



**HAL**  
open science

# Inter et pluriprofessionnalité sont-elles une réponse à la baisse de la démographie médicale ? une étude qualitative auprès de généralistes normands

David Jeanne

## ► To cite this version:

David Jeanne. Inter et pluriprofessionnalité sont-elles une réponse à la baisse de la démographie médicale ? une étude qualitative auprès de généralistes normands. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03526628

**HAL Id: dumas-03526628**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03526628>**

Submitted on 14 Jan 2022

**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.

**Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen**

**ANNÉE 2021**

**N°**

**THÈSE POUR LE  
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

**JEANNE David**

NÉ LE 29 AVRIL 1986 À ÉVREUX

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 MAI 2021

**INTER ET PLURIPROFESSIONNALITÉ SONT-ELLES UNE RÉPONSE  
À LA BAISSÉ DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ?  
UNE ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE GÉNÉRALISTES NORMANDS**

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Fabrice BAUER  
DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Ludovic STROZYK  
MEMBRES DU JURY : Monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS  
Monsieur le Docteur Philippe MASSON  
Madame Jocelyne LANGLOIS



**Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen**

**ANNÉE 2021**

**N°**

**THÈSE POUR LE  
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

**JEANNE David**

NÉ LE 29 AVRIL 1986 À ÉVREUX

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 MAI 2021

**INTER ET PLURIPROFESSIONNALITÉ SONT-ELLES UNE RÉPONSE  
À LA BAISSSE DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ?  
UNE ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE GÉNÉRALISTES NORMANDS**

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Fabrice BAUER  
DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Ludovic STROZYK  
MEMBRES DU JURY : Monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS  
Monsieur le Docteur Philippe MASSON  
Madame Jocelyne LANGLOIS

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**  
**Professeur Agnès LIARD**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

**I - MEDECINE**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CHB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CHB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mme Julie <b>GUEUDRY</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HCN	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque

M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian <b>SCHWARZ</b>	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Hervé <b>TILLY</b> ( <i>surnombre</i> )	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique

Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HC	Rhumatologie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Najate <b>ACHAMRAH</b>	HCN	Nutrition
Mme Elodie <b>ALESSANDRI-GRADT</b>	HCN	Virologie
Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel <b>BESNIER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney <b>GILARD</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent <b>MARGUET</b>	HCN	Histologie
Mme Chloé <b>MELCHIOR</b>	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien <b>MIRANDA</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	UFR	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
M. Abdellah <b>TEBANI</b>	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

#### **PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

## ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine **SAULNIER** UFR Biologie

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Thomas <b>CASTANHEIRO MATIAS</b>	Chimie Organique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé



Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL <b>GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Chervin <b>HASSEL</b>	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline <b>LECOINTRE</b>	Physiologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy <b>RAZAKANDRAINIBÉ</b>	Parasitologie
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mme Caroline <b>BERTOUX</b>	Pharmacie

#### **PAU-PH**

M. Mikaël **DAOUPHARS**

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

#### **ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

Mme Alice **MOISAN** Virologie  
M. Henri **GONDÉ** Pharmacie

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI** Informatique

Mme Clémence **MEAUSOONE**

Toxicologie

**ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT**

Mme Ramla **SALHI**

Pharmacognosie

**LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI**

Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie <b>PEZZINO</b>	Orthophonie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

### **DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ – Saint Julien Rouen*

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

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

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

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

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.*



## REMERCIEMENTS

**Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Fabrice BAUER**

***Professeur des Universités- Praticien hospitalier et responsable de formation pour le Diplôme d'Etat Infirmier en Pratique avancée***

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury,

Pour avoir accepté de juger ce travail,

Veillez trouver ici, le témoignage de ma sincère reconnaissance.

**Au directeur de thèse, Monsieur le Docteur Ludovic STROZYK**

***Médecin généraliste- Docteur en médecine***

Pour ton accompagnement et soutien tout au long de ce travail, je te remercie également pour ta relecture attentive et tes suggestions qui ont guidé l'élaboration de cette thèse.

Un immense merci pour ta disponibilité, ta patience et tes compétences.

**Aux juges, Monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS, Maître de conférence HDR**

**Monsieur le Docteur Philippe MASSON , Maître de conférence HDR**

***Madame Jocelyne LANGLOIS, Directrice IRFSS Normandie et responsable pédagogique pour le Diplôme d'Etat Infirmier en Pratique avancée***

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez spontanément porté à mon sujet de thèse, et pour le temps que vous avez consacré à la lecture de ce manuscrit. Que ce travail soit l'occasion de vous témoigner ma plus vive reconnaissance. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Aux participants,

Un grand merci aux médecins de m'avoir accordé du temps pour les entretiens, d'avoir accepté de partager leur expérience.

Merci aux relecteurs, en particulier monsieur le Professeur Gérard Forzy.

Merci à mes parents, pour leur soutien tout au long de ces années, leur patience, leurs encouragements et leur amour.

Merci à ma famille, pour votre bienveillance et la confiance que vous m'avez accordé.

Merci à Katia, pour son amour et son soutien, qui embellit chacun des jours passés à ses côtés.

Merci à Ludovic, qui a su être un exemple mais surtout un ami.

Merci aux collègues du centre de renfort et de la COSSE, en particulier Christine pour son aide précieuse dans le recrutement des médecins interrogés, et à Sylvie, pour ses bons soins (et les dosettes de café).

Merci à mes amis. Ceux du lycée, Yohann, Edouard, Jérémie, Arnaud, Jean-Gabriel : puisse la route à vos côtés durer encore longtemps.

Les belles rencontres de médecine : Philippe, Julien, Thomas, Adrien, Alex L, Ludivine, Coralie, Amira, Ana, Amandine, Claire, Fred, Johann, Pierrot.

Les partenaires d'aïkibudo : Corentin, Marie, Lionel.

Et enfin les geeks : Quentin, Alex P, Johann, Yann, Henri, Matthieu, Julien.

Et toutes mes excuses pour ceux que j'aurais oublié de citer, vous êtes trop nombreux à compter.

## Résumé

La France est confrontée depuis plusieurs années à une pénurie médicale. La médecine générale n'échappe pas à ce phénomène avec une baisse de 6500 généralistes depuis 2010. Ce constat a conduit les pouvoirs publics français à élaborer différentes actions, afin de maintenir l'offre de soins. Parmi ces actions, l'accent a été mis depuis 2004 sur le développement de l'interprofessionnalité, initialement par les protocoles de coopération, et plus récemment par les assistants médicaux et pratiques avancées infirmières. Ces actions répondent à une logique d'optimisation du temps médical, et d'amélioration de la prise en charge des patients, par le transfert de compétences et la collaboration entre acteurs de santé. Ces politiques pourraient, à terme, conduire à une réorganisation des soins primaires, et posent la question de la place du généraliste, traditionnellement acteur unique du premier recours, et coordinateur du parcours de soins du patient.

Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 12 médecins généralistes normands, pour recueillir leur perception concernant l'impact de l'interprofessionnalité sur leurs pratiques, et sur les soins de première ligne.

Les généralistes interrogés relevaient un risque majeur de perte de leur rôle pivot dans les soins de première ligne, ainsi qu'une dérive de leur exercice vers une pratique purement technique, au détriment de la relation médecin-malade. A l'opposé, ils plébiscitaient les potentiels apports dans la prévention primaire, le suivi de pathologies chroniques, et l'éducation thérapeutique. Le succès de l'interprofessionnalité passait, selon eux, par la garantie de conserver leur rôle de supervision des patients, et l'organisation d'une collaboration rapprochée avec les autres intervenants du parcours de soins des patients. Ces conditions étaient souvent reliées à la possibilité d'exercer en groupe, afin de faciliter la communication et l'échange d'informations entre les différents professionnels de santé.

Le développement de l'interprofessionnalité ne passe pas seulement par l'extension du domaine de compétences de certains acteurs, mais demande également des mesures additionnelles afin de garantir son intégration dans les soins primaires. Il convient ainsi de poursuivre le regroupement des professionnels de santé en structures de soins primaires, afin de faciliter la constitution d'équipes de soins primaires pluriprofessionnelles, mais également de veiller à ce que l'extension du champ de compétences de certaines professions ne menace pas les prérogatives traditionnelles des autres acteurs du système de santé.

**Mots-clefs :** soins primaires, médecine générale, pénurie médicale, interprofessionnalité, étude qualitative.



## Abstract

For several years, France has had to face a lack of medical workers. General practice is suffering too. Indeed, this field of medicine has lost 6500 physicians since 2010. France's government has been elaborating different courses of actions in order to keep providing its level of healthcare. Among these actions, since 2004, it has been decided to promote interprofessionality at first by using cooperation protocols. And more recently, by developing medical assistants and advanced nursing practices. These actions are meant to optimize medical's time and to improve the quality of patients healthcare by using skills transfer and collaboration between the different health care providers. These political actions could, in long term, lead to a reorganization of primary care, and question the place of the general practitioner who, traditionally, has always been the first resort and was used to be the one coordinating patient health path.

A qualitative investigation has been conducted by interviews among 12 Norman general practitioners in order to assess their point of view towards the incidence of interprofessionality over their own practice and over primary care.

Physicians who have been interviewed noticed an important risk of losing their central place in the primary care. It could lead them toward a purely technical way of practice which would impact badly the doctor-patient relationship. However, they were very enthusiastic with the benefits in prevention care, monitoring of chronic diseases and therapeutic education. According to them, to make sure that interprofessionality becomes a success, it needs to guarantee that general practitioners remain the main actors of patients's supervision and healthcare's coordination. These conditions seem to be linked with the possibility of working in a group in order to facilitate communication and shared information between the different healthcare providers.

Interprofessionality development does not only imply to extend the skills of particular health workers, but also requires additional measures in order to guarantee its integration in the primary care. Therefore, it seems necessary to promote health care providers regrouping in primary care facilities. This would allow to facilitate the creation of multi-professional primary healthcare providers teams. But, by doing so, it is important to ensure that the transfer of skills do not threaten traditional prerogatives of other actors in the health system.

**Key-words :** primary care, general practice, interprofessionality, qualitative investigation

## **Abréviations**

ANFIPA : Agence Nationale Française des infirmières en pratique avancée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALÉE : Action de SANTé Libérale en ÉquipE

CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres

CLSC : Centre Local de Santé Communautaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CREDES. Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (Maintenant IRDES)

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DLQI : Dermatology Life Quality Index

ETP : éducation thérapeutique

FHT : Family Health Team

GMF : groupe de médecine de famille

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPTS : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'État

IPA : Infirmier(e) de pratique avancée

IRDES : Institut de Recherche de Documentation en Economie de la Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OCDE : Organisation de coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

RHD : règles d'hygiène diététique

RCP : réunion de coordination pluridisciplinaire

Skill mix : Forme de coopération entre professionnels de santé, définie comme une nouvelle répartition des tâches existantes ou la répartition de nouvelles tâches entre professionnels s'inscrivant dans l'évolution naturelle et historique de la médecine, dans le but d'améliorer l'organisation des soins. (Littérature anglophone).

VAE : validation d'acquis des expériences

## Table des matières

Serment d'Hippocrate.....	12
Remerciements.....	13
Résumé.....	14
Abréviations.....	15
1. Introduction.....	20
2. Contexte de l'étude .....	23
2.1 Origine des réflexions concernant les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé en France .....	23
2.2 Les enjeux des nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé.....	24
2.2.1 Combler la pénurie de médecins.....	24
2.2.2 Promouvoir la qualité des soins .....	26
2.2.3 Réajuster le socle des compétences des soignants.....	31
2.2.4 Le point de vue économique .....	32
2.3 Coopération entre professionnels de santé appliquées aux soins de 1ère ligne.....	34
2.3.1 Ce que l'on peut en attendre en médecine générale .....	34
2.3.2 Les différentes formes de partage de compétences en France .....	37
3. Méthodologie .....	42
3.1 Population et échantillon : .....	42
3.1.1 Echantillonnage théorique .....	42
3.1.2 Population étudiée .....	42
3.2 Matériel et méthode.....	44
3.2.1 Type d'étude .....	44
3.2.2 Mode de recueil.....	45
3.3 Recueil des données .....	46
3.4 Retranscription des données : .....	47
3.5 Analyse des données :.....	47
4. Résultats .....	50
4.1 Pénurie d'offre de soins.....	50
4.1.1 Impact de la pénurie de soins sur l'exercice des généralistes .....	50
4.1.2 Les causes perçues par les généralistes à cette pénurie .....	52
4.2 Dispositifs de soutien à la pratique des généralistes .....	55
4.2.1 Incitations financières à l'installation .....	55
4.2.2 Majorations forfaitaires.....	56
4.2.3 L'augmentation du numerus clausus .....	58

4.2.4	Promotion de l'exercice en groupe .....	58
4.2.5	La coopération entre professionnels de santé.....	58
4.3	L'interprofessionnalité .....	59
4.3.1	Le renfort à la prise en charge de pathologies chroniques .....	60
4.3.2	La prévention primaire .....	62
4.3.3	Le soutien à la consultation.....	63
4.3.4	Prise en charge d'affections aiguës mineures.....	65
4.3.5	Les limites de l'interprofessionnalité et les axes de réflexions pour les dépasser .....	66
4.3.6	Mesures connexes pouvant renforcer l'offre de soins.....	74
5.	Discussion .....	80
5.1	Les forces de l'étude .....	80
5.2	Les limites de l'étude.....	80
	Biais liés à l'investigateur .....	80
	Biais d'informations .....	80
	Biais liés à l'échantillon .....	80
5.3	Discussion des résultats .....	80
5.3.1	Le généraliste français et l'interprofessionnalité.....	80
5.3.2	L'apport de l'interprofessionnalité dans les soins de 1ère ligne.....	87
5.3.3	Avenir et potentielles évolutions de l'interprofessionnalité.....	93
6.	Conclusion .....	96
7.	Bibliographie.....	97
8.	ANNEXES.....	102
	Annexe 1 :situation de la démographie médicale actuelle.....	103
	Annexe2 : liste des protocoles de coopération entre professionnels de santé nationaux autorisés.....	104
	Annexe 3 : mail-type adressé aux médecins.....	106
	Annexe 4 : guide d'entretien.....	107
	Annexe 5 : fiche de renseignements.....	108
	Annexe 6 : grilles analytiques de recherche qualitative RATS et COREG.....	109
	Annexe 7 : caractéristiques du regroupement médical selon les pays.....	112
	Annexe 8 : affiche « lutter contre les déserts médicaux ».....	113
	Annexe 9 : les modes de rémunération des médecins selon les pays.....	114
	Annexe 10 estimation du temps de travail hebdomadaire de généralistes.....	115
	Annexe 11 : la formation d'IPA.....	116
	Annexe 12 : guide de l'assistant médical.....	118

## 1. Introduction

La France est confrontée à une érosion du nombre de généralistes en activité (1). Ainsi le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) rapporte une diminution de 6500 médecins généralistes sur l'ensemble du territoire depuis 2010. Selon leurs prévisions, cette baisse devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2025, avec la perte d'environ 6000 généralistes supplémentaires. Toutes les régions françaises ne sont pas touchées dans les mêmes proportions par cette désertification.

Variations 2019-2020 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (%)

Région	Variation 2019-2020
Auvergne-Rhône-Alpes	-1,2%
Bourgogne-Franche-Comté	-0,9%
Bretagne	1,2%
Centre-Val-de-Loire	-2,8%
COM	3,0%
Corse	-1,3%
DOM	0,9%
Grand-Est	-1,7%
Hauts-de-France	-1,7%
Ile-de-France	-2,1%
Liste spéciale	-1,8%
Normandie	-1,8%
Nouvelle-Aquitaine	0,0%
Occitanie	-1,0%
Pays-de-la-Loire	0,4%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-1,1%
Total général	-1,0%

CNOM, Atlas de la démographie médicale, situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2020

La Normandie fait en effet figure de région particulièrement concernée. Ainsi en 2015, on estimait que seulement ¼ des départs de généralistes en Haute-Normandie d'ici 2022 seraient compensés (2). En se basant sur ces chiffres, il faudrait un apport de 700 généralistes d'ici 2022 pour compenser les départs. En observant les flux actuels, seulement 200 nouveaux généralistes devraient s'installer d'ici 2022 en Haute-Normandie. Parallèlement à ce constat s'ajoute la problématique d'une demande de soins en constante augmentation du fait de l'allongement de l'espérance de vie impactant lui-même la fréquence des maladies chroniques. De ces deux facteurs résulte une pression sur les soins de première ligne que la médecine de ville a de plus en plus de mal à gérer, et qui, à terme, fait craindre une dégradation de la qualité des soins.

Car ces chiffres sont à mettre en parallèle avec ceux de la mortalité sur le territoire normand. On observe en effet une surmortalité sur le territoire, expliquée par une surreprésentation des décès liés

aux suicides, à la consommation excessive d'alcool, et aux cardiopathies ischémiques, c'est-à-dire des pathologies où la prévention primaire joue un rôle déterminant sur la prévalence. Si les services de santé ne représentent qu'une partie des déterminants de santé, on ne peut ignorer un probable lien de cause-à-effet entre le déficit d'offres de soins et la surmortalité observée en Normandie (3).

En 2012 le pacte territoire-santé s'engageait à garantir l'accès au soin en particulier en déclinant une liste de mesures ayant pour objectif de favoriser la formation, et l'installation de nouveaux généralistes, ainsi que le maintien des professionnels déjà installés (4). On notera entre autres les aides financières à l'installation ou au maintien, les contrats d'engagements de service-public, la promotion des maisons de santé et de la médecine générale (engagement à fournir à l'étudiant en médecine au moins un stage en médecine générale dans sa scolarité), le salariat ou encore l'augmentation du *numerus clausus* et plus récemment sa suppression. Malgré ces mesures, l'érosion du nombre de médecins généraliste se poursuit (1).

Parmi ces mesures, se dégage une tendance récente amorcée en 2009 par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) : la coopération entre professionnels de santé (5). Ce concept a initialement pris la forme de protocoles de coopération infirmiers expérimentés dans un cadre hospitalier (6). D'abord délégation au personnel soignant d'actes techniques et de suivi, auparavant apanage des professions médicales, ces protocoles de coopérations voient leur aboutissement dans la création du statut d'Infirmière de Pratique Avancée (IPA) (7). Ce statut prend la forme d'une véritable spécialisation à part entière, permettant aux infirmiers diplômés d'état, après 2 années de formation pratique et théorique supplémentaires, d'exercer une forme innovante de travail interprofessionnel. En bénéficiant de compétences auparavant réservées au champ médical (entre autres compétences cliniques, diagnostiques et thérapeutiques), il peut assurer le suivi et la coordination des soins de patients chroniques stabilisés dans des domaines de la cancérologie, néphrologie, maladie psychiatriques ou cardio-vasculaires, et ainsi libérer du temps médical et renforcer l'offre de soins.

Si en France le recours à des infirmières aux compétences étendues comme solution d'élargissement de l'offre de soin reste marginal car récent, de nombreux pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) ont adopté depuis plusieurs années ces stratégies (8). On retrouve dans plusieurs pays, en particulier le Canada et les USA le statut de « nurse practitioner ». Ces infirmières au champ de compétence élargi, sont habilitées à délivrer des soins de première ligne de façon autonome, que ce soit en termes de prévention primaire et secondaire, mais concernant également la prise en charge de pathologie bénignes aiguës. Avec la spécialisation de « pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires », les Infirmières de Pratique Avancée françaises mettent un premier pied dans la médecine ambulatoire. Actuellement ces Infirmières de Pratique Avancée s'inscrivent dans la prise en charge de pathologies chroniques, en ville comme à l'hôpital. On peut imaginer dans le futur que ces dernières, avec le développement de leur rôle, prennent une place de plus en plus importante dans la médecine de ville, et à l'image des « nurse practitioner » anglo-saxonnes, qu'elles étendent leurs compétences à la prise en charge de pathologies aiguës bénignes.

Cependant, si chez nos voisins anglo-saxons ces pratiques sont installées et couramment admises depuis plusieurs dizaines d'années, elles posent plusieurs questions quant à leur application dans notre pays. Qu'en est-il de leur faisabilité, de leur relation avec le modèle du médecin traitant traditionnel, tant du point de vue organisationnel que social, de leur acceptation, ou bien encore de la forme que pourrait prendre leur exercice en ville ?

L'objet de ce travail est ainsi de recueillir l'avis des médecins généralistes de Normandie, territoire profondément touché par la désertification médicale, sur ces nouveaux professionnels de santé. Il

semblait en effet important d'analyser le point de vue de ces acteurs pivots du système de santé ambulatoire : comment perçoivent-ils cette nouvelle forme de coopération, comment imaginent-ils son application dans la médecine générale, et, in fine, considèrent-ils comme crédible une telle réponse à la demande de soins de plus en plus pressante ?

## 2. Contexte de l'étude

### 2.1 Origine des réflexions concernant les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé en France

En France, les réflexions concernant le partage des compétences entre professionnels de santé trouvent leur origine en 2003. La mission « démographie des professions de santé » (9), dirigée par le Pr Yvon Berland, dresse un état des lieux des effectifs des différentes professions de santé, et établit une liste de propositions, dont certaines ayant pour objectif la lutte contre la pénurie menaçant plusieurs professions de santé. Dans ces propositions, on retrouve entre autres : l'augmentation des différents *numerus clausus*, la mise en place d'observatoires des démographies des professions de santé, la collaboration entre médecins des secteurs privés et publics, la facilitation de l'exercice en groupe (en particulier dans les zones rurales). Parmi elles, se détache la thématique de l'évolution des professions de santé. Cette thématique émerge du constat d'un chevauchement dans les activités de plusieurs professions de santé, à l'origine de redondances « inutiles », donc « délétères », pour l'efficacité du système de santé. Cet état de fait est d'autant plus dommageable concernant les médecins dont la formation représente un investissement lourd, et qui doit être rentabilisé au mieux, en s'assurant que leur exercice se concentre sur leur socle de compétences, et ne soit pas dénaturé par des tâches périphériques. A cet effet, la délégation de certaines tâches apparaît ici comme une solution viable : le recours à des spécialités médicales ou paramédicales, pour la réalisation de certaines tâches, doit permettre en théorie, de libérer du temps médical pour la prise en charge de situations où les compétences des médecins sont indispensables.

Fort de ce constat, le ministre de la santé en exercice à l'époque, M. Mattei, charge en 2003 le Pr. Y. Berland d'une nouvelle mission nommée « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » (6). Elle a pour but de dresser une évaluation des possibilités offertes par la coopération entre professions de santé et des éventuels gains à en attendre. Sont alors conduites à partir de 2004 une série d'expérimentations en milieu hospitalier étudiant la faisabilité et l'efficacité du transfert des tâches. Elles se divisent en 3 domaines :

- La délégation d'actes techniques : réalisation de l'échocardiographie par un acteur paramédical, échographie par un manipulateur radio, infirmière spécialisée en explorations fonctionnelles digestives...
- Le suivi de maladies chroniques : reconduction chimiothérapie par une infirmière spécialisée, infirmière référente en neuro-oncologie, consultation diététique pour le diabète de type 2, infirmière en dialyse...
- Le dépistage et la prévention : nouveaux services de soins en cabinet de ville, entretien pré-don des donneurs de sang homologues par un professionnel infirmier...

Ces expériences seront source d'inspiration pour les différentes formes de coopération entre professionnels de santé qui existent actuellement en France (décrites en 2.3.2).

Si la délégation de tâches est un sujet d'introduction récente dans les réflexions conduisant les réformes du système de santé français, il n'en est pas de même à l'étranger. Les expériences conduites à partir de 2004, et les réformes qui en ont découlé, puisent leur inspiration dans l'observation des modèles étrangers, où la coopération entre professionnels de santé existe parfois depuis les années 60 (6), et a fait l'objet d'études variées. Ce partage de compétences a fait l'objet de modèles théoriques. Nous allons voir ci-après quels sont les principaux déterminants qui ont conduit à ce partage de compétences, et ce que l'observation des modèles étrangers nous enseigne sur les bénéfices réels relevés sur le terrain par les acteurs ayant participé à l'évolution de la répartition des compétences.



## 2.2 Les enjeux des nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé

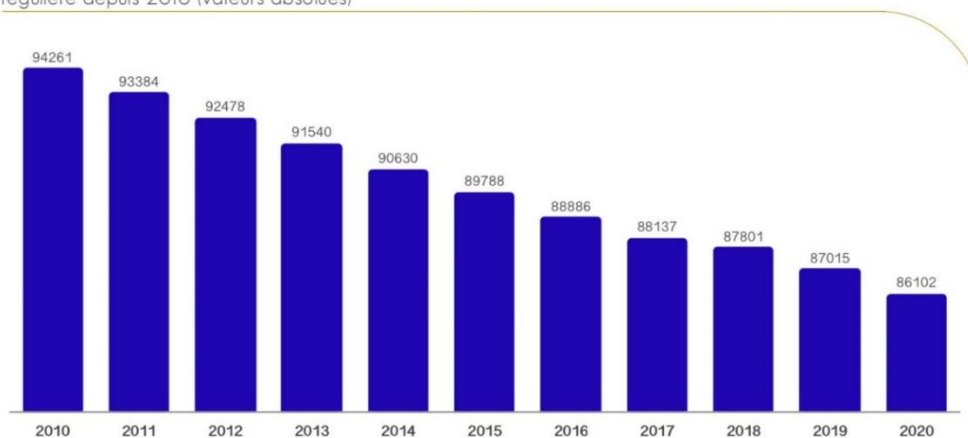
### 2.2.1 Comblent la pénurie de médecins

Le système de santé français se retrouve confronté à une demande de soins en constante augmentation, sous l'effet conjoint du vieillissement de la population, et de l'augmentation de la fréquence des pathologies chroniques.

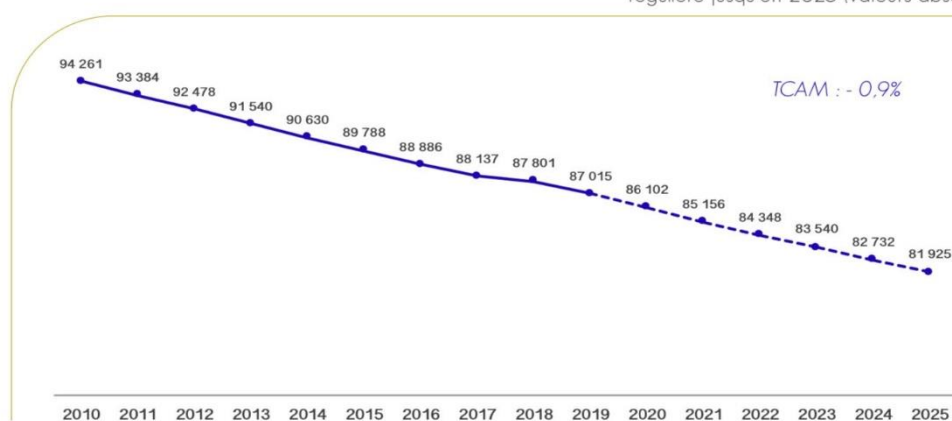
Face à cette demande croissante, le médecin généraliste reste en France le premier recours de la population.

Cependant, malgré un discret rebond du nombre total de médecins en France (+0,5% en 2018, (1)), les effectifs de généralistes en activité continuent de diminuer. Les analyses du CNOM (10) prévoient une poursuite de cette diminution jusqu'à l'horizon 2025.

Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)



Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues)



(10) CNOM, Atlas de la démographie médicale, situation au 1er Janvier 2020

La France n'est pas le seul pays de l'OCDE à devoir faire face à une demande accrue de soins. En effet, les Etats-Unis, le Canada, ont, dès les années 60, été confrontés à une pénurie de l'offre de soins dans les zones rurales. Une des solutions mises en place fut le transfert de compétences des médecins vers les infirmières, avec la création des infirmières praticiennes (8). Dédiées aux soins de 1<sup>ère</sup> ligne, ces IDE

possèdent des compétences étendues, cliniques, diagnostiques et de prescription, leur permettant de prendre en charge les affections aiguës mineures, mais aussi d'effectuer des missions de prévention primaire. La Grande-Bretagne prit un chemin similaire au milieu des années 70, et a réaffirmé cette stratégie en 2004, lors de la réduction du temps de travail des jeunes médecins, suite aux directives européennes (11).

Face à la pénurie de médecins, la France s'est à son tour engagée dans cette voie. Tout d'abord par des expérimentations au sein de l'hôpital à partir de 2004 (12), consistant en la délégation de tâches, auparavant apanage du corps médical, dans un cadre précis (par exemple réalisation d'échocardiographie par un acteur paramédical, consultation diététique pour le diabète de type 2 par une infirmière, ou encore expérimentation du rôle d'infirmière spécialisée en exploration fonctionnelle digestive).

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 pose le cadre juridique pour la création d'un nouveau mode d'exercice pour les IDE : le statut d'Infirmière de Pratique Avancée (13). Ce nouveau statut peut être vu comme l'aboutissement des précédentes expérimentations. L'Infirmière de Pratique Avancée devient ici un maillon supplémentaire dans le parcours de soin des patients qui peuvent bénéficier de ses compétences étendues. Ainsi, l'article R. 4301-1 stipule que « L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat » et « participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin » (14).

Concernant le champ de compétences des IPA, on se réfère à l'article R4301-3. Est reconnue entre autres l'aptitude des IPA à :

- « Conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique »
- « Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire »
- « Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et paraclinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux »
- « Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine »
- Prescrire
  - « des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 »
  - « des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine »
  - « des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine »
- « Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine »

L'IPA exerce dans des domaines bien délimités, dans lesquels sont circonscrites ses compétences. Elles sont définies par l'article R. 4301-2 :

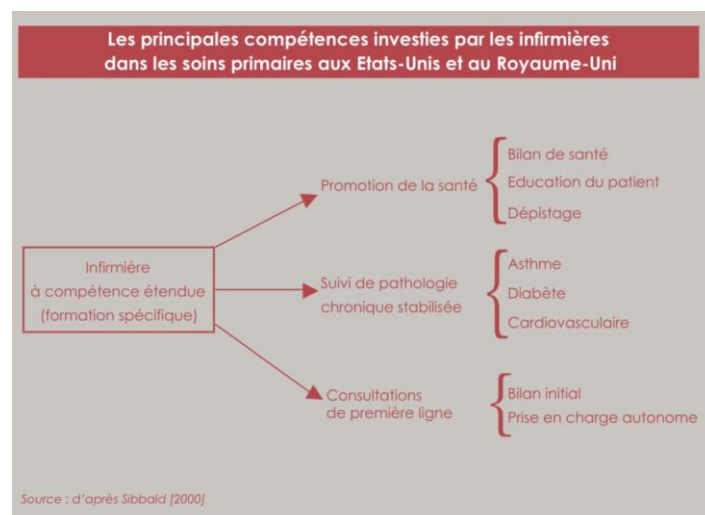
- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires. La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la santé
- Oncologie et hémato-oncologie
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale
- Psychiatrie et santé mentale

On observe ici que les domaines d'expertises des IPA sont circonscrits à la prise en charge de pathologies chroniques. Contrairement à leurs homologues américaines, elles n'ont pas pour vocation à être le premier recours du patient dans le parcours de soin. Ce que confirme en 2018 Florence Ambrosino, co-pilote du Gic-RéPASI (devenu l'Agence Nationale Française des infirmières en pratique avancée ANFIPA): « Quoi qu'il arrive, la ligne d'entrée demeure et demeurera le médecin. Le patient ne verra jamais pour une première consultation ou un premier traitement un ou une IPA » (15).

Cependant, les compétences que l'IPA acquiert au cours de sa formation (recueil d'anamnèse, examen clinique, prescription d'examen complémentaires, prescription de médicaments non soumis à prescription médicale) apparaissent comme tout à fait compatibles avec la prise en charge de patients pour ses affections aiguës bénignes, pour peu que ladite formation soit orientée en ce sens.

L'IPA est un statut récent, en évolution constante, comme l'atteste l'ajout du domaine de compétence « psychiatrie et santé mentale » en 2019 aux 3 spécialisations initialement présentes (16).

Ainsi, l'élargissement du domaine d'expertise des futures IPA aux soins de 1<sup>ère</sup> ligne, sur l'inspiration du modèle anglo-saxon, pourrait fournir une réponse à la baisse actuelle que connaît l'offre de soins.



(17) Midy, F. Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. s.l. : CREDES, 2003

### 2.2.2 Promouvoir la qualité des soins

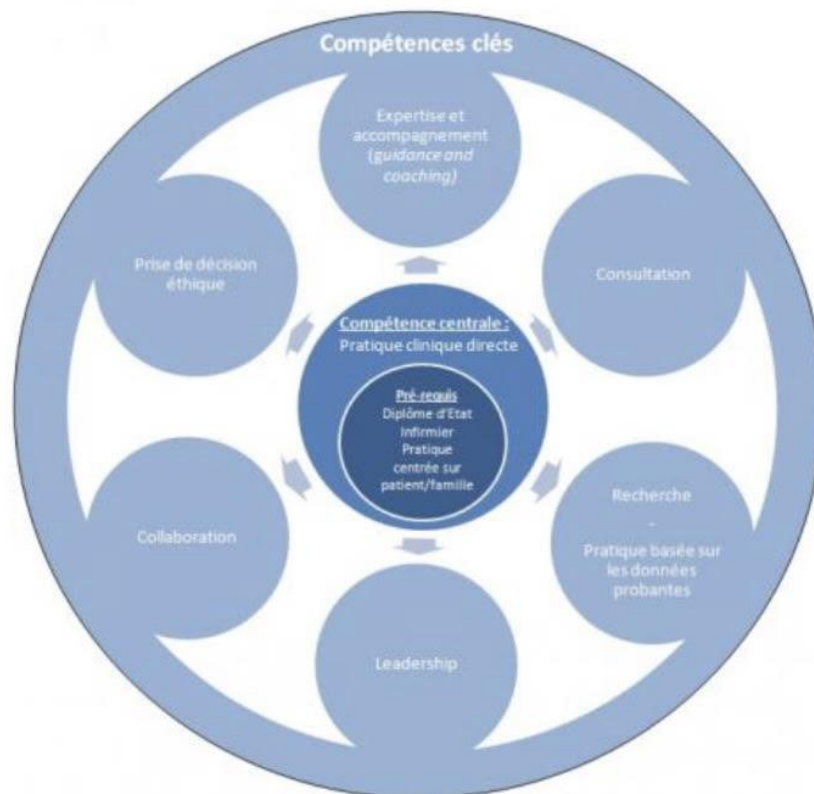
Si le vieillissement de la population entraîne une majoration de la demande de soins, il est aussi responsable d'une modification du profil type du patient, en relation avec l'augmentation des comorbidités, et un besoin majoré d'accompagnement.

Ainsi, l'offre de soins ne doit donc pas seulement s'élargir, mais aussi se diversifier pour s'adapter aux besoins d'une population en mutation. Et comme pour la problématique de la pénurie médicale, l'élargissement des compétences infirmières a été une des réponses évoquées dans certains pays étrangers (Royaume-Unis, Canada, Pays-Bas), afin de favoriser la prise en charge multidisciplinaire des patients.

Avec la création des IPA, la France s'est elle-même engagée sur cette voie. En élargissant le domaine de compétences des infirmières, le but n'est pas tant ici de déléguer des tâches antérieurement apanage des médecins, mais de fournir un éventail de savoirs à l'Infirmière de Pratique Avancée, lui permettant d'apporter sa propre vision, complémentaire de l'action des autres corps de métiers intervenant auprès du patient, et renforcer la prise en charge de ce dernier.

Ainsi Hamric et al (18) définissent les 7 compétences que mobilise l'Infirmière de Pratique Avancée dans son travail :

- La pratique clinique : caractérisée par un haut degré d'autonomie et la capacité à gérer des cas complexes. Selon les auteurs, le but de cette compétence clinique est l'obtention de la confiance du patient, ce qui constitue en soi une singularité.
- L'expertise et le conseil : rôle d'aide à la décision, planification, et mise en œuvre d'interventions de soins. L'IPA réalise le suivi individuel des patients, et l'évaluation des interventions réalisées. Elle a aussi un rôle de conseil auprès des équipes, pour qui elle est une personne ressource.
- La recherche : L'IPA identifie les problèmes cliniques, participe, et/ou coordonne des projets de recherche en sciences infirmières, dans un objectif global d'amélioration de la qualité des soins. Le but est d'amener sur le terrain des pratiques dont l'efficacité est éprouvée et documentée sur des données probantes. Cette compétence voit en particulier son expression dans le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée, catégorie spécifique dans les pratiques infirmières avancées. Ce rôle est né aux Etats-Unis dans les années 40, et avait pour but d'améliorer les pratiques infirmières dans une spécialité donnée, en s'appuyant sur l'expertise de ces infirmières. Leur rôle était de transmettre les recommandations de bonne pratique aux équipes soignantes, d'introduire l'innovation, et une démarche qualité dans les soins prodigués.
- La collaboration : L'IPA travaille en collaboration avec les médecins et équipe soignantes pour la prise en charge des patients évidemment, mais également lorsqu'il faut former une équipe projet dans le but de mener un projet de recherche.
- La prise de décision éthique : Le rôle de l'IPA est de promouvoir l'analyse critique et la réflexion éthique, pour qu'elles soient de plus en plus présentes dans la prise en soins des situations complexes par l'ensemble des acteurs de santé.
- L'expertise dans l'accompagnement du patient : Le patient est au centre de la prise en charge. L'IPA tient compte de ses choix et de sa volonté, dans le but de le rendre acteur de sa prise en charge, et ainsi obtenir la meilleure adhésion possible au projet de soin.
- Le leadership : ce terme ne sous-entend pas un lien hiérarchique avec les autres soignants, mais plutôt la capacité à inspirer et guider les pratiques des autres soignants, du fait de l'acquisition d'une expertise. Elle doit avoir un rôle de déclencheur de l'innovation par l'observation des pratiques, la reconnaissance des fenêtres d'amélioration, et l'application, en collaboration avec le reste de l'équipe soignante, des nouvelles pratiques.



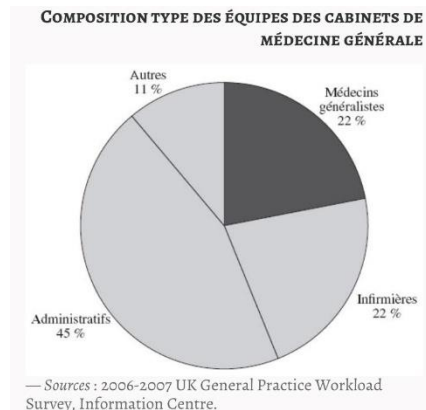
Rôle de l'Infirmière de Pratique Avancée d'après Hamric et al (18)

On voit ici que les compétences de l'Infirmière de Pratique Avancée ne sont pas un simple approfondissement des compétences usuelles d'une IDE, de même qu'elles ne constituent pas un échantillon de ce que pourrait faire un médecin. Elles forment une combinaison qui lui donne un statut à part entière. Ce statut est un maillon supplémentaire de la chaîne de soins qui vient la renforcer.

Ces infirmières sont d'introduction récente en France, mais on peut observer à l'étranger de quelles manières elles ont pu influencer l'offre de soins de 1<sup>ère</sup> ligne.

En Grande-Bretagne par exemple, les nurse practitioner jouent un rôle important dans la promotion de la santé. On les retrouve entre autres dans des walk-in center, situés dans des lieux de passage (centres commerciaux, métro), où elles peuvent prendre en charge des affections aiguës mineures (syndrome grippal, pilule du lendemain, traumatisme mineur, affection ORL...), mais réalisent aussi un bilan, réalisent une activité de promotion de la santé et d'information (renseigne sur les médecins, dentistes et pharmaciens de garde). De manière plus générale, le gouvernement anglais depuis 2004, a mis en place le new GP Contract, qui vise à encadrer de façon plus cohérente l'exercice des médecins généralistes. Le revenu du cabinet n'est plus conditionné par le nombre de généralistes employés, mais par le nombre de patients traités, ainsi que des objectifs de santé. Dans cette organisation, médecins et infirmières sont partenaires et coresponsables de l'activité du cabinet. Les Primary Care Trust permettent aux cabinets de recevoir des fonds supplémentaires, en fonction d'objectifs qualité (extension de services, critères de performance cliniques ou d'organisation du cabinet). Pour remplir ces nouvelles missions, les cabinets de groupe ont eu recours de façon étendue aux Infirmières Diplômées d'État (IDE). La promotion de la santé a été le champ principal investi par les infirmières aux compétences étendues (éducation, bilan de santé, dépistage). On peut citer, par exemple, l'obligation faite au généraliste de proposer à tous ses patients de plus de 75 ans un bilan de santé portant sur la continence, l'autonomie, le dépistage de troubles cognitifs, la mobilité : dans 37% des cas, ce bilan a été majoritairement réalisé par les infirmières du cabinet, et dans 25% des cas, il a été réalisé à parts

égales entre généraliste et infirmière. Concernant le suivi des pathologies chroniques, l'influence des infirmières a même été au-delà, et a abouti à une réorganisation de leur prise en charge de ces pathologies. L'accent a été mis sur un suivi proactif qui mise sur le fait d'aller au-devant du patient, à son domicile, plutôt que d'attendre de le recevoir au cabinet, afin de diversifier les services proposés au patient et d'établir une complémentarité médecin/infirmière.



(19) **SIBBALD, Bonnie.** Transfert de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationale". *Revue française des affaires sociales*. 2010

Au Québec, les Infirmières de Pratique Avancée se sont vu attribuer un rôle majeur dans la réorganisation des soins de première ligne débutée en 2000. Dans le but d'offrir un meilleur accès aux soins ont été créés les Groupes de Médecine de Famille (GMF). Ces GMF sont constitués d'une dizaine de médecins généralistes travaillant en collaboration avec des infirmières praticiennes et cliniciennes. Ils sont ouverts 7j/7 et 24H/24, et leurs activités touchent au champ du préventif, du curatif, et de la réadaptation. L'infirmière est un des éléments pivots de ces GMF : ces compétences sont étendues et recouvrent les domaines de la prévention, de la promotion, du dépistage, de gestion de cas, de liaison avec les CLSC (Centres Local de Santé Communautaire, dont l'action est surtout dirigée vers la prise en charge des usagers vulnérables et la délivrance de services médicaux et infirmiers pour le maintien à domicile des personnes âgées ou dépendantes), et les services de deuxième ligne, ainsi que du suivi systématique des soins infirmiers des patients vulnérables. En plus de libérer du temps médical pour permettre aux généralistes de se concentrer sur les activités requérant leurs compétences propres (diagnostic, prescription, soins), le suivi renforcé et l'activité de liaison entre professionnels de santé permise par les infirmières de pratique avancées doivent permettre de diminuer les recours aux urgences. Russell et al en 2009 (20) comparaient la prise en charge de maladies chroniques (HTA, diabète, suivi post-infarctus, coronaropathie) entre 137 cabinets de soins primaires : il apparaît que le suivi était de qualité supérieure dans les cabinets où travaillait au moins une Infirmière de Pratique Avancée (on ne retrouvait pas, cependant, de différences concernant les résultats de santé des patients, comme par exemple l'hémoglobine glyquée).

En Finlande, le modèle du médecin généraliste travaillant conjointement avec une Infirmière en Pratique Avancée a montré des résultats positifs quant à une meilleure prestation d'éducation de la santé, et de suivi de routine des patients par les Infirmières en Pratique Avancée. Les patients ont ressenti qu'ils recevaient des services utiles de « l'infirmière de famille », sur une base plus régulière, et qu'ils sont davantage capables de suivre et gérer leur état de santé, en particulier les personnes avec des maladies chroniques (21).

Aux Pays-Bas, une expérimentation a été conduite (22) lors de laquelle des Infirmières de Pratique Avancée ont été détachées pour aider des médecins généralistes volontaires, dans le suivi de patient BPCO, asthmatiques, atteints de cancers ou de démence séniles. Elles n'avaient pas de rôle de

prescription, mais assuraient un suivi comportant la réalisation de tests diagnostiques, l'évaluation de l'état de santé du patient, la coordination des soins, le soutien aux familles et des visites à domicile à caractère préventif. Cette étude n'a pas démontré de baisse de la charge de travail des médecins, contrairement à d'autres données de la littérature. Ceci peut s'expliquer, entre autres, par le fait que l'introduction d'un nouveau rôle infirmier impose la réorganisation de l'équipe de soins possiblement chronophage. Malheureusement, un éventuel bénéfice sur l'état de santé des patients n'a pas été étudié...

Exemples de pratiques développées à l'étranger			
	Substitution entre médecin et infirmière	Substitution entre spécialistes et généralistes	Autres types de substitution
Australie	En cours de développement <i>Prescription infirmière limitée</i>		
Canada	Oui dans certaines provinces <i>Prescription infirmière limitée</i>	Limitée	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié
Royaume-Uni	Consultation infirmière Support téléphonique <i>Prescription infirmière limitée</i>	Expérimentation d'une prise en charge du diabète par des généralistes	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié
Allemagne	Projet « Mettre l'accent sur la coopération interdisciplinaire » <i>Pas de prescription infirmière</i>		
Irlande	En cours de développement		
Pays-Bas	Expérimentations en cours <i>Pas de prescription infirmière</i>	Expérimentations en cours	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié Ophtalmologistes/opticiens Gynécologues/sages-femmes
Suède	Dans certains domaines spécifiques <i>Prescription infirmière limitée</i>	Anesthésie, diabète, asthme	
États-Unis	Oui dans certains États <i>Prescription infirmière limitée</i>		

(23) Calman, J. et L. Buchan. *Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles*. Paris : OCDE, 2005.

On voit ici comment les IPA peuvent améliorer la qualité des soins, en particulier dans le domaine de la prévention primaire, grâce à des pratiques innovantes, et dans une logique où l'on ne se substitue pas au médecin, mais où l'on complète son activité dans une volonté d'exercice en groupe.

### 2.2.3 Réajuster le socle des compétences des soignants

En octobre 2019 paraît le livre blanc infirmier, résultat d'une Grande consultation infirmière ayant recueilli la voix de plus de 20000 infirmiers à l'échelle nationale.

Parmi les principales propositions, le besoin de « Faire évoluer la profession » ressort comme une « priorité ».

A l'origine de cette demande vient le constat d'un « glissement de tâches ». Confrontés aux restrictions financières, et au déficit de la démographie médicale, les infirmiers sont de plus en plus contraints à pallier un défaut d'organisation, par la réalisation de tâches en dehors de leur cadre juridique de compétences.

Il existe donc actuellement un décalage entre les compétences reconnues aux infirmiers, et la réalité des tâches qu'ils effectuent au quotidien. Ce décalage engendre un risque juridique pour l'infirmier.

Il est également à l'origine d'un sentiment d'injustice chez les infirmiers, qui se voient contraints d'accepter « ce glissement de tâches », afin de fournir les meilleurs soins aux patients, mais pour lequel ils ne sont pas reconnus ni sur le plan légal ni financièrement.

Parallèlement à ce phénomène, on note également, pour les soignants depuis 2012, l'introduction de la notion de Développement Professionnel Continu (Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux), et ce, afin d'améliorer la qualité des soins.

En effet, dès 1974, l'OMS recommande à ses pays membres la création d'organismes permettant une formation continue, se basant sur les besoins et demandes. Cette demande se construit sur le constat d'une période de changements accélérés rencontrés par ses pays membres, et qui obligent le système de santé à s'adapter, en se réorientant vers les soins primaires, afin de garantir la santé pour tous, malgré une dégradation des conditions socio-économiques.

De même lors de son parcours professionnel, l'IDE connaît différentes affectations et autant de spécialités dont les besoins sont spécifiques. L'expérience acquise pour répondre à ces besoins, par la pratique, ou par les formations dispensées, entre autres, dans le cadre du développement professionnel continu, nécessite d'être valorisée.

La réforme de la formation en soins infirmiers de 2009 démarre le processus d'universitarisation de la filière infirmière. En 2004, le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC) faisait part de ses réflexions concernant cette universitarisation, et ce qu'elle pourrait apporter à la profession. Aujourd'hui, ce processus a ouvert un accès à la recherche permettant de réfléchir, et d'améliorer les pratiques, mais aussi de conduire des expérimentations, et d'offrir aux infirmières des formations visant à approfondir leurs compétences, ou faire reconnaître celles acquises tout au long de leur carrière (Validation d'Acquis des Expériences-VAE).

Il a été précédemment évoqué la nécessité de revoir le décret des compétences infirmières. La filière universitaire infirmière s'impose comme l'outil qui permet d'institutionnaliser cette révision.

A cet effet, la mise en place des pratiques avancées infirmières et leur reconnaissance en tant que Master en est l'une des expressions les plus abouties de cette universitarisation, et un grand pas en avant vers la reconnaissance des compétences réelles des soignants. Elle leur permet, par un diplôme, de valoriser leurs acquis, les compléter au cours de leur formation, et à terme, d'investir le champ de la recherche lors de leur exercice d'Infirmière de Pratique Avancée.



#### 2.2.4 Le point de vue économique

En théorie économique, les protocoles de coopération sont analysés du point de vue de l'efficacité technique (24). En d'autres termes, l'idée est, soit de rechercher le meilleur rendement en partant d'un pool de ressources donné et limité, soit de conserver le même rendement en mobilisant la plus petite quantité de ressources nécessaires. Du point de vue de la santé, l'idée est d'observer de quelle façon la modification de l'attribution des tâches aux différents professionnels de santé modifie les coûts et la qualité des soins.

Ainsi, le contrôle des dépenses de santé apparaît comme un autre argument motivant la promotion des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. En effet, ces dépenses ont tendance à augmenter parallèlement avec l'évolution des technologies, et l'accroissement des maladies chroniques et comorbidités d'une population vieillissante. L'idée est ici, de transférer certaines tâches, autrefois apanage de professions « élevées » hiérarchiquement (les médecins), et donc chères, vers les professions de rang « intermédiaire » (ici les Infirmières de Pratique Avancée) moins onéreuses.

L'ampleur de la réduction des coûts imputable aux nouveaux protocoles de coopération infirmiers est sous-tendue par au moins 5 facteurs (23) :

1. Les différences de revenus entre les infirmières en pratique avancée et les docteurs
2. La différence de "productivité" entre les infirmières en rôle avancé et les médecins (mesurée, par exemple, par le nombre de consultations par heure ou par jour)
3. Le type et le volume d'activités qui sont réellement transférés aux infirmières en rôle avancé et la question de savoir si ces activités demandent encore la supervision d'un médecin
4. Les « coûts indirects » liés à toute différence dans la prescription de tests médicaux ou de médicaments supplémentaires (lorsque les infirmières en rôle avancé ont en charge de telles responsabilités)
5. Le coût supplémentaire lié à la formation initiale ou continue des infirmières en pratique avancée

Quelques études illustrent l'impact de ces facteurs sur une possible réduction des coûts.

Ainsi en 2000, Venning et Al (25) comparaient le coût d'une infirmière praticienne versus celui d'un généraliste, concernant la prise en charge de patients requérant une consultation le jour même. Étaient pris en compte le coût des salaires du professionnel de santé, de ses prescriptions (examens complémentaires et prescriptions médicamenteuses), et d'une éventuelle consultation de contrôle à 2 semaines). Cette étude ne retrouvait pas de différence significative de coût entre les 2 types de praticiens, malgré une différence de salaire. Les auteurs évoquaient comme explication, hormis le manque de puissance de l'étude, un temps de consultation plus élevé chez les infirmières, un nombre d'examen prescrits plus important, ainsi qu'un nombre de consultations de contrôle à J15 supérieur chez ces mêmes infirmières. On ne retrouvait par contre pas de différences entre les attitudes thérapeutiques de prescriptions des 2 types de praticiens, et l'état de santé des patients dans les 2 groupes après consultation.

En 2002 Salisbury et al (26) publient les résultats de leur évaluation des walk-in centers aux Royaume-Unis. Ils émettent plusieurs doutes concernant l'efficacité de ces centres. En effet, les moyens déployés nécessaires à la prise en charge rapide de problèmes de santé mineurs, rendent le coût des consultations supérieur à ceux des cabinets de médecine générale (sans compter là encore un temps de consultation plus long car menée par une infirmière). De même, du point de vue de l'efficacité

technique, on peut s'interroger sur l'intérêt de mobiliser une partie non-négligeable des ressources limitées des systèmes de santé à la prise en charge de troubles, par définition, résolutive d'eux-mêmes. De même, la majorité de la population ayant recours à ces services est celle des personnes qui apprécient l'accessibilité des centres (situés dans des lieux de passage type métro ou centres commerciaux), et leur large amplitude horaire. Or, cette population est celle des gens qui travaillent ou font des courses, une catégorie de la population à faible risque de problèmes de santé, à l'opposé des plus âgés, personnes à mobilité réduite, ou des malades mentaux. Enfin, concernant une possible réduction de la charge de travail des autres services de santé (en particulier SAU), il n'a pas été prouvé de retentissements significatifs laissant penser aux auteurs que ces centres auraient tendance à répondre à une demande auparavant non gérée, plutôt que de se substituer en partie aux autres services de santé : ils craignent ainsi une surmédicalisation des problèmes de santé mineurs.

Si le cas des walk-in centers reste spécifique, un certain nombre des limites évoquées ici reste intéressant à garder en tête quand on étudie la question économique des protocoles de coopération sous l'angle de la substitution généraliste/infirmière.

L'autre champ économique par lequel doivent être étudiés les protocoles de coopération concerne les cas où les IPA investissent un nouveau rôle, en particulier dans la prévention, ou le suivi de pathologies chroniques.

Ainsi au Québec, les GMF dédient aux IPA un rôle majeur dans la prévention et le suivi des populations fragiles. L'étude de l'impact économique du suivi de ces patients fragiles par les IPA des GMF, a révélé une diminution des hospitalisations et consultations aux urgences par ces patients. Une économie chiffrée à 79\$/an et par patient mais qu'il faut mettre en perspective des coûts liés au maintien de ces services estimé à 76\$/an et par patient. Si le gain résultant de 3\$/an et par patient est ici évalué comme non significatif par les auteurs, on voit ici que la mise en place de services à destination des patients fragiles reste viable économiquement et souhaitable pour leur santé (réduction des hospitalisations et consultations au SAU). (27)

En plus de la prévention en soins primaires, certaines études ont cherché à analyser l'impact qu'auraient des IPA investissant un champ de la médecine peu représenté en soins de 1<sup>ère</sup> ligne, ou difficilement accessible.

Ainsi Albers-Heitner et al en 2012 (28), ont étudié les conséquences économiques de l'implication d'une IPA dans les gestions de l'incontinence chez les patients. Le surcoût dû à l'implication d'un intervenant supplémentaire dans le circuit habituel de soins était mis en perspective avec l'amélioration de la qualité de vie des patients, ainsi que la réduction potentielle des coûts sociaux (baisse de productivité, achat de protections urinaires...). Les auteurs observaient ici une amélioration de la qualité de vie des patients (EuroQol, Qaly) dans le groupe où intervenait l'IPA. L'étude concluait que le surcoût engendré par l'emploi de l'IPA restait négligeable à l'échelle des dépenses de santé générales quand on le rapportait aux gains constatés, et concluait en faveur de l'implication des IPA.

En Angleterre, Kernick et al en 2000 (29) ont étudié l'intérêt d'introduire dans le circuit de soins primaires une infirmière de liaison en dermatologie, en partant du postulat que les troubles dermatologiques étaient souvent sources de handicap pour les patients, et les généralistes anglais peu au fait de leur prise en charge. L'étude ici ne prenait pas en compte les coûts sociaux, mais seulement la substitution infirmière-généraliste, en s'interrogeant sur la pertinence de libérer du temps médical en allouant les consultations dermatologiques à des infirmières spécialisées, plutôt qu'à des généralistes, plus onéreux. Il n'était pas retrouvé ici de différence significative concernant la DLQI (Dermatology Life Quality Index) ou l'EuroQol, entre le groupe relevant des généralistes, et celui relevant des IPA, malgré un contrôle clinique et qualitatif en faveur du groupe IPA. Cette absence de

résultats illustre la difficulté à évaluer correctement l'intérêt économique du partage de compétences. Kernick et al en 2002 (24) soulevaient déjà les obstacles à ce type d'étude qu'ils imputaient en partie à la nature même du partage de compétences. Ils listaient comme réserves :

- Les difficultés à trouver dans la littérature, à un niveau de preuves suffisant, la portion exacte de tâches déléguables à une infirmière sans baisse d'efficacité de la prise en charge.
- Le polymorphisme par lequel ce partage de compétences peut se manifester, qui requiert donc de déterminer les types d'organisation les plus efficaces.
- Le lien fait entre rémunération et responsabilités. S'il est admis que la rémunération moindre des infirmières s'explique par un cursus universitaire plus court que celui des médecins, et moins de responsabilités, on s'attend à ce que cette rémunération augmente avec l'élargissement des compétences et responsabilités l'accompagnant. Une évaluation économique efficace se conçoit en s'assurant que l'utilisation des compétences est optimale en regard des coûts et des exigences de santé.

De manière générale, et bien que souvent mise en avant, les gains économiques potentiels à mettre au crédit des protocoles de coopération restent difficiles à évaluer. Ainsi en 2017, l'institut Cochrane (30) publiait une revue de la littérature concernant la substitution infirmière/médecin dans les soins de 1<sup>ère</sup> ligne. Il est relevé que l'évaluation économique de la substitution effectuée dans 9 études ne retrouve pas de différence significative dans les coûts. De plus l'hétérogénéité des méthodes d'évaluation ne permet pas de méta-analyse. Ainsi pour l'institut Cochrane, l'intérêt économique de la substitution infirmière/médecin dans les soins de 1<sup>ère</sup> ne dispose qu'un niveau de preuve très faible.

## 2.3 Coopération entre professionnels de santé appliquées aux soins de 1<sup>ère</sup> ligne

### 2.3.1 Ce que l'on peut en attendre en médecine générale

La répartition des compétences entre professionnels de santé (« skill mix » chez les anglo-saxons) reste propre à chaque pays et relative à l'organisation de leur système de santé. Par conséquent, les facteurs motivant l'altération de cette répartition de compétences sont également propres à chaque pays. Les résultats des expérimentations et évaluations les concernant ne sont donc pas directement transposables au système français, mais servent de base de réflexion. La lecture des revues de la littérature nous renseigne en particulier sur des tendances globales se dégageant d'un pays à l'autre.

Ainsi en 2004, Sibbald et al (31) publient une revue de la littérature visant à étudier l'efficacité des modifications du « skill mix », ou répartition des tâches, dans les équipes de soins au Royaume-Uni. En effet, confronté à la demande grandissante en soins et la nécessité de maîtriser les coûts, le Royaume-Uni a lancé des réformes dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience de son système de santé. Cette amélioration passe, entre autres, par une réorganisation de ses équipes de santé. Dans cette étude sont définies 4 méthodes permettant de modifier la répartition des compétences :

- L'amélioration/diversification : on élargit le socle de compétences d'une catégorie de personnel, donnant ainsi plus de profondeur à leur champ d'activité.

- La substitution : échanger un type de travailleur avec un autre pour un type de tâche, ou diviser la tâche entre 2 groupes de travailleurs.
- La délégation : transférer des tâches auparavant apanage d'une profession vers une autre.
- L'innovation : créer de nouveaux métiers par l'introduction d'un nouveau type de travailleur.

Ce modèle est théorique et dans les faits certaines méthodes sont privilégiées. S'intéressant plus particulièrement au cas des soins de 1<sup>ère</sup> ligne F. Midy (CREDES) (17) dégage 2 tendances dans sa revue de littérature de 2003 (et constatées de manière similaire par B. Sibbald dans le cas de la Grande-Bretagne) :

- la délégation/substitution
- la diversification

La délégation/substitution a été expérimentée en 1<sup>er</sup> lieu aux Etats-Unis et au Canada dès les années 60. Elle a été motivée par une volonté de rationalisation du système de soins, autrement dit de recherche d'efficacité collective et de gain de productivité. Elle a débouché sur la création de nouveaux métiers : nurse practitioner et physician assistant. Le Royaume-Uni a également eu recours à ce type de partages de compétences en développant en particulier les walk-in centers. Là encore on retrouvait comme principales raisons à ce développement, une volonté d'efficacité couplée à un besoin de répondre à un accès au soin limité (3% des postes de généralistes était vacants en Angleterre en 2003 ).

La diversification concerne la création de nouveaux services dans les soins primaires. Elle se traduit, principalement, par deux formes. On peut proposer un nouveau service grâce au recrutement de spécialistes qui offrent alors des consultations auparavant réalisées à l'hôpital. Cette problématique concerne moins la France que, par exemple, le Royaume-Uni, dont de nombreux spécialistes et consultations étaient, avant les années 90, présents surtout à l'hôpital. Dans le second cas, le cabinet diversifie son offre en développant de nouvelles compétences chez les professionnels en place, avec pour objectif principal la création de consultations dédiées à une maladie chronique, et la mise en place d'actions de prévention, d'éducation et de promotion à la santé.

A l'échelle française, les problématiques qui ont animé les politiques de santé dans le secteur des soins primaires relèvent principalement de l'accès aux soins, comme en témoigne la mission de recherche sur la coopération entre professionnels de santé dont a été chargé le Pr Berland en 2004 (6).

B. Sibbald (32) identifie 3 domaines principaux dans les soins primaires investies par les infirmières aux compétences étendues à travers le monde :

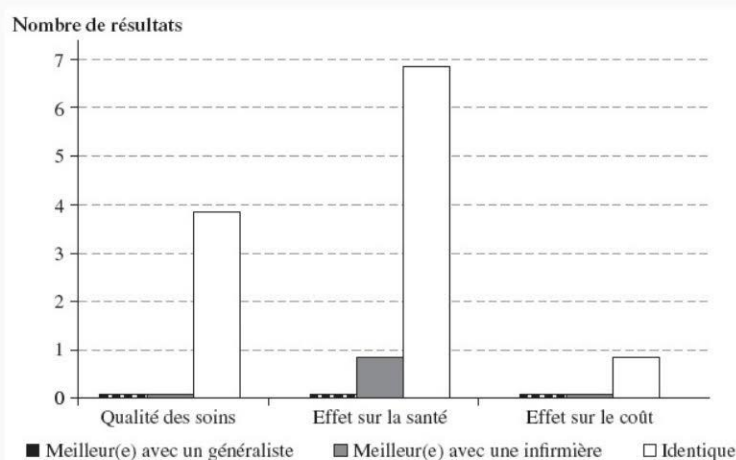
- La promotion de la santé : bilan de santé, éducation, dépistage, en accord avec des protocoles.
- Le suivi de pathologies chroniques : avec au premier rang l'asthme, le diabète et les problèmes cardio-vasculaires.
- Les consultations de première ligne : orientation et/ou la prise en charge de patients non diagnostiqués avec des problèmes indifférenciés.

Les consultations infirmières de première ligne et le suivi de pathologies chroniques représentent le domaine qui a été le plus largement évalué au cours du temps. Les premières études évaluant la substitution d'un médecin par une infirmière remontent aux années 70 (33). Depuis, plusieurs essais

multicentriques randomisés ont été conduits. La lecture de ces essais et des revues de la littérature les compilant (30) (17) nous enseigne plusieurs points :

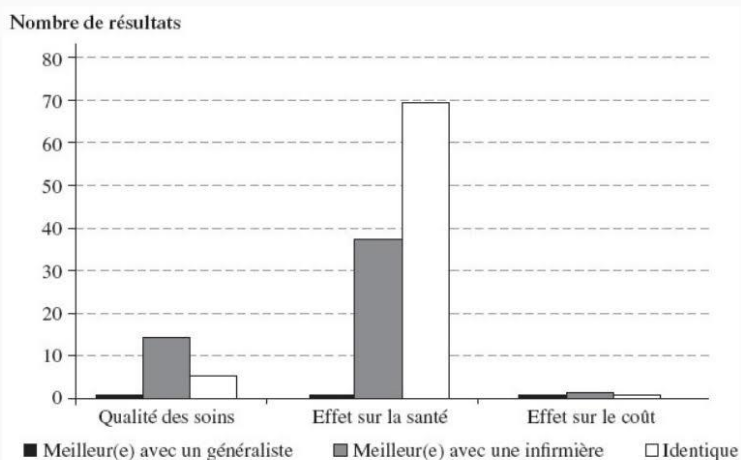
- Il n'est pas retrouvé de différences dans les pratiques des infirmières par rapport au corps médical concernant les prises en charges d'un même problème : les prescriptions, recours aux urgences, le nombre de visites et la qualité des soins sont similaires. Il est cependant observé dans plusieurs études un recours plus grand aux examens complémentaires chez les infirmières.
- Le taux de satisfaction des patients au sujet de la prise en charge est globalement supérieur à celui chez les médecins. Les 2 principaux facteurs reliés à cette différence semblent, pour les auteurs, être un temps de consultation plus long d'une part et une meilleure communication des recommandations thérapeutiques par les infirmières d'autre part.
- Dans le suivi des maladies chroniques, les indicateurs tels que la pression sanguine, l'hémoglobine glyquée ou l'observance aux traitements sont également supérieures chez les patients bénéficiant de consultations infirmières dédiées à condition cependant qu'une approche proactive soit privilégiée en contactant directement le patient pour lui proposer ce suivi spécifique. On note aussi une redistribution de la charge de travail dans les cabinets avec un nombre moindre de consultation en urgence chez le médecin pour décompensation chez les patients asthmatiques.

### ÉVALUATION DE LA SUBSTITUTION DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES



— Sources : Résultats de quatre études : Laurant M. *et al.* (2010), *Revision of Professional Roles and Quality Improvement: a Review of the Evidence*, Radboud University Nijmegen, The Health Foundation.

## COMPLÉMENTARITÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES



— Sources : Résultats de dix-sept études : Laurant M. *et al.* (2010), *Revision of Professional Roles and Quality Improvement: a Review of the Evidence*, Radboud University Nijmegen, The Health Foundation.

(23) **Calman, J. et L. Buchan.** *Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles.* Paris : OCDE, 2005.

Ces résultats sont cependant à relativiser. Comme le notent B. Sibbald (34) dans sa revue de littérature ou encore le Pr Berland (6) on dispose de peu d'études avec une méthode rigoureuse (taille des échantillons, choix des indicateurs) ce qui fragilise les conclusions que l'on peut en tirer. De même généraliser les résultats de ces études est impossible car beaucoup d'études ont été réalisées dans les années 70-80 et sont donc sujettes à l'obsolescence, de plus les systèmes de soins et donc les organisations entre les différents acteurs de santé sont propres à chaque pays.

### 2.3.2 Les différentes formes de partage de compétences en France

#### 2.3.2.1 Les protocoles de coopération entre professionnels de santé

Les protocoles de coopération ont été initiés en 2009 dans la loi HPST. Ils sont définis par l'article 51 de cette loi comme suit : « Par dérogation, les professionnels de santé (cités à l'article L. 4011-1 du CSP) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient ».

Ce que l'on trouvait déjà en 2004 dans la mission du Pr Berland « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » où, pour étudier l'intérêt du partage de compétences, ont été mises en place diverses expérimentations de transfert de tâches. Ces expérimentations sont lancées dans le cadre de la loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004 et formalisées par 2 décrets d'applications (décembre 2004 avec la création de 5 projets et 30 mars 2006 avec 10 nouveaux projets). L'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) conclut en juillet 2006 au sujet des 5 premiers projets d'expérimentations que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins ». On note d'ailleurs qu'un de ces projets portant sur la collaboration ophtalmologiste/orthoptiste a débouché sur une modification de la législation. Ainsi l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale permet aux orthoptistes d'exercer sous la

responsabilité d'un médecin ou sur ordonnance. De plus il stipule que « les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de seize ans et sauf opposition du médecin ». L'article 51 de la loi HPST s'inspire des pratiques mises en œuvre pour constituer ces projets et les formalise afin de créer des protocoles de coopération à titre pérenne et non plus seulement expérimentaux.

#### Qui peut conclure un protocole de coopération ?

Toutes les professions suivantes sont potentiellement concernées :

aide-soignant	auxiliaire de puériculture	chirurgien-dentiste
conseiller génétique	diététicien	ergothérapeute
gynécologue	infirmier	manipulateur en électroradiologie médicale
masseur-kinésithérapeute	médecin	opticien lunetier
orthophoniste	orthoptiste	prothésiste, orthésiste
pédicure-podologue	pharmacien	psychomotricien
sage-femme		

Le code de santé publique précise que les combinaisons suivantes sont envisageables :

médecin > infirmier
pédiatre > sage-femme
médecin > pharmacien
gynécologue > médecin généraliste

(35) **Fabregas, B.** coopérations interprofessionnelles: explications. *infirmiers.com*. [En ligne] 30 Novembre 2020. [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com).

L'article 66 de la loi de transformation du système de santé du 24 juillet 2019 renforce les protocoles de coopération en simplifiant leur mise en œuvre. Il opère la distinction entre protocoles de coopération locaux (cadre réglementaire en cours) et nationaux. Pour piloter ces derniers il crée un comité national des coopérations interprofessionnelles. Ce comité publie des Appels à Manifestations d'Intérêt (AMI) sur une thématique contribuant aux objectifs de la politique de santé (comme par exemple la réalisation du bilan de santé des enfants âgés de 3 à 4 ans en école maternelle par l'infirmier puériculteur de PMI). Les équipes volontaires y répondent sur un formulaire en ligne. Elles sont ensuite sélectionnées par le comité pour rédiger le protocole. Le protocole est rédigé avec son modèle économique appuyé par le comité, les Conseils Nationaux professionnels (CNP) et les Ordres concernés. L'assurance maladie étudie le modèle économique et donne son avis sur le financement du protocole. L'HAS reçoit ensuite le protocole consolidé pour avis. Après avis favorable de l'HAS, un arrêté ministériel est pris pour autoriser le protocole sur tout le territoire. Enfin les équipes volontaires pour mettre en œuvre le protocole se déclarent en ligne. Elles doivent tous les ans fournir les indicateurs de suivi du protocole de coopération ainsi que signaler tout évènement indésirable.

Il existe actuellement 28 protocoles au niveau national. 5 concernent les soins de 1<sup>ère</sup> ligne, et plus particulièrement les soins ambulatoires non programmés (cf annexe 2) et incluent entre autres :

- La prise en charge de l'odynophagie par l'IDE ou le pharmacien (avec possibilité de réaliser un TROD et de prescrire si besoin la molécule adaptée)
- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'IDE ou le pharmacien.
- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'IDE ou le pharmacien.
- Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par IDE ou le pharmacien

Ces protocoles s'inscrivent ici dans une logique déjà constatée dans les pays anglo-saxons de prise en charge de pathologies aiguës mineures par des professionnels de santé autres que les médecins. Ils permettent de diminuer la tension sur les cabinets de médecine générale que représentent les demandes de consultation pour le jour même. La faisabilité et l'efficacité de ce type de transfert de tâches a largement été documentée et valide cette approche. Il faut cependant noter 2 éléments qui amenuisent ce bilan. Premièrement plusieurs études ont noté que si la délégation aux IDE de ce type de pathologies ne représente pas de perte d'efficacité par rapport à une prise en charge médicale, la diminution du nombre de consultations de ce type au cabinet du médecin est souvent bien moins nette et pose la question de la validité de cette approche. Avec comme risques une surmédicalisation de troubles dont la majeure partie seraient spontanément résolutifs et une possible perte de ressources financières et humaines. Ressources qui pourraient elles-mêmes être mieux employées dans d'autres secteurs de la santé. Deuxièmement, ces protocoles concernent des champs à chaque fois très réduits et doivent être mis en place un par un. Ceci alourdit considérablement leur déploiement et ne permet de gérer qu'une partie réduite de l'éventail des consultations pour pathologies bénignes.

### *2.3.2.2 Le dispositif Action de Santé Libérale En Equipe (ASALÉE)*

Le dispositif ASALÉE a été créé en 2004 dans le cadre de la mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » menée par le Pr Berland. Il a pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par la collaboration entre généraliste et IDE. Cette collaboration prend la forme d'un transfert aux IDE d'ASALÉE de certaines tâches de prévention primaire, de dépistage et de suivi antérieurement réalisées par les médecins généralistes.

En 2011 le dispositif ASALÉE se pérennise dans le cadre des protocoles de coopération de l'article 51 de la loi HPST. Les infirmières participant à ce protocole bénéficient de 112h de formation minimum théorique (concernant l'éducation thérapeutique, l'utilisation du système d'information ASALÉE et la réalisation d'actes dérogatoires) et pratique (compagnonnage). À l'issue de cette formation, elles sont habilitées à mener :

- Des activités de dépistage de troubles cognitifs et de bronchopneumopathie chronique obstructive chez le patient tabagique.
- Les suivis de deux pathologies chroniques : diabète et maladie cardio-vasculaire
- Réalisation de certains actes techniques : électrocardiogramme, spirométrie et examen du pied au monofilament.

Ces activités ne sont pas figées, mais amenées à s'étendre. À cet effet, 3 nouveaux protocoles sont à l'étude pour renforcer le dispositif : suivi de l'obésité, suivi de l'insuffisance cardiaque et suivi des personnes âgées à domicile.



La mise en place de ce dispositif ASALÉE a 3 objectifs :

- Améliorer la qualité des soins de premier recours, en particulier les maladies chroniques
- Répondre aux tensions toujours plus aiguës sur la démographie médicale
- Se maintenir dans un cadre d'efficacité des nouvelles organisations ou de nouveaux protocoles, autrement dit l'objectif est que le dispositif ASALÉE s'autofinance indirectement par les économies de soins qu'il permet de réaliser en renforçant la prévention primaire.

Le dispositif ASALÉE a fait l'objet d'une évaluation concernant ces objectifs. Ainsi, au sujet de l'amélioration de la qualité des soins dans le suivi des maladies chroniques qu'il pourrait apporter, Bourgueil et al (36) ont montré qu'il existait un bénéfice clinique dans le suivi des patients diabétiques de type 2, en particulier quand des activités d'ETP sont menées. Au sujet des questions de soutien à la démographie médicale, l'Institut de Recherche et Documentation de l'Economie de la Santé (IRDES) a retrouvé chez les médecins inscrits dans le dispositif ASALÉE une augmentation de leur patientèle de 6 à 7% sans pour autant retrouver d'augmentation dans le nombre de consultations ou visites à domicile réalisées. Ces résultats vont donc dans le sens des bénéfices théoriques attendus. Le dispositif ASALÉE peut donc être vu comme un exemple d'application en France d'une nouvelle forme de coopération entre professionnels de santé dans le domaine de la prévention primaire et promotion de la santé.

#### *2.3.2.3 Les infirmières de pratiques avancées*

Les pratiques avancées infirmières sont définies par le Conseil International Infirmier (CII) comme faisant référence « aux services et aux interventions de santé renforcés et étendus, assurés par des infirmières qui, grâce à des compétences avancées, influent sur les résultats des soins de santé cliniques et dispensent des services de santé directs à la personne, aux familles et aux collectivités ».

Cette définition caractérise les pratiques avancées infirmières par :

- Le but : la volonté ici est d'étendre et renforcer l'offre de soins
- Les moyens : l'acquisition par l'infirmier de compétences avancées afin d'influer les soins de santé
- Les cibles : la prise en charge est aussi bien individuelle que familiale et même collective

Une Infirmière de Pratique Avancée (IPA) a acquis, grâce à une formation complémentaire, une base de connaissances spécialisées, des capacités perfectionnées en matière de prise de décision et des compétences cliniques pour une pratique infirmière plus étendue, dont les caractéristiques dépendent du contexte dans lequel elle est accréditée à exercer ses fonctions.

Le CII distingue 2 types d'infirmières de pratique avancée :

- L'infirmière clinicienne spécialisée
- L'infirmière praticienne

L'infirmière clinicienne spécialisée s'inscrit dans un champ particulier de la médecine (santé publique, pédiatrie, gériatrie...). Elle intervient auprès de patients dont le diagnostic a déjà été posé, et qui présentent des situations de soins complexes. Son expertise clinique en soins infirmiers lui permet également d'intervenir auprès d'équipes soignantes où elle remplit des missions de transfert de connaissances reposant sur l'utilisation de données probantes dans la pratique et conduit des projets d'amélioration de la qualité conforme à sa mission d'introduction de l'innovation et du changement.

L'infirmière praticienne au contraire a une pratique généraliste. Elle est à même d'intervenir auprès de toutes sortes de populations. Elle fait figure le plus souvent de premier recours pour des patients dont le diagnostic n'a pas encore été posé. Elle est à même de poser un diagnostic (qui bénéficie autant de son regard d'infirmière que de ses compétences de clinicienne) et de proposer un projet thérapeutique grâce à son accès à la prescription. Elle sait également repérer les patients dont l'état clinique nécessite un avis plus spécialisé et les réoriente le cas échéant.

Le modèle français s'inspire de ces deux types de pratique pour en élaborer une hybridation. Il est cependant plus proche du modèle de l'infirmière clinicienne. En particulier l'IPA française s'inscrit dans une spécialité médicale (oncologie, maladies chroniques stabilisées, dialyse ou psychiatrie), et intervient auprès de patients dont le diagnostic a déjà été posé et le suivi encadré par une équipe médicale. Son mode d'exercice reste principalement hospitalier dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires. On note également que son pouvoir de prescription est limité aux examens complémentaires ou au renouvellement de prescription médicale (avec éventuellement des adaptations possibles en concertation avec l'équipe médicale).

Ainsi, en considérant ces faits, l'exercice de ces IPA dans les soins de première ligne semble plus limité que leurs homologues à l'étranger. La spécialité « pathologies chroniques stabilisées et polyopathologies courantes en soins primaires » permet d'assurer le suivi de pathologies chroniques et devrait s'inscrire comme un renfort de choix dans la prise en charge des maladies chroniques en ville. Cependant ces IPA n'ont pas vocation, contrairement aux infirmières praticiennes, à la prise en charge en premier recours de patients en ambulatoire. Ce dernier volet reste actuellement, au regard des systèmes de transferts de tâches disponibles en France, le mode d'exercice traditionnel de pratique avancée le moins investi. Seuls les protocoles de coopération ont investi ce domaine mais de manière seulement parcellaire.

### 3. Méthodologie

#### 3.1 Population et échantillon :

##### 3.1.1 Echantillonnage théorique

###### *3.1.1.1 Représentativité de l'échantillon*

Les méthodes qualitatives ayant pour fonction de comprendre plus que de mesurer (37) la notion de représentativité statistique n'a pas de sens. Elle est remplacée par la construction progressive de l'échantillon, à la recherche d'une diversité. L'objectif n'est donc pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu, une caractéristique ou une expérience particulière à analyser, afin de refléter la diversité au sein d'une population donnée. L'échantillonnage repose donc sur le jugement du chercheur pour le choix de personnes qu'il jugeait intéressantes en raison de leurs caractéristiques (richesse d'opinions et d'expériences sur le sujet) et des buts de l'étude.

###### *3.1.1.2 Taille de l'échantillon*

En conséquence, la taille des échantillons est volontairement réduite par rapport à une étude quantitative. Ce n'est pas la taille de l'échantillon qui comptait mais sa qualité. En effet, les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires (38). Le nombre de cas n'est pas fixé à l'avance. On utilise la notion de saturation théorique pour établir le nombre de sujets à inclure. Le recueil et l'analyse se faisant en même temps, on continue les entretiens jusqu'à la saturation des données.

##### 3.1.2 Population étudiée

La population cible était constituée de 12 médecins généralistes de Haute Normandie. La saturation des données a été atteinte au bout du neuvième entretien.

###### *3.1.2.1 Présentation de l'échantillon*

Afin de répondre aux critères de diversification, les participants à notre étude ont présenté des caractéristiques variées :

- De sexe masculin et de sexe féminin
- D'âges différents
- De lieux d'exercice différents, milieu urbain, semi urbain ou rural
- Exerçant en libéral, dans des cabinets de groupe, en MSP ou isolés
- Ayant des situations maritales différentes
- Exerçant depuis un nombre d'années différent
- Ayant l'expérience ou non de l'interprofessionnalité

médecins  
généralistes  
N=12

Sexe	hommes	4	
	femmes	8	
Age	30 à 40 ans	6	
	40 à 50 ans	2	moyenne d'age
	50 à 60 ans	2	46 ans
	+ 60 ans	2	de 31 à 66 ans
Situation familiale	en couple	9	
	célibataire	3	
	enfants à charge oui	6	
	non	5	
Distance par rapport au cabinet	< 5 km	3	distance
	5 à 10 km	4	moyenne
	10 à 20 km	1	12,5 km
	> 20 km	3	de 1 à 40 km
Lieu d'exercice libéral	urbain	6	
	semi urbain	3	
	rural	3	
Années d'exercice en libéral	< 5 ans	2	expérience
	5 à 15 ans	6	moyenne
	15 à 30 ans	3	13,6
	> 30 ans	1	de 1 à 36 années
Age d'installation en libéral	< 30 ans	1	âge moyen
	30 à 35 ans	9	33 ans
	> 35 ans	2	de 29 à 49 ans
Expérience senior en hôpital	oui	2	
	non	10	
Mode d'exercice	isolé	3	
	cabinet de groupe	5	
	MSP	4	
Secrétariat sur place	oui	9	
	non	3	
Charge horaire par semaine *consultations			charge moyenne
	< 30h	3	31,5 heures
	30 à 40 h	5	de 20 à 60 heures
*administratif	< 5h	6	charge moyenne
	5 à 10h	5	5,33 heures
	>10h	1	de 1 à 12 heures
Examens complémentaires pratiqués au cabinet	- ECG	5	
	-tests audiométriques	4	
	-EFR	4	
	-échographies		
	-tests cognitifs	9	
	-autres		
	polygraphie ventilatoire	2	
	Mini-doppler	1	
	gynécologie	6	
	infiltrations	1	
	mobilisations	1	
dépistage visuel	2		

La moyenne d'âge pour les femmes était de 40.25 ans contre 57.5 pour les hommes.

Les hommes déclaraient travailler en moyenne 55h en consultations contre 32.25 pour les femmes, et consacrer 5 heures en moyenne à l'administratif contre 5.62 heures pour les femmes.

### 3.1.2.2 Mode de recrutement

La liste de ces médecins a été essentiellement obtenue par contacts de bouche à oreille, (par démarchage auprès des instances) et en utilisant la technique de proche en proche consistant à demander aux personnes interrogées le nom d'autres personnes dans la même situation qu'elles.

Les personnes étaient d'abord contactées par messagerie électronique (cf annexe) puis par téléphone avec leur accord, afin de convenir d'un rendez-vous.

### 3.1.2.3 Éthique

S'agissant d'une étude de pratiques professionnelles nous étions dans un contexte hors loi Jardé. Nous n'avons pas sollicité de comité d'éthique ni de comité de protection des personnes. Seul le consentement oral des participants a été recueilli.

## 3.2 Matériel et méthode

### 3.2.1 Type d'étude

#### 3.2.1.1 Comparaison des méthodes qualitatives et quantitatives

Les méthodes qualitatives, développées à partir des années 1920, ne sont pas en concurrence avec les méthodes quantitatives. Elles répondent à des problématiques différentes. L'analyse quantitative cherche à tester une hypothèse à travers une série de mesures, souvent dans un contexte expérimental, le but étant de conclure sur l'hypothèse initiale. Il s'agit donc d'un raisonnement hypothético-déductif, où le point de départ est une hypothèse supposée assurée. (39). Sa méthode vise à attribuer aux résultats un certain niveau de fiabilité et de reproductibilité (40). L'analyse qualitative, à l'inverse, vise à créer des hypothèses lorsqu'un domaine est mal connu, elle aboutit à une classification qui pourra ensuite être explorée par l'approche quantitative (40). La méthode qualitative a davantage vocation à comprendre les significations que les individus donnent à leur propre vie et à leurs expériences. Il s'agit d'analyser des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observable des personnes (41) dans leur milieu naturel. Ainsi, dans l'approche qualitative, le raisonnement préconisé est l'induction contrairement à l'approche quantitative qui privilégie la déduction. L'induction peut être définie comme « l'action qui conduit à la découverte d'une hypothèse lors de l'analyse des données à partir d'une intuition et la vérification des qualités heuristiques de cette hypothèse pour déterminer si elle peut servir d'explication pour un événement, une action, une relation ou une stratégie » (39).

#### 3.2.1.2 Choix de la méthode la plus adaptée

Notre choix s'est porté, en raison du thème abordé, sur une méthode de recherche par entretien car elle se prêtait difficilement à une exploration par questionnaire. En effet, notre travail avait pour objectifs :

- De recueillir le ressenti des généralistes concernant l'impact sur leur pratique de la pénurie de soins et des politiques de santé menées pour y remédier
- D'aborder plus particulièrement avec eux le thème de l'interprofessionnalité mis en avant récemment par ces politiques de santé en traitant les points suivants :
  - L'expérience qu'ils faisaient de cette interprofessionnalité jusqu'à maintenant
  - Les champs de la médecine générale où ce type de coopération pouvait être le plus bénéfique à leur pratique
  - Comment intégrer au mieux ces nouvelles pratiques interprofessionnelles dans les soins de première ligne

- Les réserves qu'ils pouvaient avoir au sujet de l'interprofessionnalité en particulier au regard de la position traditionnelle centrale du généraliste dans le système de santé
- Les mesures à promouvoir en dehors de l'interprofessionnalité (parfois prioritairement) pour soutenir l'exercice des généralistes

### 3.2.2 Mode de recueil

Pour réaliser cette étude qualitative, la technique de l'entretien a été choisie, car elle permet de comprendre le sujet à partir d'interprétations des données récoltées lors des témoignages.

L'entretien de recherche est réalisé par un enquêteur qui conduit et enregistre les données, l'objectif étant d'obtenir un discours linéaire sur le thème choisi de la part de la personne interrogée (38). Le but de l'entretien est de découvrir l'état d'esprit de la personne interrogée, en gardant le plus de neutralité possible et en évitant d'imposer ses propres suppositions. Ainsi, le chercheur doit rester ouvert à la possibilité que les concepts et les hypothèses qui émergent de l'entretien puissent être très différents de ceux qui avaient pu être prévus au départ. C'est également une possibilité d'explorer, au cours d'une conversation d'égal à égal, les non-dits, les contenus implicites et le ressenti.

Il existe trois types d'entretiens dans la méthode de recueil d'informations d'une étude qualitative :

-L'entretien libre, uniquement guidé par le discours de la personne interrogée.

-L'entretien dirigé qui s'apparente à un questionnaire standardisé.

-L'entretien semi dirigé qui se base sur un guide d'entretien flexible avec des questions ouvertes. Il permet une situation d'échange et de rencontre et non simplement un prélèvement d'informations. Il se révèle être une méthode particulièrement bien adaptée à notre travail de recherche. Il permet en effet d'aborder les thèmes sous la forme de conversation. Les questions étant toujours ouvertes, les idées s'expriment autour des différents thèmes au fil de la discussion, laissant place à la spontanéité.

C'est ce type d'entretien qui a été privilégié dans cette étude. Chaque médecin a été interrogé au cours d'un entretien individuel semi dirigé.

#### 3.2.2.1 Le guide d'entretien

Le guide sert à structurer l'entretien et les interventions de l'enquêteur sans diriger le discours. C'est une invitation au récit (MinuteClinic Walk-In Health Clinic Offering | CVS Health [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://cvshealth.com/about/our-offerings/cvs-minuteclinic>). Il doit donc être élaboré de manière souple afin d'ouvrir les champs de réflexion. Ainsi, il est organisé autour de grands thèmes qui sont les domaines à explorer. L'enquêteur doit les connaître sans avoir à les consulter. Le guide d'entretien n'est, en effet, pas un questionnaire : les formulations ne peuvent pas être standardisées mais doivent être faites dans le "style oral". Le chercheur doit veiller à ne pas se laisser enfermer dans son guide. Ainsi, l'ordre d'évocation des différents thèmes peut varier, il s'adapte au discours de chacun afin de préserver la fluidité et la spontanéité des paroles. De même,

l'enquêteur peut, tout comme la personne interrogée, s'écartier du guide pour approfondir une idée, et doit savoir rester ouvert à des thèmes abordés qui n'apparaissent pas initialement dans le guide, mais qui pourront permettre de faire évoluer l'enquête. Ainsi, le guide d'entretien n'est pas figé et des thèmes supplémentaires peuvent y être introduits au fur et à mesure que le chercheur se familiarise avec le sujet. La réalisation du guide suppose la formulation de postulats servant de fil conducteur au recueil des données et à la phase de questionnement (38).

Un guide d'entretien a donc été réalisé à partir d'informations retrouvées dans la littérature (cf annexe 4).

L'entretien individuel plutôt qu'un entretien de groupe dit « focus group » semblait le plus adapté, afin d'éviter l'influence d'un tiers ou la peur du jugement par un autre confrère, et ainsi permettre une réponse plus libre.

L'anonymat du médecin était garanti.

### 3.3 Recueil des données

La grille de qualité pour la recherche qualitative COREQ avait été consultée et utilisée pour la rédaction de cette thèse. (en annexe 6 )

Le cadre extérieur influençant beaucoup le déroulement des entretiens, il a donc été réfléchi au préalable. Il a semblé nécessaire de le décrire ici pour mieux comprendre le contexte :

- le lieu : lieu d'exercice du professionnel de santé : cabinet
- le moment : la date et l'heure des entretiens ont été choisies en fonction des disponibilités de chacun, afin de les réaliser dans les meilleures conditions.
- les durées variables sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

durée des entretiens	
E1	47'39
E2	39'52
E3	43'22
E4	52'20
E5	32'49
E6	50'04
E7	34'31
E8	36'49
E9	38'47
E10	45'53
E11	39'17
E12	74'
<b>temps total</b>	<b>532'83</b>
<b>moyenne</b>	<b>44'40</b>
<b>médiane</b>	<b>41,37</b>

Chaque entretien s'est initialement déroulé sur le même procédé. Après de courtes présentations de l'objet de l'entretien (un travail de thèse) et du sujet et objectif de l'étude, et après l'orientation du consentement oral pour l'enregistrement et l'utilisation de données anonymisées, les intervenants ont été informés de la transcription écrite des entretiens. Le respect de l'anonymat a bien été mis en avant. Au cours de l'entretien, il a s'agit de préciser les différents thèmes du guide, de la façon la plus naturelle possible, en fonction du discours des participants. La relance et la reformulation ont été les méthodes les plus utilisées. Les stratégies d'écoute et d'intervention n'ont pas été fixées à l'avance.

Les conversations ont été enregistrées dans leur intégralité à l'aide d'un dictaphone.

A la fin de l'entretien, les médecins et l'investigateur remplissaient une fiche de renseignements pour caractériser le médecin et son exercice libéral (cf annexe). Pendant ce temps, l'enregistrement par dictaphone continuait, dans l'éventualité où le médecin aurait souhaité ajouter de nouveaux éléments de réponse à l'entretien.

### 3.4 Retranscription des données :

Tous les entretiens ont été retranscrits par écrit par l'investigateur sur ordinateur via le logiciel Microsoft Word.

Ils ont été retranscrits in extenso, c'est-à-dire en totalité, mot pour mot, en toute objectivité, pour constituer le verbatim, base de données pour la suite de l'étude. Aucune « adaptation » n'a été apportée à la retranscription afin de conserver le rythme de la pensée et la spontanéité du sujet interrogé. Les hésitations, les silences, émotions (colère, excitation, rires etc.) ont donc été précisés

L'anonymat des médecins a été préservé en leur attribuant un numéro selon l'ordre de réalisation des entrevues (E+ numéro).

Des éléments géographiques et noms cités dans les entretiens auraient pu permettre d'identifier certains médecins interrogés, c'est pourquoi ils ne figurent pas dans les verbatim.

### 3.5 Analyse des données :

L'analyse de ces entretiens a été réalisée en suivant les étapes de la théorisation ancrée : chaque retranscription est codée fragment par fragment dans un tableau Excel, afin de mettre en lumière l'essentiel de chaque entretien puis d'établir une liste de catégories à partir de cette codification. En mettant en relation et en réorganisant ces données, les thèmes principaux émergent. Le schéma d'interaction élaboré, en phase de consolidation et de modélisation, s'est fait en reliant l'ensemble de ces thèmes . Il a par la suite facilité la construction du plan de cette thèse. Une double lecture a été effectuée pour le codage des trois premiers entretiens permettant la triangulation des données.

La lecture intégrale de chaque entretien a été réalisée par deux personnes distinctes afin de permettre une 2ème analyse indépendante et confirmer sa validité .

Différents thèmes abordés ont été surlignés ou annotés dans la marge.

Puis chaque entretien a été codé en regroupant les thématiques principales, une analyse de contenu avec traitement « manuel » de données d'entretiens a été privilégiée. (Codage, comptage des unités d'enregistrement et de numération. Traitement des données. ) (42) .



### Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux méthodes qualitatives et l'analyse de contenu

Processus intellectuels fondamentaux (Mucchielli, 2006)	Analyse de contenu
<p><u>Comparaison</u> :</p> <p>Échantillonnage, constitution du corpus, délimitation et recueil des cas, délimitation du champ des observations à faire, recherche d'analogie par ressemblance/dissimilitude, repérage des éléments ayant quelque chose en commun.</p>	<p>Choix des documents. Lecture du corpus pour dégager les dissimilitudes et ressemblances des unités d'enregistrement pour la constitution ou l'application des catégories.</p>
<p><u>Catégorisation</u> :</p> <p>Procédé de comparaison -généralisation menant à des catégories, repérage de constantes sous-tendant les phénomènes, thèmes redondants ayant un sens par rapport à la question de recherche et à sa résolution. Formulation de la ressemblance des éléments structuraux du tout en généralisant ce que les éléments ont de commun.</p> <p>Comparaison des échanges récurrents se ressemblant par analogie.</p> <p>Catégorisation-vérification.</p> <p>Généralisation des propriétés de faits multiples, extraction des éléments fondamentaux généraux constituant l'ossature des phénomènes, extraction des propriétés significatives d'une classe d'objets.</p> <p>Vérification de la catégorisation.</p>	<p>Opération de catégorisation des éléments du corpus, constitution des indicateurs.</p> <p>Vérifications.</p>
<p><u>Mise en relation</u> :</p> <p>Recherche de relations, dégager des relations entre les catégories, recherche de totalité, recherche de causalité circulaire, mise en relation des activités communicationnelles, recherche des configurations de relations dans une configuration d'ensemble.</p> <p>Vérification de la mise en relation</p>	<p>Codage, comptage des unités d'enregistrement et de numération.</p> <p>Traitement des données</p>
<p><u>Synthèse compréhensive ou invention de forme et de sens</u> :</p> <p>Formulation de l'analyse, Résultat explicatif global concernant le fonctionnement du phénomène, abstraction généralisante.</p>	<p>Interprétation et inférence des résultats.</p>

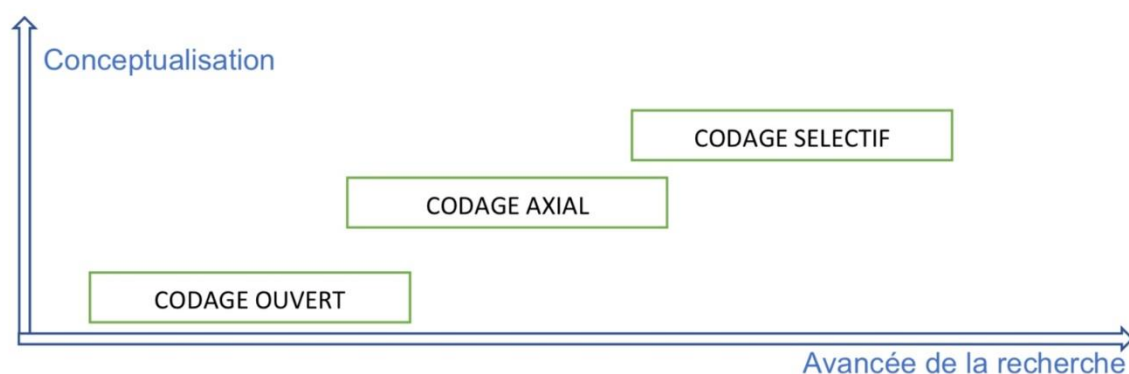
(42) *L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels.* Wanlin, P. s.l. : Association pour la recherche qualitative, 2007. Bilan et perspectives de la recherche qualitative.

L'analyse des données a été réalisée en 3 temps selon les principes de la théorie ancrée (Grounded theory). A l'aide d'un tableau Excel, nous avons tout d'abord réalisé :

un codage ouvert à partir de l'analyse des verbatim permettant la création de « codes » ou « étiquettes ».

-ensuite, le codage axial : consistait à regrouper les différents codes ouverts en plusieurs catégories principales. (Propriétés, sous catégories)

-Enfin, après la catégorisation, un encodage matriciel ou sélectif a été réalisé permettant la mise en lien des idées entre les différentes catégories et codes ouverts pour aboutir à la construction d'un modèle.



(43) Lejeune, C. *Manuel d'analyse qualitative*. s.l. : De Boeck Supérieur, 2019.

Le codage est là pour constituer ces séries . Les séries reposent sur des ressemblances. Le codage est fondamentalement un travail de réflexion sur des systèmes possibles de ressemblances.

Chaque unité de sens découpée peut renvoyer – et renvoie généralement en pratique – à plusieurs catégories ou noms. Le codage, dès lors, doit être multiple ou plurinominal. Les éléments de sens doivent être rapprochés d'autres éléments de sens selon des systèmes de ressemblances distincts.

Le codage multinominal a permis d'étiqueter chaque unité de sens, au besoin, en des termes différents et hiérarchisés. L'intérêt est de rechercher les ressemblances et les différences, « le genre le plus proche et la différence spécifique » entre les unités de sens.

Nous avons utilisé un codage ouvert qui est un codage conduit selon une procédure ouverte et inductive puisque la grille d'analyse n'est pas définie au départ mais elle est élaborée à partir du verbatim. Le codage ouvert permet, à l'aide des questions du guide d'entretien ou des thèmes de l'étude, de repérer les sous-ensembles « les sous-catégories » dans le texte en les soulignant. Ces sous-catégories peuvent correspondre à des idées de base, à des aspects spécifiques de thèmes plus généraux ou à des mots ou des morceaux de phrases. C'est souvent le cas dans les études réalisées par les professionnels ou par les chercheurs qui se réclament des théories enracinées (44)

Une fois les entretiens codés, nous avons introduit les codes et leurs extraits associés dans un tableur (Microsoft Excel) . Nous avons alors recherché des régularités. De ces régularités nous avons dégagé plusieurs thématiques que nous allons analyser au chapitre suivant.

## 4. Résultats

### 4.1 Pénurie d'offre de soins

La première catégorie abordée concernait la pénurie d'offre de soins avec 2 axes qui se dégageaient autour de ce thème :

- la manière dont elle impactait les généralistes dans leurs pratiques
- les éléments qu'ils considéraient être à l'origine de cette pénurie

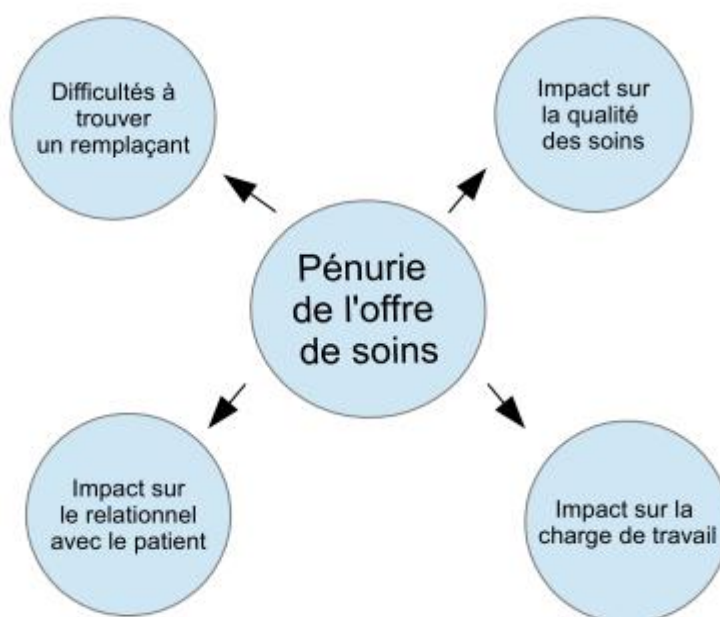
#### 4.1.1 Impact de la pénurie de soins sur l'exercice des généralistes

La pénurie d'offre de soins n'impacte pas seulement les patients mais aussi les médecins. Les généralistes interrogés faisaient part de la manière dont ils étaient impactés dans leur activité quotidienne par cette pénurie.

- L'impact le plus important constaté concernait la charge de travail
  - « les 2 médecins ici sont décédés : 46 et 51 ans, de surmenage. Je me retrouve tout seul pour 4000 patients » E1
  - « J'ai une liste d'attente... C'est ce qui me gêne le plus. C'est la surcharge oui, liée à la désertification médicale » E2
- Ils relevaient également une majoration des consultations de patients polypathologiques qui compliquait la prise en charge. De même les difficultés rencontrées par les patients pour consulter résultait souvent en la concentration des motifs de consultation.
  - « Quand vous avez un patient polypathologique avec un diabète, une hémochromatose, une hypertension et un 4ème problème délicat, cette personne là c'est ¾ d'heure, faut être clair » E4
  - « Ils viennent parce que, je ne sais pas moi, ils ont mal au genou et puis en même temps « tiens depuis deux jours j'ai un peu mal à la gorge, vous ne pouvez pas me donner... ? Enfin vous voyez les trucs comme ça, ou le renouvellement de pilule en même temps qu'une autre pathologie » E5
  - « donc ils ont tendance à grouper et finalement on aggrave, c'est un peu le cercle vicieux Ils n'ont pas de rendez-vous du coup ils groupent et du coup les consultations sont plus compliquées Donc ça dure plus longtemps et ce n'est pas forcément plus efficace » E7
  - « Parfois c'est un diabète, une bronchite chronique. Ensemble déjà c'est long alors si en plus il se rajoute d'autres problèmes, à un moment on ne suit pas le diabète ni la bronchite chronique » E9
  - « Donc c'est rare d'avoir des gens, dans nos patients habituels, de voir une personne qui vient pour un rhume uniquement et qui ne demande pas autre chose. Ça peut arriver quand on est remplaçant mais après en général ils viennent pour plein de trucs » E11

- De nombreux généralistes considéraient également que cette pénurie d'offre de soins pesait sur la qualité des soins qu'ils pouvaient délivrer
  - « Comme il y a de moins en moins de spécialistes on se dit à chaque fois que l'on demande quelque chose c'est 3 à 4 mois, ça devient ingérable et on a non seulement l'impression d'être un peu débordé, mais surtout de mal faire son travail » E1
  - « Moi ce qui me gêne le plus c'est le fait que pour prendre rendez-vous avec moi, pour me voir, sauf en aigu, et encore, même en aigu c'est des fois compliqué » E2
  - « La désertification de (ville) c'est vraiment ici que je la touche du doigt. Il y a des gens qui n'ont pas vu de médecin depuis X temps, des parents qui n'ont pas trouvé de médecin pour leur enfant, c'est terrible » E4
  - « Oui, pour des patients qui ont des gros dossiers, on ne traite qu'une partie de la question souvent, ou on ne traite pas bien une partie de la question, ou on leur demande de revenir mais ils ne reviennent pas. Parce que on n'a pas de rendez-vous rapide. » E6
  - « Ils n'ont pas de rendez-vous du coup ils groupent et du coup les consultations sont plus compliquées. Donc ça dure plus longtemps et ce n'est pas forcément plus efficace » E7
- Certains relevaient également un effet sur le relationnel avec leurs patients
  - « sinon les gens qui prennent rdv on leur donne rdv à 3 semaines. Facilement 3 semaines/1 mois. Voilà, tout le monde râle » E2
- Des difficultés à trouver des remplaçants avec des généralistes qui craignent de s'absenter et « abandonner » leur patientèle.
  - « Je pense que quand on aime son travail on a du mal à partir comme ça sans avoir de solution de rechange pour nos patients pour le suivi. Donc c'est ça qui est compliqué » E6
  - « Il y a la difficulté quand on n'est pas là, que ce soit pour de la formation, pour l'aménagement de temps personnel, pour des vacances, à se faire remplacer » E7
  - « On galère déjà à trouver des remplaçants, des médecins n'en parlons même pas » E8

### Conséquences de la pénurie de l'offre de soins



#### 4.1.2 Les causes perçues par les généralistes à cette pénurie

Les interlocuteurs revenaient également sur les causes de cette pénurie. Si la démographie médicale déclinante revient logiquement comme première cause, certains médecins pointaient également d'autres causes surajoutées.

- Le manque d'attractivité des zones rurales

« S'installer en campagne c'est... moi je sais parce que j'ai remplacé pendant 7 ans c'est moins rémunérateur qu'en ville » E1

« Après je crois que les jeunes sont comme tout le monde, ils n'ont pas envie d'aller s'enterrer quelque part où il n'y a pas de structures pour accueillir les enfants, le conjoint etc » E2

« Mais en même temps on ne s'installe pas uniquement dans un endroit sous-médicalisé parce qu'il manque des médecins. Il faut aussi qu'il y ait accompagnement avec le conjoint ou la conjointe pour qu'il puisse trouver du boulot, qu'il y ait de quoi pour les enfants, les écoles, les universités, l'accès aux commerces » E5

« Et c'est surtout que les médecins à la campagne travaillent avec un volume horaire beaucoup plus important et je pense qu'il n'y a plus forcément grand monde qui a envie de travailler 90 heures par semaine » E7

« Donc à moins d'être quelqu'un qui aime ce genre de vie, ça c'est aussi un frein. Les campagnes sont devenues beaucoup moins attractives » E8

- Le manque d'attractivité du statut libéral et d'entrepreneur
  - « Parce que l'exercice surtout de médecine libérale tel qu'il est actuellement n'est quand même pas... il a ses avantages et ses inconvénients, peut-être que ça attire moins la jeune génération ? » E8
  - « Pour autant moi je pense qu'il y a plus d'avantages en libéral que d'inconvénients, mais ça nécessite effectivement d'être peut-être plus présent, en termes de temps, et je crois qu'aujourd'hui c'est aussi ça qui fait peur, c'est cet investissement en temps » E8
  - « Je pense que de plus en plus les médecins cherchent à être salariés » E11
  
- Un défaut d'organisation de la médecine générale en France aboutissant à une sous-optimisation des capacités de travail des généralistes
  - « Non on n'a pas de pénurie de personnel médical. On en a autant qu'en Allemagne Espagne Italie c'est juste qu'un médecin dans tous les pays du monde emploie 4 personnes alors qu'en France il n'en n'emploie aucune » E1
  - « Est-ce qu'il y a vraiment un accompagnement, un enseignement sur l'outil qu'est un cabinet médical ? Et sa gestion ? Sur le médecin employeur ? Est-ce qu'il y a vraiment un accompagnement là-dessus ? J'en doute un peu. » E3
  - « On raisonne par le biais de la pénurie, avant de se dire « comment est-ce qu'on peut permettre aux médecins d'optimiser l'organisation » ? Et moi je pense qu'il y a des champs d'organisation qu'on doit investir » E3
  
- Un changement de mentalités dans les jeunes générations réticentes à sacrifier une certaine qualité de vie au profit d'une présence accrue
  - « Et puis je pense qu'ils sont aussi attirés par les nouvelles formes de rémunération, le fait de peut-être moins travailler et d'avoir une qualité de vie meilleure » E2
  - « Mais c'est pareil, quand j'entends des médecins qui disent « ah oui mais je veux travailler 3 jours la semaine » à un moment donné il faut atterrir et regarder les gens qui sont de l'autre côté du bureau ils ne travaillent pas 3 jours la semaine, il n'y a personne qui travaille 3 jours la semaine » E3
  - « Je ne sais pas si vous avez remarqué ça mais pas mal de jeunes médecins installés, dont je ne citerai pas les noms parce que c'est quand même des bons médecins, mais qui sont fraîchement installés et qui maintenant ferment à 18h leur cabinet. Enfin oui mais, vous avez des parents qui travaillent, qui rentrent chez eux à 17h30/18 h, leur gamin est malade, qui est-ce qu'ils appellent ? » E5
  - « En même temps les gens aspirent à une meilleure qualité de vie, nous on est des gens qui avons un haut niveau d'études, pourquoi on n'aurait pas droit à une certaine qualité de vie ? » E9
  
- Un travail administratif lourd, qui alourdit la charge de travail des médecins et les éloigne de leurs prérogatives d'origine

« Il faut arrêter là-dessus car quand on aura 2 fois plus de médecins qu'ailleurs, on dira que ce n'est toujours pas assez parce que finalement ils vont passer... ils vont de nouveau faire... 20% du travail, ça ne va pas être de la médecine mais passer la carte vitale » E1

« mais je trouve que c'est un truc qu'on dit tout le temps, on est surchargé par l'administration mais moi je ne me trouve pas surchargé administrativement » E2

« Quand vous remplissez un dossier MDPH de 8 pages, je suis désolée ça ne se fait pas non plus sur un coin de table en fin de consultation » E4

« Qu'on ait moins d'administratif à faire, les MDPH et compagnie qui me saoulent, qui sont à refaire tous les ans, 1 an ½ » E5

« L'exercice seul ça ne se pratique plus, il y a trop de charge de travail, administrative » E8

« Moi j'avoue que mon problème c'est vraiment le côté administratif et le côté « je n'ai pas ma carte vitale, il va falloir faire une feuille de soins » et l'envoyer nous-mêmes parce que la personne est en CMU » E9

- Une centralisation de la formation autour des grandes villes qui, couplées à une formation longue, aboutit à une défiance des jeunes généralistes à s'éloigner de leur lieu de vie de longue date :

« Et quand on commence la formation, même si elle se fait de plus en plus à l'extérieur de l'hôpital, elle est quand même essentiellement à l'hôpital. Donc je pense que c'est aussi un argument qui fait que les jeunes médecins se sentent peut-être plus rassurés de se retrouver en centre hospitalier que tout seul dans un cabinet » E6

« Et bien parce que on est habitué à faire quand même 10 ans d'études en ville et que parfois on a déjà des attaches en ville et qu'on n'a pas forcément envie d'aller s'enfermer à la campagne » E7

« Évidemment une fois qu'on a fait 10 ans à Rouen on n'a plus envie de quitter Rouen » E12

- Déconsidération du statut du généraliste

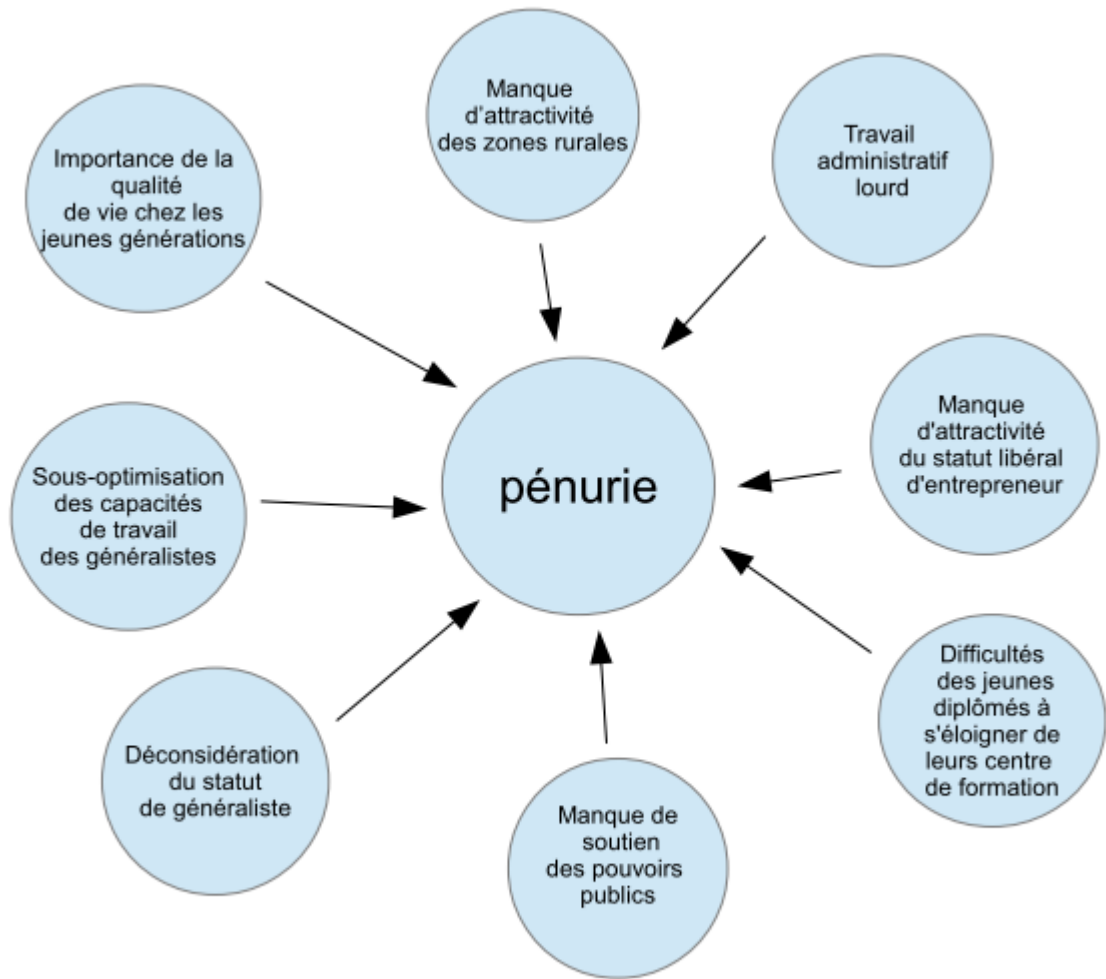
« Ce n'est pas normal que les professeurs, les chefs de service, qui sont en plus nos enseignants, viennent dire « non, avec le niveau que tu as, ne vas pas faire médecine générale ». » E5

- Manque de soutien des pouvoirs publics.

« Je me retrouve tout seul pour 4000 patients. J'ai demandé à l'ARS... à part m'envoyer une réponse préremplie ils n'ont rien fait » E1

« On a été en zone désertifiée, on a bénéficié de ces choses-là. Et l'ARS s'est organisée pour qu'on ne soit plus en zone désertifiée, c'est extrêmement aléatoire donc tout le monde s'en méfie beaucoup. » E4

## Explications des causes de pénurie libérale selon les généralistes



### 4.2 Dispositifs de soutien à la pratique des généralistes

Les généralistes interrogés étaient amenés au cours de l'entretien à commenter les impacts des différentes politiques de santé sur leur activité.

#### 4.2.1 Incitations financières à l'installation

Un seul des médecins interrogés en avait bénéficié. Ils émettaient par ailleurs des réserves sur l'efficacité de telles mesures, l'attractivité du lieu d'exercice primant sur d'éventuelles finances supplémentaires.



« Ils font leurs études à tel endroit ils ont envie d'y revenir parce que leur famille est à tel endroit, leur chéri(e) est à tel endroit. L'incitation financière ne faisait pas du tout partie de leurs préoccupations » E4

« Je pense que l'argent purement et simplement ne suffit pas. L'augmentation d'un salaire je ne pense pas que c'est ce qu'ils cherchent » E6

« Ce n'est pas ça, moi, qui a joué sur mon installation en tout cas en libéral. Des échanges que j'ai pu avoir avec les autres médecins ce n'est pas ça non plus qui a joué en faveur parce que je ne suis pas convaincue que gagner plus d'argent soit le problème des médecins en fait » E7

« Il y a des endroits où il y a énormément d'offres etc, exonération d'impôts, ce n'est pas pour autant qu'il y a des médecins qui viennent. Parce qu'il faut aussi que la campagne, les endroits soient eux-mêmes attractifs pour les familles qui viennent s'y installer » E8

« Ça ne m'a pas du tout incitée parce que je ne le savais pas au moment où je suis venue, je me suis installée très vite après avoir fini ma thèse. Par contre quand je l'ai su après, oui j'ai très vite souscrit parce que c'était quand même plutôt pas mal » E8

« Parce qu'on a beau être incité à aller travailler à tel endroit, si votre conjoint travaille ailleurs et que c'est compliqué il ne peut pas s'installer n'importe où. On a une vie familiale parfois » E9

« Je trouve que c'est une bonne idée mais que ceux, qui de toute façon ont envie d'aller s'installer dans les zones déficitaires, iront et seront contents des aides financières et ceux qui n'ont pas envie, ça ne les fera pas changer d'avis je pense » E12

- 2 généralistes pointaient même un potentiel effet contre-productif :

« Il y a eu quand même des installations, mais il y a eu aussi pas mal de fois où les gens qui avaient touché l'argent, ils devaient rester un an, et un an après ils repartaient » E5

« Oui j'en connais un qui l'a fait mais il avait prévu de s'installer et du coup il a attendu un peu pour avoir les aides financières, c'est encore un peu mesquin » E12

#### 4.2.2 Majorations forfaitaires

- Les majorations forfaitaires sont accueillies positivement par les médecins généralistes en bénéficiant. Elles sont vues pour certains comme une reconnaissance du travail hors consultation effectué par le généraliste.

« Par rapport aux mesures dont vous parlez là, moi je trouve que les éléments comme la ROSP, et les autres majorations forfaitaires, c'est quelque chose qui stabilise vraiment notre exercice, et qui le conforte. Qui reconnaît aussi la mission transversale de la médecine générale, parce qu'on n'est pas qu'en présentiel avec des patients, on fait un travail de synthèse » E3

« Oui nous on touche ça, après on a plutôt l'impression que la ROSP a été mise en place aussi pour compenser le fait que le G à 25 euros, ça n'a pas été beaucoup revalorisé et que ça permet de compenser un petit peu la quantité de travail qu'on fait pour les patients chroniques parce que la ROSP touche beaucoup d'objectifs pour les patients chroniques » E8

- Les objectifs auxquels ses majorations forfaitaires sont liées ne sont pas vus comme une contrainte car ils s'inscrivent dans les règles de bonne pratique. Certains médecins déclarent même ne pas y prêter attention.

« Alors oui, c'est toujours intéressant de pouvoir toucher les forfaits, les trucs comme ça. Moi tout ce qui est la ROSP, c'est vrai que ça permet de tout bien recentrer certains efforts et de se dire « oui finalement c'est basé sur des considérations scientifiques solides » » E5

« Je m'inscris à la formation de dermatoscopie, parce que ça peut être du truc connecté... et puis intégrer ses images et les partager avec les dermatologues. L'incitation elle n'a rien à voir avec la ROSP, elle est à se dire comment je peux avoir un avis plus facilement par le dermatologue » E7

« Je n'exerce pas en fonction de la ROSP, j'essaie d'exercer de façon économe et en respectant les données de la science » E10

« J'avoue que même les ROSP je n'y comprends rien je ne sais même pas ce qui m'est versé, donc je ne fais pas du tout attention à ces trucs-là » E11

- 2 médecins interrogés notaient cependant à terme un risque de dérive quant à leur liberté d'exercice.

« La crainte c'est qu'on va nous imposer des ... Par exemple la ROSP nous impose une façon de travailler. On nous dit « vous pouvez très bien ne pas travailler comme ça mais vous n'aurez pas de sous voilà » » E2

« Il y a des choses pour lesquelles on ne peut pas non plus être complètement d'accord ? en tout cas avec les objectifs que propose la ROSP. Donc en fait c'est bien que ce soit là, maintenant après je pense qu'il ne faut pas non plus que ça devienne..., c'est surtout pour les médecins conventionnés, que ça devienne en gros « je vais essayer de faire tout comme la Sécu veut que ce soit fait pour toucher le maximum » E8

- 2 médecins y voyaient un potentiel facteur incitant l'installation :

« Après peut-être que ça peut faire influencer entre un assistant collaborateur, l'inciter à s'installer parce ça ne reste pas négligeable les forfaits de ROSP » E10

« Ça, ça peut être pas mal, ça t'incite à t'installer pour le coup car quand tu es adjoint, ou assistant ou médecin remplaçant tu ne les as pas » E12

#### 4.2.3 L'augmentation du numerus clausus

- Les augmentations successives de numerus clausus étaient considérées favorablement par les généralistes interrogés mais ils notaient l'inertie de la mesure et donc l'absence d'effets constatés actuellement.

« Oui on a augmenté le numerus clausus, c'est bien. Mais on n'a pas l'impression qu'il y ait plus de médecins à venir s'installer pour autant » E6

« Après l'augmentation du numerus clausus c'est peut-être le seul truc qui aura peut-être un effet mais on le verra dans 10/15 ans, donc on attend... » E7

« On avait calculé que, au niveau des remplaçants, c'était compliqué mais que ça allait aller en s'améliorant de mieux en mieux avec les augmentations du numerus clausus » E11

- De même subsistait un doute quant aux capacités de formation des facultés face à cet afflux d'étudiants.

« Je pense que ça peut-être bien, de l'augmenter, non parce qu'il n'y a pas assez par rapport à la demande maintenant, il ne faut pas que ce soit au détriment effectivement de la compétence professionnelle » E8

« Le numerus clausus, il s'est rouvert un peu tard et les capacités de formation des facultés de médecine ne sont pas non plus très très grandes » E9

« Après sans limitation du nombre d'étudiants, les terrains de stage ne sont pas infinis non plus donc il faut quand même pouvoir assumer une formation de qualité » E10

« Après le problème ça va être les stages d'internat par exemple, on ne va pas pouvoir ouvrir 20 stages/an par rapport à ce qu'il y a actuellement, c'est énorme » E12

#### 4.2.4 Promotion de l'exercice en groupe

La promotion de l'exercice en groupe était évoquée seulement par le biais négatif : une contrainte fermant certaines opportunités aux généralistes exerçant seuls et un facteur indirect de désertification.

« Surtout comme je suis tout seul ça ne plait pas, il faudrait qu'on soit plusieurs, ce sont les maisons médicales qui ont toutes les subventions » E1

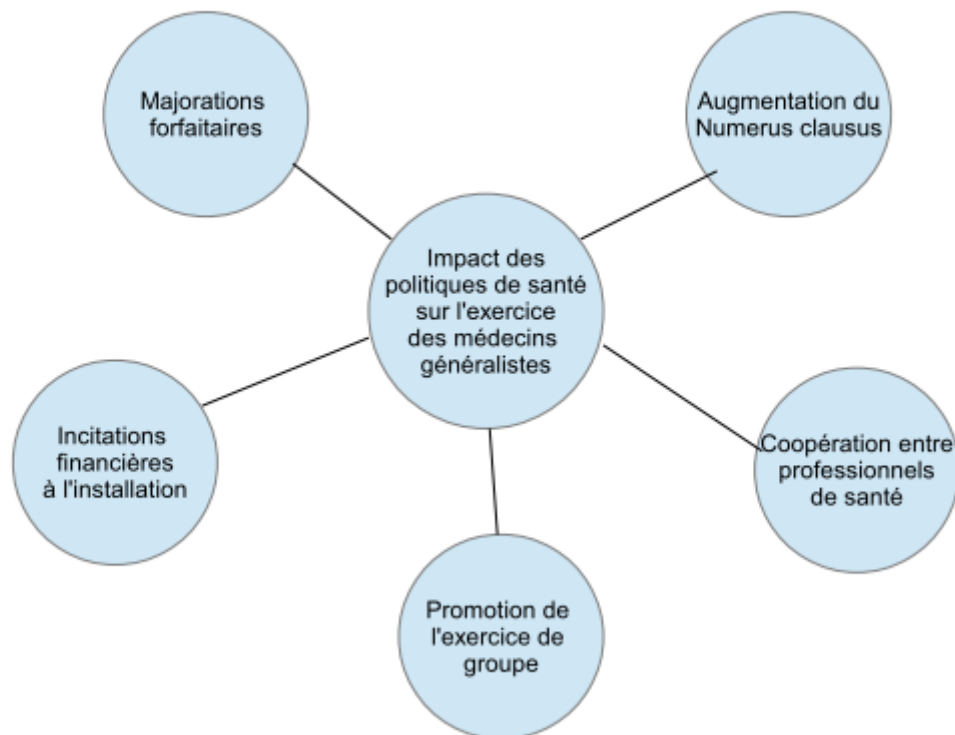
« Même si je suis en groupe avec la (nom d'association interprofessionnelle de santé), il fallait que je sois physiquement en groupe pour en bénéficier. Et comme je suis en quartier prioritaire de la ville, ils ont enlevé cette condition. » E3

« Mais par contre dans les départements comme l'Eure, qui est un département très rural, une maison de santé veut dire que tu vas regrouper des médecins mais du coup les zones rurales vont être sans médecins puisque les cabinets isolés vont se regrouper. Donc c'est le patient qui va être obligé à chaque fois de faire 20 ou 30 bornes pour aller voir un médecin » E5

#### 4.2.5 La coopération entre professionnels de santé

Plusieurs médecins relevaient comme très positifs les diverses mesures favorisant l'interprofessionnalité. L'interprofessionnalité en médecine générale étant au cœur de la problématique de cette thèse, elle a occupé la majorité des entretiens et sont donc les sujets des thèmes suivants.

## Dispositifs de soutien à la pratique des généralistes



### 4.3 L'interprofessionnalité

L'interprofessionnalité est l'un des thèmes qui a été le plus abordé au cours des entretiens, d'abord par le sujet même de l'étude, mais également car le travail en collaboration est l'un des aspects qu'apprécient le plus les jeunes générations de généralistes dans leur pratique.

Ce sujet soulevait de nombreux thèmes sous-jacents :

- Le renfort apporté à la prise en charge de pathologies chroniques
- La prévention primaire
- Soutien à la consultation
- La prise en charge d'affections aiguës mineures
- Les limites de l'interprofessionnalité et les axes de réflexions pour les dépasser
- Alternatives/mesures connexes : Les causes de la pénurie de soins sont complexes et vastes. Ainsi l'interprofessionnalité peut être l'une des réponses à la pénurie de soins mais elle ne peut à elle seule suffire. Il convient donc d'identifier les autres mesures qui pourraient améliorer l'offre de soins, voire être prioritaires sur le développement de l'interprofessionnalité.

#### 4.3.1 Le renfort à la prise en charge de pathologies chroniques

Plusieurs généralistes ont pu en faire l'expérience par l'intermédiaire du protocole ASALÉE. L'étude de leurs retours amène des pistes de réflexions quant aux évolutions possibles de ce type de coopération.

- Education thérapeutique

C'est l'un des piliers de la prise en charge des pathologies chroniques et un domaine où, par l'intermédiaire des infirmières ASALÉE, le partage de compétences a pu démontrer son intérêt.

- Activité chronophage pour le généraliste

« Je demande aux gens qui veulent arrêter de fumer...soit d'aller au CHU, d'aller voir un tabacologue pour faire la consultation anti-tabac, soit la faire ici mais je leur dis bien que c'est un rdv où on ne fait que ça » E1

« Elles ont beaucoup plus de temps à passer avec les gens que nous » E2

« ... de l'éducation du patient et des choses que, de toute façon, nous en tant que médecins on n'a pas le temps de faire en détails, comme la diététique, comme l'usage de l'insuline, il y a des tas de choses où on va survoler avec le patient et on aurait vraiment besoin du soutien d'une tierce personne pour accompagner » E4

« Alors c'est vrai que c'est intéressant parce que ça nous dégage du temps, notamment dans les BPCO, les spirométries, l'éducation au diabète » E5

« Donc en une consultation, faire de l'éducation diabétique, on ne le faisait pas tellement avant. Là c'est dans l'air du temps de le faire évidemment et c'est quand même très bien qu'une infirmière puisse nous aider à le faire » E6

« Dans le sens où en même temps c'est quelque chose qui est intéressant pour ces patients mais c'est hyper chronophage » E7

« Pour la prévention c'est quand même meilleur si on a le temps de discuter, si on peut expliquer des choses, parce qu'expliquer des choses, ça prend du temps et c'est important quand même » E9

« Quelqu'un qui va passer 20 minutes à expliquer au patient hypertendu l'alimentation peu salée alors que moi je vais passer rapidement et donner une feuille » E10

« Oui, moi je trouve que c'est une bonne idée parce que c'est vrai que souvent ça prend du temps et nous on amorce un peu les choses mais on n'a pas le temps d'aller en profondeur » E11

« Nous ce sera ¼ h alors qu'elle s'il faut ce sera ½ h, 3/4h . Elle a aussi plus le temps de discuter avec eux » E12

- Parfois défaut de connaissance du généraliste pour ces sujets

« Et c'est vrai, par exemple, que pour tout ce qui est au niveau diététique, moi j'avoue que je ne fais pas » E1

« Je suis complètement nul là-dedans mais c'est effectivement très bien qu'elle en fasse » E2

« On le fait un peu au fil de l'eau, mais quelqu'un qui est dédié à l'éducation thérapeutique fera ça mieux que moi » E10

« Elle est infirmière, elle n'a pas eu la même formation que nous, du coup il y a des trucs qu'elle sait mieux expliquer au patient » E12

- Accessibilité économique (par exemple prise en charge remboursée au contraire de la diététicienne) et en termes de délais (rendez-vous avec tabacologue plus long à obtenir)

« Et puis envoyer des gens chez le diététicien, c'est bien, mais ce n'est pas remboursé en France » E4

« La prévention de l'obésité, puisque tout ce qui est diététicienne n'est pas remboursé, n'est pas pris en charge » E6

« C'est quelque chose qui est compliqué à adhérer, à dire aux gens « vous revenez pour qu'on vous fasse un point sur le tabac ou sur la prise en charge nutritionnelle du diabète », souvent ils ne voient pas l'intérêt. Alors que si c'est quelqu'un d'autre et que c'est pris en charge peut-être que ça marcherait mieux » E7

- Un regard complémentaire et différent

Un des intérêts relevés par l'apport d'une infirmière dans le suivi des patients chroniques reste l'avantage d'avoir un point de vue supplémentaire et différent, donc complémentaire sur la prise en charge.

« Après l'infirmière elle peut le faire, voir si c'est un patient diabétique dire « au fait, vous avez vu l'ophtalmo, vous avez vu des trucs comme ça ? » Ou même faire le courrier, elle peut très bien faire le courrier en disant « voilà, l'ophtalmo ça fait 3 ans qu'il n'a pas été vu... », ça éventuellement ça peut être utile » E5

« Et ça permet d'avoir pour le patient deux interlocuteurs pour parler souvent de pathologies qui ne sont pas si faciles que ça à appréhender » E6

« Après ils trouvaient bien aussi finalement de faire du travail à plusieurs sur un même patient. Parce que parfois on n'a pas les mêmes informations, du coup ils avaient un autre regard sur une situation, sur un patient » E7

« Avoir un autre regard sur la situation et du coup l'IPA c'est parfaitement le rôle » E7

« Disons qu'elles vont avoir des compétences d'infirmières que nous n'avons pas nous clairement, qu'elles savent faire des choses que nous ne savons pas faire et en même temps il y a des choses qu'elles ne sauront jamais faire, que nous on fait aussi » E8

« Mais des fois on a complètement une vue nouvelle et un point de vue différent du patient et de ses difficultés et de comment on pourrait l'aider » E9

« Après c'est du gain de temps mais c'est bien aussi d'avoir le point de vue. « Ah tiens, tu as vu madame Machin, qu'est-ce que tu en penses, comment tu la trouves ? » » E12

- Interpersonal skill (savoir-faire interpersonnel)

Une autre notion relevée par les médecins et corroborée par de nombreuses études concerne ce que les anglo-saxons nomment l'interpersonal skill. Cette notion recouvre le fait que le relationnel qu'entretient le patient avec l'infirmier est souvent de meilleure qualité que celui qu'il entretient avec le médecin. On lui prête une double origine : une formation naturellement plus tournée vers la communication et l'échange d'une part, et d'autre part la nature même du rôle infirmier, plus porté sur le soin que sur la prescription, ce qui tend à libérer la parole.

« Il y a une proximité peut-être avec le patient qui est plus facile, peut-être que le patient s'ouvre plus... » E4

« Et puis peut-être qu'il y a des patients qui se sentent plus à l'aise avec des infirmières, pour dire ce qu'ils ont » E6

« Ils vont peut-être oser dire des choses à l'infirmière qu'ils ne nous disent pas à nous parce qu'ils ont peur de se faire disputer, même si on ne les dispute pas » E10

« Ils n'ont pas le même contact. Il y a des choses qu'ils n'osent pas nous dire, les patients, et ils vont plus oser lui dire à elle » E12

- Une intervention au domicile facilitée

Lors des entretiens a été aussi soulevée la possibilité qu'un intervenant supplémentaire dans le suivi permette d'intervenir plus facilement au domicile des patients fragiles.

« Et les infirmières peut-être seraient plus mobiles et viendraient plus facilement à leur domicile que nous ? » E6

« Elles sont plus mobiles que les médecins. Ça c'est peut-être une erreur des médecins, mais elles sont plus mobiles, elles vont à domicile pour des personnes âgées, pour des personnes handicapées » E7

#### 4.3.2 La prévention primaire

C'est l'un des grands champs investis par les compétences avancées infirmières dans le monde. En France, il se manifeste par certaines activités du protocole ASALÉE. Les assistants médicaux ont le potentiel pour y apporter leur contribution comme on le voit par le témoignage d'un des généralistes. À l'étranger les compétences avancées infirmières en médecine de ville en ont fait une de leurs spécialités.

« Et puis aussi, ce qui est intéressant, je lui envoie aussi facilement des gens qui ont des troubles mnésiques pour qu'elle fasse des bilans » E2

« Et puis les dépistages aussi de tous nos BPCO, les EFR, ça c'est bien, ça nous évite d'envoyer tout au pneumologue » E6

« Là ma secrétaire, elle a appelé tous les hommes pour les hémocult, parce que c'est des bons à rien en Santé Publique les hommes, ils ne veulent pas, et elle est meilleure que moi » E3

« Oui c'est ça, il y en a qui viennent juste pour avoir une prise de sang pour les MST. C'est vrai là effectivement, ça permettrait de libérer du temps, du temps efficace » E5

#### 4.3.3 Le soutien à la consultation

On peut diviser ce thème en 2 sous-thèmes : d'une part une aide directe à la consultation par l'accueil du patient comme le font les assistants médicaux à l'étranger, et d'autre part un soutien indirect par la réalisation d'exams complémentaires parfois chronophages.

##### ○ Accueil du patient

###### • Libérer du temps médical

« Le temps de consultation en France est 2 à 3 fois plus élevé que dans les autres pays car le médecin, c'est lui qui pèse et mesure le bébé... » E1

« Elle m'accompagne pour les consultations de pédiatrie. Voilà, ce qui fait que je ne fais plus aucune saisie. Je ne passe pas plus de temps, ¼ d'heure, mais qu'avec les parents et qu'avec le gamin. » E3

« Parce que c'est vrai que ça peut nous avancer dans une consultation qu'on nous prenne la tension, la température, qu'on nous fasse l'interrogatoire pour nous « mâcher le travail » » E6

« Après il me semble aussi que les infirmières d'accueil des fois elles débrouillent pas mal le terrain et que c'est utile parce qu'au niveau de l'examen, il y a pas mal de choses qui sont faites, la tension est déjà prise, on n'a pas forcément besoin de reprendre, de refaire tout ce qui a déjà été fait » E9

###### • Se recentrer sur son socle de compétences

« Le souci c'est que le médecin libéral en France fait beaucoup plus que de la médecine libérale car il est tout seul » E1

« Parce que tout est saisi quand j'arrive et tout. Les rappels sont notés etc... Et au bout du compte je me rends compte que c'est le pied quand je ne fais que mon boulot. C'est bien » E3

« C'est sûr on est plus axé sur l'acte médical, tout ce qui est annexe, c'est l'infirmière qui le fera » E5

« Par exemple quand on fait un examen des 2 ans pour les enfants, il faut quand même noter beaucoup, double saisie, ça prend du temps et on ne peut pas forcément discuter avec les parents. Là l'idée c'était plutôt de pouvoir discuter puisque quelqu'un d'autre prend note de tout ça » E9

###### • Impact sur la charge de travail

« Par contre tout est organisé pour qu'ils en voient 10 par heure. Il y a la secrétaire, les personnes quand il les voit, elles sont déjà déshabillées, il sait pourquoi il est là il y a eu l'interrogatoire de fait, enfin le 1er interrogatoire » E1

« Et en plus, comme vous voyez bien que psychologiquement, passer d'un patient à l'autre, ça demande quand même un travail, passer d'un cas à un autre, donc s'il faut



passer toutes les 10 minutes plutôt que tous les quarts d'heure, j'ai peur qu'on soit vite saturé, qu'on s'énerve, qu'on soit moins patient » E5

« Donc si on diminue par 2 le temps de consultation quasiment pour voir 1/3 de plus de patients, ça veut dire qu'il y a toute une partie du lien qu'on perd » E6

○ Réalisation d'examens complémentaires/gestes techniques

« Il y a aussi des choses que l'on ne fait pas car on n'a pas d'assistants, mais je suis sûr que si on avait l'assistant on pourrait faire les audiométries » E1

« Les électrocardiogrammes, enfin tous les gestes techniques qu'elle peut faire, ce qui nous évite bien sûr de faire ça » E2

« Moi je fais comme font les ORL, par exemple, ma secrétaire elle fait les dépistages visuels et auditifs. Pas besoin d'avoir fait Bac +5 pour le faire, et maintenant je sais que c'est fait pour tous les enfants dont je suis le médecin traitant, et qui ont 4 ans » E3

« Ça peut être les vaccinations par les infirmières, les vaccinations par les pharmaciens, tout ce qui peut permettre au médecin de se recentrer sur son cœur de métier » E4

« Alors c'est vrai que les ERTL4 on pourrait les faire nous au cabinet. Mais il faut avoir du temps, il faut bloquer du temps, il faut avoir aussi l'habitude de les interpréter. Alors que quelqu'un qui en fait régulièrement, je pense que c'est un super domaine des infirmières pour le faire » E6

○ Aide administrative

On peut imaginer trouver dans l'interprofessionnalité un soutien aux tâches administratives entre autres pour les maladies chroniques, souvent pourvoyeuses d'une surcharge de travail administratif (100%, MDPH, examens réguliers à programmer...).

« On pourrait aussi dire « voilà je vous mets 8 jours d'arrêt de travail mais vous allez voir l'infirmière là-bas qui va vous faire les papiers ». E2

« Moi je sors, j'ai besoin d'avoir un avis cardio, je fais la lettre, et la secrétaire elle prend le rendez-vous. Et puis si le rendez-vous il met un moment, elle rappelle. Et donc j'ai la satisfaction aussi des fois que des problèmes qui me prennent la tête, puissent avoir une résolution plus rapide, parce que je vais avoir le scan, parce que je vais avoir le truc, parce que ce n'est pas moi qui prends les rendez-vous, et pas les patients. » E3

« Vous avez vu les nouveaux formulaires MDPH, ce n'est plus 4 pages, c'est 8 pages. Ça aussi c'est du temps médical en moins. Donc ça je pense qu'une infirmière de pratique avancée pourrait aussi le faire » E5

« Et qu'elles nous fassent aussi un peu d'administratif, il n'y a pas de raisons qu'on soit les seuls à faire de l'administratif. Qu'elles ne fassent pas que ça, mais pourquoi ne pas en faire aussi ? » E6

« Parfois l'administratif et le social s'insèrent dans les consultations et c'est très compliqué à gérer. C'est vrai qu'une aide de ce point de vue là ça pourrait aider » E9

#### 4.3.4 Prise en charge d'affections aiguës mineures

C'est un champ encore inexploré dans les pratiques avancées infirmières en France mais qui s'est révélé, pour de nombreux pays étrangers, être l'une des réponses à la pénurie d'offre de soins. Connaître l'avis des médecins sur ce qui pourrait être une évolution de l'interprofessionnalité en France dans le futur semblait indispensable.

- Libérer du temps médical

« Pour tout ce qui est rhino-pharyngites et gastro-entérites, c'est très bien parce qu'elles peuvent très bien, au téléphone, gérer ça, ou même voir éventuellement un certain nombre de patients qui ont des pathologies mineures » E2

« Pour la bobologie je ne dis pas non, c'est un truc qui, personnellement, me pèse » E5

« La cystite aiguë par exemple, il n'y a pas vraiment d'intérêt à ce qu'on les voie chez les jeunes filles quand c'est tout le temps dans le même cadre. Là on rappelle les recommandations mais ça peut faire l'objet effectivement d'une infirmière de 1<sup>er</sup> recours » E6

« Ah bien, ça, on l'a vu pendant le Covid. Des consultations qui sont tellement plus agréables quand on n'a plus toutes les gastros, les rhumes, les trucs qu'on n'a pas envie de voir... » E11

Ce qui pourrait permettre au généraliste d'utiliser ses compétences pour les patients complexes présentant des affections chroniques.

« Pour redonner aussi un peu de la valeur à la consultation médicale, c'est-à-dire le fait d'avoir moins de bobologie ça donne plus l'impression qu'on est utile à quelque chose » E5

« C'est vrai qu'on est débordé sur ces suivis et on aimerait bien libérer du temps » E7

« Le but n'est pas de faire de nouveaux médecins, c'est de faire des gens qui peuvent peut-être faire des choses pas trop compliquées, que nous on fait, et puis nous laisser peut-être les choses un peu plus compliquées » E8

« Pouvoir prendre notre temps sur des consultations longues qui reconnaissent toute notre compétence, ça pourrait être intéressant » E10

- Diminuer le délai d'accès aux consultations de 1<sup>er</sup> recours

« Mais oui il peut y avoir un intérêt sur le délai de consultation et d'avoir déjà une 1<sup>ère</sup> réponse, et d'orienter, est-ce que c'est grave/ est-ce que ce n'est pas grave ? Peut-être de préparer un bilan, certaines choses et quand on les revoit, il y a déjà des choses de faites » E9

- Eviter le recours abusif aux urgences/l'automédication

« Mais de toute façon, les patients quand ils n'ont pas rendez-vous parce qu'il n'y a pas de place, ils se débrouillent tous seuls et parfois ils se débrouillent mal » E7

« Je préfère qu'ils aillent voir une infirmière plutôt qu'ils aillent aux Urgences, encombrer le service d'urgences pour des motifs qui n'en valent pas la peine » E11

- Régulation téléphonique

« Je suis responsable de l'association qui régule les appels. Pourquoi pas que la régulation puisse être assistée, ou sur des éléments, puisse être déléguée à une IPA avec des questions-types. » E3

#### 4.3.5. Les limites de l'interprofessionnalité et les axes de réflexions pour les dépasser

L'introduction d'acteurs supplémentaires dans le système de soins impactent nécessairement son organisation. Les possibles bouleversements induits soulèvent des interrogations de la part des généralistes qui identifient des limites à l'interprofessionnalité. Ils identifient également parfois des axes potentiels de réponses à ces limites.

- Le défaut d'information

Un des principaux obstacles à l'intégration de nouveaux intervenants dans les pratiques des généralistes était le manque d'information à leur sujet.

« Mais en France on imagine difficilement parce qu'il n'y en a pas, parce qu'il n'y a pas de formations et parce qu'on ne sait pas ce qu'ils pourraient faire (sur les assistants médicaux)» E1

« J'avoue que je ne me suis pas vraiment intéressé à la question et je ne sais pas. (sur les assistants médicaux) » E2

« Alors, c'est ce que je disais, moi en fait je ne me suis pas trop intéressé au sujet » (IPA) E3

« Je n'ai pas d'expérience en pratique parce que, effectivement on en parlait tout à l'heure, la 1ère promotion elle sort l'année prochaine je crois parce que c'était la 1ère année de formation à Rouen » (IPA) E7

« Au final je ne sais pas, il n'y a pratiquement pas de promotion d'infirmières de pratique avancée qui sont sorties, voire pas du tout. En pratique je ne sais pas ce qu'elles peuvent faire, comment, dans quelles circonstances ? Qu'est-ce qu'elles vont suivre ? Comment le relais se fait ? Ça je n'en ai aucune idée » E8

« Je ne sais pas en fait ce qu'elles vont faire exactement et j'aimerais bien savoir parce que travailler ensemble moi je trouve ça plutôt bien » E9

« Et puis à quel moment le patient va être réadressé vers nous, comment ça se passe parce que finalement j'imagine que c'est ça, s'il y a un souci le patient est réadressé, encore une fois c'est « j'imagine » et non pas « je sais » » E9

« Alors ça ça ne me dit rien. » (IPA) E11

« J'en ai parlé avec la dame de la Sécu qui m'a présenté ce truc là et au final c'est tellement.....Je ne sais pas. Ça peut être tellement de choses différentes. Le cadre est très vaste en fait » (assistante médicale) E11

○ La perte de vue des patients

« Le problème c'est que, par exemple, un endocrino, une IPA va suivre des diabétiques et ensuite se tourner vers l'endocrino et nous on risque d'être complètement shuntés » E2

« Parce que, après, que l'infirmière de pratique avancée fasse des sortes de consultations à ma place, ça ferait que je verrai moins les gens. » E5

« Et puis l'autre côté, c'est se dire en fait, est-ce que ça ne va pas complexifier nos consultations parce que, ce qu'on faisait un petit peu de temps en temps au fil de l'eau du coup, on va se manger la grosse consultation de synthèse annuelle avec un patient qu'on n'a pas vu depuis longtemps » E7

« Oui, comme ils font avec la médecine du travail, « oui oui ils m'ont fait mon vaccin c'est bon tout va bien » et puis ils ne vont plus jamais voir le médecin » » E12

- Le risque de perte du rôle pivot de médecin traitant

Ce risque est lié à la multiplication des interlocuteurs, pouvant entraîner la perte du rôle de coordination du généraliste.

« Après, ce que je voulais dire aussi par rapport à ces pratiques avancées, c'est que, on est en train d'ouvrir les vannes pour avoir plus de médecins, on a aussi des infirmières de pratique avancée à compétences approfondies, ce genre de choses et puis je me dis, dans une dizaine d'années, qu'est-ce que vont faire les généralistes ? » E2

« À force d'être très à distance aussi, et de ne pas forcément être bon en clinique, de dire « on est débordé putain il nous faut des pratiques avancées » mais qu'est-ce qu'on va branler dans nos cabinets ? Qu'est-ce qu'on va faire ? Si on dit qu'on sert à rien, on plie les gaules et on va faire autre chose » E3

« Mais après moi, je ne vois pas ce que je fais parce que si elles prennent la tension, qu'elles vérifient que les gens prennent bien leurs médicaments, qu'au niveau des prises de sang, les biologies sont bien faites régulièrement, après le patient arrive là avec tout le truc qui est fait, ben je fais quoi moi derrière ? » E5

« Et de se dire finalement les gens vont penser que les infirmières font aussi bien que les médecins traitants » E6

« Si on nous demande de déléguer toutes ces tâches que l'on fait, tous ces patients qui sont « peu problématiques », qui sont simples à gérer, plus le suivi des patients chroniques, qu'est-ce qui nous reste ? » E6

« Encore une fois on était censé être le pivot central et là on décentralise, enfin on remet un autre centre, mais comment ça fonctionne ? » E9

« Je me dis que s'il faut que je délègue ma pédiatrie bénigne, après on va me dire les suivis de poids/taille ce n'est pas à moi de faire. La gynéco, je ne fais plus. Il va me rester quoi ?

La psychiatrie ? Les cancers ? Les cardio-vasculaires graves ? Oui. Ce n'est pas très funky en fait » E10

- Un besoin de supervision fort

En écho à ces 2 points, on retrouve assez logiquement un besoin chez les médecins de garder une position centrale et un rôle de supervision.

« Après on peut laisser les coudées franches sur tout un tas de choses, mais en fin de compte, c'est nous qui devons garder la main » E2

« Et à partir du moment où quelqu'un vient travailler, je dirais chez moi ou en lien avec mes patients, voilà, et qu'ils viennent parce que je suis le médecin traitant, dans ces cas-là, je dois être décideur » E3

« Si c'est rattaché à une structure hospitalière, ça ne va pas être avec nous, donc je ne pense pas que ce sera une bonne coopération, enfin avec nous, médecins traitants de ville » E6

« Le rythme de suivi entre l'infirmière de pratique avancée et le médecin généraliste, au niveau du rythme même des consultations, du rythme de suivi... Si ça se fait vraiment en coopération avec le médecin généraliste, c'est à eux de décider conjointement. » E6

« Il faut que ce soit avec un médecin repéré ou une infirmière repérée, que ça communique et qu'il y ait des transmissions et il faut qu'il y ait quand même régulièrement une consultation avec le médecin traitant. Ça me paraît le minimum » E7

« C'est un peu de ça que j'ai peur, parce que l'idée du médecin généraliste c'est aussi de coordonner et de recentraliser. Là du coup, comment on fait pour centraliser ? Comment ça va se passer, comment on travaille ensemble ? » E9

«À la limite, si l'infirmière elle m'aide à garder à jour le dossier, elle m'aide à s'assurer qu'on est au carré sur ce qui doit être fait, je ne le vois pas comme une concurrence » E10

Cette volonté de supervision est d'autant plus présente dans la perspective d'infirmière assurant des consultations de 1<sup>er</sup> recours comme garantie de sécurité.

« ...et puis si franchement il y a de la fièvre, des douleurs, n'importe quoi qui fait penser à une surinfection ou un tableau chez des gens avec une polypathologie, à ce moment-là, c'est nous qui voyons ça, donc moi je ne suis pas contre ça » E2

« En revanche, j'ai des craintes si l'IPA, qui est en 1er recours, n'est pas certain de pouvoir demander de l'aide » E4

« Mais attention à l'abus en ne leur donnant pas les moyens de transférer après pour un avis médical » E4

« Après si il y a de la place, elle pourrait être affiliée à une maison de santé. Ce serait quand même plus pratique parce que, comme ça, on n'a qu'une porte à ouvrir pour discuter » E5

« Et toujours laisser la porte à une consultation si mauvaise évolution mais voilà, retour vers le médecin si on a une évolution pas normale » E6

« En gros on peut prendre l'exemple, je ne sais pas, de pathologies un peu épidémiques comme gastro, rhino-pharyngites etc...oui je pense qu'elles peuvent peut-être faire une 1ère évaluation des choses, et puis au moindre doute effectivement sur la précision du diagnostic, orienter à ce moment-là » E8

« Et puis à partir du moment où elles travaillent avec un médecin et que, si elles ont le moindre doute, elles peuvent repasser la main, ça ne me paraît pas plus choquant que les externes à l'hôpital » E10

« Dès qu'ils ont un doute faut qu'ils n'hésitent pas à nous appeler, parce que la relation de confiance elle se basera là-dessus, qu'ils ne laissent pas repartir à domicile des gens pour lesquels ils ont un doute et qu'on se retrouve avec des catastrophes » E12

- Le rôle du médecin généraliste est-il indivisible ?

L'interprofessionnalité ne questionne pas seulement la place du généraliste dans le système de santé, mais aussi comment il conçoit son exercice.

- Une médecine basée autant sur la technique que sur le relationnel

Ainsi concernant l'éventualité de recevoir une aide à la consultation, beaucoup de médecins ont des réticences à se centrer uniquement sur la partie technique de la consultation au détriment du relationnel.

« Mais moi j'estime que le fait de pouvoir voir le patient, lui prendre sa tension etc, ça permet aussi de discuter avec. Parce que pendant ce temps là, le patient il te dit certaines choses, et j'ai peur que ça devienne une médecine trop technique » E5

« Alors je me trompe peut-être mais j'ai l'impression que ça fait plus la médecine de boxes, ça veut dire « hop vous allez passer devant l'infirmière, elle va vous prendre votre tension, une autre va vous vérifier l'ordonnance et puis après vous passez chez le médecin et puis après... » Vous voyez, ça fait un petit peu la chaîne quoi » E5

« Parce que on a 2 fois moins le temps de tisser ce lien avec lui, et qui fait tout l'intérêt de la médecine générale. » E6

« La médecine, en tout cas chronique de ville, ce n'est pas du tout la même médecine que la médecine hospitalière. Il y a un relationnel avec les gens, un temps donné beaucoup plus long, beaucoup plus approfondi, qu'on ne peut pas forcément faire en hospitalier » E8

« En plus moi déjà d'une part, le fait d'écrire ça me permet d'organiser et de structurer ma réflexion » E11

De même le fait de déléguer les consultations de premier recours aurait un impact sur le relationnel, en particulier sur la détection de motifs de consultation cachés.

« J'ai la moitié de mes rendez-vous qui ne se libèrent que le matin même. Donc ça me permet aussi de faire des consultations à « haute valeur ajoutée relationnelle ». Le gamin qui vomit et qui a 40, mais je le vois le jour même, la maman est rassurée » E3

« Ça me permet aussi de voir les gens, il y a des gens que tu ne vois jamais, et puis de temps en temps ils viennent parce qu'ils ont mal à la gorge, donc on rediscute un peu » E5

« Parce qu'ils peuvent venir pour un mal de gorge, mais ils ont peut-être autre chose qu'ils ne veulent peut-être pas dévoiler à une infirmière qu'ils ne connaissent pas, et qu'ils veulent parler à leur médecin traitant » E5

« Ces petites pathologies aiguës qui nous prennent du temps, mais pas tant que ça, ça fait partie aussi du lien qu'on tisse avec nos patients » E6

« Il y en a certains qu'on ne voit jamais en dehors de l'aigu, donc est-ce que ces gens-là s'ils vont voir l'infirmière, ils auront encore l'occasion de rencontrer un médecin ? Pas sûr. » E7

« C'est la même chose chez les personnes âgées, quand elles viennent pour une rhinopharyngite, le jeune actif, ce n'est pas qu'ils sont inquiets pour leur nez qui coule mais c'est qu'ils ne sont pas bien dans leur travail » E7

« Parce que j'estime que des fois, ce n'est même pas nécessaire de consulter, les gens veulent voir quelqu'un, il y a peut-être quelque chose d'autre en dessous, c'est possible, mais du coup c'est vrai que ces gens-là, c'est un peu dommage qu'ils ne soient pas vus » E8

« Après moi ça me dérange que mes patients soient vus par l'infirmière, parce que j'aime bien aussi le relationnel que j'ai avec eux » E12

- Le généraliste comme unique interlocuteur pour une vision globale du patient

Beaucoup notent également l'intérêt du généraliste comme interlocuteur unique en 1<sup>er</sup> recours : le travail de prévention primaire du médecin en est facilité, de même que la gestion de très nombreuses consultations aux motifs multiples.

« Oui mais regardez, quand tu as un gamin que tu es en train d'examiner, de peser, de mesurer, en même temps tu regardes le comportement du gamin, de voir comment il réagit le temps de le mesurer de le peser. Ça peut déjà te mettre la puce à l'oreille sur un trouble de la vue ou autre chose. Moi je ne suis pas pour le saucissonnage de la consultation. La consultation c'est un tout » E5

« Est-ce que ce n'est pas l'occasion de temps en temps de voir le médecin, de gens qu'on ne voit que pour ça, et qui permet de dépister d'autres trucs » E7

« Et la rhino c'est le point d'appel pour vérifier le carnet de santé, vérifier que le vaccin est à jour ou pas, ah tiens l'IMC qui dérape, enfin ce genre de petits trucs » E10

« Après c'est une activité que j'aime bien moi, j'aime bien avoir ma visite des 3 ans et faire faire le dépistage visuel et auditif, parce que ça fait partie de mon examen. Je n'ai pas envie de le déléguer en fait. » E10

« Donc c'est rare d'avoir des gens, dans nos patients habituels, de voir une personne qui vient pour un rhume uniquement et qui ne demande pas autre chose » E11

« Je ne sais pas parce que, par exemple quelqu'un de 25 ans qui vient pour un rhume, du coup moi quand il vient me voir celui-là, que je ne l'ai pas vu depuis longtemps, je me dis est-ce que vos vaccins sont à jour ? » E12

- Orientation des patients

Un autre point que soulève la multiplication des interlocuteurs est la manière d'orienter les patients en particulier pour les consultations de premier recours.

« Enfin, qui va faire le tri ? Comment on va faire ? » E3

« Tout est de la subtilité pour la secrétaire de pouvoir orienter » E5

« J'avais fait un stage au Niger où en fait, il y avait un 1er entretien avec l'infirmier et en fait, il y avait des bornes, des limites en disant, s'il y a une alerte, ce n'est plus de la consultation de soins infirmiers, c'est le médecin. Ça pourrait être faisable. » E7

« Est-ce que l'idée c'est d'avoir un secrétariat centralisé, avec le secrétariat qui oriente en fonction des demandes ? Mais du coup ça veut dire un secrétariat avec une formation et, en pratique, c'est beaucoup de choses à faire aussi » E9

« C'est ça, c'est ça le problème, comment on décide que lui il va aller voir l'infirmière, et lui on va le mettre direct au médecin ? » E12

Un des médecins évoquait la possibilité qu'une infirmière de premier recours pourrait assurer la régulation interne concernant les consultations urgentes.

« Ça c'est toujours un peu compliqué, je pense que probablement c'est le secrétariat au départ qui pourrait dispatcher de toute façon, il faut bien. Est-ce que on peut imaginer aussi une espèce de régulation interne à la structure, soit par la secrétaire, soit par une assistante médicale justement » E2

- Les charges et le statut d'entrepreneur du médecin généraliste

L'interprofessionnalité ramène au statut d'entrepreneur du médecin. Dans le cas du protocole ASALÉE, la gestion se fait par l'association, ce qui facilite son acceptation par le généraliste.

« Après les modalités, c'est vraiment très simple avec le réseau ASALEE. Il suffit de leur offrir un endroit, une pièce un petit peu aménagée, et puis c'est tout » E2

« Ce qui rassure plein de médecins, c'est à dire qu'ils bénéficient d'un service, mais ils ne se font pas chier avec les bulletins de salaire » E3

Concernant les assistants médicaux, on voit au contraire que la perspective de devoir les embaucher soulève des craintes chez les généralistes. Tout d'abord beaucoup sont peu à l'aise avec l'entrepreneuriat et les démarches qu'il implique.



« Pour les assistants médicaux, en fait c'est un emploi, et quand on n'en aura plus besoin, il faudra licencier des gens donc c'est un peu plus compliqué » E2

« Ce que j'aime le moins dans mon travail, c'est toute la partie comptabilité et organisation du cabinet avec tout ce qui est à faire pour nos salariés » E6

« Moi, devenir employeur, pareil c'est compliqué, je ne suis pas chef d'entreprise, enfin si, en théorie oui, mais je n'ai pas l'impression d'avoir eu la formation » E9

De plus, beaucoup de généralistes doutent de leur capacité à absorber les charges, et n'ont pas toujours les moyens matériels d'organiser un tel dispositif.

« Tout cela ne sert à rien, ce n'est pas en donnant quelques euros au médecin qu'il pourra avoir 3 employés, c'est en faisant comme dans les autres pays, en donnant les moyens » E1

La Sécurité Sociale prévoit un soutien financier au dispositif sous condition d'exigence de file active. Cette exigence de file active est d'ailleurs parfois un frein à l'acceptation.

« Mais j'ai une patientèle au-dessus du 95<sup>ème</sup> percentile, la Sécu me donne à l'année pour 5 ans, 36000 euros. Pour la payer. » E3

« Je n'ai pas eu d'expérience personnelle parce que je suis allée à la petite formation qui était proposée, pour me rendre compte que ma file active de patients était insuffisante. Je suis seule dans mon cabinet, ce n'était pas exploitable, ce n'était pas suffisant » E4

« Et en échange, tu t'engages à augmenter tes patients de 30%. Voilà. Donc je n'ai pas pris le deal en fait. Je ne peux pas augmenter de 30% ma patientèle, ce n'est pas possible » E10

Ceci dit il existe une défiance de la part de certains généralistes sur la pérennité de ces aides et les avis sont partagés.

« Oui voilà c'est ça, et puis je pense qu'il y a des aides, je ne sais quoi la 1<sup>ère</sup> année, et évidemment ce n'est pas pérenne bien sûr » E2

« Mais je ne vois pas quand l'Assurance Maladie va assumer le drame de licenciements en masse de gens qui ont des emplois non délocalisables » E3

« Donc moi j'ai retenu : prendre quelqu'un pour t'aider, soit faire du secrétariat, soit les petites tâches. On te donne des sous pour le faire, ça ne va pas te coûter grand-chose, par contre, les sous, on te les reprendra quand on n'aura plus envie de te les donner. » E10

- Des compétences parfois insuffisantes qui impliquent un besoin de formation renforcée

Certains généralistes pointaient quelques insuffisances au niveau des compétences des infirmières Asalée.

« Bon après, sur le plan diététique et tout, je trouve que ce n'est pas top, mais c'est déjà mieux que rien de toute façon. C'est un problème de formation » E2

« Et puis moi ce qui m'ennuie aussi un petit peu, c'est aussi la distorsion en termes de professions. Pour moi, quand une infirmière est une infirmière, elle peut faire des tâches, elle n'est pas diététicienne. » E3

On comprend ainsi l'exigence d'une formation qui garantit la qualité des soins si une infirmière venait à assurer la prise en charge d'affections aiguës mineures, ceci semble être une des préoccupations majeures des médecins.

« Il faudrait qu'il y ait une formation qui soit solide, que chaque infirmière en pratique avancée connaisse bien les limites de ses propres capacités réelles, de ses réelles compétences » E4

« On peut avoir des protocoles infirmiers bien faits et bien compris par la personne qui les utilise. » E4

« Il faut se méfier qu'elle n'aille pas uniquement mettre des gouttes dans les yeux en disant « ça va aller ». Qu'elle puisse quand même dire « ah non là il y a quelque chose de plus complexe, il faut voir le médecin » » E5

« Mais il faut des infirmières qui soient formées et qui ne dépassent pas leurs capacités de formation » E6

« Il n'y a pas besoin d'être super diplômé pour avoir un interrogatoire-type et savoir s'il peut y avoir des complications ou pas » E6

« J'avais fait un stage au Niger où en fait il y avait un 1er entretien avec l'infirmier et en fait il y avait des bornes, des limites en disant s'il y a une alerte, ce n'est plus de la consultation de soins infirmiers c'est le médecin. Ça pourrait être faisable » E7

« Et donc il faut juste être sûr que la compétence va être là, et que ça va permettre vraiment que les gens n'aient pas besoin de revenir nous voir après, parce que si une semaine après ou quelques jours après ils reviennent nous voir, ce n'est pas le but » E8

- Adhésion des patients
  - Une pratique inédite

La possibilité de consultations de 1<sup>er</sup> recours menées par des infirmières fait planer le risque d'une défiance de la part de patients étrangers à cette pratique.

« Quand on a l'habitude on va voir le médecin. Si on leur dit « bien non vous ce n'est pas grave, donc on vous colle une infirmière », ils vont se dire « on se fout de moi » » E2

« Et est-ce que les gens vont comprendre « vous comprenez, c'est le désert médical, vous vous avez droit à une infirmière de pratique avancée » ? » E3

« Les limites c'est peut-être ne pas faire confiance au professionnel qui est devant eux, et aux compétences. Ça ça va être peut-être la limite » E6

« C'est pareil, c'est un risque, on peut se dire « pourquoi ? Il y en a qui disent c'est de la médecine au rabais, avant on avait un médecin pour n'importe quoi, maintenant on ne va voir que l'infirmier » » E7

« Je pense qu'il va falloir aussi que les gens acceptent ce genre de façon de faire, parce que c'est déjà aujourd'hui un peu compliqué de voir quelqu'un d'autre que leur médecin, des fois il faut faire des pieds et des mains pour leur expliquer qu'il n'y a pas que nous qui détenons la compétence » E8

« Je pense qu'il y a ceux qui sont attachés à leur médecin, parce qu'ils ont confiance et que, souvent, soit c'est des personnes âgées ou des personnes anxieuses, qui ont besoin d'avoir quand même l'aval » E11

- L'accessibilité accrue comme principal moteur d'adhésion

Au contraire, l'accessibilité accrue aux soins que permettraient ces infirmières praticiennes, pourrait aider à l'adhésion des patients.

« Tout est de la subtilité pour la secrétaire de pouvoir orienter « Si c'est juste pour ça, il y a l'infirmière qui est là qui pourra vous prendre plus rapidement. Si vous avez d'autres problèmes à voir avec le médecin, à ce moment-là je vais vous mettre avec le médecin » » E5

« Je pense que c'est satisfaisant de se dire, je ne suis pas obligé d'attendre le rendez-vous chez le médecin pendant 2,3,4,5 jours » E7

#### 4.3.6 Mesures connexes pouvant renforcer l'offre de soins

L'interprofessionnalité n'est pas la seule voie à explorer pour combler la pénurie d'offre de soins. Les généralistes interrogés évoquaient plusieurs axes de réflexions, dont certains pourraient permettre indirectement de favoriser l'interprofessionnalité.

##### 4.3.6.1 Favoriser l'exercice en groupe

L'exercice en groupe est la forme d'exercice qui attire le plus les jeunes généralistes. Beaucoup de généralistes interrogés faisaient part des avantages, pour les patients et pour eux, à travailler en réseau.

- Mutualisation des charges

« A côté de ça, il n'y a plus aucun jeune médecin maintenant qui veut s'installer. Ils veulent tous une maison de santé ou un cabinet de groupe et je les comprends. On mutualise les dépenses, c'est plus intéressant » E5

« Quand on s'installe on a besoin d'un certain nombre de matériels, et puis il y a le loyer, et puis toute la structure qui peut être lourde » E6

- Flexibilité des horaires pour les patients comme pour les généralistes

« C'est bien de pouvoir proposer des grands horaires. Pour ça il faut être regroupés, oui ,ça me paraît être une évidence » E4

« Effectivement, en pratique, un cabinet avec 4 médecins, ça veut dire que tu peux aussi dégager du temps pour toi. Tu peux prendre un samedi, tu es un peu moins collé à ton cabinet, tu peux choisir de faire des journées un peu plus longues et de t'absenter le lendemain, parce que tu sais que tes collègues tiennent la maison » E4

- Travail en collaboration

« On est en train d'essayer de réfléchir à voir si on peut, à l'échelle d'un territoire, absorber à 40 des demandes des soins non programmés des gens qui n'ont pas de médecin traitant » E3

« Oui, la confraternité, la collégialité, le fait de pouvoir partager éventuellement sur des cas complexes, tout le brainstorming qu'il peut y avoir de façon complètement informelle, et puis tout ce que les plus âgés peuvent apprendre aux plus jeunes et inversement. » E4

« Mais c'est quand même très pratique d'aller voir, de frapper dans le cabinet à côté, de dire « tiens tu ne peux pas venir voir, j'ai un patient il a ci, il a ça, tu viens voir juste pour un avis par exemple dermato », c'est quand même super pratique » E6

- Accueil facilité des jeunes médecins

« Et je pense que nous on arrive à avoir des jeunes médecins à venir travailler avec nous. Les incitations financières, à mon avis...oui dans les petits villages avec tout installé, les cabinets installés kit en mains ça ça peut plaire aux jeunes, ça c'est sûr » E6

- Cependant un des médecins note qu'un médecin seul bien entouré peut aussi être une alternative viable

« Il y a certains coins où il n'y a pas besoin forcément de 2 ou 3 médecins, mais il y aurait besoin d'un médecin qui puisse faire pas mal de choses et coordonner avec 2 kinés, 2 IDE, avec d'autres paramédicaux des soins » E1

#### 4.3.6.2 Salariat

Le salariat est une des pistes évoquées par certains médecins pour diminuer la part d'administratif et autres contraintes liées à l'exercice libéral mais aussi solutionner la question de la rémunération des actes hors consultation.

- En finir avec la course à l'acte

« Je me rends compte que notre cœur de métier, c'est les patients complexes. 25 euros ce n'est pas adapté à la prise en charge des patients pour lesquels on va passer des coups de fil, envoyer des fax, préciser des ordonnances... On a un travail extra-consultations qui est important, on a un travail en consultations qui dépasse bien les 20 minutes traditionnelles. Pouvoir passer plus de temps avec des patients lourds peut passer par le salariat. » E4

- La question du désengagement professionnel

« À mon avis, quand on travaille en salariat, c'est plus facile de moins s'investir que quand on est libéral » E2

« Je ne sais pas...Est-ce qu'il y a un désengagement professionnel en cas de salariat ? Un désengagement sur le temps ? C'est vrai, des gens qui se donnent peut-être moins à leur profession quand ils ne sont pas obligés ? » E4

« Non je n'ai pas vraiment d'idées, j'entends souvent parler de la Belgique qui sont nos plus proches voisins, et d'Angleterre avec, paraît-il, une généralisation du salariat si j'ai tout bien compris, avec des effets pervers sur les horaires de disponibilité » E4

- Diminuer la part administrative de travail

« Quand on s'installe on a besoin d'un certain nombre de matériels, et puis il y a le loyer, et puis toute la structure qui peut être lourde. Si on leur enlève toute cette gestion, c'est certainement plus motivant pour eux. C'est comme un.... il faudrait presque qu'ils soient comme salariés d'une structure qui peut se développer » E6

#### *4.3.6.3 Favoriser l'entrepreneuriat*

À l'opposé de la solution du salariat, 2 des médecins interrogés plaidaient pour faciliter l'entrepreneuriat, par la formation et les moyens financiers, afin de permettre aux médecins d'optimiser leur exercice.

« C'est le chiffre : un médecin généraliste en Europe emploie 4 personnes. En France c'est 0,4 je crois le chiffre. Parce qu'en France le médecin n'a pas les moyens d'employer 4 personnes » E1

« Mais j'ai plus l'impression que c'est une réflexion à avoir au sein des facultés. Est-ce qu'il y a vraiment un accompagnement, un enseignement sur l'outil qu'est un cabinet médical ? Et sa gestion ? Sur le médecin employeur ? Est-ce qu'il y a vraiment un accompagnement là-dessus ? J'en doute un peu. Et je crois que c'est, à force de ne pas le connaître, ce qui fout la trouille et qui souvent fait qu'on attend que ce soit la mairie qui nous paie un cabinet alors que les médecins sont pétés de tunes » E3

#### *4.3.6.4 Education du patient*

Les pathologies aiguës mineures sont définies dans les études comme en majorité spontanément résolutive. On peut ainsi opposer à leur prise en charge par des infirmières praticiennes le fait que renforcer l'éducation des patients, pour leur permettre d'identifier les pathologies ne nécessitant qu'un traitement symptomatique, pourrait limiter les consultations abusives.

« Ça se soigne tout seul. Mais les gens « ben oui mais j'ai mal à la gorge. » » E5

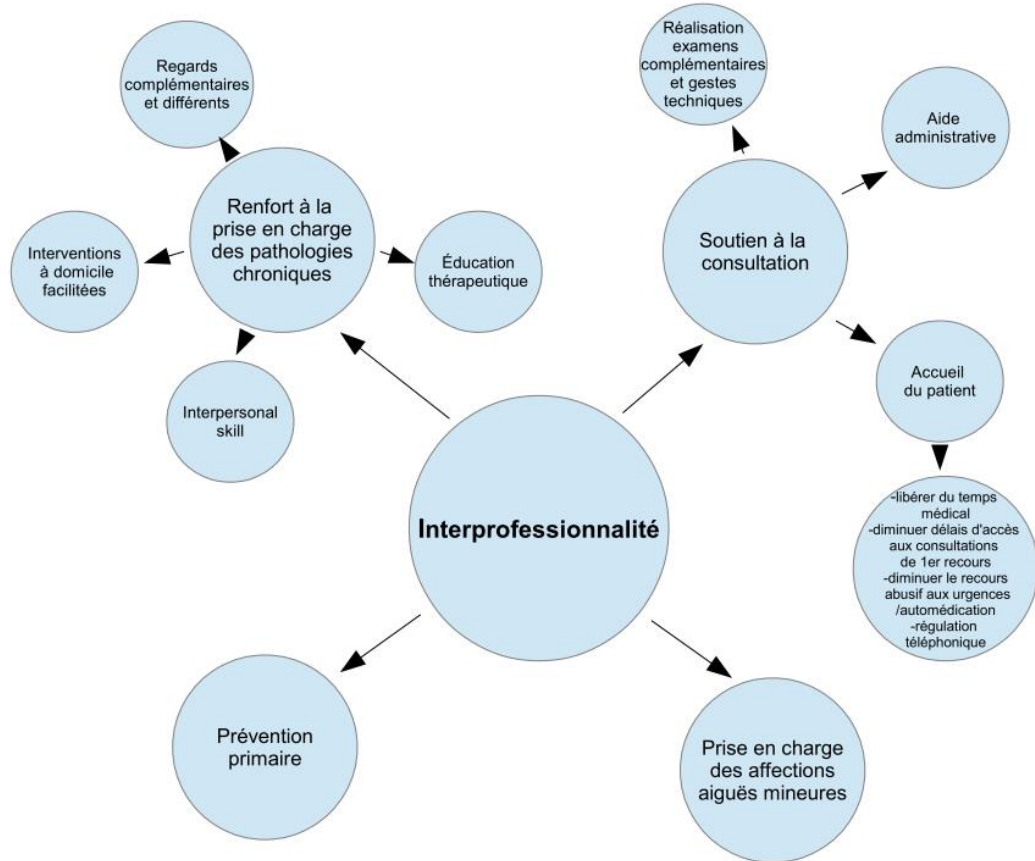
« Il faut se dire on responsabilise chacun et on éduque chacun pour avoir un accès raisonné aux professionnels de santé, quel qu'il soit » E7

« C'est réfléchir à l'éducation à la santé qui peut être de se dire « qu'est-ce qui fait que je dois consulter ? » » E7

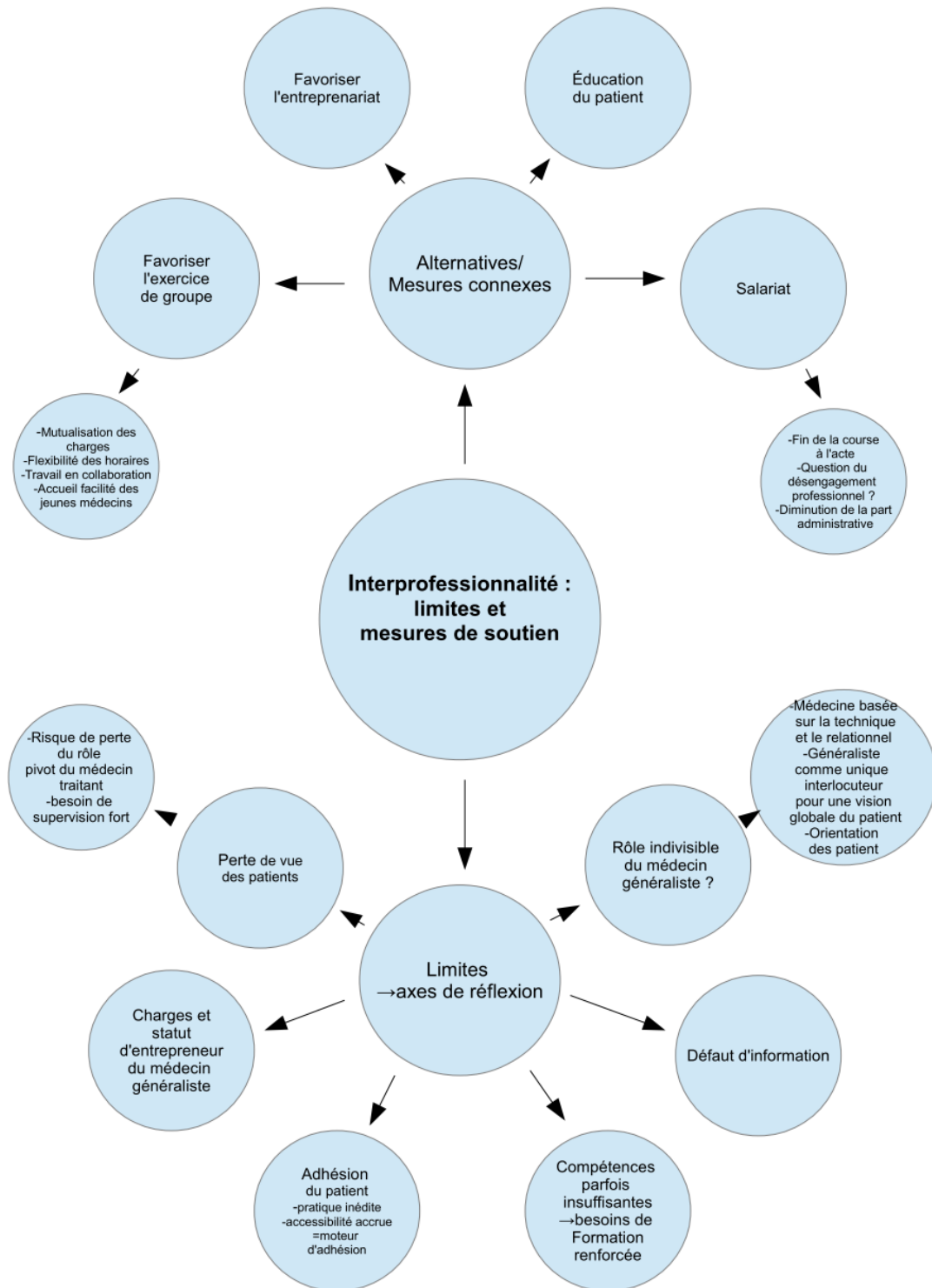
« Il faut aussi que les gens comprennent qu'il ne faut pas consulter pour un oui ou pour un non parce qu'après, ça devient aussi un objet de consommation, ce qu'on voit un peu actuellement dans les urgences » E8

« Et il faut aussi une éducation du patient pour que, s'il y a un problème, on vient voir, on n'attend pas qu'il y ait le renouvellement » E9

**L'interprofessionnalité : apports en soins primaires**



## Interprofessionnalité : limites et mesures de soutien





## 5. Discussion

### 5.1 Les forces de l'étude

La diversité de l'échantillon des médecins interrogés a été recherchée, tant sur le plan des caractéristiques individuelles (hommes/femmes, âges..), que professionnelles (années d'expérience, mode d'exercice : isolé, groupe ou MSP..) ou géographiques (exercice rural ou urbain) afin de tenter de faire émerger le maximum d'opinions possibles, comme cela est préconisé dans le cadre d'une étude qualitative.

### 5.2 Les limites de l'étude

#### Biais liés à l'investigateur

L'exercice des entretiens semi-dirigés réalisé lors de cette thèse était pour moi une 1<sup>ère</sup> expérience aussi, peut-être qu'avec plus d'expérience, certaines questions auraient pu davantage être ouvertes ou que de nouvelles relances auraient pu être réalisées. Certains médecins, dans leur libre expression, pouvaient s'égarer et s'égarer hors sujet. Le recadrage n'était pas toujours simple afin de maintenir le fil de la discussion.

#### Biais d'informations

Le défaut d'information des médecins interrogés sur le sujet m'a amené à devoir préciser certaines idées en cours d'entretien, ce qui a pu induire certaines réponses.

#### Biais liés à l'échantillon

20 médecins ont été sollicités pour participer aux entretiens de cette thèse ; seuls 12 ont répondu. Leurs motifs ne sont pas connus. Peut-être était-ce le manque de temps, le manque d'intérêt pour le sujet ou le manque d'envie ou la crainte de s'exprimer. Les 12 médecins ayant accepté ont donc été sélectionnés, ce qui a pu créer un biais de sélection. Il aurait pu être intéressant de connaître les raisons de refus des autres médecins.

Un plus grand nombre de participants aurait pu diversifier davantage l'échantillon et apporter des éléments nouveaux.

L'un des médecins interrogés n'avait qu'une année d'exercice en libéral et une vision peut-être encore réduite des enjeux de l'exercice libéral en raison de son manque d'expérience

### 5.3 Discussion des résultats

#### 5.3.1 Le généraliste français et l'interprofessionnalité

##### *5.3.1.1 Défaut d'information*

Les connaissances des médecins généralistes interrogés sur la coopération entre professionnels de santé est variable. Le protocole ASALÉE est le mode de coopération le plus

connu des généralistes interrogés, et plusieurs l'ont intégré à leur pratique. Au contraire, concernant les IPA et les assistants médicaux, les médecins déclarent n'avoir que peu d'informations.

Cette différence de connaissance entre le protocole ASALÉE et les autres modes de coopération est multifactoriel. Certaines de ces causes pourraient être qualifiées d'« endogènes », c'est-à-dire liées à la nature même de ces modes de coopération. Par exemple, le protocole ASALÉE existe depuis 2004, et se destine aux soins de première ligne comme renfort à l'exercice des généralistes dans la prévention primaire, et le suivi de maladies chroniques. Il apparaît donc logique qu'il soit plus connu à première vue que les IPA et assistants médicaux, qui entraînent à peine en application au moment des entretiens.

Cependant, la nature de ces différents projets n'explique pas à elle seule cette mésinformation. Si l'on se penche sur les assistants médicaux, les médecins interrogés relèvent l'aspect flou du projet et s'interrogent autant sur les modalités d'application, que sur le rôle que ces assistants prendraient dans leur pratique. Pourtant, les informations répondant à ces questions sont disponibles sur le site de l'Assurance Maladie, et facilement accessibles (45). Un des médecins interrogés avait d'ailleurs lui-même entamé les démarches visant à permettre à sa secrétaire de se reconvertir en assistante médicale. D'autres expliquaient avoir reçu la visite de personnel de l'Assurance Maladie pour leur exposer les fonctions et modalités d'incitations financières à l'embauche de ces assistants. Ainsi, la méconnaissance de l'assistant médical semble être autant due à un défaut d'information brut, et à un manque de visibilité (les causes endogènes), qu'à une difficulté des généralistes à se projeter hors de leur cadre d'exercice traditionnel (les causes « exogènes », autrement dit ici, la perception des généralistes). En effet, les généralistes interrogés avaient tendance à considérer la consultation médicale comme multidimensionnelle, en particulier en considérant ses aspects sociaux et psychologiques. Pour eux, le fait de déléguer une partie de la consultation à un assistant, de réduire probablement le temps de consultation par patients (les aides à l'embauche étant effectivement conditionnées à une augmentation de file active), menacerait l'unité de la consultation, et la nature même du métier de médecin généraliste.

La méconnaissance au sujet des IPA interroge également. Actuellement, il n'existe que 65 IPA formées en France. Effectivement, pour le moment, le caractère très marginal de cet exercice, explique en grande partie le manque d'informations des généralistes. Cependant, un des objectifs des pouvoirs publics est d'augmenter rapidement leur nombre (3000 en 2022, 5000 en 2024). Or, ces IPA se destinent à un exercice hospitalier autant que libéral. Il semble qu'il y ait ici peut-être un défaut de communication des pouvoirs publics à destination des généralistes, qui pourtant, pourraient bientôt collaborer avec ces nouveaux professionnels de santé. Il apparaît important de clarifier les rôles de l'IPA au niveau du secteur ambulatoire, sous peine de se retrouver confrontés à des résistances de la part de généralistes, insuffisamment informés. Car, ici encore, une des principales craintes des médecins interrogés, est la perte de leur rôle traditionnel de pivot du secteur de soins primaires.

#### *5.3.1.2 La relation médecin-malade.*

Dans les craintes formulées par les généralistes interrogés au sujet de l'interprofessionnalité, revient souvent la dégradation du relationnel qu'ils entretiennent avec leurs patients. Ils identifient deux causes à cette dégradation :

○ L'accueil du patient par un assistant médical

Pour beaucoup de médecins interrogés, la prise des constantes et les premiers échanges qui l'accompagnent prennent une part importante dans la relation médecin-malade. Ainsi, déléguer cette part de la consultation à un assistant médical entraînerait forcément une dégradation des rapports entre le médecin et son patient.

En ce sens, cet avis corrobore le constat que fait Michel Lejoyeux (46) dans son analyse de la relation médecin-malade. Ce dernier considère que toute consultation devrait débiter par une phase préparatoire pendant laquelle le médecin cherche à obtenir la confiance et la collaboration du patient. Lors de cette phase, le médecin s'informe de faits objectifs comme l'âge, la situation familiale, la fratrie. Pour le médecin, se renseigner ainsi permet d'obtenir des éléments utiles à sa prise en charge mais aussi de rassurer le patient en lui montrant qu'il s'intéresse à son environnement, à sa situation personnelle. Il en est de même pour l'examen clinique qui implique un contact physique qui a aussi une importance fondamentale dans le relationnel. On comprend dès lors les réticences de certains médecins à déléguer ces actes anodins en apparence mais néanmoins fondamentaux.

Il existe un autre frein à l'implication des assistants médicaux dans la consultation du généraliste et qui a trait à la relation médecin-malade : la durée des consultations. En prenant comme référence les pays étrangers ayant recours aux assistants médicaux, les médecins généralistes interrogés redoutent un raccourcissement du temps de consultation, et en conséquence, une diminution du temps accordé au relationnel. En comparant le temps de consultation moyen de pays comme l'Allemagne ou les Pays-Bas où le modèle de l'assistant médical est très présent (1,8 assistants médicaux par médecin en Allemagne) on constate effectivement une durée moyenne nettement plus basse : 7,6 mn en Allemagne et 10,2 aux Pays-Bas (47) contre 16,4 pour la France (48).

Ici encore cette appréhension qu'ont les généralistes français se retrouve dans l'analyse de Lejoyeux (46) qui considère que « la lenteur assumée est un gage de qualité ». Il s'appuie sur les humanistes et psychanalystes qui invitent dans le doute, à ne pas se hâter mais écouter. La précipitation est ici vue comme potentiellement source de conflits avec le patient qui peut avoir besoin de temps pour se confronter à certains problèmes, surmonter des résistances dues à un éventuel sentiment de culpabilité ou de honte.

Lors d'une revue de la littérature évaluant le temps de consultation moyen à travers le monde, Irving et al (49) rapportaient plusieurs études démontrant qu'en-dessous d'une certaine durée de consultation, on constatait une polymédication, un usage abusif d'antibiotiques et un mauvais relationnel avec le patient. Ils estimaient une limite minimale de 5 minutes par consultation pour fournir des soins corrects. Cependant, et surtout lorsqu'il s'agit des relations médecins-malades, il est difficile de prouver que des consultations longues apportent nécessairement plus de satisfaction. Ainsi une revue de la littérature de Wilson et al. (50) s'est penchée sur plusieurs études évaluant les effets de l'augmentation du temps de consultation : il n'existait pas de satisfaction supplémentaire de la part du patient concernant sa prise en charge.

Une étude soulevait un point intéressant à ce sujet. Ogden et al. en 2004 (51) ont exploré une plainte récurrente des patients concernant les consultations qu'ils trouvaient trop courtes et concluaient que ce type de plainte n'était pas relié à la durée effective de la consultation, mais plutôt à son contenu. En d'autres termes, l'insatisfaction des patients quant à la durée de la consultation était reliée fortement au sentiment de ne pas avoir été écoutés. Ces résultats

rejoignent également les travaux de Balint (52) qui invitait à se préoccuper plus du contenu de la consultation que de sa durée. Ainsi qualité d'écoute et longueur de la consultation ne seraient pas forcément liées.

Cependant cette question de la relation médecin-malade reste fondamentale et il apparaît essentiel de ne pas la négliger. Balint (52) estimait que plus d'1/3 du temps de consultation en médecine générale était destiné à la relation médecin-malade, et que le médecin était lui-même une partie du remède. Ce concept de « remède médecin », comme il le formule, est connu depuis l'antiquité et Hippocrate. Il traduit le fait que par la réassurance, le conseil et l'explication, le médecin s'assure d'avoir une démarche diagnostique efficace, comprend le point de vue du patient, améliore sa qualité de vie et son observance thérapeutique tout en rendant son propre exercice plus confortable. Il apparaît donc que l'intégration optimale des assistants médicaux au processus de soins passe par le respect de cette relation médecin-malade.

Certains éléments tendent d'ailleurs à montrer qu'avoir recours à un assistant médical pourrait parfois faciliter la relation médecin-malade. Un des généralistes interrogés employait déjà sa secrétaire comme assistante médicale lors de l'entretien. Il expliquait l'intérêt qu'il avait à être assisté lors des consultations de pédiatrie : en s'affranchissant des tâches de double saisie qui étaient assurées par son assistante, il pouvait se concentrer sur son relationnel avec les patients.

Dans le même ordre d'idée, beaucoup de généralistes notent un temps de consultation qui a tendance à s'allonger. D'une part car la pénurie médicale entraîne une augmentation des consultations multi-motifs, et d'autre part car le nombre de patients complexes, atteints de polyopathologies, augmente de façon concomitante au vieillissement de la population. Dans ces circonstances, on peut aussi s'interroger sur ce que devient le relationnel quand des consultations de plus en plus complexes s'insèrent dans un emploi du temps qui n'est pas extensible à l'infini. L'apport d'un assistant médical pourrait ici trouver tout son sens pour libérer le médecin de la partie administrative du travail et lui permettre de se concentrer sur son patient.

En résumé, on voit que la façon dont l'assistant médical va influencer sur la relation médecin-malade dépend de la façon dont il va être utilisé. Si on peut craindre un effet négatif s'il est utilisé dans une optique de réduction du temps de consultation, on peut au contraire imaginer qu'il ait un effet positif s'il est surtout présent pour soulager le médecin de la composante extra-médicale de la consultation.

Actuellement, la Sécurité Sociale semble laisser une certaine latitude dans la façon de concevoir son exercice avec un assistant médical, même si la volonté d'augmenter la file active des médecins est bien présente. En effet, les aides à l'embauche sont accessibles aux médecins dès que la patientèle est supérieure au 30<sup>e</sup> percentile des patientèles de généralistes, soit 640 patients. Ces aides sont en revanche conditionnées à des exigences d'augmentation de patientèle vérifiées au bout de 3 ans, et dégressives en fonction de la taille initiale de la patientèle : une taille de patientèle entre le 30<sup>e</sup> et 50<sup>e</sup> percentile s'accompagne d'une exigence d'augmentation de 20% en 3 ans, entre le 70<sup>e</sup> et 90<sup>e</sup> percentile (1108 à 1502 patients) elle est de 7,5%, et au-dessus du 95<sup>e</sup> percentile (1721 patients) elle est nulle. Les généralistes ayant une grande patientèle sont ici clairement favorisés là où les médecins ayant une patientèle de faible volume doivent augmenter leur file active (et donc leur activité) parfois jusqu'à 20% en

3 ans s'ils veulent bénéficier des aides. Ceci apparaît comme un frein non négligeable et a d'ailleurs été relevé en entretien (annexe 12).

- La prise en charge de patients stabilisés chroniques par une IPA dédiée

Le but des IPA de pathologie chronique stabilisée est de pouvoir assurer le suivi de patients (avec l'accord de ceux-ci) confiés par le médecin. Le rythme de suivi est décidé en coordination avec le médecin traitant et des RCP (Réunions de Concertations Pluriprofessionnelles) régulières sont menées pour discuter du cas des patients. En cas de dégradation de l'état du patient, ou quand les limites de l'IPA sont dépassées, il est prévu que le patient revoie le médecin.

Ce modèle de fonctionnement soulève là encore les craintes des généralistes. En réduisant la fréquence de leurs consultations au profit d'une Infirmière de Pratique Avancée, les médecins généralistes craignaient en effet que cela n'altère la qualité de leur relation avec leurs patients.

On peut ici s'intéresser à l'exemple de l'Angleterre pour illustrer ce risque soulevé par les médecins interrogés. Dans les années 90, l'Angleterre a opéré une restructuration de son système de santé en favorisant l'exercice de groupe pluriprofessionnel avec transfert de tâches aux infirmiers. Auparavant, le modèle des soins primaires anglais était relativement cloisonné avec des généralistes exerçant en libéral en cabinet, et constituant la porte d'entrée dans le système de santé, et des infirmières intervenant principalement au domicile du patient. La mutation du système de santé s'est faite pour des raisons de rationalisation du budget et d'accessibilité des soins. Ce phénomène a entraîné un changement dans le parcours de santé de l'utilisateur, qui est passé d'un interlocuteur unique, le médecin généraliste, à de multiples intervenants (infirmières ou médecins).

Plusieurs études ont démontré que les patients valorisaient le fait d'avoir un interlocuteur unique au cours du temps, en particulier du point de vue de la confiance qu'ils portaient à leur médecin, mais aussi du sentiment qu'ils avaient de la connaissance que ce médecin avait d'eux. Ces deux sentiments étaient reliés à une meilleure observance thérapeutique, une meilleure application des mesures de prévention primaires (RHD, vaccination...), un recours plus raisonné aux urgences et à l'automédication, et une satisfaction plus élevée des patients quant aux soins qui leur étaient délivrés. Une revue de la littérature de 2009 (53) retrouvait comme principaux déterminants du renforcement de la relation médecin-malade, les consultations répétées et la continuité longitudinale des soins (c'est-à-dire le fait de voir le même médecin au même endroit au fil des consultations). Au contraire, il a été démontré que la relation médecin-malade avait tendance à se dégrader dans un contexte de prise en charge en équipe. Cette dégradation du relationnel fait peser un risque sur la qualité des soins qui a amené plusieurs spécialistes à s'interroger sur les moyens d'enrayer ce phénomène. Tout l'enjeu ici, pour les pouvoirs publics, est de pouvoir répondre à une demande de prise en charge rapide des patients, facilitée par les équipes de soins pluriprofessionnelles et de conserver également les bénéfices de la relation médecin-malade, favorisée par la continuité longitudinale des soins (54).

Rodriguez et Al en 2007 (55) ont comparé le ressenti des patients dans leur usage des soins primaires, selon qu'ils aient comme interlocuteur une équipe pluriprofessionnelle, ou un médecin référent. Il a été mis en évidence que les patients ne percevaient pas en général le travail en équipe comme aussi cohérent et coordonné que la prise en charge habituelle de leur généraliste. Mais il a également été démontré que les équipes qui se concentraient sur une

bonne communication avec le patient n'avaient pas des résultats inférieurs à ceux des médecins seuls concernant le relationnel et la satisfaction du patient. Les éléments qui permettaient de conserver la qualité du relationnel avec le patient pour une équipe pluriprofessionnelle étaient : la bonne coordination des soins avec le médecin du patient, des explications claires du processus de soins, et la connaissance qu'avait chaque intervenant du patient.

Ici encore, si l'impact de la pluriprofessionnalité sur la relation médecin- malade est bien réel, il n'est pas pour autant inéluctable. Une bonne coordination des membres de l'équipe doit permettre de conserver la qualité du relationnel tout en bénéficiant des autres avantages de la pluriprofessionnalité.

Il n'existe pas d'antinomie figée entre la prise en charge pluriprofessionnelle, et la sauvegarde de la relation médecin-malade.

### *5.3.1.3 Interprofessionnalité et entrepreneuriat*

En analysant les résultats, 2 visions semblent s'opposer quant à l'exercice libéral. Pour une partie des médecins, le médecin doit gérer son cabinet comme une entreprise, embaucher et investir dans du matériel afin d'adapter sa pratique à ses besoins. Ces médecins accueillent de façon favorable l'arrivée des assistants médicaux qui, pour eux, doivent leur permettre de se recentrer sur la partie médicale de leur travail et élargir leur offre de soins. Cette vision est illustrée par le Pr Pelen (56) qui militait pour un généraliste entrepreneur. Il considérait que dans la gestion des crises du COVID et de la grippe H1N1, la médecine générale avait été « relativement marginalisée ». Il expose comme cause un éparpillement des généralistes qui compliquait la réunion de ces médecins par les pouvoirs publics. Il militait donc en faveur d'une généralisation de l'exercice de groupe des généralistes, afin de faciliter leur mobilisation. Cette centralisation devait également leur permettre d'aborder leur exercice comme des entrepreneurs, en s'entourant de techniciens et administratifs, afin de se concentrer sur leur exercice médical seul.

Au contraire, pour une autre partie des médecins interrogés, s'ils apprécient l'indépendance du statut de libéral, ils ne se considèrent pas comme entrepreneurs. Ils n'estiment pas avoir eu la formation nécessaire pour gérer correctement une entreprise, et déplorent la charge de travail administratif qu'amène l'exercice libéral. Ils considèrent ainsi les assistants médicaux comme une charge supplémentaire, financière comme administrative, et ne prévoient pas d'avoir recours à leurs services. Ainsi le dispositif ASALÉE était plébiscité pour sa facilité de mise en pratique, la gestion administrative étant à la charge de l'association. Quant aux IPA, la Sécurité Sociale prévoit un exercice libéral rémunéré par forfait et à l'acte (57) ce qui assure au moins qu'il n'y ait pas de frein lié à l'administratif comme on l'observe pour les assistants médicaux.

L'exercice libéral interroge depuis plusieurs années chez les médecins généralistes. Il est souvent cité comme un frein à l'installation chez les jeunes générations qui auraient de plus en plus tendance à privilégier un exercice salarié. Selon l'Atlas de démographie médicale 2020, 56% des médecins généralistes exerçaient en secteur libéral, 37% en secteur salarié et 7% avaient une activité mixte. Entre 2007 et 2017, la part de médecins libéraux a reculé de 4.2% tandis que la part de médecins salariés a augmenté de 5.6% (58). La moyenne d'âge des généralistes en exercice salarié était également plus basse.

On peut ainsi s'interroger sur l'avenir de l'exercice ambulatoire des généralistes. Si l'exercice en groupe tend à augmenter (61% des généralistes) (59), il ne semble pour autant pas former un réseau homogène sur un territoire donné, comme cela peut être le cas avec les Primary Care Trust anglais, qui opèrent un maillage complet du territoire (60). Il existe de même des difficultés à convertir à l'exercice ambulatoire les jeunes généralistes formés : on constate effectivement une fuite non négligeable de ceux-ci vers, par exemple l'exercice hospitalier, expliquée en partie par l'attractivité du salariat et du travail en équipe (61). Or, l'interprofessionnalité doit s'intégrer dans un exercice en groupe, comme le faisaient remarquer eux-mêmes les généralistes interrogés. C'est d'ailleurs ce qu'il ressort de l'observation des modèles étrangers. En prenant en compte ce fait, ne serait-il pas nécessaire de repenser la médecine générale ambulatoire afin de profiter au mieux des politiques récentes en faveur de la coopération entre professionnels de santé ?

Suède, Finlande, Angleterre s'organisent autour de centres de santé dévolus à un territoire et une population donnée. Ils bénéficient de l'appui d'infirmières pour mener à bien leurs soins. En Angleterre, infirmières et généralistes se partagent les consultations de premier recours, en Finlande ou Suède les infirmiers ont un rôle de premier interlocuteur avant de décider d'éventuellement adresser le patient vers le généraliste. En Angleterre, les généralistes sont rémunérés par un contrat passé avec les pouvoirs publics qui fixent des objectifs annuels. Les rémunérations forfaitaires pratiquées en France vont en ce sens, mais restent pour le moment minoritaires, d'ailleurs beaucoup de médecins craignent qu'elles prennent de plus en plus de place à l'avenir, et que leur liberté de décision disparaisse. En Suède et Finlande, tous les généralistes sont salariés de la municipalité qui les emploie. (60)

Il se pose ici un choix intéressant pour la suite de l'exercice des généralistes. La disparité de leur exercice semble un frein à la politique de l'interprofessionnalité, or, il n'est pas souhaitable qu'une telle mesure reste marginale en ambulatoire si l'on considère la pénurie d'offre de soins actuelle, et les perspectives de démographie médicale.

Les maisons de santé pluridisciplinaires traduisent la volonté des pouvoirs publics français de favoriser la coordination des soins, à l'intérieur même de la structure, autant qu'avec les structures externes. Ces MSP fonctionnent actuellement sur un modèle incitatif où le paiement à l'acte reste le principal mode de rémunération, complété par des subventions versées en fonction de la réalisation de certains objectifs. L'analyse par Sebai et al (62) des données de l'enquête nationale réalisée en 2014 par l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins de la Direction générale de l'Offre de Soins (DGOS) auprès des structures de coordination des soins de premier recours dresse un bilan mitigé. Si le modèle des MSP séduit les généralistes, il échoue pour le moment dans les objectifs que les pouvoirs publics voudraient le voir porter : la coordination des soins et la prise en charge pluridisciplinaire des patients. Les auteurs concluent qu'une partie de la réponse viendrait peut-être du financement, à l'image de ce que l'on observe au Canada et en Ontario. En effet, ils s'appuient sur l'étude de Breton et al (63) qui compare les GMF Canadien aux Family Health Team de l'Ontario. Les GMF sont inspirés des FHT mais contrairement à ces derniers, dont la rémunération principale des médecins provient de la capitation, ceux-ci sont rémunérés à la manière des MSP, principalement à l'acte (cf tableau mode de rémunération des médecins en annexe). Ainsi, même si la coopération et l'interprofessionnalité tendent à s'améliorer au fur et à mesure du temps, elles restent bien inférieures à celles observées dans les FHT, ce qui tendrait à étayer l'hypothèse qu'un interventionnisme plus important de l'État améliore les mesures de coordination et de prise en charge interprofessionnelle.

Le choix d'un interventionnisme plus large des pouvoirs publics permettrait d'organiser plus facilement les soins. Un système de centre de santé comparable à la Finlande par exemple, fonctionnerait sur le salariat, l'interprofessionnalité et pourrait peut-être attirer plus d'installations de généralistes en ambulatoire. Les généralistes perdraient en revanche une grande partie de leur autonomie. Un système semblable à l'Angleterre pourrait être une solution intermédiaire, en laissant une certaine latitude aux généralistes quant à la gestion des soins, mais en sécurisant l'exercice en groupe et l'interprofessionnalité par une rémunération à la capitation. Enfin il reste la solution du médecin entrepreneur comme exposée par le Professeur Pelen (56) qui permettrait de développer des réseaux en s'appuyant sur le transfert de compétences tout en conservant son indépendance. Cependant, elle nécessite une coordination supérieure entre généralistes à ce que l'on constate actuellement.

### 5.3.2 L'apport de l'interprofessionnalité dans les soins de 1ère ligne

#### 5.3.2.1 L'éducation thérapeutique

Elle a été le champ des soins pour lequel les médecins interrogés ont le plus plébiscité le travail en interprofessionnalité. Ce phénomène est multifactoriel.

La première cause est une question d'expérience : les infirmières ASALÉE sont la forme d'interprofessionnalité la plus courante actuellement en soins primaires. Leurs prérogatives prioritaires sont l'éducation thérapeutique et la prévention primaire. Les médecins ont pu ainsi mesurer facilement l'apport que l'interprofessionnalité pouvait avoir dans ce domaine.

La deuxième cause est la difficulté d'application de l'éducation thérapeutique. La thèse d'exercice de CODRON J. et PIRAS L (64)., soutenue en 2016, expose certaines de ces causes en prenant l'exemple de la mise en place d'un programme d'ETP de proximité par des professionnels de premiers recours de la région Midi-Pyrénées. Les freins qui étaient listés étaient le manque de temps des professionnels, le besoin de compétences (en ETP et en gestion de projet), la complexité du recrutement des patients, l'insuffisance de financement et les difficultés de coordination. Certains de ces freins étaient également évoqués par les médecins généralistes rencontrés, en particulier le caractère chronophage de l'ETP et un défaut de connaissances.

La troisième cause de cet intérêt réside dans l'efficacité démontrée de l'éducation thérapeutique dans le suivi des pathologies chroniques. Ces pathologies sont en effet en augmentation dans la population française du fait, entre autres, de l'allongement de l'espérance de vie. Il n'existe pas de décompte parfait des diagnostics de maladies chroniques, mais les ALD en donnent indirectement un reflet. Ainsi l'HCSP notait une augmentation des déclarations d'ALD qui avait cependant tendance à se tasser au cours du temps : croissance de 5,7% par an entre 1994 et 2004 contre 3,9% entre 2005 et 2007. En 2016 on dénombrait plus de 10 millions d'usagers de la sécurité sociale en ALD contre 8,3 millions en 2008. Les généralistes, de plus en plus confrontés à la prise en charge de ces pathologies complexes, voient en l'éducation thérapeutique un renfort de choix.

Le généraliste est présenté comme « coordinateur du parcours de soin » et garant « des soins habituels et de prévention dont a besoin son patient » par la sécurité sociale. Le médecin traitant est donc présenté comme un élément essentiel du développement de l'éducation thérapeutique, entre autres, par l'HAS. Pour autant, dans la pratique, les généralistes n'ont



qu'un impact mineur sur l'ETP. Dans sa thèse d'exercice soutenue en 2017, MALATERRE S. (65) décrivait les programmes d'ETP développés en soins ambulatoires en France. Sur 2822 programmes d'ETP français, seuls 143 étaient portés par des professionnels de soins primaires. Les causes citées ci-dessus expliquaient en grande partie ce faible nombre.

Plusieurs revues de la littérature ont été menées évaluant l'efficacité de l'ETP. Celle de Lager et Al (66) est intéressante à plus d'un titre. Elle relie la rigueur de l'organisation de l'ETP, et son caractère interprofessionnel, à son efficacité. Si dans 63% des cas, l'ETP montrait une efficacité sur des paramètres tels que l'hémoglobine glyquée, la tension artérielle ou bien le poids, les protocoles les plus efficaces étaient ceux qui étaient les plus détaillés et impliquaient divers professionnels de santé dans un souci de prise en charge pluridimensionnelle.

Il apparaît donc que l'éducation thérapeutique en soins primaires devrait être l'un des grands bénéficiaires de l'arrivée de nouveaux acteurs dans l'interprofessionnalité. Les généralistes, sous la pression d'une demande de soins grandissante, n'ont que rarement le temps (et même la formation) pour assurer de façon efficace l'organisation de projets d'ETP. Au contraire, l'arrivée dans les maisons de santé d'infirmières de pratique avancée en pathologies chroniques stabilisées pourrait être le levier qui permette le développement de tels projets, et renforcer l'action du dispositif ASALÉE. Leur champ de connaissance englobe les pathologies visées en priorité par l'HAS comme cibles à l'ETP : diabète de type 1 et 2, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle. Ils ont dans leurs prérogatives une mission de coordination des soins et d'actions de prévention qui pourrait s'exprimer par l'organisation d'ETP. Ils ont aussi un rôle de leadership et d'analyse des pratiques qui englobe le repérage des besoins de formation et leur organisation. Leur action pourrait faciliter la constitution de groupes interprofessionnels d'ETP et les pérenniser dans le cadre d'une maison de santé. En Allemagne par exemple, certains assistants médicaux sont formés au suivi téléphonique des patients atteints de pathologies chroniques et peuvent même effectuer des visites à domicile. Ils ont pour rôle d'améliorer le suivi des patients chroniques par le renforcement de la prévention et la détection précoce de complications.

On peut également noter que ces missions d'ETP ne doivent pas être à la charge seule des IPA. Les assistants médicaux ont aussi dans leur attributions un rôle de coordination et de prévention. Il est alors souhaitable, afin d'atteindre une prise en charge optimale, d'inclure les professions médicales et paramédicales (diététiciens, kinésithérapeutes, podologues, psychologues) garantes de la nature multidimensionnelle du projet.

Pour résumer, en observant certains des freins à l'ETP (coordination, formation, chronophagie), on remarque que le domaine d'intervention de l'IPA lui permet d'y répondre. Il existe cependant d'autres freins extra médicaux à l'ETP qu'il conviendrait de modifier pour faciliter au mieux son introduction. On pourra citer des difficultés de financement, un travail administratif lourd pour la mise place de projets, et des difficultés à impliquer les généralistes.

### *5.3.2.2 Elargissement de l'offre de soins en ambulatoire*

Certains médecins interrogés faisaient part de la possibilité de déléguer certains actes techniques à un assistant médical ou une IPA. Certains de ces examens sont déjà pratiqués couramment au cabinet comme l'ECG, mais restent chronophages dans la pratique médicale quotidienne. Un bon exemple de cette difficulté au recours de l'ECG dans la pratique ambulatoire est la certification de non contre-indication à la pratique sportive. La société

française de cardiologie recommande depuis 2009 la pratique d'un ECG en plus de l'examen clinique et l'interrogatoire, et ce à partir de l'âge de 12 ans. Plusieurs travaux de recherche ont exploré l'application de ces recommandations. La pratique de l'ECG restait minoritaire dans ce cadre et pour une majorité des généralistes, le manque de temps était la 1ère raison évoquée. À juste titre, l'aide à la réalisation d'actes techniques est l'une des principales raisons du recours aux assistants médicaux.

Il existe aussi d'autres types d'examens dont la pratique reste très marginale en médecine générale, mais qui pourraient pourtant y avoir toute leur place à l'image des EFR. Dans un éditorial de 2015, Lorenzo et Al (67) font le constat que d'ici 2030, les effectifs de pneumologues pourraient avoir chuté de 20%. Or il existe des appareils d'EFR fiables et adaptés à la pratique du généraliste. Cet examen a toute sa place dans le suivi des patients asthmatiques et BPCO, mais son utilisation n'est pourtant pas assez répandue au regard des recommandations. Si les auteurs identifient comme premier obstacle le manque de formation des généralistes, on peut émettre l'hypothèse qu'intégrer ce type de suivi à leur exercice posera également le problème de la chronophagie. On peut très bien imaginer comme solution une délégation de la réalisation des EFR à l'assistant médical, sous couvert de formation supplémentaire du médecin, ou plus simplement, d'intégrer cet examen à la pratique de suivi des IPA (dont les BPCO font partie des populations cibles).

On peut trouver d'autres exemples de l'apport de l'interprofessionnalité en observant les généralistes à l'étranger (60). La pratique médicale en Allemagne et aux Pays-Bas a recours de façon étendue aux assistants médicaux. Ceux-ci sont habilités à la réalisation de gestes techniques simples comme le retrait de fils après les points de suture, réalisation d'ECG, audiométrie simple, pansements, prélèvements de sang, injections, prise de la pression sanguine... Le recours aux assistants médicaux permet ici une offre de soins supérieure à ce qui existe dans les cabinets médicaux français.

### *5.3.2.3 Retrouver une action au domicile du patient*

Certains des médecins interrogés notaient que le recours à des IPA en cabinet de ville pourrait peut-être permettre d'intervenir plus facilement au domicile du patient. On constate, effectivement, une chute des visites à domicile depuis l'accord passé entre l'assurance maladie et les médecins en 2002, visant à réviser la tarification de ces visites et limiter leur nombre. Le nombre de visites à domicile a chuté de 77 millions en 2000 à 22 millions en 2016. Les causes de cette baisse sont multifactorielles, mais l'aspect très chronophage allié à une rémunération peu avantageuse revient dans les travaux s'étant intéressé au sujet (68).

Dans le même temps, le nombre de maladies chroniques a augmenté dans la population française, de même que la moyenne d'âge. Il en résulte une hausse du nombre de patients fragiles et en perte d'autonomie, dont les possibilités de déplacement au cabinet tendent par conséquent à se limiter.

Ces patients qui ont donc besoin d'un suivi accru, se retrouvent paradoxalement être les plus isolés. Pour prévenir d'éventuelles complications, il semble nécessaire de conserver un lien avec eux, lien qui va souvent passer par une visite au domicile. D'autant plus que la médecine moderne insiste sur une prise en charge globale des patients, incluant les aspects sociaux. Or, cette dimension sociale ne peut être appréhendée complètement qu'en ayant une vision

d'ensemble de l'environnement du patient, en particulier en gériatrie. Le médecin traitant est souvent le premier maillon de détection des patients âgés fragiles ; une étude de 2012 (69) montrait que les visites à domicile représentaient 35% des actes effectués à destination des personnes de plus de 70 ans.

Il convient donc de faciliter ces prises en charge à domicile. D'autant plus que le médecin généraliste n'assure pas seulement ici les soins, mais aussi toute la coordination des soins autour du patient : selon cette même enquête, près de 2 fois sur 3 le médecin traitant est à l'origine de la mise en place d'aides à domicile. 12% des généralistes estimaient qu'une coordination de l'ensemble des acteurs intervenant à domicile était nécessaire.

Il existe à la faculté de médecine de la Timone un master d'IPA spécialisée en gérontologie. Ces IPA sont formées à la prise en charge globale du patient âgé fragile, à l'évaluation de sa situation et à la coordination des soins qui lui sont destinés. Ces IPA sont pour le moment majoritairement présentes en hospitalisation et surtout, cette spécialité n'est pour le moment pas reconnue par la loi encadrant les IPA. La spécialisation devrait être prochainement officialisée (70) mais pour le moment, seules les facultés de Paris et Marseille l'appliquent.

Plusieurs études montrent l'intérêt des prises en charge pluridisciplinaires à domicile sur les patients âgés fragiles, en particulier pour retarder l'âge d'entrée en institution (71) (72). Plus important, les effets de ces interventions sont d'autant plus remarquables qu'elles sont effectuées au début de l'apparition des troubles, s'installent sur le long terme, et considèrent le patient dans sa globalité (intervention d'ergothérapeutes, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux). Ce type d'intervention requiert une grande coordination et la détection précoce des troubles, ce à quoi sont formés les IPA de gérontologie. Ainsi, il est à souhaiter que quand les IPA de gérontologie seront intégrées, de façon officielle au programme de master, elles puissent investir le secteur ambulatoire facilement pour améliorer la prise en charge des patients âgés fragiles.

#### *5.3.2.4 Soins de 1er recours*

Les consultations pour prise en charge d'affections aiguës bénignes assurées par des infirmières était l'un des sujets qui amenaient le plus d'opposition de la part des médecins généralistes. Cette pratique se retrouve, pour autant, dans de nombreux pays où les Infirmières de Pratique Avancée exercent depuis déjà plusieurs années. En ce qui concerne la France, deux faits récents permettent de penser que les IPA françaises pourraient, à terme, également mener de telles consultations. Premièrement, une spécialité est prévue pour 2021 en urgences. Elle a vocation à permettre de répondre à l'afflux de patients dans les SAU, mais indirectement, ouvre aussi le champ de compétences des IPA aux affections aiguës. Deuxièmement, il est prévu par les pouvoirs publics, que les IPA puissent devenir des interlocuteurs de premier recours, c'est-à-dire qu'elles puissent être consultées par les patients sans avis médical préalable.

Ce 2<sup>e</sup> fait est peut-être le plus problématique du point de vue des médecins, dont la crainte la plus importante, relevée au cours des entretiens, était de perdre leur position de pivot du système de santé ambulatoire. On note d'ailleurs, que cette volonté semblait largement partagée, le fait de rester les seuls professionnels de premier recours ayant été un des éléments les plus importants dans les négociations menées par les syndicats de médecins autour des IPA. Actuellement, ce changement de paradigme reste hypothétique, et promis

dans le contexte de la crise sanitaire du COVID, mais il témoigne d'un changement de mentalités. Il garantit également, s'il venait à se confirmer, de l'importance d'accélérer la mise en place de structures de type MSP, pour permettre un travail en étroite collaboration, l'échange d'informations, et limiter le risque que le médecin traitant perde son rôle central.

Une autre des réticences les plus importantes concernait le risque d'un afflux de consultations complexes si les IPA venaient à prendre en charge les problèmes de santé courants, ainsi que certains patients chroniques stables. À la lecture de la littérature, cette crainte semble se vérifier dans certaines études (73). Ce problème n'est pas insurmontable, certains médecins ayant allongé leur temps de consultation pour palier à ce désagrément, mais pose tout de même la question de la compensation financière.

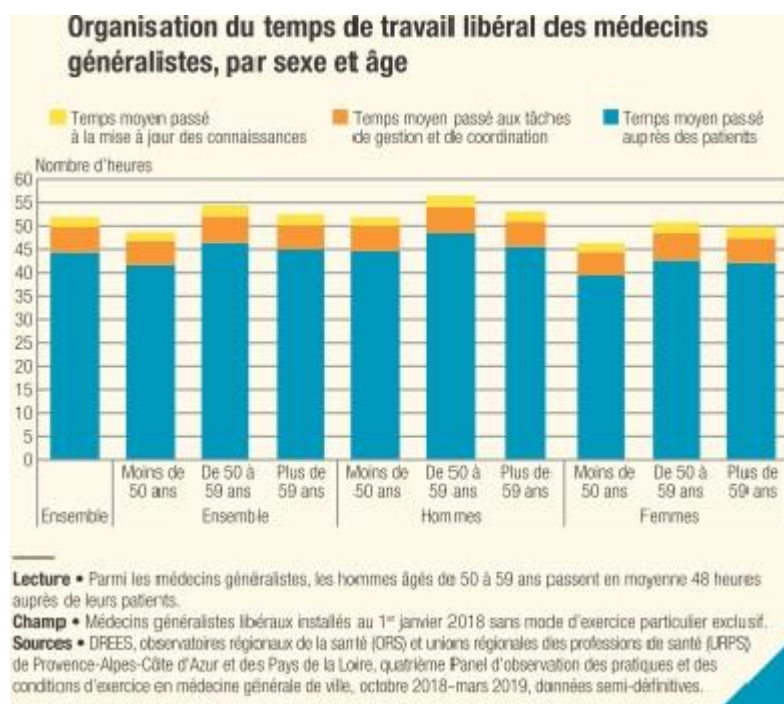
Enfin, le dernier grand élément qui inquiétait les médecins, était la sécurité des patients, directement reliée à la qualité de formation. Les études pratiquées sont nombreuses et rassurantes (11) (30). Dans le cadre des pathologies chroniques stabilisées, et des affections aiguës bénignes, il n'était pas démontré de différences sur l'état de santé des patients suivis par une infirmière en comparaison au suivi du médecin (23). La satisfaction des patients était parfois supérieure du fait d'une meilleure capacité à communiquer et à transmettre des conseils (l'interpersonal skill anglo-saxon). Un argument qui est souvent associé chez les médecins interrogés, et dans les études à la qualité de la prise en charge, est celui de la capacité des infirmières à pouvoir prendre un avis médical quand cela est nécessaire. Cet élément est clairement non négociable dans l'hypothèse d'infirmières amenées à gérer des consultations aiguës, et devrait être sécurisé par l'exercice en groupe, d'autant plus quand le premier recours infirmier pourrait devenir une réalité.

Concernant l'accessibilité supplémentaire que pourraient apporter des infirmières de premier recours pour les patients, il a effectivement été démontré une accessibilité accrue aux soins dans le cadre, par exemple, de l'Angleterre. Cependant, il faut noter que pour autant, cette amélioration de l'accès aux soins ne s'accompagnait pas d'une baisse de la charge de travail des médecins. D'une part, les médecins étant saturés, l'effet principal était observé sur leur capacité à accepter de nouveaux patients, auparavant sur liste d'attente. D'autre part, leur activité de consultation étant différente de celle de l'infirmier, les possibilités de prise en charge des médecins n'étaient pas strictement doublées.

Une autre des options expérimentées dans les consultations de premier recours était la possibilité que les infirmières pratiquent une activité d'orientation téléphonique de garde. Lattimer et al (74), par exemple, ont étudié en Angleterre la possibilité de services téléphoniques gérés par des infirmières en dehors des horaires de consultation habituels et organisés autour de centre de soins. Les infirmières avaient reçu une formation de 6 semaines et étaient aidées d'un logiciel à la prise de décision. Elles avaient pour rôle d'évaluer la gravité de la demande, et de conseiller le patient sur la marche à suivre. Elles avaient la possibilité de prévenir elles-mêmes les ambulances ou d'organiser une consultation avec le médecin de garde si besoin. Sur un an, on a pu constater une réduction de 38% des consultations en garde et de 23% le nombre de visites. L'idée ici n'est pas de se substituer aux systèmes préexistants, mais de s'y superposer, afin de diminuer la charge de travail du généraliste de garde.

### 5.3.2.5 Aide au travail administratif

Une enquête de 2019 de la DREES (75) mentionnait que les généralistes travaillaient en moyenne 52h par semaine. Sur ce temps, 5h30 étaient dévolues aux tâches administratives. Ce temps dédié à l'administratif était stable depuis 2014, après une augmentation notée entre 2011 et 2014. Pour la majorité des généralistes, quelle que soit l'enquête, ce temps administratif était jugé trop lourd. Ainsi, lors de la deuxième vague du panel de généralistes de la DREES, en 2007 (76), 86,6 % des généralistes disaient qu'ils ont vu s'accroître leur charge administrative à la suite de l'instauration de la loi du 13 août 2004, concernant le dispositif du « médecin traitant ». (77). Il existe, en revanche, souvent un flou dans ce qui est considéré comme activité administrative. L'analyse d'enquêtes réalisées (78) révèle, selon les déclarations des médecins, différentes définitions et acceptations : certaines activités relèvent de la gestion du cabinet comme la comptabilité, les commandes de matériels, etc. D'autres sont en étroite relation avec les activités cliniques des médecins, sans pour autant correspondre stricto sensu à des actes cliniques. Ainsi, remplir un document administratif ou un certificat, même si cette tâche nécessite un examen clinique et un interrogatoire des patients, est vécu par une partie des généralistes comme une tâche administrative



Si l'aide au travail administratif fait partie des fonctions d'un assistant médical, beaucoup des médecins interrogés considéraient qu'il n'y aurait pas de plus-value par rapport à leur secrétaire. Certains, en revanche, voyaient plus d'intérêt dans la possibilité qu'une Infirmière de Pratique Avancée puisse les aider dans les charges administratives qui nécessitent une expertise clinique, comme la rédaction de certificats, dossiers MDPH ou les démarches administratives en faveur des patients. En tant que membre d'une équipe de soins primaires, il est effectivement imaginable qu'une IPA puisse, en collaboration avec le médecin traitant, organiser les soins et gérer certaines démarches administratives. Partager la charge de l'administratif dans la coordination des soins ne serait, d'ailleurs, pas seulement profitable au médecin, mais également aux patients qui pourraient recevoir de l'aide dans la réalisation de certaines démarches.

### 5.3.3 Avenir et potentielles évolutions de l'interprofessionnalité

#### 5.3.3.1 Substitution ou complémentarité ?

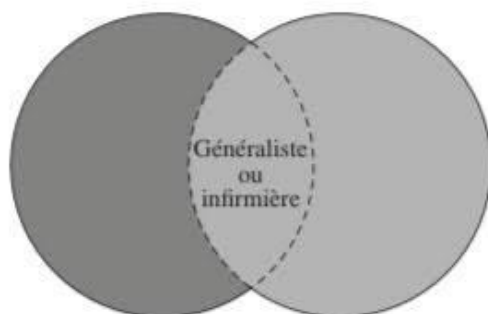
La recherche de l'efficacité dans les soins apportés à la population passe le plus souvent par une modification de la répartition des tâches au sein des équipes de soins primaires (31). Ces modifications changent également la façon dont les soins sont apportés à la population. Du point de vue de l'interprofessionnalité et des études qui l'évaluent, deux modèles semblent se distinguer : la substitution et la complémentarité.

La substitution correspond au transfert de tâches : elle consiste en la réalisation d'actes auparavant apanage d'une profession, par une catégorie différente de professionnels (principalement dans la littérature, infirmières assurant certaines pratiques auparavant médicales).

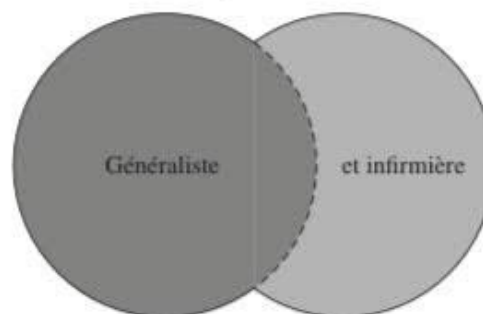
La complémentarité : elle repose sur l'élargissement de l'offre de soins que peut apporter une équipe de professionnels. Elle se traduit en général, par l'adjonction à un médecin d'une infirmière aux compétences étendues.

#### Deux modèles de collaboration médecins-infirmières

##### 1. Substitution



##### 2. Complémentarité



*Sources :*

– Modèle de substitution : Laurant M. *et al.*, *Substitution of Doctors by Nurses in Primary Care*, Cochrane Database, 2004 (résultats de seize études).

– Modèle de complémentarité : Laurant M. *et al.*, *The Effectiveness of Nurse Supplementation in Primary Care*, non publié (résultats de trente-deux études).

Ces modèles sont en général la conséquence d'une recherche d'extension de l'offre de soins, couplée à une exigence de maîtrise des coûts, tout en conservant, voire améliorant, la qualité des soins. Leurs objectifs sont communs, la façon dont ils les atteignent leur sont propres.

### 5.3.3.2 La maîtrise des coûts

La maîtrise des coûts dans le transfert de compétences, repose sur l'idée de confier certaines tâches, auparavant réalisées par des professionnels hautement qualifiés (et ne requérant pas de telles compétences), à du personnel moins qualifié, et donc moins onéreux. Cette théorie a été largement battue en brèche par les différentes études l'ayant évaluée. Premièrement, il a été montré que les infirmiers passaient plus de temps en consultation, et avaient donc une productivité moindre par rapport aux généralistes. Deuxièmement, ils ont tendance à demander plus d'examen complémentaires. Enfin, dans certaines études, ils pratiquent plus de consultations de contrôle (25). Ces éléments ont tendance à contrebalancer d'éventuels gains réalisés sur le salaire brut des infirmiers. Il faut de plus considérer que, si des infirmiers venaient à opérer en tant que premier recours, cela se ferait dans le cadre des pratiques avancées : or, leurs formations et responsabilités étendues amènent un salaire en conséquence, ce qui réduit encore les perspectives économiques.

Dans les modèles de complémentarité, le raisonnement est différent. Ce modèle s'adresse en priorité au suivi de maladies chroniques, et à la prévention primaire. Il existe forcément un surcoût du fait de l'ajout de professionnels supplémentaires dans le processus de soins. On estime cependant que la qualité accrue des soins permet de limiter l'occurrence de complications et pathologies lourdes. L'efficacité de ces systèmes a été démontrée sur la qualité des soins (79). L'évaluation économique est complexe à réaliser, car elle repose sur une observation sur le long terme. L'idée est de se concentrer sur le rapport coût/efficacité, c'est-à-dire évaluer si les gains en qualité de vie et indicateurs de santé justifient la somme investie (28).

### 5.3.3.3 Elargissement du champ de compétences

L'élargissement des compétences d'une catégorie professionnelle entraîne une redéfinition des frontières qu'elle partage avec les autres professions intervenant dans les soins (plus particulièrement dans le cadre d'un transfert de compétences pur).

Premièrement, pour des raisons démographiques : F. Midy, dans sa revue de littérature de 2003 (17), s'interroge sur le fait que les capacités démographiques de la population infirmière (elle-même en pénurie) soient à même de fournir une nouvelle catégorie de professionnels. Une des solutions pour prévenir ce risque, est de réévaluer le socle de compétences d'autres professions, comme par exemple, dans le cas précis des infirmières, déléguer certaines de leurs prérogatives aux aides-soignantes (80) (81). Cette solution a l'avantage de prendre en compte un phénomène naturel, largement décrit, de chevauchement des compétences : sous l'effet conjoint d'une tension dans la demande de soins, et de formations qui évoluent moins rapidement que les progrès techniques, certaines professions se retrouvent à pratiquer des gestes hors de leurs prérogatives pour s'adapter.

En second lieu, si certaines activités, communément effectuées par une profession, se trouvent transférées à une autre, il se pose la question de comment occuper le temps ainsi libéré. Peu d'études se sont penchées sur la question. On citera Walsh et al en 2002 (73) qui notaient comme principales nouvelles activités investies par des médecins anglais ayant transféré certains de leurs actes aux infirmiers : le développement d'une spécialité, un poste académique à temps partiel, ou le développement d'activités en dehors de leur cabinet (prise de fonctions dans des Primary Care Group chargés d'organiser les soins primaires). Il faut

préciser, cependant, que le gain de temps était modéré par une concentration des patients les plus complexes (et donc chronophages) sur les consultations de ces médecins.

Enfin un dernier phénomène qui pourrait amener indirectement une modification du champ de compétences, serait la possibilité de voir une Infirmière de Pratique Avancée en premier recours. Se poserait alors la question de l'orientation. Pour beaucoup de généralistes, la perte du médecin traitant comme interlocuteur unique de premier recours entrainerait (17) une problématique d'orientation. Une formation supplémentaire des secrétaires pour assurer cette orientation semblait, pour beaucoup, une solution à explorer.

#### *5.3.3.4 Quel avenir pour l'interprofessionnalité ?*

En confrontant les résultats de cette étude aux politiques de santé actuelles, on peut essayer d'établir quels modèles seraient les plus susceptibles de recueillir l'aval des médecins généralistes, et donc s'intégrer, avec le plus d'efficacité, aux soins de première ligne.

Il apparaît ici clairement que le modèle plébiscité par les généralistes est celui d'une complémentarité, plutôt qu'une substitution. Il s'accorde plus facilement au mode d'exercice traditionnel du généraliste, qui est au centre du premier recours, et coordonne les soins. Au contraire, le transfert de compétences leur fait craindre une perte de ce rôle, une dégradation du suivi, et une dégradation de la relation médecin-malade. Certaines études confirment, au moins en partie, ces doutes.

De même du point de vue de la qualité des soins, il n'est pas prouvé de différence d'efficacité entre la prise en charge du médecin et de l'infirmière, pour de nombreuses pathologies. Cependant, l'amélioration des indicateurs de santé pour les pathologies chroniques, par rapport à un intervenant seul, est supérieure, quand il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire, et coordonnée efficacement par le médecin (79).

Il est d'ailleurs intéressant d'ajouter que les équipes les plus efficaces sont celles qui assurent une prise en charge globale, par l'intervention de plusieurs spécialistes (kinésithérapeutes, diététiciens, travailleurs sociaux, psychologues...). Ainsi, il convient de s'interroger sur la place des autres professions de santé dans le cadre de l'interprofessionnalité. Si les pharmaciens ont été intégrés aux ateliers d'ETP, ou s'il existe des protocoles de coopération à destination des kinésithérapeutes, on s'interroge, par exemple, sur la place des psychologues et diététiciens, exclus de la prise en charge par la Sécurité Sociale. Il en résulte que le transfert de tâches se substitue parfois à des professions, dont c'est pourtant le cœur de métier, comme dans le cas du protocole ASALÉE et des diététiciens. Il semble ici nécessaire de réévaluer le cadre de l'interprofessionnalité et de l'élargir le cas échéant.



## 6. Conclusion

Les résultats de cette étude montrent la complexité du sujet de l'interprofessionnalité. Ses domaines d'application sont aussi variés que les causes ayant été à l'origine de son développement. Pénurie médicale, volonté de coordination renforcée, amélioration des soins, contrôle des coûts, sont les causes les plus répandues expliquant cette volonté de réorganiser les soins. Cette réorganisation s'accompagne souvent d'une redistribution des rôles des différents intervenants du système de santé, dans une logique d'optimisation des compétences. En France, le médecin généraliste fait figure de premier recours exclusif dans les soins primaires. L'arrivée de pratiques avancées infirmières, qui, à l'étranger, ont souvent conduit à la création d'infirmière de premier recours, a ainsi amené de vifs débats entre pouvoirs publics et représentants des médecins qui voyaient leur rôle traditionnel menacé. Il nous semblait intéressant de connaître la position de généralistes français à ce sujet. En effet, de tels changements ne sauraient survenir de façon efficace sans consultation des acteurs concernés.

D'autant plus que, si actuellement, en France, la pénurie d'offre de soins reste le principal moteur du développement de l'interprofessionnalité, il n'en reste pas moins que cette recherche d'efficience se présente également comme un outil novateur pour l'amélioration de la prise en charge des patients. La constitution d'équipes de soins pluriprofessionnelles s'accorde avec les politiques de promotion d'exercice en groupe menées par les services publics, et en sont le prolongement. Elles répondent également, en partie, aux problématiques posées par le changement de mentalités constaté chez les jeunes généralistes.

Elles sont aussi un défi par leur nature même. Il s'agit ici de réussir à soulager le médecin généraliste d'une partie de ses tâches, sans le décentrer, c'est-à-dire en parvenant à sauvegarder son rôle de pivot de l'offre de soins primaires. Et, c'est là que se révèle le plus l'aspect multidimensionnel de l'interprofessionnalité : la garantie de l'existence d'un interlocuteur centralisant les informations du patient, et organisant sa prise en charge dans un contexte de multiplication des intervenants, exige des prérequis. La littérature identifie, entre autres, comme facteurs facilitants : les systèmes d'informations partagées, l'exercice en groupe, les politiques incitatives, le soutien administratif et logistique, l'inclusion de tous les acteurs concernés, médicaux et sociaux... autant d'axes que les pouvoirs publics se doivent de cultiver en parallèle. C'est seulement à cette condition que l'interprofessionnalité pourra contribuer à diversifier, améliorer, et augmenter l'offre de soins.

## 7. Bibliographie

1. **Bouet, P et Mourgues, J.M.** *Atlas de la démographie médicale en France*. Paris : Ordre National des Médecins, 2018.
2. **INSEE.** *Offre de soins de proximité en Haute-Normandie : Etude prospective des besoins en professionnels de santé*. Rouen : INSEE, 2015.
3. **ARS Normandie.** *Diagnostic régional sur les besoins de santé*. Rouen : ARS Normandie, 2017.
4. **DGOS.** *Pacte territoire santé*. Paris : DGOS, 2012.
5. **Ministère des solidarités et de la Santé.** *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. s.l. : JORF n°0167 du 22 juillet 2009, 2009.
6. **Berland, Yvon.** *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*. 2003.
7. **Ministère des solidarités et de la santé.** *Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée*. s.l. : JORF n°0164 du 19 juillet 2018, 2018.
8. **Conseil international des infirmières.** *Directives sur la pratique infirmière avancée 2020*. 2020.
9. **Berland, Y, et al.** *démographie des professions de santé*. 2002.
10. **CNOM.** *Atlas de la démographie médicale- situation au 1er Janvier 2020*.
11. **Delamaire, M.L et Lafortune, G.** *Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*. Paris : OCDE, 2010.
12. **Article 131 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.** *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. s.l. : JORF n°185 du 11 août 2004, 2004.
13. **Article 119 de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.** *LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. s.l. : JORF n°0022 du 27 janvier 2016, 2016.
14. **Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée .** *Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée*. s.l. : JORF n°0164 du 19 juillet 2018, 2018.
15. **Surbled, Malika.** *Devenir IPA Infirmier en pratique avancée : une nouvelle profession en marche*. s.l. : Actusoin n°31, 2018.
16. **Ministère des solidarités et de la santé.** *Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale*. s.l. : JORF n°0187 du 13 août 2019, 2019.
17. **Midy, F.** *Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires*. s.l. : CREDES, 2003.
18. **Hamric, JB, et al.** *Advanced practice nursing: an integrative approach*. s.l. : Elsevier Health Sciences, 2013.

19. **SIBBALD, Bonnie.** Transfert de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationale". *Revue française des affaires sociales.* 2010.
20. **Russell, G, et al.** Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors. *ANNALS OF FAMILY MEDICINE.* 2009.
21. **Peltonen, E.** The Doctor-Nurse Pair Model and the Admissions Team Model in Primary Health Care: a Comparative Study. *E. Social Sciences 168, Doctoral thesis.* 2009.
22. **Laurant, M, et al.** Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ.* Avril 2004.
23. **Calman, J. et L. Buchan.** *Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles.* Paris : OCDE, 2005.
24. **Kernick, D et Scott, A.** Economic approaches to doctor/nurse, skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions. *British Journal of General Practice.* Janvier 2002.
25. **Vennin, P, et al.** Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. 2000.
26. **Salisbury, C et Munro, J.** Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *British Journal of General Practice.* Janvier 2002.
27. *Des économies réalisées grâce aux GMF : oui, mais ....* **Erin Strumpf, Pierre Tousignant, Eric Latimer.** octobre 2013, GMF sous les projecteurs.
28. *Cost-effectiveness of involving nurse specialists for adult patients with urinary incontinence in primary care compared to care-as-usual: an economic evaluation alongside a pragmatic randomized controlled trial.* **Albers-Heitner CP, Joore MA, Winkens RA, Lagro-Janssen AL, Severens JL, Berghmans LC.** Avril 2012, *Neurourol Urodyn*, pp. 31(4):526-34.
29. **Kernick, D, et al.** A cost consequence study of the impact of a dermatology-trained practice nurse on the quality of life of primary care patients with eczema and psoriasis. *British Journal of General Practice.* Juillet 2000.
30. **M Laurant, M van der Biezen, N Wijers, K Watananirun, E Kontopantelis, AJAH van Vught.** *Nurses as substitutes for doctors in primary care (Review).* s.l. : Cochrane Library, 2018.
31. **Sibbald, B, Shen, J et Mc Bride, A.** Changing the Skill-Mix of the Health Care Workforce. *Journal of Health Services Research & Policy.* Février 2004.
32. *Inter-disciplinary working in British primary care teams: A threat to the cost-effectiveness of care?* **Sibbald, B.** 2000, *Critical Public Health*, 10:4, pp. 439-451.
33. *The Burlington randomized trial of the nurse practitioner : health outcomes of patients.* **DL Sackett, WO Spitzer, M Gent , RS Roberts.** 1974 Feb, *Ann Intern Med*, pp. 137-42.
34. *Changing the skill-mix of the health care workforce.* **Bonnie Sibbald, Jie Shen, Anne McBride.** Janvier 2004, *J Health Serv Res Policy*, p. Vol 9 Suppl 1.
35. **Fabregas, B.** coopérations interprofessionnelles: explications. *infirmiers.com.* [En ligne] 30 Novembre 2020. [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com).

36. **Bourgueil, Y, et al.** , *La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE.* s.l. : IRDES, 2008.
37. **Kaufmann, J.C.** *L'entretien compréhensif.* Paris : s.n., 2007.
38. **Blanchet, A, et al.** *Les techniques d'enquête en sciences sociales- Observer, interviewer, questionner.* Paris : Dunod, 2005.
39. **Comeau, Y.** *L'analyse des données qualitatives. Centre de recherche sur les innovations sociales.* 1994.
40. **Borgès Da Silva, G.** *La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'Assurance Maladie.* 2001.
41. **Deslauriers, J.P.** *Recherche qualitative, guide pratique.* Montréal : Mc Graw Hill, 1991.
42. *L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels.* **Wanlin, P.** s.l. : Association pour la recherche qualitative, 2007. Bilan et perspectives de la recherche qualitative.
43. **Lejeune, C.** *Manuel d'analyse qualitative.* s.l. : De Boeck Supérieur, 2019.
44. **Andreani, J.C et Conchon, F.** *Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: Etat de l'art en marketing.* 2005.
45. **Maladie, Assurance.** *Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical. ameli.fr.* [En ligne] 21 Juin 2019. <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>.
46. **Lejoyeux, M.** *Contenus de la relation médecin-malade: place des modèles psychologiques.* s.l. : Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, N°7, 2011.
47. **Deveugele, M, et al.** *Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries.* *BMJ*, 2002, Vol. 325(7362): 472.
48. **Breuil-Genier, P et Goffette, C.** *La durée des séances des médecins généralistes.* s.l. : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, 2006.
49. **Irving, G, et al.** *International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries.* *BMJ Open.* 2017.
50. **Wilson, A.D et Childs, S.** *Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation (Review).* Cochrane Library, 2009.
51. **Ogden, J, et al.** *"I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation.* *Family Practise.* 2004, Vol. volume21. issue 5.
52. **Balint, M.** *The Doctor, his patient, and the illness.* *The Lancet.* 1955, Vol. volume 265, issue 6866.
53. **Ridd, M, et al.** *The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives.* *The British journal of general practice.* 2009, Vol. 59.
54. **Haggerty, J, et al.** *Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care.* *Annals of family medicine.* 2008.

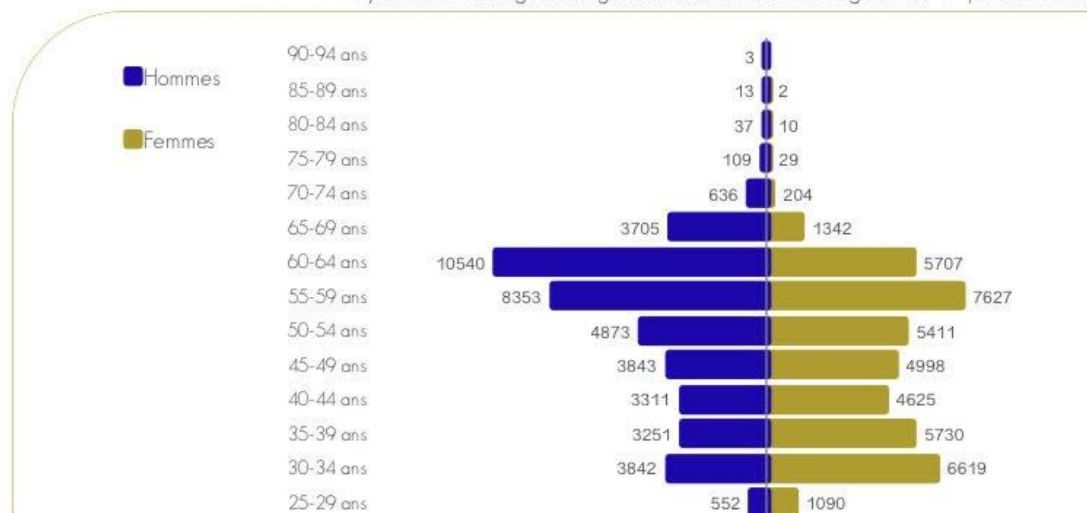
55. **Rodriguez, H, et al.** Multidisciplinary Primary Care Teams. Effects on the Quality of Clinician–Patient Interactions and Organizational Features of Care. *Medical Care*. 2007, Vol. volume 45, number1.
56. **Gervais, J.F.** "François Pelen veut faire du médecin un entrepreneur (médical)". *What's up doc? le mag*. [En ligne] 12 11 2020. <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/francois-pelen-veut-faire-du-medecin-un-entrepreneur-medical>.
57. **SANTÉ, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA.** *Avenant no 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, signée le 22 juin 2007*. s.l. : JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 3 Janvier 2020.
58. **CNOM.** PROFILS COMPARÉS : 2007/2017 – LES TERRITOIRES AU CŒUR DE LA RÉFLEXION- situatio au 1er Janvier 2017. *Atlas de la démographie médicale*. 2017.
59. **Chaput, H, et al.** "Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe". *DREES*. 2019, N°1114.
60. **Bourgueil, Y, Marek, A et Mousquès, J.** Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. *IRDES*. 2006.
61. **Bloy, G.** "Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés". *Revue française des affaires sociales*. 2011, 2-3.
62. **Seabi, J et Yatim, F.** Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France: une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*. 2017, N°164.
63. **Breton, M, et al.** L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec :potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2011, Vol. 42, N°2.
64. **Codron, J et Piras, L.** *Mise en place de programmes d'éducation thérapeutique de proximité: expérience des professionnels de santé de premier recours en Midi-Pyrénées*. s.l. : Université Toulouse III, 2016.
65. **Malaterre, S.** *Description des programmes ambulatoires d'éducation thérapeutique du patient portés par des professionnels en soins premiers en France en 2016*. Toulouse III : Thèse de médecine, 2017.
66. **Lagger, G, Pataky, Z et Golay, A.** Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Revue médicale Suisse*. 2009, 196.
67. **Lorenzo, A et Morin, C.** Des spirométries en médecine générale? Tout reste à faire...Le point de vue de médecins généralistes. *Revue des maladies respiratoires*. 2015.
68. **Vialtel, S.E.** *La visite à domicile :Perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir*. Nancy : Faculté de médecine de Nancy, thèse pour le doctorat en médecine, 2012.
69. **Collin, C, et al.** *Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes" comptes nationaux de la santé 2011*. s.l. : DREES, 2012.
70. **El Khomri, M.** *Paln de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024, article 13*. 2019.

71. **Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L, Hodgson N, Schinfeld S.** Long-term effect on mortality of a home intervention that reduces functional difficulties in older adults: results from a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Mar, 57(3):476-81.
72. **Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC.** Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 2002 Feb 27, Vol. 287(8):1022-8.
73. **Walsh, N, et al.** First wave PMS Pilots :opening Pandora's box, Accountability, integration and responsiveness. 2002.
74. **Lattimer, V, et al.** Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project. *BMJ.* 1998, 17. 317.
75. **Chaput, H, et al.** "Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine". *DREES.* 20019, 1113.
76. **Aulagnier, M, et al.** L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *DREES.* 2007, N°610.
77. **Paraponaris, A, et al.** La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. *Revue française des affaires sociales.* 2011, 2/3.
78. **FRA, Union Régionale des Médecins Libéraux de la Région Centre. (U.R.M.L.). Orléans.** « Étude sur les préoccupations et aspirations des médecins généralistes libéraux en région Centre », URML Centre . 2004.
79. **Wagner, E.H.** "The role of patient care teams in chronic disease management". *BMJ.* 2000, 20(7234):569-72.
80. **Poole, J.** A role change for auxiliaries. *Nursing Times.* 1998, Vol. 94, N°44.
81. **Gibbs, I et Mc Caughan, D.** Skill mix in nursing: a selective review of the literature. *JAN Leading Global Nursing Research.* 1991, Vol. 16- issue 2.

## 8. ANNEXES

## Annexe 1 : situation de la démographie médicale actuelle

Pyramides des âges des généralistes en activité régulière au 1<sup>er</sup> janvier 2020



### CHIFFRES CLÉS ENTRÉES - SORTIES

10 850 entrées

10 527 sorties

Solde annuel (entrées/sorties) en activité régulière = - 323 médecins

8 732 nouveaux inscrits

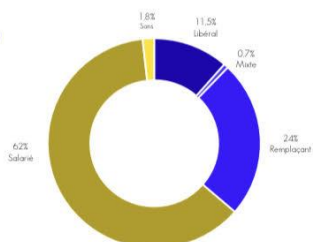
58%

41%

31,5 ans  
âge moyen

88% sont diplômés en France  
8% en Union-Européenne  
4% hors Union-Européenne

74,1% en activité régulière  
24,2% en activité intermittente



### Sortants

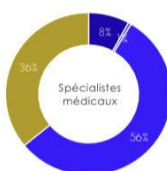
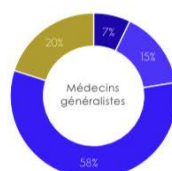
62,9 ans  
âge moyen

48,3 Arrêt temporaire  
ans d'activité

66,6 Départ en  
ans retraite

Libéraux : 53,7 ans  
Salariés : 45,8 ans  
Intermittent : 45,9 ans  
Mixte : 50,4 ans

Libéraux : 66,3 ans  
Salariés : 66,5 ans  
Intermittent : 68,6 ans  
Mixte : 65,7 ans



■ Arrêt temporaire d'activité  
■ Changement de spécialité  
■ Départ en retraite sans activité  
■ Radié



Annexe 2 : liste des protocoles de coopération entre professionnels de santé nationaux autorisés

**LISTE DES PROTOCOLES DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE  
NATIONAUX AUTORISES**  
*mise à jour au 4 mars 2021*

Domaine et secteur concernés	Intitulé du protocole (à reporter avec <b>exactitude</b> dans le formulaire de déclaration disponible en se connectant sur "démarches simplifiées - déclaration d'équipe")	Profession du délégrant	Profession du délégué	Date de publication au JO
1 MCO/SAU/établissement de santé	Evaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences	médecin	infirmier	14/12/2019
2 Cardiologie/établissement de santé	Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé-médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier	médecin	infirmier	31/12/2019
3 Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	08/03/2020
4 Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	masseur-kinésithérapeute	08/03/2020
5 Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	08/03/2020
6 Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	08/03/2020
7 Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	masseur-kinésithérapeute	08/03/2020
8 MCO/SAU/établissement de santé	Réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin	médecin	infirmier	10/03/2020
9 Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle	Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	10/03/2020
10 Médecine addictologie/établissement de santé	Première consultation d'alcoologie par une infirmière, pour des patients adressés par un service des urgences	médecin	infirmier	18/06/2020
11 Neurologie/établissement de santé	Consultation infirmière de suivi des patients atteints de dystrophie myotonique de Steinert (DM1) entre deux consultations multidisciplinaires	médecin	infirmier	05/09/2020
12 Cardiologie/établissement de santé	Contrôle des dispositifs implantables rythmologiques par un(e) infirmier(e) associant une prise en charge en présentiel et en télé-médecine	médecin	infirmier	09/09/2020

13	MCO/SAU/établissement de santé	Réalisation d'échoguidage pour la ponction veineuse ou pose de voie veineuse périphérique au niveau du membre supérieur ou pour la ponction radiale artérielle par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin dans l'ensemble des services MCO notamment en structure d'urgence	médecin	infirmier	24/01/2021
14	Soins non programmés/structure pluriprofessionnelle/libéral	ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné	médecin	infirmier	03/02/2021
15	Gérontologie/libéral	Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé	médecin	infirmier	03/02/2021
16	Ophthalmologie/structure pluriprofessionnelle/libéral	Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans et analysé via télé-médecine par un ophtalmologiste	médecin	orthoptiste	03/02/2021
17	Post-mortem/établissement de santé/libéral	Prélèvements de cornées dans le cadre de prélèvements de tissus et/ou de prélèvements multi-organes sur personnes décédées	médecin ou chirurgien	infirmier ou infirmier de bloc opératoire	03/02/2021
18	Post-mortem/établissement de santé	Prélèvements de peau mince (feuilles épidermiques) dans le cadre de prélèvements de tissus sur personnes décédées	médecin ou chirurgien	infirmier ou infirmier de bloc opératoire	03/02/2021
19	Plaies/établissement de santé/réseau	Evaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un(e) infirmier(e) expert(e) en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télé-médecine	médecin	infirmier	03/02/2021
20	Ophthalmologie/structure pluriprofessionnelle	Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un(e) orthoptiste et/ou infirmier(e) en lieu et place d'un ophtalmologiste	médecin	orthoptiste ou infirmier	03/02/2021
21	MCO/établissement de santé	Réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place d'un médecin	médecin	infirmier	03/02/2021
22	Diabétologie/établissement de santé	Interprétation des résultats de glycémie capillaire, et adaptation des doses d'insuline de patients atteints de diabète de type 1, de diabète de type 2, ou de diabète gestationnel, par une infirmière en consultation hospitalière en lieu et place du médecin	médecin	infirmier	03/02/2021
23	MCO/établissement de santé	Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE	médecin	infirmier	03/02/2021
24	Cardiologie/établissement de santé	Réalisation d'échocardiographie par un professionnel non médecin : enregistrement et pré interprétation des paramètres écho cardiographiques trans-thoraciques (ETT) par une infirmière diplômée d'état (IDE) en lieu et place d'un médecin cardiologue avant contrôle et interprétation médicale définitive	médecin	infirmier	03/02/2021
25	MCO/établissement de santé	Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure FibroScan en lieu et place d'un médecin	médecin	infirmier	03/02/2021
26	Radiologie interventionnelle/établissement de santé	Radiologues interventionnels et Manipulateurs en électroradiologie médicale pour la pose des PICC-line en salle de radiologie interventionnelle	médecin	manipulateur en électroradiologie	03/02/2021
27	Dépistage/structure pluriprofessionnelle	Réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'infirmière du centre de santé	médecin	infirmier	03/02/2021
28	Exploration interventionnelle/établissement de santé	Réalisation des manométries œsophagienne, ano-rectale et pH-métrie par des infirmier(e)s du service d'exploration fonctionnelle digestive	médecin	infirmier	03/02/2021

Mail-type adressé aux médecins pour le recrutement

Bonjour Docteur,

Je me permets de vous contacter car je consulte actuellement des médecins généralistes dans le cadre de ma thèse de médecine générale pour recueillir leur avis concernant la coopération entre professionnels de santé et la place qu'ils pourraient prendre dans les soins de 1ère ligne, en particulier les Infirmières de Pratique Avancée.

A cet effet je m'entretiens pendant 30 à 45 mn avec les généralistes que je rencontre. L'entretien est enregistré pour que je puisse ensuite le retranscrire et l'analyser. Seriez-vous d'accord pour participer à un tel entretien et si oui quelles seraient vos disponibilités ? (Je peux bien entendu vous rencontrer sur le lieux de votre choix afin d'interférer le moins possible avec votre emploi du temps).

Cordialement, David Jeanne.

## Guide d'entretien

On constate actuellement une pénurie du personnel médical et en particulier dans l'offre de soin de première ligne couplée à une majoration de la demande de soin.

1. Plusieurs politiques par les gouvernements successifs ont été mises en œuvre pour pallier à cette pénurie. Lesquelles ont retenu votre attention ? Qu'en pensez-vous ? Avez-vous pu en mesurer les effets dans votre quotidien ?
  - a. Incitations financières,
  - b. Numerus clausus,
  - c. NMR
  - d. Protocoles de coopérations...
2. Parmi ces différentes politiques on a pu observer la notion récente de protocoles de coopération entre médecins et autres professionnels de santé. Votre avis sur ces protocoles de coopération ? En avez-vous des exemples dans votre pratique quotidienne ?
  - a. ASALEE,
  - b. IPA,
  - c. autres
3. Concernant plus particulièrement les IPA, leur champ de compétence actuellement reste circonscrit aux pathologies chroniques. Il existe actuellement dans les pays anglo-saxons l'existence d'infirmières cliniciennes habilitées à gérer les affections mineures aiguës. Quel serait votre avis concernant la mise place de ce type d'infirmières dans les soins de 1<sup>ère</sup> ligne ?
4. Quels bénéfices verriez-vous à travailler avec de telles IPA ? Au contraire pourraient-elles représenter des inconvénients dans votre prise en charge des patients ?
5. Du point de vue du patient, quels bénéfices peut-on en espérer de cette prise en charge par des infirmières ? Des inconvénients ?
6. Selon quelles modalités, selon vous, pourrait exercer ce type d'infirmière en France ? Quelle place pourraient-elles occuper dans le parcours de soins ?
7. La mise en place d'IPA à même de prendre en charge des pathologies aiguës mineures vous paraît-elle être une solution viable aux problèmes de démographie médicale ? d'autres alternatives vous viennent-elles en tête ?

**Fiche de renseignements**  
**(à titre indicatif, l'anonymat sera préservé)**

**Informations personnelles :**

Age :

Sexe :

Situation familiale : statut marital/célibataire :

enfant(s) : âge :

Nombre de kilomètres séparant le domicile du cabinet :

**Informations professionnelles :**

Lieu d'exercice libéral :

-urbain ?

-semi-urbain ?

-rural ?

Année d'installation en libéral et âge au moment de l'installation :

Expérience de senior à l'hôpital ? Si oui, durée et quel service ?

Mode d'exercice : groupe, maison de santé, isolé, nombre d'associés :

Secrétariat téléphonique ? Sur place ?

Informatique ? Logiciel (nom) ?

Charge horaire par semaine : Consultations ?

Administratif ?

Effectuez-vous au cabinet des examens complémentaires ?

ECG : tests audiométriques : EFR : échographie :

tests cognitifs :

autres :

## ANALYSE DES DONNÉES DE RECHERCHE QUALITATIVE DOCUMENT 3 GRILLES DE LECTURE

### GRILLE RATS

*D'après\* Clark JP. How to peer review a qualitative manuscript. Qualitative research review guidelines – RATS  
In Peer Review in Health Sciences. Second edition. Edited by Godlee F, Jefferson T. London: BMJ Books;  
2003:219-35.*

*\*Traduction par la rédaction de la revue Exercer*

R → Relevance of the study question : Pertinence de la question de recherche A → Appropriateness of qualitative method : « Justesse » de l'approche qualitative T → Transparency of procedures : Transparence des procédures S → Soudness of interpretive approach : Bien fondé de l'approche
--

#### **R : Pertinence**

##### **La question de recherche est-elle intéressante ?**

Quelle est la pertinence de la question de recherche pour la pratique clinique, la santé publique, la discipline ?

#### **A : Approche**

##### **Le plan de l'étude est-il décrit ?**

Le choix des techniques de recueil de données est-il justifié ?

- Entretiens individuels : expérience, perceptions, comportements, sujets sensitifs
- Focus groups: dynamiques de groupes, sujets non sensitifs
- Analyses de textes : documents historiques connus, écrits officiels

#### **T : Procédures**

##### **1. Échantillonnage**

Les patients ont-ils été recrutés de la façon la plus appropriée et justifiée ?

- Ciblé : avec recherche de diversité
- Volontaire : pour des individus difficiles à atteindre
- Théorique : selon des théories pré établies

##### **2. Recrutement et recueil des données**

- Comment a été fait le recrutement ? Et par qui ?
- Y'a-t-il une description des caractéristiques de ceux qui ont choisi de ne pas participer ?
- Le recueil de données a-t-il été systématisé ?
- La description des participants est-elle disponible ?
- Le guide d'entretien est-il accessible ?
- Comment la fin du recueil de données est-elle décrite et justifiée ?
- Quel a été le rôle des chercheurs dans le recrutement et le recueil ?

##### **3. Éthique**

- Un consentement éclairé a-t-il été demandé ?
- L'anonymisation et la confidentialité ont-elles été recherchées ?
- Un comité éthique a-t-il donné son approbation ?

#### **S : Cohérence**

- Y'a-t-il une description et une justification de l'approche analytique (listée, cadrée, inductive...)?
- Y'a-t-il une description du choix des citations ?
- Comment la triangulation a-t-elle été menée ?
- La discussion montre-t-elle bien les résultats principaux rapportés aux données de la littérature et les faiblesses de l'étude ?

## GRILLE COREQ

D'après Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349-57.

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la revue* 2015;15(157) : 50-54.

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
<b>Caractéristiques personnelles</b>		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
<b>Relations avec les participants</b>		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques de ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
<b>Cadre théorique</b>		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
<b>Sélection des participants</b>		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?



**Caractéristiques du regroupement selon les pays.**

<i>Pays où la pratique de groupe des médecins généralistes est majoritaire</i>					
	<i>Taux moyen de regroupement des médecins généralistes</i>	<i>Cadre d'exercice dominant du groupe</i>	<i>Professionnels concernés</i>	<i>Nombre moyen de médecins par groupe</i>	<i>Mode de rémunération des médecins</i>
Finlande	Plus de 90 %	Centre public de santé	Principalement pluriprofessionnel	nd	Salariat/capitation
Suède	98 %	Centre public de santé	Plurispécialisé et pluriprofessionnel	nd	Salariat
Royaume-Uni	92 %	Cabinet privé sous contrat avec l'autorité locale	Pluriprofessionnel	4,8	Capitation/forfait/acte
Québec	Environ 90 %	Cabinet privé	Plurispécialisé et pluriprofessionnel	5,2	Acte
Ontario	60 % environ	Cabinet privé	Monospécialisé	4,8	Acte
Pays-Bas	57 %	Cabinet privé	Monospécialisé	2	Capitation

<i>Pays où la pratique de groupe des médecins généralistes est minoritaire</i>					
	<i>Taux moyen de regroupement des médecins généralistes</i>	<i>Cadre d'exercice dominant du groupe</i>	<i>Professionnels concernés</i>	<i>Nombre moyen de médecins par groupe</i>	<i>Mode de rémunération des médecins</i>
France	39 %	Cabinet privé	Monospécialisé	environ 3	Acte
Belgique	30 %	Cabinet privé	Monospécialisé	nd	Acte
Allemagne	25 à 30 %	Cabinet privé	Monospécialisé	Groupe de 2 médecins en majorité	Acte
Italie	15 à 20 %	Cabinet privé	Monospécialisé	nd	Capitation

« La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français », Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès dans Santé Publique 2009/hs1 (Vol. 21), pages 27 à 38

**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ**  
Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MA SANTÉ 2022  
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

## Lutter contre les déserts médicaux

### INCITER LES MÉDECINS À S'INSTALLER DANS DES DÉSERTS MÉDICAUX

- Développer les stages de médecine générale pour promouvoir cette spécialité
- Verser des bourses étudiantes en contrepartie de l'installation
- Aider financièrement et professionnellement l'installation et l'exercice
- Soutenir les centres et maisons de santé, qui offrent un meilleur confort d'exercice

### ENCOURAGER DE NOUVELLES FORMES D'EXERCICE MÉDICAL DANS LES DÉSERTS MÉDICAUX

- Assurer un renfort médical par des médecins hospitaliers ou libéraux d'autres territoires
- Dispenser des soins courants dans les hôpitaux de proximité en lien avec les médecins de ville
- Inciter au cumul emploi retraite pour le maintien de l'activité de médecins seniors
- Déployer la télémedecine et le télésoin pour une prise en charge à distance
- Créer des postes partagés de médecins entre la ville et l'hôpital

### LIBÉRER DU TEMPS MÉDICAL EN S'APPUYANT SUR D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Développer la fonction d'infirmier de pratique avancée pour le suivi de certains patients chroniques
- Créer la fonction d'assistant médical pour la pré-consultation et le suivi des patients
- Déléguer certaines tâches médicales entre professionnels pour réduire les délais de prise en charge, comme par exemple la vaccination en pharmacie

Annexe 9 : les modes de rémunération des médecins selon les pays

**Les incitations portées par les trois modes de rémunération « classiques »**

Le salaire dépend en général du niveau de qualification du médecin et du nombre d'heures travaillées. Considéré isolément, il n'encourage pas le médecin à maximiser le volume et la qualité des soins produits, ni la productivité.

La *capitation* consiste à verser au producteur de soins une somme forfaitaire *per capita*, déterminée en fonction du nombre de patients inscrits sur sa « liste » et de leurs caractéristiques socio-démographiques. Elle est plutôt utilisée pour les soins primaires et versée à une structure, dont la rémunération est ensuite partagée entre les intervenants. La capitation incite les médecins à satisfaire les attentes des patients (qualité perçue) lorsque ceux-ci ont la possibilité de choisir un autre médecin. Elle les incite à être productifs et à réaliser des actes de prévention susceptibles de réduire leur charge ultérieure de travail. Elle n'incite pas à augmenter les volumes d'activité et peut même inciter les médecins à adresser trop rapidement leurs patients au spécialiste ou à l'hôpital en cas de problème. D'autre part, si la formule d'ajustement servant à déterminer le montant *per capita* n'est pas adaptée, elle peut inciter les médecins à sélectionner des patients en meilleure santé.

La *rémunération à l'acte* étant directement liée à l'activité du médecin, elle encourage l'activité et la productivité. Comme la capitation, elle incite à satisfaire les attentes des patients lorsque ceux-ci peuvent choisir leur médecin. Elle ne garantit pas la pertinence des soins et favorise la demande induite, en particulier lorsque la densité de médecins est élevée.

**Tableau 1. Modes prédominants de rémunération des institutions dispensant des soins primaires et des médecins qui y travaillent dans vingt-trois pays de l'OCDE (source : Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé de l'OCDE 2012).**

Type d'institution prédominant pour les soins primaires	Liste des pays	Paiement des institutions					Paiement des médecins			
		Budget global	Capitation	À l'acte	À la performance	Autre	Salaire	Capitation	À l'acte	Autre (dont perform.)
Médecins en pratique individuelle	Allemagne* Autriche* Belgique* Corée* France* Grèce* Rép. tchèque* Suisse*							X	X	X
Centres publics	Espagne Finlande Islande Portugal Suède	X X X	X X X		X X X		X X X X	X		X
Cabinets de groupe privés avec médecins et autres professionnels	Australie Danemark Irlande Norvège N.-Zélande Pays-Bas* Royaume-Uni Pologne*		X X X X X X	X X	X X X X			X X X X X	X X	X X
Cabinets de groupe avec médecins seuls	Canada Italie		X X	X		X		X X	X X	X

\*Pays avec système d'assurance maladie (par opposition aux systèmes nationaux de santé).

« Rémunérer les services de santé Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE », Valérie Paris, Marion Devaux, les tribunes de la santé n° 40 — automne 2013

Annexe 10 : Estimation des temps de travail hebdomadaires des médecins généralistes

LE TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES. UNE SYNTHÈSE DES DONNÉES DISPONIBLES

T1 Estimation des temps de travail hebdomadaires des médecins généralistes par groupe d'activité			
Groupes et nature de l'activité	Sources et méthodes de l'évaluation des temps d'activité	Temps hebdomadaire moyen estimé	Pourcentage
<b>Activité de diagnostic et de soins dans le cadre libéral</b>		<b>33,1 h</b>	<b>61 %</b>
Diagnostic et soins	Méthode « HCAAM » : [volume de consultations et visites remboursées par l'AM] x [temps moyen de l'acte*] sur une base de 46 semaines d'activité. * 16 mn par consultation (Drees) et 30 mn par visite.	33,1 h	
<b>Autres activités de diagnostic et de soins</b>		<b>10,5 h</b>	<b>19 %</b>
Consultations gratuites	Aucune source récente. Estimation à dire d'experts : minimum de deux consultations par semaine.	32 mn	
Activité salariée	Enquête Drees-Cnamts 2002 sur l'exercice en groupe des médecins libéraux. De 20 à 25 % des omnipraticiens ont une activité salariée en 2002 : 9 % à l'hôpital public, 12 % en centre de soins et 12 % en maisons de retraite, médecine scolaire...	120 mn	
Astreintes	Cnamts. Nombre de forfaits d'astreinte et de régulation payés par l'Assurance maladie au 1 <sup>er</sup> semestre 2006 pour des durées horaires répertoriées, duquel est déduit le temps passé à la réalisation des actes. S'ajoute une estimation du temps consacré à la permanence des soins non régulée (déduction faite de la durée des actes).	385 mn	
Conseils téléphoniques	Baromètre de l'URML Bretagne. 30 conseils téléphoniques/semaine, hypothèse de durée unitaire : 3 mn.	90 mn	
<b>Formation, visiteurs médicaux</b>		<b>4,6 h</b>	<b>8 %</b>
Formation continue	Baromètre de l'URML Bretagne. Environ 6 jours/an à des actions de formation médicale. Estimation réalisée sur la base de journées de 8 h et de 46 semaines d'activité.	63 mn	
Lecture	Enquête CSDM sur les médecins et la pratique médicale en France en 2007	156 mn	
Réception des représentants de l'Assurance maladie	Pour les délégués de l'Assurance maladie, sources Cégédim*. 3,4 visites par an en 2008 d'une durée de 17 mn en moyenne. Le temps consacré aux entretiens confraternels n'est pas connu mais est négligeable rapporté à une semaine d'activité. * Citées dans <i>L'information des médecins généralistes sur le médicament</i> , Rapport Igas, septembre 2007.	2 mn	
Réception des visiteurs médicaux	Sources Cégédim et Eurostaf*. 330 visiteurs médicaux par an, durée moyenne 7 à 8 mn. * Citées dans <i>L'information des médecins généralistes sur le médicament</i> , Rapport Igas, septembre 2007.	52 mn	
<b>Autres activités</b>		<b>6,4 h</b>	<b>12 %</b>
Activités administratives	URML Midi-Pyrénées 2002 (924 généralistes) et URML Centre 2004 (198 généralistes). Estimations concordantes réalisées à partir des distributions du temps consacré par les médecins aux tâches administratives (sans précision).	285 mn	
Tenue de l'agenda (prises de rendez-vous)	Hypothèse : 30 mn/jour pour les 45 % de généralistes sans secrétariat et 6 mn pour les autres.	84 mn	
Entretien du cabinet	URML Rhône-Alpes. 23 % des généralistes déclarent assurer eux-mêmes l'entretien du cabinet médical. Hypothèse de durée d'1 h/semaine pour les médecins concernés.	14 mn	
<b>ENSEMBLE DES TEMPS ESTIMÉS</b>		<b>54,6 h</b>	<b>100 %</b>
<b>Temps de travail hebdomadaire déclarés</b>	Enquête emploi Insee 2004.....	53 h	
	Panel Drees 2007 dans 5 régions.....	de 55,4 à 59,6 h	
	CSDM, 2007.....	52 h	

## GRADE MASTER

### ▶ Trois mentions

- Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires.
- Oncologie, onco-hématologie.
- Psychiatrie et santé mentale sous réserve d'accréditation

## Diplôme d'Etat Infirmier en Pratique avancée

### ▶ Objectifs

- La formation constitue une réponse aux enjeux de santé publique que sont l'augmentation des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies chroniques courantes en soins primaires dues au vieillissement de la population.
- Amélioration des parcours de santé dans le cadre d'un travail en équipe et donner un rôle plus central aux professionnels de santé dans la prise en charge des patients.

### ▶ Compétences visées

1. Evaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour les pathologies identifiées
2. Définir et mettre en oeuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé
3. Concevoir et mettre en oeuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
4. Organiser les parcours de soins et de santé des patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés
5. Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique
6. Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

### ▶ Organisation de la formation

- Un planning conçu pour vous permettre de suivre la formation sur 2 années, voire 3 années en discontinu.
- Chaque année comprendra un temps de rentrée de 3 à 4 jours consécutifs suivi de 3 jours par mois de formation.
- Deux stages cliniques, dont le stage 1 d'une durée de 8 semaines et le stage 2 d'une durée de 16 semaines, avec possibilité de le commencer en cours du semestre 3.

### ▶ Moyens et méthodes pédagogiques

- Une formation hybride favorisant la classe inversée.
- Ateliers, analyse de pratiques et simulations.

### ▶ Public concerné & Pré-requis

- Dans un contexte de formation tout au long de la vie, cette formation s'adresse à des professionnels de santé Infirmiers d'Etat ou titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.4311-12 du Code de la Santé Publique.
- En formation initiale en suite de parcours après le grade de licence et le diplôme d'Etat Infirmier.
- 3 années minimum (équivalent temps plein) d'expérience requise de l'exercice infirmier pour exercer à l'issue de la formation.
- Validation d'acquis professionnels.

### ▶ Équipe pédagogique

Responsable formation :

- Rouen : Fabrice BAUER  
fabrice.bauer@univ-rouen.fr
- Caen : Eric ROUPIE  
eric.roupie@unicaen.fr

Responsable pédagogique :

- Rouen : Jocelyne LANGLOIS  
jocelyne.langlois@univ-rouen.fr
- Caen : Catherine BITKER  
catherine.bitker@unicaen.fr

Intervenants : Cadres de santé, responsables de soins, enseignants chercheurs et maîtres de conférences, I.P.A.

Renseignements	Unité Mixte de Développement Professionnel Continu en Santé Conseillère formation : Marie-Laure CAUDRON Tél. : 02 35 14 60 87 - 02 35 14 60 79 sante.fc@univ-rouen.fr
Calendrier	Cours de janvier à décembre, regroupements sur Rouen et Caen en alternance Dépôt des candidatures du 16 septembre au 12 octobre sur e-candidat <a href="https://ecandidat.univ-rouen.fr">https://ecandidat.univ-rouen.fr</a>
Durée	Année 1 : 250h dont 59h en distanciel Année 2 : 180h dont 180h en distanciel <b>Total : 430h</b>
Tarif	Nous consulter
Lieux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UFR Santé Rouen et Caen</li> <li>• ERFPS CHU Rouen</li> <li>• Medical Training Center Rouen</li> <li>• NORSIMS Caen</li> </ul>



84



# GRADE MASTER

## Diplôme d'Etat Infirmier en Pratique avancée

### ► Programme

#### Année 1 : 250h

##### Premier semestre

- UE Clinique (15 ECTS)
- UE Sciences Infirmières et pratique avancée (6 ECTS)
- UE Responsabilité, éthique, législation, déontologie (3 ECTS)
- UE Langue vivante (3 ECTS)
- UE Méthodes de travail et C2i Santé (3 ECTS)

##### Deuxième semestre

- UE Clinique (6 ECTS)
- UE Formation et analyse des pratiques professionnelles (6 ECTS)
- UE Santé Publique (6 ECTS)
- UE Recherche (6 ECTS)
- UE Stage 1 : 2 mois (6 ECTS)

#### Année 2 : 180h

##### Troisième semestre

- UE Communes à l'ensemble des mentions (6 ECTS)
- UE Recherche (3 ECTS)
- UE Langue Vivante (3 ECTS)

##### UE Spécifiques à la mention choisie (24 ECTS)

Pour pathologie chronique, oncologie, psychiatrie, développées dans :

- UE Bases Fondamentales (6 ECTS)
- UE Clinique (14 ECTS)
- UE PARcours de Santé (4 ECTS)

##### Quatrième semestre

- UE Stage 2 : 4 mois (24 ECTS)
- UE Mémoire (6 ECTS)

### ► Evaluation

- Chaque UE fait l'objet d'une évaluation.
- Mémoire à soutenir.



UFR Santé



85





## L'assistant médical :

Pour quoi ?

Pour qui ?

Conditions

Objectifs ?

Moyens ?

Mis en place par l'avenant 7, pour donner aux médecins, en particulier généralistes, les moyens de faire face, d'une part à l'augmentation de la demande de soins, et d'autre part à la baisse démographique à laquelle notre profession est confrontée, l'assistant médical est un nouveau métier.

En partie financé par la sécurité sociale, en fonction de critères complexes, ce peut être une solution pour améliorer sa pratique et se débarrasser d'un

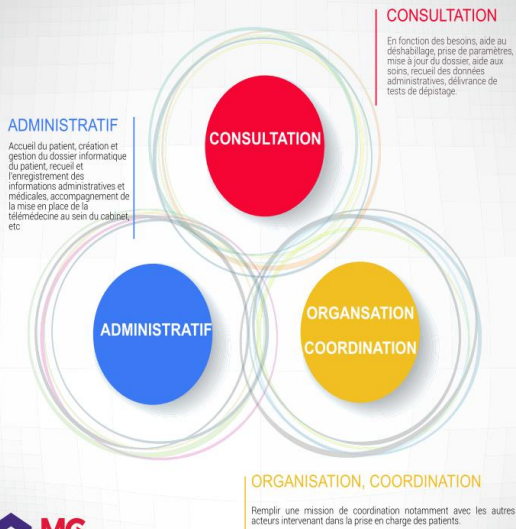
certain nombre de tâches ne relevant pas directement de l'expertise du médecin généraliste.

L'objet de ce mini-guide est de vous donner les clés pour comprendre le rôle de l'assistant et vous saisir, si vous estimez en avoir besoin, de cet avantage conventionnel, ouvert aux seuls médecins spécialistes en médecine générale ou d'autres spécialités en difficulté, exerçant en secteur 1 ou en OPTAM.

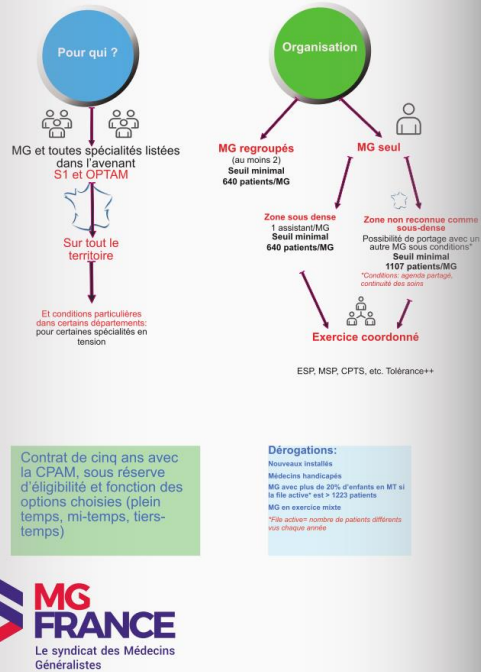


# Pour quoi ?

## ASSISTANT MÉDICAL : TROIS PÔLES D' ACTIONS POSSIBLES



# Pour qui ?



# Conditions

Cherché assistant

- recrutement:**  
Recruter, dès la signature du contrat, un assistant médical salarié sur la base d'une durée horaire correspondant aux options choisies (1/2 ETP ou 1/3 ETP, ou, par dérogation, pour un médecin exerçant en zone déficitaire, 1 ETP)
  - \* J'ai déjà une secrétaire médicale, peut-elle devenir mon assistante médicale ?**  
Uniquement possible si le médecin procède au remplacement de ce poste de secrétaire médicale. En effet, l'assistant médical ne pourra prendre la place d'un emploi déjà existant. Par ailleurs, la secrétaire devra faire une validation de ses acquis et valider la formation spécifique.
  - Qualification de l'assistant**  
L'assistant médical devra être titulaire du certificat de qualification professionnelle (CQP). S'il n'est pas qualifié à l'embauche, j'aurai 2 ans (suite au recrutement) pour qu'il suive cette formation et 3 ans pour qu'il obtienne sa qualification.  
\*Des travaux sont actuellement en cours, au sein des instances gestionnaire de la convention collective du personnel des cabinets médicaux sur le référentiel de compétences et de formation des assistants médicaux.
  - Validation du volet 1 du forfait structure**  
Il est actuellement constitué de cinq indicateurs :
    - Utilisation d'un logiciel métier avec LAP, compatible DMP: Mise à disposition d'un justificatif témoignant de cette utilisation
    - Utilisation d'une messagerie sécurisée
    - La version du cahier des charges SESAM-Vitale : requise doit intégrer les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération.
    - Le taux de télétransmission : atteindre un taux de télétransmission en feuille de soins électroniques SESAM-Vitale (FSE avec carte Vitale ou FSE SESAM sans Vitale définies par l'article R 161-43-1 du code de la sécurité sociale) supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins électroniques
    - Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients
  - Evolution du forfait structure**  
A partir de 2021, la participation à un exercice coordonné (ESP, MSP, CPTS) ou réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires régulières (...) actuellement dans le volet 2 deviendra un pré-requis de validation du volet 1 et par conséquent du volet 3. Ce nouveau forfait structure sera applicable dès 2020, pour un paiement en 2021
  - Augmenter ma patientèle médecin traitant ET/OU ma file active**
    - \* Patientèle adulte médecin traitant : nombre total de patients de plus de 16 ans ayant choisi le médecin généraliste comme médecin traitant
    - \* File active : nombre de patients différents tous âges confondus vus dans l'année par le médecin.
- Les objectifs de progression à atteindre pour chacun de ces deux indicateurs sont modulés selon 5 tranches d'activité. Les engagements à prendre davantage de patients sont proportionnés à la taille initiale de la patientèle du médecin : plus la patientèle est déjà conséquente, moins il aura à accueillir de nouveaux patient.
- Il existe 3 options:**  
1/3 ETP ou 1/2 ETP (Equivalent temps plein) accessible à l'ensemble des médecins éligibles  
1 ETP pour les médecins exerçant en zone sous-dense



# Objectifs ?

## Embauche d'un assistant à un tiers d'ETP

Patiente Médecin	Du 30 <sup>e</sup> au 50 <sup>e</sup> percentile	Du 50 <sup>e</sup> au 70 <sup>e</sup> percentile	Du 70 <sup>e</sup> au 90 <sup>e</sup> percentile	Du 90 <sup>e</sup> au 95 <sup>e</sup> percentile	Au delà du 95 <sup>e</sup> percentile
640	872	873	1107	1108	1502
1503	1721	Au dessus de 1721			
<b>Objectif attendu</b>					
+20%	+15%	+7,5%	+4%	0%	
768	1046	1003	1276	1190	1614
1562	1790	1721			
<b>File active</b>					
1223	1521	1522	1854	1855	2476
2477	3062	Au dessus de 3062			
<b>Objectif attendu</b>					
+20%	+15%	+7,5%	+4%	0%	
1468	1825	1749	2132	1993	2662
2575	3062	2944			

## Embauche d'un assistant à un demi ETP

Patiente Médecin	Du 30 <sup>e</sup> au 50 <sup>e</sup> percentile	Du 50 <sup>e</sup> au 70 <sup>e</sup> percentile	Du 70 <sup>e</sup> au 90 <sup>e</sup> percentile	Du 90 <sup>e</sup> au 95 <sup>e</sup> percentile	Au delà du 95 <sup>e</sup> percentile
640	872	873	1107	1108	1502
1503	1721	Au dessus de 1721			
<b>Objectif attendu</b>					
+25%	+20%	+12,5%	+6%	0%	
800	1090	1046	1328	1245	1690
1592	1824	Au dessus de 1825			
<b>File active</b>					
1223	1521	1522	1854	1855	2476
2477	3062	Au dessus de 3062			
<b>Objectif attendu</b>					
+25%	+20%	+12,5%	+6%	0%	
1529	1901	1825	2225	1993	2662
2575	3062	Au dessus de 3062			

## Zone sous-dense : embauche d'un assistant à un ETP

Patiente Médecin	Du 30 <sup>e</sup> au 50 <sup>e</sup> percentile	Du 50 <sup>e</sup> au 70 <sup>e</sup> percentile	Du 70 <sup>e</sup> au 90 <sup>e</sup> percentile	Du 90 <sup>e</sup> au 95 <sup>e</sup> percentile	Au delà du 95 <sup>e</sup> percentile
640	872	873	1107	1108	1502
1503	1721	Au dessus de 1721			
<b>Objectif attendu</b>					
+35%	+30%	+20%	+12,5%	+5%	
864	1177	1134	1439	1326	1802
1690	1936	1807			
<b>File active</b>					
1223	1521	1522	1854	1855	2476
2477	3062	Au dessus de 2944			
<b>Objectif attendu</b>					
+35%	+30%	+20%	+12,5%	+5%	
1651	2053	1977	2410	2225	2971
2785	3312	3091			



# Moyens ?

Le montant dépend de l'option choisie. Elle détermine le niveau d'engagement (voir ci-dessus) : 1/3 ETP ou 1/2 ETP ou 1 ETP (option réservée aux médecins exerçant en zones sous-denses).

Cette souplesse doit permettre au médecin de choisir son organisation, selon le niveau de financement alloué et les engagements en contrepartie souhaités.

Les médecins peuvent embaucher un assistant médical sur une durée de travail plus longue mais dans ce cas, ils assurent le financement nécessaire en complément de celui alloué dans le cadre de l'aide forfaitaire conventionnelle.

Remunérations	1/3 ETP	1/2 ETP	1 ETP
Première année	12 000	18 000	36 000
Deuxième année	9000	13 500	27 000
Troisième année et au delà	7000	10 500	21 000
Entre le 90 et le 95 <sup>e</sup> percentile	8350	12 500	25 000
Au delà du 95 <sup>e</sup> percentile	12 000	18 000	36 000

## Quand serai-je payé ?

	Acompte	Solde
Première année	15 jours après la réception des pièces	1 <sup>ère</sup> date anniversaire du contrat*
Deuxième année	1 <sup>ère</sup> date anniversaire du contrat	2 <sup>ème</sup> date anniversaire du contrat
Troisième année	Dans les deux mois suivant la 2 <sup>ème</sup> date anniversaire du contrat	2 mois après la 3 <sup>ème</sup> date anniversaire du contrat
Quatrième année et suivantes	Dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat	

\* La date d'effet est celle de l'embauche de l'assistant médical

**INTER ET PLURIPROFESSIONNALITÉ SONT -ELLES UNE RÉPONSE  
À LA BAISSÉ DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ?  
UNE ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE GÉNÉRALISTES NORMANDS**

**Résumé**

La France est confrontée depuis plusieurs années à une pénurie médicale. La médecine générale n'échappe pas à ce phénomène avec une baisse de 6500 généralistes depuis 2010. Ce constat a conduit les pouvoirs publics français à élaborer différentes actions, afin de maintenir l'offre de soins. Parmi ces actions, l'accent a été mis depuis 2004 sur le développement de l'interprofessionnalité, initialement par les protocoles de coopération, et plus récemment par les assistants médicaux et pratiques avancées infirmières. Ces actions répondent à une logique d'optimisation du temps médical, et d'amélioration de la prise en charge des patients, par le transfert de compétences et la collaboration entre acteurs de santé. Ces politiques pourraient, à terme, conduire à une réorganisation des soins primaires, et posent la question de la place du généraliste, traditionnellement acteur unique du premier recours, et coordinateur du parcours de soins du patient.

Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 12 médecins généralistes normands, pour recueillir leur perception concernant l'impact de l'interprofessionnalité sur leurs pratiques, et sur les soins de première ligne.

Les généralistes interrogés relevaient un risque majeur de perte de leur rôle pivot dans les soins de première ligne, ainsi qu'une dérive de leur exercice vers une pratique purement technique, au détriment de la relation médecin-malade. À l'opposé, ils plébiscitaient les potentiels apports dans la prévention primaire, le suivi de pathologies chroniques, et l'éducation thérapeutique. Le succès de l'interprofessionnalité passait, selon eux, par la garantie de conserver leur rôle de supervision des patients, et l'organisation d'une collaboration rapprochée avec les autres intervenants du parcours de soins des patients. Ces conditions étaient souvent reliées à la possibilité d'exercer en groupe, afin de faciliter la communication et l'échange d'informations entre les différents professionnels de santé.

Le développement de l'interprofessionnalité ne passe pas seulement par l'extension du domaine de compétences de certains acteurs, mais demande également des mesures additionnelles afin de garantir son intégration dans les soins primaires. Il convient ainsi de poursuivre le regroupement des professionnels de santé en structures de soins primaires, afin de faciliter la constitution d'équipes de soins primaires pluriprofessionnelles, mais également de veiller à ce que l'extension du champ de compétences de certaines professions ne menace pas les prérogatives traditionnelles des autres acteurs du système de santé.

**Mots-clefs :** soins primaires, médecine générale, pénurie médicale, interprofessionnalité, étude qualitative.