

Retour d'expérience des cabinets MOCCA lors de la première vague CoVID-19

Fatima El Hakmaoui, Christine Cohidon

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département de médecine de famille – DMF
Secteur recherche en organisation des services de santé en médecine de famille

Novembre 2021

Contexte

Depuis 2019, le projet pilote MOCCA teste l'intégration d'infirmier-ère-s (IMF) dans 8 cabinets de médecine de famille du canton. L'année 2020, marquée par la crise sanitaire liée à la covid-19, a nécessité une adaptation du projet principalement durant la première vague (mars –juin 2020). Dès le 13 mars 2020, les 8 cabinets médicaux inclus dans le projet pilote, dont 4 identifiés comme centre ambulatoire renforcé (CAR), ont choisi de prendre en charge les patient-e-s suspect-e-s de Covid-19. Ces cabinets médicaux ont dû rapidement adapter leur activité et réaménager leurs locaux afin de prendre en charge ces patient-e-s, tout en maintenant un suivi de leur patientèle. Le contexte a nécessité une forte créativité de la part des cabinets aussi bien d'un point de vue organisationnel (flux, télémedecine, auto-frottis, tri téléphonique, frottis) que pour se procurer du matériel en une période de pénurie. Parmi les 8 cabinets médicaux, 4 étaient en phase de démarrage en tant que cabinet médical MOCCA.

Objectifs et méthodes

L'objet de ce rapport est de décrire *a posteriori* l'expérience des médecins et des infirmier-ère-s des cabinets Mocca quant au rôle infirmier durant la première vague CoVID-19 (entre début mars 2020 et fin juin 2020). L'objectif principal était de déterminer si le rôle infirmier a représenté une valeur ajoutée en contexte ambulatoire. Les objectifs spécifiques étaient de décrire l'activité des IMF et de comprendre les différents contextes dans lesquels le rôle infirmier a été déployé. Nous avons ainsi analysé la manière dont les IMF ont perçu leur rôle au sein du fonctionnement du cabinet durant cette pandémie et comment les médecins ont intégré ce nouveau profil pour gérer la crise sanitaire. Des entretiens individuels avec les médecins ainsi qu'un focus group avec les IMF ont permis d'entendre 9 médecins responsables du projet MOCCA et 8 IMF. Le focus group avec les IMF a duré environ 90 minutes. Les entretiens individuels avec les médecins ont duré entre 45 et 60 min chacun. L'ensemble des données qualitatives a été retranscrit, codifié et analysé à l'aide du logiciel MAXQDA14. Parallèlement, ces données ont été intégrées

dans une étude plus vaste sur l'implication de la médecine de premier recours durant la première vague de la pandémie de CoVID-19. Des résultats plus détaillés sur cette étude sont disponibles sous forme d'un rapport.

Activités réalisées par les IMF

Au cours de la période de restriction des activités aux urgences (16 mars au 24 avril 2020), les IMF ont consacré intégralement leur temps de travail à la gestion de la crise sanitaire dans les cabinets. Les principales activités étaient les suivantes : tri téléphonique 38.6% (min 9.2%- max 66% selon le cabinet), implémentation des mesures (hygiène, gestion du matériel) 24% (min 12.7% - max 46%), suivi des patient-e-s 21.6% (min 1.7% - max 52.6%) (Figure 1a). A la reprise des « activités normales » (entre le 27 avril et le 12 juin 2020) les activités des IMF ont évolué selon l'organisation retenue des cabinets médicaux pour continuer à faire face à la crise sanitaire (Figures 1b). Le temps consacré à la gestion de la crise a ainsi varié d'un cabinet à l'autre avec une moyenne de 30% du temps de travail (min 6.7% - max 48.5%). Les principales activités étaient le suivi des patient-e-s CoVID-19 (10.4%, min 0.6% - max 21.6%), le suivi des recommandations (5.9%, min 1.5%- max 8.2%) et la déclaration des cas CoVID-19, (4.8%, min 0 - max 26.5%).

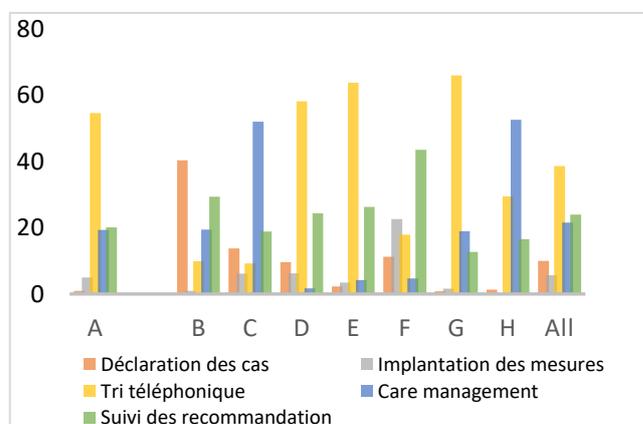


Figure 1 a : Répartition des activités infirmières par cabinet (% de temps) pendant l'urgence épidémiologique du 16 mars au 24 avril 2020 (Restriction aux activités urgentes)

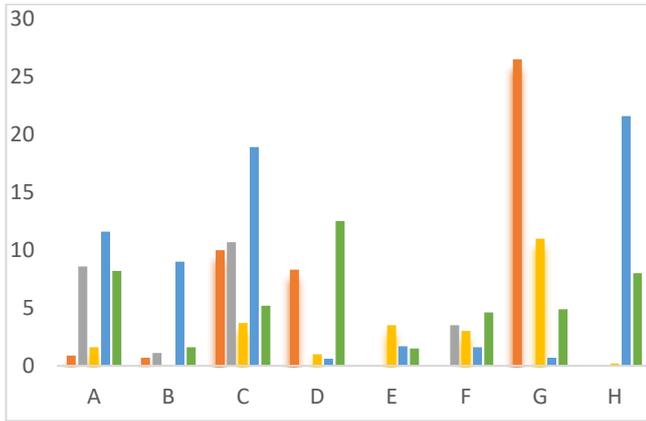


Figure 1b : Répartition des activités infirmières par cabinet (% du temps) pendant l'urgence épidémiologique du 27 avril au 20 juin (reprise des activités normales)

Distribution des activités par catégorie professionnelle entre le 16 mars et 24 avril 2021

Il est important de souligner que le temps de travail de l'IMF a pu impacter le choix des activités qui leur ont été transférées. Néanmoins, certaines orientations générales se dessinent. La répartition des activités entre IMF, médecins et assistantes médicales a été hétérogène selon le cabinet (Figures 2 à 4).

Certaines activités nécessitant des compétences cliniques ont été clairement perçues comme une activité pouvant être réalisée et copartagée avec un profil infirmier plutôt qu'une assistante médicale. « L'infirmier-ère interprète plus, il-elle va plus loin que l'assistante médicale ce qui est normal d'après son parcours ». « Je pense que l'infirmier-ère a un peu plus de capacité à s'adapter à une crise sanitaire ». « Cette tâche nécessitant une part d'autonomie et une part de prise de risque, moi je peux prétendre que dans ce cas l'infirmière a été une meilleure ressource ». Le rôle des IMF aux multiples facettes a permis aux cabinets d'adopter différentes stratégies. « Dès le moment qu'il y avait un risque d'exposition important on a plutôt mis au front nos médecins et nos infirmières puis on a laissé un peu en retrait les assistantes médicales parce qu'on pouvait se le permettre » Toutefois certaines activités ont été majoritairement réalisées par l'équipe médicale. C'est le cas du frottis et des consultations (respectivement 78.4% et 76% faits par les médecins).

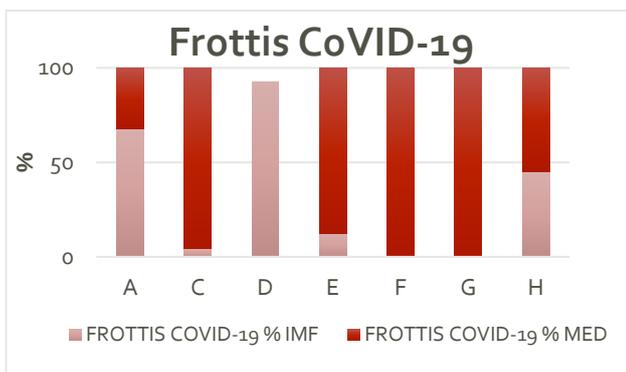


Figure 2 : Répartition du frottis nasopharyngé en binôme du 16 mars au 24 avril par cabinet.

L'analyse des entretiens et du focus group a permis de souligner différentes attitudes individuelles ou stratégiques au sein des cabinets pour répondre à la gestion de la crise sanitaire. « Dans le cabinet on avait décidé que c'était seulement les médecins et même seulement une partie des médecins qui allaient frotter ». »

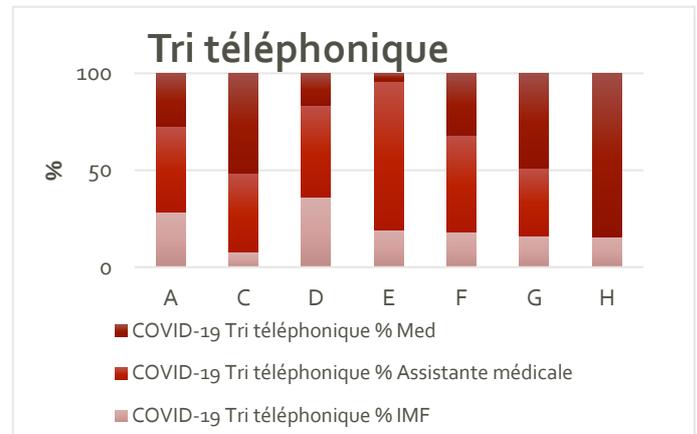


Figure 3 : Répartition du tri téléphonique par catégorie professionnelle du 16 mars au 24 avril par cabinet

Les IMF ont contribué au tri téléphonique mais pour certain-e-s (n=2) cette activité représentait moins de 10% du temps dédié à l'urgence épidémiologique durant la période 1. La distribution par catégorie professionnelle durant cette période a été variable : IMF (min 7.9%- max 28.6%), assistantes médicales (min 34.9%- max 76.5%) et médecins (min 4.1% - max 84.3%).

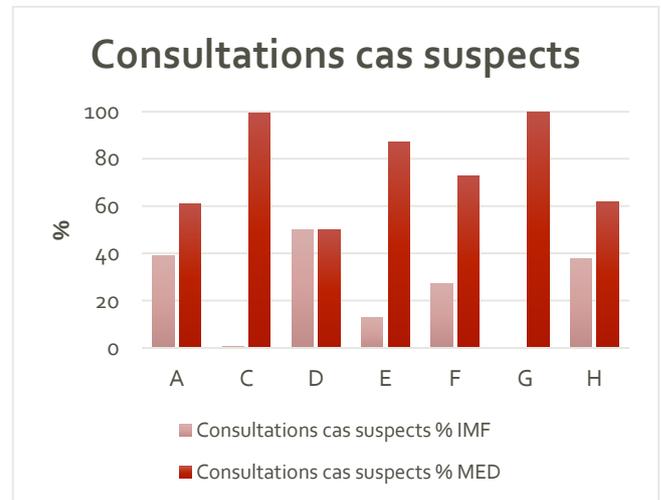


Figure 4 : Répartition des consultations des cas suspects en binôme du 16 mars au 24 avril par cabinet

Deux IMF n'ont pas contribué à la consultation des cas suspects. En moyenne 24% (n=852) des consultations ont été partagées (min 0% - max 50% selon le cabinet).

Interrogé-e-s sur la nature de leurs tâches durant le focus group, les IMF ont évoqué d'autres activités telles que la prévention chez la patientèle dite vulnérable et la coordination pour l'approvisionnement en matériel de frottis et de protection.

Perception des médecins

Les entretiens menés auprès des médecins de famille mettent particulièrement en avant l'impact positif de la présence du rôle infirmier pour la gestion de la pandémie dans leurs cabinets. « *Le repositionnement de l'infirmière Mocca, il a été pour nous salutaire* » « *il nous a permis d'éviter de sombrer* » « *c'était une précieuse aide aussi peut-être enfin c'était aussi rassurant que l'IMF soit là aussi* ». Au-delà d'une ressource humaine supplémentaire, les IMF, de par leur parcours professionnel ainsi que par leur autonomie, ont été perçus-e-s comme un profil professionnel très soutenant dans un contexte de crise sanitaire.

Egalement, un rôle était souligné par les médecins et concerne la mise en place des mesures d'hygiène ainsi que leur contrôle. « *Il y a justement cette culture d'hygiène c'est vraiment des compétences qu'on est allé rechercher chez les infirmières* ».

Dans une vision de travail d'équipe, la présence de l'IMF a permis de soutenir les assistantes médicales lors du tri téléphonique dans quelques cabinets. « *Le rôle formateur de l'infirmière était important* ».

Les entretiens menés auprès des médecins mettent aussi en avant l'implication du rôle infirmier dans la mise en place de filière Covid-19 (ou CAR selon la stratégie adoptée) lors des restrictions des activités dans les cabinets « *L'IMF nous a aidé pour mettre en place toute cette adaptation d'organisation, de voir par rapport aux directives existantes* »

Perception des IMF

Les IMF se sont senti-e-s valorisé-e-s par les rôles confiés par les médecins dans ce contexte de crise sanitaire et ont souligné un travail d'équipe. « *C'était plutôt l'équipe, chacun ses compétences il n'y avait pas de différences* ». L'un des éléments à retenir du focus group est la vision du-de la patient-e dans une approche globale en intégrant les dimensions psychosociales. Dans différentes situations, par exemple lors de téléconsultations avec des patient-e-s vulnérables, pour faire de la prévention primaire ou pour des patient-e-s en isolement, les IMF ont adopté une approche holistique. « *Ça allait plus loin que la clinique, parce que contrairement aux médecins on intégrait le psychosocial* » « *Il fallait faire d'autres appels pour demander si des organisations faisaient les courses parce qu'il y avait des gens très démunis* ». Les IMF ont insisté sur l'importance de garder un lien avec les patient-e-s vulnérables en valorisant la dimension relationnelle de leur rôle. Cette dimension relationnelle apparaît aussi au niveau de l'équipe avec une relation d'écoute et de soutien auprès des assistantes médicales.

Le rôle dédié à l'IMF a été influencé par plusieurs facteurs comme l'organisation du cabinet, son expérience, l'ancienneté au cabinet ou encore les compétences relationnelles. En lien avec le manque d'ancienneté au cabinet, un des éléments à souligner est la possible perception du manque de légitimité en tant qu'IMF à intervenir en médecine de famille. « *J'étais plutôt sur la retenue et plutôt à arriver tranquillement pour faire ma place*

et pour pas offusquer et pour pas voilà donc c'était un peu difficile parce que j'avais J'étais sur la pédale de frein tout le temps quoi. ». A l'inverse d'autres IMF l'ont perçu différemment. « *Il n'y avait plus de rôle, on était tous dans le même bateau, il fallait pas commencer à dire mais ça c'est pas le rôle de l'infirmière, c'est pas le rôle du médecin, on y était tous puis tout d'un coup il y avait plus de solidarité aussi à l'interne* ».

Difficultés rencontrées par les IMF

Globalement, pour ces cabinets les difficultés ont été de diverses natures. La multiplicité des recommandations, le peu d'expérience en tant qu'IMF au cabinet pouvait amener un inconfort. A la lumière de ces éléments, il convient de préciser que le rôle infirmier était pour la moitié des cabinets en phase d'implantation. En effet, les IMF en poste depuis quelques semaines ont mentionné avoir moins été impliqué-e-s dans certaines activités du fait de leur manque d'ancienneté au cabinet pouvant influencer le niveau de confiance avec le médecin. « *C'est clairement une barrière quand tu connais les gens depuis 10 jours, c'est vrai que je n'avais pas tout à fait la même autonomie* ». Ce nouveau rôle infirmier en médecine de famille en cours d'implantation avant la crise sanitaire a évolué à un rythme variable selon les cabinets médicaux. Selon les cabinets, la crise sanitaire a facilité ou pas cette évolution. Une autre difficulté était la facturation limitée voire impossible de certaines de leurs activités comme les téléconsultations dans lesquelles une évaluation clinique était réalisée. Selon la baisse d'activité du cabinet à cette période, qui a entraîné une perte financière confirmée par certains médecins, les IMF ont perçu une limitation de leur champs d'activité. « *Je n'en ai pas fait beaucoup, il y avait le souci financier qui pesait du coup elle ne voulait pas me déléguer le travail puisque qu'elle ne pouvait pas facturer derrière* ».

Discussion

L'endossement de rôles variés a montré une mobilisation de compétences à la fois technique, clinique, et organisationnelle des IMF. La polyvalence, ainsi que l'adaptabilité des IMF, a permis de prendre en charge aussi bien des patient-e-s suspect-e-s Covid-19 que des patient-e-s en isolement pour un suivi ou des patient-e-s vulnérables en démarche préventive. Très peu d'études se sont intéressées au rôle infirmier en médecine de premier recours durant cette crise sanitaire. Une étude australienne selon Halcomb et al, 2020 a des similitudes avec notre étude. Les activités des infirmier-ère-s étaient similaires et la limite financière impacte aussi le rôle infirmier (téléconsultations non facturables). A notre connaissance, aucune étude en contexte suisse ne s'est penchée sur l'activité infirmière en ambulatoire durant la crise sanitaire. La valeur ajoutée du rôle infirmier autonome a été unanimement perçue comme substantielle dans l'adaptation des cabinets à cette crise sanitaire. En collaboration avec les médecins, les IMF ont identifié les patient-e-s vulnérables et promu des mesures préventives auprès de cette patientèle pouvant se sentir démunie. La délégation de consultations non complexes pour la

réalisation des frottis et de suivi téléphonique a pu être possible pour les médecins grâce à l'autonomie perçue du rôle infirmier. Également, certain·e·s IMF ont été impliqués dans le soutien de l'équipe sur le plan de l'information. Le déploiement des activités a été influencé par certaines caractéristiques des infirmier·ère·s (expérience infirmière, type de leadership exercé, soft skills). Les IMF provenant des soins aigus se sont senties davantage à l'aise dans ce contexte insécure.

L'application d'un type de leadership (notamment entre médecins et IMF) a pu influencer la répartition des activités au sein des équipes. Des activités ont été réalisées en binôme ou trinôme. L'initiation à une pratique interprofessionnelle avec une finalité commune (la lutte contre la crise sanitaire) a facilité le copartage ou la délégation de certaines activités dans quelques cabinets. La délégation montre davantage à ce stade une coopération qu'une collaboration interprofessionnelle (CIP). En outre, la relation de confiance lorsqu'elle était positive favorisait l'autonomie des IMF. Toutefois, travailler en complémentarité et avec des interdépendances passe par cette étape de coopération. D'Amour *et al* décrivent la collaboration interprofessionnelle étant « *faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés, pour les mettre de façon concomitante au service des clients/patients et pour le plus grand bien des clients/patients* ».

Enseignements à tirer

Ce partage d'expérience donne une vision du fonctionnement des cabinets MOCCA durant la première vague de la CoVID-19 avec un nouveau rôle dans les équipes. La pratique libérale en médecine de famille s'exprime par une hétérogénéité d'activités occupées par les IMF. La compréhension des facteurs influençant le rôle infirmier amène une réelle plus-value pour optimiser ce nouveau rôle.

La COVID-19 a confirmé l'intérêt d'une compétence infirmière dans un cabinet médical. Il semble aussi que l'influence des différents niveaux macro (nouveau rôle professionnel émergent en médecine de famille), méso (organisation des cabinets médicaux) et micro (culture du travail en interprofessionnalité), a contribué à un déploiement variable du rôle des IMF occasionnant des écarts de pratique au sein des cabinets lors de cette première vague. À la lumière de ces constats, il convient d'initier une réflexion avec la direction générale de la santé publique sur un plan définissant le rôle infirmier ambulatoire en contexte pandémique. En effet, la profession infirmière a un rôle à jouer non seulement avec les patient·e·s CoVID.19 mais aussi en matière de sensibilisation auprès de la population vulnérable.

Take home messages

Polyvalence du rôle infirmier dans les cabinets MOCCA avec 4 activités principales :

- Tri téléphonique
- Organisation et coordination
- Soins
- Promotion de la santé (prévention auprès des groupes- (populations âgées fragiles, patients vulnérables...))
- Divers facteurs influencent la polyvalence du rôle infirmier (financier, type de leadership, pratique collaborative, soft skills).

La présente étude a été réalisée grâce à la contribution et au soutien de plusieurs personnes. Les membres de l'équipe MOCCA tiennent tout d'abord à remercier les 8 infirmier·ère·s en médecine de famille pour leur participation à l'étude. Nos remerciements vont également aux médecins pour leur précieuse collaboration. Nous désirons enfin souligner la contribution de la DGS pour le financement de cette étude.

Références

1. Cohidon, C., & Senn, N. (2020). La première vague de Covid-19 en Suisse et les soins primaires. *Revue Medicale Suisse*, 16(713).
2. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. Janv 2005;19(51):116-131.
3. Halcomb E, McInnes S, Williams A, et al. The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52(5):553-563.

Citation suggérée

El Hakmaoui F, Cohidon C. Retour d'expérience des cabinets MOCCA lors de la première vague CoVID-19. Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2021 (Raisons de Santé : Les Essentiels 37) <https://doi.org/10.16908/rds-essentiels/37>