile	72
2. Une crise bien menée	73
F. Perspectives d'avenir.....	73
Conclusion.....	77
Bibliographie.....	78
Annexes	83
Annexe 1 - Guide d'entretien	83
Annexe 2 - Mail.....	84
Annexe 3 - Mail de relance	84
Abstract	85
Résumé	86

Introduction

I. Association ASALEE

A. Origine

L'association Action de Santé Libérale en Equipe ou ASALEE est créée en 2004 par le Docteur Jean Gautier, médecin généraliste dans les Deux-Sèvres, en collaboration avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Poitou-Charente et l'équipe de recherche de Yann Bourgueil. Elle a prouvé son efficacité sur le terrain depuis 2006 [1].

Il s'agit initialement d'un dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmiers libéraux qui bénéficie de financements spécifiques de la part du ministère de la Santé et de l'Assurance Maladie, dont le but est d'améliorer la prise en charge de patients souffrants de certaines pathologies chroniques, comme le diabète de type 2, la BPCO ou présentant des risques cardiovasculaires élevés ou des troubles cognitifs.

Ce dispositif repose sur une offre d'éducation thérapeutique (ETP) et la délégation dérogatoire d'examens médicaux vers les infirmiers comme l'électrocardiogramme, la spirométrie, l'examen des pieds du diabétique ou encore la prescription d'examens biologiques. [2]

B. ASALEE en pratique

Le médecin adhérent doit fournir à l'infirmier(e) ASALEE une salle de consultation équipée d'un ordinateur donnant accès au dossier médical du patient. Il a pour mission d'identifier les patients éligibles concernant les protocoles validés et de leur proposer de bénéficier d'une consultation auprès de l'infirmier(e) ASALEE.

L'infirmier(e) ASALEE réalise les séances d'éducation thérapeutique ou de dépistage prévus dans les protocoles ainsi que les actes dérogatoires, puis fait une évaluation de chaque consultation avec réalisation d'un compte-rendu. Il bénéficie de formations théoriques et pratiques à l'ETP et aux pathologies chroniques rencontrées.

Médecin et infirmier(e)s se rencontrent régulièrement lors de réunions de concertation pour échanger au sujet de la prise en charge des patients et de l'organisation de leur coopération. Des réunions hebdomadaires entre infirmier(e)s ASALEE ont également lieu dont certaines sont nationales. [3]

C. Recrutement dans les Hauts-de-France

Les régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie ayant fusionné après la réforme territoriale en 2014, il semble plus pertinent d'étudier désormais la démographie des infirmier(e)s ASALEE au sein de la région Hauts-de-France.

Toutefois le recrutement ayant toujours lieu selon l'ancien découpage, on peut retenir l'évolution suivante au sein du territoire.

Département Pas-De-Calais

2016 : 1 IDE ASALEE à Marquise, 5 Médecins généralistes

2017 : 1 IDE ASALEE à Saint Martin Boulogne et Boulogne sur Mer, 8 Médecins généralistes

2018 : 1 IDE ASALEE à Outreau, 5 Médecins généralistes

2019 : 1 IDE ASALEE à Blendecques, 2 Médecins généralistes

2020 : 1 IDE ASALEE à Saint Martin Les Tattinghem, 3 Médecins généralistes

1 IDE ASALEE à Wizerne 1 IDE ASALEE (exerçant également à Blendecques), 1 Médecin généraliste

2021 : 1 IDE ASALEE à Bleriot Plage, 5 Médecins généralistes

Perspectives : 1 Maison médicale : 1 IDE ASALEE et 2 Médecins généralistes.

Département du Nord

2015-2017 : 1 IDE ASALEE à Landas

2017 : 1 IDE ASALEE à Dechy

2018-2019 : 1 IDE ASALEE à Marly

2019 : 1 IDE ASALEE à Nomain

2019 : 1 IDE ASALEE à Quiévrechain

Département de la Somme

2014 : 1 IDE ASALEE à Trois Rivières (IDE ASALEE 100%), 7 Médecins généralistes

2018 : 1 IDE ASALEE à Montdidier (IDE ASALEE 80%), 5 Médecins généralistes

2019 : 1 IDE ASALEE à Roye (IDE ASALEE 100%), 5 Médecins généralistes

1 IDE ASALEE à Villers Bretonneux (IDE ASALEE 100%), 5 Médecins généralistes

1 IDE ASALEE à Ailly sur Noye (IDE ASALEE 100%), 5 Médecins généralistes

2020 : 1 IDE ASALEE à Nesles (IDE ASALEE 100%), 5 Médecins généralistes

1 IDE ASALEE à Villers Bretonneux (IDE ASALEE 100%), 4 Médecins généralistes

Département de l'Aisne

2018 : IDE ASALEE à Braine, 3 Médecins généralistes

2020 : 1 IDE ASALEE à Guise, 4 Médecins généralistes

Perspectives : 1 projet dans le nord du département

Département de l'Oise

Données non communiquées.

II. La COVID-19

A. Origine

Le SARS-CoV-2 est un nouveau coronavirus identifié en Chine en janvier 2020. La maladie provoquée par ce virus est nommée COVID-19 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La situation mondiale est qualifiée de pandémie par l'organisation. [4]

B. Symptômes

Les symptômes de la COVID-19 sont le plus souvent respiratoires, mais d'autres formes sont possibles : neurologiques, cognitives, cardiovasculaires, digestives, hépatiques, rénales, métaboliques, musculo-squelettiques, psychiatriques, dermatologiques, etc. et/ou la décompensation d'une maladie chronique.

On retient plusieurs formes cliniques dont les deux premières sont les plus fréquentes (85% des patients) :

- les formes asymptomatiques
- Les formes paucisymptomatiques
- Les formes avec pneumonie sans signe de gravité
- Les formes graves se manifestant soit d'emblée, soit secondairement par des aggravations à la fin de la première ou pendant la deuxième semaine avec des tableaux rapidement évolutifs nécessitant une hospitalisation conventionnelle ou en réanimation. [5]

C. Transmission

La durée médiane d'incubation de la COVID-19 est de 5 à 6 jours (14 jours au maximum). La phase contagieuse est de 8 jours en moyenne (parfois plus longue depuis l'émergence de certains variants) et commence environ 2 jours avant le début des symptômes.

La maladie se transmet par des gouttelettes contaminées entre une personne porteuse et une personne saine, un contact physique direct ou indirect et sous forme d'aérosol. [5]

D. Stratégie diagnostic en France

La stratégie diagnostic en France dépend de la phase de la maladie.

Un test RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé est prescrit si le patient est vu en consultation entre J1 et J7.

S'il est vu entre J1 et J4, il pourra bénéficier d'un test antigénique sur prélèvement nasopharyngé. En cas de positivité de ce dernier le patient est considéré comme cas confirmé et doit bénéficier d'un second prélèvement, en vue d'un test RT-PCR de criblage (recherche de variant). En cas de négativité, il y a un intérêt à réaliser un test RT-PCR chez les patients présentant des facteurs de risque.

De J8 à J14, la démarche diagnostique repose sur les signes cliniques. Il existe un risque élevé de faux négatif en lien avec la diminution de la charge virale au niveau nasopharyngé. Un test négatif ne sera pas concluant.

A partir de J15, le test RT-PCR n'est pas recommandé. Une sérologie par test automatisable ELISA (IgG + IgM ou Ig totales) peut être réalisée dans de rares indications. [5]

E. Prise en charge et Traitements

La majorité des patients atteints de la COVID-19 relève d'une prise en charge ambulatoire. Celle-ci doit prendre en compte la contagiosité de l'infection virale pour adapter les mesures de protections, et la fragilité des patients susceptibles de présenter des décompensations rapides à type de défaillance respiratoire, de complications thrombo-emboliques ou cardiovasculaires.

D'après l'avis du Haut Conseil de santé publique relatif à l'actualisation des recommandations thérapeutiques dans la COVID-19 publié le 25 novembre 2020 [6] et actualisé le 28 janvier 2021 [7], le traitement de support adapté à l'état du patient constitue la référence avec une attention particulière sur la prévention du risque thrombotique.

Par conséquent, les patients infectés par la COVID-19 bénéficient actuellement d'un traitement symptomatique. Il n'existe pas encore de traitement spécifique efficace.

Le 27/12/2020 débute la campagne de vaccination contre la COVID-19 en Ile-de-France et en Bourgogne-Franche-Comté, avant son extension sur tout le territoire en Janvier 2021 de manière coordonnée avec les pays membres de l'Union Européenne. [8]

III. Crise sanitaire en 2020

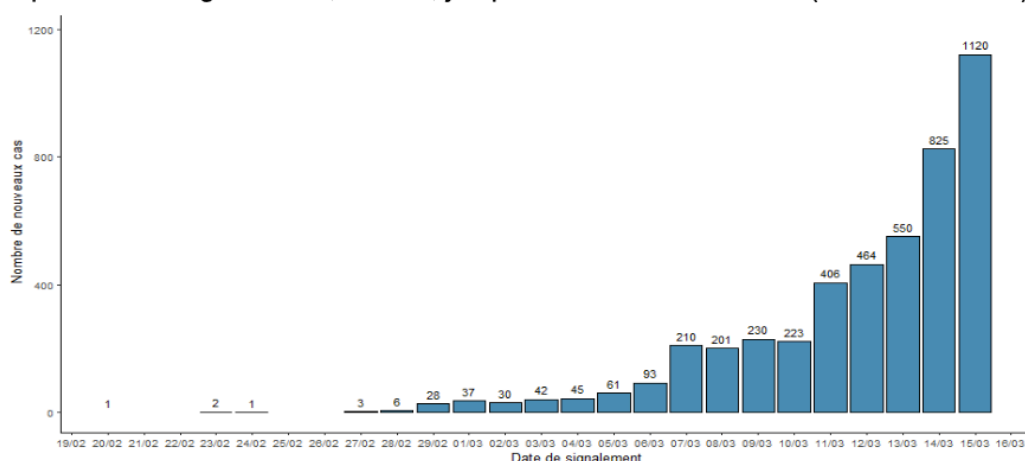
Epidémiologie

En France, au 15 mars 2020,

6378 cas confirmés, dont 285 (4,5%) ont été ou sont pris en charge dans un service de réanimation et 161 (2,5%) sont décédés.

On observe un doublement du nombre de cas déclarés entre le 13 et le 15 mars, témoignant d'une intensification de la transmission sur l'ensemble du territoire. [9]

Figure 1. Evolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 rapportés à Santé publique France par date de signalement, France, jusqu'au 15/03/2020 à minuit (source : GoData)



NB: pour plus de lisibilité, 11 cas confirmés entre le 24/01 et le 18/02 ne figurent pas sur ce graphique

Confinement

Le 16 Mars 2020, le président de la république française Emmanuel Macron annonce le début du premier confinement [10] qui s'étendra du 17 Mars au 11 Mai 2020 et dont les mesures principales sont une restriction des déplacements au strict nécessaire. [11]

Baisse de l'activité

Très rapidement après le début de la crise au Printemps 2020, les cabinets médicaux ont été délaissés et le nombre de consultations a drastiquement diminué, parfois par peur d'entrer en contact avec des patients infectés ou parce que les patients ne se considéraient pas prioritaires dans l'accès aux soins. [12]

Ce phénomène a de nouveau été observé au début de la seconde vague avec une hausse de 30% des annulations de consultations médicale d'après la plateforme Doctolib®, concernant majoritairement les malades chroniques. [13]

IV. Objectif de la thèse

Début 2020, le monde entier s'apprêtait à connaître une crise sanitaire inédite qui n'est à ce jour pas encore terminée. Très rapidement les différents acteurs du monde de la santé se sont adaptés pour gérer au mieux cette crise. Les infirmier(e)s ASALEE ont du modifier dans l'urgence leur activité afin de répondre aux besoins des médecins généralistes, de leur patientèle, puis rapidement de la population concernée.

De ce fait, réaliser une étude sur l'apport des infirmier(e)s ASALEE dans la gestion de la crise de la COVID-19 semblait pertinent avec pour objectif principal l'étude de leur modification d'activité en partenariat avec leurs médecins généralistes dédiés. Les objectifs secondaires associés étant l'étude du ressenti de ces infirmiers concernant leur gestion de la crise et les éventuelles protocolisations des actions initiées en coordination avec les médecins engagés.

Matériel et Méthodes

I. Choix de la méthode

La crise de la COVID-19 ayant débuté seulement quelques mois avant le début de ce travail, la réalisation d'une étude qualitative s'imposait comme la plus pertinente afin d'analyser les stratégies mises en place par les infirmier(e)s ASALEE en partenariat avec les médecins généralistes [14]. Le questionnaire a été élaboré selon une démarche inductive. Il n'était pas question de quantifier les données recueillies.

II. Choix de la population

Bien qu'étant réalisé en partenariat avec les médecins généralistes adhérents, l'essentiel des actions a été effectué par les infirmier(e)s ASALEE seul(e)s. Il était donc plus cohérent de les interroger directement.

La liste exhaustive des infirmier(e)s ASALEE des Hauts-de-France a été obtenue sur le portail services ASALEE (PSA) où figure leurs coordonnées (adresse mail et numéro de téléphone portable).

Tableau 1 : Population étudiée

IDE ASALEE	Âge	Sexe	ASALEE depuis	Milieu d'exercice	Structure
IDE 1	50-59ans	F	2020	Rural	MSP
IDE 2	30-39ans	F	2016	Urbain	Cabinet de groupe
IDE 3	40-49ans	F	2019	Urbain	MSP
IDE 4	30-39ans	F	2014	Rural	MSP
IDE 5	50-59ans	F	2018	Semi-Rural	Cabinet de groupe
IDE 6	30-39ans	F	2019	Rural	MSP
IDE 7	50-59ans	F	2013	Rural	MSP
IDE 8	30-39ans	F	2018	Semi-Rural	Cabinet de groupe

IDE ASALEE	Âge	Sexe	ASALEE depuis	Milieu d'exercice	Structure
IDE 9	30-39ans	F	2019	Semi-Rural	MSP
IDE 10	50-59ans	F	2019	Urbain	Cabinet de groupe
IDE 11	30-39ans	F	2019	Rural	Cabinet MG
IDE 12	40-49ans	F	2016	Semi-Rural	MSP
IDE 13	40-49ans	F	2015	Rural	MSP
IDE 14	60-69ans	M	2015	Semi-Rural	MSP
IDE 15	40-49ans	F	2019	Urbain	MSP
IDE 16	40-49ans	F	2017	Semi-Rural	MSP

III. Réalisation des entretiens

Le premier entretien a été réalisé en présentiel le 17/09/2020 auprès d'une infirmière ASALEE de la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) où j'ai effectué mon Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), puis mes premiers remplacements, ce qui a permis de tester le questionnaire. Ce dernier n'a pas été modifié.

Le nombre d'entretiens nécessaires n'a pas été fixé a priori mais à l'approche de la saturation des données, en l'absence d'idées nouvelles. Celle-ci n'a pas été atteinte devant une actualité riche, mais s'en est fortement rapproché.

Un premier mail (annexe 1) a été envoyé individuellement le 24/11/2020 à l'ensemble des infirmier(e)s ASALEE, complété par une relance le 15/12/2020 (annexe 2) me permettant d'obtenir 18 réponses favorables.

Deux infirmier(e)s n'ont pas répondu malgré une première réponse favorable et une relance supplémentaire.

Un(e) infirmier(e) a jugé inutile son témoignage en lien avec sa trop récente arrivée au sein de l'association malgré mon intérêt pour celui-ci.

Suite au premier entretien du 17/09/2020, les suivants ont été réalisés en distanciel à l'aide du logiciel ZOOM®, habituellement utilisé par les infirmier(e)s ASALEE pour des réunions

hebdomadaires. Ces entretiens ont été réalisés du 24/11/2020 au 04/01/2021. Chaque personne interrogée a été prévenue au préalable qu'elle serait enregistrée en vidéo avant retranscription et anonymisation des données.

Les entretiens, à l'exception du premier, ont été intégralement retranscrits et anonymisés par l'URPS Hauts-de-France.

IV. Analyse des données

Le codage des entretiens a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo®. Chaque idée relevée a été exprimée sous forme de « code ». Les entretiens ont été codés deux par deux après retranscriptions des enregistrements. Au cours du codage, chaque entretien a été intégralement réanalysé dès l'émergence d'un nouveau code. La raréfaction de ceux-ci témoignait de l'approche d'une saturation des données. Un second codage par un médecin extérieur à l'étude, encore appelé triangulation des données a été réalisé pour les quatre premiers entretiens.

V. Aspects éthiques

Le service santé de la CNIL a été contacté et n'a pas jugé nécessaire une demande d'accord auprès de son service et du CPP dans la mesure où cette étude ne relevait pas de données de santé chez les personnes interrogées.

Résultats

I. Apport des Infirmier(e)s ASALEE dans la gestion de la crise de la COVID-19

A. Mise en retrait

Lors du premier confinement, l'association a demandé l'annulation des consultations en présentiel.

IDE 4 : « Lors de la première vague, [...] il a fallu annuler tous mes patients, puisqu'ASALEE nous avait demandé d'annuler toutes les consultations à l'époque. »

IDE 5 : « En tant qu'ASALEE, on nous a demandé d'arrêter les consultations en présentiel. »

IDE 15 : « Interdiction d'exercer en présentiel. »

IDE 7 : « Chez ASALEE, on nous a demandé de ne plus venir avec nos patients. [...] je suis rentrée dans les clous d'ASALEE [...]. »

Un choix partagé avec les médecins généralistes, parfois également pour des raisons personnelles.

IDE 11 : « Mes 3 médecins généralistes m'ont dit : « Reste chez toi ! Occupe-toi de tes enfants ! » Parce que j'ai 2 enfants en bas-âge. »

IDE 2 : « Et je pense que les médecins préféreraient, à la première vague, me laisser un peu sur le côté. [...] Ils savaient que j'étais toute seule avec deux enfants en bas âge, je pense qu'ils ont voulu un peu me préserver. [...] A la première vague, j'ai un cabinet où je n'y suis même plus allée. »

Un choix cohérent avec la baisse d'activité constatée et les craintes en lien avec l'épidémie.

IDE 7 : « à la première vague, ils avaient peur ! Ils ne venaient pas ! »

IDE 2 : « De toute façon, à la première vague, je ne voyais plus de patients chroniques. »

IDE 16 : « Alors c'était pour le premier confinement notamment d'un commun accord, je ne faisais plus du tout de consultations avec les patients, parce que n'en sachant pas plus, on n'avait pas trop d'informations par rapport au coronavirus. »

B. Soutien logistique

1. Récupération de matériel

Au début de la gestion de cette crise, l'enjeu était de récupérer du matériel afin de protéger les patients, les professionnels de santé et le personnel des différentes structures.

IDE 1 : « Ensuite la mise en place des gestes barrières, de l'adaptation de la MSP. Ben on a vu aussi avec les secrétaires, de façon à aller chercher le gel, les masques un coup à gauche à droite. »

IDE 13 : « Les filles au secrétariat avaient le plexiglas, masque obligatoire pour tout le monde, le gel hydroalcoolique partout, avec des désinfections tout le temps. On a mis en route un gros truc quand même. [...] on a des blouses qu'on n'avait pas avant, le masque bien évidemment tout le temps, on a tous nos lingettes Anios® pour désinfecter. »

IDE 14 : « Egalement le matériel à amener, etc., le gel hydroalcoolique, le matériel de protection, gants, masques, blouses, etc. Il a fallu d'ailleurs attendre à la première vague d'avoir une dotation en matériel qu'on n'avait pas. Donc les dotations se sont faites surtout de manière privée au début, on a fouillé un peu les fonds de tiroirs. »

IDE 7 : « Et sinon, bien sûr le gel hydroalcoolique. On s'est amusé à remplir nos gels, et à récupérer du gel. Les masques [...] Le plexiglas [...] J'ai remis un bureau, là, que tu ne vois pas mais j'ai doublé mon bureau pour être à 1 mètre d'eux. »

Parfois pour soutenir d'autres structures que les MSP.

IDE 12 : « Je me suis investie plutôt pour [...] « Chapeauter » entre guillemets des couturières et je récupérais du matériel, que ce soit fil, tissu, voiles d'hivernage, etc., pour confectionner des blouses qui ont été données au Centre Hospitalier d'H, aux EHPAD. J'ai distribué du matériel aussi, je récupérais dans les entreprises, et je les redistribuais dans les structures, les établissements style EHPAD ou SSIAD, etc. ! »

Egalement du matériel de réanimation.

IDE 3 : « Lors de la première vague, j'avais vraiment participé à trouver du matériel de protection, des masques, des blouses. [...]. On a racheté des saturomètres, on a racheté du matériel aussi pour pouvoir s'équiper. [...] On avait mis aussi des BAVU, de quoi faire une réanimation si jamais un patient décompensait. »

Sans oublier le matériel informatique, également utile pour les téléconsultations.

IDE 10 : « Il y a la réorganisation, [...] les secrétaires ont eu Doctolib®. Elles ont aussi des masques à disposition, parce que quelques fois les patients n'arrivent pas forcément avec des masques. [...] Les solutions hydro-alcooliques, il y en a suffisamment maintenant. C'est vrai qu'il y a eu toute cette réorganisation avec les personnes qui peuvent être vues sur Doctolib® et puis celles qui viennent en consultation, parce que justement les rendez-vous sont bien espacés. »

2. Organisation des structures de santé

La réorganisation du cabinet et des consultations fut nécessaire.

L'accueil des patients fut adapté.

IDE 11 : « Le médecin chez qui je reçois, sa salle d'attente est assez grande, il a mis un paravent et il a séparé en 2 zones. Donc il y avait une zone plutôt pour les patients suspectés COVID et les autres. Mais il n'avait pas de créneaux horaires particuliers. »

IDE 13 : « On a fait des plages horaires COVID donc tous les gens qui étaient symptomatiques ne venaient que sur un temps défini. Au départ on a fait un parcours avec une sortie différente. Et on a surtout installé tous les gestes barrières, la distanciation physique ... [...] C'est nous qui ouvrons les portes aux gens, on ouvre, on ferme, ils ne touchent plus rien et tout est désinfecté, les sièges. Je désinfecte tout dans mon bureau en tout cas. »

IDE 15 : « On les recevait dans un bureau annexe au secrétariat où on leur demandait pourquoi exactement ils venaient, parce que des fois c'était un renouvellement d'ordonnance « mais j'ai le nez qui coule, je ne suis pas bien, j'ai des palpitations. » Donc on prenait la saturation, on essayait de les rassurer un peu, la température. Et on avait divisé la salle en deux. Donc il y avait un côté où c'était vraiment bénin et une petite suspicion. Et quand il y avait les enfants, parce que quand même les parents qui continuaient à venir pour faire les vaccins, là les bébés, on les mettait carrément vraiment bien à part pour éviter qu'il y ait quelques contacts au cas où. [...] Il y a eu de l'aération. Avant ils entraient et sortaient tous par la même porte, maintenant il y a un circuit qui est fait [...]. Donc ils ne se croisent plus non plus, [...] On leur a demandé de ne plus venir une demi-heure avant aux rendez-vous. »

IDE 16 : « Il y a l'hygiène des locaux, notamment de la salle d'attente et des bureaux [...] plusieurs fois par jour. [...] On avait des sièges pour enfant qu'on a retourné, qu'on a mis sur les bancs. On a acheté le ruban rouge et blanc pour vraiment délimiter, pour que ce soit plus clair. »

IDE 2 : « Il y avait 2 salles d'attente, donc on a fait une salle covid, une salle d'attente pour le reste des patients. »

IDE 3 : « Chaque jour j'avais un médecin de covid dédié qui voyait les patients donc avec une organisation, un planning qui étaient préétablis. Les urgences du jour étaient transformées en plage covid. [...] on mettait des blocs, c'est-à-dire que tous les 3 patients : hop ! Il y avait un arrêt d'un quart d'heure pour pouvoir tout désinfecter, le matériel. »

IDE 4 : « On nettoie son bureau à chaque patient, on met du Manugel®, on répète aux gens que c'est un virus qui est sensible, et que juste le fait de se laver les mains, de respecter les gestes barrières, ça l'élimine. »

IDE 6 : « Il y avait 2 salles d'attente prévues pour accueillir les patients covid, et après le reste, c'était personnes non infectées. »

IDE 7 : « Les consultations de COVID ont été regroupées le soir, au début c'était après 17h. [...] concernant la circulation (ndlr : des patients), je les laissais dans la voiture, je les appelais. Mais dans la salle d'attente, ils étaient très espacés. [...] si c'était vraiment trop plein, on les mettait au dernier créneau de la matinée par exemple. [...] Les gens à suspicion, elle (ndlr : la secrétaire) les faisait passer et sortir par derrière. »

L'accent étant parfois mis sur l'adaptation des structures.

IDE 14 : « Donc les salles d'attente se sont vidées, on n'avait plus qu'une chaise par salle d'attente. [...] on a mis en place une porte automatisée qu'on va bientôt avoir [...] pour éviter justement aux secrétaires de la MSP d'aller sans arrêt ouvrir aux patients. Donc on a la chance aussi d'avoir un hall assez grand, et aussi devant l'entrée principale, d'avoir un sas couvert qui permettait aux gens finalement d'être dehors sans forcément être mouillés. Donc il y a eu ça effectivement, l'organisation des rendez-vous. »

IDE 2 : « A la première vague, on a modifié le sens de circulation, on a modifié la maison de santé, donc pas mal de déménagement, on a fait les procédures, affiché au mur, etc. Il y a eu un gros, gros boulot de fait là-dessus. Après la deuxième vague, c'est assez différent, puisqu'on a le recul. On suppose que tout patient qui arrive à la maison de santé est positif, ce qui fait qu'on rappelle les gestes barrières, on limite l'accès. ... C'est vraiment le patient qui va voir le médecin qui vient, ce n'est plus la famille complète ! »

IDE 5 : « Enlever des chaises dans les couloirs par exemple, des choses comme ça, que je retire régulièrement, puisque les patients sont très gentils mais n'ont toujours pas compris que la proximité n'était quand même pas top. »

Jusqu'à la création de centres dédiés COVID.

IDE 14 : « On a fait une réunion de manière très, très rapide, où il fallait différencier et distancer les personnes qui étaient éventuellement symptomatiques de la maladie des autres

soins, des suivis comme on peut les avoir en consultation généraliste. [...] d'organiser le planning des médecins. [...] organiser ensuite les consultations qui avaient lieu au départ le matin et l'après-midi [...] Tout mon temps a été pris justement pour l'organisation, la planification du centre dédié COVID. [...] c'est-à-dire le planning infirmier, le planning médecins que je réalisais moi-même, l'organisation des consultations [...].

IDE 12 : « Les patients potentiellement positifs, ils venaient au cabinet essentiellement en fin d'après-midi. Et selon les symptômes, ils étaient soit dirigés vers un laboratoire pour faire des tests PCR ou soit une salle aménagée, une salle municipale aménagée pour effectuer ces tests PCR. [...] on assurait la logistique, oui, il y avait eu une mise en place d'un centre COVID pour la CPTS. »

Parfois la nécessité de participer à la régulation téléphonique.

IDE 16 : « Notre CPTS avait créé une plateforme téléphonique justement pour les patients ayant des signes du COVID. Et je faisais de la régulation téléphonique l'après-midi. »

IDE 3 : « Lorsque les patients présentaient un symptôme de la covid, je les reprenais au téléphone suite à la secrétaire pour pouvoir les mettre sur des plages dédiées pour éviter que les patients se retrouvent à se croiser. »

C. Actes de soins et/ou dépistage

La participation à la réalisation des tests PCR est devenue nécessaire.

Chez les infirmier(e)s ayant également une activité libérale,

IDE 1 : « Maintenant on fait le dépistage, j'en fait aussi bien en libéral qu'en ASALEE »

IDE 14 : « La seule activité supplémentaire que j'ai ajoutée à tout le reste, c'est de prendre des journées, des après-midi ou des matinées, dédiées aux prélèvements PCR. »

Comme chez les infirmier(e)s ayant pris une certaine distance avec le soin,

IDE 2 : « Je me suis dit : « Bon ! Il va falloir aller te former à faire les tests PCR, parce que je sens qu'il va falloir le faire. [...] j'ai fait quelques prélèvements. »

IDE 4 : « J'ai de nouveau ma blouse blanche pour les tests PCR. »

IDE 7 : « Ce que j'ai fait à l'extérieur, c'est avec un médecin qui m'avait demandé d'aller tester. On a testé plus de 50 personnes [...] dans un centre pour handicapés mentaux. »

Activité quasi indispensable lorsque les tests sont devenus plus accessibles.

IDE 5 : « Là je suis dans les dépistages, les tests antigéniques, les nouveaux, actuellement. »

IDE 6 : « Sur la deuxième partie de l'épidémie, j'ai réalisé les tests, j'ai fait les tests PCR, j'ai fait les tests antigéniques. [...] Je faisais des permanences, c'est-à-dire que le matin j'ouvrais mon bureau pour les tests. [...] Ça permettait de soulager un peu les laboratoires d'à côté, puisque je réalisais les tests. »

D. Téléconsultations

1. Suivi des patients contaminés par la COVID-19

Il fallait assurer un suivi auprès des patients contaminés.

IDE 11 : « [...] faire de la téléconsultation quotidienne auprès des patients atteints de COVID, ou suspectés COVID. [...] les plus grosses semaines, je pouvais avoir 15 suivis quotidiens de patients suspectés COVID. »

IDE 12 : « Le suivi COVID, c'était à J3, J6, J7, J8, J11 et J14, de mémoire. Oui par téléphone. »

IDE 15 : « Et l'après-midi c'était plus pour des personnes qui avaient des symptômes. » (ndlr : en téléconsultation).

IDE 16 : « Pendant le premier confinement, je rappelais aussi les patients à J3 et J7, J3 pour ceux atteints de maladies chroniques, et J7 pour tout le monde, pour faire un peu le point par rapport au questionnaire qui avait été élaboré par le gouvernement pour le suivi du COVID. »

IDE 2 : « Ma responsabilité était d'appeler les patients à J7, J10. [...] Si je sentais que j'étais un peu inquiète, je rappelais deux jours après. [...] c'était de voir s'il fallait surveiller plus le patient ou s'il fallait le voir au niveau médical, ou l'envoyer à l'hôpital. [...] les appels étaient longs, c'est au moins 30 minutes [...], parce qu'effectivement on revoit tout ce qui est prévention, on explique, on rassure, parce que les gens étaient très anxieux ou pas ! [...] Pour mes consultations, j'ai utilisé un tableau, comme ça j'étais sûre de ne rien oublier avec toutes les questions classiques sur les symptômes covid. »

IDE 5 : « J'ai fait les suivis [...] covid des patients du cabinet. Donc tous les symptomatiques avec une feuille de surveillance que j'appelais. Les patients je les appelais à J1, J2, J4 en fonction de l'état de santé aussi, de l'évolution. J'ai fait chaque patient sur une quinzaine de jours. »

IDE 6 : « J'ai fait beaucoup de suivis par téléconsultations et par entretiens téléphoniques, à la demande d'un médecin en particulier qui m'a envoyé ses suivis de covid. »

IDE 7 : « Puis après les suivis COVID aussi, ça hormis les patients ASALEE. Ça, c'était des patients que je ne connaissais pas forcément. Les suivis COVID que je fais aussi encore maintenant mais il y en a moins, enfin j'en fais moins. [...] j'ai trois J7 sur quatorze mais si je ne les trouvais pas bien, je rappelais plus tôt ou plus tard. Ça dépendait. »

On peut relever quelques idées originales.

IDE 3 : « Les médecins généralistes et moi-même, on a travaillé sur un protocole pour pouvoir accompagner les patients suspects covid pour pouvoir organiser les consultations. [...] j'ai passé énormément de temps au téléphone à suivre tous les patients suspectés covid de la première vague [...]. Et lors de la deuxième vague, les médecins n'ont pas jugé nécessaire de refaire cette organisation, puisque sur le terrain, ils n'étaient pas entre

guillemets « débordés ». [...] l'après-midi, c'était vraiment le rappel des patients à J7 pour s'assurer qu'il n'y avait pas de soucis [...] certains patients fragiles, en particulier les patients [...] en insuffisance respiratoire chronique [...] si le patient évoquait des troubles respiratoires ou une dyspnée qui était anormale ou majorée par rapport à ce qui était à l'état de base, dans ces cas-là, on les reconvoquait en consultation. [...] on appelait ça, ça nous a fait rire sur le coup mais un « saturo drive » !! C'est-à-dire que le patient venait en voiture au cabinet, je prenais une saturation pour m'assurer que tout allait bien, et si la situation ne nous paraissait pas normale ou que le patient évoquait des difficultés respiratoires majeures, dans ces cas-là, on lui demandait de rester pour que le médecin puisse le recevoir. »

2. Suivi des patients présentant une pathologie chronique

L'un des enjeux consistait à maintenir un certain suivi auprès des patients atteints de pathologies chroniques.

IDE 1 : « Dès le début on s'est mis à disposition des médecins pour les téléconsultations quand eux ont cessé les consultations à domicile. Donc moi autant dans ma fonction de libérale qu'ASALEE j'ai participé aux téléconsultations. »

IDE 7 : « Les consultations par téléphone. Il y a des consultations des gens qui ne venaient pas, parce qu'à la première vague, ils avaient peur ! Ils ne venaient pas ! »

IDE 10 : « Le suivi des patients qui étaient chroniques, par téléphone. »

IDE 2 : « Mais même si je les faisais par téléphone. »

IDE 5 : « J'ai fait beaucoup de suivis téléphoniques. [...] J'avais les chroniques, les diabétiques que je n'oubliais pas, les risques cardiovasculaires. [...] vis-à-vis du suivi de la pathologie, [...] parce que les médecins se sont inquiétés de ne plus voir les bilans sanguins [...]. Donc j'ai relancé pour qu'ils continuent à se faire suivre. »

IDE 15 : « Au téléphone. Je les appelais régulièrement. Déjà j'ai dû appeler ceux que je devais avoir dans les semaines pour leur dire d'annuler les rendez-vous et leur proposer s'ils

voulaient par téléphone, savoir si ça les intéressait [...]. Donc j'ai fait des suivis tous les jours [...]. »

IDE 16 : « J'ai eu beaucoup d'appels aussi de patients diabétiques que je ne voyais pas forcément. Mais j'ai quand même fait, si on peut appeler ça de l'ETP, mais leur dire que quand même : « N'hésitez pas à bien faire votre prise de sang même si ça tombe pendant le confinement ! [...] vous pouvez aller faire votre prise de sang sans risques. Oui il faut continuer à prendre votre traitement ! » »

Activités initiées ou maintenues après la première vague.

IDE 14 : « Après la première vague j'ai pu faire quelques consultations à distance de patients ASALEE donc à risques cardiovasculaires, diabétiques, etc. »

Sans oublier le soutien psychologique.

IDE 12 : « J'assurais également le suivi des patients diabétiques, à risques cardiovasculaires, et en isolement ou en dépression, ou anxieux, soit par téléphone ou par visioconférence [...]. Le suivi est resté pratiquement le même, voire plus ! Plus de travail même si c'était en télétravail de mon côté.»

E. Soutien psychologique, lutte contre l'isolement et la précarité

Le premier confinement fut une période difficile sur le plan psychologique, en particulier pour les personnes isolées. Une certaine écoute fut nécessaire au cours de cette période et lors du déconfinement.

IDE 1 : « Je me rend compte qu'aujourd'hui je fais beaucoup d'accompagnement psychologique parce que les gens ont peur, sont inquiets, sont stressés [...]. Je me rend compte que je passe beaucoup de temps à parler avec les gens mais de tout autre chose uniquement parce que psychologiquement ils sont atteints. »

IDE 11 : « La consultation juste avant qui s'est un peu éternisée, c'est exactement ça, on a parlé cinq minutes du diabète, et tout le reste du temps, pendant plus de trois quarts d'heure, elle m'a parlé de son stress et de tout ça. »

IDE 14 : « [...] des souffrances psychologiques, des gens qui pleuraient, qui arrivaient en pleurant au centre COVID en me disant : « Mais vous êtes sûr que je ne l'ai pas ?! » Et ça continue un peu, parce que l'information se bouscule en ce moment. Mais on a vu vraiment une pression psychologique, d'ailleurs qu'on a eu nous également. »

IDE 15 : « J'ai des dames qui étaient très souriantes, en janvier février, et là elles arrivent, je tends la boîte de mouchoir, parce qu'elles pleurent, parce que ce n'est pas facile, elles se sont retrouvées isolées, [...] je leur dis : « Je suis juste infirmière ASALEE. Je ne suis pas psychologue. Je peux vous écouter mais je n'aurais peut-être pas les mots. » Mais ils ne veulent pas en parler aux médecins. Du coup la dame vient me voir toutes les semaines, ce n'est pas grave, si ça lui fait du bien. »

IDE 4 : « C'est vrai que là, le confinement, on est beaucoup à l'écoute. »

IDE 5 : « J'ai refait à la demande de certains patients des consultations en présentiel malgré tout. Ça pouvait être une ou deux dans la semaine mais c'était vraiment une forte demande des patients qui ne supportaient plus de ne pas sortir de chez eux. [...] ceux que j'avais aussi au groupe de marche, tous ceux-là, je les appelais régulièrement aussi pour savoir comment ça se passait, c'était plus un problème lié au confinement, le fait de ne voir plus personne. »

IDE 6 : « J'ai appelé aussi mes patients que j'avais l'habitude de voir, de suivre, pour prendre des nouvelles, pour voir s'ils ne se sentaient pas isolés [...] si on pouvait faire quoi que ce soit pour eux, s'il y avait des actions à mettre en place. »

IDE 7 : « Depuis le COVID, on nous demande beaucoup un soutien psychologique. »

IDE 8 : « Je demande un peu comment les gens vivent cette période, essayer de donner des petits conseils, enfin essayer de les écouter aussi et d'échanger sur ce sujet. »

IDE 9 : « Je vois des patients un peu hors protocoles pour essayer de diminuer l'anxiété. Et rompre l'isolement un petit peu, ça, ça m'arrive quand même plus là avec un de mes médecins surtout. [...] j'ai juste maintenu les appels pour savoir si tout se passait bien, leur couper un peu le confinement et l'isolement. Mais ce n'était pas du tout de la consultation d'ETP ou lié aux protocoles [...] Je suis intervenue là juste voir une dame dans une résidence pour personnes âgées, qui justement n'allait pas bien, qui elle va très bien sur la partie autonome par rapport aux autres. Et je la vois, parce que son angoisse a été de voir les gens diminuer, régresser suite au premier confinement. Et donc elle disait, elle expliquait elle-même, cette dame, de voir les autres résidents ne plus savoir, avoir des gros troubles. Et ça, ça lui a fait peur, elle a peur de devenir comme eux. »

Il fallait également aborder la problématique de la reprise du travail lors du premier déconfinement.

IDE 3 : « On est plus dans l'écoute, dans l'accompagnement psychologique plus qu'avant. [...] elle s'est mise à pleurer mais elle m'a évoqué tout le stress qu'elle avait par rapport à son travail, par rapport à sa situation, une maman qui amène sa fille et qui ne porte pas de masque, donc elle, ça l'effraie, [...]. Et donc toute la séance a été consacrée sur l'intérêt du port du masque, comment elle s'organisait dans son travail par rapport à ça, et tout le stress qui ça lui engendrait. [...] et finalement on est plus dans l'écoute, dans l'accompagnement psychologique des patients. »

IDE 16 : « Après, au moment du déconfinement, là oui, là ils ont commencé à dire : « Je suis anxieuse à l'idée de reprendre le travail. Parce que comment ça va se passer ? » Des choses comme ça. »

F. Réponse aux interrogations des patients

Une crise aussi inédite fut à l'origine de nombreuses interrogations chez les patients et beaucoup d'incertitudes chez les soignants.

IDE 14 : « Mais les multiples questions qu'on nous posait, etc., sur la maladie, le devenir de la maladie, les risques et aussi des familles touchées de plein fouet par la COVID, les hospitalisations, des séquelles respiratoires pour certains. »

IDE 16 : « Concernant la crise de la COVID 19, je n'ai pas eu vraiment de demandes spécifiques, mais notamment à ce qu'on a entendu sur les enfants atteints de COVID 19 et l'apparition de Kawasaki, des inquiétudes qui étaient présentes. [...] Il y avait aussi tout ce qui était notamment administratif, les arrêts de travail. Déjà il a fallu tout retenir et informer les patients, ce n'était pas toujours évident. »

Plus récemment, afin d'organiser au mieux les fêtes de fin d'année.

IDE 10 : « Et là ils s'interrogent par rapport aux fêtes, comment ça va se passer ? On m'a même demandé comment on pouvait faire lors d'un repas, donc je leur dis comment ils peuvent procéder pour justement qu'il y ait un repas, tout en faisant une protection. »

Et d'aborder la campagne de vaccination.

IDE 14 : « Et la question de maintenant est de savoir, la question qu'on nous pose, j'étais en consultation ce matin ASALEE : « Et vous, que pensez-vous du vaccin ?! ». »

G. Actions de prévention

1. Au sein des structures médicales

Dès le début de la crise, il a fallu sensibiliser les patients à la réalisation des gestes barrières.

IDE 13 : « Alors j'ai commencé à le faire au sein de la Maison de Santé dans les salles d'attente. »

IDE 5 : « Mais quand j'ai une heure ou deux de libre au cabinet, je me rapproche du bureau de la secrétaire et j'essaie de voir si le masque est bien posé, les repousser un peu aussi, parce qu'ils ont tendance à rentrer dans les bureaux, leur expliquer. [...] intervenir avec la

secrétaire sur la réponse aux questions des patients, que faire ? Comment gérer l'isolement, etc. ? Les gestes barrières.»

2. Création et diffusion d'affiches

Il fallait diffuser au maximum les informations, parfois par le biais d'affiches et flyers.

IDE 1 : « J'ai fait un dépôt d'affiche lorsqu'il y a eu la distribution des masques par la municipalité, je suis allée mettre des affiches dans leur local avec les gestes barrières, le lavage des mains, l'utilisation du masque, j'avais fait des affiches que j'avais trouvé sur ASALEE et je suis allée les mettre dans la salle. [...] j'ai fourni aussi dans les maternelles tout ça des petites affiches. »

IDE 10 : « Un flyer des gestes barrières. Et je l'ai diffusé, [...] ce flyer aussi en mairie et aux pharmacies. Et qui a été très utile, ainsi naturellement qu'au cabinet médical. Et je dirais qu'on a travaillé aussi sur les affiches qui pouvaient parler. [...] j'ai une de nos collègues qui a fait un super diaporama sur tout ce qui est les gestes à avoir aussi bien COVID, que lorsqu'il y a des syndromes grippaux, pour éviter la propagation des germes. »

IDE 16 : « L'élaboration aussi et essayer de trouver des affiches, parce que le port du masque pour les patients, ce n'était pas toujours évident, [...] on a vu beaucoup de patients arriver en scaphandre presque avec des gants, c'était un peu compliqué. Donc l'élaboration d'informations par affiche avec un tableau. »

3. Intervention au sein des collectivités

Toujours dans un but de prévention, certain(e)s infirmier(e)s sont intervenu(e)s au sein de différentes structures, en particulier les établissements recevant du public.

IDE 1 : « J'ai fait une intervention lavage des mains et port du masque dans un lycée. »

IDE 3 : « J'ai demandé à prendre contact avec l'infirmière scolaire du collège de mes enfants pour pouvoir intervenir en journée pédagogique auprès des professeurs et de l'établissement

pour pouvoir expliquer les gestes barrières. Et réfléchir avec eux au circuit par rapport au lavage des mains, par rapport à la cantine, par rapport au port du masque, à quel moment devait intervenir le changement de masque sur la matinée, comment mettre à la disposition des poubelles pour pouvoir mettre les masques usagers. »

IDE 10 : « A la mairie de S. J'ai expliqué le port du masque, la solution hydroalcoolique et la distanciation. »

IDE 12 : « Il y a des actions qui ont été mises en place, vis-à-vis des gestes barrières, le port du masque, le lavage des mains, etc. »

IDE 11 : « Au premier déconfinement, je suis allée dans les supermarchés pour faire de la prévention au port du masque et aux gestes barrières [...]. Après on a fait aussi dans les écoles, de la prévention au lavage de mains, etc., pour les enfants. [...] les enfants sont toujours hyper réceptifs de ce genre de choses-là, et on peut le rendre très ludique, on faisait le test des paillettes. Donc on mettait des paillettes sur un objet, je touchais l'objet, et on disait que c'était le virus, et je commençais à me gratter, et les enfants voyaient qu'il y en avait partout, et c'était un peu l'idée que le virus peut se propager aussi comme ça et qu'il ne fallait pas toucher. [...] chez les plus petits c'est un peu plus compliqué, mais même chez les plus grands, ils s'échangent leur règle, leur feutre [...]. On leur disait : « C'est intéressant de faire l'expérience avec vos frères et sœurs ou avec vos parents ! » Et on a pu imaginer que peut-être ils ont fait eux-mêmes de l'Education dans leur famille ! [...] j'ai aussi fait une action à la médiathèque [...] pour justement expliquer le port du masque et le lavage des mains.»

IDE 13 : « Alors j'ai commencé à le faire au sein de la Maison de Santé dans les salles d'attente. Ensuite, on a fait ça en plus gros groupes avec la CPTS, on est parti dans les supermarchés. On a fait toutes les écoles maternelles et primaires. Donc avec l'apprentissage des gestes barrières. [...]. On faisait le jeu avec les paillettes et avec la peinture pour le lavage des mains. Et j'ai fait aussi le port du masque, comment bien porter le masque, [...]. Je suis allée à plusieurs reprises dans un centre, alors ça s'appelle le 8ème J, [...] où j'ai été sollicitée par l'infirmière de cette structure qui est non médicalisée mais qui n'accueille que des handicapés. Donc en plus un milieu que je ne connaissais pas mais je me suis adaptée et

au final, ça s'est bien passé. Et on est allé faire cette prévention des gestes barrières [...] Le tout est de leur expliquer avec des mots simples [...]. Et juste le fait de les rassurer, de leur expliquer, on avait fait des affiches, tout ça, et parler avec des mots simples, c'était génial. En fait si vous voulez, ces gens-là sont handicapés mais sortent quand même à l'extérieur, ils vont dans le village, ils vont à la boulangerie, ils vont au marché, tout ça, et c'était important qu'on puisse leur expliquer justement à quoi servait de se laver les mains et de porter un masque [...].

IDE 6 : « On est intervenu dans des collèges où on est intervenu sur toutes les classes. On s'est réparti les classes et on leur a fait sur un quart d'heure, vingt minutes, un petit topo sur l'importance de porter un masque, l'hygiène, les gestes barrières. Et on a répondu à toutes les questions, toutes les affirmations aussi qu'ils avaient sur les idées reçues qu'ils avaient. »

IDE 8 : « Au mois de juin et septembre, on est allé dans les écoles pour refaire un petit point sur le lavage de mains, le port du masque, etc. [...]. Et entendre s'il y avait des inquiétudes, des choses comme ça. Et au premier confinement, on allait dans les écoles maternelles aussi, on est allé faire un petit atelier avec la peinture, lavage des mains, l'intérêt du lavage des mains avec des maternelles. »

IDE 9 : « J'étais avec mes collègues dans les écoles !! [...]. On est intervenu aussi sur un collège. »

Il s'agissait parfois d'une simple supervision dans la mesure où les actions étaient déjà bien menées par certaines communes.

IDE 15 : « j'avais proposé au maire de la ville, savoir s'il voulait mais il avait son réseau. Le marché, j'étais allée voir, ils avaient fait [...] une barrière de sécurité où ils expliquaient le manugel®, le port du masque obligatoire, il y avait des agents de la commune qui étaient là »

IDE 5 : « Sur le marché, j'y suis allée une paire de fois mais on a un agent municipal qui était là et qui sensibilisait, [...]. Et je suis allée au début le rencontrer, puisqu'il filtrait le nombre de personnes. On en a parlé ensemble et après il faisait bien son boulot [...]. »

Cependant, certain(e)s infirmier(e)s n'ont pas souhaité participer à ce type d'action.

IDE 4 : « J'écoute beaucoup les autres professionnels et on estime que je n'ai pas ma place à aller faire ce genre de choses. Non. Je reste vraiment dans ma maison de santé. [...] Je reste sur mon secteur. Donc il n'y a pas le besoin. Là, cette fois, je ne trouve pas ma place à aller dans les écoles. Je trouve que ce n'est pas à moi de le faire. »

4. Prévention au cours des consultations

Toutes ces actions de prévention ont naturellement eu toute leur place lorsque les consultations ont repris.

IDE 15 : « [...] pendant l'Education Thérapeutique, leur rappeler les gestes barrière, leur dire pour le masque, de bien le porter, parce que la commune leur avait fourni des masques gratuits en tissu. »

IDE 16 : « Je me suis vraiment centrée sur l'apprentissage quelque part des gestes barrières aux patients. »

IDE 9 : « Après j'ai vu de par moi-même quelques patients en sortie de premier confinement et je leur faisais quand même un rappel sur le port du masque, comment bien mettre le masque, le lavage de mains, je revoyais de mon instinct et puis selon les patients. [...] c'est de bien dire aux patients que les médecins consultaient toujours et qu'il fallait continuer d'aller consulter son médecin, que les prises de sang, c'était important dans le cadre de leur suivi. Enfin du coup indirectement, j'ai quand même fait une partie ASALEE mais enfin pas comme je l'aurais fait habituellement. »

IDE 12 : « je parle déjà de l'épidémie de la COVID, de tous ces gestes barrières, que ce soit la distance, que ce soit le confinement à respecter, que ce soit le port du masque, le lavage des mains, en même temps que la consultation habituelle. »

Sans oublier que le masque n'était pas accessible au début de cette crise.

IDE 10 : « [...] je leur ai dit directement, parce que sachant que c'est par voie aéroportée que ça pouvait se transmettre, je leur disais : « Surtout mettez un foulard ou mettez une écharpe, quelque chose qui cache votre nez, votre bouche ! Quand vous allez faire vos courses ! Et respectez la distanciation ! » Parce qu'un éternuement peut aller au-delà d'un mètre. »

H. Autres aides

Enfin, la forte baisse d'activité associée à l'arrêt des consultations en présentiel a permis aux infirmier(e)s de se rendre disponibles.

IDE 1 : « Le jour d'ASALEE je faisais tout ce que tout le monde pouvait pas faire. »

Parfois dans l'hypothèse où certains membres ne pourraient plus assurer leurs fonctions.

IDE 7 : « Tu sais ? On ne savait pas au début ! [...] Je suis venue voir ici le travail de la secrétaire, le travail des femmes de ménage, en me disant : « Si elles tombent, je viendrais faire ça ! »

En particulier concernant les tâches administratives.

IDE 11 : « J'ai été sollicitée pour donner un coup de main pour soutenir les infirmières libérales dans la réalisation des PCR. Il y a des permanences qui ont été instaurées et je n'y allais pas pour faire les tests mais plus pour gérer l'administratif.

IDE 13 : « J'ai aidé les infirmières libérales à faire les tests PCR aussi, parce qu'il y avait beaucoup de demandes et pour en prendre plus, on le faisait à deux. Par contre, je ne gérais que la paperasse et ma collègue infirmière libérale qui elle se faisait facturer, faisait le test en lui-même. »

IDE 15 : « Je faisais un peu de secrétariat, de l'accueil de secrétariat si jamais la secrétaire avait des questions un peu pointues. »

IDE 4 : « Je fais un peu de secrétariat aussi pour les aider, parce qu'au début elles avaient vraiment beaucoup d'appels surtout au début du confinement. »

IDE 9 : « [...] je me suis positionnée sur le côté administratif ou des petites choses comme ça. »

En utilisant les compétences de chacun(e).

IDE 12 : « lors du premier confinement avec la mise en place, l'organisation du centre COVID, on a fait appel à mes compétences pour vérifier les règles d'hygiène au niveau organisation, etc., étant donné que je suis infirmière de bloc (IBODE) donc forcément ayant des compétences en hygiène. »

Ou comme soutien auprès des médecins généralistes.

IDE 14 : « Mais je prenais également mon tour quelques fois dans les consultations, en binôme avec un médecin des alentours. »

IDE 9 : « J'ai une de mes médecins qui m'a demandé si je pouvais aller voir certaines personnes même à domicile, parce qu'ils étaient fort anxieux et qu'elle n'avait pas forcément ce temps en consultation. »

Jusqu'à la participation au nettoyage des structures.

IDE 16 : « On avait pris un protocole au sein de la MSP. Et on avait une grille à remplir pour qui avait fait le nettoyage, et c'était celui qui pouvait le faire, [...]. Donc moi en l'occurrence, comme je ne recevais pas de patients dès que je pouvais le faire, on faisait le nettoyage notamment de la salle d'attente. »

II. Ressenti des Infirmier(e)s ASALEE concernant la gestion de la crise de la COVID-19 en 2020

A. Une période difficile

1. Activités nouvelles

La plupart des infirmier(e)s ASALEE de la région n'ayant pas une activité d'infirmière libérale complémentaire, la réalisation d'actes de soin n'a pas toujours été simple à appréhender.

IDE 16 : « C'était très, très compliqué. Parce que d'une, je n'exerçais plus du tout, je n'avais plus du tout les mêmes objectifs. »

IDE 1 : « j'ai ressenti chez les anciennes de chez ASALEE qui n'ont pas une pratique de terrain [...] quand on leur a demandé de l'aide pour faire les PCR tout ça, j'ai senti un malaise. »

Parfois en lien avec une augmentation des troubles psychologiques.

IDE 3 : « je ne me sens pas forcément armée par rapport à ça, par rapport à certaines détresses aussi psychologiques. »

2. Une organisation à mettre en place

Les consultations au sein des structures ayant été annulées, une nouvelle organisation a dû se mettre en place.

IDE 4 : « Le fait de devoir annuler tout ce que vous avez préparé ! De mettre en standby, ça n'a pas été simple. »

Avec pour conséquence de tout réorganiser lors du premier déconfinement.

IDE 3 : « J'ai quand même dû reprendre tout ça au mois de mai avec beaucoup de difficultés pour reprendre une activité entre guillemets « quasi normale ». »

A l'origine d'une activité plus importante sur cette période que les autres années.

IDE 3 : « ce qui fait que cet été alors que ça aurait pu être [...] plus calme [...] ils ont eu une activité constante sur l'année 2020 ».

3. Travailler dans le respect des gestes barrières

Exercer un métier qui consiste à effectuer de l'éducation thérapeutique semblait contraignant et fatigant.

IDE 11 : « Les contraintes qui sont liées au COVID et la manière dont on gère les patients qui est parfois extrêmement fatigante. »

IDE 11 : « C'est sûr que c'est usant d'avoir le masque en permanence, de ne pas bien comprendre les gens, on les fait répéter une fois, deux fois mais après c'est tout, on ne peut pas ... Sur une heure d'entretien si on passe notre temps à leur dire : « Pardon ?! Je n'ai pas compris ce que vous avez dit ! » C'est vraiment pénible. Donc oui ! C'est sûr qu'au niveau de l'usure, le masque est pénible. Le fait de ne pas pouvoir avoir un geste de compassion, rien que de toucher la main de la personne. »

4. Des patients désintéressés

Sensibiliser les patients au sevrage tabagique n'était pas chose facile au cours d'une crise sanitaire exceptionnelle.

IDE 13 : « J'ai eu une autre difficulté par contre, c'est sur les gens qui envisageaient l'arrêt du tabac et qui ne l'ont pas fait, je vais dire, à cause du COVID. Mais on se dit que c'est parce qu'ils n'étaient pas prêts. »

5. Suivi à distance

La difficulté la plus évoquée au cours des entretiens était en lien avec les suivis à distance, qu'il s'agisse de téléconsultations par téléphone ou en visioconférence.

IDE 13 : « Ce n'est pas évident de trouver ce bon équilibre entre les consultations par visioconférence et le fait de pouvoir se déplacer ou que le patient vienne au cabinet. Ça m'a fait bizarre quand même, je n'ai pas trop aimé, non. »

IDE 12 : « J'ai vécu pendant deux mois en télétravail, ce qui a été très, très, très compliqué pour moi, parce que j'aurais été mieux sur site à pouvoir travailler avec mes médecins mais ce n'était pas possible. »

IDE 14 : « J'ai essayé, j'en ai faites quelques-unes au téléphone mais pas du tout par écran interposé. Ce n'est pas pareil. Les questions sont succinctes : « Ça va ? Vous avez marché un peu ? Où vous en êtes ? Ça va l'équilibre alimentaire ? Pas trop d'écarts ! Vous n'êtes pas essoufflé ? Vous avez revu votre médecin ? Vous n'aviez pas de consultation cardio prévue ? » des choses comme ça. Mais oui, le fait de ne pas avoir, pendant 3 mois, [...] pu réaliser les consultations classiques, oui, ça a été compliqué. »

IDE 15 : « [...] le fait qu'on se sentait désarmé de le faire par téléphone, parce que c'est vrai qu'on n'a pas la personne en face donc on n'a pas les réactions visuelles. On ne se fiait juste qu'à ce qu'elle nous disait. »

IDE 5 : « je ne suis pas faite pour le télétravail. Les consultations au téléphone, c'est sympa mais passer sa vie derrière un écran ou un téléphone, franchement ... ! [...] J'ai des patients que je ne connaissais pas avec qui j'ai dû passer 2 heures au téléphone. Et je peux les croiser dans la rue, je ne sais pas qui c'est. »

IDE 9 : « Je ne me sentais pas forcément à l'aise de le faire par téléphone, j'avais quand même un blocage de ne pas voir le patient en face de moi. »

IDE 7 : « J'ai assumé mais c'est surtout ça, c'est l'histoire de ne pas les voir quand je les appelais pour les suivis. Ça m'a été difficile, je n'aimais pas ça. »

Un moyen technique incompatible avec l'éducation thérapeutique.

IDE 14 : « On a franchement besoin d'avoir quelqu'un devant nous. On n'est pas dans la technique en Education Thérapeutique. On va plus loin. Donc les gens parlent et ils ne parlent pas forcément tout au début. Les gens se confient : « Finalement vous savez ? Je dois vous dire quand même que je n'ai pas fait grand-chose depuis 15 jours ! » Ça, ils ne vont pas forcément le dire au téléphone. « Et pourquoi vous n'avez pas fait grand-chose depuis 15 jours ? » Ça, on ne peut pas leur demander au téléphone, il y a peut-être des gens autour d'eux qui les empêchent de parler, il y a peut-être eu un événement finalement dont on n'a pas écho. Et ça en consultation, on le voit. Les choses se décantent tout doucement au fur et à mesure, puisqu'on prend le temps de les écouter surtout. C'est ça la grande richesse de l'Education Thérapeutique, c'est qu'on a enfin le temps d'écouter les gens, de les laisser parler, et là on découvre des choses. Et ça évidemment en téléconsultation, on a un questionnaire quasiment où on coche. Mais ce n'est pas ça l'Education Thérapeutique. »

IDE 13 : « Je ne l'ai pas bien vécu, parce que les consultations, ça ne me va pas par Zoom®. Enfin, les visioconférences entre collègues, tout ce qu'on a pu faire, oui, c'était pas mal, par contre pour les patients, ce n'est pas terrible, c'est souvent par téléphone, parce qu'ils n'ont pas tous la technologie, ils sont quand même parfois assez âgés. Mais on fait un métier où on a besoin du rapport humain, on a besoin de voir les gens, on a besoin de les toucher, de les sentir, même pour les ausculter, même pour prendre une tension, tout ça. Et je ne l'ai pas très bien vécu. C'est notre métier aussi je pense, même vous en tant que médecin, on a besoin de ce relationnel. »

Parfois refusé par les patients ou difficile à mettre en place.

IDE 10 : « Il y a des personnes qui acceptent, d'autres non (ndlr : les téléconsultations par visioconférence). Elles préfèrent avoir leur suivi par téléphone. »

Un manque d'intimité manifeste.

IDE 15 : « ça a été un peu plus compliqué pour les patients les consultations par téléphone. Parce qu'ils me disaient : « Oui ! Vous pouvez m'appeler. » Mais ce n'était pas comme au bureau, ils n'étaient pas tout seuls, il y avait soit le mari, soit les enfants, donc ça chuchotait, ça disait les choses à demi-mots [...]. Les gens n'arrivent pas à se livrer. Là c'est leur bulle, c'est leur moment à eux, quand ils viennent ils le savent, on est là pour eux, qu'il n'y a pas de distraction autour. Et quand des fois ce sont des petits soucis de couple, ou des choses comme ça, ils n'en parleront pas ou ils ne diront pas, j'ai une dame qui me dit : « Monsieur ne garde pas les enfants, il ne fait pas ci. » Mais ça, elle ne me le dit pas au téléphone quand il est à côté. »

6. Une période stressante

La gestion d'une crise sanitaire inédite avait un caractère anxiogène important.

IDE 8 : « Premier confinement, en étant au téléphone, c'était compliqué, parce qu'il fallait appeler les patients régulièrement, les soutenir, etc., j'avais très peur, puisqu'on ne connaissait pas trop. C'est vrai que j'ai eu très peur donc je suis vraiment restée chez moi. »

IDE 2 : « [...] il y a eu beaucoup d'anxiété »

IDE 12 : « [...] le fait d'être en télétravail à la maison, c'est énormément de stress »

L'expérience de la première vague ou les retours des collègues ont permis d'aborder la seconde avec plus de sérénité.

IDE 2 : « En nombre de malades, on a été moins touché à la première vague, par contre, avec le recul, je pense que c'est mieux, parce qu'on était beaucoup plus stressé lors de la première vague. »

IDE 2 : « Aujourd'hui, on est toujours anxieux mais on l'est beaucoup moins, parce qu'on connaît plus la maladie, on sait plus qu'au final, on a quand même beaucoup, beaucoup de patients qui s'en sortent. »

IDE 3 : « Durant la première vague, on a été vraiment surpris par l'ampleur de cette épidémie. Et je pense qu'il a fallu s'organiser un peu dans l'urgence sans trop savoir sur quoi on pouvait tabler. Et la situation lors de cette seconde vague, on a quand même un peu plus de données scientifiques aussi, on a un peu plus de recul, et donc on a pu anticiper aussi les choses »

IDE 4 : « On trouve autre chose à faire, on s'adapte donc j'avoue que je le vis beaucoup mieux maintenant qu'au début. »

7. Une période frustrante

Le recrutement des infirmier(e)s ASALEE étant en pleine croissance, un certain nombre d'entre eux ont débuté cette activité il y a moins d'un an. La ralentir a eu un caractère particulièrement frustrant.

IDE 3 « Je débute depuis un mois, un mois et demi, donc je commençais à vraiment avoir un rythme de croisière au niveau de mes suivis de patients, une trame qui se mettait en marche. Parce qu'on tâtonne un peu au début forcément, le premier mois, on découvre. [...] ça commençait à se mettre en place et d'un seul coup pouf ! On doit tout arrêter et on doit passer à autre chose. Donc oui, il y a une certaine frustration au départ. »

IDE 9 « On n'est pas dans la bonne conjoncture !! 6 mois après mon arrivée, il y avait le COVID donc on était un peu dans une autre dynamique. Et pour moi, beaucoup de changements sur les structures donc beaucoup de problèmes à résoudre dans leur projet personnel, j'ai envie de dire. Donc la petite infirmière ASALEE n'avait pas forcément la priorité ! »

8. Un sentiment d'inutilité

Une baisse d'activité a été constatée en médecine de ville contrastant avec les services hospitaliers saturés. Les consultations au sein des structures ont été annulées. Ces éléments ont laissé place à un sentiment d'inutilité de la part des soignants.

IDE 4 : « J'allais à la maison de santé sans savoir vraiment ce que j'allais faire de mes journées. »

IDE 7 : « Après, ce qui a été difficile au début, c'est qu'on ne devait pas travailler. »

IDE 9 : « Et comme j'arrivais, ma relation avec tout le monde était en pleine construction donc je me suis sentie un peu seule et pas très utile au final ! »

IDE 11 : « Parce qu'une crise sanitaire, étant infirmière et ne pas être utile, alors que plus personne ne travaillait sauf elles et les médecins, c'était un peu difficile. »

Une position culpabilisante.

IDE 8 : « La première quand on est chez soi juste au téléphone pour soutenir les patients, on se sent très inutile, j'ai envie de dire !! Alors qu'on voit tout le monde courir partout, faire ce qu'il peut, c'est un peu compliqué à vivre. »

Certains ayant parfois des compétences en réanimation à l'origine de doute quant à l'utilité de leur présence hors des services de soins intensifs.

IDE 2 : « Est-ce que je suis à la bonne place, là ? [...] Parce que j'ai été infirmière en réanimation. En ce moment je sais qu'en réanimation, c'est la galère. Je me suis posée des questions quand même pendant un moment, je me suis dit : « Bon ! Alors est-ce que je retourne en réanimation le temps de la crise ? »

B. Une crise bien menée

1. Le besoin d'aider

Les actions débutées ont été animées par le besoin d'aider.

IDE 2 : « Et j'ai senti le besoin d'aller plus dans l'action. [...] je m'en fiche mais j'aurais fait quelque chose. Je ne serais pas restée là à me tourner les pouces. Parce qu'on se sent mal quand c'est comme ça. »

Parfois avant d'appréhender la seconde vague.

IDE 6 : « C'est même moi qui ai sollicité les médecins sur le deuxième confinement quand il a fallu faire un peu plus de tests, c'est moi qui leur ai proposé, étant présente sur le terrain, pas comme le premier confinement où on nous avait demandé de rester à la maison. Je leur ai dit : « Ecoutez ! Je ne suis pas débordée par les consultations, si vous voulez, je peux vous aider pour les tests ! ». Et donc je l'ai plutôt bien vécu et ça a été très bien pris par les médecins qui étaient contents d'avoir justement des mains en plus pour travailler. »

2. Le sentiment d'être utile

Les actions entreprises ont laissé place à un sentiment d'efficacité concernant la gestion de cette crise.

IDE 13 : « Je pense qu'à notre niveau et selon nos moyens en temps et par rapport à la profession, on a tous contribué pour aider en tout cas . »

IDE 2 : « Et là, je me suis dit : « C'est bien ! J'ai été utile ! ». »

IDE 9 : « Mais après j'ai relativisé et je me suis dit que finalement ce que je faisais, ce n'était pas négligeable et donc je m'y suis retrouvée. »

3. Un gain de responsabilité

Si la plupart des personnes interrogées n'ont pas le sentiment d'avoir bénéficié d'un gain de responsabilité dans la gestion de cette crise, celui-ci n'a pas fait l'unanimité.

IDE 12 : « Plus de responsabilités au niveau de la santé publique dans le sens où on est vraiment en première ligne par rapport à cette épidémie, avec les médecins généralistes. [...] mais au niveau santé publique on est quand même un maillon de la chaîne pour pouvoir effectuer des actions en termes de prévention ou autre. »

IDE 16 : « Un gain de responsabilité ? Oui quelque part. Parce que faisant partie de la MSP, déjà ayant eu à charge la régulation téléphonique, etc., oui, j'ai l'impression d'avoir eu une responsabilité un peu plus quand même... »

IDE 14 : « C'est clair que la responsabilité, je l'ai prise, parce que j'ai peut-être aussi ... parce que je suis un ancien. »

IDE 2 : « Oui. J'ai bien aimé ça ! Ça a été positif !! »

Des responsabilités qui n'étaient pas toujours recherchées.

IDE 7 : « Bien sûr. Il y a plus de responsabilité. Mais le mot « gain » ne me va pas, parce que le gain, ça veut dire que c'est un bénéfice pour moi. Et ça n'est pas un bénéfice, parce que ça a été quand même assez compliqué à gérer. »

4. La reconnaissance des patients

Dans cette période particulièrement anxiogène, les actions menées par les infirmier(e)s ASALEE ont été particulièrement bien accueillies par les patients.

IDE 1 : « Positifs bien sur ! Les gens sont contents »

IDE 12 : « Ça a été très, très bien vu, on m'a remerciée ! »

IDE 13 : « On a eu des retours super positifs »

IDE 3 : « Donc je leur ai demandé un peu si pour eux le fait qu'on les ait rappelés, le fait de comment ils avaient vécu cette première vague, ce qui est ressorti de très positif dans la démarche qu'on avait mise en place, c'est que les gens se sont sentis rassurés [...]. Et ça les avait beaucoup aidés à reprendre rendez-vous chez un spécialiste, à reprendre leur suivi. Et ils ne sont pas sentis abandonnés. »

Même si on ne peut pas plaire à tout le monde.

IDE 11 : « Quand on fait ce genre d'actions, il y a de tout. Notamment au niveau des supermarchés, il y a les personnes qui ne veulent pas nous écouter. Il y a des personnes, surtout là en été qui vont être vraiment la semaine avant le déconfinement, donc les masques n'étaient pas obligatoires. Il y avait eu toutes les histoires des masques, ça ne sert à rien les masques et que là on commençait à dire qu'il allait falloir en porter, donc il y avait beaucoup de colère de certaines personnes. Et en même temps il y avait des gens qui étaient ravis de pouvoir discuter, d'avoir des informations [...]. On n'accrochait pas avec tout le monde, c'est certain mais ça a quand même été je pense bénéfique pour un certains nombres. »

5. Le soutien d'ASALEE

Parmi les infirmier(e)s ASALEE interrogé(e)s, plusieurs ont reconnu avoir été particulièrement encouragé(e)s et soutenu(e)s par l'association.

IDE 10 : « ASALEE nous a permis de voir comment on voulait travailler. [...] ASALEE nous a permis d'avoir des comptes Zoom. Donc on l'a demandé à l'un des ingénieurs, et j'ai mon compte Zoom pour être avec les patients. [...] J'ai la chance de travailler pour ASALEE. Une énorme chance ! [...] Donc je dis aussi bien merci à ASALEE qu'à mon cabinet médical !! »

IDE 14 : « Je dois dire qu'ASALEE nous a aidés [...] ils nous ont autorisés d'utiliser ces 14 heures, là à des fins d'organisation. [...] Mais j'ai pris des responsabilités, oui. Je pense que s'il n'y avait pas eu ASALEE, ça aurait été compliqué pour moi de mettre ça en place, parce que je n'aurais pas eu le temps nécessaire du moins tout au départ pour le faire. »

IDE 15 : « Et ils nous ont dit de nous faire confiance et que c'était un nouveau truc, il fallait se mettre dans le bain et qu'il fallait prendre les habitudes. »

IDE 2 : « Et puis ce qui est génial, c'est que j'ai pu faire ça en tant qu'infirmière ASALEE. Ce qui est géniale dans cette association, c'est qu'on peut tout faire. Donc ça, c'est énorme. Nous, ce qu'on nous explique, c'est qu'on rend service, on est là, vous utilisez vos compétences en tant qu'infirmière ASALEE, et ça, c'est extrêmement important. »

IDE 3 : « Chez ASALEE, il y a cette notion d'innovation. »

IDE 6 : « Je pense que nous en tant qu'ASALEE, on a été plutôt bien coaché par nos ingénieurs qui nous ont toujours bien cadrés [...]. Et que finalement c'est ça qui fait notre force et qu'on est revenu sur le terrain. On était beaucoup plus motivé, parce qu'ils nous ont apporté énormément, que ça soit sur des Zoom, pour des formations complémentaires, pour la covid, ils nous ont beaucoup informés sur les droits, sur les choses à faire ou pas [...]. Justement le fait d'avoir ASALEE qui nous soutient, qui nous a vraiment déculpabilisés quand on n'avait pas de patients [...]. »

Ce soutien de l'association peut toutefois être nuancé. Elle garantissait un certain cadre dans les actions entreprises.

IDE 5 : « ASALEE est très ouvert donc n'interdit rien, je dirais, mais à partir du moment où la charge de travail était présente au sein des cabinets, on nous demandait déjà d'être participatif à ce niveau-là, on nous avait expliqué gentiment qu'on n'avait pas lieu non plus d'aller s'éparpiller dans notre domaine. »

III. Modifications de l'exercice et perspectives d'avenir

A. Aucune modification

Sans sous-estimer les actions entreprises au cours de cette crise, la plupart des infirmier(e)s ne pensaient pas que celles-ci modifieront leur exercice.

IDE 13 : « Je n'ai pas eu l'impression de changer ma façon de travailler. »

IDE 15 : « Non. Non, je ne pense pas. »

IDE 2 : « Après mon travail, ça ne va pas changer grand-chose au niveau de mon travail habituel. »

IDE 4 : « Je ne trouve pas une modification particulière. »

IDE 5 : « Je ne suis pas persuadée que ça modifiera mon exercice. »

IDE 8 : « Je ne suis pas sûre que ça modifiera l'exercice. Je ne pense pas. »

IDE 1 : « Sinon dans le reste non. »

Parfois avec un peu de philosophie.

IDE 7 : « Modifier mon exercice ? Déjà j'ai une blouse !! Franchement je ne sais pas !! [...] Modifier ma façon de faire ? Alors là, je ne peux pas te dire, parce que la vie est une évolution permanente. »

Si des perspectives d'avenir pouvaient se dégager de cette période, ce serait d'avantage dans le cadre d'actions futures que de nouveaux protocoles.

IDE 2 : « Mais pour moi, ça reste du papier !! Mais oui ! Pourquoi pas ! Parce qu'après, oui, oui, oui !! De toute façon, les procédures, c'est français, il faut en faire. Après ça ne va pas me servir pour moi, mais oui ! »

IDE 7 : « Ça m'agace un peu tous ces protocoles, parce que je me dis qu'on n'arrive pas à tout suivre exactement comme ça. »

B. Mesures d'hygiène

Passé ce premier sentiment, de nombreuses perspectives d'avenir ont pu être dégagées de nos entretiens, à commencer par des actions concernant l'hygiène.

IDE 12 : « J'ai l'intention de faire une action de santé publique pour le lavage des mains, [...] je pense qu'il faudra lourdement insister sur les actions de prévention au niveau du lavage des mains. [...] Mais j'ai l'intention déjà de le cibler pourquoi pas au niveau de la Maison de Santé, et ça s'adresse forcément à tous publics. A savoir les écoles, effectuer les gestes barrières, etc. »

De bonnes habitudes qu'il ne faudra pas trop vite oublier, y compris dans le but de se protéger d'autres épidémies.

IDE 10 : « Je pense que déjà, c'est important de garder certains gestes. Admettons que d'un seul coup, on nous dit : « Oui !! Il n'y a plus rien ! Le COVID n'est plus là, après la vaccination ! » Je dirais qu'il faut garder les gestes. Pour garder quand une personne arrive même pour une grippe ou quoi que ce soit, qu'elle ait un masque, que le médecin lui aussi se protège [...]. Je dirais qu'en par exemple, je verrai qu'un patient est un peu enrhumé, je lui proposerai de mettre un masque, et moi je le mettrai aussi. »

IDE 13 : « Que ce soit les règles d'hygiène dans les structures, je pense qu'il faut les conserver, oui bien évidemment. »

IDE 16 : « Mais je pense que l'impact des gestes barrières sur les patients en général, va rester quand même effectivement, qu'il y aura des épidémies de grippe, etc., ou alors pas forcément le port du masque mais l'utilisation au moins du gel hydroalcoolique, parce ça, c'est devenu une habitude, même chez les enfants, [...]. Je pense que par rapport à l'hygiène des mains en général, ça pourrait être bien quand même. »

IDE 5 : « Honnêtement sur l'organisation du cabinet, je pense qu'il faut rester vigilant [...]. C'est quelque chose qu'il faudrait maintenir tous les ans quand on a l'épidémie de grippe tout simplement. [...] quand il y a de grosses épidémies, à nous de le mettre pour se protéger

en tant que soignants déjà [...]. Je pense que c'est à nous de le montrer. Le problème est que les gens vont vite oublier. »

La possibilité d'aller plus loin concernant les gestes barrières, notamment en renforçant notre attention sur les calendriers vaccinaux.

IDE 15 : « Je leur laisserai à disposition le manugel®. Ils savent que tout est nettoyé. [...] si ça peut éviter en période de gastroentérite et de grippe. [...] pour les vaccins, les calendriers vaccinaux. Rappeler aux gens. Parce que je sais que je leur dis : « Vous vous faites vacciner pour la grippe ? ». Et pourquoi pas, au moment de l'hiver comme on fait pour les canicules, faire des points rappels même s'ils le font à la télévision avec le coude, le virus : « Faites-vous attention ? » Mais peut-être, ça rentrera un peu plus dans ma politique d'Education en disant : « On arrive en octobre, pensez à faire attention : on se mouche avec le mouchoir, on le jette, on ne le laisse pas trainer dans ses poches. » Les petites choses comme, ça pourrait être pas mal d'avoir le protocole vaccins et voir vraiment les gestes barrières mais que ça ne reste pas que là. »

Des idées quasi unanimes toutefois nuancées. La réalisation des gestes barrières n'étant pas si simples.

IDE 11 : « Je suis partagée dans le sens où je me souviens de mes études d'infirmière et de toute la réflexion que ça a pu entraîner [...]. Il y avait tout un truc très complexe et j'ai trouvé que ça m'avait demandé beaucoup d'efforts au final qui est maintenant un automatisme [...]. Là j'en discutais avec une patiente [...] elle va à Leclerc, elle prend son caddie sur le parking et ils ont mis alors juste à l'entrée dans le supermarché, des portiques où on passe le caddie et ils mettent un truc dessus. Sauf que le caddie à l'extérieur peut être contaminé, et du coup elle a ses mains dessus, ses mains peuvent être contaminées. [...] je ne suis pas sûre que toutes les personnes soient en capacité d'entendre et est-ce que c'est intéressant de venir mettre une psychose pareille dans la tête des gens ? Mais je trouverais ça extrêmement intéressant. »

C. Contraintes liées aux gestes barrières

Si les gestes barrières constituent la pierre angulaire de la lutte contre la COVID-19, leur mise en oeuvre est devenue une contrainte pour la plupart des infirmier(e)s.

IDE 1 : « Pour les retours, tout ce qui est dans le « non-dit » avec le masque on peut pas quoi [...]. pour un dépistage des troubles cognitifs j'ai du retirer mon masque parce qu'en fait on arrive pas à entrer en contact. Je me suis dit de toute façon au bout d'un moment il faut trouver une solution, et j'ai retiré le masque. Je pense qu'on perd quand même quelque chose à cause de ça. »

IDE 13 : « Ça rajoute des freins supplémentaires, c'est indéniable. Et ce n'est pas dans nos habitudes, on n'a pas été élevé comme ça de voir les gens masqués. »

IDE 9 : « J'ai une enfant que je vois, la dernière fois, c'était trop compliqué donc je lui ai fait retirer son masque, parce que je voyais que c'était trop compliqué pour elle, qu'on était à distance. Et ça m'a fait bizarre de voir son visage. Donc oui ! Et il y a beaucoup de choses qui se passent par la partie non verbale [...]. Des fois je vois les yeux coulés et je ne vois pas la partie basse du visage. Et voilà, c'est déstabilisant ! »

Une situation qui a mis en lumière certains troubles passés inaperçus.

IDE 5 : « Il va falloir effectivement qu'on prenne en compte les gens qui sont, je dirais mal voyants, malentendants, et peut-être que même sans masque, pour eux c'est compliqué. Donc ça, ça va bouger effectivement mon approche, je vais faire des formats d'images pour les montrer en même temps, parce que je me dis que je suis peut-être passée à côté de certains qui n'ont pas osé dire qu'ils ne comprenaient pas le mot [...]. Vous avez des gens qui lisent sur les lèvres [...]. Certains enfin, beaucoup n'oseront pas vous avouer qu'ils ne savent pas lire non plus, on est confronté à ce problème. »

Des avis parfois nuancés.

IDE 10 : « Parce que c'est aussi le non-dit. C'est aussi de percevoir le son de la voix, ça nous donne aussi des indications quand on est au téléphone. On met plus l'accent dessus. Parce que c'est vrai qu'en tant que, je dirais, infirmière ASALEE et aussi infirmière clinicienne, on met l'accent sur le tout, sur aussi bien la posture de la personne que si elle fronce les sourcils, tous ces gestes-là ! [...] quand le patient commence à se livrer, je l'écoute, je lui explique comment je fonctionne, parce que j'aime prendre des notes, j'aime rebondir sur les mots clefs, sur les phrases qu'ils prononcent, je refais des reformulations. Et je dirais que quelques fois peut-être ça peut empêcher les expressions [...] Il faut dire, c'est aussi important de voir le regard de la personne donc ce regard-là n'est pas caché [...] C'est surtout se baser sur l'intonation de la voix. L'intonation et la posture de la personne. Sa posture montre aussi si elle est intéressée ou moins intéressée. Et non, ça ne m'a pas arrêtée. »

IDE 15 : « Mais effectivement ça complique les choses. Maintenant ce n'est pas quand même un grand souci. Les gens sont bien contents de pouvoir venir déjà, ils sont bien contents d'avoir pu échanger avec moi donc il reste du positif même si on est masqué. On filtre quand même le nombre de personnes qui vont et viennent dans les locaux, ça les rassure. Mais il y a un petit blocage, parce qu'on est à distance peut-être et parce qu'il y a le masque, enfin je ne perçois pas ça comme un gros problème. Mais c'est vrai que dans les dépistages des troubles cognitifs que je fais peu, effectivement ça peut peut-être quelques fois gêner, parce que là on a besoin de parler, on pose des questions, on a besoin d'une réponse, et c'est sûrement compliqué. »

Une contrainte dans les activités physiques, en particulier concernant les ateliers marche.

IDE 10 : « J'ai fait les marches avec les patients, et c'est vrai que quelques fois, certaines avaient plus de difficultés parce que c'était des masques en tissus. »

IDE 16 : « Donc je fais notamment des groupes marche. Et là, je ne les ai pas repris, parce qu'on est plusieurs et je sais que ce sont des dames qui parlent beaucoup, etc., pour qui des fois, le masque est un peu compliqué. »

Bien évidemment, la tolérance du masque dépend des patients.

IDE 8 : « Donc on a remis en place l'activité marche comme auparavant. Sauf qu'il y a le masque qui était obligatoire et qui a été très bien accepté par les patients. »

Gestes barrières qui parfois ne constituent aucune contrainte.

IDE 8 : « Non. Je n'ai pas ressenti de barrières en tout cas vis-à-vis du masque, non [...]. C'est vrai qu'il faut répéter davantage, bien articuler, être vraiment au calme pour les tests de mémoire. Mais je répète s'il y a besoin et j'essaie d'être le plus claire possible. »

IDE 12 : « Ah non, aucune ! »

IDE 15 : « Ça ne les dérange pas de me voir masquée. »

D. Reprendre le suivi des patients porteurs de pathologies chroniques

L'un des enjeux à la sortie du premier confinement fut de récupérer, remotiver les patients présentant une maladie chronique à reprendre un suivi.

Une « erreur » qu'il était important de ne pas reproduire au moment d'aborder la seconde vague.

IDE 2 : « Les chroniques, c'est vrai qu'on les a quand même un peu abandonnés. Chose qu'on n'a pas faite du tout à la deuxième vague. [...] j'ai bien entendu qu'au niveau national, il y a eu une répercussion quand même grave, du coup, là j'avais bien dans la tête, de ne pas abandonner mes consultations qui étaient prévues. Mais même si je les faisais par téléphone. »

IDE 3 : « On a estimé qu'il était quand même plus important de continuer à suivre les patients chroniques, parce qu'on avait dû stopper tous les suivis de patients chroniques, diabétiques et RCVA au niveau du cabinet [...] Il a fallu rattraper aussi tous les patients qu'on avait un peu mis de côté, [...] qui ont arrêté un peu leur suivi pendant la première vague cet été. »

Si le suivi d'une grande partie des patients a pu être repris lors du premier déconfinement...

IDE 11 : « Parce que les patients chroniques ne venaient plus du tout et là, les patients n'étaient pas toujours intéressés pour continuer les suivis en téléconsultation [...]. J'avais un groupe de marche donc forcément le groupe a été suspendu. J'ai proposé de l'accompagnement en individuel en marche. Donc ils ne sont pas tous revenus mais j'ai marché beaucoup plus ! »

IDE 13 : « On a eu beaucoup de pertes quand même [...]. Je m'en suis surtout aperçue par rapport à mes petits patients Alzheimer où là ça a été vraiment catastrophique pour eux. Les patients diabétiques ont eu effectivement des hémoglobines glyquées qui ont augmenté mais qu'on sait rattraper; [...] j'ai 3-4 petits patients Alzheimer, ils se sont redégradés et c'est tout, je n'ai rien pu faire [...] il y a eu un déclin, parce que de fait, ils ne venaient plus.... »

... il reste beaucoup de travail.

IDE 14 : « Personnellement dans ASALEE, des patients que j'avais perdus de vue [...] il a fallu à un moment donné, quand le centre COVID a fermé, reprendre mon agenda, recontacter ces personnes-là de manière à les solliciter à ce qu'ils viennent me revoir; [...]. Et ça va très, très vite, il suffit qu'il y ait eu pour certains une ou deux consultations non faites pour que finalement les paramètres se modifient, le poids, des choses comme ça. [...] J'ai essayé de recontacter justement les « perdus de vue » pendant la première vague. Certains n'ont pas répondu. [...] j'ai perdu des patients en consultation ASALEE qui ne reviendront peut-être pas. Puisqu'il y a un suivi des consultations ASALEE dans les fichiers patients, donc les médecins savent très, très bien si le patient vient encore en consultation. [...] de temps en temps, ils leur disaient : « Mais en fait ! Vous n'êtes plus suivis par l'infirmière ASALEE ! Il faudrait peut-être y retourner ! » Donc certains reviennent mais certains ne reviendront pas. Comme on dit il y a « un lâcher-prise ». Peut-être pas forcément abandonné définitivement mais sous le coup de la maladie, sous le coup peut-être d'une fragilité psychologique, ils ne reviennent pas. »

IDE 15 : « Un mot a été mis au cabinet, on a précisé aux patients vraiment très fragiles qu'il y avait ça qui était en place pour juste les renouvellements d'ordonnances. Donc les gens ont très vite accepté et ils ont même très vite arrêté tout suivi d'eux-mêmes. »

IDE 5 : « Les chroniques ne se faisaient plus suivre, je crois qu'il y a eu une grosse peur [...]. J'en ai « perdus de vue » entre guillemets. [...] Le problème de la consultation ASALEE, c'est que les gens, s'ils ne sont pas suivis régulièrement sont des gens que l'on perd, il faut aller les récupérer, il faut aller à la pêche. »

IDE 6 : « J'en ai perdus quelques-uns que j'ai resolicités de ma propre initiative, qui vous disent clairement qu'ils ne sont plus intéressés et qu'ils ont peur de venir au cabinet, il y a toutes ces craintes [...]. C'est une catastrophe ! Je retrouve des hémoglobines glyquées qui sont au plafond alors que ce sont des gens que j'avais réussi à faire baisser mais ils se sont laissés aller [...] on se retrouve avec des aggravations de maladies [...]. Donc là il faut retravailler, recommencer, on repart à zéro. »

IDE 9 : « Déjà actuellement et avant, les patients avaient du mal à se prendre en charge. Effectivement, est-ce que là du coup ça peut avoir l'effet inverse ou pas ? »

E. Soutien psychologique

Comme nous l'avons vu précédemment, le soutien psychologique a pris une part importante dans l'activité des infirmier(e)s ASALEE.

La naissance d'un besoin.

IDE 4 : « On ressent quand même en consultation que les gens sont en demande. Ils sont en demande, ils ont besoin d'extérioriser, ils ont besoin de quelques réponses. »

IDE 7 : « Maintenant on le nomme. Avant ils ne le disaient pas. On savait qu'on les soutenait bien, enfin plus ou moins, ça dépend de nous aussi, de ce qu'on est capable de faire et d'entendre. Mais maintenant c'est dit, ça fait partie des lignes décrites. »

IDE 6 : « C'est vrai qu'il n'y a pas une fois en consultation, on ne parle pas du confinement, on le place toujours, on essaye toujours de voir comment vont les gens moralement. Et je pense qu'on a pris un peu plus de confiance par rapport à ce sujet-là. C'est vrai qu'on nous disait toujours « Pas de psychologie ! Pas de social ! » Mais je pense que ça fait partie de

notre métier et il faut quand même en faire et il faut quand même prendre soin des gens [...]. Je pense que sur certains protocoles, oui, il y a une nécessité d'apporter plus de choses, surtout sur l'écoute, [...]. Je pense que l'écoute, une cellule d'écoute, ça serait l'idéal, ce serait vraiment l'idéal pour pouvoir avancer avec les patients. »

Avec pour conséquence de porter un intérêt plus prononcé dans ces prises en charge à l'avenir.

IDE 13 : « [...] mais peut-être essayer d'aller plus sur le plan psychologique, [...] ne peut-être pas s'arrêter à ce qu'on voit, peut-être plus écouter le non verbal, et si on sent une faille, peut-être essayer d'aller davantage dans cette faille. »

Certains infirmier(e)s se sont senti(e)s démuni(e)s et pensent qu'une formation complémentaire serait nécessaire.

IDE 1 : « Je pense que ce côté là il va falloir, parce qu'on en parle toutes ; il va falloir peut être qu'on ouvre des protocoles par rapport à tout ça. On est pas formées à ça. »

IDE 15 : « Je pense que si on avait une petite formation un peu plus poussée, parce qu'à l'écoute, je pense qu'on l'a toutes. Mais du point de vue de prise en charge psychologique, oui, je pense que ça pourrait être un plus déjà pour les patients. Et ça ne pourrait être que bénéfique dans notre prise en charge [...]. Aussi bien ça fait partie de la santé publique de prendre en charge la patiente dans tout donc que ce soit psychologique ou physique. »

Sans pour autant prendre la place des psychologues.

IDE 14 : « La solution pour harmoniser tout ça, ce serait qu'on ait tous la même formation [...]. Il faudrait qu'on nous donne quelques outils sans qu'on devienne évidemment psychologue, évidemment ce n'est pas notre job. Mais de toute façon, l'équilibre alimentaire sans piquer le boulot des diététiciennes, on est quand même obligé d'en faire [...]. Je pense que selon la personnalité des infirmières, il y aura toujours des gens qui seront intéressés par la faire et des gens qui seront un peu gênés, embêtés, etc. »

IDE 11 : « Sans empiéter sur les psychologues bien sûr, parce qu'à un moment donné de toute façon, on n'a pas les compétences pour aider les personnes complètement. Par contre, je pense que c'est utile et nécessaire [...]. Mais je pense qu'il y aurait un intérêt. »

IDE 10 : « [...] je dis que nous infirmières ASALEE, pour certaines je dirais, on a une fibre, on va dire psychologique mais ! Il y a un « mais » ! Parce qu'il ne faut pas aller au-delà du travail d'une psychologue [...]. C'est-à-dire qu'on peut relever des éléments de psychologie, parce que quelques fois les patients se livrent et quand ils se livrent, il y a leur histoire et on ne peut pas faire ce travail-là. C'est le travail d'une psychologue qui doit les écouter, qui a les outils particuliers. [...] c'est vrai qu'il ne faut pas dépasser son rôle, sa fonction. Il faut savoir passer le relais. Comme vous, médecins ! »

IDE 9 : « Je pense que c'est évident. Après, il se pose la question, on ne peut pas aller marcher sur les platebandes d'une psychologue, ça s'entend aussi [...]. ça fait partie de notre rôle propre d'écouter les gens et de leur apporter une certaine réassurance. [...] »

IDE 15 : « Ça dépend de la demande. Si c'est juste une écoute, je peux écouter, je suis dans l'empathie, il n'y a pas de problème, je comprends. Mais après quand elles attendent des solutions, je ne suis pas [...]. Je ne suis pas armée pour ça. »

IDE 16 : « Le soutien psychologique, je suis d'accord mais c'est un peu compliqué à partir du moment où on sera informé de savoir quelle est la limite entre nous et la psychologue. Mais je ne suis pas psychologue. Avoir une écoute active, une écoute attentive pour les patients, je suis d'accord mais après aller plus loin, je n'ai pas les outils pour, et j'estime que ce n'est pas trop mon travail. [...] on en a déjà beaucoup avec le physique donc si on rajoute le psychologique mais de façon beaucoup plus importante, très élaborée, très détaillée, personnellement je ne m'en sens pas capable. »

Et sans oublier la lutte contre la précarité et l'isolement.

IDE 3 : « Mais on aura, je pense, beaucoup plus de travail sur le plan psychologique aussi à mettre en place avec ces patients. Donc l'isolement et la précarité sociale aussi [...]. Les personnes âgées sont très isolées [...], elles avaient une vie sociale qui a été complètement

stoppée [...]. Et peut-être les parcours de soins qu'il faudra aménager, qu'il faudra organiser, chose que je ne faisais pas avant [...]. »

IDE 5 : « Après peut-être une approche psychologique du patient qui sera peut-être différente par rapport à ceux qui sont isolés [...]. Le lien social, c'est énorme. Là, ils m'ont remerciée dix fois d'avoir obtenu les certificats médicaux auprès des médecins pour que je puisse maintenir la marche. »

IDE 9 : « Je préfère voir un patient qui n'a pas les moyens [...] plutôt que de le laisser entre guillemets « mourir chez lui » ou se laisser aller à la dépression. »

Des avis toutefois nuancés. Le soutien psychologique faisant déjà parti des temps forts d'une consultation ASALEE.

IDE 5 : « Sur nos consultations, déjà, je pense qu'on a au moins moitié, moitié de temps pathologique et de temps psychologique. Un diabétique n'accepte pas sa pathologie tant qu'on n'a pas réussi à lui faire accepter sa pathologie, on n'arrivera jamais à avancer. L'avantage d'ASALEE, c'est qu'on a du temps en consultation, on a le temps de cerner à peu près. Je pense qu'il y aura des retombées mais à plus long terme. »

IDE 11 : « Donc oui, je pense que la prise en charge psychologique est là, elle est présente et elle est présente normalement en Education Thérapeutique, elle est présente tout le temps. On est sur une prise en charge globale, la vie de la personne dans sa globalité est importante sur son état de santé, donc pour moi c'est quelque chose qui existe déjà. »

IDE 6 : « J'estime que non, parce que ça fait partie de notre formation. C'est un peu le B A BA de ce qu'on nous apprend à l'école. Si on n'écoute pas le patient, on n'avance pas. Si vous essayez de lui faire prendre conscience de quelque chose mais que vous ne l'écoutez pas avant, quel est l'intérêt en fait ? Ça me semble logique. Il faut écouter le patient pour pouvoir avancer avec lui, parce que si vous arrivez avec vos papiers et dire : « Il faut faire ci, il faut faire ça ! », mais vous ne prenez pas le patient dans sa globalité, vous n'avancez pas de toute façon. Donc l'écoute pour moi est essentielle. Quand je reçois un patient, j'aime bien le faire parler pour comprendre pourquoi, où on en est, le cheminement du problème. Parce que

sinon, il n'y a aucun intérêt. C'est comme ça que vous perdez vos patients. Donc pour moi, il n'y a pas de formation, ça fait partie de ce qu'on a eu. »

IDE 9 : « [...] même avant le COVID, c'était une partie importante de mes consultations, j'étais beaucoup dans l'écoute. Donc non, c'est évident pour moi. Et oui, je pense que ce sera peut-être encore plus présent après. Là, on le voit, mes consultations même d'ETP, il y a quand même un temps qui est consacré à ça [...]. Je pense que dans la conjoncture dans laquelle on est, ce vers quoi on s'en va et pour les dommages collatéraux que ça va causer, je pense que c'est quand même primordial dans notre fonction là aujourd'hui, oui. »

F. Participation à la campagne de vaccination

La campagne de vaccination ayant été annoncée lors de la réalisation des derniers entretiens, certain(e)s infirmier(e)s ont jugé qu'ils auront un rôle à jouer dans sa gestion.

IDE 14 : « L'identification des patients à risques, c'est clair. Généralement tous les gens qu'on voit en ASALEE, les personnes au-dessus d'un certain âge, on peut essentiellement indiquer à la vaccination, on leur proposera du moins la vaccination. »

IDE 15 : « Mais je pense qu'on va avoir un gros rôle d'information pour leur dire : « Vous pouvez, c'est à vous ... ! » [...]. Je pense qu'en temps voulu ASALEE avait parlé de nous faire une formation et ce qui pourra être que bénéfique. »

IDE 16 : « [...] là par rapport à la vaccination aussi, on va avoir beaucoup de travail par rapport aux patients, quel statut prendre face à eux, parce qu'ils vont tous nous demander : « Et vous ? Vous vous faites vacciner ? » Comme on est des professionnels de santé, si on leur dit « oui » on est des personnes dignes de confiance donc ils vont faire comme nous mais le but n'est pas qu'ils fassent comme nous, c'est qu'ils fassent leur choix de façon éclairée. Donc d'avoir vraiment les dernières connaissances par rapport aux vaccins, pouvoir répondre à toutes leurs questions, toutes leurs craintes, et faire presque un entretien motivationnel par rapport à cette vaccination du COVID. Et essayer justement de voir au fur et à mesure les différentes phases de vaccination, quel est le patient potentiellement

vaccinable, faire remonter avec le médecin, voir avec le médecin. Je pense que par rapport à la vaccination COVID-19, on va avoir aussi du travail. »

G. Autonomisation des patients

Alors que certains patients ont arrêté tout suivi, d'autres ont décidé de gagner en autonomie.

En particulier concernant l'activité physique.

IDE 10 : « [...] mes patients ont préféré ne pas faire de marche (ndlr : coordonnée par l'IDE) et de le faire par eux-mêmes. Et j'ai trouvé ça très bien, parce qu'ils sont devenus plus autonomes. »

IDE 16 : « J'ai au moins deux patients sûrs qui continuent à marcher sans moi, on va dire ça comme ça, et de façon très, très régulière. Donc je me dis : « Bon ben, ça va ! ». »

Une activité habituellement effectuée en groupe, à l'origine de liens sociaux.

IDE 5 : « Parce que marcher est un fait, le lien social et l'effet groupe pour eux, c'est énorme. Mais ils ont réussi à maintenir du lien, puisqu'ils s'appellent entre eux ! »

L'arrêt des consultations ASALEE a même mis en lumière l'intérêt de ce suivi.

IDE 13 : « Même s'ils ont eu du mal à revenir en consultation, ils ont quand même fait confiance au corps médical. [...] j'ai des gens qui m'ont rappelée en me disant : « Tant pis ! J'ai besoin de venir vous voir. Et je veux revenir. » Et ils reviennent. Parce qu'ils se sont rendus compte, ils se rendent compte d'eux-mêmes que le travail qu'on fait, ça leur fait du bien [...]. Et quand il y a eu l'approche de la deuxième vague là sur octobre, là tout de suite ils se sont dit : « Non, on ne peut plus recommencer comme ça ! Même s'il y a le COVID, il faut quand même qu'on puisse continuer à se prendre en charge. » »

IDE 14 « [...] les gens me disent : « Vous savez ? Finalement avec la COVID, ça n'a pas été simple de faire tout ce que vous nous demandiez ! Enfin tout ce que je devais

faire ! Finalement j'ai arrêté et ça ne va pas. Donc ça prouve au moins qu'il faut que je continue, il faut que je sois très régulier dans mes actions. ».

H. Mise en avant de l'association

Enfin, bien qu'ASALEE soit en pleine extension dans la région, nombreux sont les patients et professionnels de santé à ne pas connaître l'association.

IDE 14 : « Il y a certains que je connaissais et la plupart que je ne connaissais pas, qui ne connaissaient pas d'ailleurs ASALEE ! Qui m'ont dit : « Ah bon ?! Ça existe ça ? C'est bien ! » Et d'ailleurs j'ai pu prendre contact avec des médecins. Par exemple avec un médecin d'A qui est addictologue et qui s'occupe d'un centre de prévention sur B. Et il était très intéressé par notre activité, parce qu'on fait un peu justement du sevrage tabagique, on va faire également du sevrage alcoolique bientôt, et il était très intéressé par ça. [...] je me suis rendu compte que certains médecins généralistes avaient entendu parler vaguement d'ASALEE mais sans en connaître vraiment la signification. Le COVID a au moins permis ça ! »

IDE 3 : « Et ça a permis pour moi aussi qui étais là depuis 1 an dans le cabinet de me faire connaître aussi auprès d'autres patients, qui n'ont pas forcément une maladie chronique mais qui ne connaissaient pas forcément ce qu'était une infirmière ASALEE. »

IDE 9 : « Peut-être que les patients me verront d'une autre façon, puisque c'est vrai que les patients ont un peu peur quand on leur parle de l'infirmière ASALEE, on est sur un secteur où les gens, la nouveauté, ça leur fait pas mal peur. Donc peut-être qu'on me verra autrement, je ne sais pas. Et que peut-être que les médecins vont me voir autrement. »

Ouvrant la possibilité de créer de nouvelles actions dans les structures où ils/elles sont intervenu(e)s.

IDE 11 : « Ça c'est sûr que du coup, après là, dans les écoles où je suis intervenue, les directrices étaient extrêmement volontaires et partantes sur ce genre d'actions, je n'ai pas eu du tout de frein. [...] elles accueilleraient très bien l'idée de projet de proposer quelque chose

sur l'alimentation, il y a plein de choses éventuellement à faire, même sur le harcèlement. On pourrait partir sur des choses tellement vastes. »

IDE 13 : « Pourquoi pas si dans l'année à venir, ils ont besoin d'aide pour faire une action, ça pourrait être sympa. »

Cette crise aura également permis de renforcer les collaborations.

IDE 2 : « [...] ça a renforcé les équipes [...]. [...] aujourd'hui je suis reconnue et ils m'envoient plus de patients depuis. [...] on s'entendait bien avant mais ils ne m'envoyaient personne. Et je sens qu'ils font plus d'efforts depuis. »

IDE 3 : « Ça m'a permis d'établir vraiment des liens et une confiance avec les généralistes avec lesquels je travaille. Ça a vraiment établi notre collaboration. Ça a accéléré mon intégration dans l'équipe. »

IDE 4 : « On pense à autre chose, à créer du lien entre collègues, à se soutenir. »

IDE 6 : « Les médecins se sont rendus compte quand même qu'on pouvait être un bon soutien. »

IDE 9 : « Je ne sais pas si c'est lié au COVID mais je sens que quand même ma relation avec les médecins change, elle se modifie. Et déjà, je suis plus à l'aise, j'ose plus leur dire les choses donc c'est différent. »

IDE 11 : « Je pense que ça a permis avec les médecins en tout cas de montrer que c'est une force d'avoir une infirmière ASALEE et qu'on a des possibilités de faire des choses ensemble. Surtout en plus chez ASALEE où il y a les protocoles officiels et après il y a les demandes des médecins, les demandes des patients et tant que c'est utile la plupart du temps on a l'accord d'ASALEE pour faire des choses différentes. »

Et de s'intégrer aux équipes.

IDE 11 : « Ça m'a permis aussi de « m'implanter » entre guillemets auprès des infirmières libérales aussi de par la relation qu'on a pu avoir, de créer quelque chose, comme ce n'est pas une Maison de Santé, et comme ce sont des médecins qui travaillent tous seuls, là ça m'a permis de pouvoir connaître aussi les professionnels de santé autres, extérieurs et de créer des liens et de pouvoir peut-être imaginer d'autres collaborations. »

IDE 13 : « C'est un moyen aussi de connaître l'infirmière libérale, parce qu'on ne se connaît pas vraiment, on ne travaille jamais ensemble donc c'est il y a aussi un petit rôle de soutien [...]. Et je vous avoue que je travaille souvent toute seule dans mon bureau donc le fait de sortir et aller sur le terrain, et voir mes collègues et les aider, je trouvais que c'était très positif. Il n'y a pas que la quantité de PCR qui a augmenté, il y avait aussi cet aspect humain, de se dire de travailler ensemble. »

IDE 14 : « Il y avait beaucoup de gens qui se connaissaient très, très peu, même nous en tant qu'infirmières, on ne se connaissait pas forcément bien et ces consultations COVID nous ont permis de nous connaître et de nous solidariser. »

Discussion

I. Faiblesses de l'étude

A. Liées au chercheur

Ce premier travail de recherche qualitative dans le cadre d'une thèse de médecine peut présenter un certain nombre de biais en lien avec mon manque d'expérience en tant qu'interviewer. On peut supposer que la qualité des premiers entretiens est moins pertinente que les derniers. On peut par exemple regretter un manque de relance des premières personnes interrogées.

B. Sujet d'actualité

Il s'agit d'un sujet d'actualité et qui par conséquent évolue rapidement. Lors du premier entretien, on appréhendait une seconde vague épidémique et dès le second celle-ci débutait. La plupart d'entre eux ont eu lieu alors qu'on ne savait pas si nous vivions une « seconde vague bis », pour reprendre les éléments de langage utilisés à cette période, ou une 3ème vague. Dans ce contexte, on peut également supposer qu'une saturation des données est plus difficile à atteindre, l'actualité étant riche en cette période.

C. Liées à l'échantillonnage

Le nombre de personnes interrogées était fixé à l'avance devant un effectif réduit, à savoir 25 personnes interrogeables. 16 infirmier(e)s ASALEE ont accepté d'être interrogé(e)s. Il s'agit d'un nouveau frein concernant l'atteinte d'une saturation des données. De nouvelles idées pouvant naître devant cette actualité riche (exemple : début de la campagne de vaccination initiée après la fin de nos entretiens).

On peut enfin supposer que les personnes les plus motivées à répondre étaient celles estimant avoir effectué le plus d'actions (certaines personnes sollicitées m'ont avouées ne pas avoir répondu à mon premier mail devant le peu d'actions réalisées).

D. Méthodologie

Comme décrit dans la partie Méthode, il s'agissait d'entretiens réalisés à distance. Deux d'entre eux ont posé des soucis de connexion ou interruption :

- Un entretien a été réalisé alors que l'interviewé(e) se trouvait dans sa voiture, sur son smartphone
- Un entretien a été réalisé alors que l'interviewé(e) se trouvait dans son cabinet, entre deux consultations, avec interruption itératives des médecins de la structure.

Dans ce contexte, je m'inquiétais de terminer l'entretien sans coupure internet ou dans le temps proposé par l'interviewé, au risque de l'écourter.

II. Forces de l'étude

A. Méthodologie

La réalisation d'une étude qualitative, permettant de diversifier les opinions sans quantification des données, favorisait l'émergence d'idées nouvelles. Ce qui paraissait pertinent pour traiter d'un sujet si récent.

L'usage de la plateforme Zoom® a permis de réaliser la plupart des entretiens dans d'excellentes conditions. La grande majorité des personnes interrogées étaient chez elles, entièrement disponibles et peu distraites par leur environnement.

B. Liées à l'échantillonnage

On peut regretter un faible taux de réponse parmi les personnes sollicitées. Cependant, une certaine redondance dans les réponses a pu être observée, et ce dès le dixième entretien. Si l'actualité n'avait pas été si riche au moment des derniers entretiens (début de la campagne de vaccination), la saturation des données aurait pu être aisément atteinte.

C. Environnement de travail

J'ai découvert l'association ASALEE dès mon premier semestre d'internat car mon Maître de Stage Universitaire (MSU) collaborait avec une infirmière ASALEE.

Plus tard, j'ai pu participer à cette collaboration au cours de mon SASPAS. Ce qui m'a permis d'échanger régulièrement à propos de ma thèse avec l'infirmière ASALEE de la MSP, elle même en lien direct avec l'association.

J'ai travaillé en Unité COVID au cours de la première vague de l'épidémie. J'ai donc été confronté aux contraintes décrites lors des entretiens : la pénurie de matériel et les réorganisations dans l'urgence. J'ai développé des sentiments similaires concernant la gestion de cette épidémie et les ai constatés chez mes collègues de l'unité.

III. Principaux résultats

A. Des soucis logistiques

1. Pénurie de matériel

Parmi les actions entreprises dès le début de la crise, le soutien logistique faisait parti des plus évoqués.

Le manque de matériel a eu pour conséquence la nécessité de multiplier les investigations pour en récupérer : on peut citer l'exemple de la pénurie de masques pointée du doigt dans le rapport de la commission d'enquête du 8 décembre 2020 [15].

En mars 2020, la délivrance des masques chirurgicaux était rigoureusement encadrée. Chaque médecin ou IDE pouvait recevoir 18 masques par semaine « dans le strict respect des indications et selon les disponibilités » [16].

Les articles de journaux abondent concernant les différentes techniques utilisées par les soignants pour récupérer le matériel utile à l'exercice de leurs fonctions et font écho aux témoignages récupérés au cours de nos entretiens. [17] [18]

2. Organisation des cabinets médicaux

Les infirmier(e)s ASALEE en collaboration avec leurs médecins généralistes référents ont dû réorganiser les structures au sein desquelles ils exercent. Ce fut d'ailleurs une nouvelle illustration de leur partenariat. La plupart des stratégies étant communes, qu'il s'agisse de la mise en place d'un sens de circulation dans les locaux ou de l'organisation du planning des médecins avec des plages de consultations dédiées COVID.

Cette réorganisation a pu se mettre en place grâce aux idées novatrices des professionnels de santé, le retour d'expérience de leurs collègues, mais également les publications des organismes compétents. On peut par exemple citer l'URPS Hauts-de-France qui sur son site internet promulgue de nombreux conseils à destination des médecins généralistes, ainsi que des bulletins d'information réguliers [19]. Cette même démarche a été réalisée par le Collège de Médecine Générale qui a créé Coronacliv [20] afin d'aider les médecins généralistes dans leur prise en charge des patients atteints par la COVID-19, mais également leur donner les clés pour réorganiser leurs cabinets médicaux. La plupart de ces recommandations émanent désormais de la HAS et des données concernant les modes de transmission du virus [21].

Outre ces nouvelles dispositions, certain(e)s infirmier(e)s ASALEE se sont proposé(e)s pour effectuer de la régulation téléphonique ou ont activement participé à la gestion des centres dédiés COVID.

B. Soins des patients

Bien que l'on puisse reconnaître une baisse d'activité globale des infirmier(e)s ASALEE au cours de la première vague, la plupart ont activement participé aux soins de leurs patients. Il s'agissait par exemple d'effectuer des tests de dépistage. Un exercice difficile pour certains professionnels ayant pris leurs distances avec les actes de soins et dédiant 100% de leur activité à ASALEE.

Les téléconsultations, encore minoritaires, ont pu se développer massivement pour suivre les patients contaminés. Des protocoles de suivi ont pu voir le jour, initialement de façon empirique, avec des rappels systématiques des patients à des dates clés comme à J7 où des dégradations cliniques ont pu être constatées. La HAS a par la suite publié des protocoles officiels pour ces prises en charge. [5]

C'est par ce même procédé que les patients atteints de maladies chroniques ont pu garder un certain suivi : il s'agissait de les motiver à maintenir leurs consultations auprès de leur médecin traitant et de poursuivre les suivis systématiques (comme la réalisation d'hémoglobine glyquée tous les 3 mois pour les patients diabétiques). Rappelons que les médecins généralistes adhérents orientent leurs patients en consultation ASALEE pour la mise en place d'un suivi (ETP et réalisation d'actes dérogatoires). L'infirmier(e) ASALEE fait une évaluation de chaque consultation, ainsi qu'un compte-rendu. Des réunions de concertation entre médecin généraliste et IDSP (infirmier de santé publique, *synonyme d'infirmier(e) ASALEE*) se tiennent régulièrement. Ce partenariat a permis de continuer à suivre patients.

C. Soutien psychologique

Cette crise a induit un retentissement psychologique important en lien avec les limitations d'interactions sociales strictes mises en place dès le premier confinement.

Ce retentissement fait aujourd'hui l'objet d'études scientifiques. On peut par exemple citer une étude publiée en avril 2020 [22] sur les conséquences psychopathologiques du confinement qui met en lumière un certain nombre d'entre elles comme l'anxiété, la dépression ou les conduites addictives. Ce travail se base sur plusieurs études antérieures réalisées sur les populations soumises à ce type d'isolement (expédition polaire, etc.) et sur les premières réalisées en Chine au début de la crise.

Une étude UNANÎMES menée en 2020 [23] démontre également les effets du confinement sur la dépression, les troubles anxieux et le risque suicidaire avec une hausse significative de ces syndromes. Par exemple, la COVID-19 est présentée comme facteur de risque suicidaire. A contrario, le suivi thérapeutique pendant le confinement et un confinement non isolé permettraient de réduire ce risque.

A l'échelle nationale, l'enquête CoviPrev [24] est en cours depuis le 23 mars 2020. Celle-ci est réalisée à l'aide d'enquêtes quantitatives répétées sur échantillons indépendants. Son objectif principal est le suivi de l'adoption des mesures de protection de la santé de la population pendant les périodes de confinement et de déconfinement afin d'ajuster ces mesures de prévention, de surveiller les inégalités de santé et de capitaliser les connaissances utiles à la gestion de futures pandémies. Les premiers résultats vont dans le sens des études préalables citées ci-dessus.

Ainsi, la demande de soutien psychologique est naturellement apparue au cours des prises en charges des patients et tout particulièrement dans les échanges entre patients et infirmier(e)s ASALEE. Le temps accordé à la prise en charge des pathologies chroniques a laissé sa place au soutien psychologique en cette période anxiogène.

D. Prévention

Les actes de prévention sont la pierre angulaire de l'activité d'un(e) infirmier(e) ASALEE. Les consultations, beaucoup plus longues que celles réalisées en cabinet de médecine générale, permettent d'effectuer de l'éducation thérapeutique (ETP) pour que le patient devienne acteur dans la prise en charge de sa pathologie.

Dans ce contexte, une partie importante des IDSP ont effectué des actes de prévention en lien avec l'épidémie, en particulier pour réduire la circulation du virus. Il s'agissait parfois de créer et diffuser des affiches pédagogiques pour expliquer les gestes barrières au sein des cabinets et bâtiments publics. Des initiatives que l'on retrouve dans d'autres régions comme en Occitanie où des flyers ont également été diffusés. [25]

Certain(e)s sont allé(e)s au contact de la population, en particulier au moment du premier déconfinement, afin de poursuivre leur action. On note plusieurs interventions dans les écoles afin de préparer au mieux les plus jeunes à vivre avec le virus, parfois dans l'espoir de voir les gestes barrières atteindre les foyers des enfants. Ce type d'action a également été constaté en Auvergne où les infirmier(e)s ASALEE sont intervenu(e)s au sein des marchés, écoles et mairies. [26]

E. Ressenti des Infirmier(e)s ASALEE

Nous avons pour premier objectif secondaire d'analyser le ressenti des infirmier(e)s ASALEE concernant leur gestion de cette crise.

1. Une période difficile

La plupart des IDSP ont trouvé cette période compliquée surtout concernant ceux consacrant 100% de leur activité à ASALEE et par conséquent ayant pris de la distance avec les actes de soins pour lesquels ils ont parfois été sollicités. Par extension, on peut dire que débiter une activité nouvelle renforçait ce sentiment de difficulté. On peut par exemple citer les nombreuses demandes de soutien psychologique pour lesquelles des professionnels ne se sentaient pas formés.

Ces nouvelles activités ont pris la place des celles déprogrammées dès le début de la crise et décalées vers la saison estivale, à l'origine d'une activité constante sur l'année 2020 entraînant une réduction des périodes de repos.

Comme nous l'avons décrit en introduction, le recrutement des infirmier(e)s ASALEE étant en plein essor au sein de la région, un certain nombre d'entre eux venaient de débiter à ce poste et ont eu la délicate tâche de modifier dans l'urgence leur activité alors qu'ils étaient en plein apprentissage.

D'autres contraintes se sont surajoutées comme devoir faire face à des patients désintéressés par leur santé. La crainte d'une contamination a pris la place des effets d'une pathologie chronique plus insidieuse et moins bruyante.

Il existe d'autres freins dans la réalisation optimale de séances d'éducation thérapeutique. On peut citer les entretiens à distance (téléconsultations), peu compatibles avec ce type d'acte. Mais aussi le strict respect des gestes barrières : le port du masque dissimulant une partie du visage et entravant certains échanges, notamment pour les personnes âgées ou en situation de handicap.

L'ensemble de ces contraintes fut à l'origine de sentiments d'anxiété, frustration et même de dévalorisation notamment au tout début de la crise où l'activité au sein des cabinets médicaux avait drastiquement diminué, contrastant avec des hôpitaux « héroïques et saturés ».

2. Une crise bien menée

Devoir faire face à une telle crise fut certes une épreuve difficile, mais une grande partie des infirmier(e)s interrogé(e)s étaient satisfait(e)s des actions entreprises. Ceux-ci ont été animées par un besoin de se rendre utile au même titre que la majorité des soignants. Ces sentiments positifs ont été renforcés par les excellents retours des patients, doublés d'un gain de responsabilité manifeste concernant les infirmier(e)s les plus investis. Enfin, le soutien de l'association ASALEE et des médecins généralistes adhérents a été particulièrement apprécié pour mener à bien ces actions.

Une revue de la littérature publiée en 2020 [27] analysait les risques pour la santé mentale des soignants face à cette pandémie en se basant sur les données concernant les précédentes épidémies (SARS-CoV-1, H1N1) et le début de celle-ci. Cette étude retrouvait des résultats concordants avec les données relevées au cours de nos entretiens. En effet, le caractère anxiogène d'une modification brutale des activités habituelles peut constituer une altération du sentiment de maîtrise, lui-même reconnu comme facteur de protection contre l'anxiété. Au contraire, un bon encadrement constitue un rôle essentiel de soutien, également facteur protecteur.

F. Perspectives d'avenir

Enfin, nous avons pour deuxième objectif secondaire d'étudier les perspectives d'avenir concernant la coopération entre médecins généralistes et infirmier(e)s ASALEE compte tenu de la modification d'activité de ces dernier(e)s.

La majorité des personnes interrogées ne pensent pas que cette crise modifiera leur coopération avec les médecins généralistes, du moins concernant l'essentiel des actions.

Attention portée à l'hygiène

Les IDSP portent une attention particulière au maintien du renforcement des gestes d'hygiène dans le but de prévenir les futures épidémies hivernales en tenant compte de la faible prévalence de ces infections en cette fin d'année [28]. Elles imaginent poursuivre les actions entreprises au sein des collectivités après des premiers essais satisfaisants.

En se basant sur les épidémies hivernales, période clef d'une année en matière de santé, certain(e)s envisagent des actions de prévention lors d'autres moments à risque comme la saison estivale avec la canicule potentiellement dangereuse pour les personnes fragiles. Une intervention dans la réalisation du calendrier vaccinal a également été soulevée : concernant la vaccination anti-grippale ou anti-pneumococcique par exemple et par extension anti-covid dans l'hypothèse d'une campagne de vaccination annuelle.

Mise en lumière de certains handicaps

Nous avons évoqué précédemment la difficulté à exercer dans le strict respect des gestes barrières. Cette nouvelle contrainte a mis en lumière certains handicaps dont souffrent plusieurs catégories de la population. On peut citer les patients présentant des troubles de l'audition et/ou de la vision. Ces troubles sont exacerbés lorsqu'une démence débutante se surajoute, faisant elle-même l'objet d'un protocole de dépistage au cours de certaines consultations ASALEE.

Des données publiées par la Korea Medical Review [29] feraient le lien entre augmentation de la population souffrant d'une perte auditive et obligation du port du masque. L'hypothèse principale étant que la baisse du nombre de décibels liée à une filtration de la parole mettrait plus facilement en lumière des troubles auditifs préexistants. Une hypothèse faisant écho aux témoignages recueillis au cours de nos entretiens mais qu'il conviendrait d'étudier au sein de notre territoire.

L'Agence de Lutte Contre l'Illettrisme révélait en 2018 un taux d'illettrisme de 7% d'après une enquête réalisée entre 2011 et 2012 [30]. Les contraintes décrites au cours des consultations ont parfois permis d'identifier de tels troubles cachés par les patients, bien souvent par gêne.

Maintien du suivi des patients chroniques et autonomisation

L'une des difficultés rencontrée au moment du premier déconfinement, qui persiste aujourd'hui, est de remotiver les patients porteurs de maladie chronique à reprendre un suivi. Une tâche délicate pour nous médecins alors qu'il n'est pas toujours facile de convaincre les patients de consulter un(e) infirmier(e) ASALEE. Ces patients « perdus de vue » doivent faire l'objet d'une attention particulière afin de limiter les conséquences désastreuses de cette crise. Par exemple, l'impact du confinement sur l'équilibre du diabète fait aujourd'hui l'objet de

travaux d'étude dont les résultats seront intéressants à analyser. Concernant les patients diabétiques bénéficiant d'un suivi auprès d'un(e) infirmier(e) ASALEE, l'arrêt des « ateliers marche » et l'ajout des contraintes précédemment décrites (port du masque et distanciation sociale notamment) pourraient constituer des facteurs de risque de déséquilibre glycémique. Cependant, des infirmier(e)s ont constaté une autonomisation de certains patients ayant pris l'initiative de poursuivre ce type d'atelier seuls ou accompagnés. Cette idée selon laquelle le caractère non obligatoire du suivi rend le patient acteur de sa santé a déjà été soulevé dans une thèse soutenue en 2017 sur le point de vue des patients concernant ce type de dispositif. [31]

Prise en charge psychologique

L'une des actions entreprises par les infirmier(e)s ASALEE au cours de cette crise fut la prise en charge psychologique des patients liée à une forte demande en cette période anxiogène. Une demande également très présente auprès des médecins généralistes référents. Cette action fut d'ailleurs évoquée dès le premier entretien. La demande ambulatoire de prise en charge psychologique ne cessant d'augmenter, des actions doivent être proposées pour une meilleure prise en charge de la population. Par exemple, la cour des comptes s'est récemment montrée favorable au remboursement des consultations des psychologues par l'assurance maladie [32]. Concernant les infirmier(e)s ASALEE, les réponses n'ont pas fait consensus. Certains professionnels considèrent que la prise en charge psychologique des patients fait déjà partie des temps forts d'une consultation ASALEE. D'autres, qu'une formation complémentaire serait nécessaire tout en rappelant que l'objectif n'est pas de prendre la place des psychologues. La comparaison avec la prise en charge nutritionnelle a également été faite : les infirmier(e)s effectuent ce type de consultations sans pour autant remplacer les nutritionnistes et diététiciens. Cela fait l'objet de contestations du côté des diététiciens nutritionnistes. [33]

Approche populationnelle de la santé

Enfin, l'association ASALEE est encore trop peu connue dans la région, que ce soit auprès des patients ou des autres professionnels de santé. Les actions entreprises dans le but de mener à bien cette crise ont permis de la faire connaître avec pour perspective d'y avoir d'avantage recours dans l'avenir, pour de nouvelles interventions dans les écoles ou les collectivités par exemple.

L'activité d'un(e) infirmier(e) ASALEE s'inscrit dans une démarche de collaboration avec les médecins généralistes. Dans ce contexte, la réalisation d'actions avec les médecins généralistes ou les autres professionnels paramédicaux a permis de renforcer le partenariat des équipes durablement.

Cette logique de collaboration autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes est l'essence même des CPTS. Celles-ci ont été créées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé [34]. Il s'agit d'un collectif d'acteurs de santé dont les objectifs sont de promouvoir les initiatives de tous les professionnels de santé sur les territoires. Cela permet d'adapter les réponses aux besoins identifiés localement, mais aussi d'élaborer une plus grande fluidité des parcours de santé pour le patient. Il s'agit alors d'une approche populationnelle. [35]

Des freins persistants

De nombreux freins sont encore mis en évidence par les médecins généralistes dans leur collaboration avec l'infirmier(e) ASALEE. Plusieurs d'entre eux les ont mentionné dans une thèse de médecine générale soutenue en 2017 [36]. On retient les problèmes d'organisation (manque de matériel, locaux), l'abandon du suivi ASALEE par certains patients, le manque de temps pour échanger avec l'infirmier et surtout l'absence de besoin ressenti par le médecin d'adresser à l'infirmier(e) ASALEE. C'est sur ce dernier point que les personnes interrogées au cours de nos entretiens voient un bénéfice secondaire au partenariat récemment débuté auprès des médecins les moins sollicitants.

Conclusion

Le recrutement des infirmier(e)s ASALEE au sein des Hauts-de-France est en augmentation depuis plusieurs années. Cette association innovante a développé en partenariat avec les médecins généralistes plusieurs protocoles basés sur l'éducation thérapeutique et la réalisation d'actes dérogatoires permettant une meilleure prise en charge des patients des médecins référents et du territoire.

Nous connaissons depuis plus d'un an une crise sanitaire inédite exerçant une pression considérable sur notre système de santé. Les professionnels de santé ont su se réorganiser dans l'urgence afin de mener à bien cette crise. Notre travail a mis en lumière les nombreuses actions entreprises par les binômes médecins généralistes et infirmier(e)s ASALEE témoignant de leur capacités d'adaptation et d'inventivité.

Ces actions ont suscité une bonne adhésion du public qui s'est élargi. Certaines d'entre elles ont eu lieu au sein des collectivités. D'autres ont soulevé des besoins, notamment les demandes de soutien psychologique, auxquels il faudra répondre.

Si certains freins subsistent concernant la mise en place de ce partenariat, cette crise a permis le renforcement des collaborations existantes entre infirmier(e)s ASALEE et médecins généralistes, l'extension des actes de soins et de prévention sur un plan territorial, prémices des CPTS, ainsi que l'émergence de prochaines actions qu'il sera intéressant d'étudier.

Ainsi, les médecins généralistes sont de plus en plus épaulés dans leur pratique que ce soit par les infirmier(e)s ASALEE, mais aussi plus récemment par les assistants médicaux. La vision du médecin généraliste isolé est donc en plein bouleversement, ce qui (je l'espère) permettra de lutter contre la désertification médicale dans notre région.

Bibliographie

- [1] Généralistes en France. Ce que vous voulez savoir sur ASALEE [En ligne]. Paris : Sarl Osmose Medical, 2014 [cité le 30 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.generaliste-en-france.fr/index.php?id=73>
- [2] Infirmiers.com. Dispositif ASALEE, une étude pointe les coopérations réussies et celles qui le sont moins [En ligne]. Malakoff : Groupe Profession Santé. 11 mars 2019 [cité le 30 mars 2021]. Mis à jour le 15 mars 2019. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/cooperations-interprofessionnelles/dispositif-asalee-etude-pointe-cooperations-reussies-et-moins.html>
- [3] AGESCA. Présentation du protocole ASALEE [En ligne]. Grenoble : agesca, 2015 [cité le 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.agesca.fr/wp-content/uploads/2017/10/ASALEE-Pr%C3%A9sentation-octobre-2015.pdf>
- [4] Gouvernement.fr. Comprendre la COVID-19 [En ligne]. Paris, 2021 [cité le 30 mars 2021]. Mis à jour le 28 janvier 2021. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/comprendre-la-covid-19>
- [5] Haute Autorité de Santé. Prise en charge de premier recours des patients suspectés de Covid-19 [En ligne]. Saint-Denis : HAS, 2020 [cité le 30 mars 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3190801/fr/prise-en-charge-de-premier-recours-des-patients-suspectes-de-covid-19
- [6] HCSP. Coronavirus SARS-CoV-2 : recommandations thérapeutiques [En ligne]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique, 2020, 25 novembre [cité le 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=954>
- [7] HCSP. Covid-19 : recommandations thérapeutiques [En ligne]. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique, 2021, 28 janvier [cité le 7 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=980>
- [8] Ministère des Solidarités et de la Santé. Lancement de la campagne de vaccination contre la COVID – 19 en France [En ligne]. Paris : 2021 [cité le 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/invitations-presse/article/lancement-de-la-campagne-de-vaccination-contre-la-covid-19-en-ile-de-france>
- [9] SPF. COVID-19 : point épidémiologique du 15 mars 2020 [En ligne]. Paris : Santé Publique France, 2020, mars [cité le 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/>

[infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-15-mars-2020](#)

[10] Vie publique.fr. Déclaration de M. Emmanuel Macron, président de la République, sur la mobilisation face à l'épidémie de COVID-19, la guerre sanitaire contre le coronavirus et sur les nouvelles mesures adoptées [En ligne]. Paris, 2020, 16 mars [cité le 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/273933-emmanuel-macron-16-mars-2020-coronavirus-confinement-municipales>

[11] Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19. 2020, 16 mars.

[12] Franceinfo. Coronavirus : les consultations en baisse chez les médecins généralistes [En ligne]. Paris : France Télévision, 2020, 30 mars [cité le 30 mars 2021]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-les-consultations-en-baisse-chez-les-medecins-generalistes_3891695.html

[13] Ouest-France.fr. Confinement. Doctolib constate une hausse de 30 % des annulations de consultations médicales [En ligne]. Rennes : Société Ouest France. 2020, 5 novembre [cité le 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/confinement-doctolib-constate-une-hausse-de-30-des-annulations-de-consultations-medicales-7041088>

[14] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. exercer 2008 ; 84 : 142-5

[15] Sénat. Commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion [En ligne]. Paris : Sénat, 2020, décembre [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur: https://www.senat.fr/commission/enquete/gestion_de_la_crise_sanitaire.html

[16] Ministère de la santé. Délivrance des masques FFP2 et chirurgicaux aux professionnels de santé. [En ligne]. Paris : Direction générale de la santé, 2020. Disponible sur <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do?id=30702&cmd=visualiserMessage>

[17] DNA. Les petits miracles de l'infirmière Asalée [En ligne]. Strasbourg : Dernières Nouvelles d'Alsace. 2020, 29 mai [cité le 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.dna.fr/edition-sundgau-trois-frontieres/2020/05/29/les-petits-miracles-de-l-infirmiere-asalee>

[18] LeMonde. Coronavirus : masques, surblouses... Du matériel manque toujours dans les hôpitaux [En ligne]. Paris : Société Editrice Du Monde, 2020, 2 Avril [cité le 5 avril 2021].

Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/02/coronavirus-masques-surblouses-du-materiel-manque-toujours-dans-les-hopitaux_6035257_3244.html

[19] URPS Médecin libéraux Hauts de France. Coronavirus-COVID-19 [En ligne]. Lille : URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.urpsml-hdf.fr/coronavirus-covid-19/>

[20] CMG. Coronaclac [En ligne]. Paris : Le Collège de Médecine Générale [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/coronaclac/>

[21] Haute Autorité de Santé. Mesures de prévention de la transmission du SARS-CoV-2 pour la prise en charge des patients en milieu de soins [En ligne]. Paris : HAS ; 2020 [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218444/fr/mesures-de-prevention-de-la-transmission-du-sars-cov2-pour-la-prise-en-charge-des-patients-en-milieu-de-soins#:~:text=R%C3%A9ponse%20rapide%20n%C2%B01,d%C3%A8s%20son%20arriv%C3%A9e%20au%20cabinet

[22] Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *Encephale*. juin 2020;46(3):S43–52.

[23] UNANÎMES. Une étude UNANÎMES démontre les effets confinement sur la dépression, les troubles anxieux et le risque suicidaire [En ligne]. Nîmes : Université de Nîmes, 2020 [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.unimes.fr/fr/util/presse.html>

[24] Santé Publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [En ligne]. Paris : Santé Publique France, 2021 [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

[25] Coeur Hérault. COVID 19 : Sensibilisation aux gestes barrières par des infirmières Asalée du Coeur d'Hérault [En ligne]. Saint-André de Sangonis : Sydel du pays de coeur d'Hérault ; 2020 [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.coeur-herault.fr/sante/covid-19/covid-19-i-sensibilisation-aux-gestes-barrieres-par-des-infirmieres-asalee-du-coeur-dherault>

[26] La Montagne. Des infirmières du réseau Asalée face au Covid-19 [En ligne]. Clermont-Ferrand : La Montagne, 2020, 13 mai [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur: https://www.lamontagne.fr/brouet-vernet-03110/actualites/des-infirmieres-du-reseau-asalee-face-au-covid-19_13787699/

- [27] El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *Encephale*. juin 2020;46(3):S73–80.
- [28] SPF. Bulletin épidémiologique grippe, semaine 50. Saison 2020-2021. [En ligne]. Paris : Santé Publique France ; décembre 2020 [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-grippe-semaine-50.-saison-2020-2021>
- [29] Hearingreview. How do medical masks degrade speech reception ? [En ligne]. Avril 2020 [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.hearingreview.com/hearing-loss/health-wellness/how-do-medical-masks-degrade-speech-reception>
- [30] Agence Nationale de Lutte Contre l’Illettrisme. Le nombre de personnes concernées par l’illettrisme en France [En ligne]. Lyon : ancli ; 2018 [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur: <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/Les-chiffres/Niveau-national>
- [31] Dadena E, Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : le point de vue des patients [En ligne]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité le 9 avril 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1863>
- [32] 20minutes. La Cour des comptes favorable au remboursement des psychologues par la Sécu [En ligne]. Paris : 20 minutes France SAS ; 2021 24 février [cité le 7 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/politique/2984755-20210224-cour-comptes-favorable-remboursement-psychologues-securite-sociale>
- [33] Petition publique. Pétition Non à la pratique illégale des missions des diététicien(ne)s par les Infirmier(e)s ASALEE [En ligne]. [cité le 5 avril 2021]. Disponible sur: <http://petitionpublique.fr/PeticaoVer.aspx?pi=P2019N50404>
- [34] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016, 26 janvier, 2016
- [35] APMSL. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) [En ligne]. Coueron : APMSL [cité le 6 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/communautes-professionnelles-territoriales-sante-cpts/>
- [36] Vezien C. Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente [En ligne]. Université de Poitiers ; 2017 [cité le 9 avril 2021]. Disponible sur <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/>

58380#:~:text=Les%20principaux%20retrouv%C3%A9s%20sont%20%3A%20%2DUn,et%20toubles%20de%20la%20m%C3%A9moire

Annexes

Annexe 1 - Guide d'entretien

Afin d'obtenir le diplôme d'état de docteur en médecine, je réalise ma thèse sur l'apport des Infirmier(e)s ASALEE dans la gestion de la crise du COVID-19 dans les Hauts-de France en réalisant une enquête.

Cet entretien sera enregistré afin de pouvoir le retranscrire dans son intégralité. Vos réponses seront anonymes.

Population étudiée :

- Homme / Femme ; Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien d'années exercez-vous en tant qu'infirmier(e) libéral(e) ? Et en tant qu'infirmier(e) ASALEE ?
- Dans quel milieu exercez-vous (rural, semi-rural ou urbain) ?
- Dans quel type de structure exercez-vous (cabinet de médecine générale, cabinet de groupe, Maison de Santé Pluridisciplinaire) ?
- Collaborez-vous avec un seul ou plusieurs médecins de la structure ?
- Combien de jours par semaine êtes-vous présent(e) au cabinet ?
- Quand avez-vous intégré ASALEE ? Pour quel motif ?

A propos de la crise du COVID 19

- Exercez-vous dans une zone particulièrement touchée par le COVID 19 ?
- Comment a été réorganisé le cabinet depuis le début de l'épidémie ?

Protocoles ASALEE

- Quelles actions ASALEE réalisez-vous habituellement ?
- Quelles actions et/ou procédures effectuez-vous depuis le début de l'épidémie ?
- Avez-vous le sentiment d'avoir bénéficié d'un gain de responsabilité en lien avec l'épidémie ?
- Comment avez-vous vécu cette modification d'exercice ?

L'après COVID-19

- En quoi pensez-vous que cette crise modifiera votre exercice ?
- En quoi pensez-vous qu'une protocolisation des actions ou procédures est envisageable ?

Avez-vous d'autres remarques ?

Annexe 2 - Mail

Bonjour,

Je réalise ma thèse sur l'apport des Infirmier(e)s ASALEE dans la gestion de la crise de la COVID-19 dans les Hauts-de France en réalisant une enquête.

Celle-ci consiste en un entretien d'une quinzaine de minutes qui sera enregistré afin de pouvoir le retranscrire dans son intégralité. Vos réponses resteront anonymes.

Afin de limiter les contacts, l'utilisation de la plateforme ZOOM sera particulièrement appréciée.

En espérant une réponse favorable de votre part.

Bien cordialement

Romain HUGUIER, médecin généraliste

Annexe 3 - Mail de relance

Bonjour,

Je me permets de revenir vers vous suite à mon premier mail concernant ma thèse sur la gestion de la crise de la COVID-19 par les Infirmier(e)s ASALEEs dans les Hauts-de-France.

J'ai pu réaliser plusieurs entretiens ces deux dernières semaines, qui restent malheureusement insuffisants. Votre témoignage me serait d'une grande aide.

En espérant une réponse favorable de votre part.

Bien cordialement.

Romain HUGUIER, médecin généraliste

Abstract

ASALEE nurses in the management of the COVID-19 crisis in 2020

Background : In 2020, ASALEE nurses in Hauts-de-France had to modify their activity to meet the needs of general practitioners, their patients, and the territory's population in order to manage the COVID-19 crisis.

Objective : The aim of this work was to study their change in activity in partnership with their referring general practitioners in 2020, their feelings and the resulting future prospects.

Method : A qualitative study using semi-structured interviews was conducted with 16 ASALEE nurses in Hauts-de-France from September 2020 to January 2021.

Results : This difficult, anxiety-provoking and frustrating period was well managed. Many actions have been carried out: logistical support and adaptation of care and screening acts (carrying out RT-PCR tests, teleconsultations and reinforcing of psychological support). The capacity for innovation of ASALEE nurses is illustrated in preventive actions: dissemination of educational posters or actions within communities. New perspectives have emerged: greater attention to hygiene, psychological support, certain underdiagnosed disabilities and the follow-up of chronic patients. The testimonies collected echoed actions carried out in other regions. The studies published about the consequences of such a crisis, psychological in particular, corroborated the information found.

Conclusion : This work shed light on the actions undertaken by the teams of general practitioners and ASALEE nurses, testifying to their capacity for adaptation and inventiveness, as well as new perspectives for future actions.

Keywords : SARS-CoV-2, COVID-19, general practitioners, nurse, ASALEE, screening, primary prevention, chronic disease

Résumé

Les infirmier(e)s ASALEE dans la gestion de la crise de la COVID-19 en 2020

Introduction : En 2020, les infirmier(e)s ASALEE des Hauts-de-France ont dû modifier leur activité pour répondre aux besoins des médecins généralistes, de leur patientèle et de la population du territoire afin de gérer la crise de la COVID-19. Ce travail avait pour but d'étudier leur modification d'activité en partenariat avec leurs médecins référents en 2020, leur ressenti et les perspectives d'avenir qui en découlent.

Matériel et méthode : Une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 16 infirmier(e)s ASALEE des Hauts-de-France de Septembre 2020 à Janvier 2021.

Résultats : Cette période difficile, anxiogène et frustrante fut bien gérée. De nombreuses actions ont été réalisées : soutien logistique et adaptation des actes de soins et de dépistage (réalisation des tests RT-PCR, téléconsultations et renforcement du soutien psychologique). La capacité d'innovation des infirmier(e)s ASALEE s'est illustrée dans les actes de prévention : actions au sein des collectivités ou diffusion d'affiches pédagogiques. Des perspectives nouvelles ont émergé : une plus forte attention concernant l'hygiène, le soutien psychologique, certains handicaps sous-diagnostiqués et le suivi des patients chroniques.

Discussion : Les témoignages recueillis faisaient écho aux actions effectuées dans d'autres régions. Les études publiées concernant les conséquences d'une telle crise, notamment psychologiques, corroboraient les informations relevées.

Conclusion : Ce travail a mis en lumière les actions entreprises par les binômes médecins généralistes et infirmier(e)s ASALEE témoignant de leur capacité d'adaptation et d'inventivité, ainsi que des perspectives nouvelles concernant des actions futures.

MOTS CLES : SARS-CoV-2, COVID-19, médecins généralistes, infirmier, ASALEE, dépistage, prévention primaire, maladie chronique