

ANNEE 2020

# THÈSE

N°

**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
Diplôme d'État**

**SPÉCIALITÉ : Médecine Générale**

**PAR**

**Guillaume CHEBION**

Né le 02 Juin 1990 à : Speyer am Rhein, Allemagne (RFA)

**THÈSE PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 MAI 2020**

**Perception des acteurs de santé en soins primaires  
vis-à-vis du transfert de compétences en médecine  
générale en France.**

**PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Philippe CORNET**

**MEMBRE DU JURY : Monsieur le Docteur François DEMESMAY**

**Monsieur le Docteur André SOARES**

**DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Jean Sébastien CADWALLADER**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

**PRATICIENS HOSPITALIERS**

- 1 ACAR Christophe Chirurgie thoracique PITIE SALPETRIERE
- 2 AIT OUFELLA Hafid Réanimation médicale SAINT ANTOINE
- 3 ALAMOWITCH Sonia Neurologie SAINT ANTOINE
- 4 AMARENCO Gérard Rééducation fonctionnelle TENON
- 5 AMOUR Julien Anesthésiologie PITIE SALPETRIERE
- 6 AMOURA Zahir Médecine interne PITIE SALPETRIERE
- 7 AMSELEM Serge Génétique TROUSSEAU
- 8 ANDRE Thierry Hépatogastroentérologie SAINT ANTOINE
- 9 ANDREELLI Fabrizio Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
- 10 ANTOINE Jean-Marie Gynécologie obstétrique TENON
- 11 APARTIS Emmanuelle Physiologie SAINT ANTOINE
- 12 ARLET Guillaume Bactériologie TENON
- 13 ARNULF Isabelle Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 14 ARRIVE Lionel Radiologie SAINT ANTOINE
- 15 ASSOUAD Jalal Chirurgie thoracique TENON
- 16 ASTAGNEAU Pascal Epidémiologie<sup>2</sup> PITIE-SALPETRIERE
- 17 AUBRY Alexandra Bactériologie PITIE SALPETRIERE
- 18 AUCOUTURIER Pierre Immunologie SAINT ANTOINE
- 19 AUDO Isabelle Ophtalmologie CHNO 15/20
- 20 AUDRY Georges Chirurgie viscérale infantile TROUSSEAU
- 21 AUTRAN Brigitte Immunologie/bio cellulaire PITIE SALPETRIERE
- 22 BACHELOT Anne Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
- 23 BALLADUR Pierre Chirurgie générale SAINT ANTOINE

- 24 BALLESTER Marcos Gynécologie Obstétrique TENON
- 25 BARBAUD Annick Dermatologie TENON
- 26 BARROU Benoît Urologie PITIE SALPETRIERE
- 27 BAUJAT Bertrand O.R.L. TENON
- 28 BAULAC *Surnombre* Michel Anatomie/Neurologie PITIE SALPETRIERE
- 29 BAUMELOU Alain Néphrologie PITIE SALPETRIERE
- 30 BAZOT Marc Radiologie TENON
- 31 BEAUGERIE Laurent Gastroentérologie/Nutrition SAINT ANTOINE
- 32 BEAUSSIER Marc Anesthésiologie/Réanimation SAINT ANTOINE
- 33 BELMIN Joël Médecine interne/Gériatrie Charles FOIX
- 34 BENVENISTE Olivier Médecine interne PITIE SALPETRIERE
- 35 BERENBAUM Francis Rhumatologie SAINT ANTOINE
- 36 BERTOLUS Chloé Stomatologie PITIE SALPETRIERE
- 37 BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry Neuro pédiatrie TROUSSEAU
- 38 BITKER Marc Olivier Urologie PITIE SALPETRIERE
- 39 BOCCARA Franck Cardiologie SAINT ANTOINE
- 40 BODAGHI Bahram Ophtalmologie PITIE SALPETRIERE
- 41 BODDAERT Jacques Médecine interne/Gériatrie PITIE SALPETRIERE
- 42 BOELLE Pierre Yves Bio statistiques SAINT ANTOINE
- 43 BOFFA Jean-Jacques Néphrologie TENON
- 44 BONNET Francis Anesthésiologie/Réanimation TENON
- 45 BORDERIE Vincent Ophtalmologie CHNO 15/20
- 46 BOUDGHENE-STAMBOULI Frank Radiologie TENON
- 47 BRICE Alexis Génétique PITIE SALPETRIERE
- 48 BROCHERIOU Isabelle Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE
- 49 BRUCKERT Eric Endocrinologie PITIE SALPETRIERE
- 50 CACOUB Patrice Médecine interne PITIE SALPETRIERE
- 51 CADRANEL Jacques Pneumologie TENON
- 52 CALMUS Yvon Bio Cellulaire/Gastro Entérologie PITIE SALPETRIERE
- 53 CALVEZ Vincent Virologie PITIE SALPETRIERE

54 CAPRON *Surnombre* Frédérique Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE

55 CARBAJAL-SANCHEZ Diomedes Pédiatrie TROUSSEAU

56 CARETTE Marie-France Radiologie TENON

57 CARPENTIER Alexandre Neuro chirurgie PITIE SALPETRIERE

58 CARRAT Fabrice Biostatistiques/inf médicale SAINT ANTOINE

59 CARRIE Alain Biochimie PITIE SALPETRIERE

60 CATALA Martin Histologie et Cytologie PITIE SALPETRIERE

61 CAUMES Eric Maladies infectieuses/tropicales PITIE SALPETRIERE

62 CHABBERT BUFFET Nathalie Endocrinologie TENON

63 CHAMBAZ Jean Biologie cellulaire PITIE SALPETRIERE

64 CHARTIER-KASTLER Emmanuel Urologie PITIE SALPETRIERE

65 CHASTRE *Surnombre* Jean Réanimation chirurgicale PITIE SALPETRIERE

66 CHAZOILLERES Olivier Hépatologie SAINT ANTOINE

67 CHERIN Patrick Médecine interne PITIE SALPETRIERE

68 CHICHE Laurent Chirurgie vasculaire PITIE SALPETRIERE

69 CHIRAS *Surnombre* Jacques Radiologie/Imagerie médicale PITIE SALPETRIERE

70 CHRISTIN-MAITRE Sophie Endocrinologie SAINT ANTOINE

71 CLEMENT Annick Pneumologie TROUSSEAU

72 CLEMENT-LAUSCH Karine Nutrition PITIE SALPETRIERE

73 CLUZEL Philippe Radiologie/Imagerie médicale PITIE SALPETRIERE

74 COHEN Aron Cardiologie SAINT ANTOINE

75 COHEN David Pédo Psychiatrie PITIE SALPETRIERE

76 COHEN Laurent Neurologie PITIE SALPETRIERE

77 COLLET Jean-Philippe Cardiologie PITIE SALPETRIERE

78 COMBES Alain Réanimation médicale PITIE SALPETRIERE

79 CONSTANT Isabelle Anesthésiologie/réanimation TROUSSEAU

80 COPPO Paul Hématologie clinique SAINT ANTOINE

81 CORIAT Pierre Anesthésiologie/réanimation PITIE SALPETRIERE

82 CORNU Philippe Neuro chirurgie PITIE SALPETRIERE

83 CORVOL Henriette Pédiatrie TROUSSEAU

84 CORVOL Jean-Christophe Neurologie PITIE SALPETRIERE  
85 COSNES *Surnombre* Jacques Gastro Entérologie/Nutrition SAINT ANTOINE  
86 COULOMB Aurore Anatomie/cytolo patho TROUSSEAU  
87 CUSSENOT Olivier Anatomie/Urologie TENON  
88 DARAI Emile Gynécologie obstétrique TENON  
89 DAUTZENBERG *Surnombre* Bertrand Pneumologie PITIE SALPETRIERE  
90 DAVI Frédéric Hématologie biologique PITIE SALPETRIERE  
91 DELATTRE Jean-Yves Neurologie PITIE SALPETRIERE  
92 DELHOMMEAU François Hématologie biologique SAINT ANTOINE  
93 DEMOULE Alexandre Pneumologie/réanimation PITIE SALPETRIERE  
94 DERAY Gilbert Néphrologie PITIE SALPETRIERE  
95 DOMMERGUES Marc Gynécologie obstétrique PITIE SALPETRIERE  
96 DORMONT Didier Radiologie/imagerie médicale PITIE SALPETRIERE  
97 DOUAY Luc Hématologie biologique TROUSSEAU  
98 DOURSOUNIAN Levon Chirurgie orthopédique SAINT ANTOINE  
99 DRAY Xavier Gastroentérologie SAINT ANTOINE  
100 DUBOIS Bruno Neurologie PITIE SALPETRIERE  
101 DUCOU LE POINTE Hubert Radiologie TROUSSEAU  
102 DUGUET Alexandre Pneumologie PITIE SALPETRIERE  
103 DUPONT DUFRESNE Sophie Anatomie/ Neurologie PITIE SALPETRIERE  
104 DURR Alexandra Génétique PITIE SALPETRIERE  
105 DUSSAULE Jean-Claude Physiologie SAINT ANTOINE  
106 DUYCKAERTS Charles Anatomie/Cytologie pathologique PITIE SALPETRIERE  
107 EL ALAMY Ismaël Hématologie biologique TENON  
108 EYMARD Bruno Neurologie PITIE SALPETRIERE  
109 FAIN Olivier Médecine interne SAINT ANTOINE  
110 FARTOUKH Muriel Pneumologie/Réanimation TENON  
111 FAUTREL Bruno Rhumatologie PITIE SALPETRIERE  
112 FERON Jean-Marc Chirurgie orthopédique SAINT ANTOINE  
113 FERRE Pascal Biochimie/Biologie moléculaire PITIE SALPETRIERE

114 FEVE Bruno Endocrinologie SAINT ANTOINE  
115 FITOUSSI Franck Chirurgie infantile TROUSSEAU  
116 FLEJOU Jean-François Anatomie pathologique SAINT ANTOINE  
117 FLORENT Christian Hépatogastro-entérologie SAINT ANTOINE  
118 FOIX L'HELIAS Laurence Pédiatrie TROUSSEAU  
119 FONTAINE Bertrand Neurologie PITIE SALPETRIERE  
120 FOSSATI Philippe Psychiatrie d'adultes PITIE SALPETRIERE  
121 FOURET Pierre Anatomie/Cytologie pathologique PITIE SALPETRIERE  
122 FOURNIER Emmanuel Physiologie PITIE SALPETRIERE  
123 FRANCES *Surnombre* Camille Dermatologie TENON  
124 FUNCK- BRENTANO Christian Pharmacologie PITIE SALPETRIERE  
125 GALANAUD Damien Radiologie et imagerie médicale PITIE-SALPETRIERE  
126 GARBARG CHENON Antoine Virologie TROUSSEAU  
127 GIRARD Pierre Marie Maladies infectieuses/tropicales SAINT ANTOINE  
128 GIRERD Xavier Thérapeutique/Endocrinologie PITIE SALPETRIERE  
129 GLIGOROV Joseph Oncologie TENON  
130 GOROCHOV Guy Immunologie PITIE SALPETRIERE  
131 GOSSEC Laure Rhumatologie PITIE SALPETRIERE  
132 GOUDOT Patrick Stomatologie PITIE SALPETRIERE  
133 GRATEAU Gilles Médecine interne TENON  
134 GRENIER *Surnombre* Philippe Radiologie PITIE SALPETRIERE  
135 GRIMPREL Emmanuel Urgences pédiatriques TROUSSEAU  
136 GUIDET Bertrand Réanimation médicale SAINT ANTOINE  
137 HARTEMANN Agnès Endocrinologie PITIE SALPETRIERE  
138 HAROCHE Julien Médecine interne PITIE SALPETRIERE  
139 HATEM Stéphane Département de Cardiologie PITIE SALPETRIERE  
140 HAUSFATER Pierre Thérapeutique/Médecine d'urgence PITIE SALPETRIERE  
141 HAYMANN Jean-Philippe Physiologie TENON  
142 HELFT Gérard Cardiologie PITIE SALPETRIERE  
143 HENNEQUIN Christophe Parasitologie SAINT ANTOINE

144 HERSON *Surnombre* Serge Médecine interne PITIE SALPETRIERE

145 HERTIG Alexandre Néphrologie TENON

146 HOANG XUAN Khê Neurologie PITIE SALPETRIERE

147 HOURY Sydney Chirurgie digestive/viscérale TENON

148 HOUSSET Chantal Biologie cellulaire SAINT ANTOINE

149 HULOT Jean Sébastien Pharmacologie PITIE SALPETRIERE

150 ISNARD-BAGNIS Corinne Néphrologie PITIE SALPETRIERE

151 ISNARD Richard Cardiologie PITIE SALPETRIERE

152 JARLIER Vincent Bactériologie PITIE SALPETRIERE

153 JOUANNIC Jean-Marie Gynécologie obstétrique TROUSSEAU

154 JOUVENT Roland Psychiatrie d'adultes PITIE SALPETRIERE

155 JUST Jocelyne Pédiatrie TROUSSEAU

156 KALAMARIDES Michel Neurochirurgie PITIE SALPETRIERE

157 KAROUI Medhi Chirurgie digestive PITIE SALPETRIERE

158 KAS Aurélie Biophysique/Médecine nucléaire PITIE SALPETRIERE

159 KATLAMA Christine Maladies infectieuses/tropicales PITIE SALPETRIERE

160 KAYEM Gilles Gynécologie-Obstétrique TROUSSEAU

161 KLATZMANN David Immunologie PITIE SALPETRIERE

162 KOMAJDA *Surnombre* Michel Cardiologie PITIE SALPETRIERE

163 KOSKAS Fabien Chirurgie vasculaire PITIE SALPETRIERE

164 LACAU SAINT GUILY Jean ORL TENON

165 LACAVE Roger Histologie et Cytologie TENON

166 LACORTE Jean-Marc Biologie cellulaire PITIE SALPETRIERE

167 LAMAS Georges ORL PITIE SALPETRIERE

168 LANDMAN-PARKER Judith Hématologie/oncologie pédiatriques TROUSSEAU

169 LANGERON Olivier Anesthésiologie PITIE SALPETRIERE

170 LAPILLONNE Hélène Hématologie biologique TROUSSEAU

171 LAROCHE Laurent Ophtalmologie CHNO 15/20

172 LAZENNEC Jean-Yves Anatomie/Chirurgie orthopédique PITIE SALPETRIERE

173 LE FEUVRE Claude Cardiologie PITIE SALPETRIERE

174 LE GUERN Eric Génétique PITIE SALPETRIERE  
175 LE HOANG Phuc Ophtalmologie PITIE SALPETRIERE  
176 LEBLOND Véronique Hématologie clinique PITIE SALPETRIERE  
177 LEENHARDT Laurence Endocrinologie/Médecine Nucléaire P.SALPETRIERE  
178 LEFEVRE Jérémie Chirurgie générale SAINT ANTOINE  
179 LEGRAND Ollivier Hématologie clinique SAINT ANTOINE  
180 LEHERICY Stéphane Radiologie/imagerie médicale PITIE SALPETRIERE  
181 LEMOINE François Immunologie PITIE SALPETRIERE  
182 LEPRINCE Pascal Chirurgie thoracique PITIE SALPETRIERE  
183 LESCOT Thomas Anesthésiologie/réanimation SAINT ANTOINE  
184 LETAVERNIER Emmanuel Physiologie TENON  
185 LEVERGER Guy Hématologie/oncologie pédiatriques TROUSSEAU  
186 LEVY Rachel Histologie et Cytologie TENON  
187 LEVY Richard Neurologie PITIE SALPETRIERE  
188 LOTZ Jean-Pierre Oncologie médicale TENON  
189 LUBETZKI Catherine Neurologie PITIE SALPETRIERE  
190 LUCIDARME Olivier Radiologie PITIE SALPETRIERE  
191 LUYT Charles Réanimation médicale PITIE SALPETRIERE  
192 MAINGON Philippe Radiothérapie PITIE SALPETRIERE  
193 MARCELIN Anne Geneviève Bactériologie PITIE SALPETRIERE  
194 MARIANI *Surnombre* Jean Biologie cellulaire/médecine interne Charles FOIX  
195 MARTEAU Philippe Gastroentérologie SAINT ANTOINE  
196 MASQUELET Alain Charles Chirurgie Orthopédique SAINT ANTOINE  
197 MAURY Eric Réanimation médicale SAINT ANTOINE  
198 MAZERON *Surnombre* Jean-Jacques Radiothérapie PITIE SALPETRIERE  
199 MAZIER *Surnombre* Dominique Parasitologie PITIE SALPETRIERE  
200 MENEGAUX Fabrice Chirurgie générale PITIE SALPETRIERE  
201 MENU Yves Radiologie SAINT ANTOINE  
202 MEYOHAS Marie Caroline Maladies infectieuses/tropicales SAINT ANTOINE  
203 MILLET Bruno Psychiatrie d'adultes PITIE SALPETRIERE

204 MITANCHEZ Delphine Néonatalogie TROUSSEAU  
205 MOHTY Mohamad Hématologie clinique SAINT ANTOINE  
206 MONTALESCOT Gilles Cardiologie PITIE SALPETRIERE  
207 MONTRAVERS Françoise Biophysique/Médecine nucléaire TENON  
208 MOZER Pierre Urologie PITIE SALPETRIERE  
209 NACCACHE Lionel Physiologie PITIE SALPETRIERE  
210 NAVARRO Vincent Neurologie PITIE SALPETRIERE  
211 NETCHINE Irène Physiologie TROUSSEAU  
212 NGUYEN KHAC Florence Hématologie biologique PITIE SALPETRIERE  
213 NGUYEN QUOC Stéphanie Hématologie clinique PITIE SALPETRIERE  
214 NIZARD Jacky Gynécologie – Obstétrique PITIE SALPETRIERE  
215 OPPERT Jean-Michel Nutrition PITIE SALPETRIERE  
216 PAQUES Michel Ophtalmologie CHO 15/20  
217 PARC Yann Chirurgie digestive SAINT ANTOINE  
218 PASCAL-MOUSSELLARD Hugues Chirurgie orthopédique P.SALPETRIERE  
219 PATERON Dominique Thérapeutique/accueil des urgences SAINT ANTOINE  
220 PAUTAS Eric Gériatrie Charles FOIX  
221 PAYE François Chirurgie générale/digestive SAINT ANTOINE  
222 PERETTI Charles Psychiatrie d'Adultes SAINT ANTOINE  
223 PERIE Sophie ORL TENON  
224 PETIT Arnaud Pédiatrie TROUSSEAU  
225 PIALOUX Gilles Maladies infectieuses/tropicales TENON  
226 PLAISIER Emmanuelle Néphrologie TENON  
227 POIROT Catherine Cytologie et Histologie  
228 POITOU-BERNERT Christine Nutrition PITIE SALPETRIERE  
229 POYNARD *Surnombre* Thierry Hépatogastroentérologie PITIE SALPETRIERE  
230 PRADAT Pascale Rééducation Fonctionnelle PITIE SALPETRIERE  
231 PUYBASSET Louis Anesthésiologie/Réanimation PITIE SALPETRIERE  
232 RATIU Vlad Hépatogastroentérologie PITIE SALPETRIERE  
233 RAUX Mathieu Anesthésiologie/réanimation PITIE SALPETRIERE

234 RAY Patrick Réanimation/Médecine Urgence TENON  
235 REDHEUIL Alban Radiologie PITIE SALPETRIERE  
236 RIOU Bruno Urgences médico chirurgicales PITIE SALPETRIERE  
237 ROBAIN Gilberte Rééducation Fonctionnelle ROTHSCHILD  
238 ROBERT Jérôme Bactériologie PITIE SALPETRIERE  
239 RODRIGUEZ Diana Neurone pédiatrie TROUSSEAU  
240 RONCO Pierre Marie Néphrologie / Dialyse TENON  
241 RONDEAU Eric Néphrologie TENON  
242 ROSMORDUC Olivier Hépatogastroentérologie SAINT ANTOINE  
243 ROUGER Philippe Hématologie INTS  
244 ROUPRET Morgan Urologie PITIE SALPETRIERE  
245 ROZE Emmanuel Neurologie PITIE SALPETRIERE  
246 SAHEL José-Alain Ophtalmologie CHNO 15/20  
247 SAMSON Yves Neurologie PITIE SALPETRIERE  
248 SANSON Marc Histologie/Neurologie PITIE SALPETRIERE  
249 SARI ALI El Hadi Chirurgie orthopédique PITIE SALPETRIERE  
250 SAUTET Alain Chirurgie orthopédique SAINT ANTOINE  
251 SCATTON Olivier Chirurgie Hépatobiliaire PITIE SALPETRIERE  
252 SEILHEAN Danielle Anatomie pathologique PITIE SALPETRIERE  
253 SEKSIK Philippe Hépatogastroentérologie SAINT ANTOINE  
254 SELLAM Jérémie Rhumatologie SAINT ANTOINE  
255 SEZEUR Alain Chirurgie générale DIACONESSES  
256 SIFFROI Jean-Pierre Génétique TROUSSEAU  
257 SIMILOWSKI Thomas Pneumologie PITIE SALPETRIERE  
258 SIMON Tabassome Pharmacologie clinique SAINT ANTOINE  
259 SOKOL Harry Gastroentérologie SAINT ANTOINE  
260 SOUBRIER Florent Génétique PITIE SALPETRIERE  
261 SPANO Jean-Philippe Oncologie médicale PITIE SALPETRIERE  
262 STANKOFF Bruno Neurologie SAINT ANTOINE  
263 STEICHEN Olivier Urgences médico chirurgicales TENON

264 STERKERS Olivier ORL PITIE SALPETRIERE  
265 STRAUS Christian Physiologie PITIE SALPETRIERE  
266 SVRCEK Magali Anatomie pathologique SAINT ANTOINE  
267 TALBOT Jean-Noël Médecine nucléaire TENON  
268 TANKERE Frédéric ORL PITIE SALPETRIERE  
269 THABUT Dominique Hépatogastroentérologie PITIE SALPETRIERE  
270 THOMAS *Surnombre* Guy Médecine légale/Psy d'adultes SAINT ANTOINE  
271 THOMASSIN-NAGGARA Isabelle Radiologie TENON  
272 THOUMIE Philippe Rééducation fonctionnelle ROTHSCHILD  
273 TIRET *Surnombre* Emmanuel Chirurgie générale/digestive SAINT ANTOINE  
274 TOUBOUL Emmanuel Radiothérapie TENON  
275 TOUNIAN Patrick Gastroentérologie/nutrition TROUSSEAU  
276 TOURAINÉ Philippe Endocrinologie PITIE SALPETRIERE  
277 TRAXER Olivier Urologie TENON  
278 TRESALLET Christophe Chirurgie générale PITIE SALPETRIERE  
279 TRUGNAN Germain Biochimie SAINT ANTOINE  
280 TUBACH Florence Biostatistiques/inf médicale PITIE SALPETRIERE  
281 ULINSKI Tim Pédiatrie TROUSSEAU  
282 UZAN Catherine Chirurgie générale/Gynécologie PITIE SALPETRIERE  
283 VAILLANT Jean-Christophe Chirurgie générale PITIE SALPETRIERE  
284 VERNY Marc Médecine interne/Gériatrie PITIE SALPETRIERE  
285 VIALLE Raphaël Chirurgie infantile TROUSSEAU  
286 VIDAILHET Marie José Neurologie PITIE SALPETRIERE  
287 VIGOUROUX Corinne Biologie cellulaire SAINT ANTOINE  
288 WALTI Hervé Pédiatrie / Néo natalité TROUSSEAU  
289 WENDUM Dominique Anatomie pathologique SAINT ANTOINE  
290 WISLEZ Marie Pneumologie TENON

**MEDECINE GENERALE**

MAGNIER Anne Marie

CORNET (surnombre) Philippe

## **REMERCIEMENTS**

**Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Philippe Cornet**

*Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury,  
Pour avoir accepté de juger ce travail,  
Veuillez trouver ici, le témoignage de ma sincère reconnaissance.*

**Au directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jean-Sébastien Cadwallader**

*Pour m'avoir fait découvrir la recherche qualitative.  
Pour ton accompagnement et soutien tout au long de ce travail,  
Un immense merci pour ta disponibilité, ta patience et tes compétences.*

**Aux juges,**

**Monsieur le Docteur François Demesmay**

*Pour l'honneur que tu me fais de juger ce travail,  
Pour ces belles aventures vécues au sein du Service de santé des armées ainsi que  
ton partage d'esprit critique et de lecture du monde.*

**Monsieur le Docteur André Soares**

*Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail sans me connaître.  
Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond  
respect.*

**Aux participants,**

*Un grand merci à toutes les infirmières, infirmiers et médecins de m'avoir accordé du  
temps pour les entretiens, avoir accepté de débattre et de partager.*

*Merci à Vincent L pour l'aide graphique dans l'établissement du modèle.*

*Merci aux relecteurs.*

**A ma famille et mes proches,**

*A ma formidable épouse Janelle, pour m'avoir supporté durant ces nombreuses  
années tout en effectuant son propre doctorat avec une 'vraie' thèse ès science. Merci  
de ton amour et soutien, passé et futur, surtout avec de nouveaux challenges et  
aventures en vue... dont un nouvel internat à Cambridge, Massachusetts*

*A mes parents, pour leur amour et bienveillance. Merci de m'avoir toujours soutenu  
durant ces longues années et de m'avoir permis de me construire.*

*A mes sœurs, Delphine et Clémence pour avoir toujours été à mes côtés.*

*A mes grands-parents, Anne- Marie et Fernand, Geneviève et Gilbert. Désolé de vous  
avoir inquiété d'avoir pris du temps pour enfin « passer la thèse » et de plus en pleine  
pandémie...*

*A ma belle-famille, et notamment Sharon et Pat', pour votre gentillesse et soutien.  
Merci à Brian de m'avoir fait vivre de belles aventures qui ne font que commencer !*

## **A mes camarades et collègues,**

*Aux copains du lycée, les Cléments et Antoine.*

*A mes co-externes et surtout aux orthopédistes Matthieu C et Matthieu M. Merci de m'avoir accompagné dans ces aventures, de Ushuaïa à Bayfield, en passant par Lagrave et Salamanque !*

*A Fabien, véritable lanterne au milieu de la nuit, aventurier et pionnier sur les terres de l'oncle Sam. Merci pour ton énergie, ton soutien et positivisme à toute épreuve.*

*A mes co-internes : A Mathilde et Lisa pour votre amitié et soutien malgré des moments parfois difficiles. A Jonathan, pour ta bonne humeur permanente et ta soif d'opportunités. Salutations à Arthur.R, à très vite sur des skis, un windsurf ou ring !*

*A feu, mon ami et co-interne Thomas, je n'oublierai jamais les années passées à tes côtés, si drôle, brillant, complexe et empathique. Je sais que tu acquiescerais en souriant de m'avoir laissé sublimer les souffrances causées par ta disparition.*

*Aux amis parisiens, Emmanuelle et ta cuisine hors norme. Vincent pour ta gentillesse et nos aventures, aussi bien dans un petit archipel breton spartiate que sur de hauts glaciers, que dans un dojo ou une forêt à escalader des rochers...*

*A Thomas B, le chêne périgourdin, pour ta gentillesse, ta folie, ta grande empathie et lecture humaine.*

*Aux Senseis, amis du dojo, et notamment Yves, Sylvain et Jean-Michel.*

## **Citations**

*« Il existe une chose plus puissante que toutes les armées du monde, c'est une idée dont l'heure est venue. »*

*— Victor Hugo*

*« Il ne faut pas compter sur ceux qui ont créé les problèmes pour les résoudre. »*

*— Albert Einstein*

*« Un objectif sans plan s'appelle un vœu. »*

*— Antoine de Saint Exupéry*

*« Les vivants ferment les yeux des morts ; les morts ouvrent les yeux des vivants. »*

*— Proverbe Bulgare*

*« Il n'y a point de bonheur sans courage, ni de vertu sans combat. »*

*— Jean-Jacques Rousseau*



## SERMENT D'HIPPOCRATE



*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine.*

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

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

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

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

**Résumé :**

**Titre de la thèse :** La perception des acteurs de santé en soins primaires vis-à-vis de la délégation de tâches en médecine générale en France : une enquête qualitative par théorisation ancrée.

**Introduction :**

La médecine générale acteur essentiel du système de santé, aux rôles multiples et variés, fait face à de nombreux défis aussi bien au niveau des patients, des soignants que de l'organisation du système dans son ensemble. Le paradigme en santé plaçant le médecin généraliste, seul, au centre du dispositif n'a connu aucune évolution récente. La coopération entre professionnels de santé (« Skill mix » en anglais) a été initiée dans certains pays étrangers dès la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle. En 2020, en France, il n'existe pas d'équivalents. La perception des acteurs de soins primaires vis-à-vis du transfert de compétences en médecine générale en France est nécessaire.

**Matériau et méthodes :**

Etude observationnelle par méthode qualitative avec approche par théorisation ancrée et réalisée à partir de 9 entretiens semi-dirigés en soins primaires d'infirmiers et de médecins généralistes.

**Résultats :**

Les professionnels de santé trouvaient important d'être soignants ensemble pour collaborer en santé dans un climat de confiance et partage. Ceci devait être supporté par une meilleure organisation du système actuel. Ceci était vu comme une révolution et une ouverture face aux conservatismes, pour lutter contre la souffrance professionnelle, l'inefficacité, et la déshumanisation dans les soins. Enfin il est apparu primordial et essentiel de toujours privilégier l'humain, au centre, aussi bien patient que soignant.

**Discussion :**

La problématique de souffrance dans les soins, aussi bien du côté des soignants que des soignés, était présente avec des retards pris dans l'organisation de la santé en soins primaires avec ses limites et menaces potentielles à venir. Enfin, le côté humain, primordial et essentiel a été discuté avec la notion de permaculture humaine, appliquée à la collaboration en santé, c'est-à-dire mieux soigner les hommes avec l'entraide humaine, de manière juste et durable.

**Mots clefs:**

Soins primaire /Skill mix/ Délégation de tâches / Transfert de compétences / méthode qualitative.

**Abstract :**

**Thesis title :** Perceptions of primary health care providers with respect to task delegation in family medicine in France: a qualitative study by grounded theory.

**Introduction:**

Family medicine is an essential player in the healthcare system, consisting of various roles. The field faces numerous challenges, from patients and health care workers to the organization of the healthcare system itself. The current healthcare paradigm places the family practice physician at the center of the network and alone, an organization which has not seen any recent development. The cooperation among healthcare professionals referred to as skill mix began in certain countries as early as the second half of the 20th century. In 2020, in France, there exists no equivalent. Understanding the perception of primary care providers with respects to skill mix in family medicine in France is necessary.

**Methods :**

Observational study by qualitative methods using grounded theory was done with 9 interviews. These were semi-structured, interviewing primary care providers including nurses and family practice physicians.

**Results :**

The healthcare professionals interviewed considered working together to collaborate on healthcare in an atmosphere of confidence and community to be important. This should be supported by improved organization of the current system. This view was seen as revolutionary and progressive with respect to conservative views, to combat professional suffering, ineffectiveness, and dehumanization in healthcare. The study showed that prioritizing the human in the healthcare system, both the patient and the healthcare professional, was essential.

**Discussion :**

The problem of suffering in healthcare, of healthcare professionals and of patients, is not new. The organization of the healthcare system has fallen behind, and with this comes limitations and potential risks. The human side, primordial and essential, was discussed in relation to the notion of a human permaculture, applied to collaboration in healthcare: better treat people through mutual assistance, in a fair and sustainable manner.

**Mots clefs:**

Primary care, skill mix, task delegation, skill transfer, qualitative methods.

## **Liste des abréviations et anglicismes**

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé (ex-HAS)

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

Burn out : Syndrôme d'épuisement professionnel

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EBM : Evidence Based Medicine: Médecine basée sur les preuves

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EPIC : Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial

EPST :Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique

EGPRN : European General Practice Research Network : Réseau de Recherche des Médecins Généralistes Européens

Gatekeeper : littéralement 'gardien de porte' ; Ce terme décrit la fonction du médecin de famille/généraliste, où il est le premier recours dans le système de santé et assume le rôle de coordination ainsi qu'un rôle régulateur important.

GIEC : Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat (IPCC en anglais)

GIRCI : Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation

HAS : Haute autorité de santé (aujourd'hui ARS)

IADÉ : Infirmier(e) Anesthésiste diplômée d'Etat

IAO : Infirmier(e) d'accueil et d'orientation

IDE : Infirmier(e) diplômée d'Etat

INSERM :Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IPA : Infirmier(e) de pratique avancées

IPBES : Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services.

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

LMD : Licence Master Doctorat

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Paramedics: Technicien ambulancier paramédical aux fonctions variables selon les pays (Canada, USA, Israël, Grande Bretagne..). Voir aux USA : 'EMS' et 'fast squad'

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

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).

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians: Organisation Mondiale des médecine de famille/généralistes.

# TABLE DES MATIÈRES

## 1 INTRODUCTION

CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	1
1.1.1 Médecine générale, rôle fondamental aux tâches multiples et complexes.....	1
1.1.2 Au sein de différents systèmes de financement, d'accès, fonctionnement.....	4
1.1.3 Avec pour point commun, l'interprofessionnalité.....	9
1.1.4 En France, nombreuses problématiques et termes non définis.....	10
1.2 PROBLÉMATISATION .....	13
1.3 QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	14

## 2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 TYPE D'ÉTUDE.....	15
2.1.1 Comparaison des méthodes qualitatives et quantitatives .....	15
2.1.2 Choix de la méthode la plus adaptée .....	15
2.1.3 Critères de validation.....	16
2.1.4 Elaboration d'une étude qualitative.....	17
2.2 POPULATION ET ÉCHANTILLON.....	18
2.2.1 Echantillonnage théorique .....	18
2.2.2 Population étudiée .....	18
2.3 JOURNAL DE BORD ET DÉCONSTRUCTION DES APRIORIS.....	19
2.3.1 Journal de bord.....	19
2.3.1 Déconstruction des apriori .....	20
2.4 MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES.....	20
2.4.1 L'entretien semi-dirigé.....	20
2.4.2 Le guide d'entretien .....	20
2.4.3 Le déroulement des entretiens.....	21
2.4.3 La retranscription des données .....	22
2.5 MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES .....	22
2.6 ÉTHIQUE .....	23

## 3 RÉSULTATS

3.1 ENTRETIENS ET ÉCHANTILLONS .....	23
3.2 ANALYSE THÉMATIQUE.....	24
3.2.1 Être soignant ensemble, avec confiance et partage.....	25
3.2.2 Art et science ; formation et responsabilisation.....	31
3.2.3 Mieux organiser, coordonner, traçabiliser avec un support légal et financier...36	
3.2.4 Innover, autonomiser, s'ouvrir et révolutionner.....	41
3.2.5 Conservatismes, inefficience. Souffrance professionnelle et déshumanisation.47	
3.2.6 Toujours privilégier l'humain, primordial et essentiel.....	59
3.3 CONSTRUCTION D'UN MODÈLE.....	62

## 4 DISCUSSION

4.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS PRINCIPAUX .....	63
4.2 COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE EXISTANTE .....	68
4.3 VALIDITÉ DE L'ÉTUDE	
4.3.1 Les forces de l'étude.....	71
4.3.2 Les faiblesses de l'étude.....	71
4.4 LES PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE.....	71

BIBLIOGRAPHIE .....	75
---------------------	----

ANNEXES .....	80
---------------	----

# INTRODUCTION

## **1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

Le sujet de ce travail de thèse est le fruit d'une réflexion personnelle et professionnelle face aux limites et contradictions expérimentées depuis le début de mes études de médecine il y a une décennie.

Cette réflexion s'appuie également sur l'accès à un environnement pluriculturel, avec différentes visions et valeurs, mais dans le but commun de rechercher des pistes d'amélioration du système de santé français avec ses spécificités propres, particulièrement en soins primaires et en médecine générale.

Un médecin généraliste me disait oralement il y a quelques années une phrase qui résonne dans mon esprit assez fréquemment :

*« Le problème, c'est que nous sommes formés pour piloter des 'formules 1', mais finissons assis sur un tracteur. » Anonyme*

Dans une société en pleine évolution, avec de profondes mutations sociétales, démographiques et technologiques, le paradigme de l'organisation en santé tel que nous le connaissons et notamment en médecine générale n'est-il pas caduc ?

La médecine générale est-elle réduite à rester « l'Arlésienne de notre système de santé » ? *Pr P.L Druais (1)*

Comment pouvons-nous toujours considérer le médecin généraliste seul, pour assumer le rôle si vaste et au combien fondamental qui lui a été confié ?

Dans un premier temps, nous rappellerons le rôle fondamental de la médecine générale avec ses tâches multiples et complexes. **(1.1.1)**

Nous étudierons ensuite brièvement les différents systèmes de santé avec leurs modes de financement, d'accès de fonctionnement avec notamment un bref aperçu de la collaboration en santé à l'étranger **(1.1.2)** avant de nous focaliser sur le point commun de ces systèmes : l'interprofessionnalité **(1.1.3)**

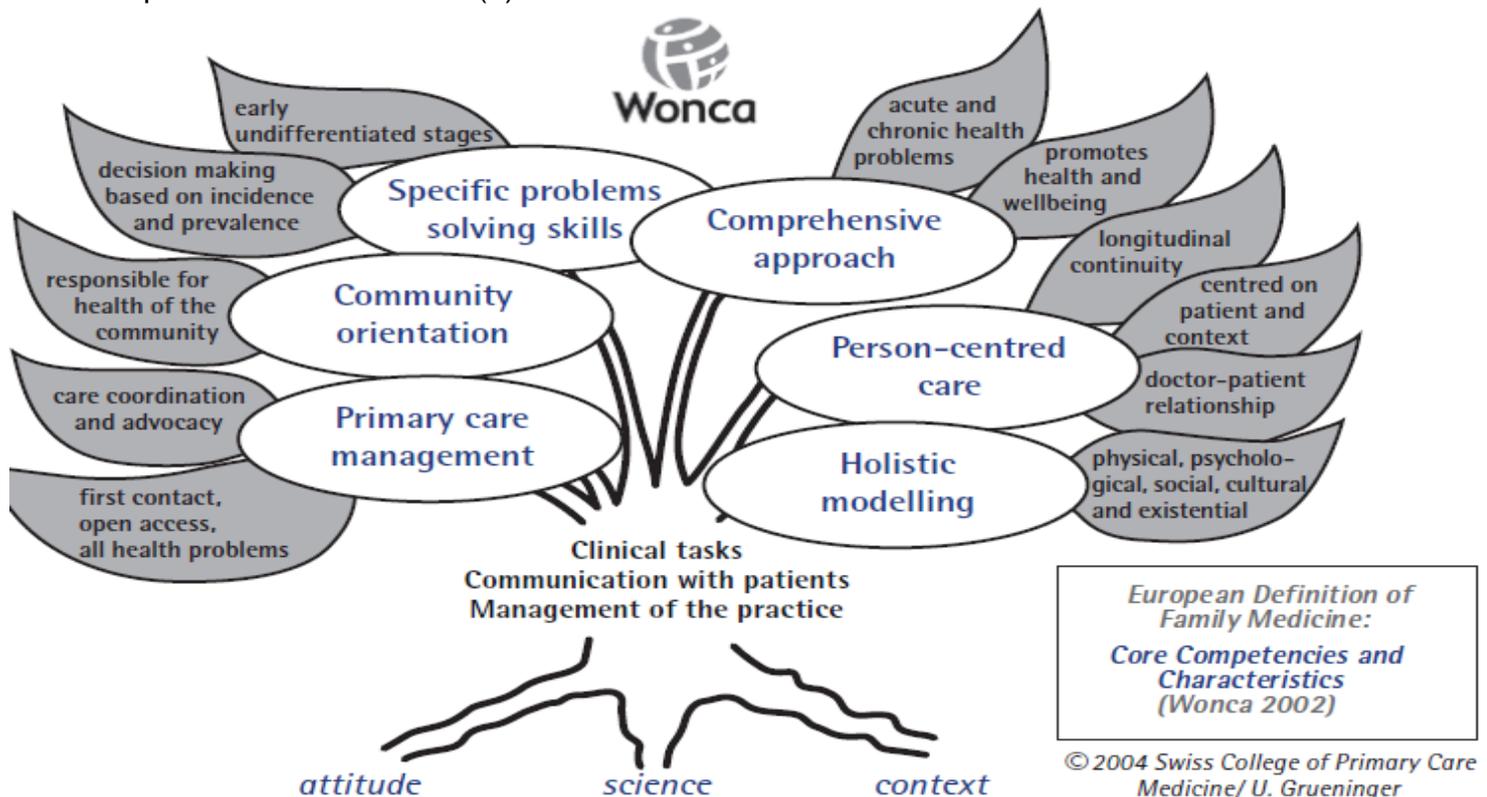
Enfin nous reviendrons à la situation française et à ses propres limites **(1.1.4)**

### **1.1.1 La médecine générale, un rôle fondamental, aux tâches multiples et complexes**

D'après l'agenda de recherche de l'EGPRN, (Réseau de Recherche des Médecins Généralistes Européens), la médecine générale/médecine de famille est la discipline phare des soins primaires et la pierre angulaire de nombreux systèmes de santé occidentaux, notamment européens. Son potentiel est immense, une large majorité des citoyens ont accès à un médecin généraliste et sont en contact régulier avec lui.

Dans les systèmes de santé où le médecin généraliste joue le rôle de « chef d'orchestre » orientant les patients (« Notion de Gatekeeper »), **90-95% des problématiques des patients sont prises en charge en soins primaires** et ce au long cours et cela même quand d'autres spécialistes sont sporadiquement impliqués. Parmi tous les motifs de consultation, **80% peuvent être complètement résolus en soins primaires** (2,3)

Onze caractéristiques essentielles de la discipline amenant à six compétences centrales en médecine générale ont été définies par le réseau WONCA, amenant à la représentation suivante : (4)



**Six compétences centrales :**

**Capacité de résolution face à des problèmes spécifiques**

**Approche globale**

**Orientation au sein de la communauté**

**Soins centrés sur la personne**

**Gestion des soins primaires**

**Modélisation Holistique**

La médecine générale/de famille joue un rôle important dans le fonctionnement de l'ensemble du système de santé. (5,6)

Les soins primaires, concept établi au Royaume-Uni dans les années 1920 et redéfini par l'OMS en 1978 (7,8) relèvent un **fort niveau de preuve en faveur de ceux-ci.** (9)

B. Starfield a démontré que **la force du système de soins primaires d'un pays est inversement associée aux mortalités toute cause ; mortalité prématurée toute**

cause, et cause spécifique dans l'asthme et la bronchite ; l'emphysème pulmonaire, les pneumopathies et pathologies cardiovasculaires. (10,11)

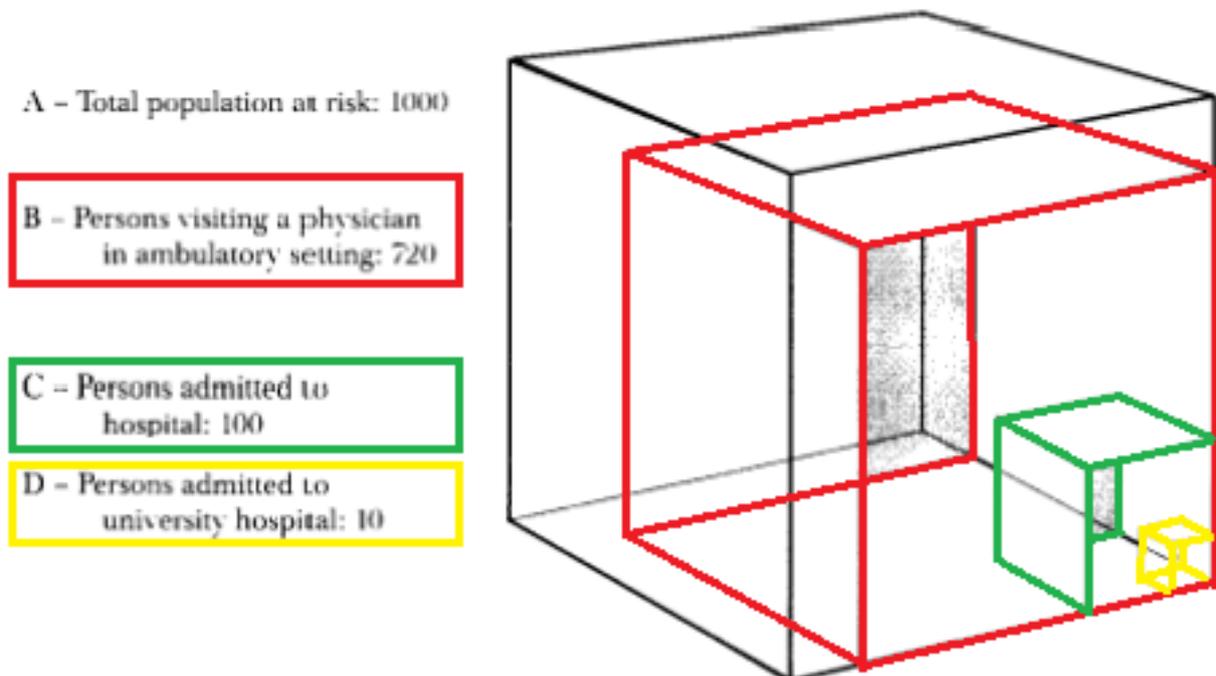
Les caractéristiques des systèmes de soins primaires solides telles que la **bonne répartition géographique, la continuité des soins dans le temps, la coordination et l'orientation dans la communauté, sont corrélées avec l'amélioration de la santé des populations** (12)

Les preuves démontrent également que les soins primaires, contrairement aux 'soins spécialisés' sont associés avec une **répartition plus équitable de la santé dans les populations** (13), une constatation relevée à la fois dans les études nationales et internationales.

Le rôle de « chef d'orchestre » « goal keeper » du médecin généraliste est considéré comme une **mesure importante du contrôle des coûts de santé et prévient les dommages causés par une sur hospitalisation et des investigations complémentaires inutiles.** (14)

Enfin pour finir, il est toujours intéressant de rappeler le ratio soins ambulatoires versus hôpital avec la publication de White avec son fameux «carré de White »(15) :

**Figure 2: Distribution of Demand for Medical Care by a Typical Population in One Year (1970)**



Represented volumetrically in this illustration, distribution points up the discrepancy in scale between the world of medical practice and the world of medical education in the United States. Out of a population at risk of 1,000, an average of 720 people visited a physician in an ambulatory setting at least once, 100 people were admitted to a hospital at least once, and only 10 were admitted to a university hospital at least once.

La médecine générale joue bien un rôle fondamental dans nos systèmes de santé avec des tâches multiples et complexes. Intéressons-nous maintenant succinctement aux diversités des systèmes de santé.

### **1.1.2 Au sein de différents systèmes de financement, d'accès, et de fonctionnement**

Lorsque l'on étudie les systèmes de protection sociale rencontrés en Europe, leur **mode de fonctionnement** et de financement, on constate qu'ils sont structurés autour de deux archétypes : le **modèle Bismarckien** et le **modèle Beveridgien**. (16)

#### > Le système Bismarckien ou assurantiel

Le chancelier allemand Otto von Bismarck (1815-1898) met en œuvre en Allemagne, à la fin du XIXe siècle, un système de protection sociale contre les risques maladie (1883), accidents de travail (1884), vieillesse et invalidité (1889).

Plusieurs principes sous-tendent ce modèle :

- Protection fondée uniquement sur le travail et sur la capacité des individus à s'ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle,
- Protection obligatoire,
- Protection reposant sur une participation financière des ouvriers et des employeurs qui prend la forme de cotisations sociales,
- Cotisations qui ne sont pas proportionnelles aux risques mais aux salaires. On parle ainsi de « socialisation du risque »
- Protection gérée par les salariés et les employeurs.

#### > Le système Beveridgien ou assistanciel

En 1942, à la demande du gouvernement britannique, l'économiste William Beveridge (1879-1963) rédige un rapport sur le système d'assurance maladie. Partant du constat qu'il s'est développé sans réelle cohérence, il propose de le refonder sur plusieurs principes qui deviendront autant de caractéristiques du système dit « Beveridgien »

- Universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population (ouverture de droits individuels) et de tous les risques,
- Uniformité des prestations fondées sur les besoins des individus et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque,
- Unité de gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale,
- Financement basé sur l'impôt.

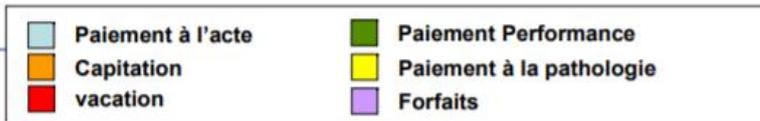
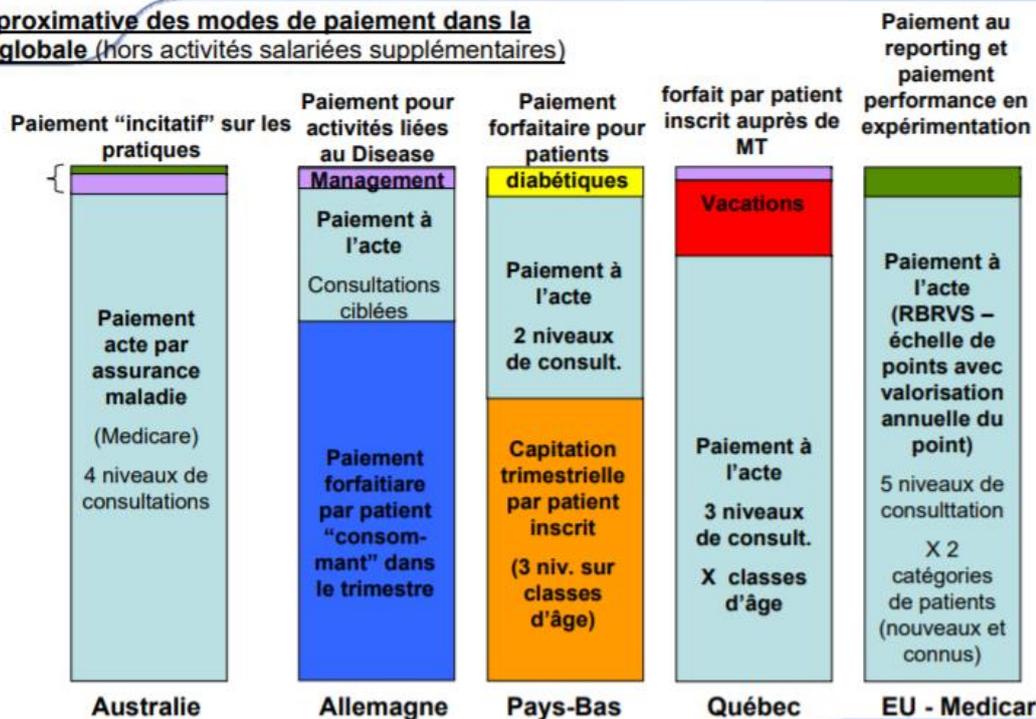
Face à ces archétypes, la Sécurité sociale française se distingue par un système mixte empruntant des éléments aux deux modèles comme la plupart des pays méditerranéens (Portugal, Espagne, Grèce, Italie) (16)

**Sur le plan de la rémunération**, nous n'entrerons pas des détails avancés, mais il est intéressant de relever de nombreux modes de rémunérations existants différents, avec des rémunérations parfois mixtes au sein d'un même système, tel que le paiement par capitation existant par exemple aux Pays Bas, en Suède ou Norvège.

**Le paiement par capitation** consiste à ce que le médecin reçoive une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera. Si le mécanisme est trimestriel, le praticien est payé la même somme qu'il voit ou non le patient dans le trimestre et quel que soit le nombre de fois où il le voit. Le forfait peut également intégrer des soins et des médicaments prescrits lors de ces consultations. (17). Ci-dessous un aperçu de la mixité des modes de rémunération provenant de la CNAM.(18)

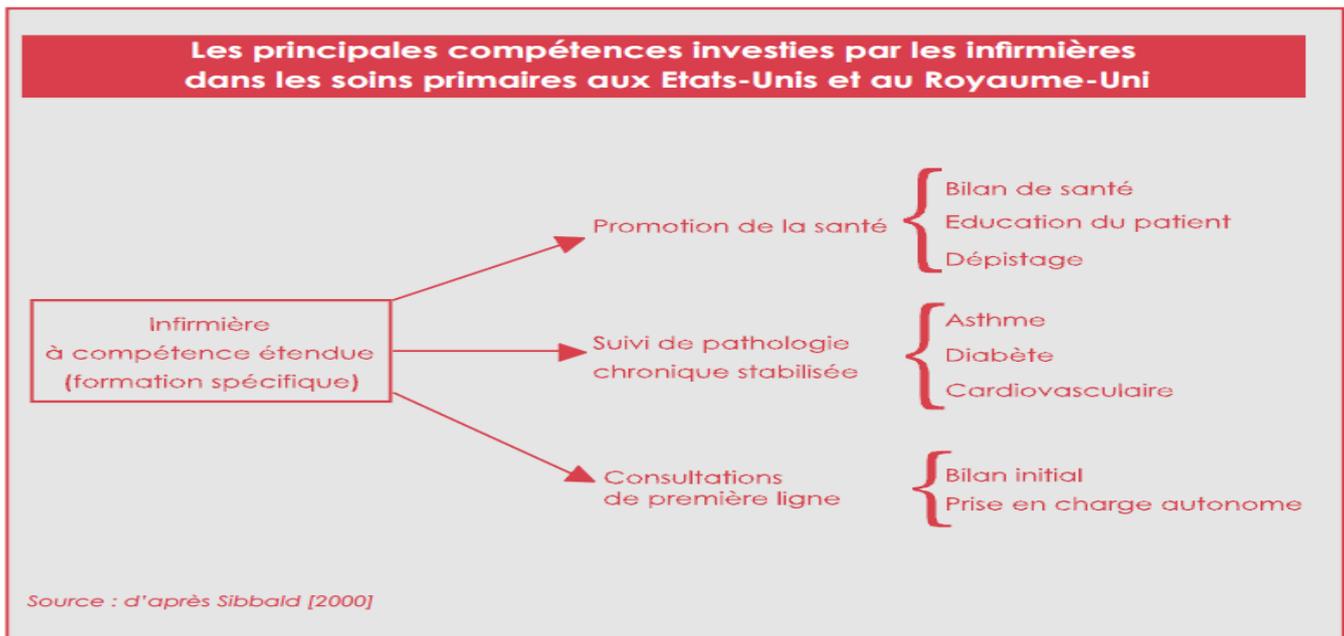
## Mixité des modes de rémunération

**Proportion approximative des modes de paiement dans la rémunération globale** (hors activités salariées supplémentaires)



Sur le plan de l'organisation des soins primaires, nous relevons également des différences importantes concernant les acteurs de soins, et les tâches qui leur sont attribuées.

Ainsi dans les pays anglo-saxons dès les années 1960 (USA) et 1970 (GB) a été initié une **délégation** aux infirmières de certaines tâches traditionnellement réalisées par un médecin généraliste. Cette pratique est courante actuellement en soins primaires dans de nombreux pays, notamment dans les pays Anglo saxons et nordiques tels que la Suède ou la Finlande. (19–22)



Ci-dessus une image tirée du CREDES, F.Midy 2003. (23)

Des modèles économiques publiés il y a plus de 30 ans **concluent à l'efficience apportée aux soins par la délégation de tâches** (24–26), **avec une coopération entre professionnels de santé**. Sa faisabilité et son efficacité s'appuient dans l'immense majorité sur les expériences menées à l'étranger, le tout avec une qualité des soins semblant préservée et des taux de satisfaction corrects. (20,23).

Il a été notamment rapporté dans la littérature chez des patients consultants en ambulatoire pour suivi après un passage aux urgences avec pour ATCD diabète, asthme ou hypertension ; **une prise en charge tout aussi efficace et comparable entre une infirmière praticienne ou un médecin généraliste après randomisation**. (27)

Face à ces phénomènes, est introduit la notion Anglo saxonne de « **skill mix** » pour décrire la diversité des professionnels qui composent une équipe de soins et la répartition des rôles entre eux. Nous connaissons bien en France, les rôles de médecins et d'infirmiers, mais il existe d'autre professions dites intermédiaires à l'étranger.

Par exemple nous pouvons citer les **assistants médecins**, existant depuis 50 ans aux USA et depuis moins longtemps en Allemagne, Pays bas, Belgique flamande ou introduits en 2009 dans les cabinets de soins primaires en Grande Bretagne.

Ces assistants médicaux prennent en charge des patients moins complexes que les généralistes, pour un coût moindre, les résultats de leurs soins évalués sur le taux de

re-consultation à quatorze jours sont comparables. Prouver que l'intervention d'assistants médicaux dans leur domaine de compétence est plus efficiente que celle d'un MG débouche sur des choix politiques sans ambiguïté, former des assistants médicaux permet de faire fonctionner des cabinets de soins primaires pour des coûts réduits sans perte de qualité. (28,29)

Les « **Nurses Practitioners, Practice nurses** » (Infirmières praticiennes) sont des infirmières qualifiées salariées par des cabinets de soins. Elles peuvent suivre des formations pour des prises en charge spécifiques voir même travailler de manière autonome, tant sur le plan diagnostic que thérapeutique, avec l'usage d'algorithmes de soins basés comme dans les « CVS MinuteClinic ® » aux USA. (30)

Ci-dessous un tableau tiré d'un rapport de l'HAS de 2008 relevant certaines expériences internationales. (31)

Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?

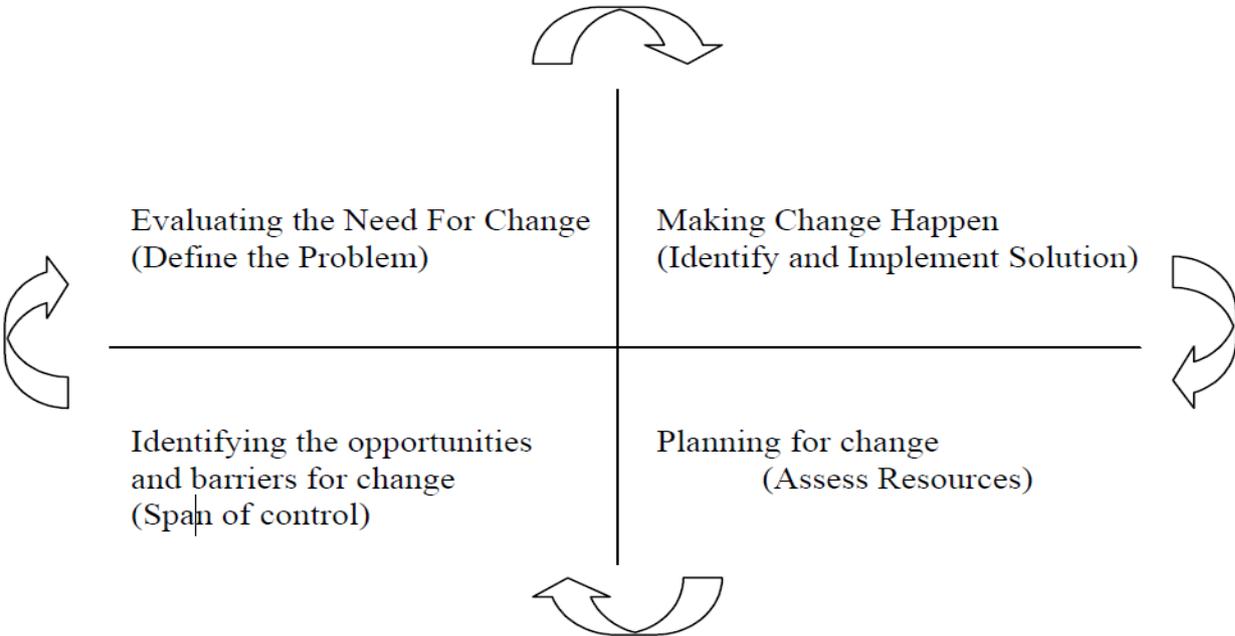
Activités identifiées	Professionnels concernés	Lieu des coopérations
<b>À partir des expériences internationales</b>		
Intervention étendue (diagnostic et prescription) en néonatalogie	Infirmière en « pratique avancée »	Établissement hospitalier Québec
Intervention étendue (diagnostic et prescription) en cardiologie	Infirmière en « pratique avancée »	Établissement hospitalier Québec
Intervention étendue (diagnostic et prescription) en néphrologie	Infirmière en « pratique avancée »	Établissement hospitalier Québec
Réalisation d'échographies	Manipulateur en radiologie	Royaume-Uni, Pays-Bas, Norvège, etc.
Réalisation d'endoscopies digestives	Infirmière	Établissement hospitalier Royaume-Uni, États-Unis
Prévention, promotion de la santé et dépistage	Infirmière	Soins primaires Québec, Royaume-Uni
Consultation de premier recours pour des problèmes mineurs	Infirmière	Soins primaires Royaume-Uni
Suivi des malades chroniques stabilisés	Infirmière	Soins primaires Royaume-Uni
Vaccination	Infirmières	Royaume-Uni
Prescription sur liste restreinte	Infirmières	Suède, Royaume-Uni, États-Unis, Canada, Australie,
Droit de prescription limité	Pharmacien	États-Unis, Royaume-Uni, Australie, Canada
Information et orientation	Infirmière	Soins primaires Royaume-Uni

Il est intéressant de relever que la notion même de « **skill mix** » ne semble pas établie en France en médecine générale, alors que comme développé précédemment, les tâches y sont multiples et complexes. De plus le nombre de médecins exerçant en groupe et de manière pluriprofessionnelle reste assez méconnu mais semble très minoritaire. (32)

Nous trouverons ici en illustration deux images tirées d'un article explorant les possibilités d'organisation de ce « **skill mix** » **c'est-à-dire de tirer profit de la diversité des compétences de différents professionnels de santé et de la répartition de leurs rôles et tâches dans le soin.**

La *figure 1* représente le cycle, la dynamique de cette collaboration. La *figure 2* représente les déterminants de cette approche, en fonction des ressources disponibles ainsi que la « capacité de contrôle » sur une caractéristique donnée. (33)

**Figure 1: The skill mix cycle**



Source: Buchan J, et al., 2000.

**Figure 2 Span of control and resource availability as determinants of approach to skill mix**

		<b>High</b> (“bottom up”)	
<b>Resource availability</b>		Prof judgement Job analysis interviews	Activity analysis Dependency studies Daily Diaries
	<b>Low</b>		<b>High</b>
		norms population ratios	staff ratios staffing norms
		<b>Low</b> (“top down”)	
		<b>Span of control</b>	

Source: Buchan, et al., 2000.

### **1.1.3 Avec pour point commun, l'interprofessionnalité**

Le rôle majeur des soins primaires, et donc de la médecine générale est démontré, notamment dans son rôle d'orientation et de coordination des soins.

(Cf Arbre WONCA et partie 1.1.1)

Il est à noter que dans les publications citées, les soins primaires sont délivrés par une équipe de **coopération multi-professionnelle**.

Dans le contexte européen, et dans la plupart des pays développés, le concept de soins primaires est utilisé et étudié en référence à la médecine de famille/médecine générale, où le médecin généraliste coordonne ces soins primaires. Néanmoins, ce concept de travail d'équipe n'est pas encore complètement mis en œuvre dans certains pays européens avec des organisations fluctuantes au sein de chaque pays.

Il est relevé que les soins infirmiers ont une place importante en soins primaires dans presque tous les pays. Dans les différents systèmes de santé européens, les infirmières travaillent soit au sein d'une équipe de soins primaires (infirmière praticienne « practice nurse ») soit en tant qu'infirmières indépendantes ou communautaires. La recherche portant sur les soins de santé primaires a donc été menée dans des milieux de pratique générale ainsi que dans des soins infirmiers, parfois aussi dans des milieux spécialisés communautaires ou dans d'autres professions de santé, même si elle reste insuffisante étant donnée l'importance des soins primaires. (34)

Malgré ces différences relevées, nous notons que le point commun de ces systèmes réside dans **l'interprofessionnalité**, avec de très nombreux acteurs de santé impliqués, dans le but d'offrir des soins, au plus grand nombre, de qualité à un coût raisonné. (32)

Enfin, cette interprofessionnalité avec une collaboration en santé, nous fait introduire deux notions essentielles.

- Dans le cas de la **délégation**, la **responsabilité des actes repose sur le professionnel qui délègue** (...).
- En revanche, dans le cas des **transferts** de compétences vers un autre professionnel de santé, **c'est ce dernier qui devra assumer la responsabilité de ses actes** » (Coumau, 2005).

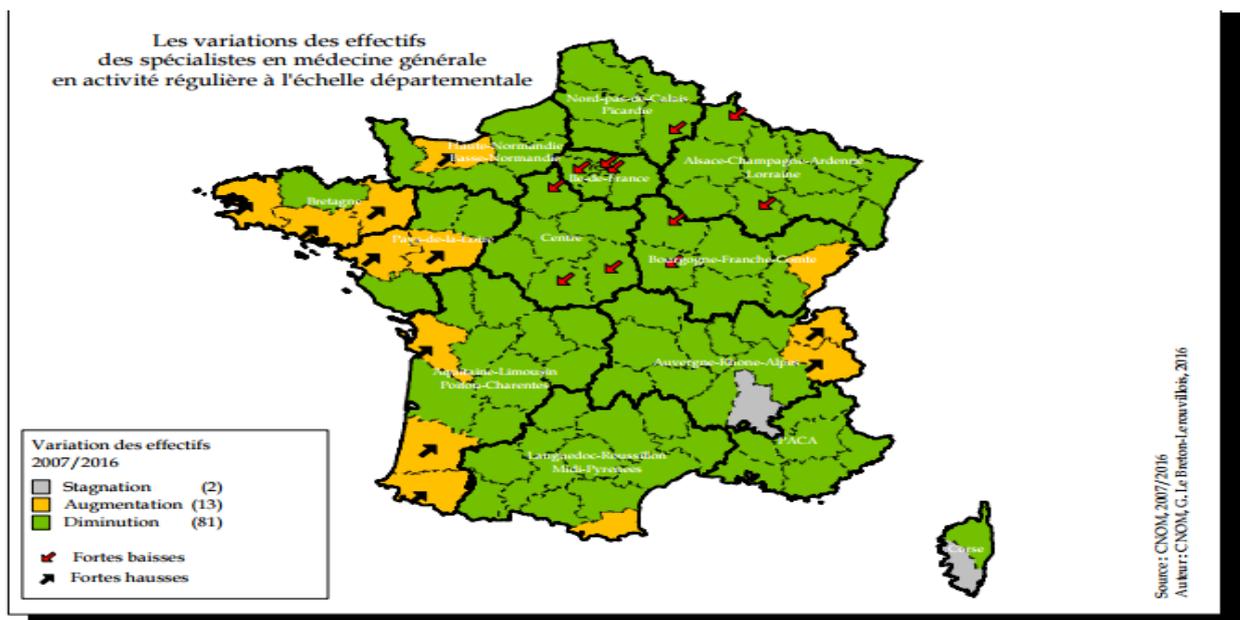
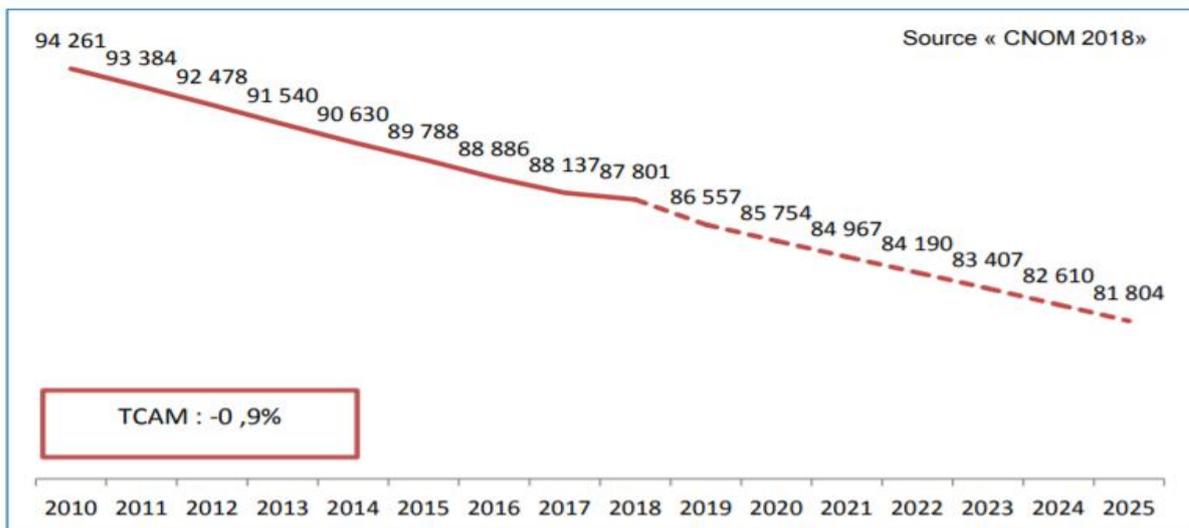
Après avoir étudié l'importance de la médecine générale dans le système de santé, et dressé un aperçu de ces différents systèmes avec pour point commun l'interprofessionnalité, intéressons-nous à la situation française et à ses limites.

### 1.1.4 En France, nombreuses problématiques et termes non définis.

En France, de nombreuses problématiques en santé nous apparaissent au quotidien, et ce, à différents niveaux, aussi bien au niveau du patient, des soignants que du système dans son ensemble.

Concernant les **patients**, il est relevé fréquemment des problématiques d'accès aux soins, avec une coordination des soins difficiles, 5,4 millions de patients seraient ainsi sans médecin traitant en 2019 en France d'après le directeur de l'assurance maladie.(36) Face à une démographie préoccupante (37), des réflexions s'engagent pour recentrer l'activité des médecins généralistes, confrontés aux tâches multiples et complexes qu'il leur sont conférées, vers des actes purement médicaux.

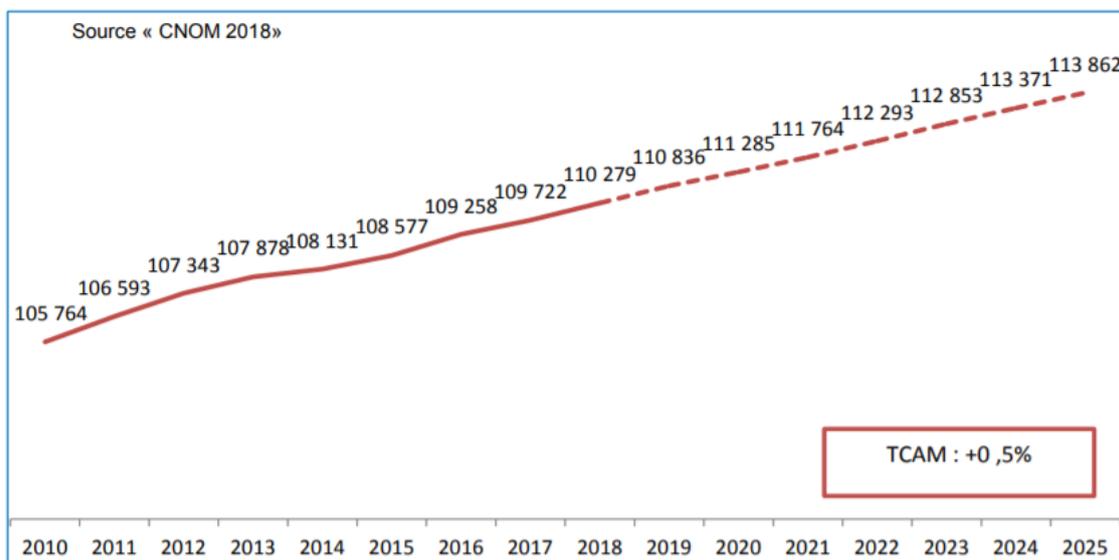
**Figure 11 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues)**



Sources : CNOM : **Variations 2007/2016**. Atlas de la démographie médicale 2016(38–40)

Ce phénomène est d'autant plus intéressant que l'effectif des spécialistes non généralistes suit une tendance à la hausse.

**Figure 15 :Projection des effectifs de médecins spécialistes jusqu'en 2015(valeurs absolues)**

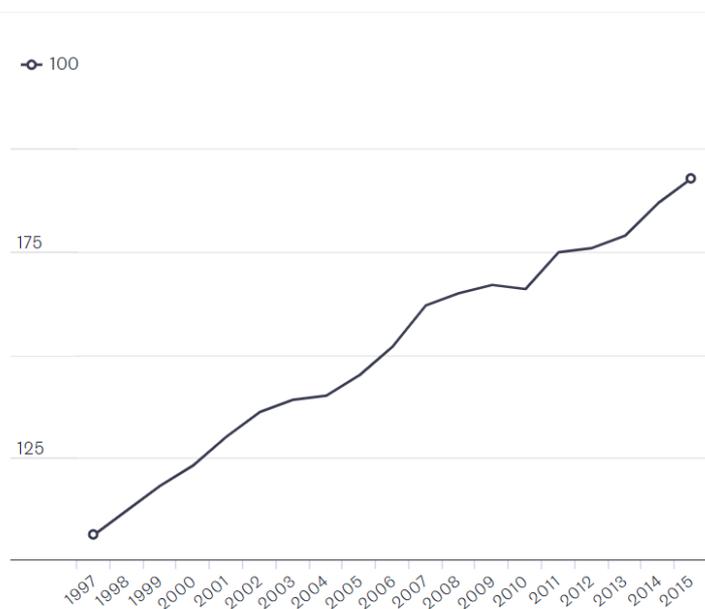


Parmi, les spécialistes (hors MG) 43,2 % sont médecins spécialisés en chirurgie (85 647)  
12,4% sont spécialistes médicaux (24 632).

Il est également relevé qu'il est aujourd'hui difficile pour un patient de s'assurer de la « qualité » de sa prise en charge en médecine générale, avec une certification des médecins encore en discussion (41), et une traçabilité des dossiers médicaux encore aléatoire.

Concernant l'explosion du nombre de passages aux urgences depuis 20 ans (42), l'explication claire est complexe et multifactorielle, mais une des explications évoquées est le recul de la médecine de ville. Mais il se pose également la question de savoir si le généraliste seul, peut actuellement répondre de manière adaptée à la prise en charge de ces patients se rendant aux urgences. D'autant plus que ces patients peuvent demander des examens complémentaires simples ou de la petite chirurgie par exemple.

Evolution du nombre annuel de passages, base 100 en 1996



Source : Drees, Panorama des établissements de santé 2015.

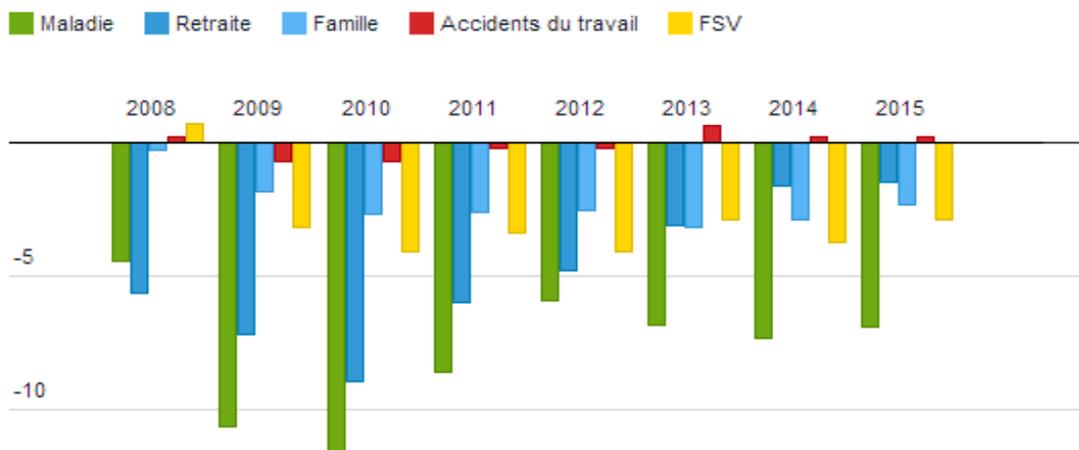
Parallèlement au niveau des **soignants**, il est observé des **phénomènes de souffrance** (épuisement professionnel ou Burn out) des médecins généralistes français (38–40), avec des syndromes d'épuisement professionnels, allant même jusqu'à toucher les jeunes médecins généralistes en formation. (43)

Il est également noté un désintérêt marqué de la Médecine Générale chez les étudiants en médecine (44,45) alors même qu'il est démontré son importance majeure dans le système de soins.

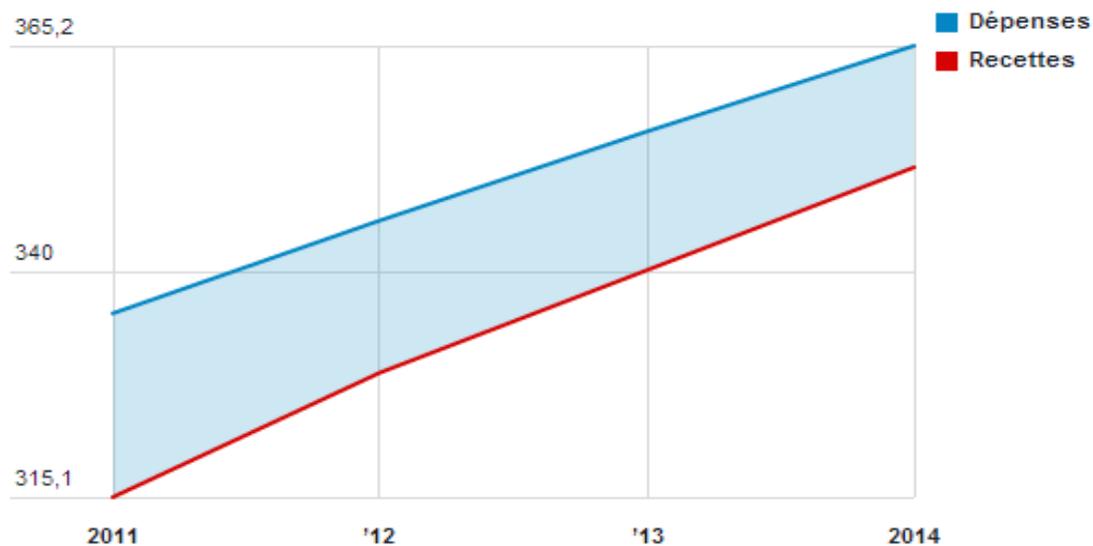
Une méta analyse récente estime même la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins français toutes spécialités confondues à 49%. (46)

Enfin, si nous prenons en compte **le système de soins dans son ensemble**, nous relevons des limites financières avec un déficit majeur de la sécurité sociale qui remet en cause la pérennité même de notre système (47):

Déficits en milliards d'euros, des 4 branches du régime général et du Fond de solidarité vieillesse depuis 2008. Les données pour 2014 et 2015 sont des prévisions du ministère de la santé.



Dépenses et recettes globales du régime général et de la FSV depuis 2011, en milliards d'euros.



SOURCE: SÉCURITÉ SOCIALE

Le Monde

De manière plus globale, nous constatons au quotidien les nombreuses tensions présentes actuellement en santé. Ces difficultés sont mises en exergue récemment par la grève généralisée des services d'urgence qualifiée « d'inédite par son ampleur et sa durée » par le journal *Le Monde* (48), suivie par la démission de 1200 médecins hospitaliers de leurs « fonctions administratives » (49) avec des répercussions sur la pratique de la médecine générale au quotidien et des difficultés de coordination.

A cela s'ajoute, de manière très actuelle la pandémie à coronavirus Covid19, mettant encore plus en tension un système déjà fragile, avec des pénuries de matériels simples et essentiels tels que des masques, des solutions hydroalcooliques, amenant même un chef de services d'urgences parisienne à déclarer publiquement que « La France est un pays sous développé en matière de santé » (50). Conjointement, la médecine de ville, qui devrait pourtant encore une fois avoir un rôle central, de premier recours, manque de moyens et d'informations. (51)

## **1.2 PROBLÉMATISATION**

Au vu des éléments précédemment exposés (1.1), les soins primaires, fondamentaux pour nos systèmes de santé (1.1.1) font face à de nombreuses difficultés (1.1.4).

Les systèmes étrangers nous montrent d'autres fonctionnements (1.1.2), avec pour points communs une interprofessionnalité, un travail en collaboration en santé (1.1.3), et ce de manière déjà ancienne avec les premiers exemples, il y a plus de 50 ans.

Certes, certaines initiatives ont été mises en place en France telles que des maisons de santé pluridisciplinaires, les infirmières asalées (2008) ou infirmières de pratique avancées (2019), nous y reviendrons dans la discussion (Partie 4). Ces mesures semblent toutes utiles, mais relèvent pour la plupart encore de timides expérimentations locales **sans réel changement de paradigme en santé**.

Il nous semble donc extrêmement intéressant et ce à plusieurs titres, d'étudier ces nouveaux modes d'exercice avec de nouveaux métiers et une **collaboration en santé**, pouvant entraîner **une vraie modification du paradigme en santé, en soins primaires**.

Les résultats en santé sont multiples et pourraient potentiellement entraîner de **profondes mutations en soins primaires à tous les niveaux (exemples) :**

. **Des patients :** Avec une réorganisation de la prise en charge des patients, un meilleur dépistage et suivi des maladies chroniques, une amélioration de la coordination des soins et la prise en charge globale des patients...

. **Des soignants :** Possibilités d'évolution de carrière autre que les seuls postes d'encadrement. Amélioration des conditions d'exercice pour les médecins avec plus de temps médical, revalorisation de la médecine générale...

. **Du système dans son ensemble :** Amélioration de la qualité des soins globale avec traçabilité et indicateurs, meilleurs recours à la médecine basée sur les preuves, meilleur contrôle des coûts de santé.

L'objectif de la **collaboration en santé** avec une **délégation de tâches** voire un **transfert de compétences** (migration de responsabilité Cf 1.1.3), serait, encore une fois, de maintenir la qualité des soins en délégrant à d'autres professionnels de santé, certaines activités chronophages ne nécessitant pas le niveau de compétences du médecin généraliste. Cette délégation implique une coopération optimale entre les différents acteurs de santé.

### **1.3 QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Au vu de l'ensemble des éléments exposés jusqu'ici, avec un retard marqué de la collaboration en santé en soins primaires en France, il nous a semblé primordial d'explorer le ressenti des acteurs concernés : IDE, médecins, nouvelles professions IDE (asalées et premières infirmières de pratique avancée (IPA)) vis-à-vis de ce thème. C'est ainsi que le sujet de recherche est venu à nous :

***« La perception des acteurs de santé en soins primaires en France vis-à-vis de la collaboration en santé, transfert de compétences et délégation de tâches. »***

### **1.3 QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Au vu de l'ensemble des éléments exposés jusqu'ici, avec un retard marqué de la collaboration en santé en soins primaires en France, il nous a semblé primordial d'explorer le ressenti des acteurs concernés, IDE, médecins, nouvelles professions IDE (asalées et premières infirmières de pratique avancée (IPA)) vis-à-vis de ce thème. C'est ainsi que le sujet de recherche est venu à nous :

***« La perception des acteurs de santé en soins primaires en France vis-à-vis de la collaboration en santé, transfert de compétences et délégation de tâches. »***

## **2. MATERIEL ET METHODE**

### **2.1 Type d'étude**

#### **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. (52) Sa méthode vise à attribuer aux résultats un certain niveau de fiabilité et de reproductibilité (53).

**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 (53). 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 (54) 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 » (52)

#### **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 :

- d'explorer en profondeur le vécu des professionnels de santé et de mieux comprendre leur ressenti.
- de mettre en évidence leurs systèmes de valeurs et les repères qui déterminaient et orientaient leurs comportements au quotidien
- de dégager leurs attentes
- d'espérer améliorer la qualité des soins et leur organisation.

C'est ainsi qu'il nous a semblé nécessaire de recourir à une méthode appropriée pour l'étude des opinions, des comportements, et ressentis de chacun. L'utilisation d'une méthode qualitative s'est donc imposée naturellement.

### **2.1.3 Critères de validation**

N'ayant pas pour but d'être reproductible, la recherche qualitative doit répondre à des critères de validation qui lui sont propres, afin d'atteindre les qualités de validité, fidélité et fiabilité, des connaissances établies (52). Ces critères dépendent essentiellement de la rigueur de la méthode (53).

#### **2.1.3.1 L'acceptation interne**

L'étude doit en premier lieu être acceptée par les groupes humains, sujets de la recherche. Cela implique, une présentation de la mission du chercheur avant le recueil de données puis une acceptation de l'analyse faite en fin d'étude. Les sujets qui ont fourni le matériel même des travaux, ont ainsi un droit de regard sur le produit de l'analyse de l'auteur. Cette démarche est absente des méthodes quantitatives où les résultats existent en dehors de toute maîtrise par le sujet de l'étude.

#### **2.1.3.2 La validité**

Les méthodes quantitatives jugent la validité d'une affirmation en établissant si elle est conforme à la réalité, elles utilisent des critères fondés sur des méthodes statistiques. Or, les méthodes qualitatives n'opèrent pas sur des données numériques. La validité comporte donc un sens différent et couvre deux aspects: la crédibilité et la validation (52).

- *La crédibilité* estime en quoi l'objet a été bien identifié, bien décrit et que les résultats sont vraisemblables. Pour cela, le chercheur doit avoir eu une présence prolongée sur le site d'observation ou dans le champ d'étude. Les procédures utilisées doivent être détaillées. La saturation des données doit être atteinte, celle-ci est obtenue lorsqu'un nouvel entretien n'apporte plus de données inédites par rapport aux précédentes. Les cas négatifs, c'est-à-dire les sujets susceptibles d'avoir un point de vue différent des autres, doivent avoir été recherchés (52). Enfin, les résultats peuvent être illustrés par des données empiriques, comme des extraits d'entrevues par exemple, pour qu'ils soient accessibles au lecteur.

- *La validation* signifie que les résultats obtenus concordent avec les données recueillies. Pour la démontrer, on recourt principalement à la triangulation, c'est-à-dire la vérification des résultats auprès d'autres sources (nouveaux sites d'observation, nouvelles entrevues) (52), ainsi qu'à la confirmation externe des données grâce à des comparaisons avec des recherches analogues. Cela traduit le degré de confiance obtenu par rapport à l'objectivité des données.

### **2.1.3.3 La fidélité**

Elle concerne, pour les méthodes quantitatives, la constance des instruments de mesure et, en conséquence, le fait que les conclusions soient indépendantes des accidents et des observateurs (52). À défaut de se servir de questionnaires standardisés et de pouvoir répéter rigoureusement le modèle de recherche, il y a dans les études qualitatives une autre version de la fidélité. Celle-ci est une question de transférabilité et de fiabilité.

- La transférabilité implique la possibilité, pour un autre chercheur, de reprendre l'exercice. Il devrait pouvoir analyser les mêmes données de la même manière et arriver aux mêmes conclusions. C'est pour permettre cette reproductibilité que les méthodes doivent être suffisamment explicitées dans les rapports d'études. L'analyse finale doit déboucher sur un ensemble cohérent. La cohérence interne du propos assure sa compréhension par l'ensemble des autres chercheurs.

- La fiabilité concerne le suivi des règles de méthode. La recherche et l'analyse de cas négatifs, la triangulation et la saturation peuvent servir à démontrer la fiabilité.

### **2.1.4 Elaboration d'une étude qualitative**

Afin de tenter de satisfaire à ces critères de validation, le travail doit être soigneusement planifié et les méthodes employées clairement définies. Ce temps de réflexion obéit à un ordre précis.

#### **2.1.4.1 Définition précise de la problématique de recherche**

Il s'agit tout d'abord de définir le thème et la problématique de recherche. Après avoir choisi le type d'étude (ici l'étude qualitative), il convient ensuite de déterminer le ou les points de vue à explorer.

Notre choix s'est porté sur l'étude de la perception des acteurs de santé en soins primaires vis-à-vis de la collaboration en santé, par une étude qualitative.

#### **2.1.4.2 Choix du type de méthode qualitative**

La deuxième étape consiste à choisir la méthode qualitative adaptée au sujet. Parmi les différentes méthodologies, nous avons choisi la « grounded theory » ou théorisation ancrée.

Il s'agit d'une méthode issue de la sociologie, présentée en 1967 par deux sociologues américains : GLASER et STRAUSS (55). Elle consiste à développer une théorie basée sur la réalité construite par les personnes étudiées, en réalisant simultanément l'échantillonnage, la collecte des données et l'analyse. Elle permet une comparaison permanente des données établies, pour arriver jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce que plus aucun phénomène nouveau ne soit mis en évidence dans les entretiens.

Cette méthode permet de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés dans les entretiens, et de les mettre en relation, sous la forme de schémas, ou de matrices.

Elle fait figure de méthodologie dominante dans les études qualitatives.

La flexibilité de cette théorie est grande et le processus mène le chercheur dans le monde réel. On parle de théorie « ancrée » ou encore « fondée dans les données ».

#### **2.1.4.3 Choix de la technique de recueil des données**

La troisième étape est le recueil des données proprement dit : là aussi, la technique de collecte des données s'adapte au sujet et à la méthodologie choisie. Dans cette étude nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés.

## **2.2 Population et échantillon**

### **2.2.1 Echantillonnage théorique**

#### **2.2.1.1 Représentativité de l'échantillon**

Les méthodes qualitatives ayant pour fonction de comprendre plus que de mesurer (56), 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.

#### **2.2.1.2 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 compte 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 (57).

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.

### **2.2.2 Population étudiée**

La population cible était l'ensemble des professionnels de santé en soins primaires et en médecine générale. La saturation des données a été atteinte au bout du neuvième

entretien. Après recherche des derniers cas négatifs, neuf personnes ont finalement constitué l'échantillon.

### **2.2.2.1 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 professions variées, infirmiers, médecins
- De lieux d'exercice différents, milieu urbain, semi urbain ou rural
- Ayant divers statuts : libéraux, salariés
- Exerçant différentes fonctions, universitaires, non universitaires, enseignants
- Ayant des situations maritales différentes

Il s'agissait donc d'un échantillonnage à variation maximale.

### **2.2.2.2 Mode de recrutement**

Nous avons recouru à l'effet dit « boule de neige »

Le recrutement s'est fait initialement par l'intermédiaire de plusieurs infirmières et médecins très concernés par la délégation en santé (Universitaires, asalées, formatrices en IFSI) et a débouché sur de nombreux contacts dans différents départements.

Les personnes volontaires ont ensuite été contactées par téléphone pour convenir d'un rendez-vous.

## **2.3 JOURNAL DE BORD ET DÉCONSTRUCTION DES APRIORI**

### **2.3.1 Journal de bord**

Il est fondamental en recherche qualitative d'être capable d'expliquer les différentes étapes de celle-ci. Pour pouvoir suivre ce cheminement, le chercheur doit conserver une trace de son activité. C'est ainsi que dès le début de la recherche nous avons produit un « journal de bord » garantissant l'ancrage et la validation de notre démarche. (58) D'après C.LEJEUNE : « L'ancrage (grounding) renvoie à une orientation radicalement empirique. L'idée est qu'il ne peut y avoir de saut entre le matériau analysé et la théorie produite. En documentant le maillage entre le terrain et la théorie, les traces en question assurent que la théorie produite s'appuie toujours sur les éléments attestés. » (58).

Cf Verbatim.

### **2.3.1 Déconstruction des apriori**

Avant de commencer le travail, une déconstruction des apriori est effectuée avec plusieurs questions posées.

- 1) Quelle est la question initiale que je pose ?
- 2) Comment en suis-je venu à me poser cette question ?
- 3) Pourquoi cette question est-elle pertinente ?
- 4) Si j'étais moi-même interrogé, quelles seraient mes réponses, mon vécu ?
- 5) Quelles réponses j'attends des informateurs ?
- 6) Quelles réponses me surprendraient ?
- 7) Quelle est finalement ma question de recherche ?

Cf Verbatim

## **2.4 MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES**

### **2.4.1 L'entretien semi-dirigé**

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 (57).

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 y a trois types d'entretiens :

- L'entretien *non directif*, où un thème est soumis à l'interviewé, à propos duquel il doit discourir librement.
- L'entretien *directif*, où l'interviewer suit un guide qui s'apparente à un questionnaire et pose les questions dans un ordre précis.
- L'entretien *semi-directif*, qui se trouve entre les deux. Le guide d'entretien est une trame autour de laquelle l'interviewé développe sa pensée.

L'entretien semi-dirigé 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.

### **2.4.2 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 (30).

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'écarter 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 (57).

Notre guide d'entretien s'est développé autour de sept thématiques principales :

- 1- Présentation de l'intervenant, sa profession, son parcours
- 2- Sa vision du médecin généraliste et de la médecine générale, des soins primaires.
- 3-Sa représentation de la collaboration en santé, ses définitions aux termes de « transfert de compétences » et « délégation de tâches »
- 4- Sa connaissance de la situation à l'étranger, avec sa perception des limites présentes en France ou au contraire les facteurs facilitants.
- 5- La perception des avantages amenés par la collaboration en santé
- 6- Son intérêt ou non d'y participer.

La formulation des différents thèmes a été faite prudemment afin de ne pas orienter les réponses des personnes interrogées.

### **2.4.3 Le déroulement des entretiens**

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, hôpital ou cabinet, voir bureau à l'université.
- 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 les résultats (3.1)

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, 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'agi 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.

#### **2.4.4 La retranscription des données**

Tous les entretiens ont été retranscrits mot à 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 etc.) ont donc été précisés. L'anonymat a été respecté.

La transcription a duré en moyenne six heures par entretien.

### **2.5 MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES**

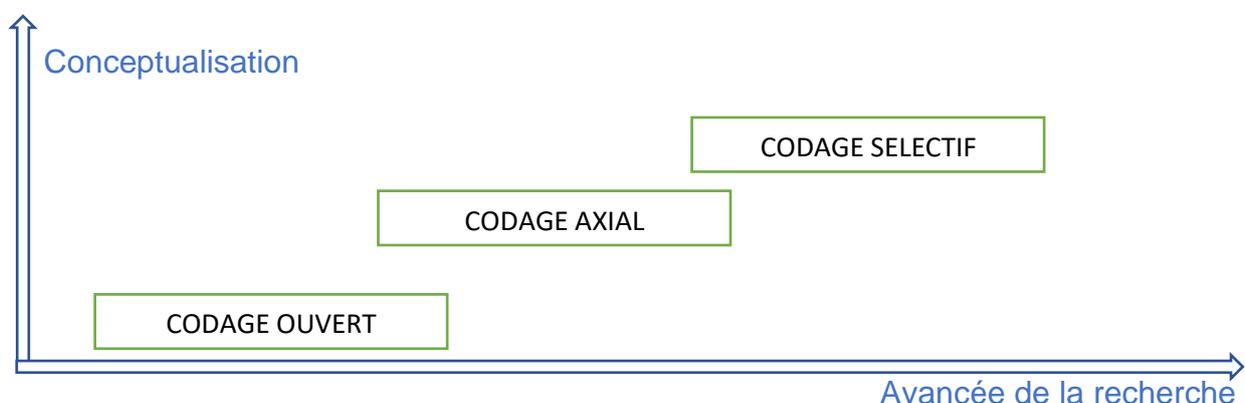
L'analyse des données a été réalisée en 3 temps selon les principes de la théorie ancrée (Grounded theory).

Avec l'utilisation du logiciel Nvivo 12, 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.



D'après Manuel d'analyse qualitative, C Lejeune (58)

L'analyse des données a été réalisée par deux personnes, en aveugle, pour chacun des verbatim, à la recherche de la triangulation. L'approche a été à la fois inductive avec la création de codes à partir des verbatim et listée puisque nous avons regardé, à chaque nouvel entretien, si les codes précédemment créés étaient présents. Pour l'ensemble de la catégorisation, un travail constant de consensus a été réalisé. L'encodage sélectif sous Nvivo12 consistait à articuler les catégories entre elles afin d'arriver à l'établissement de notre modèle et théorie.

## 2.6 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 écrit des participants a été recueilli.

## 3 RÉSULTATS

### 3.1 Entretiens et échantillons

Le premier entretien a eu lieu en janvier 2018 et le dernier en février 2020.

Au total 9 entretiens ont été réalisés.

La durée des entretiens a varié en fonction des participants. Nous avons recueilli au total 5 heures d'entretiens, avec une durée moyenne de 33 minutes par entretien. L'entretien le plus court a duré 20 minutes et le plus long 1 heure et 6 minutes.

Chaque entretien s'est initialement déroulé sur le même modèle comme présenté en partie 2.4.3.

Ci-dessous les caractéristiques principales des intervenants et des entretiens. Les intervenants sont listés de la page 1 à page 9.

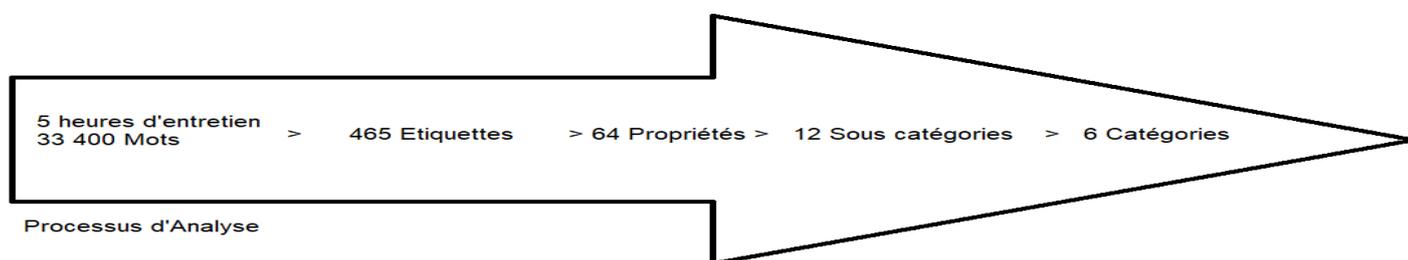
Infirmier(e)s		N=6
Sexe	Hommes	2
	Femmes	4
Age	50-60 ans	3
	40-50 ans	3
	30-40 ans	3
Type d'Exercice	Libéral	1
	Salarié	5
Fonctions annexes	IDE Azalée	2
	Enseignement (IFSI)/ Recherche	2
	Cadre/Coordination	2
Lieu d'exercice	Exercice Rural	1
	Exercice citoyen	2
Départements	Paris	2
	Seine et Marne	1
	Seine St Denis	3

Médecins		N=3
Sexe	Hommes	2
	Femmes	1
Age	40-50 ans	1
	30-40 ans	2
Type d'Exercice	Libéral	1
	Salarié	2
Fonctions annexes	Activité de recherche/universitaire	2
	Activité Syndicale	1
Lieu d'exercice	Exercice Rural	1
	Exercice citoyen	2
Départements	Paris	1
	Tarn	1
	Seine St Denis	1

Entretiens N=9	
Durée Minimale	20 min
Durée Maximale	1h 6 min
Moyenne	33 minutes
Durée Totale	5 heures

### **3.2 Analyse thématique**

Ci-joint un schéma synthétisant l'ensemble de l'analyse :



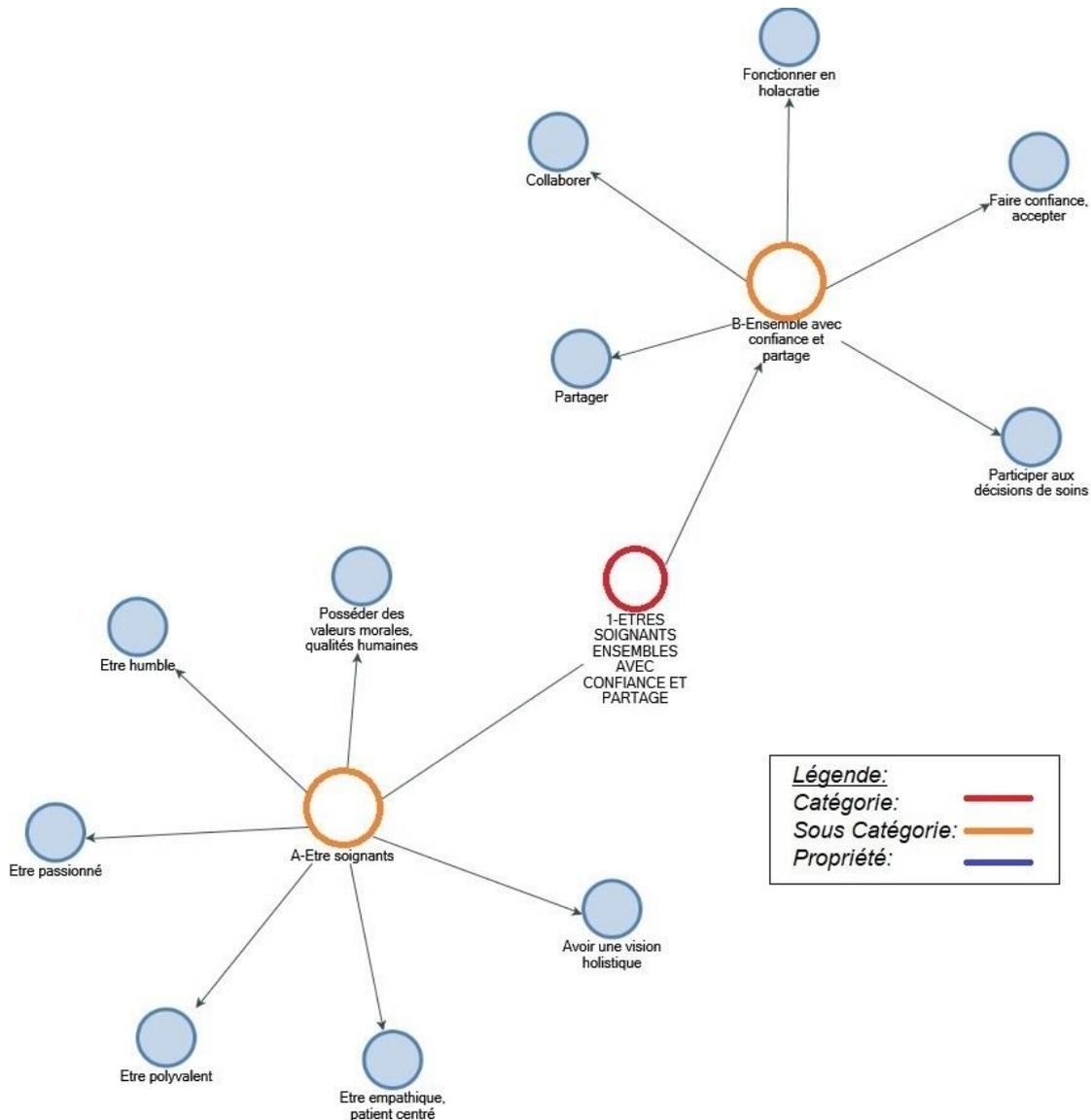
Avec l'utilisation du logiciel Nvivo 12, nous avons établi des « cartes de projet » pour faciliter la représentation et la clarté des résultats. Les cartographies des catégories, sous catégories et propriétés seront présentées dans la partie résultat. Les cartographies comprenant les étiquettes seront uniquement présentées en annexe pour faciliter la lisibilité du manuscrit.

Six grandes catégories interconnectées ont émergé de l'analyse des verbatim :

- Être soignant ensemble avec confiance et partage (3.2.1)
- Avec art science, formation et responsabilisation (3.2.2)
- Mieux organiser, coordonner, traçabiliser avec support légal et financier (3.2.3)
- Innover autonomiser, ouvrir et révolutionner (3.2.4)
- Conservatismes, inefficience, souffrance professionnelle et déshumanisation (3.2.5)
- Toujours privilégier l'humain. Primordial et essentiel. (3.2.6)

### 3.2.1 Être soignant ensemble avec confiance et partage.

La première grande catégorie révélée a été la notion d'être soignant, avec toutes les qualités et valeurs que cela implique (3.2.1.1) ainsi que la nécessité du partage, favorisé par des relations de confiance (3.2.1.2).



#### 3.2.1.1 Être soignant.

Le fait d'être soignant était supporté par 6 propriétés :

- Avoir une vision holistique
- Être empathique et patient centré
- Être polyvalent
- Être passionné
- Être humble
- Posséder des valeurs morales et qualités humaines

**-Avoir une vision holistique** : est un thème cité dans tous les entretiens avec la nécessité d'avoir une vision globale du patient, d'apprendre à bien les connaître avec leurs spécificités propres.

P2 : « *C'est l'approche holistique, au OPE : Organe, Personne, Environnement, qui a cette spécificité d'approche globale, d'approche dans la durée. Hein, on suit les générations, moi je suis les enfants des enfants que j'ai suivis ! Donc ça me donne un autre regard, voilà j'ai cette capacité quand je vois un patient de connaître déjà tout un pan de sa vie, tout un pan de son hérité, de sa souffrance de vie ou de sa joie de vivre, des ruptures qu'il a eues, de son parcours de vie. Donc voilà c'est cette approche là !* »

P8 : « *Si vous voulez soigner une escarre, mais que la personne est seule à la maison, n'a pas à bouffer, qu'elle ne voit personne, qu'elle déprime, etc votre escarre, elle va mourir avec, elle ne sera jamais soignée ! enfin etc etc... ce n'est pas uniquement mettre des poudres de perlimpinpin sur un truc qui va soigner, c'est voilà... de l'humanité... mais j'ai un peu peur que l'humanité en ce moment...* »

P8 : « *Quand vous prenez un patient, vous voyez le côté holistique, dans sa globalité, et pas juste l'ulcère, le machin, le truc, vous voyez sa condition sociale, son truc, posez des questions... de façon à ce qu'elles aient une ouverture d'esprit, un petit plus... plutôt que moi je suis dans ma tâche, on n'est pas à la chaîne quoi ! c'est pas : moi je visse un boulon, l'autre il va ... bref ce n'est pas ça ! Il faut vraiment que les jeunes, elles aient...* »

**-Être empathique et patient centré** : a été également un thème important avec les notions d'accompagnement, de privilégier l'humain en mettant le patient au centre de la prise en charge, ainsi que l'amour du soin.

P1 : (Ex cadre de santé) « *Et il y a deux ans je voulais revenir aux bases du métier d'infirmière* »

P3 : (Ex gestionnaire de patrimoine devenu infirmier) « *jusqu'à que je prenne la décision de prendre soin des personnes différemment, non plus dans leur cadre de vie matériel, mais dans un sens plus large et plus précisément vis-à-vis de leur santé, et de l'amélioration de leur état de santé.* »

P1 : « *et là je vais lui permettre au patient, de se raconter, mais de se raconter à tous les points de vue, pas seulement sur sa santé, d'abord je pose très peu de questions, je laisse parler...* »

**-Être polyvalent** : La notion de polyvalence a été plusieurs fois abordée, avec la nécessité en soins primaires d'avoir une pratique diversifiée, la gestion de l'incertitude diagnostique et de traiter des problématiques multiples.

P9 : « *On a un peu tendance à la dévaloriser, alors que l'infirmière de gériatrie ou l'infirmière libérale, elle est toute seule, et elle doit mobiliser dans sa tête, plein de choses, faire du raisonnement, mobiliser ses connaissances, repérer et évaluer la pertinence et le degré d'urgence pour le patient. Et le généraliste c'est ça !* »

P2 : « Comment tu vas gérer l'incertitude diagnostique ? La question n'est pas de faire un diagnostic ! Tu n'es pas là pour ça, tu vas avoir un résultat de consultation 8 fois sur 10 et 2 fois sur 10 tu feras un diagnostic... mais toi tu dois évaluer, quand tu vois quelqu'un, quel est ton risque diagnostique ? Quel est le risque pour le patient ? Et tu t'inscris dans la durée.... Donc aujourd'hui tu as une pièce du puzzle, demain une autre... et peut-être tu feras la photo et le diagnostic, mais peut-être 15, 20 ans après, ou jamais ? »

P2 : « Mon rôle c'est de les écouter et à partir de là, d'évaluer le risque diagnostique, l'évaluation diagnostique est d'ordre médical, assurer la prévention, la promotion de la santé. Voila ! Prévention, promotion, accompagnement, prise en charge du patient, assurer la continuité, coordination des soins, coordonner leur parcours. Et donc c'est très vaste (rires) je pense que j'en oublie ! »

**-Être passionné** par le soin a été exprimé par des sujets. Des qualités telles que la persévérance, l'envie d'apprendre, l'amour du métier, l'intérêt pour la recherche ou l'enseignement, l'apparition d'une vocation ont été mises en avant.

P4 : « En fonction de la motivation, des envies, enfin la niaque que l'on a, à apprendre tout le temps. »

P3 : « Auparavant, j'étais agent immobilier, je gérais des investissements immobiliers pour des personnes assez fortunées, ou qui avaient des moyens financiers plus ou moins importants jusqu'à que je prenne la décision de prendre soin des personnes différemment, non plus dans leur cadre de vie matériel, mais dans un sens plus large et plus précisément vis-à-vis de leur santé, et de l'amélioration de leur état de santé. »

P6 : « Je pense qu'il y a un ajustement à faire c'est-à-dire qu'il faut qu'on se mette aussi un peu à la recherche car on n'a pas une science clinique assez développée quand même. »

**-Être humble** : l'humilité, avec l'acceptation de ses propres limites et la reconnaissance de l'immensité du savoir, a été également une des valeurs exprimées.

P9 : « Les médecins se sentent moins les nantis du savoir du pouvoir ; et le pouvoir de savoir. »

P1 : « Il faut avoir presque plus d'humilité pour faire ça il ne faut pas avoir peur de se remettre en question il ne faut pas avoir peur d'être assez humble »

P9 : « Quand on est sur le partage et sur l'assemblage, ça permet de limiter les distorsions, les incompréhensions. Sinon les gens restent dans leur savoir absolu avec cette fausse certitude des connaissances. En tout cas ça ouvre à ça ! »

P2 : « Beaucoup de médecins généralistes, font du mieux qu'ils peuvent avec les moyens qu'ils ont... et c'est tellement vaste »

**-Posséder des valeurs morales et des qualités humaines** sont des éléments supportés par plusieurs thèmes récurrents : la tolérance, le désintéressement au sens philosophique du terme et la critique de cynisme.

P2 : « Alors je pense qu'il y a une partie (de cynisme), on a tenu le système de telle sorte qu'on a réussi à contrôler les dépenses, ce fameux « trou de la sécu », trouver un équilibre en réduisant au maximum. C'est le fruit d'erreurs politiques, mais aussi peut être le fruit d'une vraie volonté politique d'un libéralisme incontrôlé, dérégulé ! Probablement ! »

P4 : « Je ne pense pas que les politiques ont envie d'améliorer la santé publique hospitalière. Je pense qu'ils vont la privatiser, comme ils ont privatisé les routes, EDF, les PTT... tout est privatisé car c'est tellement mieux de garder des impôts sur le revenu qui servent à payer tout ça et d'en faire autre chose et puis ça, de leur balancer sur les mutuelles, sur la région, sur les charges copropriétaires etc... il y a un certain côté pervers ! Moi je pense qu'ils ne veulent pas modifier, ils veulent aggraver... »

P1 : « il y a parfois des déficits nécessaires pour le bien de la population... enfin ! »

P4 : « Mais le salaire ce n'est pas mon souci premier même si c'est intéressant, ce n'est pas mon problème de vision dans les soins »

### **3.2.1.1 Ensemble avec confiance et partage**

Soigner ensemble mais avec confiance et partage a été supporté par cinq propriétés :

- Collaborer
  - Participer aux décisions de soin
  - Fonctionner en holocratie
  - Faire confiance et accepter
  - Partager.
- **Collaborer** a consisté pour les soignants interrogés à créer des liens pour mieux soigner ensemble, en équipe avec une interprofessionnalité. Cela passait également par l'éducation à vivre avec les autres : apprendre à grandir avec, et non contre les autres. La notion de mettre en place des rémunérations plus collaboratives comme le paiement par capitation a été également évoqué maintes fois.

P2 : « Je sais qu'en Angleterre au niveau de la scolarité, ils ont des « assembly » ou même tout petits, ils s'expriment devant les autres, ils parlent, et chacun respecte la place de l'autre même s'ils sont compétitifs ; mais ce n'est pas la même façon d'être. Je pense qu'il y a aussi ces éléments-là, avec notre côté latin. »

P9 : « Et puis il y a aussi une évolution dans les mentalités avec les médecins. On a quand même une proximité, de meilleurs échanges. Ça fait une évolution sur les deux. »

P5 : « par des capitations individuelles, c'est beaucoup plus facile de mettre en place des organisations collaboratives où interviennent des notions de délégation de tâches et transfert de compétences »

P9 : « Alors je pense qu'ils ont vite compris [les pays faisant du transfert de compétences] depuis le départ que la prise en charge d'un patient ce n'est pas d'un côté le médecin, ce n'est pas de côté et de l'autre les paramédicaux. On travaille ensemble on a une complémentarité. On le dit toujours, la compétence individuelle si elle est mise au service du collectif, on est quand même beaucoup plus brillants. Et en tout cas ça a forcément une incidence bénéfique pour le patient. On passe moins à côté de plein de choses. »

P2 : (Binôme médecin IDE asalée) « Je sais qu'elle voit un patient, je lui dis ce patient là il y a ça ça ça ça, ok, pas de soucis, j'ai un retour, il y a des allers-retours, on a de la communication. On travaille ensemble autour du patient pour l'accompagner dans son changement de comportement, dans sa pathologie chronique. »

**-Fonctionner en holocratie** : L'organisation holocratique a été évoquée par différents intervenants, ainsi que la critique de l'organisation hiérarchique classique avec une forte prééminence de technocrates et administratifs non soignants ; avec un rétrocontrôle « ascendant » souvent difficile.

P1 : « les hôpitaux depuis qu'ils sont gérés par des gestionnaires c'est une catastrophe »

P2 : « c'est ce qu'ils sont en train de faire dans les maisons de santé avec les coordinateurs hors sol, qui coordonnent 3 maisons de santé ! Ils ne sont pas dedans ! Moi ma coordinatrice c'est une de mes secrétaires qui a fait une formation ! Elle voit ce qui se passe, elle voit les professionnelles, elle est toujours dans l'activité ! »

P2 : « La question de protocolisation, OK, mais il ne faut pas qu'elle soit décidée en haut. Elle doit se faire par les professionnels, entre eux, en fonction des spécificités de leur territoire, en fonction de ce qu'ils ont envie aussi de faire les uns les autres et en respectant les uns et les autres ! C'est avant tout une dynamique humaine. »

P6 : « Que l'on puisse arrêter ce lien vertical [médecin infirmier], et l'horizontaliser pour travailler en intelligence dans l'intérêt du patient. »

**-Faire confiance et accepter** a abordé la notion fondamentale de confiance nécessaire à toute délégation ou transfert de compétences. Il a été également question de reconnaître la supériorité des infirmiers versus médecins dans certains champs.

P1 : « je pense que c'est le fait de travailler en équipe on apprend aussi à connaître les gens et on peut leur faire confiance et du coup leur déléguer certains actes »

P8 : « Peut-être que lui à d'autres tâches à faire, qui peuvent être délégué à une infirmière, enfin voilà tout le monde ensemble gagnant je pense, à condition que cela ne soit pas forcé, mais que ce soit voulu, intéressé et intéressant et encore une fois c'est un échange, un travail dans la confiance. »

P2 : « Le problème est jusqu'où va l'autonomie ? C'est vrai que les professionnels, notamment les infirmières sont en demande d'autonomie. Moi ça ne me pose pas de problème mais la question de l'autonomie, c'est le problème de la confiance. Je

*travaille avec une infirmière asalée, elle est autonome par ce que j'ai confiance en elle. Mais on travaille ensemble ! »*

*P7 : « Prise en charge de l'asthme stable de l'infirmier versus le médecin généraliste, c'est une revue de la collaboration Cochrane qui est parue il n'y a pas très longtemps au UK, et bien moins d'exacerbation dans le groupe infirmier. »*

**-Participer aux décisions de soins :** la volonté participer davantage aux décisions de soin a été exprimée à de nombreuses reprises par les infirmiers, avec l'envie de prendre plus de responsabilités, d'aider à l'établissement du diagnostic, voir même de devenir également référent en santé « non médecin ».

*P3 : [IDE] « je pense notamment à l'auscultation, avoir une vision médicale plus complète plus large qui permettrait aux infirmiers d'être des appuis plus importants, plus larges dans une prise en charge plus globale du patient. »*

*P6 : « Donc ici effectivement je pense que la délégation de tâches ce n'est pas un terme qui me convient car moi je veux avoir un rôle propre autonome indépendant du médecin. »*

*P6 : « Moi pour le coup je ne suis pas intéressé par la délégation mais par le transfert réel, et effectivement que l'infirmière puisse avoir des responsabilités ! »*

*P1 : « J'ai envie de dire c'est comment on peut former des infirmières pour selon leurs capacités, leurs compétences etc. pour qu'elles puissent apporter une pierre au diagnostic final. »*

**-Partager :** La notion de partage aussi bien de valeurs, que d'idées pour travailler ensemble avec complémentarité et partage d'expérience a été évoquée à plusieurs reprises.

*P1 : « Donc à partir de là, on va ensemble réfléchir à comment je vais l'aider et c'est lui qui va me guider par ordre de priorité, qu'est ce qui est important pour lui, et donc c'est à partir de là que l'on va mettre en place un travail, un parcours on va dire. »*

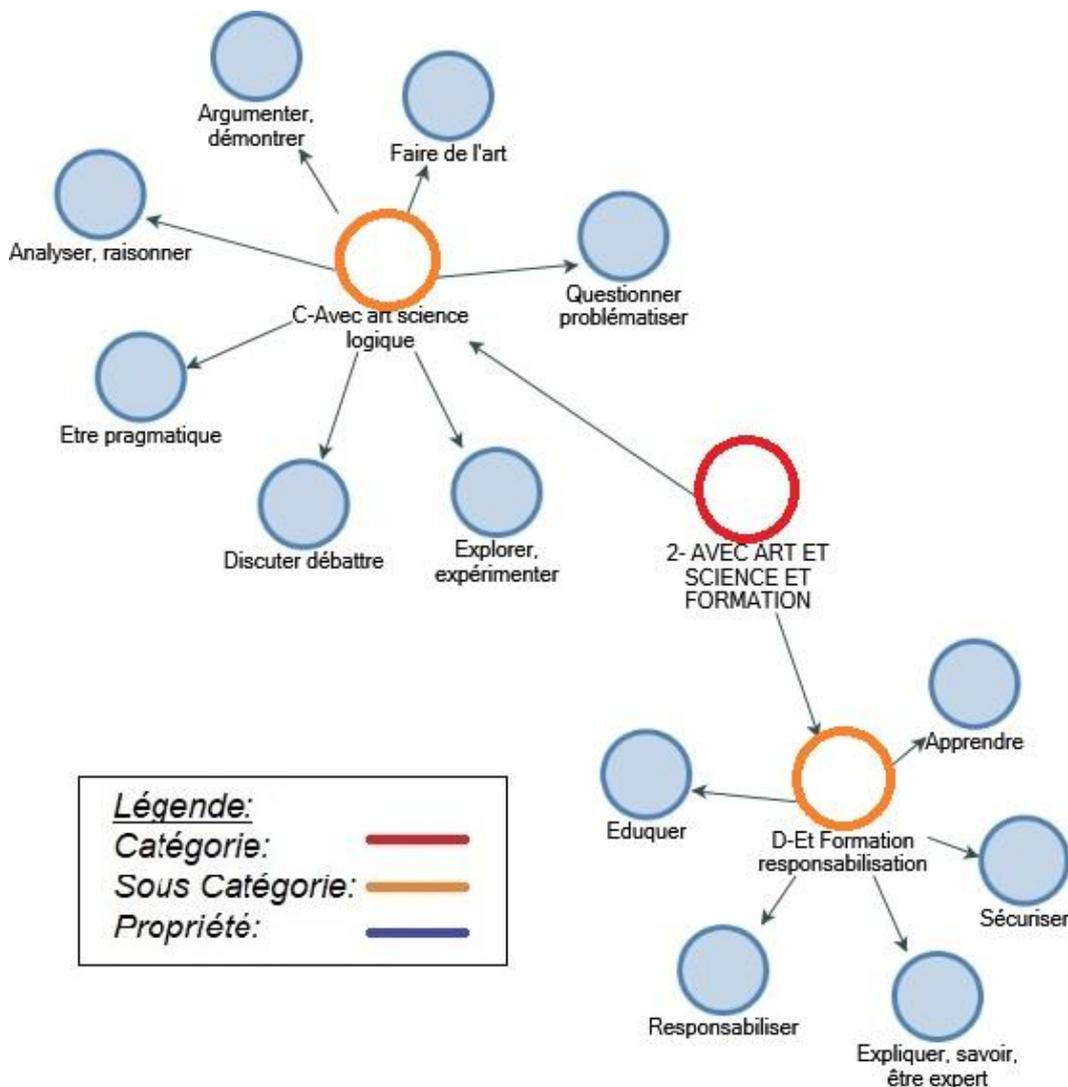
*P9 : « Alors je pense qu'ils ont vite compris depuis le départ que la prise en charge d'un patient ce n'est pas d'un côté le médecin ce n'est pas de côté et de l'autre les paramédicaux. On travaille ensemble on a une complémentarité. »*

*P5 : « Je vois aussi qu'à réfléchir à plusieurs, on est plus intelligents que quand on réfléchit seul. »*

*P2 : « De plus en plus, on se rend compte qu'avec l'augmentation du nombre de pathologies chroniques, la transition épidémiologique, on se rend compte qu'on ne peut plus tout faire tout seul, donc on doit se faire aider par les autres professionnels. Et pour cela, on doit déjà muscler notre équipe interne, avec des secrétaires, des assistants médicaux, des infirmières etc... »*

### 3.2.2 Avec art science formation et responsabilisation.

La deuxième grande catégorie révélée par ce travail a été que le soin en collaboration devait s'appuyer sur la science, l'art médical avec l'aide de la logique (3.2.2.1) ainsi que sur l'appui de solides formations et une responsabilisation des professionnels (3.2.2.2).



#### 3.2.2.1 Avec art science et logique.

L'utilisation de la science et de la logique était appuyée par plusieurs propriétés :

- Faire de l'art
- Questionner, Problématiser
- Analyser, Raisonner
- Discuter, débattre
- Explorer, expérimenter
- Être pragmatique
- Argumenter démontrer

**-Analyser et raisonner** a compris de nombreux thèmes récurrents tels que la réflexion des professionnels sur le système de santé français actuel avec ses facteurs limitants et les problématiques. Problématiques multiples auxquelles le professionnel fait face

avec notamment le sentiment de vivre une transition épidémiologique en médecine générale. Il était aussi question de faire des comparaisons avec les systèmes de soins étrangers. Certaines infirmières ont également assimilé la place de l'infirmière à la place de la femme dans la société, avec son évolution.

*P7 : « C'est essentiellement du volume, et encore une fois non de la volonté je vois les copains et les collègues, ce n'est pas : « je n'ai pas envie de bosser » je veux avoir une certaine qualité de vie, ce qui est plutôt sain et normal. »*

*P9 : « (...) la place de l'infirmière qui est quand même aussi pas très loin de l'évolution de la place de la femme dans la société. 1945 le droit de vote pour les femmes ! Voilà ! Les 50 dernières années la femme a pris plus de place. Avant les femmes c'était aussi un petit peu des exécutantes ; elles étaient là pour s'occuper du mari. 1er diplôme d'État en France ! 1938 ! On a toujours parlé de soignants. Donc forcément ça un impact aujourd'hui sur la collaboration, le transfert de compétence là je pense oui ! »*

*P1 : « [...] de toute façon vu que la population vieillit, il va bien falloir trouver des systèmes, [...] »*

*P1 : « Moi j'étais très intéressé par les secteurs de la maternité parce que j'y ai travaillé et je sais que les sages-femmes, elles avaient des compétences très tôt même au XVIIIe siècle au Canada qu'il n'y avait pas chez nous. »*

*P3 : « les médecins ne peuvent plus à eux seuls tout gérer, »*

*P2 : « 7500 actes à l'époque... on n'était pas dans le même temps, il y avait moins de pathologies chroniques, on faisait beaucoup plus d'aigu ! »*

**Argumenter démontrer** : avec des citations littéraires, de nombreux exemples et argumentations sur des situations vécues au quotidien par les soignants.

*P7 : « Prise en charge de l'asthme stable de l'infirmier versus le médecin généraliste, c'est une revue de la collaboration Cochrane qui est parue il n'y a pas très longtemps au UK, et bien moins d'exacerbation dans le groupe infirmier. »*

*P2 : « Donc asalée, le financement a été conditionné au fait qu'il y avait moins de consommation de soins, un meilleur équilibre glycémique par rapport à la population normale, en tout cas plus proche des normes. Moins d'hospitalisations, moins de transports. »*

**-Être pragmatique** : a reposé sur de nombreuses discussions, sur l'obligation de faire preuve de réalisme, sur la nécessité de trouver des compromis et la prise en compte des nombreuses limites. Un médecin développa longuement la notion de résultats de consultations versus diagnostics « vrais » en médecine générale.

*P2 : « C'est une opportunité car effectivement on se rend compte qu'on ne peut plus tout faire, qu'il y a vraiment des choses qui ne sont pas du tout de notre ressort. »*

*P7 : « Et encore une fois l'expertise et le champ des compétences du docteur n'est pas nécessaire pour aller faire de l'analgésie ou interpréter un électrocardiogramme. »*

*P3 : « Je crois qu'aujourd'hui l'avancée des sciences et des connaissances, amène la quantité de savoir à être tellement importante... »*

*P2 : « Les diagnostics c'est plus hospitalier, ou après une batterie d'examens. Et on a souvent plus de résultats de consultations que des diagnostics vrais. »*

**-Discuter débattre** : La discussion et le débat ont été fréquents, avec des remises en question. Tous les soignants interrogés ont avoué fréquemment discuter de leurs préoccupations entre professionnels.

*P2 : « C'est les deux niveaux ; et ma vision, notre vision ; je dis 'notre vision' car en fait, on la construit en discutant les uns avec les autres. »*

*P8 : « Médecin généraliste pour moi, je trouve, enfin, en tant qu'infirmière, je trouve que c'est le métier médical le plus intéressant dans le sens où [...] »*

*P7 : « Si, si ! Corporatisme est adéquat. »*

*P7 : « C'est complètement faux, à mon sens en tout cas tout simplement parce que qu'il n'en a plus les capacités. »*

*P6 : « En tout cas j'essaie d'y réfléchir car même pour nous infirmier ce n'est pas très clair... »*

**Explorer, expérimenter** : a été également un thème récurrent avec les professionnels de santé interrogés. Certains ont eu des parcours professionnels diversifiés, avec de nombreux changements de carrières, des expériences multiculturelles, des expériences de différentes pratiques médicales. D'autres ont également évoqué envisager l'expatriation pour mieux se développer professionnellement. Un fort besoin d'expérimentation et d'exploration a été perçu.

*P6 : « Je suis diplômé de 2004, de l'IFSI de Paul Brousse à Paris et donc le métier ne me convenait pas, j'ai voulu arrêter et je suis parti tout de suite à l'université sans travailler à l'hôpital »*

*P2 : « On essaie de se caler sur les modèles à l'étranger mais on ne part pas des mêmes bases ! N'essayons pas de copier-coller mais inventons notre modèle ! »*

*P3 : « Et toute cette problématique ne pousse même à me poser la question d'une éventuelle expatriation pour développer mon potentiel, mes compétences et ce que j'ai à cœur et envie de développer dans mon activité d'infirmier »*

*P6 : « L'organisation du terrain aussi, ici on a une CPTS et quelque part c'est une façon d'organiser les soins primaires qui est assez ouverte et permet l'imagination de projets voire la création de nouveautés, avec des nouveaux métiers. Donc la façon dont le terrain est organisé ça semble important aussi. »*

**-Faire de l'art** : a été révélé par le ressenti de certains soignants. Avoir une spécificité de pratique, un savoir-faire, posséder un travail non codifiable, avec la critique d'une

prise en charge standardisée protocolisée algorithmique. Une autre composante a été l'opposition en art et efficience.

*P7 : « C'est limitant d'un point de vue du délégué déléguant. Si on reste sur un schéma classique 'Docteur infirmier', le Docteur est intimement persuadé de faire de l'art, que son attitude, son raisonnement n'est pas du tout codifiable, n'est pas du tout schématisable, ou mis sous forme d'algorithmes ; et donc n'est pas transférable. »*

*P6 : « C'est chiant ! enfin je pense qu'une IPA ça va la faire chier de suivre un algorithme ! Ce qu'elle veut c'est pouvoir réfléchir, utiliser sa science clinique pour amener un diagnostic et ne pas suivre un ordi ! »*

*P7 : « J'allais dire c'est assez évident, on n'est pas habitué à tenir ce raisonnement dans notre système, 'Un' en santé et 'deux' en général en France. On oppose l'efficience et justement l'art, l'art du Docteur. »*

*P3 : « que dans le savoir-faire allié aux savoirs »*

**-Questionner, Problématiser** : a été amené par les questionnements réguliers des soignants, formulations d'hypothèses, autocritiques, reformulations.

*P7 : « On en train de s'extasier devant des choses qui sont monnaies courantes depuis très longtemps. »*

*P1 : « C'est peut-être parce que c'était des femmes au départ qui occupaient ces postes, et du coup la place des femmes dans la société française, société latine, etc., n'est pas celle qui est aujourd'hui, et qui sera peut-être demain. »*

*P1 : « C'est plus en ça... que je... le mot transfert de compétences ne me plait pas, car il laisse à penser à certains qui n'ont pas bien compris le sujet, qu'on va leur piquer quelque chose, et ce n'est pas ça du tout. »*

*P7 : « Ce que j'en ai vu en tant qu'interne, de la perception que j'ai quand je vois mon médecin généraliste, et mes collègues amis et médecins généralistes ? »*

*P1 : « J'ai envie de dire c'est comment on peut former des infirmières pour selon leurs capacités, leurs compétences etc. pour qu'elles puissent apporter une pierre au diagnostic final. »*

### **3.2.2.2 Formation et responsabilisation**

Les notions de formation et responsabilisation ont été soutenues par les propriétés suivantes :

- Sécuriser
- Eduquer
- Responsabiliser
- Apprendre
- Expliquer, savoir, être expert

**-Apprendre** a été un sujet pivot du travail en collaboration et vers de nouvelles compétences avec la nécessité d'apprendre ensemble et d'autrui, et de miser sur les formations d'équipes pluriprofessionnelles.

P6 : « En arrivant à Asalée, j'ai compris ce qu'était un médecin généraliste ! Avant je ne comprenais pas... »

P9 : « Comme moi je me rappelle, j'étais jeune infirmière, les médecins nous apprenaient à poser des cathéters artériels, je prélevais en jugulaire, j'ai appris à intuber... »

P5 : « [...] comment je fais pour travailler avec quelqu'un qui vient d'ailleurs, qui a une culture différente, un niveau de formation différent, qui a des compétences différentes, comment je fais pour l'écouter, comment je fais pour prendre en compte son point de vue pour trier une dynamique collective ? Et donc moi je pense vraiment que la formation elle est centrale si on veut développer des pratiques pluri professionnelles, interprofessionnelles. »

P3 : (IDE) « être capable de faire une auscultation d'avoir une connaissance médicale et clinique plus importante »

**-Eduquer** : cette notion a reposé sur la nécessité d'enseigner ces nouvelles pratiques, valoriser la formation et l'apprentissage.

P6 : « Donc oui il y aura un travail à faire au niveau des patients, pour accepter qu'un médecin puisse ne pas être le premier interlocuteur par exemple quand il est malade par exemple mais pour des choses plutôt stables. »

P5 : « Il y a une deuxième limite, mais qui à mon avis se rejoint peu, c'est la formation. Donc en fait on n'est absolument pas formé à travailler en équipe »

P9 : « Alors on essaie de faire remonter un peu les professions plus manuelles, faire émerger l'apprentissage. On parle même de reparler d'apprentissage dans la profession d'infirmière. »

**- Expliquer, savoir, être expert** : ces éléments se sont appuyés sur les explications précises de certains interrogés dans leurs domaines d'expertise.

P1 : « Alors Asalée ... D'abord Asalée c'est une association qui a été créée dans les Deux-Sèvres en 2003 par un médecin de campagne [...] »

P5 : « Donc en fait, je n'ai pas un terme global, pour moi je n'en trouve pas un plus approprié que l'autre car je leur donne deux significations différentes. »

P7 : « Or on a des collègues paramédicaux qui dans leur travail ont un vrai niveau d'expertise et d'expérience qui leur permettrait avec la formation adéquate de prendre en charge de manière autonome certains patients. »

**- Responsabiliser** est soutenu par la notion fondamentale de responsabilité sous-entendue dans la collaboration en santé. En effet, dans la « délégation », le déléguant garde la responsabilité de l'acte, alors que le « transfert » entraîne également un transfert de responsabilités vers le déléguant.

*P7 : « On ne partage pas sa responsabilité mais on partage ses compétences ; quand on a des compétences on en assume sa responsabilité. »*

*P5 : « En revanche s'il y a une erreur dans la prescription du vaccin cela reste ma responsabilité. » [Médecin déléguant la vaccination vers un(e) IDE]*

*P5 : « Alors que dans le transfert de compétence, le professionnel à qui est transféré la compétence devient responsable de la compétence transférée. »*

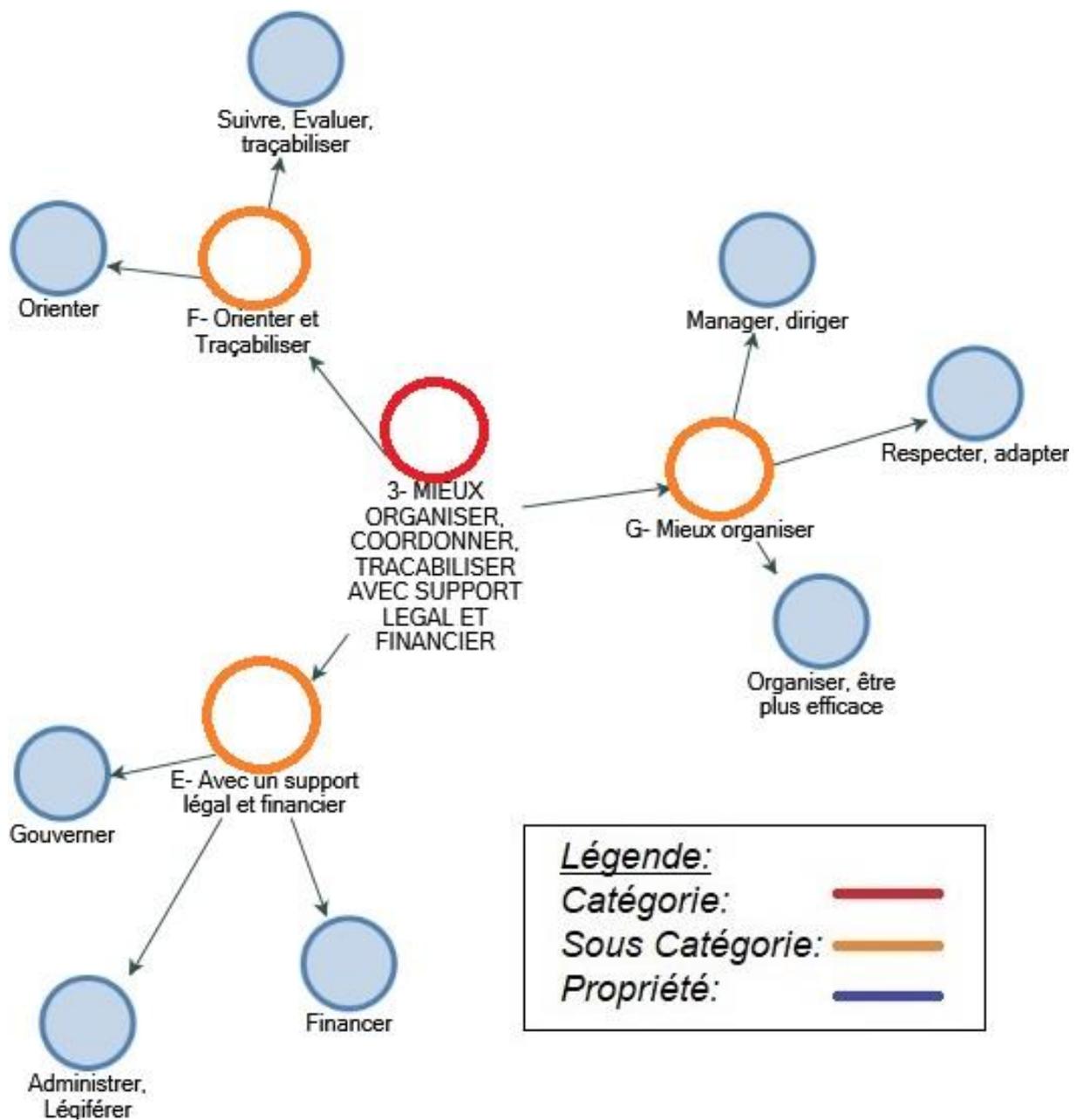
- **Sécuriser** : Cela a englobé les notions de réassurance vis-à-vis de nouvelles prérogatives avec la nécessité d'une organisation et de responsabilités claires. Il a été également discuté différents profils de paramédicaux, certains se sentant plus rassurés de suivre simplement une directive médicale sans autonomisation. Certains ont souhaité une autonomisation mais en gardant le médecin comme « garde-fou ».

*P8 : « Parce que peut-être que pour certaines, c'est peut-être très confortable aussi d'avoir juste à répondre à l'ordonnance du médecin, »*

*P4 : « (...) Cela sous-entend qu'on envoie les gens aveuglément à la radio sans savoir s'il y a vraiment besoin de cette radio par exemple sur les chevilles, les critères d'Ottawa ben pfff... ils passent à l'as ! On demande de les faire aux médecins et aux internes mais on nous demande nous infirmiers de faire le contraire euh voilà ... !! Moi ça me paraît logique, si on pense qu'il n'y a pas besoin de radio de ne pas envoyer le patient à la radio dans un premier temps, et le médecin juge lui, s'il y a besoin de radio ou pas. »*

### **3.2.3 MIEUX ORGANISER, COORDONNER, TRAÇABILISER AVEC UN SUPPORT LEGAL ET FINANCIER**

La troisième grande catégorie révélée par notre travail a été le ressenti exprimé par les soignants de mieux organiser le système de santé (3.2.3.1), avec une meilleure coordination, un meilleur suivi des patients (3.2.3.2), le tout supporté par une meilleure juridiction et revalorisation financière (3.2.3.3)



### 3.2.3.1 SUPPORT LEGAL ET FINANCIER

Le support légal et financier était supporté par les trois propriétés :

- Gouverner
- Financer
- Administrer et Légiférer

- **Administrer et légiférer** : un thème abordé avec la « culture du diplôme ». C'est une étape obligatoire pour les soignants, ainsi que la rencontre de limites politiques face à de nouvelles initiatives ou expériences telles que la collaboration en santé. Un exemple fréquemment cité était l'inexistence de cotations pour des « actes IDE ».

*P9 : « On le voit bien avec les accords de Bologne, la formation avec le parcours LMD. On est dans une culture de diplômes en France il y a que ça qui compte en France !! Si tu n'as pas diplôme tu n'es pas bon ! »*

*P7 : « Donc le vrai problème est politique aujourd'hui. »*

*P2 : « Et puis il y a la temporalité des politiques, et la temporalité des professionnels. Le changement ça prend du temps, or les politiques sont contraints par des échéances et des mandats qui sont courts... globalement ils travaillent pendant 2-3 ans puis des élections arrivent donc ils ne font plus rien, donc pendant ces 2-3 ans, ils en profitent parfois pour faire un tas de conneries ! (rires) »*

*P6 : « Aujourd'hui nous ne pouvons pas coter un acte infirmier, ça n'existe pas ! »*

**- Financer** : La question du financement de la médecine libérale a été un sujet majeur soulevé. La tarification à l'acte est vue comme un facteur limitant pour la collaboration en santé et l'inexistence d'autres alternatives en France, comme le paiement par capitation. La problématique de la revalorisation salariale à compétences élargies a été également maintes fois abordée.

*P7 : « C'est quelque chose qui va être extrêmement complexe à mettre en place pour une raison extrêmement simple qu'on n'a pas encore du tout abordé depuis le début de cet entretien, qui est le mode de financement de la médecine libérale aujourd'hui. [...] Il faut qu'on imagine des solutions intermédiaires, des solutions différentes sauf que ces solutions différentes vont nécessiter une rémunération »*

*P5 : « Moi je suis salarié d'un centre de santé, mais en réalité mon centre de santé est tarifé à l'acte, donc à un moment donné, je peux avoir les mêmes problèmes qu'un libéral... mon gestionnaire peut me dire : « tu passes trop de temps à discuter avec les infirmières, fais des actes ! »*

*P2 : « L'option référent » [...] de mémoire c'était dans les années 1996, où nous avons fait une proposition (nous MG-France) de faire de façon optionnelle une rémunération forfaitaire pour les patients. »*

*P8 : « Derrière la revalorisation salariale, il y a quand même l'intérêt du boulot ! Et c'est intéressant de faire des actes un petit peu plus... mais si toutefois elles ont une revalorisation salariale. Ou sans revalorisation salariale, elles n'accepteront pas les nouvelles responsabilités ! »*

*P2 : « Et puis la deuxième chose, on y viendra tout à l'heure, c'est le modèle économique qui est sous-tendu par le problème de la délégation et du transfert de tâches ! Tant qu'on n'a pas modifié notre modèle économique ce sera quand même compliqué ! On ne sera pas très incitatif ! On a pris énormément de retard là-dessus ! »*

**- Gouverner** : Ce point a constitué également un sujet central. Le médecin est perçu comme ayant du pouvoir et un statut social important, avec une influence sur les prises de décisions politiques, pouvant aller à l'encontre de l'intérêt des paramédicaux. Les décisions en santé sont vues comme dépendantes des décisions politiques.

*P6 : « Oui donc moi je partirai plutôt sur la politique, car c'est le médecin qui a beaucoup plus de pouvoir, qui est beaucoup plus au centre. »*

*P9 : « C'est intéressant car j'ai connu le mandarinat médical. Je me rappelle mes études infirmière où il y avait la visite patronale, c'était tout le monde garde-à-vous avec une hiérarchie en même temps dans le rang. »*

*P1 : « Donc s'il n'y a pas des tendances politiques à vouloir des choses pour la santé, pour la culture, pour le sport, il n'est pas obligé ! »*

### **3.2.3.2 ORIENTER ET TRAÇABILISER**

Orienter et traçabiliser sont soutenus par les deux propriétés :

- Orienter - Suivre, évaluer et traçabiliser

**-Orienter**, a fait référence au rôle de coordinateur, gatekeeper et régulateur du médecin généraliste. Rôle de suivi des patients avec un travail au sein d'un réseau pluriprofessionnel. Une des inquiétudes relevées par la délégation ou par le transfert de compétences est la perte du suivi des patients.

*P2 : « Donc première porte d'entrée dans le système de santé, qui accompagne les patients tout au long de leur parcours de vie et qui les oriente, qui coordonne leur parcours, qui a une approche globale... »*

*P2 : « Effectivement moi ça ne posera pas de problème de ne pas voir une angine, de ne pas vacciner... mais il faut que ça reste dans notre champ ! C'est-à-dire que ça reste quand même notre périmètre... »*

*P9 : « C'est vraiment le chef d'orchestre de toute façon tu ne peux pas avoir une consultation avec un spécialiste sans passer par le médecin traitant, en dehors de gynéco ou de l'ophtalmo. Sinon pour le rendez-vous avec un cardio bah il faut passer par le médecin généraliste. »*

*P9 : « Être capable de repérer urgences, la gravité, quel est l'organe ? Pour l'envoyer chez son collègue spécialisé approprié. »*

**- Suivre, évaluer et traçabiliser** : ces éléments ont englobé les notions de l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles, avec une bonne collecte et partage de données des dossiers entre professionnels, ainsi que la bonne traçabilité de ceux-ci. L'évaluation des professionnels ainsi que de la qualité des soins par les usagers a été également maintes fois abordée.

*P2 : « Bon nombre de pharmaciens, ont vacciné contre la grippe, moi je n'ai pas de souci, je n'ai qu'une seule pharmacie, on s'entend super bien avec le pharmacien, il me fait tout le listing il m'a tout envoyé, tout le truc, je savais tout, bon ok, moi ça me pose aucun problème mais par contre je veux savoir qui sont mes patients qui ont été vaccinés, pour avoir des statistiques etc. »*

*P4 : « A condition quand même que ce soit fait par des gens dont on a validé les compétences. »*

*P9 : « Ils ont repéré [à l'étranger] qu'il y avait des bénéfiques pour les usagers, c'est plus efficient ! Et puis quand on n'est dans une démarche qualité on demande tout le temps aux usagers : « qu'est-ce que vous pensez de la prestation qu'on vous offre ?*

» On n'en prend peut-être un peu plus compte maintenant. Où qu'on aille maintenant, on a un bilan de satisfaction. Et la satisfaction elle passe aussi par la qualité et accepter de prendre en compte ce que l'autre pense notre propre travail. C'est être capable de se remettre en question ! »

P9 : « Quand on est sur le partage et sur l'assemblage, ça permet de limiter les distorsions, les incompréhensions. »

### **3.2.3.3 MIEUX ORGANISER**

« Mieux organiser » s'est basé sur 3 propriétés :

- Manager, diriger
- Organiser être plus efficace
- Respecter et adapter

- **Manager, diriger** : est supporté par le ressenti des médecins généralistes de développer des initiatives et du 'leadership' en tant que référents en santé. Un d'entre eux se voyait « managers » d'équipes selon ses termes.

P2 : « Donc il y a une fonction qui apparaît, je trouve, de management d'équipe du médecin, et puis après la question de coordination des soins autour des patients avec l'autre cercle de professionnels qui gravitent autour du patient. »

P2 : « Souvent je me décris dans ce que je fais, comme un peu dans le cockpit avec un tas de personnes dedans et on tire le manche tantôt d'un côté pendant que les autres le tirent de l'autre... Il faut que chacun trouve sa place, et qu'au final on arrive à un système pertinent [...] notre leitmotiv : l'accès aux soins pour tous, avec un système solidaire et organisé, accessible à tous et de qualité ! »

P2 : « C'est-à-dire que les médecins référents, pouvaient signer une option conventionnelle avec la caisse d'assurance maladie dans laquelle ils acceptaient d'être « le chef d'orchestre » de la santé, des patients qui acceptaient de signer le contrat avec leur médecin. »

- **Organiser être plus efficace** : La nécessité de mieux organiser les soins primaires dans un but d'efficacité et de qualité a été un sujet prépondérant. Les thèmes associés en ont été la méthodologie, la rigueur, l'optimisation, la création d'un réseau de soins autour du MG. Le thème de délégation et transfert pour se focaliser sur des tâches plus complexes est également fortement représenté, notamment avec l'utilisation de protocoles de soins appuyés par la médecine basée sur les preuves.

P6 : « L'organisation du terrain aussi, ici on a une CPTS et quelque part c'est une façon d'organiser les soins primaires qui est assez ouverte et permet l'imagination de projets voire la création de nouveautés, avec des nouveaux métiers. »

P2 : « De plus en plus on se rend compte qu'avec l'augmentation du nombre de pathologies chroniques, la transition épidémiologique, on se rend compte qu'on ne peut plus tout faire tout seul, donc on doit se faire aider par les autres professionnels. Et pour cela doit déjà muscler notre équipe interne, avec des secrétaires, des

assistants médicaux, des infirmières, et puis il faut manager toutes ses équipes là aussi. »

*P7 : « Parce que la consultation [IDE] dure plus longtemps parce que l'infirmier est plus « evidence based » parce qu'il déroule les algorithmes et qu'encore une fois le docteur fait de l'art et s'écarte joyeusement des recommandations et des guides de bonnes pratiques. »*

*P2 : « C'est de la valorisation aussi de ce que l'on fait, parce que franchement faire des angines et de la rhino à longueur de journée quand on a fait dix ans d'études... enfin je m'excuse mais aujourd'hui il faut quand même élever le débat ! Et se permettre surtout je pense d'investir d'autres champs. Aller vers une évolution ! [...] bref donner des soins de proximité de qualité ! »*

*P2 : « Après qu'il y ait des protocoles, des choses, des aides, des soutiens ; chacun s'en saisit et le met à sa sauce, pas de souci, tant mieux au contraire ça va nous aider à monter en puissance rapidement ! Pas que nous ayons à réinventer la poudre à chaque fois ! »*

*P3 : « Que la délégation est la réponse intelligente, évidente, au problème de la prise en charge de la dégénérescence ou de la dégradation de l'état de santé de l'humain. »*

**- Respecter et adapter** : Considérer la prise en compte des spécificités territoriales locales, avec le respect de l'avis d'autrui et de la volonté ou non des paramédicaux d'élargir leur champ de compétences.

*P8 : « Peut-être que lui à d'autres tâches à faire, qui peuvent être déléguées à une infirmière, enfin voilà tout le monde ensemble gagnant je pense, à condition que cela ne soit pas forcé, mais que ce soit voulu, intéressé et intéressant et encore une fois c'est un échange, un travail dans la confiance. »*

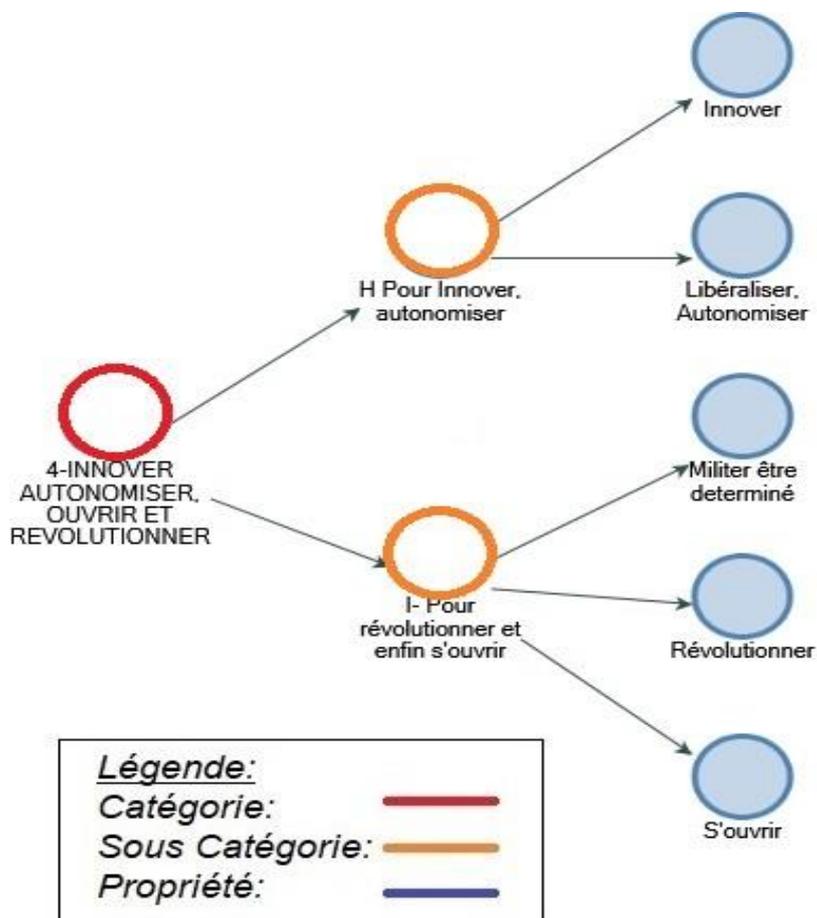
*P5 : « Je ne pense pas qu'à Pantin où je travaille les besoins de santé soient les mêmes qu'à Paris XVI et que les besoins de pratiques collaboratives soient les mêmes que les besoins de transfert de tâches sur les mêmes. »*

*P6 : « Après je n'ai pas envie de le faire en force et sinon ça ne marchera pas. »*

*P2 : « Donc ça respecte chacun dans ses compétences, les infirmières ont cette grande compétence d'avoir une souplesse d'adaptabilité. Et c'est cette souplesse et adaptabilité qui fait le succès du dispositif ! Et je monte en puissance. Il y en a qui sont capables de déléguer plein de choses, d'autres un peu moins, donc il faut y aller en douceur. Là c'est la question du changement ! »*

### **3.2.4 INNOVER AUTONOMISER, S'OUVRIRE ET REVOLUTIONNER**

La quatrième grande catégorie révélée par notre analyse a été d'une part, le ressenti du besoin des soignants d'aller vers de l'innovation en santé, et la volonté d'autonomisation (3.2.4.1). D'autre part, on peut noter une forte détermination avec une envie de révolution et d'ouverture vis-à-vis de leurs pratiques actuelles. (3.2.4.2).



### 3.2.4.1 INNOVER et AUTONOMISER

- **Innover**: a constitué un thème prépondérant avec des soignants exprimant le désir de voir émerger de nouvelles professions paramédicales pour faire évoluer leurs carrières, avec le besoin de création de nouveautés et l'envie de participer à ces changements.

*P3 : « Ce qui nous amène à concevoir l'exercice d'un infirmier référent, un infirmier de famille. »*

*P1 : « Asalée nous donne une grande liberté de création et d'imagination. »*

*P2 : « [...] et là c'était la transformation... on était trop tôt comme d'habitude on était probablement été trop en avance... trop novateurs ! »*

*P9 : « On voit bien là, l'école va être implantée à la fac !... La première IFSI à être implantée sur un site universitaire médical ! »*

*P2 : « Je travaille donc avec une infirmière asalée depuis 7 ans. J'ai été la première équipe en région Occitanie à mettre en place asalée. »*

- **Libéraliser et autonomiser** : ces éléments sont soutenus par le désir d'autonomie, de législation sur l'élargissement du champ de compétences pour les infirmiers, sur les possibilités d'évolutions de carrières en restant dans le soin ; le besoin de ne pas simplement effectuer des « fonctions d'exécutant ». La liberté d'installation et la liberté de choix des patients ont également été mentionnées.

P7 : « Pour l'infirmier, c'est qu'il y a une autonomisation, et que ça permet une évolution car aujourd'hui il n'y a pas d'évolution possible. »

P4 : « Seul décisionnel de ce qu'il aurait à faire pour le patient » [IDE]

P8 : « Vous voyez elles demandent [les IDE] quand même des garanties elles ne vont pas faire ça au feeling. Après moi j'ai discuté avec elles, elles veulent des choses vraiment très cadrées, elles ne vont pas forcément être innovatrices. »

P6 : « En étant asalée de base, je suis un peu militante. (rires) Je n'ai jamais voulu travailler à l'hôpital parce que justement pour moi on ne me laissait pas respirer ni penser, pas de temps pour l'empathie. On n'a pas le temps de penser à l'hôpital, en tant qu'infirmière, on est exécutrice, ouvrière ! »

P6 : « Je crois qu'il faut conserver la liberté d'installation. Il ne faut pas obliger les gens à s'installer en MSP ou en équipe, ça ne marchera pas. »

P6 : « Donc ici, effectivement, je pense que la délégation de tâches ce n'est pas un terme qui me convient car moi je veux avoir un rôle propre autonome, indépendant du médecin. »

P6 : « Donc ça peut permettre aussi des évolutions de carrière qui jusqu'ici n'existent pas vraiment. »

### **3.2.4.2 REVOLUTIONNER ET S'OUVRIRE**

Révolutionner et s'ouvrir, comportait les trois propriétés :

- Militer, être déterminé
- Révolutionner
- S'ouvrir.

- **Militer, être déterminé** : a été une vaste propriété supportée par la détermination des soignants vis à vis du « changement » en santé et également sociétal. Les thèmes abordés ont été la lutte contre le patriarcat, le capitalisme dérégulé, les inégalités de soins, les injustices. Plusieurs intervenants ont abordé des thèmes de féminisme, de militantisme, de combats politiques, de défis à relever, l'envie de rébellion.

P2 : « Enfin bref, on a du travail... je cite mon beau-frère qui était fraiseur tourneur : « Tu pourras te dire qu'au moins ce combat tu l'as mené » ! Même si il est perdu ce n'est pas grave ! On l'aura mené jusqu'au bout ! »

P9 : « J'avais un infirmier forcément pour les malades

- « Ah j'ai vu le Docteur !! »

- Ah non, non c'était l'infirmier !

- « Ah non l'infirmière je l'ai vu avant ! »

- Ah non, ça c'était le docteur que vous avez vu !

Et ça aussi on a inversé la vapeur, il y a vachement de filles qui sont docteurs ; bons il y a toujours pas beaucoup de garçons qui sont infirmiers... »

P4 : « Les lits disparaissent de plus en plus vite on essaie de rentabiliser avec des trucs ambulatoires de très courte durée, des soins à long terme ça ne les intéresse pas ! »

P1 : « [...] et les gens ont tellement besoin de ça ! Oui c'est urgent bien sûr »

P2 : « Alors c'est curieux, car moi j'ai atterri à MG France, je ne sais pas trop pourquoi parce que la politique ce n'est pas mon truc. (rires) Je suis dans la formation moi, et je suis une femme de terrain opérationnelle ! » [Médecin de campagne]

P1 : « [...] alors là je vais sortir mon côté féministe [...] »

P7 : « Puisque je parlais justement des mouvements récents au ministère car j'y suis associé. »

P8 : « Mais pour ça il faut être un peu ouvert d'esprit, militant. Nous on se bat tout le temps quand on reçoit les étudiants infirmiers, je les reçois en première intention car je suis maître de stage et je leur dis ; voyez, profiter ici de cette structure pluridisciplinaire, les gens travaillent ensemble, il y a un travail d'équipe à accomplir, il y a de la coordination, de la collaboration. »

P3 : « [...] qui permettrait aux infirmiers d'être des appuis plus importants [...] »

P6 : « Moi pour le coup je ne suis pas intéressé par la délégation mais par le transfert réel, et effectivement que l'infirmière puisse avoir des responsabilités !»

P2 : « Oui, une logique d'efficacité et d'équité, et une logique sociale avant tout ! »

P2 : « Il faut vraiment prendre le contre-pied... on doit faire son petit colibri. Chacun dans son coin... moi j'essaie dans ma petite CPTS... j'essaie, mais pareil... je n'ai personne pour m'aider ! Pas de sous, je n'ai pas de chargé de mission... Une infirmière m'a aidé car elle a fait un master de coordination, mais maintenant elle doit trouver du boulot, je me retrouve toute seule... Tout le monde est dans son truc, moi je n'ai pas tellement le temps de m'en occuper... »

P7 : « Et ça va être un vrai challenge pour notre spécialité dans les mois qui viennent. »

P2 : « Une consultation chez un généraliste c'était 23€, chez un spécialiste c'était 28€ parce que le spécialiste avait le droit de coter la majoration pour pratique clinique, et 3 euros de plus pour la lettre de retour... Comme si nous on ne faisait pas de lettres pour le spécialiste !!! »

P2 : « Aujourd'hui les inégalités sociales ne cessent de s'aggraver, c'est de pire en pire... plus on en parle et plus on va à l'envers ! C'est vrai qu'on a un double discours permanent ! »

P9 : « Le médecin il a son doctorat en médecine il peut faire plein de trucs, plein de machins, plein de trucs. L'infirmière... une infirmière qui veut faire un Master, il faut

*qu'elle fasse un dossier qu'elle prouve qu'elle montre son investissement, un peu compliqué tout ça ! »*

*P4 : « Comment on peut avoir le même métier les mêmes fonctions, mais pas le même salaire ? » [Médecins étrangers vs français]*

*P9 : [Elle voit un fer à repasser à l'hôpital] « C'est quoi ça !? » on m'a dit que la cadre d'avant repassait la blouse du médecin, du chef de service quand il arrivait... et bien j'ai dit : « avec moi il va pouvoir attendre longtemps ! » Je n'ai jamais repassé sa blouse ! »*

**- Révolutionner** : cet élément s'est appuyé sur les ressentis de besoin de changement de paradigme, des codes de mœurs et des représentations. Le terme « révolutionner » est fort mais cherche à renvoyer aux forts désirs de changements exprimés tels que : faire de la clinique en tant qu'IDE, établir des diagnostics, renouveler des ordonnances et même prescrire. Le thème de la recherche en soins infirmiers a également été évoqué.

*P2 : « Mais on est aussi dans une période extraordinaire puisque finalement on est en train de vivre un changement de paradigme. »*

*P2 : « Bien sûr ça crée des luttes entre l'hôpital et les soins ambulatoires, on essaie de développer des complémentarités... mais ça crée aussi des problématiques puisque que la médecine générale, la charge de la médecine générale, la barque est de plus en plus chargée, donc du coup il va bien falloir déléster des choses, ce qui nous envoie à la question, à la problématique de la délégation de tâches ! Mais bon en même temps c'est un vrai changement ! »*

*P6 : « Même par exemple nous, moi, les patients au départ ils ne comprennent pas mon rôle ! Parce que pour eux, une infirmière ça fait les pansements, des piqûres, alors on est la psychologue, une diététicienne, et (rires) ils ont du mal à nous définir ! »*

*P6 : « Et dans la société les patients ne sont pas prêts, ça c'est sûr ! Ils ne sont pas prêts à voir une infirmière au lieu d'un médecin pour une grippe par exemple pour je ne sais pas... les représentations des patients sont très fortes. »*

*P6 : « Donc oui il y aura un travail à faire au niveau des patients, pour accepter qu'un médecin puisse ne pas être le premier interlocuteur par exemple quand il est malade par exemple, mais pour des choses plutôt stables. »*

*P2 : « Je travaille avec elle sur les patients hypertendus équilibrés, elle fait les auto mesures, revoit les patients, fait de l'éducation thérapeutique ; puis je lui dis voilà faut l'ordonnance là ; mais elle pourrait presque être en capacité... si on faisait le truc aller jusqu'au bout. » [Sous-entendu prescrire]*

*P6 : « IPA [...] Qui fait de la clinique. Qui a des connaissances plus poussées en clinique pour éventuellement, pouvoir un jour renouveler des traitements médicamenteux. »*

*P6 : « Du coup, je relie ça à la clinique. C'est-à-dire avoir un raisonnement clinique pour ensuite...diagnostiquer... est-ce que ça relève du médecin ou est-ce que je peux moi toute seule... »*

*P9 : « Et oui on le sait mais nous dans la profession infirmière, on sait que les anglo-saxons enfin les canadiens ont trois décennies d'avance sur nous c'est eux qui ont parlé pour les premiers de diagnostic infirmier à la fin des années 80 je pense. Ce qui n'est pas mis en place en France ! On en parle, on les forme des diagnostics infirmiers. Moi je me rappelle j'étais jeune formatrice, on les apprenait à formuler des diagnostics infirmiers. »*

*P6 : « Je pense qu'il y a un ajustement à faire c'est-à-dire qu'il faut qu'on se mette aussi un peu à la recherche car on n'a pas une science clinique assez développée quand même. »*

*P9 : « Et là on est en train de faire un autre protocole de coopération pour qu'elle puisse faire le renouvellement des ordonnances d'antirétroviraux pour les patients séropositifs au VIH. »*

*P4 : [IDE] « On m'a dit que l'on n'était pas censé examiner les gens et là encore cela me pose un souci. »*

**- S'ouvrir :** reposait sur l'idée d'accepter d'être surpris par de nouvelles prérogatives, adopter un regard nouveau sur l'organisation des soins, avec une prise en compte de différentes cultures et avis. La curiosité intellectuelle, la découverte de nouvelles formes de soins, la promotion de la mixité sociale et culturelle ont été abordées ainsi que la prise en compte de la différence entre diplômés et compétences.

*P1 : « Je vois mal comment ça peut avancer dans des cabinets de médecins juste libéraux, même cabinets de groupes, sans autre personnel que eux, je ne vois pas comment ils peuvent déléguer à une infirmière libérale, je n'y crois pas ! Il faut que les infirmières s'imprègnent de ça aussi, veulent bien aussi. »*

*P6 : « En arrivant ici, j'ai découvert qu'ils [les médecins] n'avaient pas tout pouvoir, n'avait pas toujours raison ! (rires) »*

*P6 : « Car c'est vraiment des rencontres interprofessionnelles et interdisciplinaires. Je crois qu'on reste des humains... »*

*P6 : « Parce que moi je pense qu'il y a des infirmiers qui ne voudront pas devenir IPA. Ce n'est pas la volonté de tous... »*

*P7 : « Mais ça c'est la vraie différence, on n'est pas dans un système « evidence based » ni un système algorithmique. C'est quelque chose que l'on voit effectivement dans les pays anglo-saxons, mais en France ce n'est pas du tout le cas. »*

*P4 : « Les médecins devraient être plus ouverts à différentes formes de soins dans leur formation. »*

*P4 : « J'ai tendance à se dire assez souvent, comme souvent les diplômés ne font pas les compétences. »*

P8 : « J'espère qu'il y aura une curiosité professionnelle, plus approfondie. »

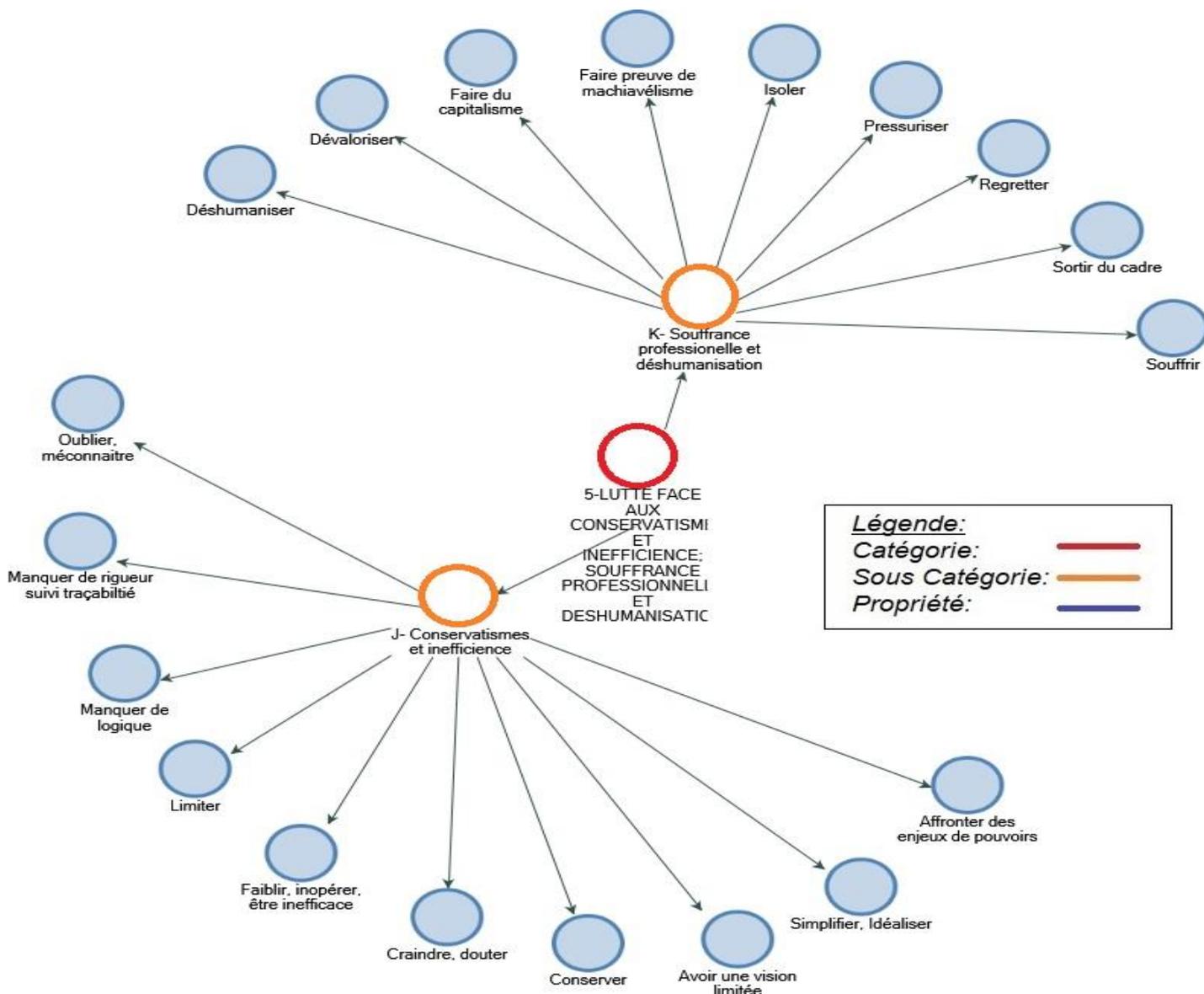
P1 : « On va de façon différente amener le patient à mieux gérer son problème de santé. »

P9 : « Le mélange culturel, le mélange social. »

P7 : « En tout cas c'est deux modes de raisonnement médicaux différents, ou de raisonnement tout court, très différents l'un de l'autre »

P4 : « Rien ne soigne tout, ni tout le monde. Mais je pense que lorsqu'on met tout le système de soins dans sa complétude ensemble en synergie, de même lorsque l'on met du paracétamol et de l'acupan ensemble, de même si vous mettez de la médecine chinoise, l'ostéopathie, la médecine manuelle, notre médecine telle qu'on la pratique, la pratique à l'hôpital et éventuellement du « Reiki » pourquoi pas, ou je ne sais pas trop quoi trop d'autres et qu'on les met ensemble... »

### 3.2.5 LUTTER FACE AUX CONSERVATISMES, L'INEFFICIENCE ET LA SOUFFRANCE PROFESSIONNELLE, LA DESHUMANISATION



La 5<sup>ème</sup> grande catégorie révélée par ce travail fut le ressenti de confrontation des soignants, interrogés face aux problématiques de conservatisme, et d'inefficience dans les soins d'un côté (3.2.5.1) ainsi que les problèmes de souffrance professionnelle et de déshumanisation dans leur travail. (3.2.5.2).

Cette catégorie est ressortie comme la plus riche en nombre de propriétés et d'étiquettes.

### **3.2.5.1 Conservatismes et inefficience**

« Conservatisme et inefficience » comportait les dix propriétés suivantes :

- Affronter des enjeux de pouvoirs
- Avoir une vision limitée
- Conserver
- Craindre, douter
- Faiblir, inopérer, être inefficace
- Limiter
- Manquer de logique traçabilité
- Manquer de rigueur suivi
- Oublier, méconnaître
- Simplifier, Idéaliser

**- Affronter des enjeux de pouvoirs :** a été l'une des propriétés avec le plus grand nombre d'étiquettes et a été supporté par les thèmes de corporatisme, enjeux de pouvoir, de conflits d'intérêts ou lobbying avec le ressenti d'une forte hiérarchie dans les soins.

*P2 : « Moi ce que j'observe avec ma naïveté c'est qu'il y a eu un conservatisme important, une volonté de la société des médecins de garder beaucoup les choses... c'est toujours le problème du système un petit peu organisé de façon pyramidale, étatique... »*

*P2 : « Je lui disais, je ne comprends pas... on arrive pas à... et il me dit : « tu ne t'en sortiras jamais Margot, ce n'est pas possible, sélection par le haut, on sélectionne les loups, donc les loups se mangent entre eux ! »*

*P3 : « Et pour ça il a fallu passer d'abord par un coordinateur de soins, puis un médecin traitant, il y avait tout un aspect hiérarchique qui concrètement dans la prise en charge de la douleur et de la fin de vie de cette personne. »*

*P4 : « À mon avis ces limites viennent surtout des politiques et des médecins très très hauts placés, politiques, qui jouent aussi sur l'organisation du système, (...) C'est une chasse gardée, (...) un problème de pouvoir, de suprématie. »*

*P5 : « Et donc en fait les professions par ce chevauchement de compétences, ça rend difficile de collaborer avec quelqu'un qui est son concurrent en fait, qui peut potentiellement être son concurrent... donc voilà pour les limites majeures... »*

*P6 : « Mais pour la population je ne pense pas encore c'est toujours le patriarche qui prescrit les médicaments. Rien que la prescription médicale, le fait de pouvoir prescrire des médicaments y fait beaucoup... et fait qu'il y a une espèce de pouvoir médical à ce niveau-là qui est indéniable... »*

P7 : « Et c'est déjà le cas, par les syndicats de médecine générale ( ...) : « on nous enlève le pain de la bouche ».

P8 : « On ne nous délègue plus les lavages d'oreilles car les ORL ont brandi le poing, en disant non, non ce n'est pas un travail délégué, c'est un travail purement ORL car si le tympan blablabla... »

P9 : « Il y a des médecins qui ne veulent pas car c'est une perte de pouvoir... « tu ne te rends pas compte ! ? On a fait Bac+9 Bac+ 11 et la petite infirmière elle va faire une ordonnance ? ! Ce n'est pas possible !!! »

- **Avoir une vision limitée** : a reposé sur les thèmes de visions limitées en santé, manque de vision holistique ou encore sentiment de toute puissance.

P2 : « Ça c'est éloquent ! Qui nous forme ? L'hôpital ! Pendant six ans on est qu'à l'hôpital, que des chefs, à des sous-chefs, derrière des machins, derrière des trucs ! Et des cas rares ! On forme les médecins généralistes à quoi ? Par pathologies ! La médecine générale, c'est tout sauf de la pathologie, c'est des patients ! C'est transversal ! »

P2 : « On a rencontré les conseillers santé de Macron : Fontanel et Couillard, mais alors un mépris.... Un mépris.... !!! Une quarantaine d'années, méprisants, aucune écoute... c'est impressionnant... mais même au niveau humain quand vous rencontrez à ce niveau... On rencontre Agnès Buzin, Raymond Lemoine, le directeur de cabinet, Nicolas Revel, on peut ne pas être d'accord, mais on se respecte au moins... mais là, même pas ! Les mecs ils sont... des vrais loups ! (choqué) »

P7 : « Et de l'autre côté le déléguant, nous, docteurs, tellement persuadés de notre toute-puissance, expliquer que nous faisons de l'art et que c'est extrêmement complexe. »

P9 : « Nous on n'a pas d'ouverture en France, on est très cloisonné ! »

- **Conserver** : s'est appuyé sur les ressentis de conservatismes, avec de fortes représentations, d'individualisme, de non partage du savoir, de refus du transfert de compétences, de nouveaux champs de compétences ouverts aux IDE avec notamment le droit de prescription. Le paiement à l'acte a été également ressenti comme une limite à la collaboration et donc une certaine forme de conservatisme.

P2 : « Je vais reprendre les termes de l'asalée dans l'ETP ; « en situation pré-contemplative », ils n'ont pas envie que ça bouge, mais qui veut rester là... je dirais que ça fait un peu près 30 % de la population de médecins généralistes. »

P5 : « Pour moi le premier frein, c'est le paiement à l'acte. Parce que finalement quand on perd un acte, on perd de l'argent. Alors que dans des systèmes de rémunération peut-être plus collectifs, par capitation par exemple, des capitations collectives, pas des capitations individuelles, les beaucoup plus faciles de mettre en place des organisations collaboratives où interviennent des notions de délégation de tâches et transfert de compétences. Donc à mon avis la première limite c'est le paiement à l'acte. »

*P2 : « Oui ! Et oui ! Tarification à l'acte qui est aujourd'hui un frein majeur ! Frein majeur !! Et d'ailleurs on ne s'en sortira pas tant que...il n'y a pas d'incitation à déléguer ! Mais bien sûr ! »*

*P5 : « Les études de médecine, ce sont des études hyper individuelles, hyper individualistes déjà dans la manière dont sont sélectionnés les gens au départ, sélection globalement de gens plutôt individualistes. »*

**- Craindre, douter** : a compris les thèmes de la peur, du doute, du manque de confiance, du pessimisme, d'être perturbé par des changements, mais également le passage ressenti comme difficile de l'expérimentation à la pratique concrète.

*P1 : « Parce que on a eu notre séminaire asalée, il n'y a pas trop longtemps, il y avait un médecin qui venait de province, ni si vieux, ni si jeune, et il a parlé de ça justement, et on a eu vraiment le sentiment qu'il avait très très peur qu'on lui pique une partie de son boulot... »*

*P3 : « D'abord un problème de confiance du corps médical envers ou vers le corps paramédical, particulièrement envers les infirmiers. »*

*P4 : [A propos de la délégation de tâches] : « Je suis à fond pour mais je n'y crois pas... »*

*P5 : « Moi ça fait 10 ans que je suis installé, ça fait 15 ans que je remplace, et en fait j'ai l'impression que nous sommes toujours dans des expérimentations, et qu'à un moment donné le législateur ne prend jamais la décision de dire cette expérimentation là, est pertinente donc on la pérennise ! On la pérennise c'est-à-dire que l'on mette des moyens humains, financiers pour que cela fonctionne, ou alors cette expérimentation là ne porte pas ses fruits et on l'arrête ! »*

*P6 : « Donc je ne le ferai pas si je ne sens pas que mes collègues médecins ils .... Ils ont peur, moi aussi en fait...En fait on a tous peurs !!! (rires) je pense qu'il y a beaucoup de ça, on a tous peur ! »*

*P7 : « C'est vraiment pour moi les limites majeures d'un côté le délégué qui dit "je ne serais pas capable de faire". »*

**-Faiblir, inopérer, être inefficace** : a été une propriété supportée par de nombreuses étiquettes avec 71 références aux verbatims. Les thèmes abordés ont été la réalisation de tâches chronophages, non médicales pour les médecins, ou déshumanisantes pour l'ensemble des soignants. Se sentir une incapacité de bien soigner, avec un manque de compétences, ou de bon fonctionnement du système de soin. La notion de prise de retard dans l'organisation des soins a été également présente. Les problématiques d'accès à un médecin généraliste, manque de suivi, les lenteurs administratives et ou politiques, ainsi que des prises en charge médicales non satisfaisantes ont été évoquées.

La problématique de la valorisation de l'acte technique versus l'acte intellectuel a été également abordée, ainsi que le ressenti de vouloir copier des modèles de santé qui ne nous correspondent pas culturellement parlant. Enfin plusieurs intervenants ont dit ne pas croire à la pérennité du système de soins primaires actuel.

*P1 : « Alors pourquoi on a mis autant de retard ? »*

*P2 : « Et surtout les spécialités cliniques au-delà de la médecine générale ; alors que l'on a beaucoup valorisé les spécialités techniques. »*

*P2 : « On ne fait rien, de toute façon la médecine générale elle va faire ... plouf ! On ne peut plus continuer comme ça, on est dans le mur, ce n'est plus possible ! C'est ce qui se passe ! »*

*P2 : « Moyenâgeux ! Je dis que la médecine générale est moyenâgeuse ! Ça fait des années que je le dis !!! L'intelligence artificielle, les robots, et nous on est complètement dépassé !!! 50 % des médecins qui ont une secrétaire ! Donc ils font tout, ils font même leur comptabilité le dimanche ! Ils font tout, et après ils disent : « Au secours ! » »*

*P7 : « Il y a un vrai problème d'accès la médecine générale aujourd'hui, à la médecine ambulatoire en général pas que la médecine générale. »*

*P9 : « C'est reconnu, c'est passé à la HAS , validé à l'ARS... ça a mis 5 ans !!! »*

**- Limiter** : a reposé sur les thèmes du manque d'opportunités professionnelles pour les paramédicaux, avec un accès difficile à l'enseignement supérieur. Le non-droit de prescription/délivrance de thérapeutiques simples/basiques a été également exprimé. Pour les médecins, le manque de formation a été également évoqué, ainsi que l'inexistence de formation au travail en équipe.

*P2 : « On n'est pas formé du tout ! Et nous encore moins que vous ! (sous-entendu jeunes médecins) »*

*P3 : [Cas de fin de vie], « Pas de médecin disponible. Nous n'avions pas la possibilité de prescrire un lit médical avec un matelas à air, et des antalgiques qui auraient pu permettre à cette personne de moins souffrir. »*

*P5 : « Il y a une deuxième limite, mais qui à mon avis se rejoint un peu, c'est la formation. Donc en fait, on n'est absolument pas formé à travailler en équipe [...] On ne sait même pas exactement ce que font les autres professionnels, en réalité quelles sont leurs compétences... ils ne savent pas non plus ce que nous, nous pouvons faire... et quelles sont nos compétences. Donc ça c'est une limite. »*

*P9 : « Après il y a les IPA théoriquement qui seraient équivalence Master 2, mais on ne leur a pas donné l'équivalence Master 2, mais on leur a donné un diplôme d'État. On voit bien que l'accès à la formation supérieure pour les infirmières, c'est pas facile facile ! »*

*P9 : « Le médecin, il a son doctorat en médecine, il peut faire plein de machins, plein de trucs. L'infirmière...une infirmière qui veut faire un Master, il faut qu'elle fasse un dossier,qu'elle prouve, qu'elle montre son investissement... c'est un peu compliqué tout ça ! »*

**- Manquer de logique** : s'est appuyé sur les dérives et les non-sens relevés par les soignants tels que la place supposée prépondérante du MG en santé avec son

manque de moyens, le sentiment d'abandon ressenti par certains. Il a été également question, des biais, paradoxes et non-sens relevés tels que le fait d'avoir une formation scientifique et de croire à des disciplines parallèles sans preuves établies (ex : homéopathie, remboursée et enseignée à la faculté jusqu'à récemment.)

*PS : « Donc voilà, la médecine générale a été le maillon faible du système et pourtant un maillon essentiel voilà ! »*

*P2 : « On n'a pas arrêté de la sanctionner, de la verrouiller et de la brider ! Et aujourd'hui on dit : « aaaah au secours la médecine générale ! » On a toujours été la variable d'ajustement du système en fait ! »*

*P4 : « Parce que tant que ce ne sont pas des médecins, on pourrait se dire, oui mais c'est des charlatans. Mais lorsque moi, je réfléchis à l'homéopathie, je me dis tous les gens qui pratiquent l'homéopathie officiellement, ce sont des médecins ! »*

*P7 : « Et le fait qu'on n'ait pas de niveaux de réponses différents, on envoie le niveau maximal, là j'entends le docteur, ou le niveau minimal et là, on a le secouriste. Mais il n'y a rien au milieu ! » [Parlant des urgences médicales]*

*P8 : « Il ne fallait surtout pas que l'infirmière fasse de spirométries, car elle n'avait pas les compétences.... Elle en fait quand même l'infirmière... donc elle ne travaille pas avec ce médecin, mais elle travaille avec des médecins généralistes qui lui envoient des patients soit asthmatiques ou atteints de BPCO, et l'infirmière fait la spirométrie. »*

**- Manquer de rigueur, suivi, traçabilité :** a été supporté par le ressenti d'un manque de rigueur dans la définition des compétences professionnelles, des redondances entre acteurs de soins entraînant des problèmes de coordination, de traçabilité des données de santé, un manque d'évaluation et d'harmonisation des pratiques avec un trop faible recours à la médecine basée sur les preuves. Il a été également relevé des problématiques de support numérique informatique, ainsi que le ressenti de manque de ligne directrice claire de la part des dirigeants.

*P2 : « On ne sait plus qui fait quoi ! Puis tantôt elle va chez le gynéco, tantôt la sage-femme et puis elle va chez le généraliste quand il y a vraiment un gros problème ... tout le problème si vous voulez, c'est qu'on a le monde à l'envers. »*

*P2 : « Carnet de santé électronique oui d'accord dans ces conditions, il faut avoir aussi les outils aussi qui font qu'à un moment donné il y ait la traçabilité derrière, sinon c'est du grand grand n'importe quoi ! »*

*P3 : [Patient en fin de vie à domicile] « ça a pris des semaines à être mis en place, le temps que les informations remontent, soient traitées, transmises au médecin traitant qui était en congé à ce moment-là, enfin bref mais c'est un exemple révélateur de ce que j'ai pu voir durant ces années d'exercice en milieu urbain. »*

*P4 : « Mais parce que je vois aux urgences, tout, ou quasiment tout nous revient aux urgences. À travers les lettres des médecins, à travers leurs examens fournis ou pas, inexistant souvent et parfois même des questions, ou la manière dont ils abordent dans le courrier la pathologie du patient, on voit qu'il a été examiné, ou pas ! Pas du tout des fois ! »*

P5 : « Probablement que cette peur là est liée au fait que les compétences ne sont pas bien déterminées en France. »

P5 : « Je prends l'exemple du dépistage du cancer du col de l'utérus sur lequel je travaille. Actuellement on peut aller faire son frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus chez 10 professionnels différents, à 10 tarifs différents (...) on va avoir ça X professionnels qui peuvent réaliser les mêmes actes. Les patients diabétiques on ne sait pas qui doit les suivre(...) Et donc en fait les professions par ce chevauchement de compétences, ça rend difficile de collaborer avec quelqu'un qui est son concurrent en fait, qui peut potentiellement être son concurrent...»

P6 : « En tout cas, j'essaie d'y réfléchir car même pour nous, infirmiers, ce n'est pas très clair... en fait, on n'a pas encore cette identité-là, on ne sait pas bien où on va... les formations ne sont pas claires... c'est le bazar à l'université... »

P9 : « Alors c'est très bancal, parce que là on est sur des débuts où on veut justement former les infirmières [...] Donc moi je suis assez pour les choses mais il faut que soit cadré et organisé. »

- **Oublier, méconnaître** : a reposé sur les thèmes d'oubli, de manque d'avis ou encore de méconnaissance, notamment des compétences d'autres professions que la sienne ; d'oubli et ne pas avoir d'avis.

P1 : « Donc oui, il y a des différences culturelles, alors je n'ai pas assez d'avis sur le côté politique, y a-t-il des raisons politiques? Je n'en sais rien mais en tout cas c'est un fait. »

P5 : « On ne sait même pas exactement ce que font les autres professionnels, en réalité, quelles sont leurs compétences?... Ils ne savent pas non plus ce que nous nous pouvons faire... et quelles sont nos compétences. Donc ça c'est une limite. »

P3 : [Parlant de collaboration en santé à l'étranger] « Je ne savais pas qu'elle était aussi ancienne »

- **Simplifier, idéaliser** : a été supporté par le recours à des clichés ou visions simplifiées.

P6 : « Donc avant... pour moi, le médecin généraliste effectivement, c'était quelqu'un qui devait trouver une solution déjà ! Et qui savait forcément tout, qui avait un certain... c'était une image très très ... d'Épinal comme les patients l'ont beaucoup aujourd'hui ! »

P1 : « Ils consommeront moins de médicaments, ils iront mieux. On ferait des tas d'économies finalement ! »

P4 : « Voilà, ce serait peut-être l'image que l'on a encore du médecin de campagne. »

### **3.2.5.2 Souffrance professionnelle et déshumanisation**

Cette sous-catégorie a été comme la précédente, très riche avec 9 propriétés et 237 référencements. Les catégories étaient :

- Déshumaniser
- Dévaloriser
- Faire du capitalisme
- Faire preuve de machiavélisme
- Isoler
- Pressuriser
- Regretter
- Sortir du cadre
- Souffrir

- **Déshumaniser** : a comporté les thèmes ressentis par les soignants comme opposés à « l'Humain ». Il y a été traité les notions de mépris des soignants, de non reconnaissance, d'être forcé à effectuer des tâches non désirées, de réduction de l'aide sociale, de quitter le soin pour de l'administratif.

*P2 : « Il faut quand même retrouver de la relation on ne voit plus les gens pleurer, plus leurs émotions s'exprimer en non verbal car nous sommes sur nos écrans ! »*

*P2 : « C'est-à-dire quand on adresse aux urgences (donc aux urgences on prend des mercenaires, n'importe qui, n'importe quoi), donc les gens ils vont aux urgences, ils ont encore une vision, une représentation des urgences comme un endroit où on va être soigné... mais ils sont mal soignés, ils sont maltraités... en plus on ne les écoute pas, on ne les croit pas... on leur dit : « vous faites suer à trois heures du matin de nous amener une douleur », ils ne supportent pas ! »*

*P6 : « Je n'ai jamais voulu travailler à l'hôpital parce que justement pour moi, on ne me laissait pas respirer, ni penser, pas de temps pour l'empathie. »*

*P6 : « Oui, c'est soit on abandonne le soin, soit on n'évolue pas... »*

*P9 : « Quand j'entends encore ce matin qu'ils veulent encore réduire de façon considérable l'ouverture à l'AME alors que ce n'est même pas 1 % des dépenses de la sécurité sociale voilà... ! »*

- **Dévaloriser** : a été supporté par le ressenti de dévalorisation des soignants, de la part du système, de la population, ou même entre eux, avec des sentiments d'infériorisation, de perte d'attractivité, ou de manque de valorisation financière. Il a été également question de manque de représentation politique des IDE.

*P1 : « En province les médecins ont des vies de dingue, et travaille depuis je ne sais pas quelle heure le matin jusque je ne sais pas quelle heure le soir, ils n'ont plus de vie, d'ailleurs plus personne ne veut aller à cause de ça !! »*

*P2 : « Nous avons été les oubliés du système, déjà du point de vue financier avec des honoraires qui n'ont été revalorisés qu'en 2016, des honoraires qui ont été à la traîne de toutes les autres spécialités médicales. »*

*P3 : [Colloque sur l'étude de la fin de vie en France] « Ont été convoqués par la ministre de la santé, l'ordre des médecins, l'ordre des pharmaciens une société savante de philosophie mais aucun représentant du corps infirmier... »*

*P3 : « On vit dans un monde où il est important d'avoir les moyens financiers pour vivre. Je ne trouve pas ça très cohérent d'avoir des infirmiers avec un taux horaire en deçà du SMIC, dans une société soi-disant évoluée. »*

P6 : « On a du mal à faire en sorte que la science infirmière soit valorisée ! »

P7 : « Et le deuxième, c'est notre responsabilité en tant que docteurs, c'est l'infériorisation permanente de nos collègues soignants, en leur expliquant qu'ils sont là uniquement pour exécuter et non pour réfléchir, et donc il y a une forme d'autocensure de la part des soignants en général, et des infirmiers disant nous n'en serions pas capables. Ça fait partie des grandes choses récurrentes. (...) Nous passons notre temps à leur répéter qu'ils ne sont « bons à rien ». »

P8 : « On rencontre une certaine réticence, une certaine crainte ou une certaine dévalorisation. »

P9 : « On a un peu tendance à la dévaloriser, alors que l'infirmière de gériatrie ou l'infirmière libérale, elle est toute seule, et elle doit mobiliser dans sa tête, plein de choses, faire du raisonnement, mobiliser ses connaissances, repérer et évaluer la pertinence et le degré d'urgence pour le patient. »

P9 : « Quand on voit quand même le domaine de la santé, on est quand même les parents pauvres ! On a tous compris que ce n'est pas en travaillant dans la santé qu'on allait devenir riche ! »

P9 : [Collaborer en santé] « Ça donne une ambiance différente où on ne se sent pas écrasé on ne se sent pas dévalorisé. »

- « **Faire du capitalisme** » : s'est reposé sur les thèmes de privatisation de la santé, les logiques de profit et de rendement, la surmédicalisation avec la notion de « consommateur de soins ». Il a été également question d'inégalisation de l'accès aux soins, et du fait de privilégier la quantité à la qualité de soins avec la tarification à l'acte.

P2 : « Après il y a le modèle économique aussi. Il a toujours été plus facile de faire des actes ! Comme on n'a pas revalorisé aussi des choses si vous voulez... voir une angine, moi ça me prend quinze minutes, mais certains ça leur prend 5-7 minutes... »

P2 : « Donc on est vraiment en train de limiter l'accès aux soins ; les gens qui ne comprennent rien, qui n'ont pas de fric, qui n'ont pas que ceci cela... pffuit ! exclus ! Les vieux ... pffuit ! exclus à la maison ! Ou virés ailleurs ! Et puis le personnel, il est étranglé ! C'est-à-dire que là où il faudrait dix infirmières, ils sont cinq et qui tournent et qui n'en peuvent plus ! »

P2 : « On fait des coloscopies à outrance, il faut rentabiliser la machine. En gastro il a mal au ventre très bien, mais si ça persiste on va lui faire une coloscopie ! A 22, 23 ans !!! [choqué] Putain... mais ça va où !!!??? je sais bien qu'il y a des MICI, mais quand même la prévalence de la MICI... enfin bref ! On fait tourner ! »

P4 : « Ils veulent que le système de soin soit privatisé... D'ailleurs c'est déjà privatisé, on a une IRM, un scintigraphe, des plages de consultation privées de médecins ou chirurgiens. »

*P6 : « Il trouve que les patients sont agressifs, sont demandeurs de résultats... en fait aux États-Unis ils consomment les soins et là-bas »*

- « **Faire preuve de machiavélisme** » : s'est appuyé sur les thèmes de double jeu, double discours, d'hypocrisie, de profit de la défaillance publique, ou encore du manque d'affect en santé pour ne voir que la notion d'intérêt.

*P2 : « Je n'ai pas une culture politique suffisante pour analyser les trucs... mais c'est vrai que je ressens une ambivalence entre d'un côté : des mesures où on a l'impression que... et de l'autre côté quand même, un axe... et on se dit nan mais quand même les mecs font tout pour favoriser les groupes privés !! »*

*P2 : « Aujourd'hui les inégalités sociales ne cessent de s'aggraver, c'est de pire en pire... plus on en parle et plus on va à l'envers ! C'est vrai qu'on a un double discours permanent ! »*

*P4 : « Des médecins étrangers par exemple ne pouvaient pas exercer la médecine officiellement, là encore il y a l'hypocrisie, car ils ont droit de prescrire et de faire... »*

- **Isoler**, a été supporté par le manque d'exercice en équipe et de pluriprofessionnalité sans capacité de concertation ou de collaboration. Le thème de l'individualisme a été également abordé.

*P2 : « Ce qui fait que ça n'a pas été incitatif ! Et puis la compétition, on entretient la compétition ! Donc quand vous entretenez la compétition dès le départ de la première année comment voulez-vous dire après : « coucou t'es mon copain ! ». »*

*P5 : « C'est quand même l'exercice majoritairement isolé [...] majoritairement les médecins généralistes en France sont encore installés seuls ou alors en groupe mais en groupe de médecins généralistes. »*

*P5 : « On se croise très peu avec les acteurs sanitaires alors que l'on se croise encore moins avec les acteurs du social alors que c'est fondamental... »*

*P8 : « Je vois mal comment ça peut avancer dans des cabinets de médecins juste libéraux, même cabinets de groupes, sans autre personnel que eux, je ne vois pas comment ils peuvent déléguer à une infirmière libérale, je n'y crois pas ! »*

- **Pressuriser** : cet élément s'est étayé sur les ressentis d'être dépassé par son travail, par les horaires soutenus, ou la responsabilité. Les sentiments de manque de disponibilité, de temps, ou de se « sentir écrasé » ont été récurrents ainsi que le besoin de réseau.

*P1 : « Pas assez de temps pour s'occuper de ses patients qui avaient des pathologies chroniques. »*

*P2 : « C'est une opportunité car effectivement on se rend compte qu'on ne peut plus tout faire, qu'il y a vraiment des choses qui ne sont pas du tout de notre ressort. »*

*P2 : « Et encore je suis en back office, je leur dit profitez-en je serai là: « plantez-vous ! » Puis des fois je leur dis, désolé, je n'ai même pas le temps de faire de l'enseignement parce qu'on est là, vite, vite ! Enfin après, on se prend des temps mais bon... c'est compliqué car nous on est pressurisé ! »*

P5 : « Quand on lit la plupart des travaux de thèse des internes, ils se terminent tous à part il faut dépister ça, il faut faire le test de truc, il faut il faut... mais en pratique ce n'est juste pas possible. »

P6 : « Alors pour moi aujourd'hui, le médecin généraliste, c'est quelqu'un qui cherche. Et qui s'appuie sur des signes cliniques pour rechercher des maladies entre autre, qui peut aussi faire de la prévention et de l'éducation mais qui n'en a pas le temps ! Car on lui demande bien trop de choses en une seule consultation de 20 minutes. »

P8 : [Parlant de l'ETP] « Mais le médecin, ça il ne peut pas le faire enfin, il n'a pas le temps de le faire ! Il ne faut pas se leurrer. »

- **Regretter** : a été supporté par les thèmes de nostalgie, de honte, de regret, ainsi que des sentiments d'être choqué par le vécu, ou de besoin de faire du sarcasme.

P1 : « Voilà, elle n'a pas fait des études de médecine.... Et elle n'est pas... voilà... »

P1 : « Mais on a tellement tendance à attendre ou alors les gens n'ont pas les moyens de consulter, donc c'est souvent trop tard .... »

P2 : « Je m'engage à me former huit jours par an, le rêve ! (sarcastique !) »

P2 : « Il y a des internes, les pauvres ! Ils essuient les plâtres ! Je me dis mais franchement.... Moi j'ai honte... et les pauvres ils nous aident... »

P2 : « On avait un collègue en région Rhône-Alpes il disait tout le temps et il signait tous ses mails par « comment la médecine générale en est arrivée là ?... » »

P7 : [Parlant du MG] « La jolie réponse, est la réponse politique, c'est de dire qu'il est au centre de tout, là tout le temps en permanence [...] ce rôle pivot de la santé, oui c'est très joli sur le papier... »

P7 : « On aurait pas les discussions absolument lunaires et ridicules sur l'homéopathie par exemple. [...] Si on était vraiment evidence based en France ça se saurait ! »

P7 : [Collaboration en santé] « Parce que cela existe, c'est ce que tu dis cela existe depuis 30 ans, 40 ans, 50 ans . On en train de redécouvrir le tiède là ! »

- **Sortir du cadre** : a renvoyé aux pratiques de santé « hors cadre » telles que les médecines parallèles, le soin hors du cadre légal, ou encore le non-respect des recommandations scientifiques. La notion de « glissement de tâches » a été évoquée à plusieurs reprises, c'est-à-dire faire une sorte délégation de tâches ou compétences, mais sans existence légale. Ex : demander à une aide-soignante d'administrer des thérapeutiques, ou demander à un infirmier la réalisation d'un acte dit « médical ».

P4 : « Et officieusement, comme je le fais déjà » [Examen clinique, plâtres, réductions... en tant qu'IDE].

P8 : « Mais comme le médecin parti, elles ont voulu arrêter la vaccination, parce que ce n'est pas dans la loi et ce n'est pas dans les règles etc. Il y avait le médecin directeur

G. qui était là en disant mais moi je vous couvre... oui mais non, machins, truc, mais tu comprends si je fais un truc... et qu'il y a un souci.... »

P9 : « Alors le glissement de tâches, on le voit à tous les niveaux médecin-infirmière infirmière-aides-soignantes et on voit souvent dans les services l'aide-soignante qui va par exemple poser un antibio ou un truc, une glycémie capillaire, qui va distribuer des médicaments. Ça c'est du glissement de tâches parce que légalement parlant s'il se passe quoi que ce soit, voilà, c'est sa responsabilité... »

P9 : « Comme moi je me rappelle, j'étais jeune infirmière, les médecins nous apprenaient à poser des cathéters artériels, je prélevais en jugulaire, j'ai appris à intuber... alors que je n'étais pas du tout IADE ! Alors en même temps c'est gratifiant le glissement de tâches ! On se dit ouais super ! On nous fait confiance ! Ouais mais il faut mesurer les responsabilités et l'incidence... »

- **Souffrir** : a été supporté par les thèmes de la souffrance professionnelle dans son ensemble. Les différentes notions exprimées furent le mécontentement, les difficultés rencontrées, la colère, la frustration, la notion de « non-épanouissement professionnel », le sentiment de trahison, de perte d'intérêt dans son travail ou encore le ressenti d'être « à bout ».

P2 : « Et maintenant les casseroles du système, c'est tous les problèmes psychosociaux, la santé mentale qu'on récupère ! (...) Je disais à une collègue hier, tu sais on va faire une formation sur les formations psychosociales parce que ça devient l'enfer ! Des gens hors sol, complètement « has been » moitié psy, moitié machin avec des addictions en pagaille et là tu vois des gens qui errent et qui finissent donc dans nos cabinets, car c'est le seul endroit où il y a de la lumière à proximité ! »

P2 : « Et puis le personnel, il est étranglé ! C'est-à-dire que là où il faudrait dix infirmières, ils ont cinq et qui tournent et qui n'en peuvent plus ! Avec le burnout des professionnels, ils fuient tous, ils sautent tous par la fenêtre dans ces trucs-là ! »

P3 : « je me sens freiné, frustré de ne pas pouvoir le vivre [mon métier] et l'expérimenter d'une façon autre que ce que je vis aujourd'hui. »

P4 : « Par exemple lorsque je prends le niveau infirmier si l'on fait pendant 25, 30 ans quasiment systématiquement des prises de sang sans réflexion en plus des perfusions et des médicaments, on va dire régulièrement les mêmes, il y a un moment où le métier perd son intérêt. »

P6 : « J'ai vécu une relation médecin infirmière compliquée... hiérarchique compliquée dans laquelle j' ai souffert ! »

P7 : « On est sur un omnipraticien qui va prendre en charge un très grand panel de pathologies différentes, et je pense que c'est cela qui a fait que je n'ai pas poursuivi en médecine générale, qui a une responsabilité que je trouve énorme, immense dans l'outcome, le devenir santé du patient. »

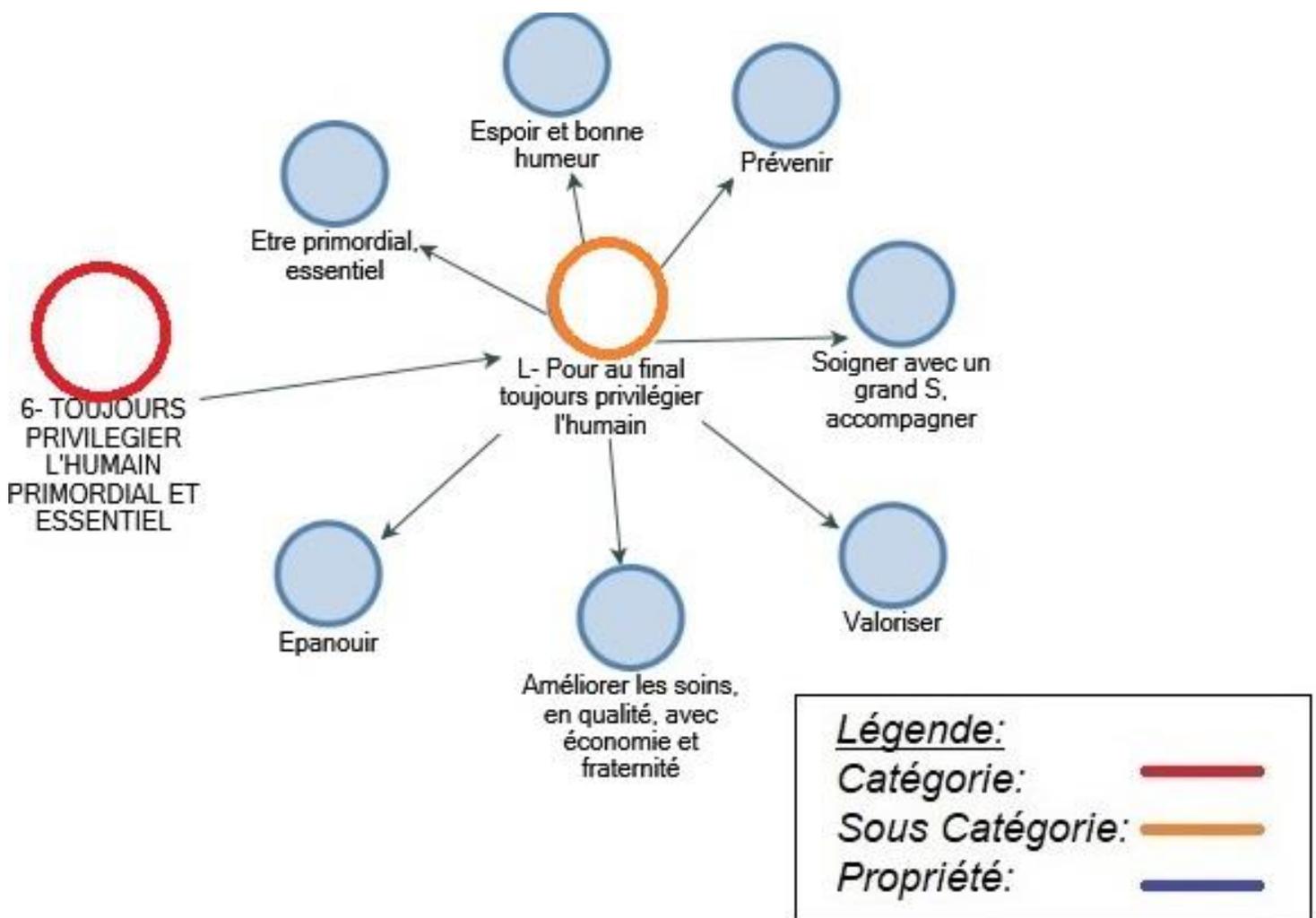
P9 : « Je trouve que c'est très difficile d'être médecin généraliste actuellement. »

### 3.2.6 Toujours privilégier l'humain. Primordial et essentiel

La sixième et dernière catégorie dévoilée par ce travail a été la nécessité de toujours privilégier l'humain, notion considérée par les soignants comme primordiale et essentielle. Mieux soigner l'humain, par l'humain, pour les humains.

En effet les différentes propriétés révélées ont été :

- Améliorer les soins, en qualité, avec économie et fraternité
- Épanouir
- Soigner avec un grand 'S', accompagner
- Être primordial, essentiel
- Espoir et bonne humeur
- Prévenir
- Valoriser



- **Améliorer les soins, en qualité, avec économie et fraternité** : a comporté les ressentis récurrents sur la volonté d'améliorer la qualité des soins avec le système de santé dans son ensemble, de manière solidaire et avec une meilleure gestion des coûts de santé. La dynamique principale fut l'amélioration dans son ensemble.

P1 : [Collaboration en santé] « Nous avons tout intérêt à investir là-dedans pour faire des économies pour la santé, ça c'est clair. »

P2 : « Oui, une logique d'efficacité et d'équité, et une logique sociale avant tout ! »

P3 : « Cette meilleure rapidité de prise en charge permettrait d'apporter un réel bénéfice humain à la société (...) bien sûr que j'aimerais voir sa mise en place car ce serait une belle évolution, une belle évolution sociale et humaine. »

P5 : « Voilà donc qualité des soins, intelligence collective, libération de temps pour faire des activités que nous ne faisons pas...»

P5 : « Nous n'allons pas forcément faire des économies, le législateur lui pense que nous allons faire des économies parce que l'on va faire faire des choses par des gens moins bien payés que les médecins... mais en pratique je ne pense pas que l'on fasse énormément d'économie par contre amélioration de la qualité des soins oui. »

P6 : « Voilà... du temps, de l'accès aux soins, de la qualité de soins, de l'orientation, de la coordination peut-être de meilleurs qualité. »

P7 : « Donc l'avantage est triple pour les trois personnes impliquées dans la relation de soins, le docteur, l'infirmier et le patient. »

P9 : « On le dit toujours, la compétence individuelle si elle est mise au service du collectif, on est quand même beaucoup plus brillant. Et en tout cas ça a forcément une incidence bénéfique pour le patient. On passe moins à côté de plein de choses. »

- **Épanouir** : s'est appuyé sur les thèmes de l'augmentation de la qualité de vie professionnelle, de l'intérêt du travail, de se sentir mieux et utile dans une harmonie d'équipe pour mieux soigner.

P1 : « Moi je le vois bien dans les consultations que j'ai, les patients qui viennent me voir voient moins le médecin, il vont mieux. »

P2 : « C'est l'accès aux soins ! C'est l'anti burnout pour le médecin, qui ne se sent plus seul. C'est de la qualité pour le patient, il est vu par plusieurs intervenants, on l'écoute... moi je vois bien avec l'infirmière asalée, fait de l'éducation thérapeutique, on n'en faisait pas avant ! »

P3 : « Les avantages..., le premier qui me vient, ce serait l'épanouissement pour un certain nombre d'infirmiers, infirmières »

P6 : « Enfin moi, je suis contente de ce que j'ai aujourd'hui [Asalée], parce que finalement moi, c'est mon autonomie et ma liberté de travailler qui m'importe »

P8 : « Un travail de confiance de partenariat très intéressant pour l'infirmière car elle fait autre chose, il y a un travail plus varié. »

P9 : « L'amélioration la dynamique des groupes, du groupe, la notion d'équipe. C'est se sentir bien au travail aussi. »

- **Espoir et bonne humeur** a été supporté par les ressentis d'amusement, d'optimisme, faire de l'humour.

*P1 : « Et bien l'idée ce serait la même chose, de désencombrer les consultations des médecins, déjà qu'ils aient une vie en plus normale. (rires) »*

*P2 : « Mais c'est vraiment... il faut en faire une opportunité pour le changement ! »*

*P4 : « Bref je suis à fond pour sa mise en place mais je ne pense pas l'avoir ma retraite ! (rires) »*

*P9 : « Je pense qu'il y a que comme ça qu'on peut faire évoluer notre système de santé ! (...) Ça ne peut être que du plus de toute façon ! Mais pour n'importe quel métier ! »*

**- Être primordial, essentiel** : s'est rattaché aux soignants, et de manière plus spécifiques aux soins primaires et au MG avec son rôle clef en santé publique.

*P1 : « Alors le médecin généraliste, pour moi, c'est une pièce maîtresse du système de santé. »*

*P3 [IDE parlant d'un médecin rencontré au Québec] : « Ce que je voyais, lorsqu'elle me parlait de ça, c'est qu'elle était le cerveau, le pilier humain mais aussi une tête pensante qui pouvait, en confiance, se permettre de déléguer tout un tas de tâches à des paramédicaux formés plus longuement en France [...] je voyais comme une étoile à 5 branches, et elle vraiment au centre de cette étoile »*

*P9 : « Mais lui il est le premier maillon, c'est le premier interlocuteur qui va justement permettre de déterminer l'orientation après sur le chemin et le parcours du patient. Un rôle central de coordination, de chef d'orchestre. C'est vraiment le chef d'orchestre »*

**- Prévenir** : a été supporté par les nombreux thèmes de la médecine préventive : préventif versus curatif, collaborer pour faire de l'éducation thérapeutique, prévenir l'épuisement professionnel etc...

*P2 : « Après on a tout un versant qui s'est développé ces dernières années, accompagnement, suivi des pathologies chroniques. Tant qu'on est à la fois dans l'aigu, et dans le suivi des pathologies chroniques, avec l'aspect d'éducation thérapeutique, accompagnement l'aspect aussi de prévention, de dépistage. »*

*P4 : « Parce que prise en charge précoce avec moins de d'hospitalisations secondaires, de complications, d'évolutions défavorables ... »*

*P5 : « Là on pourrait avoir un rôle prééminent autour de ça, tout ce qui est dans le champ de la pro activité, de la prévention du dépistage où on pourrait à mon avis s'investir de manière plus importante... ou alors il faut transférer ses activités de dépistage et de prévention pour se recentrer... après je pense qu'il faut réfléchir à une organisation globale, je ne peux pas tout dire il faut transférer ou déléguer telles tâches ou compétences... Il faut que cela se fasse dans le cadre d'une réflexion collective avec l'ensemble des professionnels de santé. »*

**- Soigner avec un grand 'S', accompagner :** a consisté à mieux prendre en charge les patients, avec humanité, une meilleure coordination des soins et un suivi chronique.

*P2 : « Qui accompagne les patients tout au long de leur parcours de vie et qui les oriente, qui coordonne leur parcours, qui a une approche globale. »*

*P3 : « Pour l'aider à aller mieux, à être guidé et accompagné et quelque part aussi rassuré, secouru parfois et qui va être là pour prendre soin. »*

*P5 : « Après le cœur de mon métier c'est le suivi des patients notamment dans le cas des pathologies chroniques »*

*P9 : « Enfin je ne dis pas que le médecin n'est pas centré patient, mais on ne marche pas sur les signes cliniques, on marche sur la relation avec le patient. »*

**- Valoriser :** s'est fondé sur les ressentis de fierté au travail, d'accès à la formation, de revalorisation ou d'attractivité du travail, de la reconnaissance d'autrui.

*P1 : [IDE asalée] « c'est eux [les médecins] qui m'envoient les patients qu'ils voient en consultation pour que je les prenne en charge. »*

*P2 : « Alors donc je suis SPECIALISTE (insiste) en médecine générale. »*

*P3 : « Une confiance et une considération qui amèneraient une reconnaissance du métier d'infirmier. »*

*P3 : « Il serait également intéressant de revaloriser le métier d'infirmier financièrement, lorsque nous allons soigner un patient, le 1er soin à 100 % d'une nomenclature très ancienne non revalorisée, le 2e soin est payé 50 % le 3e soin est gratuit . »*

*P8 : « Très intéressant pour l'infirmière car elle fait autre chose (...) et cela valorise l'infirmière. »*

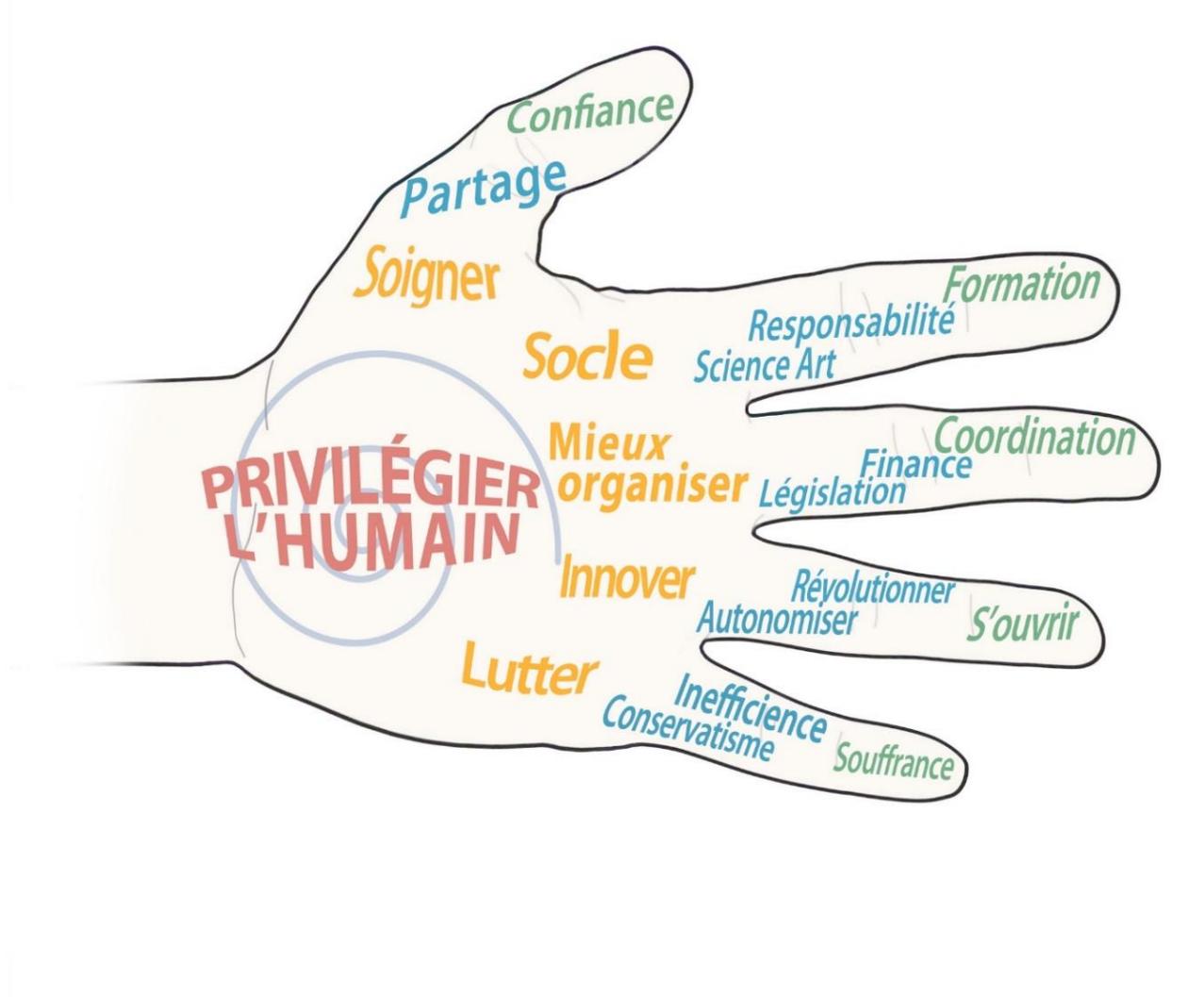
*P9 : « La filière du doctorat en sciences infirmier est ouvert depuis un an avec Madame R qui fait valoir ça ! (fierté) [...] La formation, l'accès à la formation pour tous ! »*

### **3.3 CONSTRUCTION D'UN MODÈLE**

La symbolique de la main tendue de l'homme pour promouvoir l'entraide et la collaboration pour mieux soigner l'homme nous est apparue comme évidente.

Ci-dessous est représenté la construction de notre modèle, reprenant les six catégories révélées par nos résultats ainsi que leurs principales caractéristiques.

Celles-ci s'articulent entre elles comme les doigts d'une main, avec en son centre, le but de tout cela : l'homme, l'humain.



## 4 DISCUSSION

### 4.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS PRINCIPAUX

Ci-dessous est présenté un tableau représentant la densité de référencements par parties.

CATEGORIES:	NOMBRE DE REFERENCEMENTS
<b>Catégorie 1</b>	444
Etre soignant	184
Ensemble avec confiance, Partage	260
<b>Catégorie 2 :</b>	484
Avec: Art, science, logique	295
Formation et responsabilisation	189
<b>Catégorie 3</b>	266
Avec support légal et financier	102
Orienter et traçabiliser	79
Mieux organiser	85
<b>Catégorie 4</b>	277
Innover, autonomiser	97
Révolutionner et s'ouvrir	180
<b>Catégorie 5</b>	596
Lutter contre conservatismes inefficiency	359
Souffrance professionnelle et déshumanisation	237
<b>Catégorie 6</b>	299
Privilégier l'humain	299

Dans un premier temps nous discuterons la problématique de souffrance dans les soins, suivi des retards pris en santé. Nous étudierons ensuite les limites et menaces potentielles à venir. Enfin nous aborderons le thème de la permaculture humaine.

## **Souffrances**

Le thème de la souffrance en général a été assez récurrent à différents niveaux, tout d'abord vis-à-vis de la souffrance des soignants (3.2.5.2) mais également des patients soignés, avec le développement des ressentis d'inefficience dans l'organisation des soins (3.2.5.1), pouvant entraîner problèmes de prise en charge allant jusqu'à un sentiment de déshumanisation des soins.

La souffrance professionnelle a été abordée (3.2.5.1) avec un sentiment de souffrance ou de frustration en général. Celle-ci s'est exprimée avec certains critères retrouvés dans les critères diagnostics psychiatriques du syndrome d'épuisement professionnel, tels que le sentiment de perte d'intérêt dans son travail, la dévalorisation, le sentiment d'isolement, l'agressivité etc...

La dévalorisation a été également exprimée comme le sentiment de se sentir « sans importance », s'estimer mal rémunéré pour son travail ou encore mal représenté politiquement. Plusieurs médecins généralistes ont exprimé le ressenti d'être des « fusibles du systèmes ». L'isolement a été également relevé, avec un manque de pluriprofessionnalité, un exercice majoritairement seul, limitant la capacité de se concerter et potentiellement pouvoir obtenir du soutien face à un ressenti de « pressurisation » également présent, avec des horaires soutenus, un sentiment de manque de disponibilité, une grande responsabilité, avec certains professionnels pouvant se sentir « écrasés » voir dépassés par les tâches qui leur sont confiées. Les thèmes associés de « regret » ont été également révélateurs. En effet certains professionnels ont exprimé des sentiments de honte, voire de « choc » face à leur vécu professionnel. Pour citer un verbatim: *P5 : « On avait un collègue en région Rhône-Alpes il disait tout le temps et il signait tous ses mails par « comment la médecine générale en est arrivée là ? » »*

Au-delà de la souffrance professionnelle, d'autres thèmes préoccupants ont été relevés tels une souffrance des soignés, avec un sentiment de déshumanisation des soins et des prises en charges à la qualité jugée non satisfaisante : problèmes d'accès aux soins, de coordination, de suivi, de traçabilité... (3.2.5.1) avec un fort désir d'amélioration (3.2.3.3). Un autre thème « sortir du cadre » a été également révélateur, avec des « glissements de tâches », habituels en dépit de tout règlement ou formations, avec des pratiques hors champ légal ou scientifique. Ceci soulève le potentiel retard existant dans l'organisation des soins en 2020. (3.2.3)

## **Retards**

Cette souffrance relevée est préoccupante. Il est intéressant de se demander si elle ne serait pas due à un certain retard dans l'organisation des soins. En effet, il a été relevé à plusieurs reprises, de nombreux exemples de systèmes étrangers ayant mis en place de manière globale une collaboration en santé ou Skill mix. (3.2.2.1) Les parties, portant sur une meilleure organisation (3.2.3) ou encore sur le besoin d'innovation et d'ouverture (3.2.4) ont cité à de nombreuses reprises les exemples

étrangers, avec notamment des législations en vigueur ayant révolutionné certains pans de la médecine comme cela a été le cas à une époque pour l'anesthésie-réanimation avec les IADE. Au-delà du cadre législatif, la question du financement a été très souvent abordée (3.2.3.1), avec le seul paiement à l'acte, ressenti comme un facteur limitant à la collaboration en santé, contrairement à d'autres modes de rémunérations plus participatifs tels que le paiement par capitation.(3.2.4.2)

Ce retard est peut-être à mettre en parallèle avec un autre thème très fort portant sur un très fort conservatisme ressenti (3.2.5) avec les thèmes récurrents, d'enjeux de pouvoirs, de corporatismes, de crainte du changement. Il a été plusieurs fois exprimé la difficulté en France, de passer de l'expérimentation à la pratique malgré des résultats concluants comme nous le relèverons au travers de l'analyse de la littérature française sur les problématiques du travail en collaboration. (4.2)

Il est intéressant de relever une ambivalence majeure entre l'importance des soins primaires et donc de la médecine générale (1.1.1) et les faibles moyens et le peu de reconnaissance qui lui sont alloués. Il suffit de regarder au début de cette thèse, le nombre de PU-PH de « spécialité » versus celui de spécialistes en médecine générale, alors qu'au risque de se répéter, parmi tous les motifs de consultation en santé, 80% peuvent être complètement résolus en soins primaires (2,3). Il est possible qu'en France la culture de l'hospitalocentrisme avec la réforme Debré de 1958 ayant façonné l'organisation des soins en soit une des causes, alors que soixante ans après, la plupart des problématiques majeures en santé actuellement (vieillesse, dépendance, pathologies chroniques...) peuvent trouver solution en soins primaires évitant les coûteuses hospitalisations.

Enfin, nous relèverons l'exemple récent des infirmier(es) de pratique avancées. Ces professionnels ont un niveau master, mais la rémunération actuelle prévue est proche voir inférieure de celui d'un IDE « classique », comme le relève un article de presse récent : « IPA, un salaire qui pique » (59). Comment envisager sérieusement une vraie évolution du paradigme en soins primaires dans ces conditions ?

### **Limites et menaces**

Face à ces retards plusieurs limites se dressent.

Un document récent de l'IRDES, définit le système de santé français comme « un modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation des soins primaires à l'initiative d'acteurs ». (60) Il est intéressant de relever le terme « initiative d'acteurs » alors qu'il semble très difficile voire impossible pour un médecin généraliste libéral d'innover ou d'expérimenter un travail en collaboration (3.2.4). Par exemple s'il travaillait en supervision indirecte avec un(e) IDE, il serait confronté de une, à l'inexistence d'actes dans la nomenclature de la sécurité sociale, de deux, cela pourrait être assimilé à un exercice illégal de la médecine pour l'infirmier(e).

Sur le plan purement qualitatif, de nombreuses limites ont été également relevées durant les entretiens. Comment, aujourd'hui, pouvoir assurer une prise en charge de qualité en médecine générale seule, avec prise de constantes, examen clinique, établissement diagnostic, prescription basée sur les preuves, nécessitant une formation continue, puis éducation thérapeutique, conseils, éducation, prévention. Cette possibilité semble illusoire comme citée à plusieurs reprises avec la catégorie

être soignant, avec le thème de l'humilité, qui impliquait de reconnaître ses limites ainsi que l'immensité du savoir. (3.2.1.1)

La question de la qualité de soins et de la traçabilité de celle-ci a été également plusieurs fois questionnée (3.2.3.2). En effet, comment s'assurer aujourd'hui de la qualité de ceux-ci, ainsi que de la compétence des soignants voir même des délégués ou déléguant. Un thème a été peu présent, peut être par manque de discussion vue l'étendue du sujet en général, le thème fondamental du numérique avec notamment l'utilisation d'algorithmes décisionnels en santé pouvant être des outils de délégation basés sur les preuves. En effet, avec la puissance des algorithmes informatiques actuels, couplés à la science des données (Big data), il existe de nombreuses retombées possibles en santé, un exemple actuel est les applications de 'Palentir Technologies', utilisées aussi bien pour le contre-terrorisme que pour la lutte contre l'actuelle pandémie de COVID-19 (61), même si leur utilisation soulève de nombreuses questions sur l'utilisation des données et le respect de la vie privée.

Enfin, la pérennité même du système actuel en médecine générale a été discuté par certains médecins interrogés. Sur une note plus politique, une menace actuelle a été soulevée, supportée par les ressentis de cynisme, machiavélisme, doubles jeux et ambivalences, privatisation de la santé, et « capitalisme dérégulé ». (3.2.4.2)

En effet, au vu des idées développées ci-dessus avec les retards et les limitations subies en médecine générale, comment ne pas craindre une « privatisation » des soins primaires, avec une possible disparition de la médecine générale libérale, face à des organisations de soins privés, seules, ayant la puissance logistique et financière pour établir le système de demain. Ceci semble s'opposer à l'heure actuelle à de chétives initiatives de terrain censées apporter de l'innovation au système, mais bridées par celui-là même.

### **Permaculture humaine dans les soins.**

Au regard des difficultés et limites exposées ci-dessus, une solution en apparence simple et évidente apparaît, celle de mieux soigner l'homme par l'homme, avec une meilleure utilisation de l'homme, de ses capacités d'organisation, ses capacités d'entraide et de collaboration. (3.2.6) Malgré nos tentatives d'interroger des soignants opposés à la délégation, aucun avis ouvertement contre la collaboration en santé a été évoqué. Bien sûr, certains professionnels ont exprimé des craintes ou des appréhensions, en évoquant la nécessité de changement des codes, des mœurs et des représentations (3.2.4.2) ainsi que la lutte contre le conservatisme (3.2.5.1).

Dans une vision plus globale encore, il est très intéressant de constater le parallèle de ce sujet de thèse avec les grandes problématiques actuelles axées sur la question du changement du paradigme, d'une société basée sur une croissance économique infinie mais évoluant sur une planète aux ressources finies, avec déjà de grands dommages irréversibles causés aux écosystèmes et à l'environnement comme le relève le dernier rapport du GIEC/IPBES. (62)

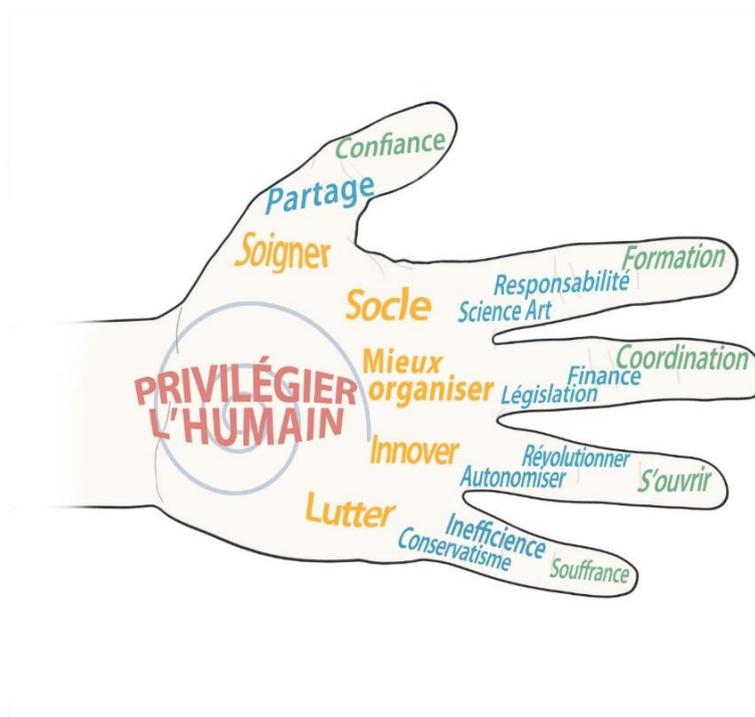
Le parallèle avec un système de soins critiqué par les ressentis de gestion « pyramidale » déconnectée par des « administratifs non soignants », tout en étant « déshumanisant » et qui de plus crée de la souffrance chez les soignants est

extrêmement marquant. (3.2.5.2) Les publications récentes sur la souffrance professionnelle chez les soignants sont très préoccupantes comme en atteste une méta analyse récente qui relevait une prévalence estimée de 49% de syndromes d'épuisement professionnel chez les médecins français ! (46)

C'est ainsi qu'il nous est apparu intéressant de parler du concept de « permaculture humaine » qui serait ici appliqué aux soins. Le terme « permaculture », entre autre développé par Bill Mollison, mais ici appliqué à l'humain et aux soins consisterait dans l'intérêt de redonner une vision plus globale et cohérente aux soins, à collaborer entre professionnels de santé pour une meilleure santé des populations, avec des soins de qualité, basés sur les preuves, et accessibles. De plus, la collaboration s'inscrit dans une démarche durable avec des moyens techniquement simples, et potentiellement avec des coûts raisonnés. Bien sûr elle entraîne des remises en questions vis-à-vis du paradigme actuel en soins primaires, avec une composante forte d'innovation, d'autonomisation (3.2.4.1) et d'ouverture (3.2.4.2) développée lors des entretiens.

Pour un ultime exemple, la lutte contre la pandémie mondiale actuelle à Covid-19, se fait avec deux armes. L'oxygène voir la réanimation médicale dans les cas sévères, mais surtout, elle passe par la prévention qui s'applique dans la distanciation sociale et le respect des gestes barrières, c'est-à-dire encore une fois, le respect des autres, pour éviter la dissémination virale chez les personnes les plus fragiles.

Nous ne nous attendions pas à ce résultat, mais de manière assez évidente au final, la réponse à la problématique étudiée dans ce travail réside dans l'humain, mieux soigner l'humain, avec l'humain.



## **4.2 COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE EXISTANTE**

Il nous a semblé intéressant pour ce travail de faire une rapide chronologie des rapports existants sur la délégation et le transfert de compétences en France.

Une partie des sources citées provient d'une bibliographie thématique sur les soins primaires publiée en Mars 2020 par L'IRDES. (60)

Initialement, la problématique se pose en France dans les **années 2000** vis-à-vis des préoccupations de démographie médicale.

### **2003**

Un rapport du CREDES de 2003 concluait :

« (...) la délégation de certains actes, du médecin généraliste à une infirmière formée à cet effet, est faisable. Elle est au moins aussi efficace, voire plus efficace sur certains critères. Les modèles économiques publiés il y a presque vingt ans concluent à l'efficacité de la délégation. Cependant, ils montrent également que la démonstration est soumise à des hypothèses de taux de salaire et de taux de délégation. La généralisation entre des époques différentes et entre des pays fonctionnant selon des systèmes différents est périlleuse. La pénurie actuelle dans le secteur infirmier pose la question des capacités de la profession à absorber ces transferts de compétence. Cependant, si les quotas sont maintenus à leur niveau actuel, les dernières projections démographiques de la DREES pour 2020 font état d'un accroissement de la densité infirmières de 24 %, alors que la densité des médecins tendrait à se réduire de 19 % avec un numerus clausus de 6 000 médecins par an. » (23)

La même année (2003) est rendu au ministre de la santé un rapport sur "les transferts des tâches et des compétences, notamment en vue d'une coopération accrue entre les professionnels de santé " « Il s'agit, dans la perspective d'un risque de pénurie de médecins généralistes et surtout spécialistes, de mieux définir ce qui relève à proprement parler du rôle du médecin et ce qui, dans ses activités, pourrait être réalisé par un autre professionnel, médical ou paramédical. Le rapport intermédiaire comporte une analyse des nombreux transferts et délégations d'actes et de compétences existant déjà dans plusieurs pays, notamment anglo-saxons. Il fait également état de plusieurs expériences françaises au cours des dernières années. Il enregistre la volonté de plusieurs acteurs médicaux et paramédicaux d'organiser les conditions dans lesquelles de nouveaux transferts de compétences pourraient se produire à l'avenir » (63)

### **2006**

*Berland, Y. r. et Bourgueil, Y. r. (2006). Rapport "Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé". Paris ONDPS: 69 , tabl., schann. (64)*

« Paradoxalement, a contrario de ce que nous montre la littérature internationale, il existe très peu de travaux documentés en France sur les motivations, les organisations et les effets de nouvelles formes d'organisation des soins faisant appel à une délégation d'activité des médecins à d'autres professionnels »

## **2008**

Année importante avec la publication des résultats de l'expérimentation ASALEE lancée en 2004.

*-Bourgueil, Y., et al. (2008). "La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE." Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(136): 8.*

« ASALEE, Action de Santé Libérale En Equipe associée, dans le département des Deux-Sèvres, 41 médecins généralistes et 8 infirmières afin d'améliorer la qualité des soins, notamment des patients atteints de maladies chroniques. Lancée en 2004, elle représente la seule expérimentation de coopération entre professionnels de santé portant sur les soins de premiers recours. Les infirmières se voient confier par les médecins la gestion informatique de certaines données du patient et des consultations d'éducation thérapeutique, selon un protocole bien défini. Une évaluation médico-économique du dispositif ASALEE a été menée par l'IRDES. Centrée sur les patients atteints de diabète de type 2, qui représentent un tiers de l'activité des infirmières, l'étude montre que les patients inclus dans le dispositif voient leur équilibre glycémique s'améliorer davantage que dans le groupe témoin. Ils réalisent également plus systématiquement les examens de suivi et cela sans coût supplémentaire significatif pour l'assurance maladie. Les modalités de l'étude imposent toutefois que ces résultats soient confirmés par des analyses complémentaires. »

*-Bourgueil, Y., et al. (2008). La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. Rapport Irdes ; 1733. Paris Irdes: 143 , tabl., graph.*

L'apport bénéfique de l'action des infirmières est également clairement démontré tant pour l'amélioration de l'équilibre glycémique (éducation thérapeutique) que pour celui de la qualité du suivi (gestion des dossiers patients et rappels informatiques).

## **2009**

*Bergoignan-Esper, C. (2009). "Analyse. Les formes de coopération dans la loi HPST. Avancées et manques." Gestions Hospitalières(489): 481-486.*

La coopération de l'ensemble des acteurs de santé est présente tout au long du texte ambitieux de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 : agences régionales de santé, nouvelle gouvernance hospitalière, intensité du maillage territorial sanitaire... Ces textes forts sont destinés à rénover pour les années à venir la politique de santé du pays. L'auteur fait le point sur les formes actuelles de coopération, leurs améliorations, leurs points faibles, les espoirs et l'intérêt de chacune.

Durant la décennie 2010-2020, des projets locaux et spécifiques sont mis en place et étudiés comme ceux présentés ci-dessous :

*-ONDPS (2012). Étude sur les champs d'interventions des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions. Paris ONDPS: 95 , tabl., cartes, annexes*

-Massin, S., et al. (2014). "Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers." *Etudes et Résultats (Drees)*(873): 8.

-Higounenc, C. et Lattes, J. M. (2014). "Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés." *Droit Social*(7/8): 661-667.  
*Les relations hiérarchiques entre médecins et infirmières ont*

-Ors (2014). *Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale : l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire. Nantes ORS Pays de la Loire: 8 , 4 fig.*

-Haute Autorité de Santé. (2015). *Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux.*

-D'Elbee, M., et al. (2017). "Missions de coopération introduites par la loi "hôpital, patients, santé et territoires" : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine." *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* **65**(3): 231-239.

-Chanu, A., Caron, A., Ficheur, G., et al. (2018). "Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives au secrétaires assistant (e) s médico-social (e) s : étude en analyse conjointe." *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* **66**(3): 171-180.

Néanmoins, comme conclut dans ce rapport de 2017 :

-Arsif (2017). *Coopérations entre professionnels de santé : Bilan de cinq ans de mise en oeuvre du dispositif en Ile-de-France. Paris ARSIF: 80 , tab.*

« Les principaux résultats montrent des aspects positifs avec une satisfaction des patients et des professionnels impliqués, un intérêt pour le dispositif permettant de répondre à des problématiques de soins et d'en tirer des bénéfices pour tous les acteurs. Ils montrent également des difficultés et des limites. Elles sont relatives aux délais d'instruction longs (en moyenne 25 mois pour les protocoles autorisés), au financement, à l'organisation et la valorisation des professionnels, aux dispositions législatives et réglementaires, à l'applicabilité des protocoles autorisés, à la gouvernance du dispositif, aux moyens mobilisés et aux coûts de sa mise en œuvre. »

En effet de nombreuses limites semblent relevées, tout comme décrit dans la discussion avec les IPA :

(2019). "Infirmière en pratique avancée : un nouveau métier au sein de l'équipe de soins." *Revue Prescrire* 39(432): 773-778.

« En France, la pratique avancée des auxiliaires médicaux, créée par la loi de santé 2016, a été définie pour les infirmières dans les textes réglementaires en 2018 et 2019. L'IPA est une infirmière au champ de compétences élargi et à l'autonomie accrue. Il s'agit pour la profession d'un nouveau métier, sans être une nouvelle spécialité. La pratique avancée est possible en équipe. En dépit des textes officiels qui définissent cette fonction et de l'obtention des premiers diplômes, le flou demeure sur plusieurs aspects de l'exercice à venir des IPA »

Vingt ans après les premières discussions sur un « skill mix » dans le système de soins français, de nombreuses limites persistent, avec un passage de l'expérimentation à la pratique semblant laborieux, malgré des résultats très encourageants à l'étranger et dans les expérimentations françaises très ciblées comme « Asalée ».

### **4.3 VALIDITÉ DE L'ÉTUDE**

#### **4.3.1 Les forces de l'étude**

A notre connaissance, il s'agissait d'un des seules études qualitatives sur le sujet. Un travail important de bibliographie a été effectué, aussi bien politique, social que médical.

La méthode employée a été appliquée avec rigueur, avec des entretiens de longue durée au sein d'un échantillon diversifié, avec différents professionnels de santé de différents horizons (zones urbaines, rurales ; en salariat et libéral).

Les données recueillies étaient très diversifiées.

#### **4.3.2 Les faiblesses de l'étude**

Malgré les tentatives nous n'avons pas réussi à interroger des professionnels opposés à la collaboration en santé.

Les chercheurs avaient des opinions affirmées sur le sujet mais ont effectué au maximum une déconstruction des apriori.

### **4.4 LES PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE**

#### **-Vers un collège en soins primaires ?**

La première grande perspective suivant une logique collaborative, pourrait être la création d'un collège de soins primaires au lieu d'un collège de médecine générale seul. Il s'agirait donc d'un collège pluriprofessionnel intégrant les nombreux acteurs de santé engagés auprès des patients. Le regroupement permettrait l'acquisition d'un poids certain dans les rôles d'organisation et de prévention notamment dans les pathologies chroniques, sans parler de la dimension politique. Pour reprendre un verbatim tiré de notre travail, un infirmier suivant des patients en hospitalisation à domicile rapportait l'absence de l'ordre infirmier lors d'un rassemblement récent sur la fin de vie.

Nous pourrions ainsi imaginer des échanges avec médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, pharmaciens, nutritionnistes, sage femmes etc... apportant d'une part une légitimité certaine aux débats ainsi que des échanges aboutissant à une meilleure connaissance des rôles et compétences de l'autre, indispensable dans une prise en charge en santé de qualité se voulant holistique et préventive.

Une critique fréquemment relevée per entretien a été le manque de « ligne directrice claire » dans les rôles et compétences de chacun, entraînant une coordination et un suivi des patients parfois difficiles, avec redondances, perdus de vue etc. Ceci peut relever d'un problème politique et administratif, mais également d'une

méconnaissance des rôles et compétences des autres acteurs de santé gravitant autour du patient. Un collège de soins primaires serait également une opportunité de meilleure ouverture et connaissance de l'autre.

Il serait également plus aisé d'établir des recommandations claires pour la prise en charge des patients en soins primaires, versus des recommandations purement hospitalières parfois difficilement applicables au quotidien. L'exemple frappant nous est donné avec le concept « d'inertie thérapeutique » (65), et plus particulièrement dans les pathologies chroniques, telles que l'hypertension artérielle (66) avec la nécessité d'une approche centrée sur le patient.

La mise en place d'une structure de soins primaires pluriprofessionnelle semble essentielle.

### -Vers de nouveaux modes de rémunération avec le passage d'une prise en charge curative à préventive ?

Le mode de rémunération par tarification à l'acte a été identifié lors de nos entretiens comme un facteur limitant à la collaboration en santé. Une des limites évoquées dans le paiement à l'acte, au-delà de la notion de rentabilité, était la valorisation de l'acte technique, au-delà de l'acte intellectuel. Les spécialités cliniques (médecine générale, psychiatrie etc..) étaient ressenties comme dévalorisées dans ce système où « seul l'acte cote ». Ainsi la crainte d'une baisse de qualité était perceptible, avec une rémunération plus importante pour un travail plus quantitatif que qualitatif (prévention, examen clinique poussé, psychothérapie de soutien...). Ainsi un médecin généraliste aurait tout intérêt à faire des actes simples et rapides, voir superficiels, versus le suivi d'une patientèle complexe avec des patients atteints de maladies chroniques et ou lourdes, nécessitant une prise en charge plus chronophage avec des examens complémentaires fréquents, suivis spécialisés, réalisations de courriers, prise en charge de complications, incertitudes diagnostiques, urgences etc... Ainsi il peut sembler paradoxal d'opposer qualité de soin, et rémunération du praticien.

De « nouveaux » modes de rémunération, à l'inverse, tel que le paiement par capitation, ont été considérés comme facilitants.

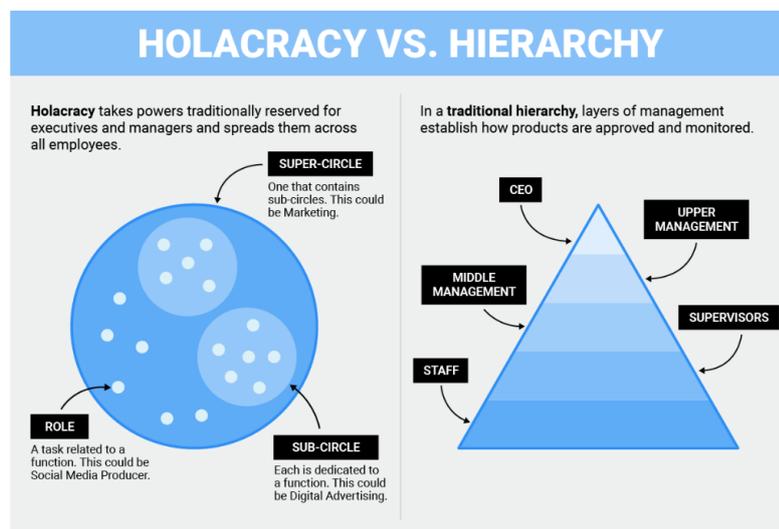
D'après un article du Trésor Eco du 5 septembre 2008 sur les modes de rémunération des médecins : « *La capitation correspond au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera. Si le mécanisme est trimestriel, le praticien est payé la même somme qu'il voie ou non le patient dans le trimestre et quel que soit le nombre de fois où il le voit. Le forfait peut éventuellement intégrer les soins et médicaments prescrits lors de ces consultations (à l'instar du Royaume-Uni). Comme le paiement à l'acte, le paiement à la capitation rémunère le médecin en fonction de son activité. Dans le premier cas, cette activité est appréhendée par le nombre de consultations ; dans le second par le nombre de patients suivis. Mais à nombre de patients donné, les deux types de paiement produisent des incitations financières inverses : payé à l'acte, le médecin a intérêt à voir le plus souvent possible ses patients ; payé à la capitation, il a au contraire intérêt à les voir le moins souvent possible. La capitation partage par ailleurs avec le salariat la caractéristique d'être un paiement prospectif, dont le montant*

*est prévisible, tandis que le paiement à l'acte est par nature rétrospectif (on ne connaît le nombre de consultations qu'en fin de période) donc moins facile à budgéter. » (17)*

Ce mode de rémunération par capitation permettrait d'autant plus de passer d'une logique de soins plutôt curative à l'heure actuelle, à une logique préventive, mais qui semble très difficilement réalisable sans la présence d'une équipe médicale pluriprofessionnelle forte autour du patient. Pour prendre exemple sur une pathologie chronique telle que le diabète, de nombreux acteurs sont impliqués : Infirmiers, acteurs d'éducation thérapeutique, psychologues, nutritionnistes, podologues, médecins, techniciens pour dispositifs d'insulinothérapie etc... Un bon suivi permet la prévention de graves rechutes telles que des consultations aux urgences pour acidocétose, ou l'évolution irréversible vers les complications réno-vasculaires du diabète (insuffisance rénale, coronaropathie, cécité, handicap etc...). Cette meilleure prévention via une coopération médecins généralistes infirmiers a d'ailleurs été l'origine de la pérennisation du protocole « asalée » et son extension à d'autres rôles (éducation thérapeutique, BPCO...). En effet il a été montré que « *les patients inclus dans le dispositif voient leur équilibre glycémique s'améliorer davantage que dans le groupe témoin. Ils réalisent également plus systématiquement les examens de suivi et cela sans coût supplémentaire significatif pour l'assurance maladie.* » (67)

### -Vers une meilleure organisation, Holocratie versus Hiérarchie, apports numériques ?

Un thème récurrent a été le ressenti du manque de « ligne directrice claire » avec un support légal et financier adapté, comme remis en exergue par la situation actuelle des IPA.(59) De manière plus concrète, un ressenti fréquent per entretien a été le ressenti d'oppositions entre soignants et administratifs. En schématisant de manière manichéenne, les soignants étaient empathiques et dévoués, luttant pour la santé de leurs patients, contre des purs administratifs technocrates, calculateurs et sans affects, déconnectés d'une vision de soin. De nombreux thèmes similaires ont été évoqués, comme la nécessité pour les paramédicaux de devoir quitter le soin pour obtenir une évolution de carrière (poste de cadres, coordinateurs, direction hospitalière...), le manque d'écoute du terrain, avec une logique de direction plutôt descendante ('top-down') et non ascendante ('bottom-up') vécue comme déconnectée, étant donné le rôle clef du soignant, à la base de la pyramide hiérarchique. Le concept de fonctionnement en holocratie a été évoqué par plusieurs soignants, c'est-à-dire le passage d'une pyramide hiérarchique classique, au 'cercle' de l'holocratie, où chacun possède un rôle et une fonction différente mais sans rapport hiérarchique. Pour plus de clarté, ci-dessous un schéma représentant les deux modèles, tiré d'un article de « business insider » (68)



Ce concept nous semble particulièrement intéressant dans une logique de soins, avec une interdépendance des acteurs entre eux pour l'obtention d'une prise en charge et d'une qualité de soins optimale.

De plus une meilleure collaboration avec une organisation adéquate, dans un environnement de confiance, permettrait sûrement l'autonomisation naturelle de certaines professions paramédicales, encore trop relayées « à des rôles de simples d'exécutants » pour reprendre la terminologie de nos entretiens. Cette question d'autonomisation semble fondamentale dans un système actuel avec une valorisation des paramédicaux insuffisante, nuisant à la potentialisation de leurs compétences de soins. (69)

Un deuxième thème récurrent a été la prise en compte de la discordance majeure existante entre les tâches multiples du médecin généraliste et le faible temps disponible par patient, d'autant plus dans une logique de tarification à l'acte comme vu dans le paragraphe précédent.

Cela nous amène à la remise en question du « work flow » ou flux de travaux, flux opérationnel en médecine générale, c'est-à-dire comment soigner mieux et de manière plus efficiente.

Dans une logique d'évolution vers un système de qualité, le paradigme actuel du médecin généraliste seul face au patient semble illusoire.

Ceci a été illustré durant les entretiens avec la problématique de la traçabilité des dossiers médicaux, avec une possible collecte de données de santé à des fins de recherche, il a semblé impossible pour le médecin traitant de pouvoir effectuer ce travail administratif. C'est ainsi que la notion d'assistant médical pourrait être introduit basée sur l'exemple des « medical scribe » étrangers, remplissant des dossiers de qualité, permettant un suivi optimal et des possibilités de recherche en soins primaires.

Un autre exemple majeur est l'éducation thérapeutique. Un médecin avouait en entretien, l'illusion de l'éducation thérapeutique effectuée par le médecin généraliste, quand l'infirmière asalée avec qui elle travaille y est formée et passe 45 min avec chaque patient suivi pour pathologie chronique.

Un point majeur non évoqué, est l'apport du numérique en santé, avec l'e-santé, que ce soit de ses outils préventifs, diagnostics, ou même thérapeutiques. La pandémie actuelle à Covid-19 révèle les potentiels apports de la télémédecine dans un contexte de confinement. Ces outils nécessitent plus que la compétence du médecin seul, avec le support d'une équipe technique (informaticiens, ingénieurs...) voire même l'apport de 'data-scientists' dans une optique de recherche en soins primaires. Ces technologies bien utilisées avec une compréhension des enjeux et un bon usage pourraient s'avérer d'excellents aides aux soignants.

### Apports des GIRCI et vers une recherche pluriprofessionnelle

Nous avons vu les possibles apports d'un collègue en soins primaires pluriprofessionnel, l'intérêt de certains nouveaux modes de rémunérations ainsi que

l'importance d'une meilleure organisation du système actuel basé sur des outils adaptés dans un but de majoration de la qualité de soins. Ceci ne semble envisageable qu'avec un profond respect des soignants.

Le parallèle avec la pandémie de COVID-19, remet en exergue : « tension le système de santé et constitue un révélateur de ses dysfonctionnements » pour reprendre les termes du CNGE. (70) Les limites, des organisations passées, parfois au détriment des soignants, avec une sous-représentation des soins primaires, nous apparaissent.

Dans cette optique, il y aurait également un grand intérêt à privilégier la recherche en soins primaires et donc pluriprofessionnelle, avec notamment la recherche en soins infirmiers. Ces initiatives pourraient être établies dans le cadre des GIRCI.

Les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) assurent des missions spécifiques de soutien de l'activité de recherche, qui ne peuvent pas être efficacement assurées au niveau local, étant donné les limites exposées dans ce travail. Elles s'effectuent en étroite collaboration avec les universités et l'INSERM, chargé de la coordination avec les autres EPST (Etablissements publics à caractère scientifique et technologique) et établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC).

D'un point de vue légal, les GIRCI ont été institués en juillet 2011 par le circulaire DGOS du 29 juillet 2011, en remplacement des anciennes délégations interrégionales à la recherche clinique.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

1. Druais P-L. La médecine générale : une jeune spécialité pleine d'avenir. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. oct 2013;197(7):1469-73.
2. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. New England Journal of Medicine. 28 juin 2001;344(26):2021-5.
3. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology<sup>1</sup>. European Journal of General Practice. janv 2009;15(4):243-50.
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract. juin 2002;52(479):526-7.
5. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. The Lancet. oct 2008;372(9647):1365-7.
6. WHO | The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever) [Internet]. WHO. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2008/en/>
7. Boelen C. improving health systems: The contribution of family medicine: A guidebook. Wonca; 2002.

8. Cathcart G. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. *Int J Dental Hygiene*. nov 2007;5(4):250-2.
9. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services. Copenhagen: World Health Organization Publisher. 2004;
10. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. oct 1994;344(8930):1129-33.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. sept 2005;83(3):457-502.
12. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*. 2003;38(3):831–865.
13. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract*. 1999;48(4):275–284.
14. McDonald J, Cumming J, Harris MF, Powell Davies G, Burns P. Systematic review of system-wide models of comprehensive primary health care. Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, UNSW: Sydney, NSW, Australia. 2006;
15. White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res*. avr 1997;32(1):11-21.
16. Jolivet A, Le L. *Santé Publique*. Vernazobres Grego. Paris; 2009. 402 p. (KB Médecine).
17. Trésor D générale du. Trésor-Éco n° 42 - Mode de rémunération des médecins [Internet]. Direction générale du Trésor. 2008 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2008/09/05/tresor-eco-n-42-mode-de-remuneration-des-medecins>
18. Polton, Bousquet. Les modèles de rémunération : un regard international [Internet]. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie; [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01\\_Polton\\_Bousquet.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01_Polton_Bousquet.pdf)
19. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World health Organization*. 2002;80:575–580.
20. Halliwell S, Sibbald B, Rose S. A bibliography of skill mix in primary care. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester. 1999;
21. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj*. 2002;324(7341):819–823.

22. Rabin DL, Spector KK. Delegation Potential of Primary Care Visits by Physician Assistants, Medex and Primex. *Medical Care*. 1980;18(11):1114-26.
23. Midy F. Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières *Revue de la littérature 1970-2002*. mars 2003;(65):4.
24. Record JC, McCally M, Schweitzer SO, Blomquist RM, Berger BD. New health professions after a decade and a half: delegation, productivity and costs in primary care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1980;5(3):470–497.
25. Denton FT, Gafni A, Spencer BG, Stoddart GL. Potential savings from the adoption of nurse practitioner technology in the Canadian health care system. *Socio-Economic Planning Sciences*. 1983;17(4):199–209.
26. Marsh GN, Dawes ML. Establishing a minor illness nurse in a busy general practice. *BMJ*. 25 mars 1995;310(6982):778-80.
27. Munding MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*. 5 janv 2000;283(1):59-68.
28. Berkhout C, Aubin Auger I, Gelly J, Leabeau JP, Mercier A. Données pour exercer. CNGE Productions. 255 p.
29. Drennan VM, Halter M, Joly L, Gage H, Grant RL, Gabe J, et al. Physician associates and GPs in primary care: a comparison. *Br J Gen Pract*. 1 mai 2015;65(634):e344-50.
30. MinuteClinic Walk-In Health Clinic Offering | CVS Health [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://cvshealth.com/about/our-offerings/cvs-minuteclinic>
31. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? *Droit, Déontologie & Soins*. sept 2008;8(3):278-330.
32. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Fur PL, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. 1998;6.
33. Buchan J, O'May F. Determining Skill Mix: Practical Guidelines for Managers and Health Professionals. :10.
34. Hajjar F, Saint-Lary O, Cadwallader J-S, Chauvin P, Boutet A, Steinecker M, et al. Development of Primary Care Research in North America, Europe, and Australia From 1974 to 2017. *Ann Fam Med*. 2019;17(1):49-51.
35. Forrest CB. The Effect of First-Contact Care with Primary Care Clinicians on Ambulatory Health Care Expenditures. :9.
36. Assurance maladie : 5,4 millions de patients sont sans médecin traitant. *Le Monde.fr* [Internet]. 9 janv 2020 [cité 28 mars 2020]; Disponible sur:

[https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/01/09/assurance-maladie-5-4-millions-de-patients-sont-sans-medecin-traitant\\_6025326\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/01/09/assurance-maladie-5-4-millions-de-patients-sont-sans-medecin-traitant_6025326_1651302.html)

37. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale. 2018.
38. P C, A B, S L, C B, D T. [Burn out among French general practitioners]. *Presse Med.* 1 déc 2004;33(22):1569-74.
39. Lesage F-X, Berjot S, Altintas E, Paty B. Burnout Among Occupational Physicians: A Threat to Occupational Health Systems?—A Nationwide Cross-sectional Survey. *Ann Occup Hyg.* 1 août 2013;57(7):913-9.
40. Jc W. [Practical judgment and burn-out syndrome among physicians]. *Rev Med Interne.* 1 juin 2015;36(8):548-50.
41. Vers une certification des médecins en France ? [Internet]. *Medscape.* [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <http://francais.medscape.com/voirarticle/3601274>
42. Pourquoi le nombre de patients aux urgences augmente d'année en année. *Le Monde.fr* [Internet]. 14 juin 2019 [cité 24 févr 2020]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/06/14/pourquoi-le-nombre-de-patients-aux-urgences-augmente-d-annee-en-annee\\_5476111\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/06/14/pourquoi-le-nombre-de-patients-aux-urgences-augmente-d-annee-en-annee_5476111_4355770.html)
43. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study | *British Journal of General Practice* [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://bjgp.org/content/63/608/e217.short>
44. Jh L, L K, S K, Jn F, M R. [Doctors to be have a lack of interest for general practice. Results from a national Poll in a population of 1 870 undergraduate french medical students concerning speciality choice]. *Presse Med.* 29 oct 2009;39(3):e58-65.
45. Les aspirants médecins boudent la médecine générale. *Le Monde.fr* [Internet]. 27 oct 2015 [cité 29 mars 2020]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/campus/article/2015/10/27/les-aspirants-medecins-preferent-l-ophtalmologie\\_4797432\\_4401467.html](https://www.lemonde.fr/campus/article/2015/10/27/les-aspirants-medecins-preferent-l-ophtalmologie_4797432_4401467.html)
46. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders.* 1 mars 2019;246:132-47.
47. Le « trou de la Sécu » expliqué en quatre points. *Le Monde.fr* [Internet]. 1 oct 2014 [cité 29 mars 2020]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/10/01/le-trou-de-la-secu-explique-en-quatre-points\\_4498114\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/10/01/le-trou-de-la-secu-explique-en-quatre-points_4498114_4355770.html)
48. Urgences : une crise inédite par son ampleur et sa durée [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/08/29/urgences-une-crise-inedite-par-son-ampleur-et-sa-duree\\_5503942\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/08/29/urgences-une-crise-inedite-par-son-ampleur-et-sa-duree_5503942_3224.html)

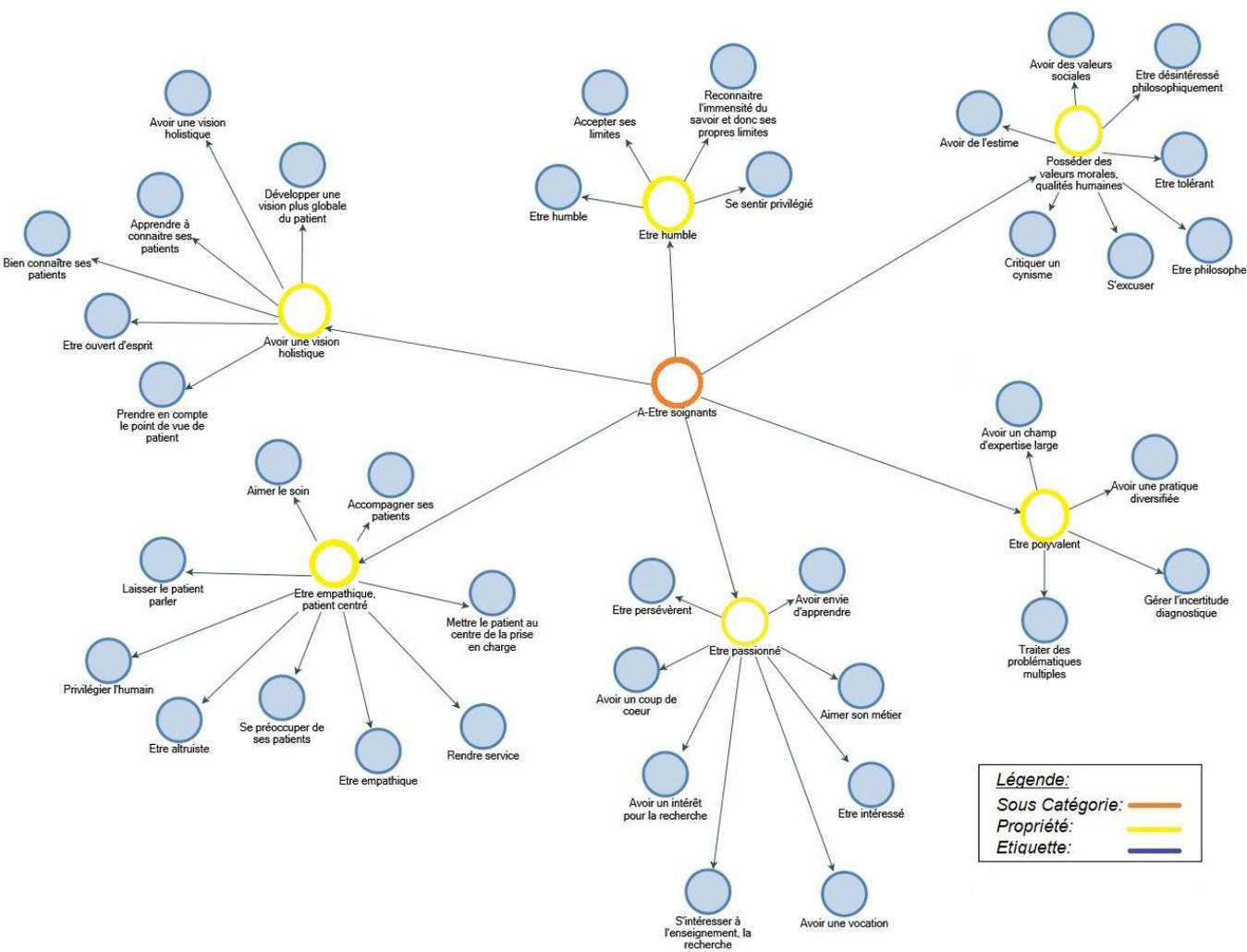
49. Crise de l'hôpital public : 1 200 médecins hospitaliers démissionnent de leur fonction d'encadrement. Le Monde.fr [Internet]. 14 janv 2020 [cité 29 mars 2020]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/01/14/1-200-medecins-hospitaliers-demissionnent-de-leur-fonction-d-encadrement\\_6025759\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/01/14/1-200-medecins-hospitaliers-demissionnent-de-leur-fonction-d-encadrement_6025759_3224.html)
50. La France est « un pays sous-développé en matière de santé », selon ce chef des urgences [Internet]. Le Huffington Post. 2020 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.huffingtonpost.fr/entry/philippe-juvin-coronavirus-masques-pays-sous-developpe\\_fr\\_5e7072ffc5b6eab7793b952f](https://www.huffingtonpost.fr/entry/philippe-juvin-coronavirus-masques-pays-sous-developpe_fr_5e7072ffc5b6eab7793b952f)
51. JAOUEN C. Coronavirus. La médecine de ville « n'a aucune information » [Internet]. Ouest-France.fr. 2020 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/coronavirus-la-medecine-de-ville-n-aucune-information-6761406>
52. Comeau Y. L'analyse des données qualitatives. Québec: Centre de recherche sur les innovations sociales; 1994.
53. Borgès Da Silva, G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 32(2). 2001;117–121.
54. Deslauriers J-P. Recherche qualitative : guide pratique / [Internet]. McGraw-Hill,; 1991 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <https://eduq.info/xmlui/handle/11515/6258>
55. Glaser B, Strauss A. The discovery of Grounded Theory : strategies for qualitative research. Adline. Chicago; 1967.
56. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Armand Colin. Paris; 2007. 127 p.
57. Blanchet A, Ghiglione R, Massonat J, Trognon A. Les techniques d'enquête en sciences sociales: Observer, interviewer, questionner. Dunod. Paris; 2005. 197 p.
58. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck Supérieur; 2019. 162 p.
59. Favereau E. Infirmiers «en pratique avancée» : un salaire qui pique [Internet]. Libération.fr. 2019 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.liberation.fr/france/2019/11/04/infirmiers-en-pratique-avancee-un-salaire-qui-pique\\_1761553](https://www.liberation.fr/france/2019/11/04/infirmiers-en-pratique-avancee-un-salaire-qui-pique_1761553)
60. Safon M-O. Soins de santé primaires Les pratiques professionnelles en France. 2020;435.
61. Lewis P, Conn D, Pegg D. UK government using confidential patient data in coronavirus response. The Guardian [Internet]. 12 avr 2020 [cité 26 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/12/uk-government-using-confidential-patient-data-in-coronavirus-response>
62. Bridgewater P, Loyau A, Schmeller DS. The seventh plenary of the intergovernmental platform for biodiversity and ecosystem services (IPBES-7): a global assessment and a reshaping of IPBES. Biodivers Conserv. 1 août 2019;28(10):2457-61.

63. Berland, Yvon. Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences. 2003.
64. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. Observation nationale de la démographie des professions de santé; 2006.
65. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical Inertia. Ann Intern Med. 6 nov 2001;135(9):825.
66. Lebeau J-P, Cadwallader J-S, Vaillant-Roussel H, Pouchain D, Yaouanc V, Aubin-Auger I, et al. General practitioners' justifications for therapeutic inertia in cardiovascular prevention: an empirically grounded typology. BMJ Open. mai 2016;6(5):e010639.
67. BOURGUEIL Y, LE FUR P, MOUSGUES J, YILMAZ E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. Quest écon santé. 2008;(136):1-8.
68. Feloni R. Here's what happened to Zappos' HR boss when the company got rid of managers and her job became obsolete [Internet]. Business Insider France. 2016 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.businessinsider.fr/us/zappos-hr-boss-hollie-delaney-talks-about-holacracy-2016-2>
69. FALLOT Noëlle. L'autonomisation des étudiants en soins infirmiers. 2014.
70. CORONAVIRUS et Médecine Générale [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/adherer\\_cnge\\_college\\_academique/coronavirus\\_et\\_medicine\\_generale/](https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/coronavirus_et_medicine_generale/)

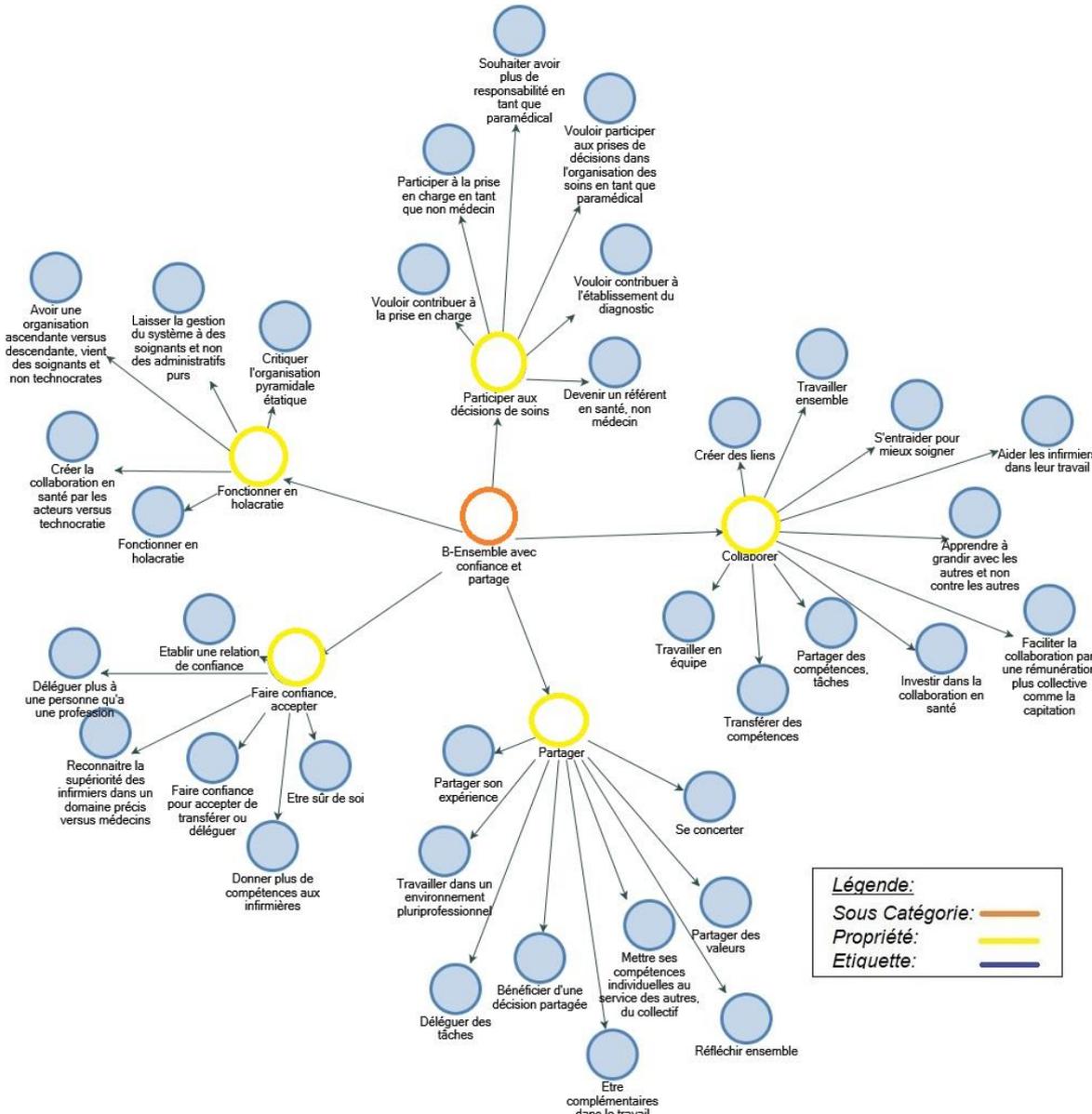
## **ANNEXES**

**CARTES** : Ci-dessous est présenté les différentes cartes construites avec Nvivo, représentant les étiquetages des propriétés aux sous catégories.

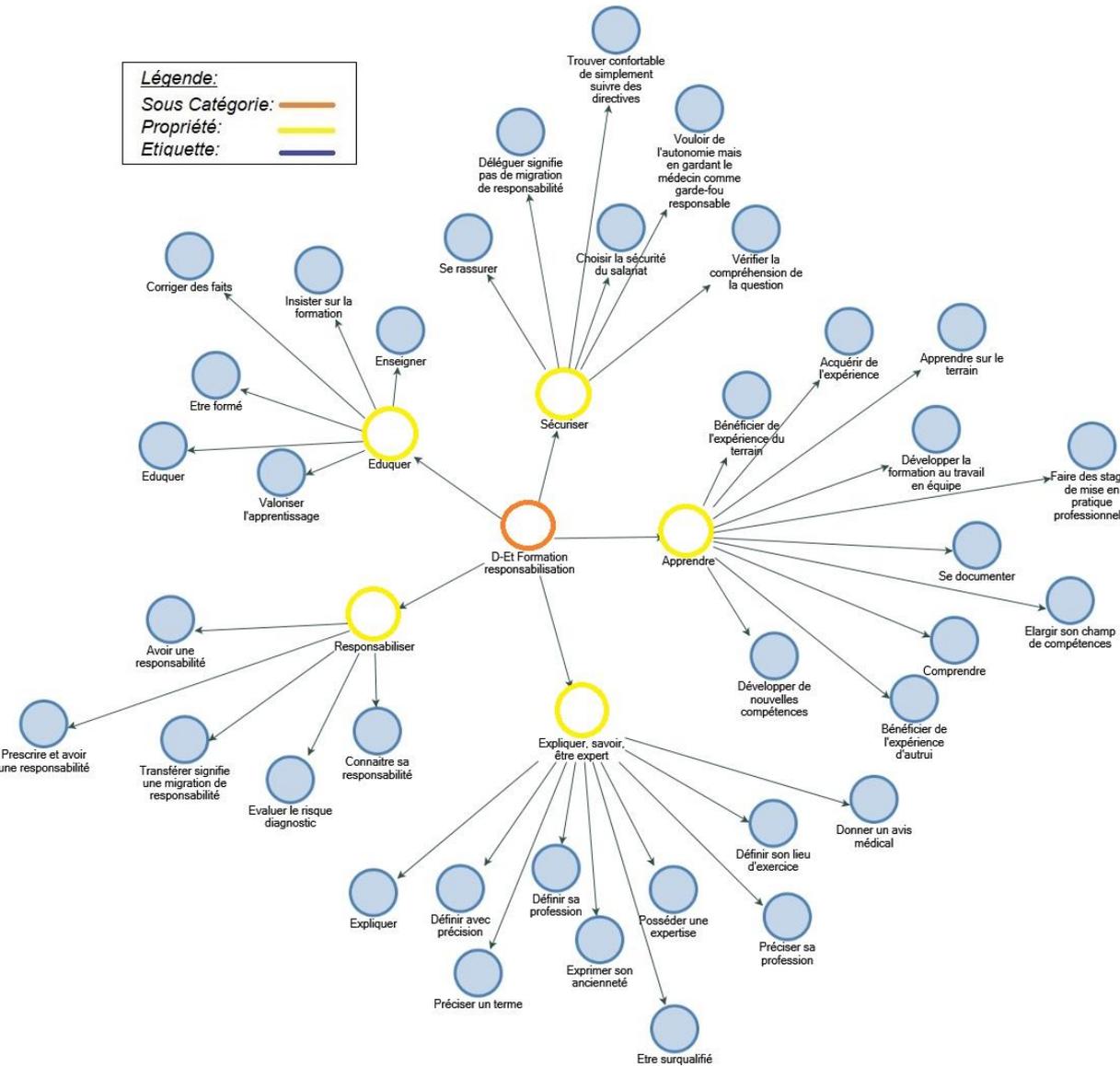
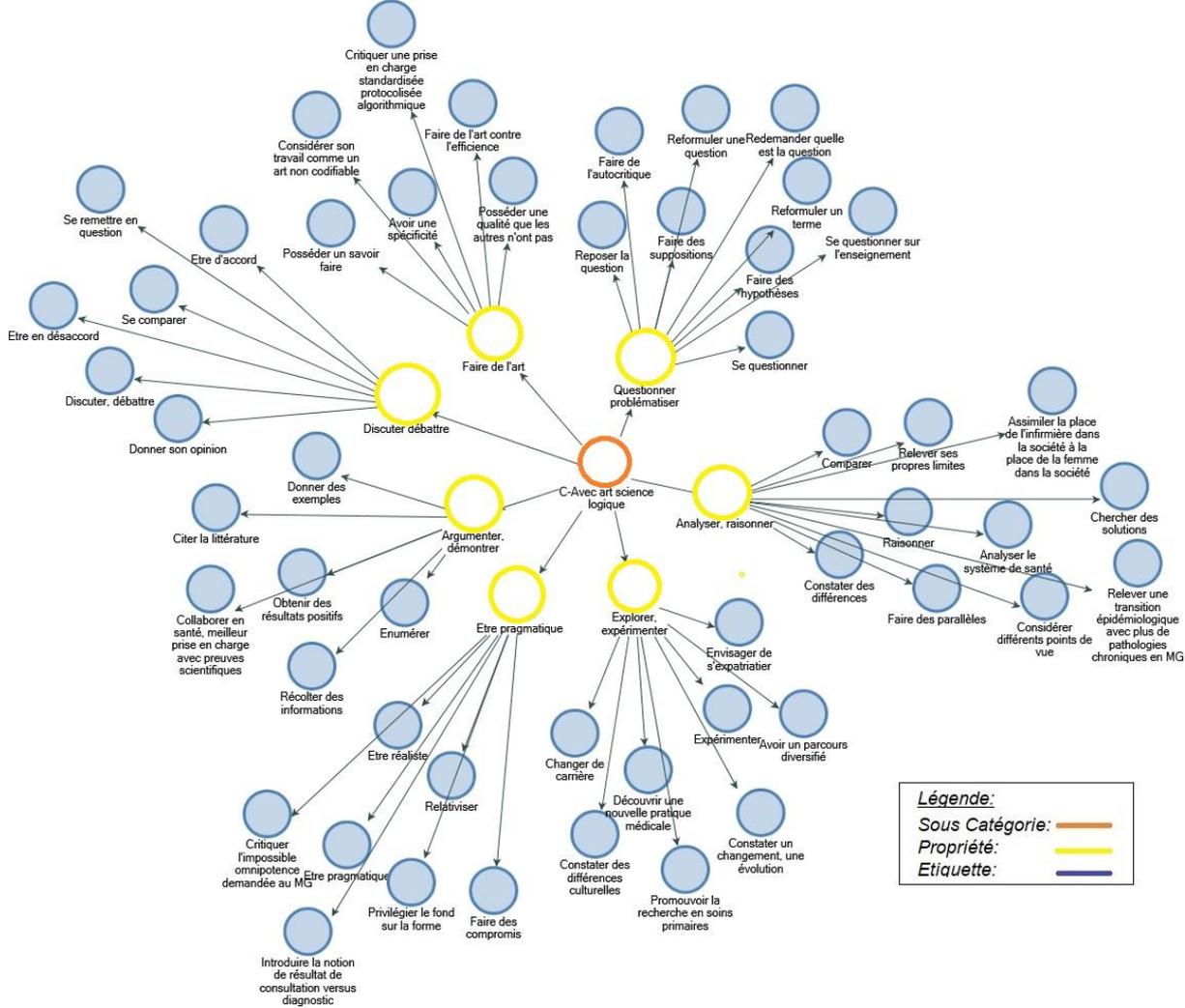
- Être soignant ensemble avec confiance et partage (3.2.1)  
> Cartes A et B
- Avec art science, formation et responsabilisation (3.2.2)  
> Cartes C et D
- Mieux organiser, coordonner, traçabiliser avec support légal et financier (3.2.3)  
> Cartes E, F et G
- Innover autonomiser, ouvrir et révolutionner (3.2.4)  
> Cartes H et I
- Conservatismes, inefficience, souffrance professionnelle et déshumanisation (3.2.5)  
> Cartes J et K
- Toujours privilégier l'humain. Primordial et essentiel. (3.2.6)  
> Carte L

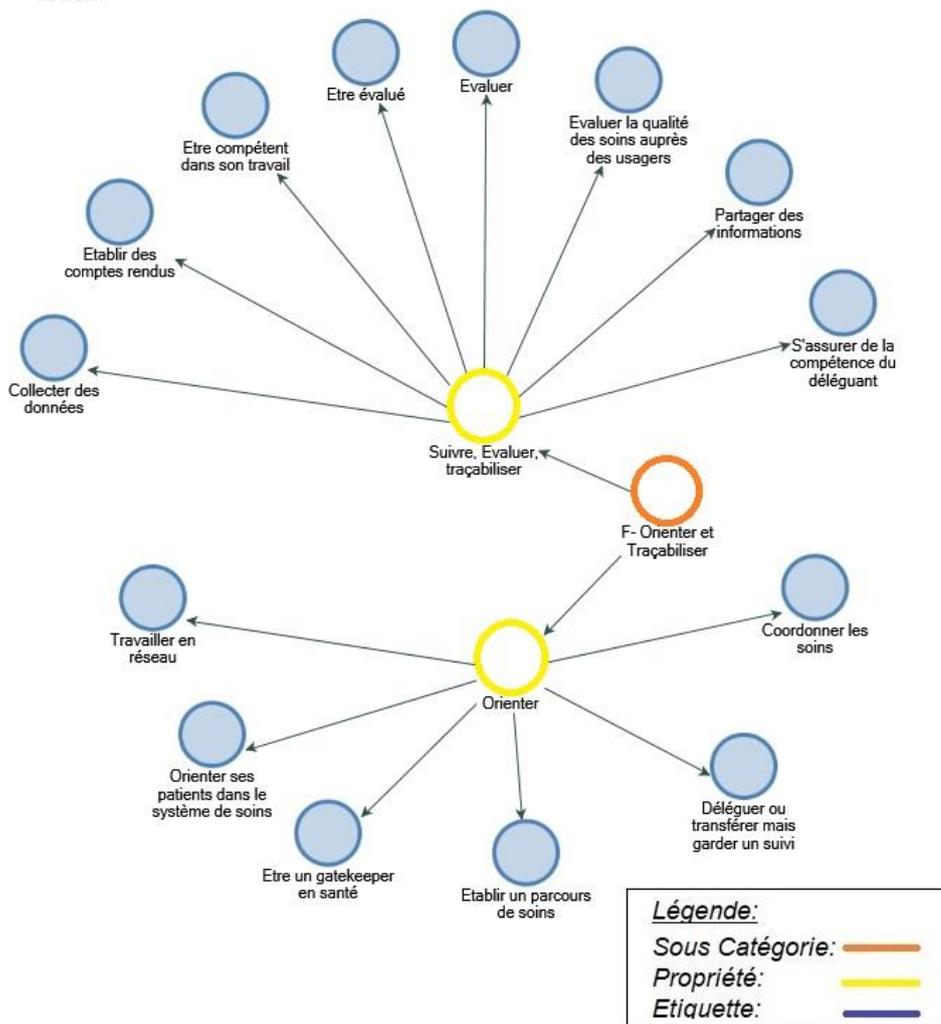
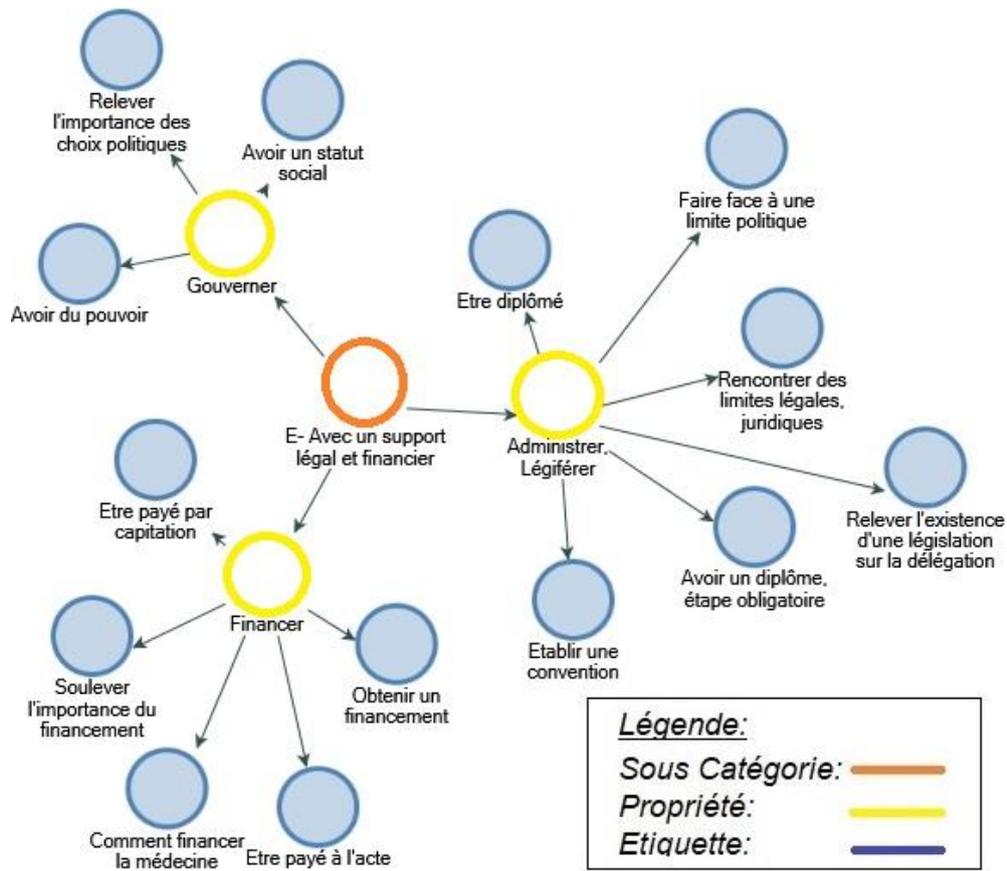


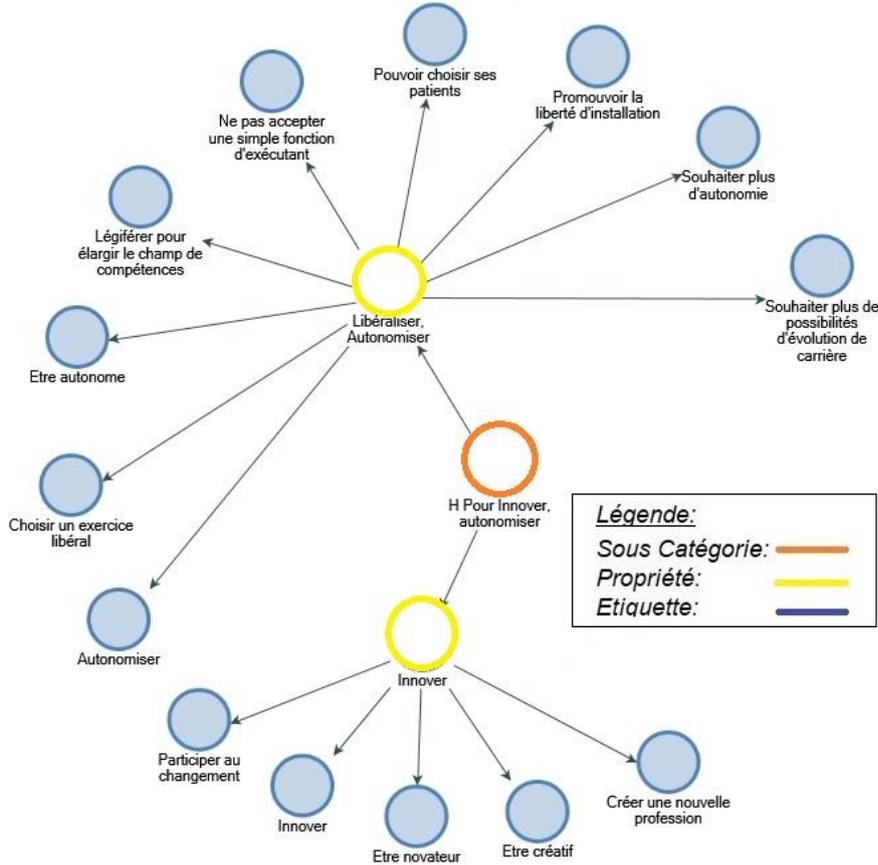
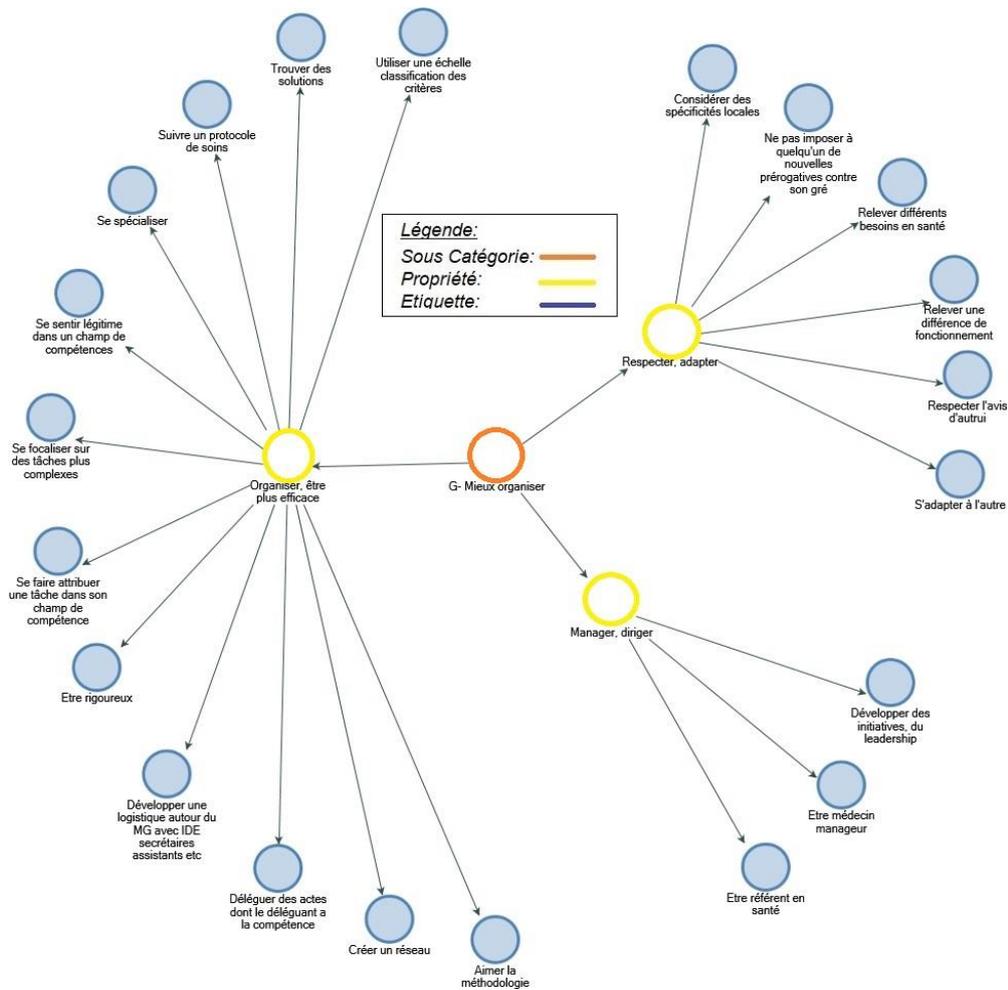
**Légende:**  
 Sous Catégorie: —  
 Propriété: —  
 Etiquette: —



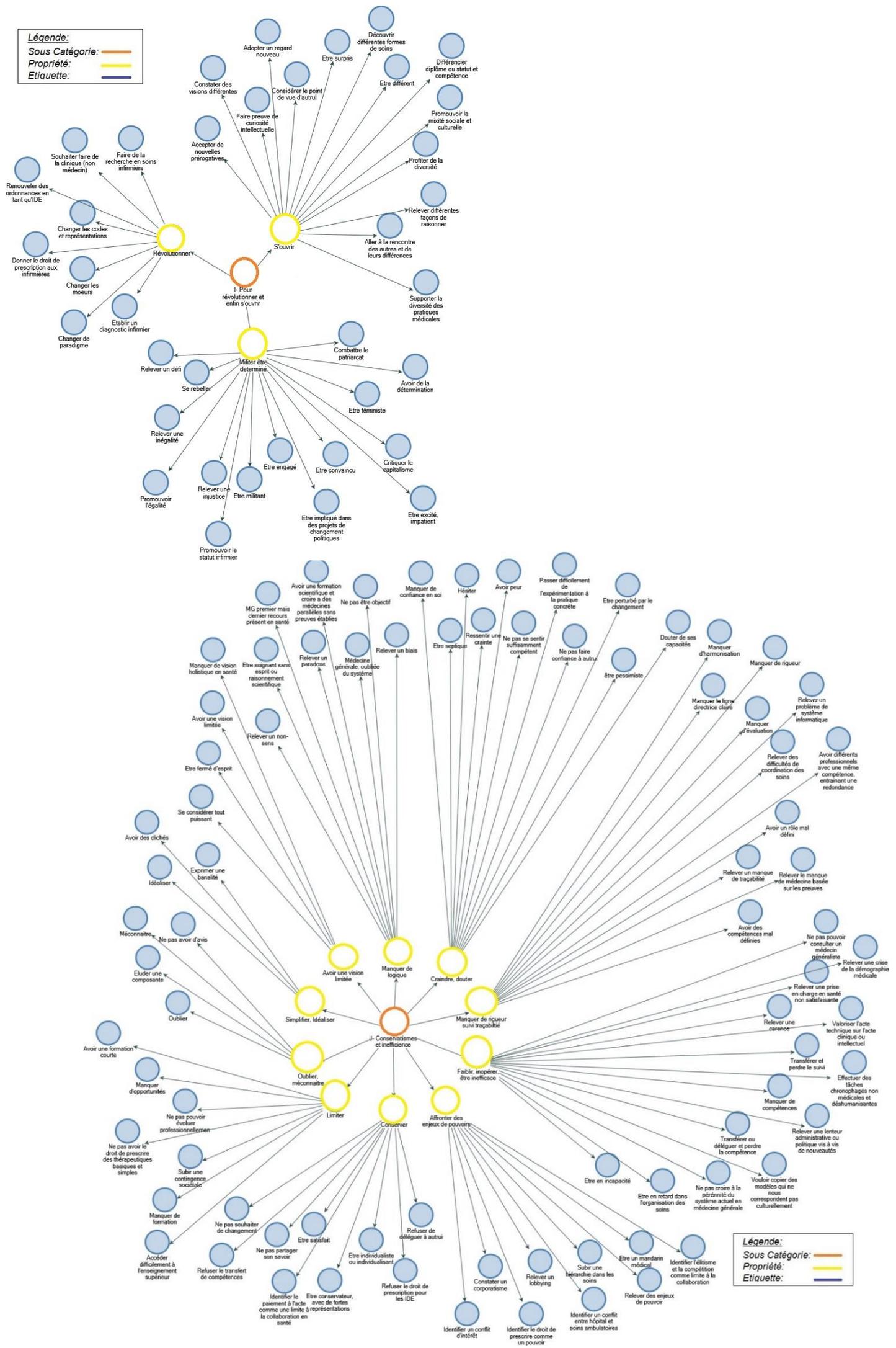
**Légende:**  
 Sous Catégorie: —  
 Propriété: —  
 Etiquette: —



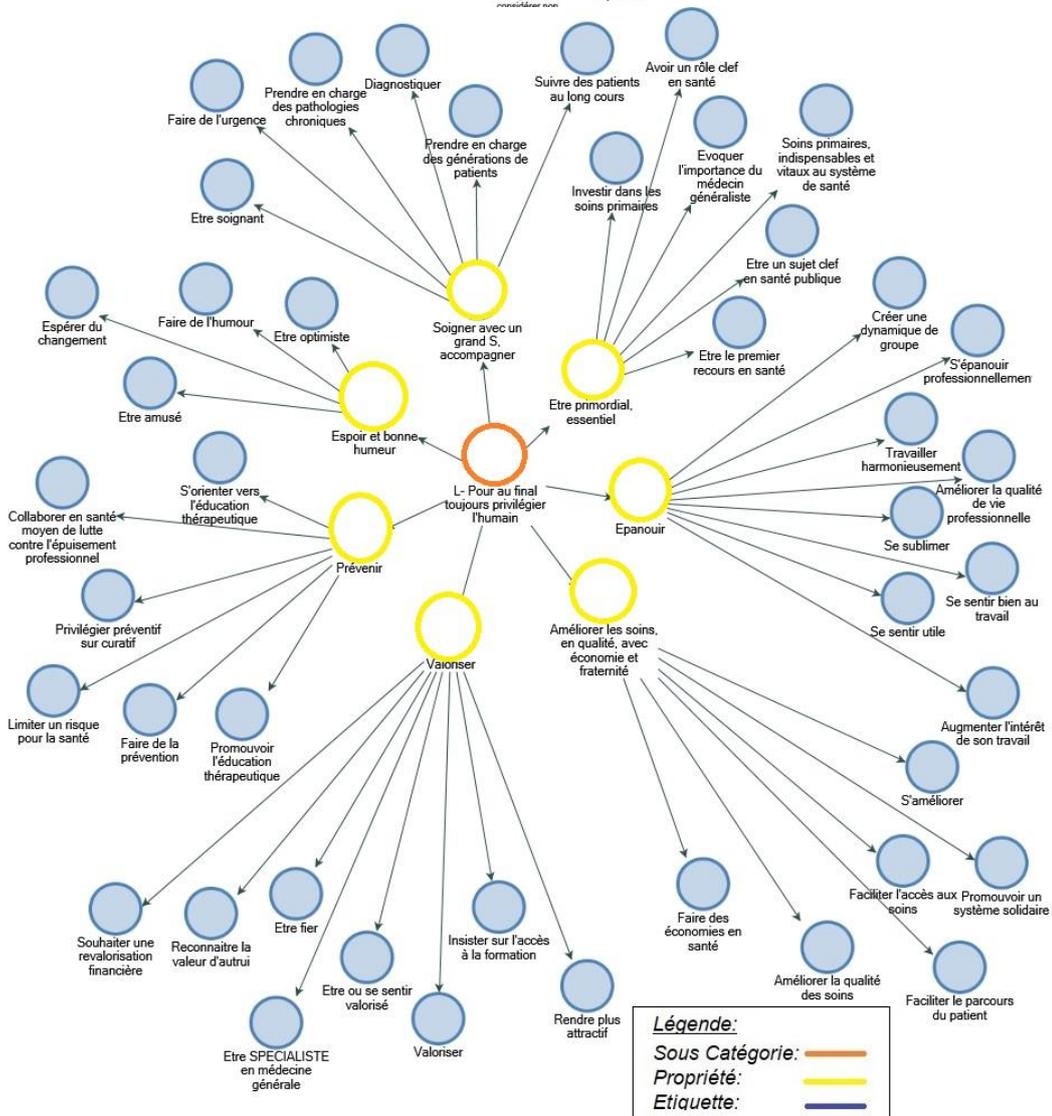
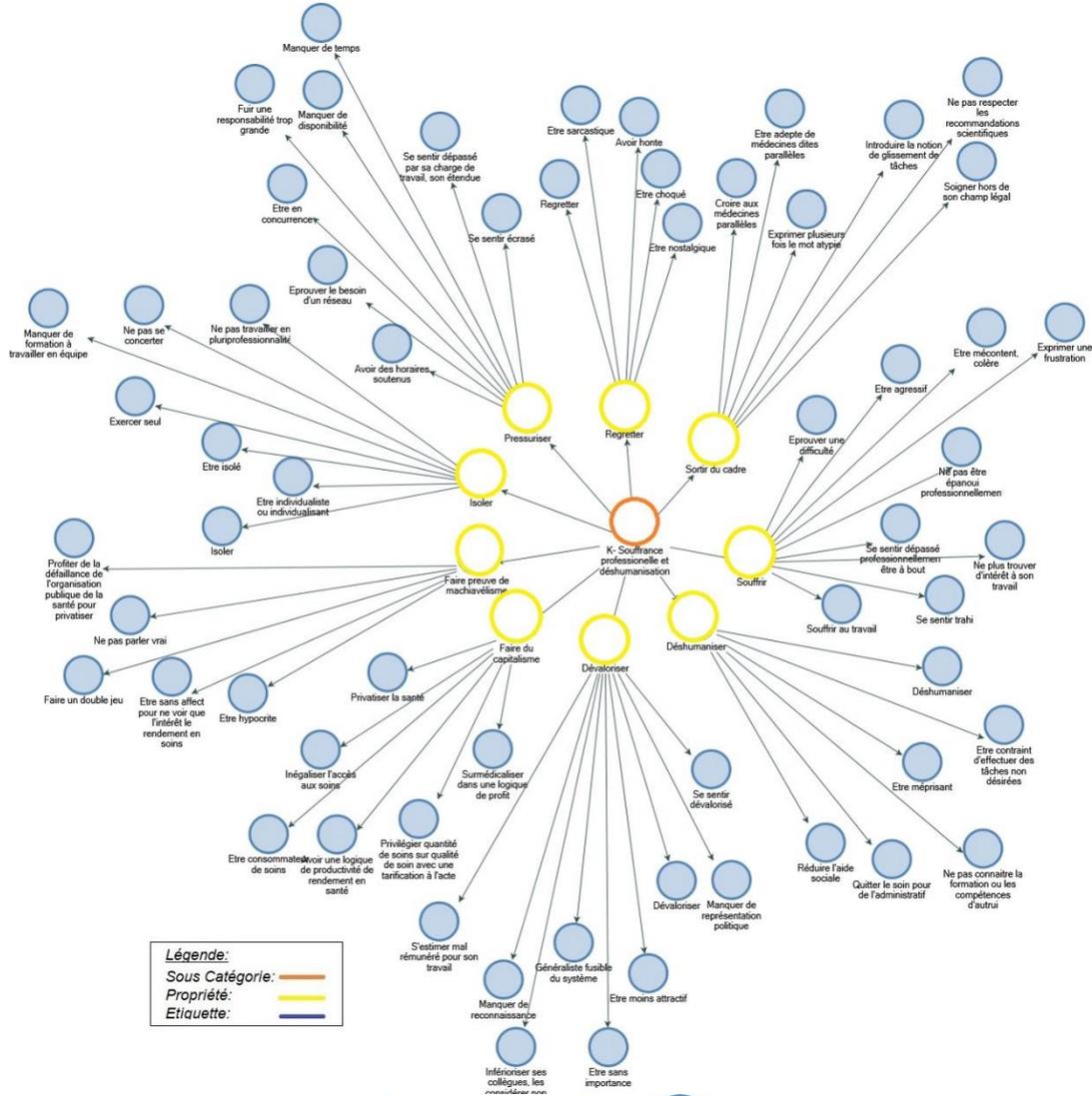




**Légende:**  
 Sous Catégorie: — (orange)  
 Propriété: — (yellow)  
 Etiquette: — (blue)



**Légende:**  
 Sous Catégorie: — (orange)  
 Propriété: — (yellow)  
 Etiquette: — (blue)

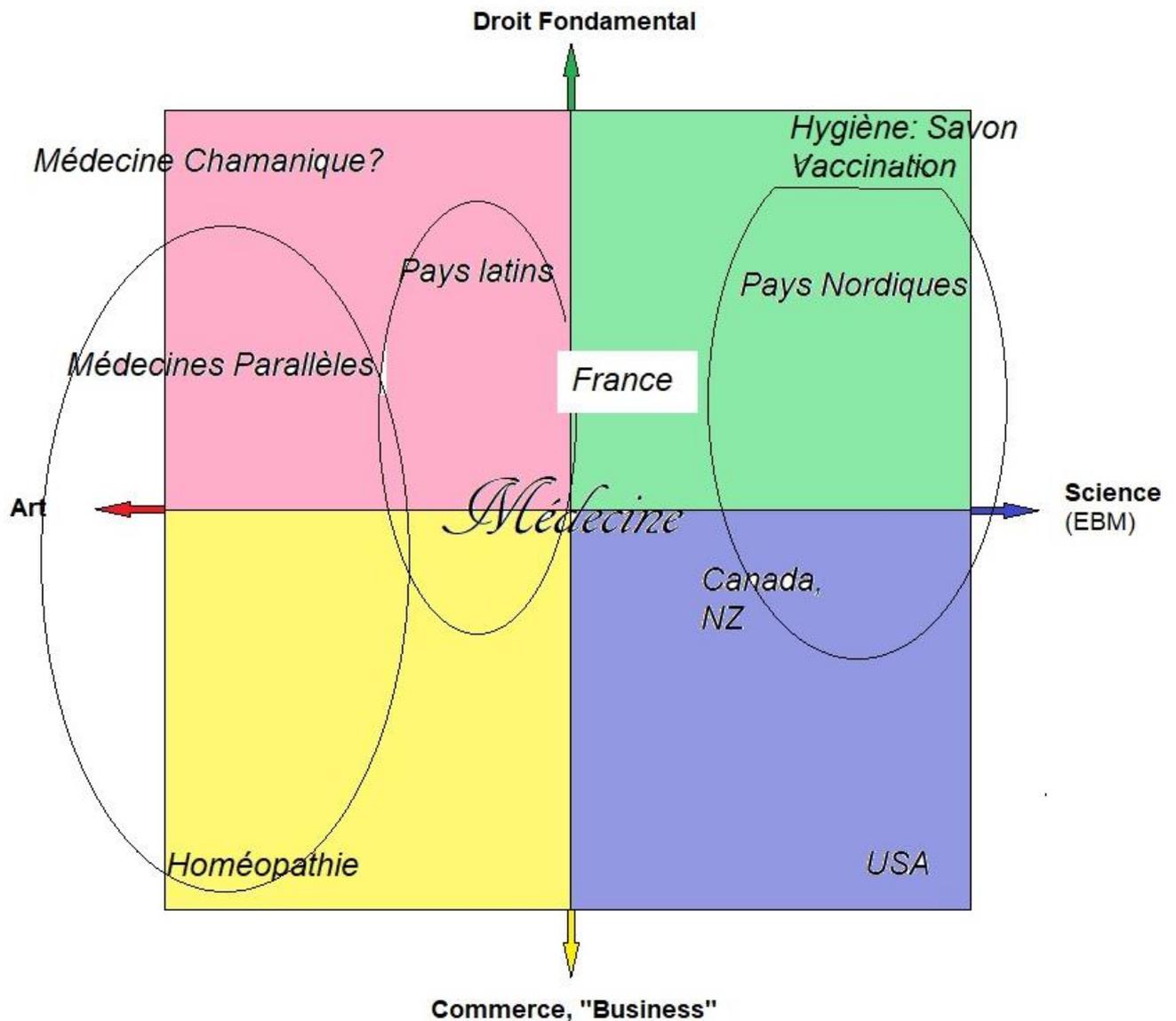


## Parties du journal de bord

Ci-dessous quelques extraits « visuels »

Décembre 2019

«... Ceci remet en lumière toute la différence entre art médical et science, ainsi que différences philosophies, met on le curseur vers une QUALITE ou QUANTITE de soins. C'ad des soins pour le plus grand nombre de moindre qualité où de meilleurs qualité mais pour moins de gens, avec un même budget alloué... Bref, voici donc un modèle bêta que j'ai rapidement dessiné. Très certainement incorrect, et grossier, mais c'est une tentative. »

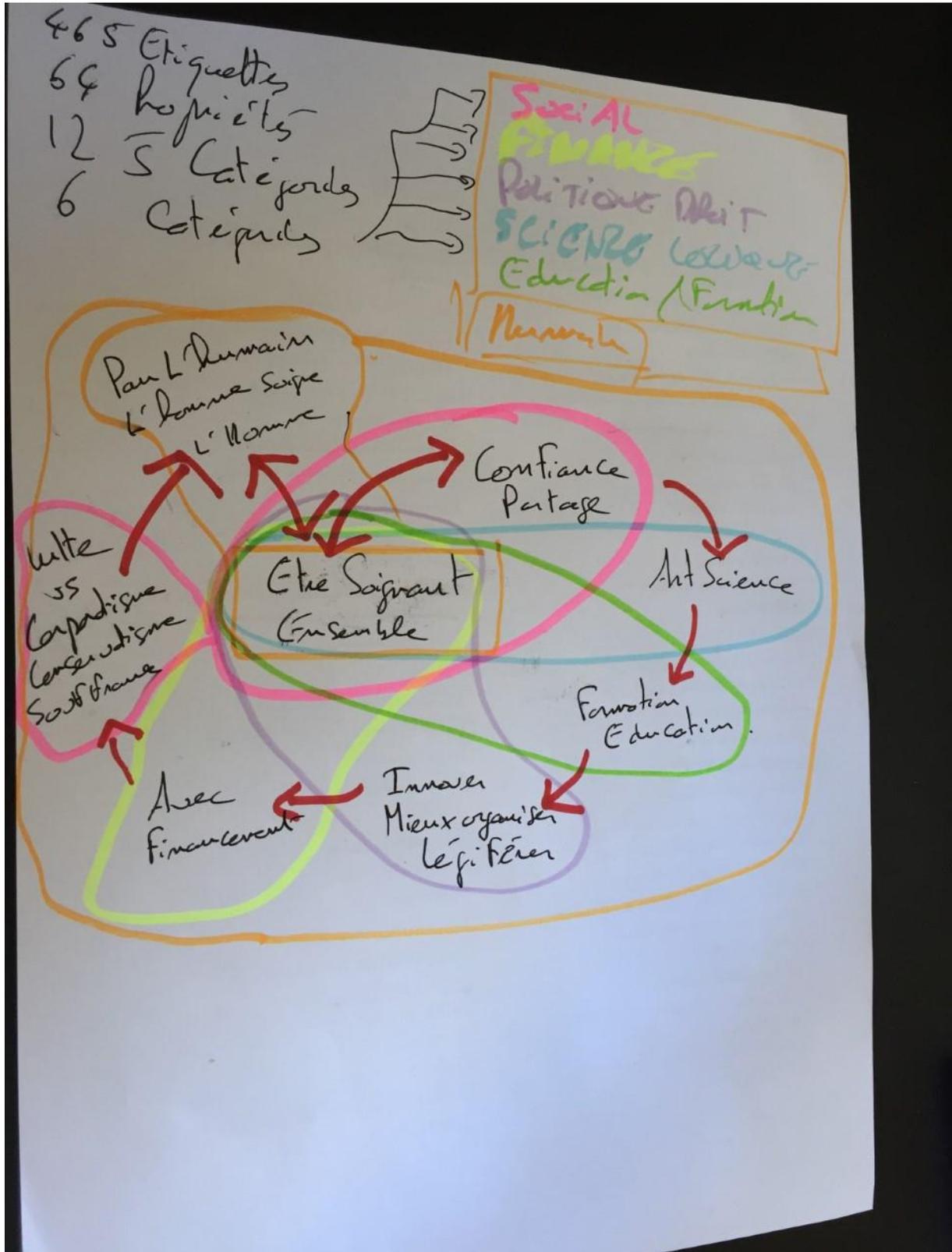


Janvier 2020

Autre petite idée, en regardant une vidéo sur le codage en recherche qualitative, il était question de cartographie per analyse... J'ai eu également envie d'en réaliser une rapidement sur mes ressentiments actuels.



Ebauche de modèle.



27-28 Mars 2020.

Confinement et grande frustration. La pandémie du Covid 19 met en exergue les problématiques du système de santé que nous connaissons bien... Manque cruel de vision, d'anticipation, d'organisation... Société avec un taux de résilience très bas....

Je me suis fait voler mes 'plaques de médecin' sur ma voiture de garde....

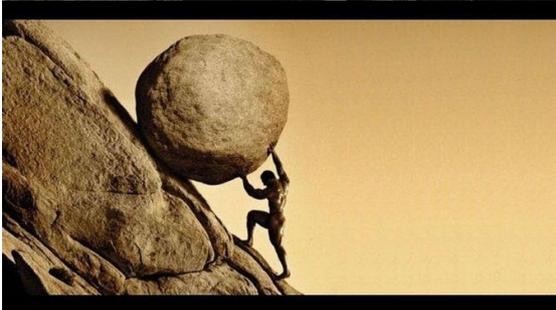
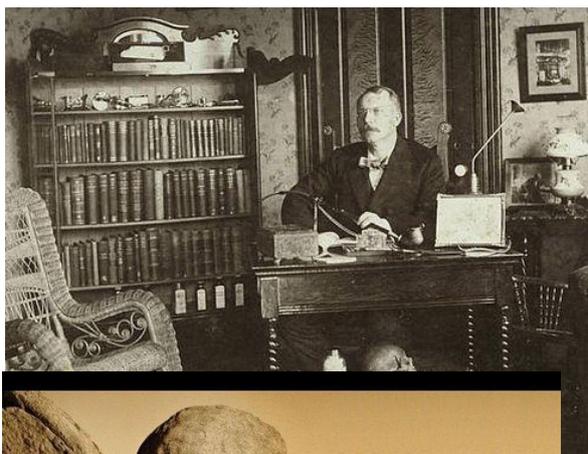
Par ailleurs j'ai été teste + au covid 19. Anosmie et aguesie brutale.

Il est également effarant de voir les gens parler de tout et n'importe quoi (surtout n'importe quoi), avec la chloroquine... Société du média où si le Mr a la TV dit que la chloroquine c'est bien, c'est forcément bien... qu'il soit proctologue ou simple journaliste...

Bref, avancée dans l'introduction de thèse que je remanie, pas mal de données dataient de 2017. Le sujet est tellement vaste, il faut bien se cadrer, même si pour moi les idées sont très claires... Le travail en collaboration en MG est une évidence absolue... mais doit se débattre dans une administration kafkaïenne, prônant l'hospitalocentrisme depuis 1958 et n'a pas encore compris les tenants et aboutissants actuels des soins primaires.... Le scandale des masques et tests non dispos en MG en est frappant d'exemple...

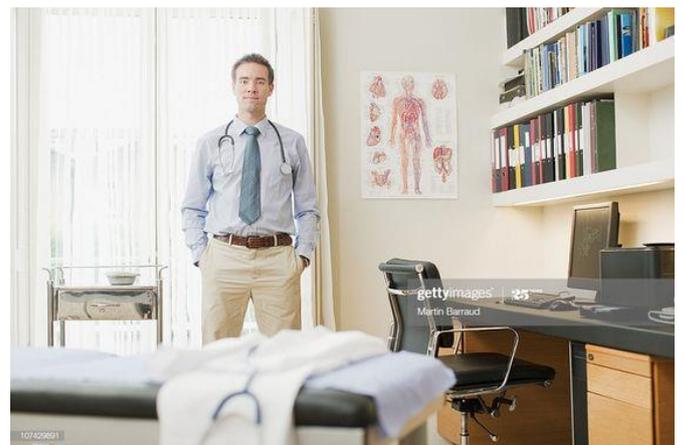
J'ai eu envie encore une fois d'exprimer mes ressentis (constants et récurrents en image)

### Paradigme passé en MG (1800)



### Actuel 2020

(Il y a un ordinateur sur la droite)



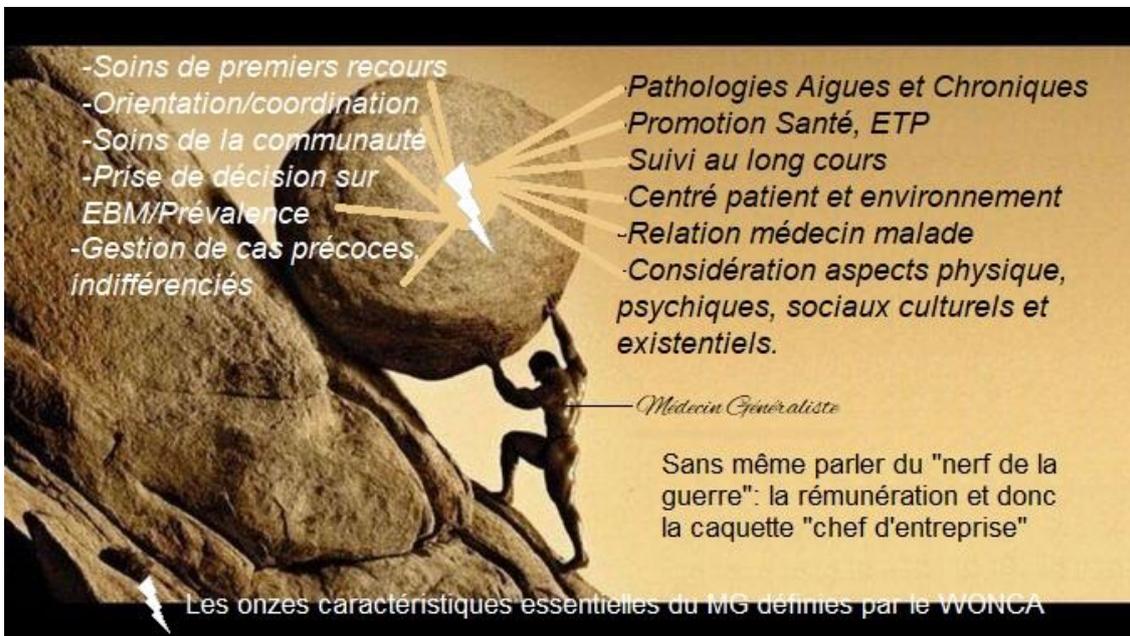
Une belle métaphore...  
Le mythe de Sisyphe...  
puni d'avoir pris son indépendance...

Face aux dieux, qui ne voient que l'hospitalocentrisme (et ne connaissent pas le carré de white)



Mais au fait, quelle est cette pierre ?





Est-ce le destin, problème non solvable ?



« Il ne faut pas compter sur ceux qui ont créé les problèmes pour les résoudre » A. Einstein  
 Nous faisons exactement l'inverse !

## Déconstruction des aprioris.

### 1) Quelle est la question initiale que je pose ?

Quelles sont les perceptions des acteurs de santé français des compétences des MG potentiellement transférables à d'autres acteurs de santé ?

### 2) Comment en suis-je venu à me poser cette question ?

Expériences cliniques aux Etats Unis différentes façons de travailler, avec des infirmiers et médecins de familles avec champs de compétences étendus, des aides pour le médecin durant les consultations, avec des infirmières spécialisées dans de nombreux domaines dont l'éducation thérapeutique. Super intéressant, ça n'existe pas en France. Exemple des « minute clinic » où une infirmière appuyée d'algorithmes décisionnels peut poser un diagnostic pour des pathologies simples et fréquentes. L'anamnèse, diagnostic et thérapeutique effectuée par une IDE et pas médecin, fut génial et déroutant à la fois, le tout supporté par l'IBM. Stages faits aux USA dès la deuxième année avec la découverte de la « puissance logistique » le tout appuyé sur l'évidence base et des soins standardisés avec un travail en équipe important où chacun effectue son rôle et respecte la qualité de l'autre. (Médecins assistants, infirmières praticiennes, medical scribes etc). Etant externe la différence culturelle et organisationnelle fut frappante, avec une formation parfois aléatoire et une pratique beaucoup plus empirique. découverte des reco, passage du modèle empirique. Initialement, très peu de critiques de l'EBM, vue comme une panacée faces aux difficultés cliniques et logistiques de la vie réelle.

Le passage d'étudiant à praticien fut une l'acquisition d'une maturité pour accepter la réalité telle qu'elle est avec une démarche scientifique d'analyse: poser le pour et le contre, balance bénéfices/ risques, événements critiques... Durant les stages hospitaliers difficultés du métier de médecin au niveau diagnostics et thérapeutique

et d'autres tâches parasitiques, surcharges administratives, gestions de non médical la plupart du temps... Frustration comparée aux EU (médecine faite aux EU et nous « tout sauf ça »).

Ne pas prendre le temps de se pencher sur la relation et sur la discussion, accélérer et passer au patient suivant mais avec gros manque d'organisation en amont : déshumanisation possible par surcharge administrative et nombre de visites à faire... Frustration : patient qui décompense : tu fais tout : médecin, IDE, brancardier, ... stress+++ Investissement et motivation épuisées à terme par la surcharge administrative. En stage de MG : problématique entre rentabilité et qualité. Mode de rémunération au détriment de la qualité. Organisation à faire du libéral. Pas d'organisation des MG qui ne délèguent pas. Paradoxe entre monde Anglo saxon (codification, mots et posologie en toute lettre) différence dans la traçabilité. L'accès aux assurances est un problème pour les autres pays Anglo saxons et la rentabilité : défi à affronter.

Tous les actes techniques sont côtés alors que acte intellectuel pas compté (sur demande d'exams complémentaires au détriment du raisonnement) sauf si actes surcotés (difficulté et temps passé).

Déconstruction de « tout est au mieux aux EU »

Image de la plongée « suivre ce que disent les gens pour les EU : plus de clous pour les EU et moins de clous pour les français mais plus de réflexivité pour les français... ».

Avantages au système américain : démarche transhumaniste. Problématique accès aux soins aux EU+++

Idéalisation d'un autre système. Pratique anglo saxonne peut être pas bonne.

Pragmatisme dans le travail de l'armée : approche survivaliste. Vie réelle à prendre en compte.

La littérature montre que ce système de délégation de tâches est déjà en place chez les anglo-saxons depuis 1960... toujours pas en France en 2017, pourquoi ?

### **3) Pourquoi cette question est-elle pertinente ?**

Dans notre pratique quotidienne en stage hospitalier, en cabinet, aux urgences, faisant face à des problématiques de démographie médicale, problèmes économiques (systèmes de santé déficitaires), désintérêt des soins primaires alors même que leur rôle clef est démontré, problèmes d'orientation des patients de prise en charge (urgences engorgées par des patients non urgents, phénomène d'épuisement professionnel chez les médecins, sur risque vis-à-vis du suicide ; il semble évident que de nombreux points sont améliorés.

> De nouveaux modes de travail (work flow) avec délégation peuvent-ils être une solution à un ou plusieurs de ces problèmes : travail en équipe, pouvant revaloriser les soins primaires, meilleure éducation de la population, meilleur suivi, orientation, meilleure gestion des coûts économiques, possibilités de recueil de données pour réalisation de plus d'études en soins primaires ...

### **4) Si j'étais moi-même interrogé, quelles seraient mes réponses, mon vécu ?**

Ce problème de délégation me semble fondamental pour libérer du temps médical aux médecins, et permettre plus d'éducation, passant d'un système paternaliste à un système horizontal (préventif) où le patient se responsabilise et comprend mieux les enjeux de sa santé : meilleur et efficace et qualité de soin...

C'est ce que j'ai ressenti à l'étranger mais cela est certainement biaisé par mon « œil de touriste de passage »

### **5) Quelles réponses j'attends des informateurs ?**

Intérêt vis-à-vis du projet de la part des médecins pour se libérer des tâches non médicales peu intéressantes ; et des paramédicaux intéressés par une extension de leurs champs d'action, nouvelles compétences, intérêt vis-à-vis de cette belle perspective d'évolution des soins primaires.

Mais grosses limites économiques (financement ?), politiques administratives légales (quel cadre, formation, organisation, responsabilité ?), enjeux de pouvoirs (perte de suprématie, « mise en concurrence ») ... d'autant plus dans un pays assez conservateur, craintif, absence de légitimité ?, frileux vis-à-vis des « nouveautés » (ex : start up françaises leaders mondiaux qui s'expatrient par manque d'investisseurs français en France (ex robotique)

### **6) Quelles réponses me surprendraient ?**

Réponses extrêmes, une adhésion franche et totale au sein des générations plus anciennes, ou un désintérêt complet avec obscurantisme chez les populations « jeunes »

### **7) Quelle est finalement ma question de recherche ?**

Quelles sont les perceptions des acteurs de santé français des compétences des MG potentiellement transférables à d'autres acteurs de santé ?

## **Verbatim P5**

### **1- Quelle profession exercez-vous ? En quoi consiste votre métier ?**

Alors donc je suis spécialiste en médecine générale. J'exerce depuis 30 ans en milieu rural. En quoi consiste mon métier ? C'est la prise en charge globale des patients d'avant la conception jusqu'à leur fin de vie. J'assure... en fait mon rôle c'est surtout le 1<sup>er</sup> recours donc les gens viennent voir quand ils ont un problème, pas de problème.

Mon rôle c'est de les écouter à partir de la dévaluer le risque diagnostics, évaluation diagnostique est d'ordre médical, assurer la prévention, la promotion de la santé. Voilà !

Prévention, promotion, accompagnement, prise en charge du patient, assurer la continuité, coordination des soins coordonnés leur parcours.

Et donc c'est très vaste (rires) je pense que j'en oublie !

### **Vous également d'autres rôles n'est-ce pas ?**

Je travaille donc avec une infirmière azalée depuis 7 ans. J'ai été la 1<sup>re</sup> équipe en région Occitanie à mettre en place azalée, c'est une coopération entre médecin généraliste infirmière.

À partir de là c'était l'événement motivationnel, au-delà de l'infirmière, de faire une maison de santé pluri professionnelle, qui était agréée en 2018. Donc on a signé des accords conventionnels inter- professionnels, dont je manage également la maison de santé.

Et là je suis sur un projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) car autant sur le village dans lequel je suis n'avons pas de problèmes de démographie médicale, mais autour ça s'effondre complètement avec des populations assez précaires... Donc je porte ce projet. Je suis aussi membre du conseil d'administration d'azalée.

Je suis maître de stage universitaire, je participe aux enseignements du département de médecine générale de la faculté de Toulouse. Je suis syndicaliste aussi, au syndicat de médecin généraliste MG-France depuis 2,3 ans.

Donc je pense que je n'ai pas oublié d'autres casquettes...

### **Vous devez être confronté à de nombreux débats autour de vous ?**

Absolument absolument ! Le constat qu'on fait... souvent je dis qu'on est dans une révolution, on vit un moment extraordinaire, à la fois très déstabilisant et c'est pour ça qu'il y a des crispations et des corporatismes, mais on est aussi dans une période extraordinaire puisque finalement on est en train de vivre un changement de paradigme avec une prise de conscience de la nécessité d'investir davantage dans les soins primaires, les soins de 1<sup>er</sup> recours, de les organiser... chose que l'on a pas fait depuis des années puisqu'on avait centré tout le dispositif sur l'hôpital...

donc voilà, c'est investissement, mais quel investissement ?

Bien sûr ça crée des luttes entre l'hôpital et les soins ambulatoires, on essaie de développer des complémentarités... mais ça crée aussi des problématiques puisque que la médecine générale, la charge de la médecine générale, la barque est de plus en plus chargée, donc du coup il va bien falloir déléster des choses, ce qui nous envoie à la question, à la problématique de la délégation de tâches ! Mais bon en même temps c'est un vrai changement !

Et comme dans tout changement il y a de la résistance, il y en a qui sont ; je vais reprendre les termes de l'azalée dans l'ETP ; « en situation pré-contemplative », ils n'ont pas envie que ça bouge, mais qui veut rester la... je dirais que ça fait un peu près 30 % de la population de médecins généralistes,

il y en a 30 % qui regardent et qui se disent donc de toute façon je n'ai pas trop le choix il va falloir changer, oui quand même je vais trouver des bénéfices mais mais...

et puis 30-35 % qui sont dans le changement ! Qui ont déjà changé ! Qui sont déjà en route !

J'analyse un petit peu, l'observation que je fais c'est une peu sous cet angle la

C'est à la fois fascinant, mais politiquement grosse responsabilité pour nous en tant que syndicalistes pour prendre les bonnes décisions. Et puis il y a la temporalité des politiques, et la temporalité des professionnels. Le changement ça prend du temps, hors les politiques sont contraints par des échéances et des mandats qui sont courts... globalement ils travaillent pendant 2-3 ans puis des élections arrivent donc ils ne font plus rien, donc pendant ces 2-3 ans, ils en profitent parfois pour faire un tas de conneries ! (rires)

Donc voilà la question elle est de les tenir, et d'essayer d'aller, de tirer les choses dans le bon sens... souvent je me décris dans ce que je fais, comme un peu dans le cockpit avec un tas de personnes dedans et on tire le manche tantôt d'un côté pendant que les autres le tirent de l'autre côté etc... Il faut que chacun trouve sa place, et qu'au final on arrive un système pertinent, qui sera accessible parce que quand même MG-France, notre vision c'est toujours, notre leitmotiv l'accès aux soins pour tous, avec un système solidaire et organisé, accessible à tous et de qualité !

### **2- Qu'est-ce qu'est pour vous le métier de médecin généraliste ?**

C'est une grande questions (rires). Alors le métier de médecin généraliste je le redis, c'est un médecin de 1<sup>er</sup> recours qui va prendre en charge les patients, je répète ce que je dis.

Donc 1<sup>re</sup> porte d'entrée dans le système de santé, qui accompagne les patients tout au long de leur parcours de vie et qui les oriente, qui coordonne leur parcours, qui a une approche globale.

On a à la fois une approche sur ; on dit ; l'organe, la problématique organique, mais aussi sur la problématique de cet organe dans cette personne et de ce qu'elle vit et dans son environnement.

C'est l'approche holistique, au OPE : Organe, Personne, Environnement, qui a cette spécificité d'approche globale, d'approche dans la durée. Hein, on suit les générations, moi je suis les enfants des enfants que j'ai suivi ! Donc ça me donne un autre regard voilà j'ai cette capacité quand je vois un patient de connaître déjà tout un pan de sa vie, tout un pan de son hérité, de sa souffrance de vie ou de sa joie de vivre, des ruptures qu'il a eues, de son parcours de vie. Donc voilà c'est cette approche la !

Je redis quand on a un patient qui vient, notre objectif ce n'est pas de faire diagnostique ce qui est souvent méconnu, ce que je dis souvent à mes étudiants, c'est d'évaluer le risque diagnostique ! C'est-à-dire aujourd'hui ce patient avec une douleur lombaire, il a-tel signe et tel signe, mon risque diagnostique c'est la pyélonéphrite. Donc en conséquence de quoi je faire ça, ça et ça. Donc nous sommes là pour évaluer ce risque diagnostique, mettre en place des actions et comme l'a développé la SF MG, n'est pas forcément là pour faire des diagnostics.

Les diagnostics c'est plus hospitalier ou après une batterie d'examen. Et on a souvent plus de résultats de consultations que des diagnostics vrais.

Après on a tout en versant qui s'est développé ces dernières années, accompagnement, suivi des pathologies chroniques. Tant qu'on est à la fois dans l'aigu, et dans le suivi des pathologies chroniques, avec l'aspect d'éducation thérapeutique, accompagnement l'aspect aussi de prévention, de dépistage puis après le métier de médecin généraliste aujourd'hui c'est aussi le métier de management d'équipes !

De plus en plus on se rend compte qu'avec l'augmentation du nombre de pathologies chroniques, la transition épidémiologique, on se rend compte qu'on ne peut plus tout faire tout seul, donc on doit se faire aider par les autres professionnels. Et pour cela doit déjà muscler notre équipe interne, avec des secrétaires, des assistants médicaux, des infirmières, et puis il faut manager toutes ses équipes là aussi.

Donc il y a une fonction qui apparaît, je trouve, de management d'équipe du médecin, et puis après la question de coordination des soins autour des patients avec l'autre cercle de professionnels qui gravitent autour du patient. Et puis après ce qui devrait apparaître à mon avis je l'espère, c'est tout l'aspect recherche en soins primaires, qui commence à émerger mais qui est encore beaucoup trop à la marge. Ça c'est bien dommage, car tant que le mot fera pas de la recherche expérimentale, enfin je ne sais pas comment on appelle ça, qui appartient expérience quoi, pas de la grande recherche mais de là recherche ... voilà quoi ! Qu'est-ce qu'on constate ? Cette capacité à faire ça, à produire de la donnée, faire de la recherche. Je pense que cela sera vraiment une avancée... mais je pense qu'on y arrive !

### ***Donc ça c'est plutôt localement, et au niveau du système dans son ensemble ?***

Pour moi ce niveau local il y a tout ce qui est autour du patient, tout ce qui est autour de la patientèle, dépistage, repérage, prévention, prise en charge de pathologies aiguës, pathologies chroniques, éducation thérapeutique.

Tout ce qui est patientèle, la cité ment toujours pareil les repérages, le dépistage, les campagnes de prévention, la santé publique, et le management de l'équipe pour prendre en charge la patientèle. Et après il y a tout ce qui aspect population, donc organisation entre nous au niveau des soins primaires et relations vie l'hôpital etc.

et le médecin généraliste est à tous ces niveaux là et il doit rester manager dans tous ces éléments-là !

### ***Donc il a un vrai rôle clef de pivot, mais on en entend assez peu parler (vs hôpital etc) ?***

Alors je pense que c'est surtout question de place qu'on a donné à la médecine générale toutes ces dernières années. Nous pensons ; nous MG France ; que nous avons été les oubliés du système, déjà du point de vue financière avec des honoraires qui n'ont été revalorisés qu'en 2016, des honoraires qui ont été à la traîne de toutes les autres spécialités médicales et surtout les **spécialités cliniques** au-delà de la médecine générale ; alors que l'on a beaucoup valorisé les **spécialités techniques**.

Donc voilà, la médecine générale a été le maillon faible du système et pourtant un maillon essentiel voilà !

Et ce que disait le président précédent, le Docteur « Lecher ? », Il affirmait qu'il n'existait pas de système au monde viable sans médecine générale !

### ***3- On entend souvent parler de **transfert de compétence/Délégation de tâches**. Quels serait selon vous les termes les plus appropriés ? Qu'entendez-vous par ces termes ?***

Alors étant dans azalée, je suis très attaché à la coopération. Coopérer, il y a la notion de « Co » ensemble, et « opérer » travailler, ensemble.

Le problème des transferts, les délégations, le risque c'est toujours le problème de la perte de compétence du celui qui délègue, qui transfère

Quand on travaille ensemble sur un sujet on doit rester en alerte par rapport à ce sujet.

De l'autre côté on a transféré, on ne s'en occupe plus, terminer on perd nos compétences ! Et le jour où ça nous revient, on est plus compétent pour ! Et c'est un peu le risque.

Le problème est jusqu'où va l'autonomie ? C'est vrai que les professionnels, notamment les infirmières sont en demande autonomie. Moi ça ne me pose pas de problème mais la question de l'autonomie, c'est le problème de la confiance. Je travaille avec une infirmière azalée, elle est autonome par ce que j'ai confiance en elle. Mais on travaille ensemble !

Je sais qu'elle voit un patient, je lui dis ce patient là il y a ça ça ça ça, OK, pas de soucis, j'ai un retour, il y a des allers-retours, on a de la communication. On travaille ensemble autour du patient pour l'accompagner dans son changement de comportement, dans sa pathologie chronique.

Quand on transfère on ne s'occupe plus. Quand on délègue pour moi il y a une notion de (hésitations) quelque chose qui ne me plaît pas. Vraiment, quelque chose qui ne me plaît pas...

après toute la problématique effectivement dans le transfert, il y a une certaine forme de sécurité sur le plan de la responsabilité, ce n'est plus ma responsabilité, donc quelque part je peux m'en foutre... dans la question de la délégation on reste responsable, donc on n'a pas trop intérêt à s'en foutre !

Mais d'un autre côté, je suis responsable de quelque chose que quelqu'un d'autre fait !

Donc il faut vraiment que j'ai confiance en lui !

Donc je trouve que c'est biaisé d'un côté comme de l'autre...

Et c'est vrai que moi pour avoir expérimenté de façon vraiment approfondie azalée, pour moi le modèle il est là ! Il est là ! Il est dans cette coopération, former un binôme, travailler ensemble, chacun dans son niveau de compétences en développement des complémentarités en équipe.

### ***Question sur le glissement de compétence (délégation hors cadre) fréquente au quotidien ?***

Mais dans la mesure où une équipe formalisée... comme je le disais c'est la notion de la confiance, l'équipe qui est formalisée, qui est manager, organisée. C'est une question humaine, mais là les choses elles roulent ! J'ai des secrétaires, j'ai maintenant depuis peu une assistante médicale, une infirmière azalée. Les choses elles roulent ! Quand on connaît les personnes, quand on a confiance, surtout quand ça s'inscrit dans la durée et du coup ça se fait !

Après déléguer à une profession, parce que la question du transfert de tâches de la délégation, c'est délégué à une profession, et pas déléguer une personne ; enfin déléguer à travers de la profession d'une personne ça se fait souvent en dehors d'un contexte...

comme on a proposé aux infirmières la vaccination, aux sage-femme vaccination des nourrissons etc.... voilà, les limites sont floues les responsabilités ne sont pas claires, on est pas très incité le faire ! C'est quand même la peur d'être... qui porte

responsabilité ? C'est le sujet ! Et puis la 2<sup>e</sup> chose, on y viendra tout à l'heure, c'est le modèle économique qui est sous-tendu par le problème de la délégation et du transfert de tâches !  
Tant qu'on n'a pas modifié notre modèles économiques, ce sera quand même compliqué ! On ne sera pas très incitatif ! On a pris énormément de retard là-dessus !

- 4- *Saviez-vous que chez les Anglo saxons (pays nordiques), la délégation de tâche est établie depuis les années 60 ; quelles sont pour vous les **limites** à son installation en France ? Les facteurs **facilitants** ?*

Je pense qu'il y a plusieurs paramètres. Après c'est un sujet sur lesquels d'autres collègues seraient beaucoup plus compétents que moi. Moi ce que j'observe avec ma naïveté c'est qu'il y a eu un conservatisme important, une volonté de la société des médecins de garder beaucoup les choses... c'est toujours le problème du système un petit peu organisé de façon pyramidale, étatique...

je pense que ce côté descendant a permis certainement les innovations, les choses comme ça

Après je pense qu'il y a la question du modèle économique qui aurait pu basculer lors de « l'option référent » je vous encourage à aller voir... de mémoire c'était dans les années 1996, où nous avons fait une proposition (nous MG-France) de faire de façon optionnelle une rémunération forfaitaire pour les patients.

#### **Passer de la tarification à l'acte à une rémunération par capitation ?**

Exactement ! C'est-à-dire que les médecins référents, pouvait signer une option conventionnelle avec la caisse d'assurance maladie dans laquelle ils acceptaient d'être « le chef d'orchestre » de la santé, des patients qui acceptaient de signer le contrat avec leur médecin.

Ça va vous faire rêver... c'est un peu d'histoire ! (rires) Il faut vous renseigner là-dessus ! C'est hyper intéressant !

Donc les médecins référents disaient : « OK, moi j'accepte d'être le médecin référent de ce patient, donc je fais un courrier quand je l'envoie au spécialiste, je pilote son dossier, je tiens un dossier médical ; j'accepte le patient passe par moi pour aller voir un spécialiste, je m'engage à me former huit jours par an, le rêve ! (sarcastique !)

Je m'engage à prescrire des génériques (ouh ! là, ça coïncit !)

En contrepartie je m'engage à faire le tiers payant pour les patients ... et je pilote son dossier, je coordonne son parcours ! 96 je crois !

En contrepartie je reçois quarante-six euros par an et par patient de forfait, mais je m'engage aussi à ne pas faire plus de 7500 actes par an... 7500 actes à l'époque... on n'était pas dans le même temps, il y avait moins de pathologies chroniques, on faisait beaucoup plus d'aigu ! Moi je les faisais...

En contrepartie, le patient qui signalait avec le médecin, lui disait oui j'accepte de passer de par mon médecin généraliste pour aller voir le spécialiste, je n'y vais pas directement c'était donc la question du parcours qui se posait. J'accepte qu'on me prescrive des génériques, je bénéficie du tiers payant et voilà...

On a signé ça ! Il y a moins de 10 % des médecins qui ont pris ! Bien sûr les médecins de MG-France on était traité de... enfin la CSMF et l'ESML ont fait capoter cette option là, mais de façon dramatique ! Il faut relire, hein, Cabrera et Chassang à l'époque ... ont fait capoter ça !

et là c'était la transformation... on était trop tôt comme d'habitude on était probablement été trop en avance... trop novateur !

Les spécialistes ont aussi eu peur du « Gatekeeper », ils se sont dits ça passe par le généraliste, ils ne vont plus nous adresser ! Les spécialistes c'est la SML, ils ont eu peur du « Gatekeeper », de passer par le généraliste et donc d'être régulé, et donc c'était contre la dérégulation de l'accès spécialiste. Aujourd'hui il y a pas plus de médecins spécialistes que de médecins généralistes et les accès directs enfin le parcours... pfff pfff...

Une fois qu'on a fait capoter ça si vous voulez, qu'est-ce qu'ils ont mis en place ?

Le médecin traitant !

Ils ont repris tous les concepts saufs que quand on a mis le médecin traitant en place il y avait zéro euro de forfait ! C'est MG-France qui a réintroduit les forfaits dans la convention 2011 ou 2012 avec cinq euros le forfait... On s'est foutus de notre gueule en nous disant avec cinq euros forfait vous vous foutez de notre poire... aujourd'hui on a quand même des forfait à 80 euros pour les patients qui ont plus de 80 ans en ALD !

Bon on a quand même réussi à remonter la pente ! Mais en combien de temps ? 1996-2020 ? en 25 ans !

#### **Donc on parle de corporatisme ? Mais il est aussi présent dans d'autres pays, et pourtant par confort de travail, bénéfiques pour la santé des patients, cela a été mis en place ?**

Je ne sais pas répondre à cette question... pourquoi n'a pas lâché tout ça ?

Pourquoi on pas réussi à lâcher ça... ?

Après il y a le modèle économique aussi. Il a toujours été plus facile de faire des actes ! Comme on n'a pas revalorisé aussi des choses si vous voulez... voir une angine, moi ça me prend quinze minutes, mais certain ça leur prend 5-7 minutes...

#### **Donc problématique de la tarification à l'acte ?**

Oui ! Et oui ! Tarification à l'acte qui est aujourd'hui un frein majeur ! Frein majeur !!

Et d'ailleurs on ne s'en sortira pas tant que...

il n'y a pas d'incitation à déléguer ! Mais bien sûr !

Il y a aussi le manque de coordination entre les acteurs. On va dire qu'aujourd'hui les infirmières sont les vaccins, très bien. Moi ça fait longtemps qu'elle, cela ne pose pas de problèmes. Sauf qu'il manque la traçabilité ! Quand je prescris les vaccins et que c'est l'infirmière qui les fait, très bien ! Je n'ai pas de logiciel partagé....

### ***Mais l'infirmière peut le noter dans le carnet de santé ?***

Oui mais pas toujours, il est votre carnet ? À vous l'avez perdu...

Tout le problème il est quand même là ! Carnet de santé électronique oui d'accord dans ces conditions il faut avoir aussi les outils aussi qui font qu'à un moment donné il y ait la traçabilité derrière, sinon c'est du grand grand n'importe quoi !

Bon nombre de pharmaciens, ont vacciné contre la grippe, moi je n'ai pas de soucis, je n'ai qu'une seule pharmacie, on s'entend super bien avec le pharmacien, il me fait tout le listing il m'a tout envoyé, tout le truc, je savais tout, bon ok, moi ça me pose aucun problèmes mais par contre je veux savoir qui sont mes patients qui ont été vaccinés, pour avoir des statistiques etc. Mais quand vous êtes à Paris, ils sont vaccinés à droite et à gauche, le pharmacien vaccine point barre !

### ***Différences culturelles, sociologiques, pourquoi à-t-on du mal à reconnaître les compétences de l'autre ?***

Mentalité française, Louis XIV ? Voilà... et puis le mode de sélection aussi !

Je pense que c'est aussi la mentalité française élitiste avec la sélection pas un concours hyper difficile...

J'avais discuté avec un psychiatre, psychanalyste avec lequel je faisais une formation sur les problématiques que je rencontrais et il y a un certain nombre d'années quand la première maison de santé s'est mise en place dans un village où il y a deux maisons de santé à l'initiative de la communauté de communes, il y avait un conflit de leader, avec moi et l'autre leader de la maison de santé !

Je lui disais je ne comprends pas... on arrive pas à... et il me dit : « tu ne t'en sortiras jamais Margot, ce n'est pas possible, sélection par le haut, on sélectionne les loups, donc les loups se mangent entre eux ! »

Donc loups dominants ! Il y a eu aussi pendant des années et des années, alors ça c'est peut-être hors sujet, toute la soumission à l'autorité des spécialistes. On a quand même été beaucoup sous la coupe des spécialistes, des autres spécialités que la médecine générale.

Ce qui fait que ça n'a pas été incitatif ! Et puis la compétition, on entretient la compétition ! Donc quand vous entretenez la compétition dès le départ de la première année comment voulez-vous dire après : « coucou tes mon copain ! »

La compétition existe depuis le CP, depuis le primaire... la structuration avec laquelle on enseigne, l'éducation des enfants. On encourage pas à parler en public.

La structuration des sociétés sont différentes aussi je pense...

Les sociétés anglo-saxonnes sont aussi compétitrices mais peut-être pas de la même façon ; dans l'approche je pense. Quand on voit les Anglais et les Américains, ils n'ont pas tellement de difficultés à s'exprimer, ou à dire ce qu'il pense. Ils sont assez francs !

Je sais qu'en Angleterre au niveau de la scolarité, ils ont des « assembly » ou même tout petit il s'expriment devant les autres il parlent, et chacun respecte la place de l'autre même si ils sont compétitifs ; mais ce n'est pas la même façon d'être. Je pense qu'il y a aussi ces éléments-là, avec notre côté latin.

### ***Cadre légal et champs de compétences flous ? (Ex Diabétique ou patiente avec pb gynéco)***

Absolument, absolument ! On ne sait plus qui fait quoi ! Puis tantôt elle va chez le gynéco, tantôt la sage-femme et puis elle va chez le généraliste quand il y a vraiment un gros problème ... tout le problème si vous voulez, c'est qu'on a le monde à l'envers. Les pédiatres... enfin maintenant la pédiatrie est en train de disparaître puisque le suivi de l'enfant c'est le médecin généraliste ! C'est comme la gériatrie ! Aujourd'hui on en train d'inventer une spécialité, la gériatrie !!? Bon alors après qu'on fasse des études en gériatrie, des trucs, des machins et qu'on nous sorte un référentiel d'accord !

Mais la gériatrie et la pédiatrie, le soin à la population c'est la médecine générale !

Les pédiatres voyaient les enfants quand il allait bien pour faire les dépistages et autres et nous ou les récupéraient ils avaient quarante de fièvre avec un tableau de méningite !

Il y a des choses qui ne sont pas très logiques quand même !

Et la gynéco pareil, quand elle va bien... et puis quand elle a la super infection, la Super salpingite, il n'y a plus moyen de l'envoyer nulle part ! C'est le monde à l'envers !

On récupère les casseroles du système, hein globalement !

Et maintenant les casseroles du système, c'est tous les problèmes psychosociaux, la santé mentale qu'on récupère.

Et aujourd'hui c'est ça qu'on récupère ! Je disais à une collègue hier, tu sais faire une formation sur les formations psychosociales parce que ça devient l'enfer !

Des gens hors sol, complètement « has been » moitié psy, moitié machin avec des addictions en pagaille et là tu vois des gens qui errent et qui finissent donc dans nos cabinets, car c'est le seul endroit où il y a de la lumière en proximité !

### ***Facteurs facilitants ?***

Aujourd'hui, c'est sûr que c'est vraiment une opportunité, la crise démographique ; on a fait un colloque là-dessus il y a quinze jours ; sur la crise démographique, un défi pour les professionnels, un enjeu pour les politiques ; ou un enjeu pour les professionnels, un défi pour les politiques, on peut le prendre les deux sens !

Mais c'est vraiment... il faut en faire une opportunité pour le changement !

Mais à condition qu'on les mette les moyens ! C'est une opportunité car effectivement on se rend compte que on ne peut plus tout faire, qu'il y a vraiment un de choses qui ne sont pas du tout de notre ressort. Effectivement moi ça ne posera pas de problèmes de ne pas avoir une angine, de ne pas vacciner... mais il faut que ça reste dans notre champ ! C'est-à-dire que ça reste quand même notre périmètre...

car quelqu'un qui fait 5 infections urinaire c'est significatif sinon on fait du ponctuel, on découpe!

Le risque aujourd'hui par les politiques qui sont prises de faire de la délégation un peu à la sauvage comme ça, c'est de découper les événements et d'en faire que des...

c'est comme quand vous traitez un symptôme ! Si vous faites une médecine symptomatique, à aucun moment donné vous rassemblez toutes les pièces du puzzle, pour dire à c'est ça le problème !

Donc on a besoin de garder cette vision méta, macro, du patient avec les pièces du puzzle pour identifier les vraies problématiques.

### ***Donc la coordination ?***

Cette délégation, en faire une opportunité oui et en faire une opportunité dans le cadre, il faut que ce soient les professionnels ! La question de protocolisation, OK, mais il ne faut pas qu'elle soit décidée en haut. Elle doit se faire par les professionnels, entre eux, en fonction des spécificités de leur territoire, en fonction de ce qu'ils ont envie aussi de faire les uns les autres et en respectant les uns et les autres ! C'est avant tout une dynamique humaine. Après qu'il y ait des protocoles, des choses, des aides, des soutiens ; chacun s'en saisit et le met à sa sauce, pas de soucis, tant mieux au contraire ça va nous aider à monter en puissance rapidement ! Pas que nous ayons à réinventer la poudre à chaque fois. Voilà sollicité voulu sur la base d'une action personnelle. Voilà c'est le professionnel qui se met en marche et dit voilà, je voudrais travailler avec toi et protocoliser et les choses.

### ***Comment faire dans un système étatique avec tellement de freins législatifs ?***

Je vous le demande... (rires) je ne sais pas !

Si vous voulez qu'est-ce qui fait la force ?

Je reviens sur azalée puisque c'est complètement l'inverse ! Azalée est construite à l'inverse d'un système étatique. C'est une association organisée sur un mode holacratique ! D'ailleurs ça perturbe tout le monde ! Où est le chef ? Qu'est-ce qu'on dit en haut lieu ? Etc. mais on ne dit rien en haut lieu ! Tu es responsable de ce que tu fais !

Et cette souplesse permet l'adaptabilité. C'est-à-dire qu'il n'y a pas deux équipes, pas de binôme ; moi je parle toujours de binôme infirmière médecin ; il n'y a pas de binôme identique. Chacun coopère avec qui il a envie.

Donc ça respecte chacun dans ses compétences, les infirmières ont cette grande compétence d'avoir une souplesse d'adaptabilité. Et c'est cette souplesse et adaptabilité qui fait le succès du dispositif ! Et je monte en puissance. Il y en a qui sont capables de déléguer plein de choses, d'autres un peu moins, donc il faut y aller en douceur. Là c'est la question du changement !

### ***Mais aujourd'hui il n'existe pas de cotation de consultation infirmière ?***

Aujourd'hui on essaie de courir après ça en ayant mis en place la question des assistants médicaux et des infirmières de pratiques avancées (IPA). Donc les assistants médicaux plus sur le versant administratif, car ce qui nous bouffe du temps aujourd'hui c'est la traçabilité des données. On le voit même à l'hôpital les infirmières et les médecins passent plus de temps à l'extérieur de la chambre qu'à l'intérieur de la chambre !

Il faut quand même retrouver de la relation on ne voit plus les gens pleurer, plus leur émotion s'exprimer en non verbal car nous sommes sur nos écrans !

Avant pouvait faire des consultations quinze minutes, certes c'était peut-être court et encore... maintenant on laissait en vingt-cinq minutes je pense qu'on ne passe pas cinq minutes à les regarder car on est là en train à regarder nos vaccins, nos trucs, et en plus on a des dossiers... excusez-moi je fais le maximum. Mais je pense qu'ils sont encore merdiques !

Donc pas assez abouti en tout cas je ne parle pas pour tous mes confrères, il y en a qui ont des supers dossiers, mais globalement c'est compliqué !

### ***Mais est-ce le travail du médecin de remplir des dossiers ?***

Exactement, non ! C'est pour ça qu'on essaie de mettre en place l'histoire de l'assistant médical. Moi je vois l'assistant médical que j'ai, c'est une de mes secrétaires que j'ai pour l'instant pris sur un tiers-temps. Je vais en partager une avec une maison de santé pour faire le lien à mi-temps. L'idée c'est que la deuxième assistante médicale accueille le patient, elle installe et ouvre le dossier, commence à regarder les coordonnées administratives pour l'instant... est-ce que les numéros de téléphone sont, quelle profession, couverture sociale, la personne de confiance ? Les directives anticipées ?

Des choses que je ne fais pas parce que il y a tout ça déjà rien que dans le dossier administratif !!

Voilà donc elle commence à faire ça, c'est de l'intérêt pour elle et ça me fait gagner du temps, enfin surtout ça augmente la qualité du dossier pour le moment mais pas vraiment du temps. Mais à terme l'idée... moi je fais des consultations sans rendez-vous car je ne veux pas que les patients atterrissent aux urgences comme ça mon bah l'assistante médicale elle installe ; qu'est-ce qui se passe ? Elle vient me voir, la bandelette urinaire elle est comme ça, douleur, allez hop on fait un électro, commence à faire comme ça !

Hélas les assistants médicaux qui sont en fait, salariés de nous. Ils ne sont pas rémunérés à l'acte ! Et après il y a l'histoire des infirmières de pratiques avancées, qui à mon avis émergeront pendant dispositif comme celui d'azalée. Parce que des infirmières de pratiques avancées en libéral mais peut-être dans des endroits, cette maison de santé, où il y a vraiment un travail de confiance et/ou connaît bien les infirmières, on travaille vraiment avec elle probablement que ça émergera mais ce sera à la marge.

Maidan azalée effectivement, l'infirmière que j'ai ; enfin elle ne voudra pas faire une Master IPA malheureusement ; mais ce serait tout à fait là-dedans car je travaille avec elle sur les patients hypertendus équilibrés, elle fait les auto mesures, revoit les patients, fait de l'éducation thérapeutique ; puis je lui dis voilà fait ordonnance la ; mais elle pourrait presque être en capacité si elle faisait le truc aller jusqu'au bout.

Le problème de l'infirmière de pratiques avancées c'est qu'aujourd'hui on a pas vraiment trouvé sa place car là on veut en faire à la moitié des petits médecins... on essaie de se caler sur les modèles à l'étranger mais on ne part pas des mêmes bases ! N'essayons pas de copier-coller mais inventons notre modèle !

### ***Et le droit de prescription pour les IDE ?***

Si elle est formée, si elle apporte sa responsabilité, si je suis informé, en supervision ça ne me pose pas de problème ! Mais il faut que je sois informé aussi de ça. Sans être forcément dans le flicage non plus ! C'est tout le problème !

Mon a tellement pas été construit là-dessus que c'est difficile de se projeter là-dedans !

C'est un nouveau paradigme

## **5- Quels seraient pour vous ses avantages ?**

Alors c'est permettre de l'accès aux soins parce que si on ne fait rien toute façon la médecine générale elle va faire ... plouf !  
On ne peut plus continuer comme ça, on est dans le mur, ce n'est plus possible !

C'est ce qui se passe !

Donc si on veut un système...

c'est l'accès aux soins ! C'est l'anti burnout pour le médecin, qui ne se sent plus seul.

C'est de la qualité pour le patient, il est vu par plusieurs intervenants, on l'écoute... moi je vois bien avec l'infirmière azalée, fait de l'éducation thérapeutique, on n'en faisait pas avant !

Les médecins me disaient je le fais... mais je n'en disais : « tu ne peux pas faire de l'éducation thérapeutique !! » Elles ont trois quarts d'heure les filles, trois quarts d'heure !!!

### ***Et suivi par IDE a montré meilleurs résultats chez patients équilibrés versus médecin ?***

Ah oui ! Oui ! oui !

Donc azalée, le financement a été conditionné au fait qu'il y avait moins de consommation de soins, un meilleur équilibre glycémique par rapport à la population normale, en tout cas plus proche des normes. Moins d'hospitalisation, moins de transport.

Donc de la qualité, ça c'est sûr ! De l'accès aux soins, de l'anti burnout pour les professionnels.

La survie des professionnels, tout le monde y trouve son compte quoi !

C'est de la valorisation aussi de ce que l'on fait, parce que franchement faire des angines et de la Rhino à l longueur de journée quand on a fait dix ans d'études... enfin je m'excuse mais aujourd'hui il faut quand même élever le débat !

Et se permettre surtout je pense d'investir d'autres champs. Aller vers une évolution ! Nous on a un échographe au cabinet ; bon n'a pas le temps pour l'instant de le faire ; faire de l'échographie, faire de la dermatoscopie, faire un peu de petite chirurgie , en soins primaires !

Se former pour faire des infiltrations ponctuellement chez les personnes âgées, bref donnait des soins de proximité de qualité !

Et le problème, ça je m'excuse, mais c'est vraiment le lobby des spécialistes qui se sont conservés. Et on voit toutes les lois anti médecin généraliste où on interdit de prescrire la terbotaline aux généralistes, on interdit de prescrire du midazolam aux généralistes, nous interdit de faire ci de faire ça etc. etc.

Donc ça c'était vraiment aussi une sanction contre la médecine générale. On n'a pas arrêté de la sanctionner, de la verrouiller et de la brider ! Et aujourd'hui on dit : « aaaah au secours la médecine générale ! »

On a toujours été la variable d'ajustement du système en fait !

### ***Et le législateur dans tout ça ?***

La question est là ! Il y a des gens qui ont compris, des gens qui tiennent les cordons de la bourse comme le directeur de la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie) que si il investissait sur les soins primaires, et notamment la médecine générale, mais une médecine générale organisée, de toute façon il serait gagnant à terme et qu'il n'aurait de toute façon pas le choix ! Lui il a bien compris ça !

Je pense que certains au gouvernement l'ont compris aussi. Le problème c'est qu'il y a des lobbys, il y a des lobbys des spécialistes très très importants. Il y a d'autres lobbys... et puis il y a une volonté d'aller vite ! On voit aussi certains syndicats de pharmaciens qui sont très en pointe qui veulent... et ça dérègle un peu le système !

Je pense que oui le législateur, il n'a pas le choix ! Il faut bien qu'ils se rendent compte que de toute façon il ne va pas s'en sortir autrement !

### ***Récupération de groupes privés également ?***

Absolument, c'est très facile pour eux, tout en rendant cela rentable !

Et c'est ça le drame ! L'enjeu aujourd'hui vous avait tout à fait raison, on voit les cliniques... ce qui se passe... merci de me mettre sur cette voie voilà!

La clinique à côté de chez moi, c'est le groupe Elsan, pour ne pas les citer qui a repris. Mais toutes les infirmières, tous les professionnels fuient. Ils fuient car pour faire du profit aujourd'hui, on fait du profit sur le soin ! C'est-à-dire quand on adresse aux urgences (donc aux urgences on prend des mercenaires, n'importe qui, n'importe quoi), donc les gens ils vont aux urgences, ils ont encore une vision, une représentation des urgences comme un endroit on va être soigné... mais ils sont mal soignés, ils sont maltraités... en plus on ne les écoute pas, on ne les croit pas... on leur dit : « vous faites suer à trois heures du matin de nous amener une douleur », ils ne supportent pas ! Et puis surtout si il est vieux, qui ne va pas rapporter grand-chose... et bien qu'est-ce qu'on va pouvoir faire sur votre dos ? Des colos ? des gastros ? Des machins, des trucs ?

On fait des coloscopie à outrance, il faut rentabiliser la machine. En gastro il a mal au ventre très bien, mais si ça persiste on va lui faire une coloscopie ! A 22, 23 ans !!!?

(choqué)

Putin... mais ça va où !!!???

je sais bien qu'il y a des MICI, mais quand même la prévalence de la MICI... enfin bref ! On fait tourner !

Donc on est vraiment en train de limiter l'accès aux soins ;

les gens qui ne comprennent rien, qui n'ont pas de fric qui n'ont pas que ceci sera pffuit, exclus !

Les vieux ... pffuit ! exclus à la maison ! Ou virés ailleurs !

Et puis le personnel, il est étranglé ! C'est-à-dire que là où il faudrait dix infirmières, ils ont cinq et qui tourment et qui n'en peuvent plus !

Avec le burnout des professionnels, ils fuient tous, ils sautent tous par la fenêtre dans ces trucs-là!

Et pendant ce temps-là, il y a des gens qui se sont du fric sur le dos....  
Le soin est devenu de niche, une niche où on est là pour se faire du pognon !

### **Donc on met en lumière une problématique... « capitaliste » Opposition entre soin et profit?**

Exactement ! Exactement !

Et c'est ça qui nous guette complètement !

Justement hier je vois une infirmière qui sort de la clinique et qui a eu un problème ORL avec son petit...

je lui dis il n'y a pas d'ORL !! (dans le secteur).. et elle me dit : « ah si si si le groupe ELSAN a trouvé des ORL ! » Il y a deux ORL qui viennent consulter....

Donc ça veut dire que le groupe arrive à trouver des mecs... c'est hallucinant !!!

### **6- Souhaiteriez-vous voir sa mise en place, voudriez-vous y participer ?**

Oui, la réponse est trois fois oui ! Nous ce qu'on a identifié avec Jacques, et c'est ce que j'ai présenté au congrès de la médecine générale l'année dernière ; c'est les deux niveaux ; et ma vision, notre vision ; jeudi notre vision car en fait, on la construit en discutant les uns avec les autres,

> c'est une équipe médecins traitants, donc déjà on va travailler sur le référentiel du médecin généraliste traitant. Car c'est quoi finalement un médecin généraliste, un médecin généraliste traitant ? On n'a pas posé la question. Il y a quand même ce trucs-là en plus, sachant que 98 % des médecins traitants sont médecins généralistes.

Par rapport à ça, nous on voit bien une équipe autour du médecin généraliste traitant avec secrétariat : prise d'appels, rendez-vous, organisation ; assistant médical, avec un profil différent en fonction de... on fait box par box ou... ; bon j'ai une copine à Paris à la Goutte d'Or, qui a besoin de choses comme ça avec des problématiques culturelles, et accueil de migrants.

Un assistant médical, et une infirmière azalée, et l'infirmière de pratiques avancées.

Donc l'échelon du patient, de la patientèle, et du territoire. L'infirmière de pratique avancée qui va sur une partie aussi avec une capacité de prendre sur la patientèle du recul pour justement faire de la formation adaptée, organisée le suivi de patients chroniques stabilisés en lien avec le médecin généraliste ; moi je la vois bien là-dedans l'IPA !

Également, formation adéquate, organisation des formations en fonction de..., recherche, production de données en soins, évaluation, indicateurs au sein de la structure !

C'est là que je les vois les infirmières de pratiques avancées aussi ! Car elles ont cette fonction, c'est ce que me disait A B, une infirmière de pratiques avancées dans azalée ; on échange énormément ; elles ont cette fonction recherche, formation et après suivi des patients bien sûr, car un soignant qui ne soigne plus ce n'est plus un soignant !

### **7) Fin entretien**

**-Paradoxe entre l'importance de médecine générale des soins primaires vis-à-vis de l'espérance de vie des inégalités sociales vs sous-représentation, échec de coordination des soins, désamour de la spécialité...**

**-Ancienneté du « work flow »... qui n'a pas évolué depuis 50 ans, à l'ère du big data et de l'IA ...**

**-Frustration de voir le peu d'ouverture culturelle, le nombre de personnes en mal être au travail, des prises en charge de patients insatisfaisantes...**

**-Et plus globalement, une discordance entre 'Utilité publique' et 'Valorisation' (Et donc superficialité, intérêt individuel et valorisation)**

**-Problématique de la sous valorisation de l'acte technique vs l'acte intellectuel.**

Moyenâgeux ! Je dis que la médecine générale est moyenâgeuse ! Ça fait des années que je le dis !!!

L'intelligence artificielle, les robots, et nous on est complètement dépassés !!!

50 % des médecins qui ont une secrétaire ! Donc ils font tout, ils font même leur comptabilité le dimanche ! Ils font tout, et après ils disent : « Au secours ! »

Moi je leur dis souvent, enfin j'accompagne des collègues, mais tu peux organiser, prend un instant médical, je leur dis tu peux faire ça tu peux faire ça, tu vas déboursier des sous mais tu paies combien d'impôts ?? Moi je ne paye pas d'impôts ! J'ai un expert-comptable, je ne suis pas expert-comptable !

L'expert-comptable il me dit : » ouais ouais vous achetez des tables électriques, par ce que six mille euros ça va faire ceci cela ! »

Voilà il faut aussi faire savoir faire appel à des gens, on est des chefs d'entreprise !

Le problème aussi si vous voulez, je reviens sur ce que vous disiez tout à l'heure sur l'hôpital, c'est la construction du dispositif ! C'est le carré de White ! Le carré de White !

Ça c'est éloquent ! Qui nous forme ? L'hôpital ! Pendant six ans on est qu'à l'hôpital, que des chefs, à des sous-chefs, derrière des machins, derrière des trucs ! Et des cas rares !

On forme les médecins généralistes à quoi ? Par pathologies ! La médecine générale, c'est tout sauf de la pathologie, c'est des patients ! C'est transversal !

Donc d'un seul coup on est par pathologies, et dans ce coup il faut se mettre à tout ! Ah j'ai ça, ça c'est de la néphrologie, ça c'est de l'urologie, ça c'est la cardiologie donc c'est quoi au final ??

On n'est pas formé du tout ! Et nous encore moins que vous ! (sous-entendu jeunes médecins)

et aujourd'hui encore ça dépend, parce qu'il y a des internes, les pauvres ! Ils essuient les plâtres !

Je me dis mais franchement.... Moi j'ai honte... et les pauvres ils nous aide...

Et encore je suis en back office, je leur dit profitez-en je serai là: « plantez-vous ! » Puis des fois je leur dis désolé je n'ai même pas le temps de faire de l'enseignement parce qu'on est là vite vite ! Enfin après on se prend des temps mais bon... c'est compliqué car nous on est pressurisés !

Le moyenâgeux, carré de White, et surtout si vous voulez on a eu contre nous pendant des années en duo Chassant CSMF et rockagain ? Directeur national de la caisse d'assurance-maladie contre la médecine générale ! Contre la médecine générale!

Frédéric rockagain, il est quand même parti chez AXASANTE ! Si vous voulez ces gens-là pendant des années ils ont empêché la médecine générale au niveau de l'évolution des rémunérations !

Quand Nicolas Revel est arrivé, là Claude Lecher a pris la convention et a dit : « équité sinon pas de convention ! » Une consultation chez un généraliste c'était 23€, chez un spécialiste c'était 28€ parce que le spécialiste avait le droit de coter la majoration pour pratique clinique, et 3 euros de plus pour la lettre de retour.... Comme si nous on ne faisait pas de lettres pour le spécialiste !!!

Vous imaginez !!!!??? et (aujourd'hui) on est spécialistes ! Un scandale sans nom !

Donc là franchement, on a un directeur de caisse merci quoi... mais on ne va pas rattraper 15 ans !

**Mais le retard prit n'est-il pas voulu de manière cynique, pour entraîner des privatisations ?**

Alors je pense qu'il y a une partie, on a tenu le système de telle sorte qu'on a réussi à contrôler les dépenses, ce fameux « trou de la sécu », trouver un équilibre en réduisant au maximum. C'est le fruit d'erreurs politiques, mais aussi peut être le fruit d'une vraie volonté politique d'un libéralisme... pop (**incontrôlé, dérégulé**) Probablement ! Certains le disent !

Alors c'est curieux, car moi j'ai atterri à MG France, je ne sais pas trop pourquoi parce que la politique ce n'est pas mon truc (rires)

Je suis dans la formation moi, et je suis une femme de terrain opérationnelle !

Les trucs politiques de machin... je n'ai pas une culture politique suffisante pour analyser les trucs... mais c'est vrai que je ressens une ambivalence entre d'un côté : Des mesures où on a l'impression que... et de l'autre côté quand même, comme vous le dites un axe... et on se dit nan mais quand même les mecs font tout pour favoriser les groupes privés !!

**Mais on peut vouloir de l'efficacité en tant que soignant, dans une logique de qualité, pas de simple profit**

**« capitaliste »... Exemple des pays nordiques, sociaux+ efficaces + ?**

Oui, une logique d'efficacité et d'équité, et une logique sociale avant tout !

Aujourd'hui les inégalités sociales ne cessent de s'aggraver, c'est de pire en pire... plus on en parle et plus on va à l'envers !

C'est vrai qu'on a un double discours permanent!

On a vraiment du chemin à faire, mais je pense qu'on a une opportunité complète, il ne faut pas se décourager, parce que c'est vraiment l'occasion de montrer !

Il y a une grande défiance ! On a rencontré les conseillers santé de Macron, Fontanel et Couillard. Mais alors un mépris.... Un mépris.... !!! Une quarantaine d'années, méprisants, aucune écoute... c'est impressionnant... mais même au niveau humaine quand vous rencontrez à ce niveau... On rencontre Agnès Buzin, Raymond Lemoine, directeur de cabinet, Nicolas Revel, on peut ne pas être d'accords, mais on se respecte au moins... mais la même pas ! Les mecs ils sont... des vrais loups ! (choqué)  
**Système unique centralisé. Frein à l'innovation ?**

Oui, oui, dans d'autres pays il y a une pluralité des modèles, qui peuvent s'adapter en fonction des modalités territoriales...

Donc c'est vrai qu'on vit une période difficile, mais c'est à la fois passionnant quand même ! C'est un challenge ! Ce qui fait plaisir quand même, mais c'est à la marge, un certain nombre d'étudiants ont compris que la médecine générale... et ce n'est pas des queues de séries... j'ai un étudiant en ce moment... wow, il m'a diagnostiqué une échinococcose !

Enfin bref, on a du travail... je cite mon beau-frère qui était fraiseur tourneur : « Tu pourras te dire qu'au moins ce combat tu l'as mené » ! Même si il est perdu ce est pas grave ! On l'aura mené jusqu' 'au bout!

Moi dans la formation c'était vraiment upgrader la médecine générale ! Je fais bcp de pédiatrie, tous les dépistages sensoriels, tout ça j'ai énormément, quand j'étais présidente d'association en région midi Pyrénées j'avais lancé une campagne pédiatrique, j'avais dit on va suivre les enfants, ils font qu'on nous reproche rien... car on est en bilatéral avec les pédiatres... Beaucoup de médecins généralistes, font du mieux qui peuvent avec les moyens qu'ils ont... et c'est tellement vaste Le problème on a formé les gens... je leur dit à mes internes en début de SASPASS et je suis gynécoped aussi : « comment tu vas gérer l'incertitude diagnostique ? La question n'est pas de faire un diagnostic ! tu n'es pas là pour ça, tu vas avoir un résultat de consultation 8/10 et 2/10 tu feras un diagnostic... mais toi tu dois évaluer, quand tu vois quelqu'un quel est ton risque diagnostic, quel est le risque pour le patient, et tu t'inscris dans la durée... Donc aujourd'hui tu as une pièce du puzzle, demain une autre... et peut être tu feras la photo et le diagnostic, mais peut-être 15, 20 ans après, ou jamais ? »

Mais c'est ça notre métier !! mais le tout c'est d'orienter le patient comme il faut, ou ne pas l'orienter... Vous avez lu le bouquin le Ballint : « le médecin, le malade et la maladie » avec tous les concepts... c'est hyper intéressant... Un peu vieillot car c'est de l'analyse de cas... mais moi ça m'a éclairé sur l'élimination par les preuves !! En fait quand on fait faire des examens aux patients c'est nous qui les rendons anxieux et malades ! radio, IRM, arthroscanner... c'est terrible... et après on dit a il est hypochondriaque mais on l'a tellement stressé ! et la société elle est complètement dedans !

**Et problème tarification acte technique vs intellectuel ? ex patiente limite dépression, plus facile de lui prescrire un psychotrope que de prendre du temps à parler...**

**Et tarification à l'acte... Quantité versus qualité !**

Bien sûr bien sûr... plus on fait d'actes, plus on gagne !

ET nous il faut tout faire, on enfle l'aiguille et on fait le tricot !!

On avait un collègue en région Rhône alpes il disait tout le temps et il signait tous ses mails par « comment la médecine générale en est arrivée là... »

Il faut vraiment prendre le contre-pied... on doit faire son petit colibri. Chacun dans son coin... moi j'essaie dans ma petite CPS... j'essaie, mais pareil... je n'ai personne pour m'aider ! Pas de sous, je n'ai pas de chargé de mission... Une infirmière m'a aidé car elle a fait un master de coordination, mais maintenant elle doit trouver du boulot, je me retrouve tout seul... Tout le monde est dans son truc, moi je n'ai pas tellement le temps de m'en occuper...

Je me laisse porter par les événements car les actions elles y sont ! Ce que vous aviez dit tout à l'heure me fait écho...

Qu'est ce qui s'est passé à l'hôpital ? C'est l'administratif qui a pris le pas sur le médical et le soignant... On en parlait dans le métro avec le président... on disait dans le CPTS il faut un directeur il faut ci il faut ça... Mais ne reproduisons surtout pas le modèle hospitalier !! c'est ce qu'ils sont en train de faire dans les maisons de santé avec les coordinateurs hors sol, qui coordonnent 3 maisons de santé ! Ils ne sont pas dedans ! Moi ma coordinatrice c'est une de mes secrétaires qui a fait une formation ! Elle voit ce qui se passe, elle voit les professionnelles, elle est toujours dans l'activité !

Et avec l'histoire des coordinateurs dans les maisons de santé, vous verrez, on en reparlera dans quelques années... C'est eux qui amèneront les sous dans les maisons de santé, c'est des administratifs... on va reproduire le même modèle en ambulatoire qu'à l'hôpital, et les groupes privés iront racheter ces trucs là car les communautés de commune dans les endroits n'auront plus les moyens de subvenir et c'est les groupes privés et compagnie... qui commencent d'ailleurs !