

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

**Attitudes et sentiments des médecins du
dispositif ASALEE**
Une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le mardi 13 octobre 2015

par

Romain PY

Né le 1^{er} juillet 1981, à Châtenay-Malabry

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Daniel BUCHONPrésident
Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER..... Juge
Mme le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT Juge
Mme le Docteur Marie Paule PAUTOUT Juge
M. le Docteur Claude LANDOS Membre invité

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

CARDIOLOGIE

Responsable de service

ACHARD Jean-Michel

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

PHYSIOLOGIE

ADENIS Jean-Paul

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

OPHTALMOLOGIE

ALAIN Sophie

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

ALDIGIER Jean-Claude

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

NEPHROLOGIE

ARCHAMBEAUD Françoise

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

MEDECINE INTERNE

Responsable de service

ARNAUD Jean-Paul

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE

AUBARD Yves

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Responsable de service

AUBRY Karine
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
O.R.L.

BEDANE Christophe
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
DERMATO-VENERELOGIE
Responsable de service

BERTIN Philippe
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
THERAPEUTIQUE
Responsable de service de RHUMATOLOGIE

BESSEDE Jean-Pierre
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
O.R.L.
Responsable de service

BONNAUD François
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PNEUMOLOGIE
Doyen Honoraire

BORDESSOULE Dominique
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
HEMATOLOGIE
Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE

CAIRE François
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
NEUROCHIRURGIE

CHARISSOUX Jean-Louis
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE

CLAVERE Pierre
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
RADIOTHERAPIE
Responsable de service

CLEMENT Jean-Pierre
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PSYCHIATRIE d'ADULTES
Responsable de service

COGNE Michel
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
IMMUNOLOGIE
Responsable de service

CORNU Elisabeth
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE

COURATIER Philippe
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
NEUROLOGIE
Responsable de service

DANTOINE Thierry
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
Responsable de service

DARDE Marie-Laure
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
Responsable de service

DAVIET Jean-Christophe
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION

DESCAZEAUD Aurélien
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
UROLOGIE

DESSPORT Jean-Claude
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
Responsable de service

DUMAS Jean-Philippe

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
UROLOGIE
Responsable de service

ESSIG Marie

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
NEPHROLOGIE
Responsable de service

FAUCHAIS Anne-Laure

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
MEDECINE INTERNE
Responsable de service

FEUILLARD Jean

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
HEMATOLOGIE
Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE

FOURCADE Laurent

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE INFANTILE
Responsable de service

GAINANT Alain

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE DIGESTIVE

GUIGONIS Vincent

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PEDIATRIE

JACCARD Arnaud

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
HEMATOLOGIE

JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
IMMUNOLOGIE

LABROUSSE François
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Responsable de service

LACROIX Philippe
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
MEDECINE VASCULAIRE

LAROCHE Marie-Laure
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PHARMACOLOGIE CLINIQUE

LASKAR Marc
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
Responsable de service
Assesseur

LIENHARDT-ROUSSIE Anne
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PEDIATRIE
Responsable de service

LOUSTAUD-RATTI Véronique
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
HEPATOLOGIE

MABIT Christian
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
ANATOMIE
Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE

MAGY Laurent
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
NEUROLOGIE

MARQUET Pierre
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
Responsable de service

MATHONNET Muriel
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE DIGESTIVE

MELLONI Boris
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PNEUMOLOGIE
Responsable de service

MERLE Louis
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PHARMACOLOGIE CLINIQUE

MOHTY Dania
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CARDIOLOGIE

MONTEIL Jacques
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
Responsable de service

MOREAU Jean-Jacques
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
NEUROCHIRURGIE
Responsable de service
Assesseur

MOUNAYER Charbel
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE

NATHAN-DENIZOT Nathalie
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
Responsable de service

PARAF François

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
Responsable de service

PLOY Marie-Cécile

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
Responsable de service

PREUX Pierre-Marie

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
Responsable de service du SIME
Assesseur

ROBERT Pierre-Yves

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
OPHTALMOLOGIE
Responsable de service

SALLE Jean-Yves

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
Responsable de service

SAUTEREAU Denis

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
Responsable de service

STURTZ Franck

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
Responsable de service

TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES

TREVES Richard

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
RHUMATOLOGIE

TUBIANA-MATHIEU Nicole

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CANCEROLOGIE
Responsable de service

VALLEIX Denis

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
ANATOMIE
Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE
Doyen

VERGNENEGRE Alain

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
Responsable de service de l'UNITE ONCO-THORACIQUE et CUTANEE

VERGNE-SALLE Pascale

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
THERAPEUTIQUE

VIGNON Philippe

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
REANIMATION
Responsable de service

VINCENT François

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PHYSIOLOGIE

VIROT Patrice

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CARDIOLOGIE

WEINBRECK Pierre

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
MALADIES INFECTIEUSES
Responsable de service

YARDIN Catherine

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

Professeur des Universités
MEDECINE GENERALE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

DURAND Karine

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

DURAND-FONTANIER Sylvaine

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
ANATOMIE

ESCLAIRE Françoise

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

LE GUYADER Alexandre

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MARIN Benoît

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION

QUELVEN-BERTIN Isabelle

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

TCHALLA Achille

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

TERRO Faraj

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

PROFESSEURS ASSOCIES

DUMOITIER Nathalie

Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique

Maître de Conférences associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie
Professeur des Universités Emérite

VALLAT Jean-Michel
Professeur des Universités Emérite

Remerciements

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse.

A Mesdames les membres du jury, les Professeurs Nathalie DUMOITIER et Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT, et le Docteur Marie Paule PAUTOUT,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Claude LANDOS,

Merci d'avoir dirigé cette thèse. Votre vision de la médecine, votre travail et votre implication sont un exemple à suivre. Merci pour votre confiance et votre soutien.

Aux médecins ASALEE ayant participé à ma thèse,

Merci du temps précieux que vous m'avez consacré.

Aux infirmières ASALEE que j'ai pu rencontrer,

Merci de votre disponibilité.

A toutes les personnes m'ayant aidé de près ou de loin dans ce travail,

Merci pour ce que vous m'avez apporté.

A tous les médecins rencontrés durant ma formation,

Et en particulier les Docteurs Claude LANDOS, Nathalie DUMOITIER, Martine PELAUDEIX, Dominique MENARD, Marie-Paule PAUTOUT, Bouchra R'KHA CHAHAM, Catherine CHAMPEYTINAUD, Thierry TARDIEU, Cécile LAROCHE, Jane LANGUEPIN, Etienne COUTY, Nathalie CUEILLE, Anne ROMERA, Hamze CHEHADE, Hassan JEBAI, Céline QUINTARD-LACOUR, Jean-Philippe REROLLE, Catherine VEYSSIER-BELOT, François GENET, Pascal FANGIO, Christophe PENNA. Merci de m'avoir tant appris.

A mes co-internes,

Laurence, Tristan, Vincent, Mélanie, Natalia, Céline, Thomas. Merci d'avoir partagé avec moi ces trois années d'internat.

A Monsieur le Docteur Éric Alain JUNES,

Merci de la confiance que tu as pu m'accorder pour débiter dans les remplacements.

A Séverine,

Merci d'être ma moitié et de toujours être à mes côtés. Grâce à toi j'ai pu atteindre l'objectif d'une vie : être heureux. Je t'aime mon petit cœur.

A Ronan,

Tu restes ma plus grande réussite. Continue de m'émerveiller chaque jour. Ton papa sera toujours là pour toi. Je t'aime ma fripouille.

A ma famille,

Maman, Papa, Mémé, Sarah, Audrey, Nicolas et toutes vos petites familles. Merci d'avoir toujours pu compter sur vous. Malgré la distance, vous êtes proches dans mon cœur.

A mon meilleur ami Rémi,

Merci ma caille pour tous ces moments partagés. Notre coloc restera un moment privilégié dans ma vie. Et comme dirait l'autre : « A la vie, à la mort ! »

A mes amis, passés et présents,

Delphine, Christophe, Mélanie, Sandra, Dylan, Valérie, Cyrille, Virginie, Marie, Chloé, Maï, Benoit, Aurélie, Sarah, Mathieu, Fabien, Tarik, Damien, Julien, Vanedara, Alexandra, Laure, Sébastien, ... et tous ceux que j'ai pu oublier. Merci d'avoir fait partie de ma vie.

Liste des abréviations

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARS : Agence régionale de santé

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

C : Consultation

CNAM : Caisse Nationale d'assurance maladie

CODESS : Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale

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

DAPHNEE : Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

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

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Education thérapeutique du patient

HAS : Haute autorité de santé

HTA : Hypertension artérielle

IDSP : infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

MMS : Mini Mental State

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

UPSAV : Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux (devenue Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins)

Table des matières

Introduction	21
1. Pourquoi ASALEE ?	22
1.1. Naissance d'un besoin.....	22
1.1.1. Démographie médicale	22
1.1.1.1. Le Numerus Clausus.....	22
1.1.1.2. Stagnation des effectifs	23
1.1.1.3. Vieillesse de la population médicale	23
1.1.2. Démographie nationale	24
1.1.3. Pathologies chroniques.....	24
1.1.4. Projection dans l'avenir	25
1.2. Coopération entre professionnels de santé.....	25
1.2.1. Définition.....	25
1.2.2. Le médecin ASALEE	25
1.2.3. L'infirmier(e) ASALEE	26
1.3. Objectifs	26
1.3.1. Améliorer la qualité des services rendus aux patients.....	26
1.3.2. Développer les activités de santé.....	26
1.3.3. Répondre à l'augmentation de la demande de soins.....	27
2. Histoire d'ASALEE.....	28
2.1. Inspiration à l'étranger	28
2.1.1. Début des expérimentations	28
2.1.2. Infirmières à compétence étendue	28
2.1.3. Efficacité et efficience	28
2.1.3.1. Efficacité	29
2.1.3.2. Efficience	29
2.2. Les rapports BERLAND	29
2.2.1. Premier rapport BERLAND	29
2.2.1.1. Evolution des métiers de la santé.....	30
2.2.1.2. Regroupement des professionnels de santé	30
2.2.2. Second rapport BERLAND.....	30
2.2.2.1. Principes à respecter dans la délégation de tâches.....	30
2.2.2.2. Infirmières Cliniciennes Spécialistes	31
2.3. Etude préliminaire en région Poitou Charentes.....	31
2.3.1. Les apports de l'enquête.....	31
2.3.2. Le projet d'expérimentation ASALEE	32
2.3.2.1. Objectifs.....	32
2.3.2.2. Recrutement et formation d'une infirmière.....	32
2.3.2.3. Cadre de l'expérimentation	32
2.3.2.4. Mise en œuvre	33
2.4. Début de l'expérimentation ASALEE	33
2.5. Extension départementale	34
2.6. Evaluations	34
2.6.1. Evaluation socio-organisationnelle.....	34
2.6.2. Evaluation médico-économique	34
2.6.3. Evaluation économique.....	35
2.7. Encadrement juridique de l'expérimentation	35
2.8. Recommandations de l'HAS sur les nouvelles formes de coopération.....	36
2.9. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires »	36
2.10. Sortie du cadre expérimental	37
2.11. Extension nationale	37
3. Organisation	38
3.1. Critères d'éligibilité.....	38
3.2. Formation de l'infirmière	38

3.2.1. Réunion de présentation et de préparation	38
3.2.2. Modules dérogatoires	38
3.2.3. Module éducation thérapeutique du patient	39
3.2.4. Module compagnonnage.....	39
3.2.5. Module système d'information.....	39
3.3. Système d'information ASALEE.....	39
3.4. Prise en charge en équipe	40
3.5. Les différents protocoles de coopération	40
3.5.1. Protocole de dépistage et suivi du patient diabétique de type 2	40
3.5.2. Protocole de suivi du patient tabagique à risque de BPCO	41
3.5.3. Protocole suivi du patient à risque cardio-vasculaire.....	41
3.5.4. Protocole de repérage des troubles cognitifs	41
3.5.5. Dépistage des cancers du sein et du colon.....	42
3.6. Financement.....	42
4. Méthodologie	43
4.1. Choix de la méthode.....	43
4.1.1. Etude qualitative	43
4.1.2. Enquête d'opinion	43
4.1.3. Entretien semi-directif	43
4.2. Choix de la population	43
4.3. Déroulement des entretiens.....	44
4.4. Analyse des entretiens	44
5. Résultats et analyses.....	45
5.1. Epidémiologie	45
5.1.1. Age	45
5.1.2. Sexe	45
5.1.3. Milieu	45
5.1.4. Durée d'exercice.....	45
5.1.5. Mode d'exercice.....	46
5.1.6. ASALEE.....	46
5.1.7. Synthèse.....	47
5.2. Education thérapeutique du patient	47
5.2.1. Pratique personnelle	47
5.2.1.1. Problème de compétence	47
5.2.1.2. Problème de temps.....	47
5.2.1.3. Difficulté de la réaliser en dehors du milieu de vie.....	48
5.2.1.4. Découragement	48
5.2.2. Autres structures.....	48
5.2.2.1. Une variété importante.....	48
5.2.2.2. Une adhésion moindre	49
5.2.2.3. Une efficacité moindre	49
5.2.2.4. Ne pas multiplier les programmes	50
5.2.3. Synthèse.....	51
5.3. Le médecin adhérent à ASALEE	51
5.3.1. Prise de connaissance d'ASALEE confidentielle	51
5.3.2. Motivations initiales.....	52
5.3.2.1. Recherche d'efficience.....	52
5.3.2.2. La délégation de tâches	53
5.3.2.3. Libérer du temps	53
5.3.2.4. La désertification	54
5.3.3. Un degré d'investissement initial à deux vitesses	54
5.3.4. Un manque de formation.....	55
5.3.5. Bénéfices secondaires.....	56
5.3.6. Synthèse.....	57
5.4. Organisation d'ASALEE au cabinet	57

5.4.1. Accueillir ASALEE.....	57
5.4.1.1. Locaux	57
5.4.1.2. Matériel	58
5.4.1.3. Aides ASALEE	58
5.4.2. Recrutement ASALEE	59
5.4.2.1. Patients-cibles.....	59
5.4.2.2. Des critères propres aux médecins	59
5.4.3. Diffusion ASALEE auprès du patient.....	61
5.4.3.1. Une diffusion indirecte pas encore systématique	61
5.4.3.2. Une prise de contact exclusivement médicale	61
5.4.4. Bien séparer infirmière ASALEE et infirmière secteur	63
5.4.5. Synthèse.....	63
5.5. ASALEE au quotidien	64
5.5.1. Temps de réflexion ASALEE.....	64
5.5.2. Compte-rendu des consultations ASALEE	64
5.5.3. Amélioration des pratiques.....	65
5.5.4. Une compliance pas optimale	66
5.5.4.1. Des refus.....	66
5.5.4.2. ...dont une partie en ayant besoin.....	67
5.5.4.3. Un essoufflement	68
5.5.5. Synthèse.....	68
5.6. L'infirmière ASALEE et son travail	69
5.6.1. Des moments de débriefing irréguliers.....	69
5.6.2. Une formation à compléter	70
5.6.3. Une infirmière protégée	71
5.6.4. Une coopération médecin-infirmière sans frein.....	71
5.6.5. ... mais soulevant la question du partage de l'information.....	72
5.6.6. Un travail apprécié par le médecin	73
5.6.7. Synthèse.....	73
5.7. L'utilisation des protocoles ASALEE	74
5.7.1. Une connaissance globale des protocoles	74
5.7.2. La réalisation de spirométrie peu utilisée	75
5.7.3. Réalisation d'électrocardiogramme	76
5.7.3.1. Des médecins équipés et connaissant les bases	76
5.7.3.2. Une systématisation difficile	76
5.7.4. Les automesures tensionnelles.....	77
5.7.4.1. Une pratique tellement habituelle que la délégation est parfois oubliée.....	77
5.7.4.2. Une amélioration des prescriptions	78
5.7.4.3. Rassurer les patients	78
5.7.4.4. Une économie pour la société	78
5.7.5. Un outil de suivi des troubles de la mémoire	79
5.7.5.1. Une base pour le suivi et une aide décisionnelle.....	79
5.7.5.2. Une volonté de rassurer le patient.....	80
5.7.5.3. Une réalité difficile pour le patient	80
5.7.6. Synthèse.....	80
5.8. Diverses opinions	81
5.8.1. Des patients conquis.....	81
5.8.1.1. Un bon capital sympathie.....	81
5.8.1.2. Un temps non négligeable.....	81
5.8.1.3. Un apprentissage de qualité.....	82
5.8.1.4. La reconnaissance de l'écoute	82
5.8.2. Les infirmières du secteur	82
5.8.2.1. Une information diffusée lors des réunions de secteur	82
5.8.2.2. Une acceptation parfois difficile.....	83
5.8.3. Des médecins peu au courant du dispositif.....	84

5.8.4. Satisfaction des médecins du dispositif	85
5.8.5. Synthèse.....	86
5.9. Vision sur l'avenir	86
5.9.1. Le dépistage des cancers	86
5.9.1.1. Des dépistages notés sans alertes.....	86
5.9.1.2. Une distribution de l'Hemocult II® encadrée.....	87
5.9.1.3. Le rôle de l'infirmière en synergie avec celui du médecin.....	87
5.9.2. Favoriser les échanges d'expérience	88
5.9.3. La diversification d'ASALEE.....	89
5.9.3.1. De nombreuses idées pour de nouveaux protocoles.....	89
5.9.3.2. Explorer de nouvelles méthodes de travail	90
5.9.3.3. Une place dans le suivi des sorties d'hospitalisation	91
5.9.4. Aller au-delà d'ASALEE	92
5.9.4.1. Une volonté de développer la délégation de tâches	92
5.9.4.2. Garder une certaine autonomie vis-à-vis d'ASALEE	93
5.9.5. Une confiance en l'avenir.....	94
5.9.6. Synthèse.....	95
6. Discussion	96
6.1. Méthodologie	96
6.1.1. Pertinence	96
6.1.2. Présentation.....	96
6.1.3. Limites de l'étude	96
6.1.3.1. Biais d'analyse	96
6.1.3.2. Biais de questionnaire.....	96
6.1.3.3. Biais de sélection	97
6.2. Population	97
6.3. Analyse des résultats.....	97
6.3.1. Motivations.....	98
6.3.1.1. ETP.....	98
6.3.1.2. Découragement	98
6.3.1.3. Innovation	98
6.3.1.4. Motivation individuelle	99
6.3.2. Quotidien	99
6.3.2.1. Amélioration des pratiques.....	99
6.3.2.2. La délégation de tâches	99
6.3.2.3. Ressenti des infirmières libérales.....	99
6.3.2.4. Le patient ASALEE	100
6.3.3. Organisation	100
6.3.3.1. Coût de fonctionnement	100
6.3.3.2. L'infirmière ASALEE.....	100
6.3.4. Vision globale	101
6.3.4.1. Satisfaction	101
6.3.4.2. Viabilité	101
6.3.5. Thèmes non abordés	101
6.3.6. Evolution en quatre années	101
6.4. Perspectives et pistes d'approfondissement	102
6.4.1. Elargir la délégation de tâches.....	102
6.4.2. Ouverture.....	103
6.4.3. Etude DAPHNEE	103
Conclusion	104
Références bibliographiques	106

Introduction

De par mon stage chez le praticien, j'ai pu rencontrer en Creuse des médecins impliqués dans leur métier et dans le développement et l'amélioration de la prise en charge des patients.

Ainsi dès 1986, La Celle Dunoise a vu se créer la première maison de santé du département de la Creuse. Depuis les médecins œuvrent dans le sens d'améliorer les soins avec notamment la rénovation et l'agrandissement de la maison de santé pluridisciplinaire en 2014.

Une autre des initiatives a été l'expérimentation du dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) dans ce cabinet. Dispositif ayant été créé en Poitou-Charentes, j'en prenais connaissance pour la première fois. J'ai ainsi pu en découvrir les rouages et les intérêts.

Créé en 2004 à l'initiative du Docteur GAUTIER Jean, médecin généraliste dans les Deux-Sèvres, ASALEE ne cesse de prendre de l'ampleur chaque année et se développe petit à petit à travers la France.

Riche d'une Histoire de plus de dix années, son organisation et ses objectifs en font un dispositif novateur en termes de qualité des soins et de délégation de tâches à l'heure où la désertification médicale s'accroît.

Peu de travaux existent sur le sujet, notamment sur le plan qualitatif, et le Limousin, région fraîchement adhérente, est vierge de toute étude à ce jour.

En Limousin, c'est en effet le 5 juin 2013 que le dispositif ASALEE est officiellement autorisé suite à la parution d'un arrêté de l'ARS du Limousin [1]. Dès lors, de nouveaux médecins du Limousin adhèrent au dispositif.

Après ces deux années en Limousin, un premier bilan se doit d'être dressé. Je décide donc de réaliser une enquête d'opinion auprès des médecins adhérents au dispositif ASALEE en Limousin, afin de mettre en avant les attitudes et sentiments de ces médecins vis-à-vis d'ASALEE et de dresser ainsi un état des lieux d'ASALEE en Limousin.

1. Pourquoi ASALEE ?

1.1. Naissance d'un besoin

La création du dispositif ASALEE est apparue suite à la conjoncture de plusieurs tendances en France : une démographie médicale en baisse, un vieillissement de la population et une augmentation des pathologies chroniques.

1.1.1. Démographie médicale

1.1.1.1. Le Numerus Clausus

Durant « Les Trente Glorieuses », l'accès à l'enseignement supérieur est facilité. Le nombre d'étudiants s'inscrivant en première année de médecine augmente de façon considérable. Ainsi sera votée en octobre 1971 une loi limitant le nombre d'étudiants admis en deuxième année : le *numerus clausus*.

Le *numerus clausus* initial est de 8591. Mais lors des années qui vont suivre, les gouvernements vont avoir à cœur de limiter les dépenses de santé. Des projections, notamment celle de la CNAM en 1990, prédisent une surpopulation des médecins à venir. Le *numerus clausus* devient ainsi très bas : il atteint 3500 en 1992 [2].

Ce n'est qu'au début des années 2000 que les pouvoirs publics comprennent qu'une pénurie de médecins va s'installer en France et décident donc de relever le *numerus clausus*.

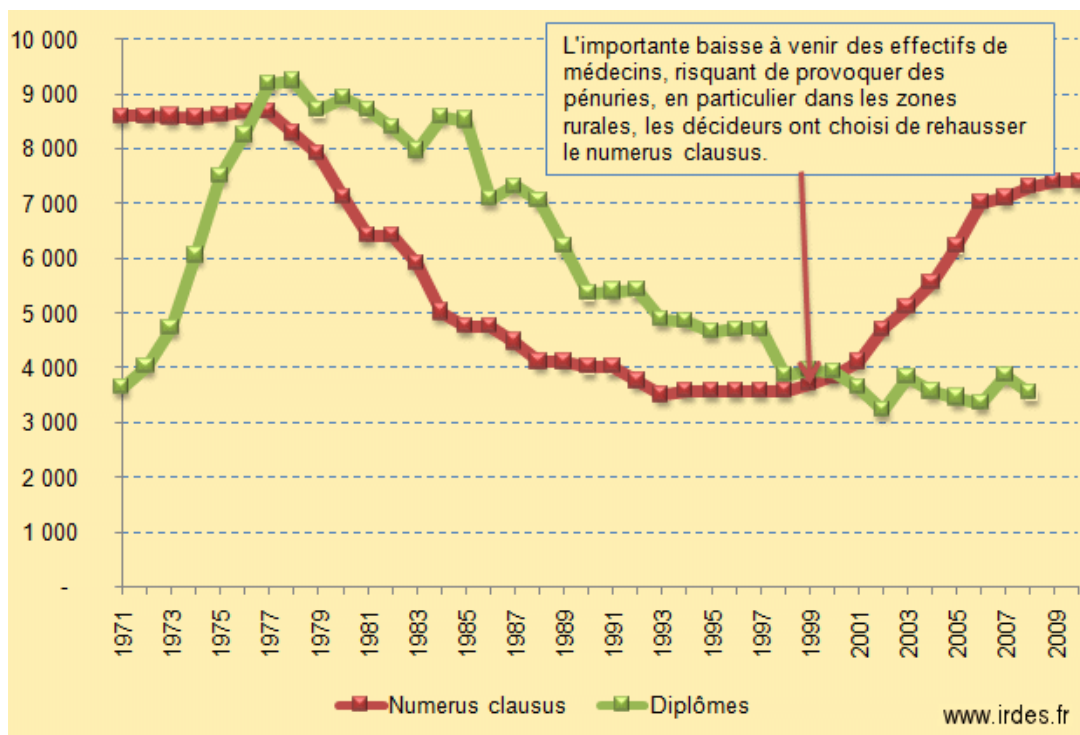


Figure 1 : Evolution du Numerus clausus

Source IRDES / Eco-Santé France

1.1.1.2. Stagnation des effectifs

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié les chiffres de la démographie médicale. On observe depuis le début des années 1990 une stagnation des effectifs des médecins généralistes libéraux (cf. fig.2).

Sur cette même période, la population française a quant à elle augmenté de façon plus importante : 58,4 millions d'habitants en 1990 et 64,7 millions en 2009.

Il en résulte une densité en baisse et donc une augmentation du nombre de patients par médecin.

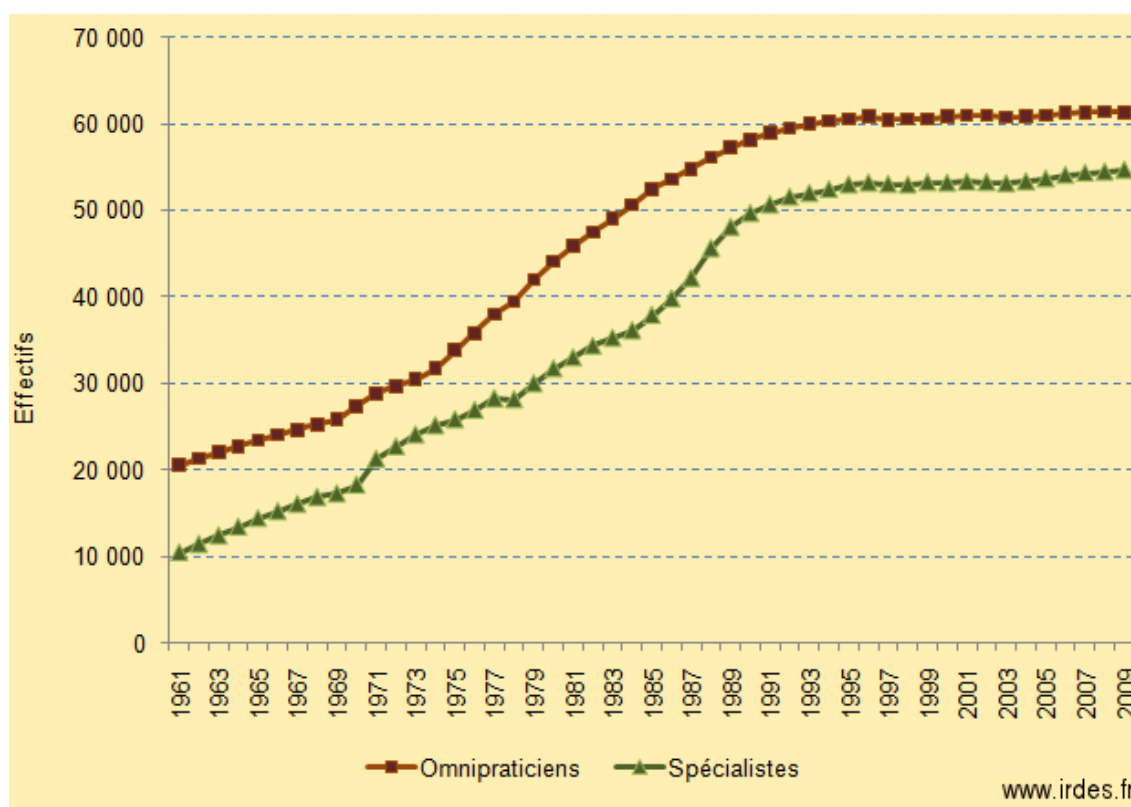


Figure 2 : Evolution de la démographie des médecins libéraux en effectifs

Source IRDES / Eco-Santé France

1.1.1.3. Vieillesse de la population médicale

L'âge moyen des médecins ne cesse d'augmenter. Avec ce vieillissement de la population médicale se pose le problème du départ à la retraite et du remplacement des médecins.

Une pénurie est à prévoir et la demande des patients auprès des médecins ne va cesser de croître.

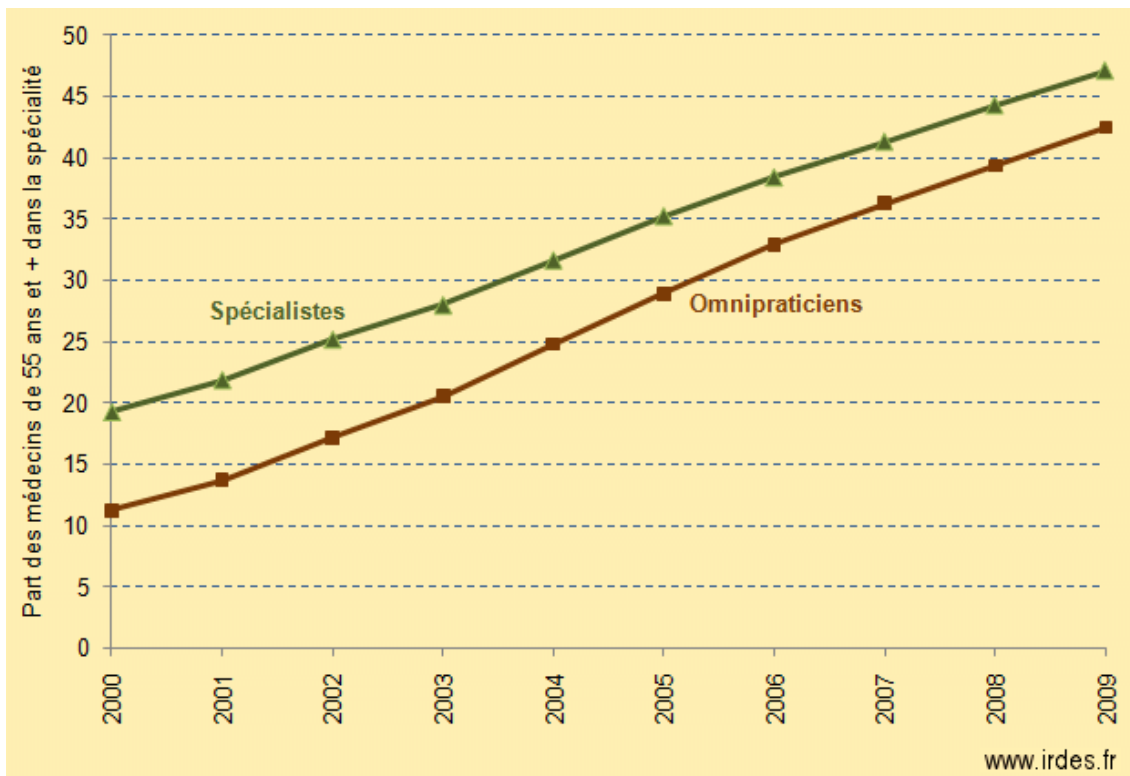


Figure 3 : Evolution de la part des médecins de 55 ans et plus

Source IRDES / Eco-Santé France

1.1.2. Démographie nationale

La population française n'a de cesse d'augmenter : 58,4 millions d'habitants en 1990, 60,9 millions en 2000 et 65 millions en 2010 [3].

L'espérance de vie à la naissance a progressé de 5 ans en vingt années (77 ans en 1990 et 82 en 2010).

Le pourcentage de la population ayant plus de 65 ans est passé de 14% en 1990 à 17% en 2010.

On assiste à un vieillissement de la population et donc une augmentation des consultations médicales.

1.1.3. Pathologies chroniques

Les pathologies chroniques sont un motif de consultation important. Elles nécessitent des consultations régulières. Le nombre de personnes atteintes de ces pathologies s'intensifie avec le temps.

La prévalence des personnes atteintes de diabète en France est passée de 2,6% en 2000 à 4,4% en 2009 [4].

Les troubles cognitifs peuvent se manifester par la démence dont on estime la prévalence toutes causes confondues à 6,4 % de la population de plus de 65 ans et celle de la maladie d'Alzheimer à 4,4 % [5]. La prévalence des troubles cognitifs sans démence est de 16,8% dans la population âgée [6].

La prévalence de la BPCO est difficile à évaluer, mais elle est estimée en France à 7,5% [7].

1.1.4. Projection dans l'avenir

Que ce soit la démographie médicale, la démographie nationale ou la prévalence des pathologies chroniques, les différentes projections accentuent le besoin d'agir.

Des projections faites par la DRESS [8] évaluent une chute du nombre de médecin en activité de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019, puis une ré ascension à 206 000 en 2030. Mais dans le même temps, la population française devrait croître de 10%. La densité médicale chuterait alors de 327 médecins pour 100 000 habitants à 292 médecins. La population française devrait continuer à vieillir et donc la demande de soins augmenter.

Selon une étude réalisée en 2006, la BPCO passerait de la 5^{ème} cause de mortalité en 2002 à la 4^{ème} cause de mortalité en 2030 [9].

Concernant les diabétiques, la prévalence en Europe était de 6,9% en 2010 et serait estimée à 8,1% en 2030, soit une augmentation de 20% [10].

1.2. Coopération entre professionnels de santé

1.2.1. Définition

L'article L. 4011-1 du code de la santé publique définit ainsi la coopération entre professionnels de santé: « *Par dérogation, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.* » [11]. La dérogation permet aux professionnels de santé paramédicaux d'effectuer des activités ou des actes médicaux qui ne sont pas autorisés dans leurs règles d'exercice.

Des protocoles de coopération sont réalisés afin de définir les actes et activités ainsi transférés. La réorganisation des modes d'intervention auprès des patients y est précisée [12].

1.2.2. Le médecin ASALEE

C'est un médecin généraliste. Il a une activité libérale. Il exerce dans une zone à risque de sous densité (zone sensible). Le médecin est le délégué : il transfère un acte de soins ou une activité à l'infirmière.

Le médecin n'a pas d'obligation à suivre une formation. Des formations sont organisées par les médecins ASALEE, mais ce n'est pas leur mission.

L'information des médecins se fait par l'infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle (IDSP) qui a été formé, de façon à ce qu'ils sachent ce qui va arriver à leurs patients mais aussi pour qu'ils comprennent et intègrent l'IDSP et son métier.

1.2.3. L'infirmier(e) ASALEE

Il s'agit d'un(e) infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle. Il peut être en exercice salarié ou en exercice libéral (un tiers). Il est le délégué et accepte donc de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du médecin.

L'IDSP possède au moins cinq années d'expérience en milieu de soins. Il reçoit une formation minimum : formation théorique et formation pratique.

L'IDSP intervient en majorité à temps partiel, de un à cinq jours par semaine. Un tiers de son temps est consacré à du travail sur dossier médical, préparation, analyse, mise à jour des données, et deux tiers de son temps à des consultations, hors période de formation. Sur une journée, l'IDSP peut réaliser au maximum 5 à 6 consultations.

1.3. Objectifs

1.3.1. Améliorer la qualité des services rendus aux patients

Il s'agit de l'objectif principal d'ASALEE et ceci grâce au développement d'activité de santé en équipe au cabinet.

Action Santé précise qu'il s'agit d'orienter l'action vers la prévention et l'éducation.

Libérale précise que les services se déroulent dans un cabinet de médecine libérale.

En Equipe précise que le travail se fera en coopération dans un binôme médecin/infirmière.

1.3.2. Développer les activités de santé

Les actions de santé effectuées par l'IDSP sont habituellement sous utilisées au cours des consultations avec le médecin. En effet, la demande des soins augmentant, le médecin a moins de temps à consacrer au patient. D'autres actions nécessitent des connaissances spécifiques.

Aves ASALEE, le patient a accès à la prévention primaire et secondaire ainsi qu'à l'éducation qui sont trop souvent absentes des consultations.

Un temps spécifique consacré au dépistage peut aussi être organisé.

1.3.3. Répondre à l'augmentation de la demande de soins

Comme développé plus haut, les années à venir vont voir converger une augmentation et un vieillissement de la population, une diminution des médecins libéraux et une augmentation des pathologies chroniques. La demande de soins va donc elle aussi augmenter.

La réorganisation du travail en équipe va permettre de partager certaines tâches et libérer du temps pour traiter le reste des pathologies médicales.

Un effet attendu d'ASALEE est de limiter le nombre de complications, mieux équilibrer les pathologies, et donc diminuer la demande d'accès aux soins coûteux pour ces pathologies et cela avec une meilleure qualité de vie du patient.

2. Histoire d'ASALEE

2.1. Inspiration à l'étranger

Si ASALEE est une expérience innovante en France, des essais et études ont été faits auparavant à l'étranger sur la délégation de tâches de médecins libéraux à une infirmière.

2.1.1. Début des expérimentations

Dès 1969, Coye et Hansen introduisent le concept d' « assistants médicaux » dont le rôle serait d'être au cabinet et de prendre part à l'interrogatoire, réaliser des actes techniques et assister le médecin sous sa supervision. 61% des médecins sondés pensent que ces assistants sont nécessaires et 42% les utiliseraient [13].

En 1976, Glenn et Goldman étudient l'attitude de plusieurs centres de médecine ambulatoire utilisant des « *infirmières praticiennes* ». Il en ressort que plusieurs tâches « *pourraient et devraient* » être déléguées à des infirmières [14].

A partir de la fin des années 1970, la délégation de tâches s'installe progressivement dans les pays Anglo-saxons et en Amérique du nord.

2.1.2. Infirmières à compétence étendue

Dès lors, un nouveau métier apparaît : les infirmières à compétence étendue (*nurse practitioner*) [15]. Ce sont des infirmières qui ont reçu une formation complémentaire. La législation étant différente d'un pays et d'un état à l'autre, elles peuvent avoir une autonomie et un rôle qui peut varier. Ainsi certaines sont salariées dans des cabinets de soins sous la supervision d'un médecin, alors que d'autres ont reçu une formation leur permettant de travailler de façon autonome (diagnostic, thérapeutique) et peuvent proposer une prescription lors de la consultation.

Les principales compétences des infirmières à compétence étendue sont : la promotion de la santé (bilan de santé, éducation du patient, dépistage), le suivi de pathologie chronique stabilisée (diabète, asthme, cardiovasculaire), les consultations de première ligne (bilan initial, prise en charge autonome).

2.1.3. Efficacité et efficience

Une revue de la littérature de 1970 à 2002 réalisée par Midy F. pour le CREDES met en avant l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières [16].

Elle y rappelle que ce sont les pays anglo-saxons qui ont initié la délégation aux infirmières de certaines tâches traditionnellement réalisées par un médecin généraliste dès les années soixante.

2.1.3.1. Efficacité

Sa première conclusion est que la littérature permet de confirmer d'une part que les patients sont satisfaits par les services des infirmiers et d'autre part que la qualité des soins est assurée.

Les infirmières ont acquis des compétences et des gestes réalisés auparavant par les médecins. Il semble même que dans certains cas (le conseil, l'information) elles fassent mieux.

Il y a des bénéfices lorsque les actions de dépistage (hypertension, cancer du col de l'utérus) menées par les infirmières ciblent des populations à risque.

Lors du suivi de patients chroniques, les infirmières sont tout aussi capables d'évaluer les facteurs de risque.

Pour les soins infirmiers de première ligne, il est possible d'en confier aux infirmières, celles-ci les traitant de façon autonome. La satisfaction est plus importante chez les patients. Les infirmières donnent plus de conseils et obtiennent une meilleure observance aux recommandations thérapeutiques.

2.1.3.2. Efficience

L'efficience ne peut se voir qu'à travers le rapport entre les salaires et les productivités comparés des professionnels.

La littérature montre que les consultations des infirmières sont plus longues.

Il est important d'évaluer l'impact de la délégation sur l'activité du cabinet. Elle peut varier si l'autonomie est complète ou s'il y a la supervision du médecin. Les différentes études montrent un taux de consultations sans recours au médecin de 67 à 95 %.

A la lumière de toutes ces études, certains ont estimé qu'il faudrait quatre infirmières pour remplacer le travail de deux à trois médecins (taux de délégation de 0,63). Il faut donc un ratio sur les salaires (y compris le coût de la supervision par un médecin) inférieur à 63 % pour que le système soit efficient, ce qui est le cas au vu de la littérature (ratio salarial égal à 0,38).

2.2. Les rapports BERLAND

2.2.1. Premier rapport BERLAND

Une lettre du 25 juin 2002 de Monsieur MATTEI Jean-François, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, missionne le Professeur BERLAND Yvon d'étudier la démographie des professions de santé et de formuler des propositions en conséquence [17].

Il en ressort une inquiétude liée à des conditions d'exercice difficiles et des projections inquiétantes avec une pénurie géographique et disciplinaire à venir.

Plusieurs mesures sont ainsi proposées avec notamment:

2.2.1.1. Evolution des métiers de la santé

Il faut redéfinir les contenus et champs de compétence de chacun. Les médecins doivent intervenir là où leur compétence est indispensable. Pour libérer du temps plus utile aux patients, certaines tâches doivent être déléguées à d'autres professions médicales ou paramédicales.

Grâce à des formations complémentaires, les infirmières pourront accéder à d'autres corps de métier.

Il faut créer des passerelles professionnelles pour accéder à d'autres métiers ou à des métiers nouvellement créés qui pourraient être ceux qui viendraient suppléer les médecins (MASTERS professionnels).

La formation universitaire devra être revue afin de faciliter les passerelles professionnelles.

2.2.1.2. Regroupement des professionnels de santé

Il faut favoriser le regroupement en maison de soins avec différents professionnels de santé. Il doit y avoir un appui administratif aux professionnels de santé.

2.2.2. Second rapport BERLAND

Suite au premier rapport BERLAND, le ministre de la santé, Monsieur MATTEI, décide le 20 mars 2003 de demander au Professeur BERLAND d'étudier les coopérations entre les différents professionnels de santé et de formuler des propositions adéquates [18].

Après avoir étudié les modèles nord-américains et européens et analysé les avis des professionnels de santé de la France, il arrive à la conclusion que le transfert de compétence est indispensable. Il évoque le partage de compétences avec de nouveaux métiers, dont les professionnels auraient reçu une formation.

2.2.2.1. Principes à respecter dans la délégation de tâches

Il définit de grands principes :

- La délégation ne peut s'envisager qu'avec une formation adéquate. Les délégués doivent acquérir de nouvelles compétences.
- Il doit y avoir une relation étroite entre le médecin et les acteurs paramédicaux. Ils doivent ainsi être regroupés dans des structures de soins pluridisciplinaires. Le médecin garde la responsabilité de la prescription et des actes.

- Le champ de compétence des délégués doit être défini avec les contours du métier et les objectifs.
- Il faut une formation continue de tous les métiers (au même titre que la formation médicale continue).
- L'investissement intellectuel doit être revalorisé.

2.2.2.2. Infirmières Cliniciennes Spécialistes

Il propose la création d'un nouveau métier : infirmière clinicienne spécialiste.

Il s'agit de prolonger la formation des infirmières qui, après leurs trois années d'étude, ont le diplôme d'Infirmière Diplômée d'Etat (niveau de formation licence professionnelle en soins infirmiers). Elles pourraient ainsi se spécialiser avec un grade de Master, dont l'option Soins formerait les infirmières cliniciennes spécialistes.

Ses missions seraient :

- Suivi en consultation des maladies chroniques suivant une procédure établie par les médecins et en concertation avec lui.
- Coordination des examens de suivi.
- Suivi de la compliance aux traitements et surveillance de leur tolérance.
- Participer à la prévention, à l'éducation et au dépistage.

2.3. Etude préliminaire en région Poitou Charentes

Dans le contexte des rapports BERLAND, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de la région Poitou Charente décide d'expérimenter la délégation de tâches. Le comité de pilotage est formé des docteurs Bouges, Gautier et Boutin respectivement directeur, chef de projet et président de l'URML Poitou Charentes. Afin d'en réaliser sa faisabilité et d'en déterminer ses contours, une enquête préliminaire est réalisée par le Dr BOURGUEIL Yann, médecin de santé publique à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), le 31 octobre 2003 [19].

2.3.1. Les apports de l'enquête

L'enquête concerne trois cabinets volontaires dans les Deux-Sèvres. Chaque cabinet est visité, et les médecins, secrétaires et quelques patients de chaque cabinet sont interrogés. Au total, 12 médecins (4 médecins dans chaque cabinet), 3 secrétaires (une dans chaque cabinet) et 36 patients (16, 15 et 5) sont interviewés.

Les points abordés sont :

- L'organisation et l'activité du cabinet lui-même
- L'organisation et l'activité de chaque médecin au sein du cabinet
- Les relations du cabinet et des médecins avec l'environnement

- Les attentes et les souhaits des médecins en matière de délégation de tâches ou d'activités nouvelles pouvant être réalisées par une personne embauchée par le cabinet
- Les attentes et les souhaits des patients

Avec la restitution et la synthèse des entretiens, le groupe de pilotage et de médecins définit précisément les modalités du projet d'expérimentation qu'il appelle ASALEE (l'étude montrant que le travail en équipe est prépondérant par rapport à la délégation de tâches).

2.3.2. Le projet d'expérimentation ASALEE

Les enjeux et les modalités de l'expérimentation sont exposés.

2.3.2.1. Objectifs

- Améliorer la qualité des services rendus aux patients.
- Développer l'activité de santé avec l'éducation sanitaire, l'éducation thérapeutique et le dépistage individualisé.
- Répondre à l'augmentation de la demande de soins.

2.3.2.2. Recrutement et formation d'une infirmière

L'infirmière sera salariée du cabinet et sera donc sous la responsabilité du médecin.

Elle participera à l'éducation thérapeutique chez le patient diabétique, à sa prévention et donnera des conseils diététiques.

Elle participera à l'éducation sanitaire en prodiguant des conseils et des informations auprès de population ciblée (nourrisson, femme, adolescent, personne âgée).

Des protocoles de dépistages seront mis en place avec l'identification de patients à risque.

Elle participera au fonctionnement du cabinet : appels téléphoniques, suivi des malades, mise à jour des bases de données informatisées...

2.3.2.3. Cadre de l'expérimentation

L'infirmière est sous la responsabilité des médecins. Elle est salariée. Son activité et son champ de compétence seront définis en collaboration avec les médecins, en se basant sur son décret de compétence (« *L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* » [20]).

Des protocoles communs à tous les cabinets seront créés.

Les cabinets et l'URML financeront initialement l'expérience, d'autres conditions de financement devront être envisagées par la suite. Les deux parties sont liées par un contrat, et l'URML s'engage à financer le recrutement de l'infirmière pendant une année.

2.3.2.4. Mise en œuvre

La mise en place du projet se fera en plusieurs étapes :

- Création de protocoles communs.
- Recrutement et formation des infirmières.
- Formation d'un comité de suivi (comprenant des représentants des professions et institutions concernées).
- Période d'organisation des cabinets pour mettre en place les actions d'éducation à la santé et les actions de dépistage.
- Début de l'expérimentation avec évaluation à un an.

2.4. Début de l'expérimentation ASALEE

La première infirmière prend ses fonctions en juin 2004. Elle est rapidement rejointe par deux autres infirmières. Les compétences recherchées lors du recrutement sont la prévention, l'éducation et la santé publique. Les trois infirmières ont une réactualisation de leurs connaissances par l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Niort, et participent à un stage dans le service d'endocrinologie du centre hospitalier de Niort. Elles ont aussi droit à une journée de formation en diététique au Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale (CODESS).

Les 3 infirmières sont regroupées sur 3 cabinets des Deux-Sèvres regroupant 12 médecins.

Après une année d'expérience, une évaluation est faite notamment avec la thèse du Dr DELEAU Emmanuelle en juillet 2005 [21]. L'évaluation est faite sur le dépistage et le suivi du diabète de type 2 au travers de formulaires en ligne sur chaque patient diabétique remplis par les infirmières, et des questionnaires sur ASALEE remplis par les patients, les infirmières et les médecins.

Les résultats montrent que les médecins, infirmières et patients sont satisfaits de l'expérimentation ASALEE. La nouvelle organisation du travail permet aux infirmières de réaliser des tâches habituellement dévolues aux médecins mais sous effectuées, et de développer l'activité de santé avec l'éducation sanitaire, l'éducation thérapeutique et le dépistage individualisé (diabète de type 2, cancer du côlon, cancer du sein, troubles de la mémoire).

L'étude conclue également à une amélioration du suivi des recommandations de bonne pratique fixées par l'ANAES (meilleur suivi dans la réalisation des examens complémentaires).

2.5. Extension départementale

Avec ses résultats encourageants, d'autres cabinets tentent l'expérience ASALEE au niveau des Deux-Sèvres.

En mai 2005, on totalise 7 cabinets comprenant 19 médecins avec 3 infirmières.

En avril 2006, le nombre se porte à 12 cabinets de 29 médecins généralistes pour 5 infirmières.

En aout 2006, il s'agit de 18 cabinets de 41 médecins pour 8 infirmières.

2.6. Evaluations

2.6.1. Evaluation socio-organisationnelle

Elle est réalisée en juillet 2007 par le Professeur DANIELLOU François, professeur d'ergonomie à l'École Nationale Supérieure de Cognitique de l'Institut polytechnique de Bordeaux [22]. Il s'est entretenu avec les patients et les infirmières, et a observé le travail de ces dernières.

Selon lui « *ASALEE constitue une alliance originale du monde du traitement et de celui du soin. Les infirmières permettent au médecin de gérer les aspects biomédicaux au plus près des connaissances contenues dans les protocoles, elles soutiennent sa mémoire (alertes) et sa pratique du traitement* ». L'écoute du patient par l'infirmière est un temps important, ce qui permet de comprendre et faire comprendre au patient les problèmes liés à sa pathologie.

Le travail de l'infirmière est valorisé en se recentrant sur le soin du patient.

Le bénéfice des patients est double : « *ils voient que leurs examens sont programmés régulièrement et leur traitement réajusté par le médecin. Ils disposent avec l'infirmière d'un espace gratuit d'écoute et de soutien à la construction de leur santé* ».

2.6.2. Evaluation médico-économique

En 2006, l'HAS a confié à l'IRDES l'évaluation médico-économique d'ASALEE. L'évaluation est réalisée entre mai 2007 et janvier 2008 [23]. L'étude suit un modèle cas-témoin et concerne le suivi des patients diabétiques de type 2, qui occupe un tiers du temps de travail de l'infirmière.

L'efficacité sur le contrôle glycémique se fait en comparaison avec un échantillon témoin constitué grâce aux médecins de l'Observatoire de la Médecine Générale.

La mesure du taux de suivi des recommandations de bonne pratique fixées par l'HAS (meilleur suivi dans la réalisation des examens complémentaires) est mesurée grâce aux données de remboursement des caisses de remboursement, ces dernières fournissant l'échantillon témoin.

Les conclusions de l'étude permettent d'affirmer que la baisse de l'hémoglobine glyquée est plus importante dans ASALEE que dans le groupe témoin. Les patients ont un taux de réalisations des examens complémentaires de suivi plus élevé. Il y a donc bien une efficacité du suivi des patients.

Sur le plan comptable, l'étude n'a pas montré de différences de coût auprès de l'assurance maladie : il n'y a donc pas de surcoût lié à ASALEE.

2.6.3. Evaluation économique

En 2009, le Conservatoire national des arts et métiers mène une étude pour comparer le coût de suivi des patients ASALEE et des patients en dehors du dispositif ASALEE [24]. L'étude se déroule sur deux années rétrospectivement.

Une économie relative de la consommation des soins est observée à hauteur de 10% : si certains postes de dépenses sont en hausse (actes de biologie, d'imagerie, de kinésithérapie...), on constate un moindre recours à l'hôpital, aux transports sanitaires et aux spécialistes.

2.7. Encadrement juridique de l'expérimentation

Après les rapports BERLAND, le gouvernement, par l'intermédiaire du ministre de la santé Monsieur DOUSTE-BLAZY Philippe, décide de mettre un cadre juridique aux expérimentations avec l'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : « *Des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé peuvent être prévues par dérogation...* ».

Le 13 décembre 2004, Monsieur DOUSTE-BLAZY autorise cinq expérimentations par la publication d'un arrêté au Journal Officiel [25].

Le 30 mars 2006, un nouvel arrêté publié au Journal officiel par le ministre de la Santé, Monsieur BERTRAND Xavier, porte le nombre d'expérimentation à dix avec l'introduction de l'expérience ASALEE [26]. Il définit les actes concernés et délégués à l'infirmière, les conditions de mise en œuvre et les modalités d'évaluation.

2.8. Recommandations de l'HAS sur les nouvelles formes de coopération

Dans la lignée de ces arrêtés, le ministre de la Santé confie à l'HAS l'élaboration de recommandations visant à clarifier les conditions de la coopération dans le domaine de la santé et à identifier les évolutions qui pourraient la faciliter.

L'HAS publie cette recommandation en avril 2008, en collaboration avec l'ONDPS [27].

Avec ces nouvelles formes de coopérations, c'est l'occasion de faire évoluer le système de santé. Même si les dépenses de santé ne pourront être réduites immédiatement (besoins en formation), l'amélioration de la prise en charge des patients est primordiale. Avec la valorisation du travail de l'infirmière par la diversité des missions et l'évolution des compétences, le métier d'infirmière devient plus attractif et permet plus d'évolution de carrière. Favoriser l'exercice pluriprofessionnel permettrait de relancer l'attractivité de l'exercice libéral.

Mais les modalités de formation et le cadre d'exercice des professions de santé ralentissent ces coopérations.

L'HAS propose donc :

- De repenser la formation, pour réduire l'écart entre formation médicale et paramédicale
- De redéfinir le cadre juridique des professions, sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes prédéterminés
- De valoriser les coopérations grâce aux perspectives de carrière ou à la rémunération
- De mettre en place un dispositif d'accompagnement afin de préserver l'intérêt et la qualité de ces nouvelles formes de coopération.

Cette recommandation valide et incite la coopération entre professionnels de santé.

« Il appartient donc maintenant à la décision publique de mettre en œuvre les conditions juridiques, économiques et de formation nécessaires à l'application de cette recommandation ».

2.9. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires »

La loi réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a été promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au journal officiel le 22 juillet 2009 [28]. L'article 51 concerne le principe de coopération des professionnels de santé : il le sort de son cadre expérimental.

La loi permet au médecin d'effectuer un transfert d'activité et d'actes de soins vers l'infirmière, ou de réorganiser les modes d'interventions auprès du patient. La création des protocoles de coopération reste l'apanage des professionnels de santé.

L'arrêté du 31 décembre 2009 [29] précise les modalités de la procédure. Les professionnels de santé proposent un protocole de coopération (objet, nature de la coopération, lieu d'exercice, champ d'intervention des professionnels concernés) à leur Agence régionale de santé (ARS) qui vérifie que cela répond à un besoin de santé de la région, et qui le transmet pour avis conforme à l'HAS. La mise en œuvre est alors autorisée par arrêté par l'ARS.

Chaque professionnel de santé désirant rejoindre le dispositif doit faire une demande à l'ARS.

La HAS peut, dans un second temps, étendre le dispositif au territoire national par arrêté.

2.10. Sortie du cadre expérimental

En mars 2011, la grille du protocole de coopération d'ASALEE est réalisée par l'association ASALEE dont le président est le Docteur GAUTIER Jean.

Le protocole est déposé en juillet 2011.

La HAS émet un avis favorable le 22 mars 2012 à l'utilisation du protocole de coopération [30].

A la suite de cet avis, l'ARS de Poitou-Charentes autorise la coopération du dispositif ASALEE le 18 juin 2012 [31]. ASALEE sort alors de son cadre expérimental.

2.11. Extension nationale

En 2008, le dispositif ASALEE dépasse le cadre régional.

En 2009, le dispositif est présent sur 4 régions et concerne 80 000 patients.

En 2013, ASALEE regroupe 33 départements (16 régions) avec 331 médecins pour 117 infirmières, et concerne 330 000 patients.

En 2014, ASALEE représente 300 infirmières pour environ 1 000 médecins. Cela inclut 500 000 patients éligibles sur 1 000 000 de patients potentiels.

3. Organisation

L'organisation est détaillée dans les différents protocoles validés par la HAS (protocoles ASALEE, cadre et de coopération).

3.1. Critères d'éligibilité

Il existe plusieurs critères nécessaires à l'entrée dans le dispositif ASALEE.

Il faut une autorisation régionale de l'ARS. A cela s'ajoute une notification individuelle autorisant l'équipe médecin généraliste / infirmière.

Le cabinet médical doit être capable d'accueillir l'IDSP. Il lui faut un bureau équipé d'un ordinateur et d'un téléphone (le bureau peut être celui des médecins avec roulement).

Le cabinet médical doit avoir une connexion internet haut débit afin d'accéder au système d'information ASALEE (portail extranet ASALEE).

Les dossiers médicaux doivent être informatisés et accessibles à l'infirmière.

Il doit s'agir d'une zone sensible, c'est-à-dire une zone à risque de sous-densité avec au moins quatre médecins généralistes géographiquement proches.

3.2. Formation de l'infirmière

Des compétences sont nécessaires pour pouvoir pratiquer les activités du dispositif ASALEE. Les infirmières doivent faire la preuve qu'elles ont ces compétences ou sinon être formées pour les avoir. Les jours de formation sont des jours de travail pour l'infirmière : elle est alors payée comme salariée et ses frais d'hébergement sont pris en charge par ASALEE.

3.2.1. Réunion de présentation et de préparation

Un médecin « *accompagnateur* » de l'association ASALEE organise une réunion regroupant l'IDSP et les médecins généralistes du cabinet. Il y présente le règlement intérieur, la convention de fonctionnement et les protocoles qui seront signés par les deux parties.

3.2.2. Modules dérogatoires

Dans son exercice, l'infirmière prend des décisions qui sont dérogatoires par rapport à son décret de compétence. Elle doit connaître parfaitement le contexte qui l'autorise à prendre ces décisions ainsi que le contexte médical.

La formation concerne l'anatomophysiologie, la pathologie, les éléments du suivi et les conditions d'exécution du volet dérogatoire. Elle s'étale sur trois jours pour chacun des quatre protocoles (85 heures au total). Elle est assurée par l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, certains des formateurs étant des médecins généralistes membres de

l'association, associés selon les protocoles avec endocrinologue, cardiologue, gériatre ou pneumologue, et des infirmières expérimentées ASALEE.

3.2.3. Module éducation thérapeutique du patient

C'est la formation dite « *des 40 heures* ». Elle est dispensée en deux modules par des formateurs agréés. Les deux modules durent 3 jours chacun et sont espacés de 2 à 6 mois. Lors du premier jour, une check-list de 183 points est réalisée pour vérifier les compétences de l'infirmière.

Les compétences acquises sont les suivantes [32] :

- Compétences relationnelles : « *Communiquer de manière empathique, recourir à l'écoute active, choisir des mots adaptés, reconnaître les ressources et les difficultés d'apprentissage, permettre au patient de prendre une place plus active au niveau des décisions qui concernent sa santé, ses soins personnels et ses apprentissages. Soutenir la motivation du patient.*»
- Compétences pédagogiques et d'animation : « *Choisir et utiliser de manière adéquate des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, prendre en compte les besoins et la diversité des patients*».
- Compétences méthodologiques et organisationnelles : « *Planifier les étapes de la démarche d'ETP (conception et organisation d'un programme individuel d'ETP négocié avec le patient, mise en œuvre et évaluation)*».
- Compétences biomédicales et de soins : « *Avoir une connaissance de la maladie chronique et de la stratégie de prise en charge thérapeutique concernées par le programme d'ETP, reconnaître les troubles psychiques, les situations de vulnérabilité psychologique et sociale* ».

3.2.4. Module compagnonnage

Trois jours minimum sont à réaliser sur le terrain au contact d'infirmières déjà incluses dans le dispositif. Les infirmières sont ainsi plus à l'aise avec leur début d'exercice.

3.2.5. Module système d'information

Il s'agit de l'utilisation du logiciel de gestion du cabinet ainsi que du portail ASALEE, système d'information partagé à visée statistique. Une formation de 7 heures est réalisée pour les deux logiciels.

3.3. Système d'information ASALEE

C'est un portail sécurisé de statistiques qui comporte des supports divers et variés qui peuvent être utilisés lors des rencontres infirmière - patient. On y retrouve les protocoles

HAS ainsi que des supports pédagogiques pour les consultations d'éducation thérapeutique des patients.

Lors de chaque consultation, l'infirmière met à jour les informations du patient sur le portail ASALEE, ce qui lui permet d'organiser le suivi. Il constitue une base de données, anonyme et partagée, permettant d'effectuer des évaluations par cabinet, par région ou nationales.

Mais le principal outil de partage est le logiciel du cabinet médical qui reste la référence pour le binôme médecin / infirmière.

3.4. Prise en charge en équipe

L'IDSP repère dans la base de données du cabinet les patients pouvant être inclus dans le protocole. Si le protocole le prévoit, elle invite directement le patient à bénéficier de la prise en charge, sinon le médecin adresse le patient à l'IDSP lors d'une consultation. Il faut le consentement éclairé du patient qui adhère au volet dérogatoire en signant sa charte d'adhésion.

L'IDSP reçoit le patient en consultation et organise librement le suivi selon le protocole. Chaque consultation dure entre 40 et 60 minutes. Si lors de la consultation, l'IDSP décèle un critère d'alerte (défini par les protocoles), le patient est immédiatement vu par le médecin.

L'IDSP fait une évaluation de chaque consultation et un compte-rendu.

Chaque mois, une réunion de synthèse est organisée entre les médecins du cabinet et l'IDSP. Ce staff de débriefing permet de revoir l'ensemble des dossiers et d'analyser les différents événements indésirables.

Tous les deux mois, les IDSP ASALEE se réunissent pour un échange de leurs expériences.

3.5. Les différents protocoles de coopération

3.5.1. Protocole de dépistage et suivi du patient diabétique de type 2

Pour le dépistage, les patients concernés sont ceux ayant une glycémie à jeun comprise entre 1,10 g/L et 1,26 g/L, et ceux de plus de 45 ans ayant un IMC>28 ou des antécédents familiaux de diabète au 1^{er} degré. Une surveillance par réalisation d'une glycémie annuelle est effectuée.

Pour le suivi des patients diabétiques de type 2, le patient est vu quatre fois par an. L'IDSP mesure la tension artérielle, le poids, vérifie les résultats d'examen, la compliance et l'observance des traitements. Elle rappelle les règles hygiéno-diététiques.

Les actes dérogatoires sont la prescription de biologie, d'ECG et du fond d'œil, ainsi que la réalisation de l'ECG et de l'examen des pieds (monofilament).

3.5.2. Protocole de suivi du patient tabagique à risque de BPCO

Les patients cibles sont ceux de plus de 40 ans fumeurs, ou anciens fumeurs (20 paquets-année pour les hommes, 15 paquets-année pour les femmes).

L'acte dérogatoire est la prescription et la réalisation d'une spirométrie. Le patient est alors vu en consultation de suivi par le médecin pour l'interprétation des résultats, et ce dernier peut alors proposer un plan d'action (aide au sevrage tabagique...).

Le patient est suivi une à deux fois par an par l'IDSP.

3.5.3. Protocole suivi du patient à risque cardio-vasculaire

Les patients concernés ont deux facteurs de risque dont un modifiable, ou trois facteurs de risque (ou plus).

Les facteurs de risque sont les suivants : âge (homme > 45 ans, femme > 55 ans), antécédents familiaux, tabagisme actif ou arrêt de moins de trois ans, HTA, IMC > 28, hyperlipidémie, hypertrophie ventriculaire gauche électrique si HTA. Il y a deux critères d'exclusion : diabète et insuffisance rénale chronique sévère. Ils permettent d'estimer le risque cardio-vasculaire selon l'équation de Framingham.

Lors de la consultation, l'IDSP aborde cinq dimensions : cognitive (connaissance de la maladie, du traitement), biologique (pathologie, antécédents), socio-professionnelle (profession, loisirs), psychoaffective (stade d'acceptation de la maladie), projective (projets source de motivation). Ceci permet de mieux connaître le patient et de réaliser un plan d'action personnalisé.

L'IDSP mesure la tension artérielle, le poids, vérifie les résultats d'examen, la compliance et l'observance des traitements. Elle rappelle les règles hygiéno-diététiques.

Les actes dérogatoires sont la prescription de biologie et d'auto-mesure tensionnelle (avec explications), ainsi que la réalisation d'ECG.

3.5.4. Protocole de repérage des troubles cognitifs

Les patients concernés sont ceux dont la classe d'âge est supérieure à 75 ans, ou dans le cas où une plainte mnésique est exprimée par le patient ou l'entourage.

L'acte dérogatoire est la réalisation de 7 tests conformément aux recommandations [33]: Horloge, Geriatric Depressions Scale, Mini Mental State, 5 mots de Dubois, Instrumental Activities of Daily Living, Echelle de Dysfonctionnement Frontal, Inventaire NeuroPsychiatrique.

Selon les résultats, l'IDSP propose une rencontre avec le médecin.

3.5.5. Dépistage des cancers du sein et du colon

L'IDSP travaille sur les dossiers du logiciel de gestion du cabinet. Elle repère les patients cibles relevant d'un dépistage :

- Cancer du sein : femmes entre 50 et 74 ans
- Cancer colorectal : patients entre 50 et 74 ans, avec proposition et explication de l'Hemoccult II® ou du nouveau test immunologique.

Ce dépistage est réalisé en synergie avec l'association départementale.

3.6. Financement

L'association ASALEE est financée par la CNAM. L'association ASALEE perçoit l'intégralité du forfait pour :

- Rémunérer les IDSP
- Indemniser les médecins des réunions de synthèse tous les mois à hauteur d'1/2 journée (12C)
- Rémunérer les moyens techniques : frais directs de l'IDSP (ordinateur, déplacements au domicile, déplacements entre 2 cabinets), le système d'information support, l'accompagnement, le recrutement et la formation des professionnels, le développement et ajustement continu de protocole, le contrôle interne.

Le financement est effectué dans le cadre des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. Le dispositif ASALEE est le premier à être financé dans le cadre du module 3 [34].

Le comité de pilotage des Expérimentations de nouveaux modes de rémunérations du 19 décembre 2014 a validé la réouverture des modules 1 et 3 des expérimentations en 2014, et donc prolongé le financement du dispositif ASALEE.

4. Méthodologie

4.1. Choix de la méthode

Comme expliqué précédemment dans la partie « Histoire d'ASALEE », des études quantitatives concernant ASALEE ont déjà été réalisées par le passé. Par contre, on retrouve peu d'études qualitatives, notamment dans le Limousin qui est vierge du tout travail.

Je décide ainsi d'aborder le sujet sur un plan qualitatif. Le nombre restreint de médecins ne me permet pas d'effectuer une enquête type Focus Group ni une étude qualitative stricto sensu. Je réalise donc une enquête d'opinion basée sur des entretiens semi-directifs auprès des différents médecins du dispositif.

4.1.1. Etude qualitative

La méthode qualitative est utilisée depuis peu en recherche en médecine générale [35]. Elle a longtemps été dénigrée. Elle complète la recherche quantitative en traitant des sujets et thèmes subjectifs qui sont difficilement quantifiables. La recherche qualitative trouve sa plénitude en médecine générale, celle-ci abordant de façon plus large la compréhension de la santé et des déterminants des soins.

4.1.2. Enquête d'opinion

L'enquête d'opinion va permettre d'évaluer l'opinion des médecins sur le dispositif ASALEE, leur pratique et connaissances actuelles, les freins ou évolutions à envisager.

4.1.3. Entretien semi-directif

Le recueil de données est réalisé à travers un guide d'entretien (annexe 2) semi-directif. Il a été réalisé en analysant les différents thèmes d'ASALEE et en mettant en avant les différents questionnements possibles. Il se veut le plus large possible sur les thèmes abordés. Il comporte une succession de questions ouvertes et fermées avec des relances possibles selon les réponses de l'interviewé.

Le nombre de participants étant restreint, le guide d'entretien a été testé directement lors du premier entretien.

4.2. Choix de la population

J'ai obtenu la liste exhaustive des médecins du dispositif ASALEE du Limousin auprès de l'ARS du Limousin. Douze médecins font partie du dispositif.

J'ai rédigé un courrier (annexe 1) à l'attention des médecins pour les informer du sujet et du but de ma thèse, et pour leur signifier une prise de contact prochaine.

Quelques jours après l'envoi des courriers, j'ai pris contact par téléphone avec chacun des médecins afin de leur préciser ma démarche, obtenir leur consentement et choisir une date et un lieu pour la réalisation de l'entretien.

Huit médecins ont répondu favorablement et deux médecins ont refusé (manque de temps pour le premier, trop peu de recul pour le deuxième). Les deux médecins restants n'avaient pas encore commencé (en attente d'une infirmière). Un entretien a été réalisé avec un de ces deux médecins, mais les réponses n'étant pas contributives, j'ai décidé de ne pas les inclure dans l'étude.

La population finale est donc constituée de huit médecins.

4.3. Déroulement des entretiens

J'ai convenu avec chaque médecin d'une date, d'un horaire et d'un lieu selon leurs convenances.

Pour l'enregistrement des entretiens, j'ai utilisé un dictaphone numérique OLYMPUS WS-831.

Afin de préserver l'anonymat, les médecins sont identifiés par des lettres (de A à H).

Les différentes informations de chaque entretien sont résumées dans le tableau 1. Tous les médecins ont souhaité une rencontre à leur cabinet.

	A	B	C	D	E	F	G	H
Date	24/02	25/03	26/03	30/03	31/03	02/04	16/04	20/04
Durée	57 min	37 min	35 min	38 min	49 min	53 min	46 min	40 min

Tableau 1 : Dates et durées des entretiens

La durée moyenne d'un entretien est de 44 minutes.

4.4. Analyse des entretiens

Une retranscription complète de chaque entretien est réalisée sur ordinateur sur le logiciel MICROSOFT WORD 10. Elle se veut fidèle et inclue donc les éventuelles fautes de français et hésitations. L'intégralité des entretiens n'est pas jointe à ce travail afin de ne pas alourdir la thèse. Les tierces personnes nommées durant les entretiens sont anonymisées grâce à des lettres.

Une analyse manuelle du verbatim a permis de faire ressortir les différentes idées, et de construire ainsi une analyse qualitative reprenant ces idées, illustrées par les verbatim les plus pertinents s'y rapportant.

5. Résultats et analyses

5.1. Epidémiologie

5.1.1. Age

La moyenne d'âge des médecins est de 56 ans avec des mini et maxi à 52 et 62 ans.

5.1.2. Sexe

La répartition est de 5 femmes pour 3 hommes.

5.1.3. Milieu

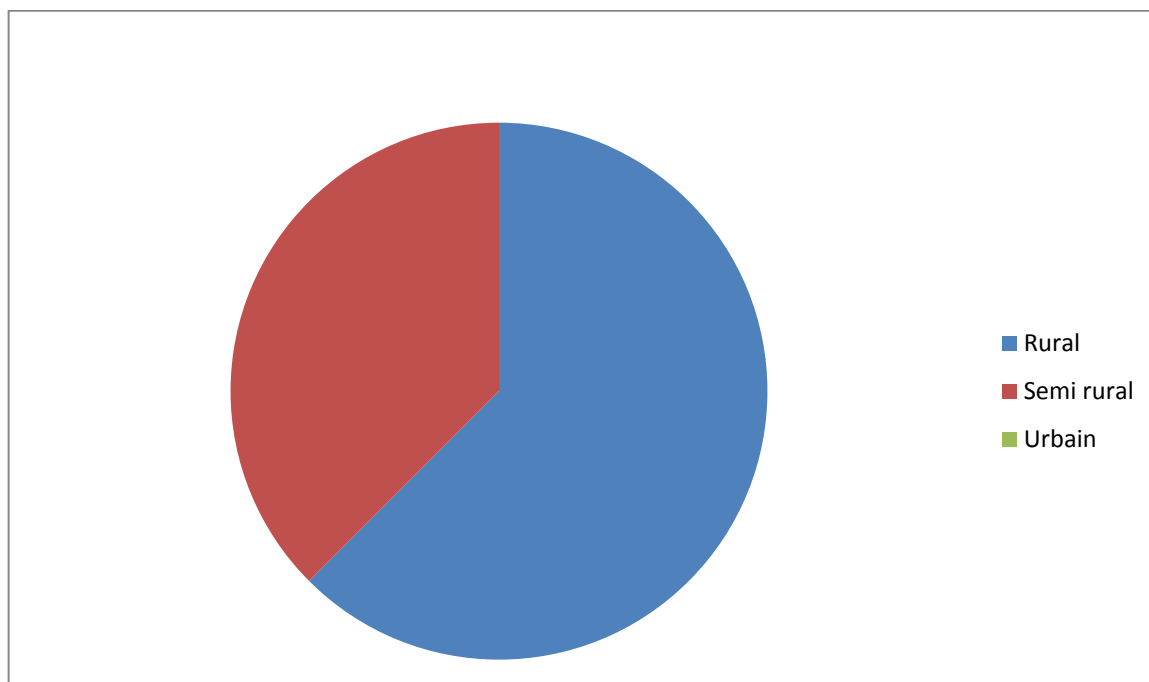


Figure 4 : Milieu d'exercice des médecins ASALEE du Limousin

5 des médecins exercent en milieu rural. Les 3 autres exercent en semi-rural.

Les cabinets se trouvent tous en Creuse.

5.1.4. Durée d'exercice

	A	B	C	D	E	F	G	H	Moyenne
Installation	18	29	26	20	27	28	29	14	24
Cabinet actuel	18	29	1,5	20	27	0,5	29	1	16

Tableau 2 : Durée d'exercice (en année) des médecins ASALEE du Limousin

5 médecins ont toujours exercé dans le même cabinet. 3 médecins ont récemment changé de cabinet (moins de 2 ans pour les 3).

5.1.5. Mode d'exercice

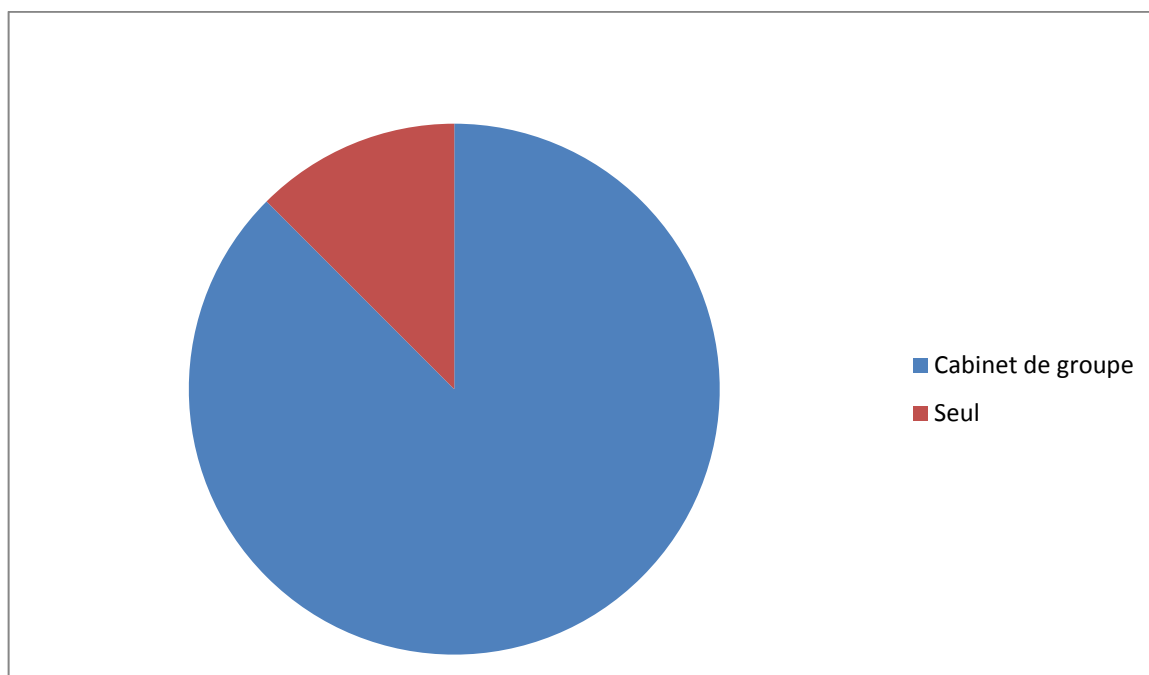


Figure 5 : Mode d'exercice des médecins ASALEE du Limousin

Il n'y a qu'un médecin qui exerce seul. Les autres exercent au moins à deux dans le même cabinet.

5.1.6. ASALEE

	A	B	C	D	E	F	G	H	Moyenne
Début ASALEE (année)	2	2	1	1,5	0,25	0,25	2	1,5	1,3
Jour par semaine au cabinet	2	1	2	1	1	1	2	1	1,38
Médecins partageant l'infirmière	5	5	2	5	1	1	5	5	3,63

Tableau 3 : ASALEE au cabinet des médecins du Limousin

L'implantation d'ASALEE dans le Limousin est récente. Celle-ci a débuté il y a 2 ans et s'étend petit à petit.

L'infirmière est présente dans chaque cabinet de 1 à 2 jours par semaine.

L'infirmière peut s'occuper d'une à cinq patientèles.

5.1.7. Synthèse

Aujourd'hui, le médecin-type des médecins du dispositif ASALEE du Limousin est un médecin dans la cinquantaine exerçant en milieu rural en Creuse. Il exerce en cabinet de groupe et est installé dans celui-ci depuis plus de 15 ans. Il a adhéré au dispositif ASALEE depuis un peu plus d'un an et reçoit l'infirmière ASALEE à son cabinet une journée par semaine.

5.2. Education thérapeutique du patient

5.2.1. Pratique personnelle

Les médecins donnent tous des conseils généraux aux patients. L'éducation thérapeutique du patient n'est par contre pas pratiquée de façon optimale pour plusieurs raisons.

5.2.1.1. Problème de compétence

Les médecins ont conscience que l'éducation thérapeutique nécessite une certaine formation et un savoir-faire.

G : « Il y a quand même des techniques pour les entretiens thérapeutiques, même si j'ai fait quelques formations. Je peux pas dire que je suis compétent en éducation thérapeutique. »

C : « J'estimais que je ne faisais pas bien cette éducation thérapeutique parce que soigner, c'est un peu comme la psychiatrie : on ne peut pas être psychiatre/psychanalyste. On ne peut pas faire les deux en même temps comme il faut. »

5.2.1.2. Problème de temps

Le facteur temps joue beaucoup. Les médecins reconnaissent que le temps manque lors de la consultation pour faire cette éducation thérapeutique correctement.

D : « J'aime bien faire, mais je pense que ça prend beaucoup de temps pour vraiment le faire comme il le faut. »

C : « Je préfère la déléguer parce que je n'ai pas le temps, c'est mal fait. Parce qu'on ne le fait pas bien, on ne le fait pas comme il faut. »

E : « Je pense que je me sens un peu pris par le temps pour la faire bien. »

G : « J'aimerais bien la pratiquer, mais c'est un problème de temps. »

F : « Les médecins, pour ceux de terrain, ça fait plus de 2 000 / 2 500 patients. C'est énorme. Donc les conseils thérapeutiques, on les donne le mieux possible, voilà. Mais le manque de temps fait qu'on est obligé de cibler »

5.2.1.3. Difficulté de la réaliser en dehors du milieu de vie

Les médecins voient les patients majoritairement en consultation. Ils pensent que l'éducation thérapeutique est plus facilement réalisable chez le patient, lorsqu'ils peuvent se rendre compte réellement des habitudes des patients.

E : « Autrefois on faisait encore beaucoup de visite à domicile, on tombait souvent au moment du repas chez les gens. On disait "ça, ça, ça". Maintenant on les voit en consultation " Mais je vous jure docteur, je fais comme ci, je fais comme ça ". »

F : « C'est plus commode de donner des conseils au domicile des patients, quand on est dans leur milieu de vie que quand ils sont au cabinet. »

5.2.1.4. Découragement

Les médecins reconnaissent qu'avec le temps, une certaine lassitude et un découragement peuvent apparaître. Le comportement de certains patients ainsi que leurs dires contraires à leurs actes n'incitent pas les médecins à persévérer dans cette éducation thérapeutique.

B : « Le problème c'est que moi ça fait longtemps que je suis là, je les connais. Et les conseils ne sont pas tellement suivis. Quand on vous dit qu'on ne mange pas de sucre et qu'on vous dit qu'on mange du miel tous les matins, vous voyez c'est un peu ce genre. »

E : « Puis je crois que je me lasse des mêmes réponses : " on peut plus rien manger docteur ". Voilà. J'essaie de donner des grandes lignes. Il y a des jours où je suis disposé pour, il y a des jours où très honnêtement... C'est pas que je me retranche derrière le traitement... Moi je suis ravi du dispositif ASALEE, de pouvoir déléguer cette tâche ingrate, ingrate que de contribuer à l'éducation thérapeutique des gens quant à leur pathologie. [...] je crois que ça ne me branche pas. Rapidement je bute quand ils commencent à me rétorquer deux trois choses... Ils en veulent pas, il n'y a que les médocs, et encore les médocs ils les prennent pas bien. [...] Des fois quand on a des éléments biologiques qui tendent à prouver qu'ils font l'inverse de ce qu'ils disent... A un moment donné ça me... ça me gave. »

5.2.2. Autres structures

5.2.2.1. Une variété importante

S'ils ont intégré le dispositif ASALEE, les médecins connaissent d'autres associations ou établissements pratiquant l'éducation thérapeutique. Il y a les réseaux de Santé

régionaux (Diablim, Icarlim), le service d'accompagnement de l'assurance maladie (Sophia), des ateliers d'Education thérapeutique de l'assurance maladie, des programmes d'éducation thérapeutique de la Mutualité Française, des centre de cure (Poulligny-Notre-Dame, Centre de l'obésité à St Yrieix la Perche...). ASALEE n'est donc pas seul dans le paysage limousin.

D : « *J'envoie de temps en temps au centre de l'obésité, ou à Poulligny. Et puis il y a la caisse primaire qui a des ateliers d'éducation thérapeutique. Il y a Diablim aussi, je suis adhérente à Diablim.* »

G : « *Ça se fait notamment sur le thème du diabète avec Diablim. Bon, ça se fait avec l'insuffisance cardiaque avec Icarlim par exemple. Après il y a Sophia, mais bon qui est quand même très particulier.* »

E : « *Après en éducation thérapeutique... Après on sait que la mutualité française a des programmes, plutôt d'information, de journées thématiques. Et puis il y a les caisses d'assurance maladie qui se sont mises un peu dans les rangs. Voilà, bon Sophia est-ce que c'est un petit peu d'éducation thérapeutique derrière, je crois qu'il y a cette volonté-là.* »

5.2.2.2. Une adhésion moindre

Certains médecins doutent de l'utilité finale de certaines structures.

H : « *Les délégués de la caisse... Sophia "vous connaissez pas Sophia ?" Moi je dis "ça me dit vaguement quelque chose" Et elle me dit que c'est des trucs pour les diabétiques par téléphone... Ça sert à quoi ? Je lui ai dit "non, ne m'en parlez pas, j'ai le réseau ASALEE". Autant là c'est utile, Sophia c'est parfaitement inutile, faut pas rêver. J'aime pas l'hypocrisie. Voilà. Ça fait partie des trucs hypocrites* »

G : « *Après il y a Sophia mais bon qui est quand même très particulier. Même si ils font de l'éducation thérapeutique, j'ai un avis très partagé par rapport à cette action.* »

5.2.2.3. Une efficacité moindre

Les médecins pensent que l'action auprès de ces structures reste ponctuelle et que le suivi est absent par la suite : après les 2-3 semaines de prise en charge, rien n'est proposé. Ils se posent la question du recrutement des patients et de leur disponibilité par rapport à ces réseaux. Le coté impersonnel et dissocié de l'histoire médicale personnelle du patient en font des outils moins puissant sur l'adhésion du patient.

D : « *Mais en fait ils prennent pas vraiment en charge mes patients en éducation thérapeutique. Il y en a quelques-uns... j'ai quelques patients qui ont bénéficié des ateliers de la caisse primaire, et quelques-uns qui ont été suivi au centre de l'obésité ou à Poulligny. Mais c'était trois semaines et puis après il n'y avait pas vraiment de suivi.* »

G : « La différence entre ASALEE, qui est un service de proximité, et puis les réseaux, les réseaux sont des réseaux thématiques et posent le problème du recrutement des patients et de leur disponibilité, de leur moyen de transport, etc. »

A : « Pour faire la différence avec Sophia. Le réseau Sophia qui les a appelés une première fois, qui leur a envoyé un courrier, qui les a relancés. Ils s'amènent avec leur convocation de Sophia. Ils disent " qu'est-ce que vous en pensez ? " Et là, je saute sur l'occasion en leur disant " voilà, Sophia ce sont des gens que vous ne connaissez pas, qui ne vous connaissent pas. " Alors que nous on a un système similaire et ce système a l'avantage que quand il y a quelque chose, l'infirmière nous en parle directement car on est dans les même locaux, elle a notre dossier. En fonction de notre dossier elle peut intervenir. C'était l'occasion, pas de les sortir de Sophia, mais de les introduire dans le système ASALEE. Sophia c'est à Nîmes, c'est par téléphone, c'est des conseils par téléphone qu'ils shuntent. Les gens les écoutent et puis après en 5 minutes ils les oublient. Là, ça concrétise un peu la consultation : ils prennent l'initiative de venir, ils prennent un rendez-vous, ils sont là avec nous, ils voient qu'il y a une communication entre nous. C'est une prise en charge globale entre nous et l'infirmière. »

5.2.2.4. Ne pas multiplier les programmes

Au final, il est important de ne pas multiplier les programmes proposés dans un cabinet afin de ne pas perdre en cohérence. Ceci est valable également pour les patients qui ne s'y retrouveraient pas.

E : « On peut pas se disperser non plus. Après on peut proposer plusieurs programmes et puis aux gens de choisir, mais après il y a une cohérence de professionnels de santé, il y a une cohérence de structure, il y a une cohérence de lieu. Bon, après c'est pas de dire que tout le monde doit entrer dans le dispositif ASALEE, mais je suis pas pour la composition d'un millefeuille. Le millefeuille, à un moment donné, il devient indigeste et on perd tout le monde. »

Dès lors se pose le problème de la multiplication des structures proposant de l'éducation thérapeutique. Un des médecins pense que l'ARS devrait gérer davantage le problème en privilégiant le développement des structures déjà existantes au détriment d'une énième création.

E : « Mais tout le monde veut en faire, manifestement. Ce qui pose des problèmes... Ce qui n'est pas très normal d'ailleurs. Ça serait à l'Agence Régionale de Santé de canaliser les choses en disant " bah là, c'est peut-être pas la peine de vous y lancer, il y a déjà ça. Faites autre chose ". On laisse tout sortir. Le problème c'est que les gens vont se faire la guerre entre eux. [...] Moi, à un moment donné, pourquoi pas développer une structure déjà

existante, l'étoffer. Après il ne s'agit pas qu'il y ait un monopole, qu'il y ait une offre OK, mais qu'on multiplie les offres, on va perdre les gens. Et puis on va perdre les professionnels.»

5.2.3. Synthèse

- **L'éducation thérapeutique du patient est peu et mal pratiquée par les médecins. Ceci s'explique par un manque de temps et un déficit de compétences.**
- **Un sentiment de découragement gagne les médecins lorsqu'il faut insister et persévérer dans cette éducation thérapeutique, celle-ci étant plus facilement réalisable au domicile du patient.**
- **Les structures pratiquant l'éducation thérapeutique sont nombreuses et variées (Diablim, Sophia, Ateliers caisse primaire,...). Les médecins y adhèrent moins pensant que l'efficacité auprès des patients n'y est que transitoire.**
- **La multiplication des programmes d'éducation thérapeutique n'est favorable ni aux patients ni aux professionnels de santé.**

5.3. Le médecin adhérent à ASALEE

5.3.1. Prise de connaissance d'ASALEE confidentielle

Les médecins ne connaissent pas le dispositif avant de l'intégrer. C'est souvent une tierce personne qui leur en parle et leur explique le principe. Un des médecins, le docteur G, est important dans le développement d'ASALEE en Limousin, puisqu'il a eu l'information à la source par le concepteur d'ASALEE, et a essayé de diffuser le principe auprès de ses confrères localement, notamment grâce au pôle de santé.

G : « ASALEE, disons, je connais depuis très longtemps, via le syndicat, MG France, parce que les concepteurs sont... Bon il y a une réflexion qui est faite à travers le syndicat sur une amélioration des pratiques. Et donc Jean GAUTIER, qui est le concepteur du système ASALEE, nous en a déjà parlé depuis longtemps. »

D : « Par le pôle de santé. Par G parce que je suis dans le même pôle de santé. »

B : « Par le Pôle de santé, moi je ne connaissais pas du tout. Je n'en ai jamais entendu parler avant, jamais. »

E : « ASALEE, je crois que le premier à m'en avoir parlé c'est l'éminent G. Je crois que c'est lui. Et c'est sûr que c'est lui. Après on en a entendu parler en deuxième intention par le cabinet d'étude qui nous a aidés à mettre en place le réseau territorial de santé du pays de Combrailles en Marche. [...] Mais c'est G qui est à l'initiative. »

Parfois, l'information vient des infirmières, ASALEE ou non, avec du bouche à oreille.

C : « Ça nous a été présenté ici. [...] je crois bien que ce sont les infirmières qui sont venues nous présenter leur projet. »

F : « J'ai le plaisir d'écrire la charte pour qu'il y ait une interface entre le Pôle santé et les acteurs de soins qui n'en feraient pas partie. Car c'est une charte d'ouverture et par la même, c'est par cette ouverture-là qu'on a eu l'occasion de parler avec les infirmières dont une qui ne fait pas partie d'ASALEE mais qui m'a informé sur ce que c'était. Donc en fait, c'est souvent le bouche à oreilles, malgré tout. »

5.3.2. Motivations initiales

Les médecins ont de multiples raisons d'adhérer au dispositif.

5.3.2.1. Recherche d'efficience

Tout d'abord, c'est dans l'intérêt premier du patient. Les médecins recherchent une efficacité, une efficience dans la prise en charge des patients. Ils ont conscience que celle-ci, notamment celle des diabétiques, n'est pas optimale et que les différents objectifs ne sont pas atteints.

G : « Essayer d'être plus efficace. »

D : « J'en ai plein qui ont des hémoglobines glyquées très, très hautes. Donc voilà, je me rendais bien compte que ça n'allait pas, qu'il fallait que quelqu'un prenne un peu de temps. »

H : « C'est-à-dire, quand il y a un dispositif comme ça qui est mis en place, c'est une aide et pour nous et pour les patients. »

A : « C'est un plus par rapport à notre pratique. Vu qu'il y a énormément de diabétiques et que le diabète impose une surveillance régulière, une éducation thérapeutique, des examens complémentaires surtout maintenant par rapport aux caisses : l'hémoglobine glyquée tous les trimestres, l'examen ophtalmo. Et dans les dossiers, on arrive forcément à shunter beaucoup de choses. [...] je voyais moi personnellement que je n'étais pas dans les objectifs. C'est-à-dire une hémoglobine glyquée tous les trimestres, jusqu'à 12%, je n'arrivais pas à grimper parce que je n'arrivais pas à y penser systématiquement. Et là avec l'infirmière qui vient et qui utilise le logiciel médical et qui nous épingle une note avec le bilan sanguin annuel, l'hémoglobine glyquée, elle épluche un petit peu le dossier pour voir s'il y a un examen ophtalmo, s'il a vu la cardio et tout ça. Donc elle nous prépare plus ou moins le dossier pour qu'on puisse y penser. »

E : « Peut-être de pouvoir prendre en charge mes patients mieux que je ne le fais actuellement car comme je vous l'ai dit, je pense que l'éducation thérapeutique j'ai de

grosses faiblesses. [...] Et puis dans l'intérêt du patient. C'est quand même l'intérêt premier. On peut être plus efficient, même si nous on a encore besoin d'aller plus loin. »

5.3.2.2. La délégation de tâches

Ce qui intéresse les médecins également, c'est de travailler à plusieurs, de pouvoir partager entre plusieurs professions. La notion de délégation de tâches est importante et ils pensent que de nombreuses tâches pourraient être effectuées par les infirmières.

Ils ont la volonté de faire évoluer les pratiques médicales dans ce sens, dans un contexte où la médecine est en pleine mutation.

Ils pensent que les capacités des infirmières sont mal exploitées et qu'on valorise leur travail avec cette délégation de tâches, en les impliquant plus dans la prise en charge des patients.

C : « Je suis convaincue que les infirmières doivent devenir des super infirmières, qu'elles doivent utiliser beaucoup mieux leurs connaissances et qu'elles doivent en acquérir d'autres. Et qu'il y a plein de choses que nous, les médecins, on fait, et qu'on ne devrait pas faire. Donc moi ça m'intéresse beaucoup, d'avoir, comment dire, pas une auxiliaire mais quelqu'un à côté de moi qui va faire une partie du travail et qui va prendre en charge les patients. Et d'ailleurs, je suis convaincue aussi que plus les patients sont pris en charge par différentes personnes et mieux ils sont pris en charge. »

E : « Rentrer dans la délégation de tâches, parce que moi je considère que le métier d'infirmière, la pratique médicale... on est en pleine mutation, je pense qu'il y a des choses, c'est pas que ça nous intéresse pas de le faire, mais je pense qu'on peut se décharger. Enfin se décharger... oui se décharger, c'est déléguer certaines parties de prise en charge des pathologies chroniques à nos infirmières qui ont tout à fait les compétences pour. Et ça permet de les intéresser, de les impliquer un peu plus dans la prise en charge du patient, autre que sur des actes techniques type prise de sang ou autre. Moi, c'est surtout ce travail en pluriprofessionnalité, la notion de délégation de tâches qui permet de partager encore mieux. [...] Moi c'est surtout ça, le travail à plusieurs, plusieurs professions. La notion de délégation de tâches, de partager autour du patient, que les infirmières soient vraiment physiquement pas loin dans un bureau qu'on leur met à disposition. »

G : « Il y a l'efficacité et la cohérence du système. La complémentarité entre la pratique ASALEE et la pratique de médecine de premier recours. »

5.3.2.3. Libérer du temps

Les médecins mettent en avant un gain de temps dans une médecine où il y a à l'heure actuelle de moins en moins de temps à consacrer aux patients. Le temps manquant,

la prise en charge des pathologies chroniques, notamment le diabète, ne peut plus être effectuée.

D : « *Au départ, c'était une période où je travaillais toute seule, donc j'avais plus du tout le temps de m'occuper des diabétiques. »*

F : « *Tout simplement une question de responsabilité citoyenne puisque je vous dis ça fait 2 000 / 2 500 patients. Donc si un médecin qui a plus de 2 000 patients n'intègre pas ASALEE, je ne vois pas comment ses patients diabétiques vont y accéder. »*

5.3.2.4. La désertification

Enfin, un médecin évoque la désertification médicale et l'avenir des patients, la nécessité qu'on continue à les prendre en charge grâce à un tel dispositif.

B : « *C'était surtout vis-à-vis de la désertification, parce que je me disais que si jamais il m'arrive quelque chose, il faudrait bien qu'il y ait quand même des médecins qui puissent prendre en charge les populations par ici. Donc à l'époque, c'était un peu pour ça aussi. »*

5.3.3. Un degré d'investissement initial à deux vitesses

Quelques médecins sont les locomotives permettant à la plupart des médecins de suivre et donc de permettre une installation d'ASALEE dans de bonnes conditions. Ils entraînent les autres médecins et équipes infirmières. Ils organisent les rencontres avec les ingénieurs d'ASALEE pour mettre en place le dispositif au cabinet.

G : « *J'étais moteur. Oui, c'est moi qui ai demandé donc à faire partie du dispositif ASALEE. On a fait venir deux ingénieurs, je crois qu'ils ont un titre d'ingénieur, qui développent le système ASALEE en France : Z et puis Y. Et donc ils sont venus. On a fait une réunion de secteur avec les autres médecins et les paramédicaux. Et puis bon, il y a eu différents aller-retours. De là est né le projet. »*

E : « *Je pense que j'ai contribué à entraîner les infirmières là-dedans. [...] C'était dans l'esprit du groupe constitué au départ dans le cadre de la MSP. Tout ça s'est fait en même temps. Des professionnels qui se sont réunis en association pour dire " on pourrait peut-être réaliser la fin de nos carrières et contribuer... enfin faire en sorte que l'offre de soins de premier recours se pérennise sur notre secteur". Comment, quel type de structure ou autre, donc l'idée d'une MSP. On a porté ça à la connaissance des élus, etc. Enfin c'est le même groupe depuis le début, avec quand même des idées. Tout le monde n'a pas travaillé à la même vitesse, tout le monde n'est pas forcément moteur au même moment, mais voilà. Oui je pense que j'ai été un des moteurs. [...] Et puis de ce fait on a rencontré des gens d'ASALEE. On a souhaité une rencontre entre les gens d'ASALEE, donc Z et Jean Gautier, dans le cadre de Combrailles Réseau Santé. »*

Les autres médecins reconnaissent avoir suivi le mouvement, s'appuyant sur les médecins-moteurs, tout en étant impliqués dès la mise en place d'ASALEE avec une volonté d'inclure leurs patients.

D : « *On va dire suiveur, puisque c'était plutôt G qui a fait un peu les démarches.* »

B : « *Je me suis pas beaucoup investie, ça je le dis sans honte. Je suis plutôt suiveur car moi j'ai pas le temps de m'investir dans pas grand-chose. C'est plutôt 24h sur 24 sur les patients.* »

C : « *On est parti un peu sur les chapeaux de roues. J'ai envoyé pas mal de patients.* »

A : « *Moi j'ai tout de suite adhéré. J'ai tout de suite fait la liste de tous les patients qui sont diabétiques, et je l'ai donnée à l'infirmière pour qu'elle puisse les appeler.* »

5.3.4. Un manque de formation

Les médecins reconnaissent ne pas suffisamment être formés pour profiter pleinement du dispositif. Ils soulèvent toujours un problème de temps à consacrer à la formation.

G : « *Notre formation n'est pas suffisante et celle de l'infirmière non plus. C'est un champ de, comment dire, de travail qui est très important, et on ne peut pas être bon par rapport à tout.* »

A : « *Moi personnellement non, parce que je n'ai pas eu le temps. Je n'ai pas eu le temps de m'intéresser vraiment à l'association, comment elle est faite, pourquoi et comment.* »

F : « *Non, elle est insuffisante, bien sûr. Pour qu'elle soit cohérente, il faudra plusieurs années. Non, il faut être humble. On fait une médecine de premier recours. [...] Les items ASALEE sont des items de médecine de premier recours, mais à la différence près que, si on veut les faire comme il faut, il va falloir qu'on trouve un peu de temps à se dégager, certes pour des formations en dehors du pôle santé, c'est vrai. Mais ça va nous mettre un peu de temps quand même. Donc la formation n'est pas suffisante, c'est vrai.* »

Ils sont tout de même motivés pour réaliser des formations. L'éducation thérapeutique du patient reste le thème principal sur lequel ils souhaiteraient être formés.

E : « *Je pense qu'honnêtement si je faisais un petit truc d'éducation thérapeutique, ça me ferait du bien. Aussi parce que ça épaulerait l'infirmière.* »

G : « *Je pense qu'à terme je ferai une formation en éducation thérapeutique. Ça c'est clair. Après, bon, là on travaille notamment dans le domaine de la BPCO, j'ai des connaissances, mais j'ai besoin d'approfondir. Donc il y a d'autres domaines comme ça.* »

Les médecins aimeraient être également mieux formés aux cahiers des charges d'ASALEE afin de mieux utiliser le dispositif : les critères des protocoles, les compétences de l'infirmière, la façon de travailler...

B : « C'est-à-dire que moi je ne connais pas bien les missions exactes et c'est vrai que peut-être on aurait... Je sais pas, quelque chose de formalisé pour nous dire vraiment les missions de l'infirmière, peut-être qu'on l'indiquerait à meilleur escient aux patients. Il faudrait peut-être avoir quelque chose de mieux formalisé. »

A : « Je me dis que les grandes lignes pour pouvoir donner le profil du patient qu'on doit envoyer vers ASALEE, oui. »

C : « Jusqu'où peuvent aller les compétences des infirmières, jusqu'où je peux déléguer, par exemple. Ça m'intéresserait de savoir jusqu'où je peux aller, parce que c'est vrai qu'on est un peu, c'est pas que je suis inquiète, mais je me dit "zut est-ce que je"... c'est vrai que j'étais tout à fait partisante pour toutes les raisons que je vous ai données de... mais devant le patient, je me dis "zut, je confie ce patient à quelqu'un d'autre, voilà, à ce que ça va être bien, est-ce que son problème va être bien pris en charge, est-ce qu'il y a une bonne relation qui va s'établir", voilà. »

G : « Je souhaite faire des formations complémentaires avec ASALEE, donc par rapport à la façon de travailler, avoir une présence un peu plus active par rapport à ça.»

5.3.5. Bénéfices secondaires

Même si l'adhésion à ASALEE n'est pas dictée par l'apport de bénéfices secondaires, il en existe tout de même certains. Améliorer les rémunérations sur objectifs de santé publique en est un. Un des médecins évoque également le fait d'obtenir un remboursement de frais par rapport au local de l'infirmière, ainsi qu'une indemnisation versée pour le temps passé à s'occuper d'ASALEE. Il souligne que le dispositif ASALEE n'est plus au stade du bénévolat, et qu'une indemnisation même symbolique est juste.

G : « Après ce qu'il faut savoir, c'est que là... bénéfices secondaires, les ROSP vont être améliorés. Après, c'est quelque chose que j'ai négocié mais qui apparemment ne nous était pas proposé, c'est toujours pareil : si on le demande pas, on n'a rien. Donc l'infirmière a un local qu'elle utilise seule pour l'instant, qui sera un local polyvalent. Donc on a déterminé avec l'association ASALEE une location, ou du moins une indemnisation, un remboursement de frais par rapport à ce local. Déjà. Après, bon j'ai pas vérifié, mais logiquement nous avons des indemnisations pour le temps passé avec l'infirmière ASALEE. Ce sont des bénéfices secondaires. On ne le fait pas pour ça, mais bon c'est normal... Il y a eu le travail bénévole militant, mais après il faut aussi que les choses soient prises en compte. »

5.3.6. Synthèse

- La diffusion d'ASALEE dans le Limousin se fait grâce à un médecin (G), les autres ne connaissant pas le dispositif.
- Les médecins adhèrent pour améliorer l'efficacité auprès du patient et se libérer du temps.
- La pluriprofessionnalité et la notion de délégation de tâches attirent les médecins qui pensent que le travail de l'infirmière et des médecins peut être mieux utilisé.
- La mise en place du dispositif nécessite une motivation supplémentaire de la part de quelques médecins qui entraînent les autres dans leur sillage.
- Les médecins ne sont pas assez formés. Ils souhaiteraient des formations sur l'éducation thérapeutique du patient et sur le dispositif ASALEE en lui-même.
- Même si ce n'est pas un motif d'adhésion, il existe des bénéfices secondaires tels des indemnisations et l'amélioration des ROSP.

5.4. Organisation d'ASALEE au cabinet

5.4.1. Accueillir ASALEE

5.4.1.1. Locaux

Le cahier des charges d'ASALEE stipule la mise à disposition d'un bureau pour l'infirmière. Ainsi la plupart des médecins cèdent leur bureau et leur ordinateur à l'infirmière à un moment de la semaine où ils ne sont pas présents. Il n'y a pas d'adaptation du planning puisqu'il s'agit de moments déjà disponibles auparavant. Aucun travaux n'ont dû être réalisés pour la venue de l'infirmière.

E : « *Puisque c'est ça : le médecin met à disposition un bureau, un poste informatique sur lequel elle a accès à ASALEE, et en plus qu'il puisse faire une passerelle avec notre logiciel, notre système d'information pluriprofessionnel qui en l'occurrence est CHORUS®.* »

C : « *Elles occupent un bureau qui est disponible certains jours de la semaine. Elles ont accès à notre logiciel HELLODOC® et aux dossiers.* »

Deux des médecins partagent également leur bureau mais complètent les locaux mis à disposition avec ceux du cabinet infirmier adjacent au cabinet médical.

D : « *On s'est entendu avec les infirmières à côté pour qu'elle puisse utiliser le cabinet infirmier parce que nous on est tout le temps là presque. C'était un peu compliqué, on a*

qu'un bureau. Il y a ça. Après on s'arrange pour lui laisser un temps : elle me dit " j'ai les consultations jusqu'à 18h ", donc je viens après. »

H : « On a déjà un bureau pour deux. Maintenant on a un bureau pour trois. Alors comme on ne travaille pas le mercredi après-midi, elle vient le mercredi après-midi. Vraiment si elle a besoin elle va dans le cabinet infirmier parce qu'il y a personne. Mais l'ordi c'est le même. On peut pas dire qu'on a aménagé quoi que ce soit. On essaie de ranger un peu, mais il n'y a pas eu d'aménagement. »

Enfin, deux médecins, qui partageaient également leur bureau, ont profité de la rénovation de la maison de santé pour lui réaliser son propre bureau.

G : « C'est une maison de santé rénovée et donc nous avons prévu un cabinet polyvalent qui permet à l'infirmière ASALEE d'avoir son espace avec son matériel. »

A : « Maintenant avec les nouveaux locaux on a un cabinet supplémentaire qui a permis qu'elle soit un petit peu autonome. Au départ dans le petit cabinet, elle prenait mon cabinet quand je n'étais pas là. Et elle prenait le cabinet de G quand il n'était pas là. Mais maintenant c'est vrai qu'elle est autonome. Elle est dans son cabinet avec son logiciel. Elle a accès aux fichiers. »

5.4.1.2. Matériel

Concernant les achats matériels, peu de choses ont dû être achetées. Seuls deux médecins avouent avoir dû faire l'acquisition, secondairement, d'un ordinateur et d'une licence de logiciel, afin que l'infirmière puisse jouir pleinement de son propre bureau.

A : « On a été obligé d'avoir un 4^{ème} poste. Déjà un ordinateur, on a été obligé de demander une 4^{ème} licence pour utiliser le logiciel. »

5.4.1.3. Aides ASALEE

Les médecins sont conscients que l'association ASALEE peut aider financièrement aux aménagements nécessaires. Ainsi les achats de licences supplémentaires pour les logiciels sont pris en charge par ASALEE, tout comme une indemnisation des locaux qui sont propres à l'infirmière. Ils savent que tout achat futur pourra être pris en charge par ASALEE.

C : « Par exemple, elles m'ont dit qu'elles allaient avoir un logiciel HELLODOC®, qu'elles allaient avoir un abonnement. Donc voilà, je sais qu'elles sont bien aidées par ASALEE »

A : « Et nous-même, ils nous aident parce qu'on a demandé une aide... c'est pas une aide, c'est plus une indemnité parce qu'elle a un cabinet. Nous, on paie les frais de logiciel ou de maintenance, je sais pas comment ça s'appelle et tout ça. Donc quand G les a appelés en leur disant " est ce que vous pouvez participer quand même à un forfait de deux

jours », pendant deux jours elle vient et elle a un cabinet, ils n'ont pas dit non. Je ne sais pas combien ils ont donné par mois, mais ils n'ont pas dit non. Pour nous indemniser sur le local qu'on met à sa disposition, sur le logiciel qu'on met à sa disposition. Donc ils n'ont pas dit non, donc ils ont les moyens. »

D : « X elle dit que oui. Si elle a besoin de matériel, elle peut demander. Ici elle a pas trop demandé de choses. Mais elle dit toujours que “ s'il y a besoin d'une balance, d'un truc, je demanderai, ils l'achèteront ”. »

E : « Moi, je considère qu'on ne fait pas dans le bénévolat, on a un soutien financier, donc surtout pour l'infirmière qui paraît correct. »

5.4.2. Recrutement ASALEE

5.4.2.1. Patients-cibles

Les médecins ont conscience que plusieurs items sont présents dans ASALEE. Mais ils favorisent en premier lieu les patients diabétiques. Vient ensuite implicitement les facteurs de risque cardiovasculaire avec les patients hypertendus et les patients en surpoids. Puis, les médecins commencent petit à petit les troubles de la mémoire et les BPCO.

B : « Je les ai proposées... surtout aux diabétiques, surtout aux obèses et certains hypertendus »

C : « Je propose, évidemment, à tous les diabétiques, à tous les gens qui sont en surpoids, aux hypertendus, pour les troubles de la mémoire. »

D : « On l'a proposé à tous les diabétiques d'abord. Maintenant on le propose aux gens qui ont des facteurs de risques cardiovasculaires, qui sont pas forcément diabétiques. On a commencé à travailler sur la BPCO un petit peu, les fumeurs on leur en parle un petit peu. Mais elle a pas encore rencontré dans ce cadre-là. Par contre elle a fait du dépistage de troubles cognitifs. »

G : « Il y a différents protocoles ASALEE. Et donc nous essayons de le proposer aux patients qui en relèvent : diabète, insuffisance cardiaque, facteur de risque, etc. »

H : « Tous les patients diabétiques. Quelques patients hypertendus, en surpoids. »

5.4.2.2. Des critères propres aux médecins

Les médecins se refusent de coller simplement aux critères d'inclusion des différents protocoles. Ils connaissent leurs patients : ils ciblent en priorité ceux qui seront compliants et ceux dont la pathologie est déséquilibrée.

F : « Il y a une théorie où on pourrait le proposer aux gens, en particulier dont le diabète est difficile et équilibré, je parle pour le diabète en premier, il y a les autres items.

L'écueil de la compliance, de la compréhension, de la durabilité sont à envisager dès le départ, avant même de les inscrire. »

A : « Je cible bien sûr mes patients parce que je prends plus ou moins les patients pas très âgés, les patients qui sont plus ou moins disciplinés et qui peuvent adhérer. Il y a des réfractaires bien sûr, des gens qui ont dit non, systématiquement qui ne veulent pas et dans ces cas-là on ne les appelle pas. [...] Mais c'est plutôt mes critères à moi, selon mon ressenti. Parce que les patients je les connais »

E : « Deux types de patients. Les patients qui sont pas équilibrés du tout. Les patients qui se prennent pas en charge, à qui il faut sans arrêt rappeler les choses. Et puis je propose aussi les patients qui se sentent concernés, qui demandent d'aller plus loin, à se prendre mieux en charge, qui eux n'ont pas forcément de gros problèmes pour être à jour dans leur prise de sang, dans leur rendez-vous... »

C : « Je prends des largesses. Tous les gens susceptibles de... qui pourraient bénéficier de ça, qui sont réceptifs, je le propose, oui. Tout ça c'est une histoire de contact. »

Ils considèrent que de ne pas cibler les patients entraînerait une surcharge de travail à l'infirmière qui ne pourrait pas suivre avec le peu de jours de présence au cabinet.

F : « Si on essaye d'inscrire tout le monde, je pense que l'infirmière ne va pas y trouver son compte. D'abord parce qu'il faut qu'elle les voie, qu'elle leur propose [...] si on envoie l'infirmière épuiser son énergie sur un patient dont on sait que malheureusement il sera peu compliant. »

E : « Pour moi, notamment pour ce qui est du diabète, c'est pas tous les diabétiques qui vont y aller. D'abord parce que à un moment donné, il faut qu'elle puisse. »

H : « C'est déjà le temps qu'elle peut avoir. Elle ne fait pas que nous. »

Selon les médecins, il ne faut pas de critères d'inclusion : il faut pouvoir ne pas se limiter si on veut un résultat palpable.

C : « Je crois qu'il ne faut pas de critères d'inclusion, mais je crois qu'il faut ratisser très large pour obtenir un petit résultat. Parce qu'il y a quand même un certain nombre de gens qui viennent une fois mais qui ne reviennent pas et donc... moi, les critères d'inclusion je n'en tiens pas compte. »

5.4.3. Diffusion ASALEE auprès du patient

5.4.3.1. Une diffusion indirecte pas encore systématique

Tous les médecins n'informent pas de façon indirecte leur patientèle. Alors que cela fait partie du cahier des charges d'ASALEE, la moitié des médecins n'ont pas d'affiche pour informer leur patientèle. Mais une fois évoquée, ils trouvent l'idée plutôt bonne.

E : « *Bonne question parce que effectivement on n'a pas d'affiche. Ok, je vais me le noter* »

F : « *Ah, c'est une excellente idée. Ici dans le cabinet lui-même ? Je note. C'est à prévoir.* »

Un des médecins ayant une affiche trouve par contre peu d'utilité à cette affiche.

B : « *Sur la porte d'entrée, là-bas, il y a une petite affiche. Mais je la trouve pas du tout bien. Elle est... d'abord ils la regardent pas. Enfin ceux qu'ils l'ont regardée, il y en a pas beaucoup. Et peut-être que c'est pas assez... je trouve qu'elle est pas forcément très incitative.* »

Un des modes de diffusion qui apparaît une fois que le dispositif est bien intégré au cabinet, est le bouche à oreille entre patients. Les patients parlent d'ASALEE entre eux.

A : « *Il y a également le bouche à oreille qui a marché parce que certains ont dit à leurs voisins " moi je vois l'infirmière, pourquoi vous vous ne la voyez pas ? " L'information est passée par le bouche à oreille quand même.* »

5.4.3.2. Une prise de contact exclusivement médicale

C'est le médecin qui effectue le recrutement des patients lors d'un premier contact avec les différentes explications du dispositif. Après obtention de l'accord du patient, les coordonnées du patient sont laissées à l'infirmière pour une prise de contact.

A : « *Je leur en parle. Je leur dis " voilà, on a une personne qui est au cabinet ", je leur explique les modalités. Et je leur dis " votre numéro de téléphone c'est bien celui-là ? Elle va vous appeler pour voir en fonction de votre emploi du temps ". Et là, je fais ma liste et je mets une croix pour qu'elle les appelle. Que ce soit elle qui les appelle.* »

H : « *Moi j'en parle au patient, et quand il est d'accord, convaincu, on a un cahier et je lui dis " monsieur machin est d'accord. Peux-tu le contacter ? " Et je lui note le numéro de téléphone. Et en fait c'est elle qui le contacte. Et donc je préviens que la personne va être appelée* »

G : « *Nous voyons le patient, c'est nous qui faisons le recrutement.* »

D'autres médecins leur laissent le choix soit d'appeler, soit d'être appelé pour prendre rendez-vous.

B : « *Alors il y a deux possibilités. Moi j'ai un cahier de liaison avec X et je lui marque d'appeler untel, untel, untel avec leur accord. Ou alors je leur dis aussi aux gens qu'ils peuvent appeler X directement par mon secrétariat pour avoir des rendez-vous.* »

C : « *Je ne fais que proposer, je donne un papier, j'explique que c'est gratuit et que c'est dans le même bâtiment, qui sont les infirmières, en règle générale, les gens ils connaissent, et je leur dis qu'il faut qu'ils aillent au secrétariat prendre rendez-vous. Je n'en fais pas plus. Je leur laisse faire la démarche de prendre rendez-vous.* »

E : « *Soit je donne le numéro de l'infirmière et ils prennent contact. Je fais un peu différemment maintenant : je donne l'information à l'infirmière qui recontacte le patient, voir comme j'ai accès à son agenda, je lui mets les patients en rendez-vous... C'est-à-dire je prends le rendez-vous directement sur l'agenda de W et je donne le rendez-vous au patient. [...] C'est pas " Tiens, tu pourrais appeler ce patient ". Non, non. Le patient, je lui... je l'informe et je lui demande son accord. Je le dirige.* »

Un des médecins préfère pour le moment réaliser le recrutement par téléphone, ne trouvant pas le temps de le faire en consultation. Il appelle lui-même les patients après les avoir choisis.

F : « *La concertation médecin ASALEE - infirmière ASALEE, on l'avait fait une fois. Je vais essayer de le renouveler. On va essayer de faire en triphonie. Personnellement, ça serait le plus efficace. [...] Donc pour le moment c'est par téléphone. [...] Pour l'instant en consultation, ça pourrait être plus, mais vu le début des consultations, quand il y a 30 consultations les unes derrière les autres, c'est très difficile de motiver quelqu'un. [...] C'est moi qui fais l'appel. C'était au pôle santé, on s'est réuni, j'ai appelé moi-même. Effectivement, on les avait choisis. Et là, l'accueil était tout à fait favorable.* »

Les expériences passées de premier contact réalisé par l'infirmière se sont toutes soldées par des refus. Les médecins ont compris que le recrutement doit forcément passer par eux.

D : « *Quand on lui a donné la liste au départ, elle a eu beaucoup de refus. Parce que quand elle téléphonait, les gens ils ne savaient pas de quoi il s'agissait et ils disaient non.* »

A : « *Au début elle l'a fait avant que nous on en parle. Elle a eu des refus. Les gens m'en ont parlé en me disant: " tiens j'ai eu un appel, l'appel d'une l'infirmière qui s'occupe du diabète. Qu'est-ce que vous en pensez. " Et on lui a raccroché au nez en disant "moi j'ai mon médecin traitant." J'ai dit "oui effectivement j'ai oublié de vous en parler." Je leur*

explique un peu le fonctionnement. Elle a eu des refus, elle a eu des gens qui lui ont raccroché au nez. »

B : « L’infirmière en a contacté quelques-uns directement par téléphone, elle s’est fait un peu, pas toujours bien recevoir »

5.4.4. Bien séparer infirmière ASALEE et infirmière secteur

Il est primordial que le patient fasse bien la distinction entre l’infirmière ASALEE et son infirmière habituelle. Le temps passé avec l’infirmière ASALEE ne peut pas être mis à contribution pour réaliser les actes infirmiers du quotidien.

E : « Moi c’est le seul frein que j’entrevois, c’est que le patient comprenne bien que son infirmière ASALEE, c’est une infirmière ASALEE. C’est pas forcément son infirmière. [...] le plus difficile c’est de cadrer le patient. Et puis qu’il en profite pas pour dire “Ah bah vous êtes là” Tac ! Là, il faut vraiment... Ils sont assez filous. »

G : « On avait proposé que ce soit une infirmière libérale qui ait une partie de son activité en salarié pour ASALEE. Ça n’a pas été le choix des infirmières de secteur, et je trouve que c’est beaucoup mieux que ce soit quelqu’un de dédié par rapport à ça. Pour ne pas mélanger les rôles. »

5.4.5. Synthèse

- **Les médecins n’ont pas d’aménagement nécessaire à réaliser pour l’accueil de l’infirmière ASALEE. ASALEE apporte son aide financière pour tout achat de matériel.**
- **Les médecins incluent en priorité les patients diabétiques, puis les patients à risque cardiovasculaire. Les autres items sont amorcés petit à petit.**
- **Les médecins n’utilisent pas les critères des protocoles afin d’améliorer le rendement en ciblant les patients, de ne pas surcharger l’infirmière qui est peu présente sur la semaine, et de faire profiter d’ASALEE une plus large patientèle.**
- **L’information du patient par affichette dans la salle d’attente n’est pas encore systématique, mais reste un bon moyen d’information.**
- **Le recrutement et le premier contact sont exclusivement faits par le médecin, les expériences passées de premier contact par l’infirmière s’étant soldées par des échecs.**
- **Les patients doivent comprendre que l’infirmière ASALEE doit rester dans son rôle.**

5.5. ASALEE au quotidien

5.5.1. Temps de réflexion ASALEE

Les médecins concèdent que le temps de réflexion ASALEE par rapport au patient est négligeable. Ce temps est intégré à la consultation. Ils ont conscience qu'au-delà du temps total, c'est un état d'esprit qu'il faut avoir.

E : « *Alors le temps passé par rapport à ASALEE, c'est-à-dire : les patients, penser leur proposer, voir un petit peu... actuellement c'est pas beaucoup. Pas beaucoup plus qu'une petite heure. Je parle du temps de réflexion, est-ce que c'est un patient ASALEE, pas ASALEE. Donc pas plus pour le moment.* »

H : « *C'est noyé dans la consultation.* »

G : « *Je dirais très peu. Ça ne pose pas de problème. Bien sûr c'est parmi les tâches qu'on fait, une tâche supplémentaire. Je dirais c'est un état d'esprit quand on a un patient devant nous.* »

C : « *C'est par petites tranches, puisque j'en parle aux patients, je leur demande si ils l'ont fait, comment ça s'est passé, je consulte le logiciel, sur le dossier du patient ce qu'il s'est passé. Donc si vous voulez, ce sont des petites tranches horaires, ça ne représente pas... ça revient régulièrement.* »

5.5.2. Compte-rendu des consultations ASALEE

L'infirmière laisse une trace de sa consultation sur le logiciel patient du cabinet. Elle y note les informations avec notamment les résultats et dates d'examens. Elle peut alors signaler certaines informations importantes au médecin en y plaçant des alertes. Le médecin tiendra compte de toutes ces informations lors de la consultation avec le patient.

D : « *Elle crée une ligne de consultation. On voit consultation ASALEE et on voit ce qu'elle a marqué.* »

A : « *Et bien je note si elle me met des alertes, je note un petit peu la date du rendez-vous qui a été pris. Elle me met ce qu'elle a : l'hémoglobine glyquée, le LDL, les triglycérides, l'ECG, la créatinine, la fonction rénale.* »

C : « *Alors je les gère quand je revois mon patient, en tenant compte avec lui, en faisant un bilan supplémentaire, voilà,... en le mettant en garde.* »

G : « *Et après l'infirmière va nous donner un retour soit sur l'ordinateur avec des notes, des notes, des alarmes, soit de vive voix [...] Quand le dossier est ouvert, on a les alertes. Et donc on va regarder ce que l'infirmière a noté. Donc savoir s'il y a quelque chose qu'elle veut nous signaler. Mais donc au niveau du suivi, on a des éléments qu'elle note sur les dossiers, et puis on gère avec ça.* »

Quand l'information est importante, celle-ci passe également de vive voix. A de rares occasions, le médecin peut être amené à voir le patient sans délai. Le patient est donc constamment évalué afin d'adapter un délai de consultation en conséquence.

G : « *Si c'est quelque chose qui est urgent, elle nous passe un coup de fil ou elle nous le dit de vive voix.* »

A : « *Ça lui est arrivé d'intervenir pendant que je suis en consultation pour venir me dire "est-ce que tu peux venir voir monsieur tel" par rapport à quelque chose qui vraiment l'inquiète. Mais vraiment ça lui est arrivé deux fois, vraiment quelque chose qui l'inquiète. Sinon elle marque un petit quelque chose sur son cahier et elle m'en parle après : elle l'a trouvé essoufflé, elle a vu qu'il y avait un problème de neuropathie que nous on n'a pas noté. Ou parfois elle le rebascule dans les consultations dans la semaine qui suit pour qu'on revoie le problème.* »

Un des médecins souligne qu'en plus du logiciel du cabinet, l'infirmière remplit sa partie sur le logiciel ASALEE. Si l'utilité de ce dernier est indéniable, il regrette que l'infirmière doive faire un travail en double, entraînant une perte de temps.

G : « *Là je pense qu'il y a encore quelques petites choses à faire, qu'elle ne fasse pas trois choses différentes, ce qui serait ridicule, une perte de temps. Mais comment améliorer les interfaces pour qu'on rentre les éléments quelque part et puis tout soit mis à jour dans le dossier, informatique, papier ou autre. Disons, le logiciel ASALEE national c'est important. [...] Mais si on pouvait avoir une seule interface, ça serait super.* »

5.5.3. Amélioration des pratiques

Depuis l'arrivée de l'infirmière, les médecins reconnaissent avoir amélioré leurs pratiques. Les dossiers sont mieux mis à jour avec les informations notées plus précisément (examens, courriers, rendez-vous...). Le fait de ne plus écrire que pour soi stimule à être rigoureux, tout comme le fait de gagner du temps en restreignant l'éducation thérapeutique.

A : « *On rentre l'hémoglobine glyquée, le poids, le LDL, on pense à la fonction rénale une fois par an maintenant, chose que peut-être on faisait pas assez car on était noyé dans pas mal de chose, noyé dans les à cotés parce qu'ils posent beaucoup de questions " est-ce que je dois manger du pain, j'ai mangé des mandarines, c'est le temps des cerises donc j'ai mangé beaucoup de cerises..." donc on était noyé dans énormément d'informations et bien sûr on oublie l'essentiel. Quand on a parlé pendant ½ heure par rapport à la mandarine, la cerise, le pain, le machin, et bien tu oublies l'essentiel.* »

H : « Elle va regarder de quand entre autre, on est deux à le faire, de quand date la dernière protéinurie. Les pieds... moi je mets pas toujours un mot. Là, je mets maintenant peut-être " pieds vus ". Voilà. C'est pas des dossiers comme à l'hôpital. »

C : « Le fait de travailler à plusieurs, ça c'est excellent. Ça, ça dynamise, oui, oui, oui. Et puis quand on fait pour soi, on s'embête... Et quand c'est pour quelqu'un d'autre, on le fait avec plaisir »

D : « Oui, du coup oui ça oblige. Par exemple, si j'ai fait une lettre au patient pour aller chez le cardiologue, ou... je marque plus ce que j'avais fait. Alors que pour moi avant c'était de la routine. Maintenant je marque l'ophtalmo a été vu à tel moment, je lui marque bien pour qu'elle ait pas à recommencer. »

G : « Je dirais avec les ROSP, donc ASALEE et autres, en tout cas moi j'avais déjà ce soucis-là, on est un peu sur la santé publique, et pas simplement sur le curatif. Et c'est une ouverture par rapport à ça, donc plus de rigueur effectivement. »

5.5.4. Une compliance pas optimale

5.5.4.1. Des refus...

Les médecins sont confrontés à certains refus, parfois immédiat, d'autres dans le temps. Ces refus ont plusieurs raisons :

1. Une lassitude et un épuisement vis-à-vis de la pathologie. Ils en ont tellement entendu par le passé qu'ils n'ont plus la force d'essayer.

H : « Ils sont pas chauds dès le départ. Parce que au départ ils disent " on va encore nous... " Le diabétique a l'habitude qu'on le prive. On va encore... »

E : « Ils n'ont pas envie d'aller plus loin. »

A : « Ils disent qu'ils ne sont pas encore prêts. Il y en a un qui m'a dit ça. Il y a en a un qui m'a dit : " moi j'en ai marre de faire des régimes, ça me prend la tête. Plus on m'en parle, plus je mange ". »

2. Un déni de la maladie, une impression de déjà tout savoir sur la pathologie

D : « " Moi je sais " ou " moi je veux pas faire de régime de toute façon ". Il y a une grosse population qui est arrivée, il y avait V à Saint Vaury, quand il a pris sa retraite, il y a beaucoup de ses patients qui sont venus. Et c'est beaucoup d'anciens infirmiers du CHS La Valette. Alors eux par exemple, ils pensent qu'ils savent tout sur le diabète. Et il y a eu beaucoup de refus là. En disant " moi le diabète, c'est bon je connais ". Et même en leur disant que les chiffres sont pas bons "oui, mais je sais c'est parce que je fais pas mon régime" et ils ont pas voulu. »

G : « D'autre nous disent " vous savez, moi je sais tout ". " Bon vous savez tout, mais vous appliquez pas ", c'est ça le problème. " Vous savez tout mais votre hémoglobine glyquée monte ". Donc ça peut être utile de la voir et de la revoir. Mais c'est le souci, c'est facile de prendre une pilule, mais c'est plus dur de se prendre en charge. »

5.5.4.2. ...dont une partie en ayant besoin

Même si ce n'est pas une généralité, une partie des patients qui refusent en auraient pourtant besoin. L'autre partie dont la pathologie est équilibrée ne présente donc pas un souci, mais la première est plus problématique.

C : « Peut-être pas le plus besoin mais ils en ont besoin, c'est sûr. Mais comme dans tous les problèmes de déni de la maladie, au bout d'un moment ça s'accumule, si il y a un déni de la maladie, qui s'étale sur un certain temps, il y a, tout se complique, les complications arrivent, etc. Effectivement, ceux-là ils en ont particulièrement besoin. »

G : « Ceux qui auraient le plus besoin d'ASALEE, c'est pas les patients qui sont bons. On peut avoir des files actives avec des très bons résultats. C'est bien mais c'est peut-être des gens qui de toute façon étaient bien même sans ASALEE. Par contre, ceux qui sont pas bien, c'est ceux-là sur lesquels il faut travailler. Mais c'est comme en médecine générale, il y a des gens, même CMU, qui se font suivre régulièrement et on arrive à avoir des résultats avec eux. Et puis d'autres qui sont hors cadre. Et ceux-là, on va tomber sur des catastrophes parce qu'ils ne se font pas suivre, que ce soit par nous, par ASALEE ou autre. »

A : « Ce sont des gens qui sont à 10 ou 11% d'hémoglobine glyquée. »

H : « Il y en a qui disent " je me gère " et il y a rien à dire, mais il y en a qui en auraient besoin. »

Il ne faut pas pour autant abandonner. Une des solutions évoquée est de ne pas les brusquer.

C : « J'y vais doucement et je leur dis que si ce n'est pas maintenant, on peut le prévoir un peu plus tard. Je n'impose pas du tout ; c'est le meilleur moyen de cabrer les gens de toute façon. Donc, si je vois qu'ils sont réticents, je leur dit " si vous voulez on en reparle la prochaine fois si vous voulez " et puis voilà »

Malgré tout, certains médecins sont partisans de ne pas insister, les patients étant libres de leurs choix.

E : « Je leur ai dit que c'était dommage mais bon, après ils ont eu l'info. Ils veulent pas, ils veulent pas. »

D : « On l'a proposé à des gens qui avaient des hémoglobines glyquées très élevées et qui ont refusé, oui. Effectivement, si ils veulent faire aucun effort, ça sert à rien sans doute qu'ils voient l'infirmière. »

5.5.4.3. Un essoufflement

Au-delà des refus, les médecins observent un essoufflement au fur et à mesure des consultations. Si les patients honorent la première consultation, ils sont moins assidus aux suivantes, n'hésitant pas à ne pas venir sans prévenir.

A : « Ils s'essoufflent au bout d'un moment. J'ai vu un essoufflement quand même. Il y a des gens qui arrivent à annuler leur rendez-vous. »

B : « Il y a ceux qu'elle relance au téléphone et qui ne répondent jamais, qui sont déjà venus mais qui font les morts quoi. Alors il y a ceux qui prennent des rendez-vous, qui ne viennent pas, qui ne s'excusent pas. »

D : « Déjà avec nous il y a tous les jours des gens qui prennent rendez-vous et qui viennent pas. Mais avec elle encore plus je pense. Je pense qu'ils ont encore moins de respect. [...] la première en général ils viennent. Et puis après "oh bah j'ai oublié", "bah j'avais pas le temps", "bah j'étais pas là". [...] parce que ça fait 2 fois, 3 fois qu'ils viennent pas, c'est qu'ils ont pas envie. Ils osent pas le dire franchement. »

Les deux raisons qui sont évoquées pour cet essoufflement sont un découragement face à la pathologie, et parfois un problème de compréhension ou psychosocial.

C : « Je pense que les gens qui abandonnent, c'est ça : c'est qu'ils sont découragés. On leur demande trop d'effort, de reprendre, de revoir leur alimentation, ils ont déjà essayé je ne sais pas combien de fois de maigrir, ils n'y arrivent pas ; donc ils veulent bien essayer une fois de plus et après ça, ils laissent tomber. Je pense que c'est plus de cet ordre-là. »

G : « Ceux qui sont négligents pour problème de compréhension ou psychosocial ou autre, ça sera difficile. Il y aura un travail... il faut qu'on les travaille régulièrement nous. »

5.5.5. Synthèse

- **En acquérant un certain état d'esprit, le temps de réflexion ASALEE est noyé dans la consultation.**
- **Le logiciel du cabinet reste l'outil principal pour communiquer les informations et cela de façon exhaustive.**
- **Avec l'arrivée d'ASALEE, les médecins améliorent leurs pratiques.**
- **Les refus des patients sont secondaires à un épuisement et à un déni de la maladie. Devant ces refus, les médecins sont partagés entre insister ou non.**

- Il existe un essoufflement chez une partie des patients.

5.6. L'infirmière ASALEE et son travail

5.6.1. Des moments de débriefing irréguliers

Un seul des médecins admet réaliser les staffs de débriefing avec l'infirmière régulièrement, tous les mois, comme le cahier des charges d'ASALEE le préconise.

C : « *Une fois par mois.* »

Pour les autres médecins, les débriefings sont réalisés de façon irrégulière. Le rythme et la durée peuvent varier selon la charge de travail et le moment où l'infirmière est au cabinet. Ainsi, certains ont un rythme hebdomadaire, ils voient en général l'infirmière quand elle est au cabinet. Le temps varie de quelques minutes à une heure. La charge de travail reste tout de même un motif de cette irrégularité.

B : « *Je viens la voir tous les jeudis après-midi puisqu'elle est là l'après-midi. On se voit peut être une demi-heure pas plus. J'ai pas toujours le temps. Elle me dit "j'ai vu untel, untel". Mais c'est vrai qu'on n'a pas de réunion établie tel jour, c'est pas établi ça.* »

D : « *On se voit pratiquement tous les mercredis. Alors, il y a des mercredis où on n'a pas le temps ni l'une ni l'autre et où on se croise. Et puis d'autres mercredis où on va y passer une bonne heure. Voir une heure et demie.* »

G : « *Après, ce que nous faisons, pas de façon régulière, c'est une rencontre avec l'infirmière pour parler des patients. Ce n'est pas fait de façon régulière. Donc l'infirmière a besoin de nous voir, elle nous le demande. Nous, on a besoin de la voir pour dire « je t'envoie monsieur untel mais attention, il faut le prendre de telle ou telle façon car c'est un dépressif, ou il faut pas trop l'inquiéter » etc. Donc nous lui expliquons. [...] Mais il n'y a pas de date précisée dès le départ. C'est vrai qu'on est en médecine générale, donc on est pas mal occupé. Il faudrait dégager un temps libre et ça voudrait dire inclure quelqu'un d'autre pour dégager un temps ou un remplaçant tel jour, etc... si on voulait faire quelque chose de formel. Là c'est quelque chose qui est informel mais on peut être amené à passer une heure avec l'infirmière ou demi-heure, ou alors boire un café et puis "tiens, monsieur untel voilà telle ou telle chose".* »

A : « *Je dirais une demi-heure le lundi matin, même pas. Le lundi matin et puis une petite dizaine de minutes le mardi matin si je la rencontre en me disant j'ai vu untel et untel. C'est en dehors de nos consultations. Ça n'empiète pas sur nos consultations. C'est un moment de briefing qui est en dehors des consultations.* »

Ce problème de temps disponible fait que parfois le rythme est plus espacé ou la qualité du débriefing moindre. Malgré cela, ces médecins essaient de trouver des solutions.

E : « *Il y a des temps qui sont le jour où elle est là. Nous en profitons l'un et l'autre "T'as vu untel, qu'est-ce que tu en as pensé ?". Mais c'est pas le temps de débriefing. C'est pas un bon débriefing parce que c'est fait entre deux portes et c'est pas bon. Donc il faut qu'on identifie un temps.* »

F : « *Il faut savoir que les réunions médicales au pôle santé, ça se passe parfois autour d'un café pendant deux minutes. Pour le moment, les réunions officielles, il n'y en a eu que deux. Il faut dire qu'on a aussi 54 réunions autres. [...]Tous les deux mois. On peut pas faire plus.* »

5.6.2. Une formation à compléter

La formation de l'infirmière semble bonne. Les médecins en parlent surtout vis-à-vis du diabète, item le plus répandu chez les patients ASALEE : ils ne trouvent pas grand-chose à redire sur ses connaissances.

A : « *Je crois qu'elle a eu une formation assez bien sur le diabète et puis aussi elle gère bien son logiciel. Ils ont un logiciel qui est très bien.* »

D : « *Alors sur le diabète oui. Je trouve que ça fonctionne bien, les patients sont contents. Après sur le reste, on n'a pas... on a fait un peu les troubles cognitifs, le BPCO on n'en a pas parlé. Elle a eu la formation.* »

Mais ses connaissances restent perfectibles. Il est d'une grande importance qu'elle continue à se former.

C : « *Je pense qu'elle est pas mal, ça pourrait l'être plus mais peut-être qu'il faut que ça vienne progressivement.* »

G : « *Notre formation n'est pas suffisante et celle de l'infirmière non plus. C'est un champ de, comment dire, de travail qui est très important, et on ne peut pas être bon par rapport à tout. Donc c'est vrai que, là, bon par exemple on a parlé avec elle de formation par rapport à l'arrêt du tabac. Il faut qu'elle se forme. Par rapport à différentes choses, il faut qu'elle se forme.* »

Les infirmières confient elles-mêmes un manque de formation dans les domaines les moins exploités d'ASALEE.

E : « *Alors pour le moment, mon appréciation : oui pour ce qui est du diabète. Après pour les autres domaines du dispositif ASALEE, de leurs propres aveux, c'est ... peut-être un peu juste. C'est le ressenti de l'infirmière.* »

Un des médecins souhaiterait d'ailleurs mieux appréhender les capacités que l'infirmière a acquises en formation.

F : « *Au niveau de l'aspect nutritionnel, ça, ça serait intéressant, ça serait le sujet... mais peut-être que ce serait une réunion pour que le médecin lui-même puisse voir si il y a une congruence entre la formation de l'infirmière et quand on donne les informations.* »

5.6.3. Une infirmière protégée

Les médecins se concertent avec l'infirmière avant d'aborder un nouvel item. Ils veulent que l'infirmière soit prête à accueillir les patients avec des connaissances adaptées et une mise en situation optimale. Le but n'est pas de mettre l'infirmière mal à l'aise ou en échec, le tout dans l'intérêt du patient.

E : « *Pour ce qui est des autres domaines, je vais dire que je lui pose presque la question avant " est-ce que la tu voudrais bien " plutôt que de lui imposer un rendez-vous et promettre au patient un truc qui va l'aider, où elle se sentira pas... voilà. Je vais pas la mettre en difficulté. En même temps c'est aussi en pratiquant qu'on prend de l'assurance et qu'on se sent moins en difficulté. Donc là j'essaie de jauger avec elle. Pour mettre personne en difficulté. Et pour que le patient reparte pas en disant " C'est du pipeau ". »*

H : « *Je vais en discuter avec X. Si elle avait, c'est elle aussi, si moi elle me dit "moi j'adorerais m'occuper de BPCO", j'enverrai.* »

5.6.4. Une coopération médecin-infirmière sans frein...

Les médecins sont unanimes : ils travaillent sans arrière-pensée avec l'infirmière. Que ce soit ceux qui ont une expérience hospitalière et donc une expérience de travail en équipe, ou les autres, tous ne voient que des points positifs. Un œil critique extérieur leur paraît toujours bon à prendre pour améliorer leurs pratiques.

H : « *Mais moi je fais aussi beaucoup d'hospitalier, donc j'ai l'habitude de travailler en équipe.* »

E : « *Moi, c'est surtout ce travail en pluriprofessionnalité, la notion de délégation de tâches qui permet de partager encore mieux, parce que quand une infirmière va nous dire "tiens, l'hémoglobine glyquée ça fait un moment que tu ne l'as pas vue, t'as pas fait", moi je considère que c'est pas des rappels à l'ordre, c'est pas des reproches. [...] J'aime plutôt qu'on me dise "Dis donc, là... (sifflement)" ou bien "là c'est bien". Ça ne me gêne pas. Au contraire, je veux dire. Je préfère qu'on me dise plutôt que d'être dans l'illusion de "lui il est pas trop mal suivi", et puis de s'apercevoir à la lecture du dossier que ça fait neuf mois qu'il a pas eu d'hémoglobine glyquée par exemple.* »

G : « C'est vrai que par rapport à ça, notamment sur le nombre d'hémoglobine glyquée, je dirais elle nous a pointé "voilà il a pas eu, monsieur untel, madame untelle a pas eu d'hémoglobine glyquée depuis telle date, n'a pas eu d'électrocardiogramme ou autre chose". Non, c'est un rappel à l'ordre et je pense que c'est quelque chose qui peut être très intéressant. »

5.6.5. ... mais soulevant la question du partage de l'information

Les médecins ont conscience que l'infirmière est tenue au secret médical et que le patient donne son accord pour le partage de l'information en signant sa fiche de consentement. Mais ils ont conscience que l'infirmière n'a pas besoin de toutes les informations.

E : « C'est des fois plus un problème exprimé par les infirmières "on n'a pas besoin d'avoir tout". Moi, ça me pose pas de problème. Moi, c'est pas un souci, à partir du moment où le patient sait, parce qu'il est au courant, à chaque ouverture de fiche consentement... Mais moi, ça me pose pas de problème. Après, trop d'informations pour elles tue l'information essentielle. Je pense que c'est un petit peu ça. »

Les médecins considèrent que l'infirmière fait partie de l'équipe médicale et peut donc accéder au dossier, mais ils expliquent eux-mêmes ne pas tout mettre dans le dossier patient : des informations trop personnelles sont omises pour préserver la confidentialité.

D : « Moi les choses très intimes je l'écris pas dans le dossier de toute façon. Et puis je pense que c'est quelqu'un de discret et bon ce qu'elle fait ici elle ne le raconte pas ailleurs. »

B : « Dans la mesure où elle est tenue au secret professionnel, je ne vois pas en quoi ça pose problème [...] on dit pas tout non plus et on marque pas tout non plus dans les dossiers. »

H : « Autant l'éthique m'interpelle beaucoup sur la confidentialité du dossier. Mais avec l'infirmière, non. Le médecin, l'infirmière, l'aide-soignant, voilà, nous soignons aussi. Par contre, moi je ne marque pas tout dans les dossiers, voilà. Des choses personnelles, je retiens, je code si je veux me rappeler. Des choses comme ça, mais je ne mets pas tout dans le dossier. »

Les médecins contournent donc indirectement le problème de confidentialité en limitant les informations dans le dossier. Mais un médecin pense qu'il serait souhaitable d'aller plus loin pour se conformer à la loi et donc de limiter l'accès au dossier médical.

G : « C'est aussi tout le problème de l'informatique communicante. On est avec un logiciel partagé avec elle, mais est ce qu'il ne faudra pas légalement faire, ça de plus en plus on nous le demande, faire une... enfin des restrictions dans les accès par rapport aux

dossiers. Les infirmières ont le droit de voir telle partie du dossier, la secrétaire telle partie du dossier et puis les médecins telle partie du dossier. »

5.6.6. Un travail apprécié par le médecin

Les médecins sont plutôt satisfaits de l'infirmière et de son travail. Ils louent sa motivation et son investissement. Ils soulignent le bon contact avec les patients qui est un élément primordial.

C : « J'ai un très bon ressenti. Je pense qu'elles sont très appréciées. Elles ont un rôle de présence, un peu maternant, j'allais dire, mais qui est très important, très, très important pendant la prise en charge du patient. »

B : « Je trouve que c'est bien. Elle s'investit bien. Elle est dynamique. Elle passe bien auprès des gens avec qui elle s'entend. Il y a toujours des gens un peu compliqués mais moi je trouve qu'elle s'investit bien dans son travail. »

E : « Elles sont motivées, elles sont à fond dedans. Ça leur plait. Pour celles qui se sont investies dedans, elles sont vraiment bien. »

F : « Elle est venue me présenter elle-même lors de la deuxième réunion, ce qu'elle avait retenu d'une formation qu'elle avait été faire en Charentes, etc. Avec quand même un dossier... les critères d'inclusions, sur les... C'est quand même sérieux. Pour quelqu'un qui a dû prendre sur son temps, oui. »

Un des médecins pondère cette satisfaction, sans remettre en cause les qualités précédemment citées, mais en soulevant la question de l'efficacité du recrutement des patients.

G : « Chaque infirmière a sa personnalité. Donc nous travaillons avec X, qui est une personne tout à fait agréable, qui prend son boulot très à cœur. Qui bosse bien. Après, je dirais elle a des difficultés pour, par rapport à certaines personnes. C'est vrai qu'il y a peut-être quelque chose à creuser par rapport à ça. Pourquoi elle arrive pas à recruter plus dans notre patientèle. Parce que j'ai l'impression qu'il y a certains moments où peut-être elle s'ennuie, en tout cas on ne lui donne pas de file active suffisante. Donc là il y a un travail à faire avec elle. »

5.6.7. Synthèse

- **Les débriefings réalisés avec l'infirmière sont informels, irréguliers et variables en durée.**
- **Malgré de bonnes bases, l'infirmière doit continuer à se former.**

- Si le travail avec l'infirmière permet d'améliorer les pratiques, les informations les plus personnelles du patient ne doivent pas lui être accessibles.
- Les médecins sont satisfaits du travail de l'infirmière, son efficacité dans le recrutement des patients restant à améliorer.

5.7. L'utilisation des protocoles ASALEE

5.7.1. Une connaissance globale des protocoles

Les médecins connaissent globalement les grands items d'ASALEE. Peu d'entre eux citent les quatre protocoles avec exactitude.

G : « *Le plus utilisé, c'est le diabète. Après bon, il y a l'insuffisance cardiaque, les facteurs de risque cardiovasculaire, la BPCO avec le tabac. Il y a les troubles cognitifs.* »

D : « *Le diabète, la BPCO, les troubles cognitifs, les hauts risques cardiovasculaires.* »

La plupart des médecins connaissent sans souci le protocole sur le diabète, pour les autres protocoles, ils sont plus approximatifs mais retrouvent les grands thèmes abordés.

C : « *Le diabète, le surpoids, les hypertensions, les problèmes cardiovasculaires, les troubles de la mémoire, le tabagisme, globalement les gens qui boivent, qui fument, qui mangent mal.* »

Il en découle une non connaissance des critères d'inclusion de ces protocoles. Les médecins sont conscients de ne pas les connaître.

D : « *Elle a dû me le dire au début. Après...* »

E : « *J'ai besoin de travailler dessus.* »

Ils justifient pour la plupart cette méconnaissance par deux raisons. Tout d'abord, un sentiment qu'il ne faut pas de critère d'inclusion. Tout doit se faire selon le feeling afin de pouvoir inclure un maximum de patients.

C : « *Je crois qu'il ne faut pas de critères d'inclusion, mais je crois qu'il faut ratisser très large pour obtenir un petit résultat. Parce qu'il y a quand même un certain nombre de gens qui viennent une fois mais qui ne reviennent pas et donc... moi, les critères d'inclusion je n'en tiens pas compte.* »

A : « *Je ne sais pas l'infirmière sous quel critère. Pour l'instant elle m'a refusé personne. Je crois qu'il n'y a pas de critère, il suffit d'être diabétique et d'avoir des antidiabétiques oraux. Moi elle m'a pas encore refusé.* »

D'autre part, certains pensent avoir été mal informés là-dessus.

H : « *J'imaginai l'hypertension, j'imaginai le BPCO. Mais c'est moi qui me le suis dit. En fait je n'ai jamais rien lu. En fait, je n'en connais aucun.* »

B : « *Je les connais vaguement. Mais je trouve que moi j'ai pas été bien informée là-dessus. Mais après je me suis peut-être pas trop non plus trop documentée. J'aurais pu aller voir sur Internet, peut-être qu'il y a un portail.* »

5.7.2. La réalisation de spirométrie peu utilisée

Seuls deux médecins intègrent des patients à l'item BPCO pour la réalisation de spirométrie. Les autres médecins ne le font pas car ils privilégient l'item diabète, mais aussi car ils pensent que l'utilisation de la spirométrie entraîne rapidement une consultation chez le spécialiste. Ils préfèrent utiliser d'autres moyens de dépistage tel un oxymètre, le Peak Flow, la clinique, et adresser au besoin les patients au pneumologue pour des explorations éventuelles.

H : « *Moi j'envoie à Sainte-Feyre. C'est toujours "qu'est-ce qu'on fait du patient après". Le diabète, on se le gère. Les insuffisants respiratoires un peu moins, on n'a pas le matériel. On a des pneumos à Sainte-Feyre qui ont le matos, les radios, qui font tout. Voilà, c'est un petit peu difficile. Moi je n'aime pas les doubles emplois.* »

B : « *J'ai un saturomètre et puis quand ils sont fumeurs, on les envoie chez le pneumo.* »

G : « *Disons que par rapport à nous, je ne sais pas si la spirométrie est importante ou, bon je dirais, le peak flow c'est un appareil que l'on a et qui coûte pas cher, et que j'utilise régulièrement pour le dépistage et pour le suivi. Ça c'est déjà une grosse chose. Après la spirométrie ça permet d'améliorer les choses. Bon je veux dire, on fait le dépistage et après c'est le spécialiste qui prend en charge.* »

Les médecins qui utilisent la spirométrie se servent des résultats pour réaliser de l'éducation thérapeutique auprès du patient et pour justifier une consultation chez le spécialiste.

C : « *Je les utilise en voyant les résultats, et si ce n'est pas bien, j'envoie au spécialiste.* »

G : « *Je pense qu'elle fait un peu d'éducation thérapeutique en montrant au patient sa courbe et la courbe qu'il devrait avoir en fonction de son âge. Et donc nous on a un retour par rapport à ça et donc on peut en remettre une couche ou donner l'information plus médicale et scientifique. Et puis après le cas échéant on envoie à un pneumologue pour compléter.* »

5.7.3. Réalisation d'électrocardiogramme

5.7.3.1. Des médecins équipés et connaissant les bases

Hormis un médecin, tous les autres possèdent un ECG. Ils l'ont acquis avant d'intégrer ASALEE. Tous savent lire les ECG dans les grandes lignes, mais ils restent humbles par rapport aux détails très spécifiques.

B : « *Je sais voir un rythme quand il est sinusal ou pas. Après je sais reconnaître un Pace Maker qui marche, je sais voir les sous décalages, des BAV, à part l'espace PR, après je suis peut-être pas... Après les blocs de branches, les droits je sais pas les reconnaître mais les gauches, oui. »*

E : « *Je suis pas un grand interprète de l'ECG, après je sais dire si il me paraît normal ou si il y a des choses qui ne va pas. »*

C : « *J'ai beaucoup perdu. »*

En cas de doute ou d'anomalie, les médecins adressent volontiers le patient à un cardiologue.

B : « *Si on n'est pas à l'aise, on les envoie chez le cardiologue ou on les faxe »*

E : « *Après, si il y a quelques chose qui ne va pas, c'est direction le cardio. »*

Les médecins ne sont pas contre une remise à niveau, mais ils évoquent un problème de temps.

A : « *Je lis, j'ai des bouquins, ça me barbe. J'essaie de me remettre à jour. Mais c'est toujours une question de temps. »*

E : « *Pourquoi pas. Après je me dis toujours que si il y a une anomalie, à un moment donné on a besoin du cardio pour aller plus loin. Si, si. Une remise à niveau pourquoi pas. Tout à fait. »*

D : « *C'est pas prévu. Ça serait peut-être pas mal. »*

5.7.3.2. Une systématisation difficile

La réalisation d'un ECG ne se fait pas encore de façon systématique chez les patients en relevant. Plusieurs raisons sont présentes.

Tout d'abord, certains médecins se retrouvent face un problème matériel : l'infirmière n'a pas accès à l'ECG du fait soit de son absence au cabinet, soit d'une panne.

B : « *Mais alors là, il est en panne. Je sais pas, il faut que je voie mais apparemment, il marche pas bien là. Il faut que je l'emmène à la réparation. Il y a des problèmes. »*

F : « Mais comme je l'ai dans la voiture pour les urgences, je ne peux pas lui laisser le mardi matin ou le jeudi matin. [...] Alors ça c'est l'aspect matériel mais effectivement on va dans un projet d'achat du Pôle santé, incluant l'achat d'un électrocardiogramme dont pourront bénéficier les infirmières, notamment ASALEE, pour leurs consultations. »

H : « Voilà parce qu'elle me dit "est ce qu'on en a vraiment besoin et tout". Bah voilà... l'urgence. On n'est pas loin du 15. Avant, moi j'étais en Isère et on était à 45 minutes minimum, c'est plutôt 50, d'un SAMU. Je veux dire c'était 50 minutes de trajet. Et là on était plus équipé parce que 50 minutes, c'est long. Ici on est à 5 minutes, l'ECG il est fait dans la foulée. Mais bon, je compte m'en prendre un quand même. »

D'autre part, l'infirmière n'a pas commencé les ECG chez deux médecins.

Enfin, les médecins trouvent que les ECG ne sont pas suffisamment fait de façon systématique et ils le regrettent.

G : « Pas assez systématique. On en fait plus, mais ce n'est pas assez systématique. »

Un des médecins explique que certains patients, réfractaires aux consultations avec un cardiologue, sont privilégiés dans la réalisation des ECG.

A : « C'est plus pour les gens, certains sont réfractaires : « pourquoi j'irais voir le cardio, je vais bien, et puis machin et ceci et cela ».... Quand ils rechignent un petit peu, on leur fait un ECG. C'est plus ceux qui rechignent. Les autres qui ont un suivi régulier par le cardio, on laisse le cardiologue gérer le problème. Il y a des gens qui rechignent : on est à 30 kilomètres, les rendez-vous on les a au bout de trois mois, les gens ne sont pas motorisés. Ils n'ont pas tellement envie d'y aller. C'est gens-là, on leur fait un électro. »

5.7.4. Les automesures tensionnelles

5.7.4.1. Une pratique tellement habituelle que la délégation est parfois oubliée

Les médecins pratiquent tous le contrôle tensionnel par automesure à domicile. Par habitude, certains médecins ne pensent pas à déléguer cet acte.

F : « Je le faisais tellement spontanément que j'ai deux appareils et je pense que ce sont les patients qui les ont encore. C'est le problème, c'est le piège. On en a un ou deux et je pense qu'ils ne les ont pas rendus. Mais là, il faut que j'en délègue un à l'infirmière. »

E : « Mais c'est que je n'ai pas pensé à le déléguer sur ASALEE. Voilà. C'est ça, c'est moi qui ai encore un peu de mal, mais je ne suis pas le seul je pense. »

5.7.4.2. Une amélioration des prescriptions

Ces automesures permettent d'objectiver une tension élevée et d'éliminer un effet blouse blanche. Dans tous les cas, le traitement est optimisé en évitant des prescriptions trop abondantes.

G : « *Sur les prescriptions. Sur le suivi je dirais pas trop, si sauf chez les patients qui ont un effet blouse blanche important et puis donc on se dit, le traitement marche pas, alors que c'est l'effet blouse blanche. Donc ça permet, oui de contrôler, de voir à la maison comment ça se passe. Et puis pour les personnes qui arrivent avec une tension un peu élevée, avant d'instaurer un traitement, même si on se donne un délai, en tout cas ça peut permettre de vérifier à la maison.* »

H : « *A l'époque je faisais des remplacements, je me rappelle, mais ça date, il y avait 18 : clac on donnait un Adalate. Ce temps-là est révolu. [...] Mais là, avec les appareils c'est bien. Et d'ailleurs, huit fois sur dix, la tension est normale.* »

A : « *Elle les surveille, elle leur donne un feuillet pour noter leur tension, elle leur fournit un tensiomètre. Ils reviennent au bout d'un certain temps. Ou les tensions sont très élevées, elle enclenche une consultation dans les jours qui suivent, ou elle me met les chiffres tensionnels dans le dossier pour que j'en prenne connaissance et bien sûr ça déclenche une modification de traitement.* »

5.7.4.3. Rassurer les patients

En proposant ces automesures tensionnelles, l'infirmière rassure le patient qui est cadré sur la surveillance et a une échéance pour l'interprétation des résultats.

A : « *Et puis c'est forcément des gens qui sont très angoissés, qui vont appeler toute la journée parce qu'on a eu des exemples des gens qui vont donner la tension du matin, du midi, du soir. Ces gens en leur donnant un feuillet où ils peuvent écrire la tension en leur disant "voilà, vous patientez, on va faire ça sur 10 jours et on va faire la moyenne", ils patientent. Si on n'a pas ce dispositif, on a eu des patients, 3 fois par jours, des patients qui appellent.* »

5.7.4.4. Une économie pour la société

Avec la réalisation d'automesures tensionnelles, le nombre d'holter ECG diminue entraînant un coût moindre. Cependant, un médecin réfléchit à un possible investissement dans un holter ECG, permettant d'être plus précis et de s'adapter au mieux à la tension réelle du patient.

G : « *On en faisait mais avec un autre coût. C'était plutôt le holter tensionnel et donc ça représentait un coût supérieur à la société. Mais peut-être qu'on investira un moment ou un*

autre dans un appareil de holter tensionnel. Parce que je pense que ça peut être intéressant.»

5.7.5. Un outil de suivi des troubles de la mémoire

5.7.5.1. Une base pour le suivi et une aide décisionnelle

Les médecins utilisent les résultats du dépistage de deux façons. Soit il leur permet d'avoir une base qui n'entraîne pas d'action mais permet de réaliser un suivi de l'évolution régulièrement : ils refont alors les tests à distance pour pouvoir comparer. Soit il en découle la mise en place d'aides, de consultations spécialisées, et même pour certains l'instauration d'un traitement.

E : « Moi j'ai une petite formation, j'ai ma capacité de gériatrie. C'est sans prétention non plus, j'essaie de remettre mes connaissances à jour régulièrement. De deux choses l'une : soit je pense qu'on a un bilan qui va servir de référence et il y a pas besoin de mettre de traitement particulier en place ou pas plus faire sur le plan social, prise en charge du patient au domicile ou autre ; soit je pense effectivement il faut avancer. Donc soit j'entame des démarches moi-même comme médecin, contacter par exemple l'UPSAV, d'emblée un accueil de jour peut-être. Bon les traitements pourquoi pas, moi je peux les prescrire. Ou les adresser peut-être aussi pourquoi pas à un gériatre qui fasse plus autorité par rapport au médecin traitant. Parce que c'est vrai, c'est pas facile d'être médecin traitant qui est certes une spécialité mais dire "je suis un peu gériatre, donc je peux..." »

G : « Je dirais les troubles cognitifs, en dehors de ça, on les sent. Il y a des tests que l'on faisait déjà avant. Donc là, ça nous permet éventuellement d'en faire un et de demander à l'infirmière ASALEE de faire des compléments. Mais les troubles cognitifs... vu qu'il y a peu de thérapeutique à utiliser, on est un peu désarmé. Donc à quoi ça sert ? Donc je dirais, moi ça permet de suivre une évolution et puis, bon éventuellement, en parler avec la famille aussi. On est dans le médico-social, sur les risques, sur la mise en EHPAD ou autre, et puis bien entendu nous faisons appel à des gériatres. Mais en sachant que les gériatres ne vont pas changer du tout au tout la prise en charge. »

F : « Le dépistage qui a eu lieu, c'est une dame que j'ai vu ce matin. En fait, c'est pas le résultat que j'ai utilisé en tant que tel, c'est l'environnement. Les troubles cognitifs, il y avait l'infirmière ASALEE, les autres infirmières du cabinet m'ont informé des difficultés. La conséquence qui a eu lieu c'est que ça m'a permis de contacter la fille de la patiente pour augmenter les aides en fait. C'est une dame qui veut rester chez elle, qui est en dehors du circuit hospitalier, qui peut encore se débrouiller toute seule. Donc ça a une conséquence peut-être pour renforcer l'alerte des troubles de mémoire qu'on connaissait déjà. »

5.7.5.2. Une volonté de rassurer le patient

Les patients ou les aidants peuvent évoquer eux-mêmes une symptomatologie touchant la mémoire. Ils sont alors en demande de réassurance. Le dépistage alors effectué par l'infirmière ASALEE permet alors de relativiser les symptômes et de rassurer la famille. Une base est également mise en place pour le suivi.

A : « *En dédramatisant car c'est une personne, c'est sa femme qui est venue et m'en a parlé : "il faut faire ceci, il faut faire cela, il comprend rien, il ne capte plus rien". Donc je l'ai vu pour une bronchite, je lui en ai parlé : "je n'ai pas le temps, mais si l'infirmière vous appelle pour faire les tests pour voir si il y a quelque chose". Il était d'accord. Il a fait les tests. L'infirmière a mis les résultats : ce n'était pas catastrophique. »*

D : « *Il n'y a pas très très longtemps qu'on a commencé. Là c'était surtout sur des gens qui évoquaient eux même une plainte. Donc on leur a dit "si vous voulez, venez mercredi, l'infirmière vous fera les tests, et ça permettra d'avoir une base pour discuter et puis on en reparlera". C'était un peu comme ça. [...] souvent il y avait déjà d'ailleurs des tests qui étaient très bons en fait. C'était souvent des gens qui disaient "j'oublie souvent mes affaires, vous pensez pas que..." C'était un peu pour les rassurer un peu. Et on a prévu de les refaire au bout de 6 mois pour voir. Ceux qu'elle a faits, ils étaient bons. »*

5.7.5.3. Une réalité difficile pour le patient

La mise en évidence de certains troubles de la mémoire n'est pas forcément bien perçue par les patients ou les aidants. Il faut être précautionneux pour faire accepter les choses.

E : « *Les troubles cognitifs on a commencé. Ce qui moi m'arrange bien parce que j'ai remarqué une chose, c'est que c'est pas forcément facile. C'est très intrusif la notion de bilan cognitif. Moi, j'ai eu des patients qui ont très, très mal vécu le fait que je leur fasse des bilans cognitifs de débrouillage. Autant on leur prend la tension, autant leur faire un MMS, ils aiment pas être mis en difficulté, voire même l'aidant aime pas forcément que monsieur ou madame soit mis en difficulté. »*

G : « *Mais il faut avant tout faire accepter de la part du patient cette prise en charge, ce qu'il faut négocier aussi. Dire "bon écoutez, vous faites peut être une maladie d'Alzheimer" c'est pas forcément bien perçu. On le dit pas (rires). »*

5.7.6. Synthèse

- **Les protocoles sont connus dans les grandes lignes, mais les médecins ne s'attardent pas sur les critères d'inclusions qu'ils ne connaissent pas et qu'ils jugent inadéquats de suivre.**

- La réalisation de la spirométrie reste encore sporadique, les médecins appréciant toujours l'avis spécialisé du pneumologue.
- L'ECG n'est pas un outil nouveau pour les médecins, mais son taux de réalisation auprès des patients ASALEE n'est pas encore optimum.
- La délégation de la réalisation des automesures tensionnelles n'est pas un réflexe pour tous. Elle permet d'améliorer les prescriptions, de rassurer le patient et de réaliser des économies de santé.
- Les troubles de la mémoire sont difficiles à aborder avec le patient. Son dépistage permet de les rassurer ou de mettre en place un plan de suivi et d'action.

5.8. Diverses opinions

5.8.1. Des patients conquis

Le retour des patients ASALEE lors des consultations avec le médecin est très bon. Ils sont dans l'ensemble satisfaits de l'infirmière ASALEE.

5.8.1.1. Un bon capital sympathie

Les patients apprécient l'infirmière pour son côté sympathique : le contact en est facilité.

H : « *D'abord elle est très, très, très agréable, c'est vrai. Un très bon retour.* »

G : « *Les patients trouvent l'infirmière très sympathique et donc ça marche bien avec elle.* »

5.8.1.2. Un temps non négligeable

Les patients apprécient avoir un vrai temps défini qui leur est consacré et lors duquel ils ont le temps d'exprimer les choses.

D : « *Au départ, ils sont très contents parce qu'elle passe beaucoup de temps avec eux. Et voilà, ils aiment bien.* »

A : « *Elle a le temps et elle prend le temps : cela permet de libérer la parole et que les gens se sentent à l'aise. Nous, c'est pas qu'on les brusque, mais ils savent que la salle d'attente est pleine, ils ont laissé trois personnes, il y a d'autres personnes, ils entendent sonner, le téléphone sonne, on répond au téléphone... donc ils voient qu'on est un peu dans la précipitation, donc ils abrègent. Alors qu'avec elle, ils savent qu'elle leur a donné une heure, ils exploitent une heure. Ou elle leur a donné plus, je ne sais pas comment elle gère son temps.* »

5.8.1.3. Un apprentissage de qualité

Les patients apprennent beaucoup de leur pathologie grâce aux explications fournies de l'infirmière.

D : « *J'ai eu aucun retour négatif. Ils sont tellement « ignares » entre guillemets que oui ils apprennent plein de choses. »*

A : « *Les patients, ils sont très contents. Ils sont vraiment... ils disent à notre désavantage, qu'elle était très explicite, qu'elle leur a expliqué, qu'elle a pris son temps, qu'elle leur a donné les recettes pour faire les repas sans ceci sans cela. Je crois qu'ils sont plus libres avec elle pour poser les questions qu'ils n'osaient pas nous poser car ils disent : "oui on avait peur que vous rigoliez si je vous pose telle ou telle question". »*

5.8.1.4. La reconnaissance de l'écoute

Les patients aiment bien qu'on s'occupe d'eux, que l'infirmière soit à leur écoute. Ils se sentent libre et peuvent aborder différemment leur pathologie. Ils se confient alors plus facilement à l'infirmière et dévoilent parfois leurs problèmes relevant d'un soutien psychologique.

E : « *Ils sont contents. Ils aiment bien être cocoonés, maternés, chouchoutés. Et puis quand ils arrivent là, ils se sentent bien. Non, mais je plaisante pas. J'ai l'impression que du coup... c'est vrai, il y a deux questions. Les gens c'est "quel temps y fait" et "comment tu vas". Et dans "comment tu vas", ça les...voilà. Ils aiment bien. [...] c'est une façon d'aborder leur pathologie plus interactive, d'être plus acteur de leur propre prise en charge. »*

A : « *Ils arrivent à communiquer beaucoup plus avec elle qu'avec nous. Il y a aussi une composante primordiale qu'elle m'a rapportée : il y a des gens qui sont dans une phase très dépressive et avec le temps ils fondent en larmes et ils racontent par rapport au fils, par rapport à machine... Elle revient et elle me dit : "voilà le problème, ils sont dans une phase où ils sont vraiment dépassés". Il y a la boulimie qui compense tout ça. Chose qu'ils nous disent pas. Pourquoi je n'en sais rien. On revient toujours au problème du temps. En plus, ils peuvent mieux le faire avec elle parce qu'elle est inconnue. Nous on connaît un peu le contexte familial. »*

5.8.2. Les infirmières du secteur

5.8.2.1. Une information diffusée lors des réunions de secteur

L'infirmière ASALEE est souvent présentée lors de réunions de secteur réunissant les différents acteurs de santé locaux. Son rôle y est alors bien explicité afin que chacun comprenne le dispositif et son intérêt.

A : « On a eu une réunion au départ quand on a présenté l'infirmière parce que c'est dans les réunions de proximité qu'on fait... on a même fait une réunion complète sur ASALEE avec les médecins du secteur du pôle de santé, avec les infirmiers, les pharmaciens. Une réunion de proximité et tout le pôle de santé. Elle a parlé de son travail, elle a présenté ASALEE. Elle s'est présentée, elle a présenté ASALEE et elle a présenté un peu les objectifs, comment elle va travailler, avec qui et tout. Il y a eu une réunion avec tout le monde, tous les infirmiers du pôle de santé. »

D : « On a eu une réunion sur le pôle de santé. [...] Enfin elle a été présentée aux infirmières de secteurs, celles qui viennent aux réunions du pôle. »

G : « Il y a déjà eu plusieurs réunions avec les infirmières de secteur et puis tous les médicaux et paramédicaux du secteur. »

C : « C'était une réunion de secteur pour Combrailles Réseau Santé. Voilà, il y avait beaucoup de soignants qui étaient là, des médecins. Et les infirmières d'ici ont à nouveau présenté ASALEE. »

5.8.2.2. Une acceptation parfois difficile

Malgré les explications du rôle de l'infirmière ASALEE, certaines infirmières ont du mal à accepter sa présence. Elles ont le sentiment d'être dépossédées de l'éducation thérapeutique du patient qu'elles pensent déjà réaliser au quotidien auprès du patient.

C : « Ça a été houleux. Elles ne comprennent rien du tout. On leur pique leurs patients... N'importe quoi [...] il y en avait plusieurs qui étaient très incisives, très agressives, qui ont faits des histoires et puis d'autres qui posaient beaucoup de questions, qui étaient un peu circonspectes. »

A : « Pas très bien. C'est mon ressenti à moi. Pas très bien, pas très bien. Parce qu'ils disent "oui, pourquoi on nous ajoute un truc supplémentaire, nous on fait de l'éducation thérapeutique quand on va faire notre insuline, quand on va faire notre prise de sang, et puis nous, ces gens-là, on les voit tout le temps, donc on arrive à 6h du matin, on voit ce que c'est... en quoi il est fait leur petit déjeuner. C'est nous qui leur donnons les médicaments de midi, donc on voit ce qu'ils mangent, donc on est plus sur place pour faire de l'éducation thérapeutique". [...] dernièrement donc, j'ai discuté avec les infirmiers, on était à une réunion de proximité, et j'ai senti quand même qu'il y avait un petit quelque chose. Pourtant elle empiète pas sur leur boulot. Elle empiète pas. [...] ça leur enlève un petit peu leur rôle d'éducateur. Ils deviennent des piqueurs sans plus quoi. Parce qu'ils... Moi je dis, c'est mon ressenti. J'ai senti qu'il y avait quelque chose un petit peu, ils disaient qu'ils le faisaient ce rôle. [...] Mais j'ai senti qu'il y avait un petit... qu'ils ont pas trop apprécié. »

B : « *J'ai entendu dire simplement que eux aussi ils y vont tous les jours chez les gens, ceux à qui ils font l'insuline et tout ça, et que tous les jours ils leur demandent ce qu'ils ont mangé, etc. Donc ils ont l'impression d'être un peu dépossédés, peut-être de l'éducation thérapeutique, au moins sur certaines pathologies mais pas sur toutes.* »

5.8.3. Des médecins peu au courant du dispositif

Les médecins en dehors du dispositif ASALEE connaissent très peu le dispositif. Lorsqu'on leur en parle, il le découvre souvent pour la première fois.

A : « *J'en ai parlé une fois à un copain qui est sur Limoges, bah il connaissait pas. On était en train de parler à bâton rompu, et je lui dis : "nous on a adhéré à ASALEE". Il me dit "c'est quoi ça ?". Il est installé à Limoges et il ne sait pas ce que c'est. Il me dit "moi, mes patients ils ont le coup de fil de Sophia et ils se débrouillent avec Sophia".* »

B : « *Je leur en ai parlé des fois à Dun, je leur ai dit "on a une infirmière, tout ça", ils m'ont regardé avec des yeux un peu... voilà, ils se demandent à quoi ça sert quoi.* »

Ne connaissant pas le dispositif, ces médecins sont parfois intéressés, d'autres jugent qu'ils n'ont pas le temps pour l'organisation, et certains n'y voient pas d'intérêt de prime abord.

G : « *J'en connais un qui dit "moi de toute façon tout ça je le fais". Donc c'est quelqu'un qui est bien, je n'en doute pas. Par contre d'autres sont intéressés ou seraient intéressés* »

D : « *Ils ont l'air plutôt intéressés quand même. Après, il y a les histoires de locaux et d'horaires. C'est vrai que nous, c'est qu'on a bien voulu mais c'était un petit peu compliqué.*»

A : « *Ils disent qu'ils n'ont pas le temps de s'occuper de ça aussi. Qu'ils ont assez de paperasses comme ça.* »

C : « *Ils sont circonspects, ils sont aussi...oui, ils voudraient voir, quoi.* »

Un des médecins pense qu'il faut dorénavant aller vers ces médecins pour leur apporter cette expérience acquise afin de développer le dispositif et d'augmenter la prise en charge.

G : « *Ce qui veut pas dire qu'il faut pas le développer et pas aller vers eux. Moi je crois que là, on va arriver à un stade où là, on commence à avoir une petite expérience et on aura peut-être intérêt à faire un travail autour pour améliorer, augmenter la prise en charge du dispositif.* »

5.8.4. Satisfaction des médecins du dispositif

Les médecins sont unanimement satisfaits du dispositif ASALEE. Le point majeur de la satisfaction est un travail en équipe : la pluriprofessionnalité et la délégation de tâches. Il y a ainsi une amélioration de la prise en charge des patients.

E : « *On est en plein dans l'esprit qu'on a développé depuis qu'on a commencé la MSP. On est vraiment dans le travail pluriprofessionnel, délégation de tâches, partage de tâches. Dans le côté convivial du travail. Pour impliquer un peu plus le patient dans ses pathologies, de voir les gens travailler ensemble autour de lui-même et pour lui-même, ça l'aide à se prendre en charge. Et nous, ça nous donne un regain d'intérêt pour le suivi de ces patients, parce qu'il y a un côté machinal, tous les quatre mois, tac ! tac ! Donc, il y a une interactivité. Ça casse la monotonie.* »

A : « *C'est une aide parce qu'on a une vision double. C'est-à-dire ma vision pour moi qui vois dix minutes le patient, et la vision de quelqu'un qui le voit pendant une heure et qui peut repérer quelque chose qui nous nous échappe en tant que médecin parce que ils nous le disent pas ou parce que on l'a pas noté, ou parce que on l'a pas repéré. Ça c'est le gain de temps. Et puis une vision double comme tout le travail en coopération. C'est-à-dire on n'est pas tout seul à décider. [...] Moi à mon avis c'est vraiment le plus gros d'un travail en collaboration, c'est de ne pas travailler tout seul et de ne pas être tout seul à décider.* »

B : « *Je trouve que c'est pas mal parce que moi, d'abord, je suis tout le temps toute seule, enfin j'avais une collègue pour 6 mois et là, je la voyais deux fois par semaine. Mais avant, quand on est toute seule toute la semaine, c'est vrai que c'est pas mal d'avoir quelqu'un qui vient, avec qui on peut discuter, avec qui on peut avoir des échanges sur certaines choses ; c'est pas mal. Je trouve ça bien.* »

Les médecins y voient également une porte d'entrée à la santé publique dans leur pratique. Ils sont ainsi heureux d'y contribuer.

G : « *Et puis je dirais aussi, ce qui est intéressant, c'est de ne plus être simplement en curatif mais d'être aussi en santé publique. Ça c'est... c'est une autre approche, enfin moi ça m'intéresse.* »

E : « *Et puis aussi, quand je dis ça bien sûr je pense au diabète mais justement dans les autres domaines de compétences, d'activité du dispositif ASALEE, comme on disait tout à l'heure BPCO, troubles cognitifs, facteurs de risques cardiovasculaires, tout ça, ça peut avoir un intérêt de santé publique, c'est une part d'y contribuer.* »

5.8.5. Synthèse

- Les patients sont conquis par la sympathie de l'infirmière ASALEE. Ils apprécient le temps consacré, la qualité des informations et de l'écoute.
- Les infirmières libérales sont largement informées à travers les réunions de secteur, mais elles acceptent et comprennent parfois mal la venue d'ASALEE.
- Les médecins en dehors du dispositif ne connaissent pas ASALEE, mais il ne reste qu'à les convaincre.
- Les médecins du dispositif sont pleinement satisfaits, notamment en intégrant de la pluriprofessionnalité et de la santé publique à leur pratique.

5.9. Vision sur l'avenir

5.9.1. Le dépistage des cancers

5.9.1.1. Des dépistages notés sans alertes

Les médecins essaient de faire ressortir les différents dépistages effectués. L'information est souvent notée en titre dans les différents logiciels, ou surlignée sur les dossiers papiers.

D : « *Je notais les mammographies... C'est pas une alerte mais je me fais une ligne. Les Hemoccult, je marquais "Hemoccult remis, Hemoccult fait" une fois qu'il était fait. Ça se voit assez bien dans le dossier. On voit tout de suite. Et les mammographies, pareil. »*

H : « *On a un système au niveau des consultations avec des titres. Ce qui fait que quand on a frottis, on le titre. En fait, on voit assez rapidement tous les deux ans...»*

C : « *J'ai essayé systématiquement, quand je reprends les dossiers au fur et à mesure, de le mettre en évidence. Par exemple pour l'Hemoccult, pour la mammographie. »*

G : « *Sur le dossier papier, parce qu'on a un double dossier, le surlignage c'est quelque chose de génial : ça permet de noter, de surligner et d'avoir des points qui sont mis en valeur. »*

Mais les médecins reconnaissent ne pas avoir de système d'alerte, souvent dû à un manque dans le logiciel du cabinet ou à une mauvaise connaissance des fonctionnalités de ce dernier.

G : « *Ce n'est pas facilement identifiable. Bon, dans le dossier papier, ça je pense que c'est un manque de connaissance du logiciel, nous notre... en tout cas des limites que j'ai personnellement. [...] sur le logiciel, j'ai pas encore trop, la pratique du logiciel si, mais de certaines fonctionnalités non. »*

C : « *Moi, j'ai trouvé, je trouve... j'ai pris ce qu'il y avait il y a un an et demi, mais je trouve que le logiciel est très mal fait pour ça.* »

5.9.1.2. Une distribution de l'Hemoccult II® encadrée

Les médecins ne sont pas contre la délégation de la distribution de l'Hemoccult II® (NDLR: remplacé depuis par un test immunologique) auprès des patients. Il faut que cela reste en lien étroit avec le médecin qui garde la main et peut ainsi faire des rappels à l'ordre auprès des patients. Une information claire sur le test en lui-même ainsi que la suite doit alors être délivrée au patient.

G : « *Il faut en tout cas être capable d'expliquer au patient. Expliquer pourquoi, comment, que ça va pas tout dépister, mais que c'est un plus, etc. Donc je suis partagé par rapport à ça. En tout cas, l'infirmière peut donner les Hemoccult. Il faut que ça soit toujours en lien avec le médecin, c'est clair. Parce que nous, que l'on puisse... "Dites, j'ai toujours pas vos résultats d'Hemoccult", enfin qu'on puisse les rappeler à l'ordre.* »

Cette délégation entraîne également une certaine rigueur dans la distribution, tous les patients n'en relevant pas forcément.

D : « *Elle en a donné un à quelqu'un qui n'était pas concerné. Il y a eu un gag là-dessus. C'était quelqu'un qui avait des antécédents familiaux et qui aurait dû avoir une coloscopie. Après, pourquoi pas. Parce qu'il y a des gens à qui on a oublié d'en parler. Si elle voit que ça n'a pas été fait, j'ai rien contre.* »

5.9.1.3. Le rôle de l'infirmière en synergie avec celui du médecin

Les médecins pensent que tout le monde a un rôle à jouer dans le dépistage des cancers. Celui de l'infirmière peut se réaliser à plusieurs niveaux. Elle pourrait effectuer un travail sur dossier, en amont, pour repérer les patients potentiellement en retard dans les différents dépistages, et ainsi créer des alertes pour le médecin.

G : « *Je pense que ça serait intéressant que l'infirmière, avec ses moyens d'alertes, que je ne gère pas pour l'instant, passe en revue toute la clientèle et nous mette des alarmes "attention, monsieur untel d'après les données que l'on a, il y a eu l'Hemoccult fait à tel moment. Madame untel Hemoccult ou mammographie à tel moment" etc. Bon après, c'est justifié ou c'est pas justifié parce que les patients peuvent être dans le dépistage systématique ou peuvent être en dehors du dépistage systématique parce qu'il y a d'autres facteurs de risques et puis bon, il peut y avoir eu une mammographie à visée dépistage mais individuel, ou surveillance fait 6 mois avant. A ce moment-là, ce n'est plus dans le même cadre. Par contre si l'infirmière nous donne des alertes, ça peut permettre à ce moment-là de, nous, de rajouter une couche. Et de là, voir si le patient l'a pas fait la fois suivante, etc.* »

Sa seconde action devrait se situer durant ses consultations. L'infirmière profiterait d'avoir le patient devant soit pour refaire le point sur les différents dépistages de façon systématique.

E : « *Je pense qu'on a tous un rôle. Est-ce que c'est un rôle... Quand je dis on a tous un rôle, on voit une patiente, "votre mammo, vous en êtes où ?". Alors soit il y a un système d'alerte, soit il faut que ce soit systématique pour tout patient vu par un professionnel. Donc dans le cadre d'ASALEE... je ne sais plus comment c'est articulé dans ASALEE, même si c'est dans le cadre du diabète ou d'autre chose, il faudrait que ce soit systématique.* »

D : « *Je pense que dans le lot, il y en a qu'on oublie. C'est vrai que les gens à hauts risques cardiovasculaires, on a déjà tellement de choses à dire que quelque fois oui, on oublie de dire "tiens au fait, vous avez oublié de faire votre Hemocult". Donc, plus il y a de gens qui regardent le dossier, plus il y a de chances que ça soit rappelé. Ou on leur a remis et puis 6 mois plus tard, il a toujours pas été fait, il est perdu dans un tiroir, il a pas été fait.* »

Dans tous les cas, les médecins souhaitent que cela soit toujours en lien avec eux. En effet, le rôle du médecin reste prépondérant pour le dépistage des cancers et les explications auprès du patient qui en découlent.

A : « *Je reste un petit peu réservée par rapport à ça. Les gens, ils ont besoin de médecin. Le cancer est un truc qui fait paniquer tout le monde. Pour leur dire, pour le donner et tout, le rôle de médecin reste primordial parce que, c'est pas que l'infirmière ne peut pas le faire, mais ces gens, il y a encore notre rôle de médecin qui est là. [...] je m'en rends compte notamment par rapport au cancer du sein chez les femmes, il faut vraiment insister, dire une première fois, le dire une deuxième fois, dire "est-ce que vous avez eu votre convocation pour votre mammographie", "oui je l'ai eue mais je n'ai pas encore pris rendez-vous". "Et bien prenez quand même rendez-vous". "Est-ce que vous pensez que c'est vraiment utile à mon âge". "Oui c'est utile à votre âge". Je crois qu'il faut vraiment ramer pour pouvoir le faire. Autant il y a des femmes qui veulent faire une mammographie tous les 6 mois. Notre rôle c'est insister, expliquer. Et ça reste notre rôle de médecin. Et je crois que les personnes ont, heureusement, ont encore confiance en nous quand on dit quelque chose. Ils finissent par adhérer plus que quand une infirmière le dit.* »

5.9.2. Favoriser les échanges d'expérience

Les médecins aimeraient se réunir de temps en temps pour partager l'expérience ASALEE et améliorer ainsi leur expérience personnelle.

D : « *Maintenant qu'on a un petit peu d'expérience, ça serait bien d'en rediscuter parce que voilà, nous on a bidouillé un peu. On s'est fait un fonctionnement à nous. Alors, elle me dit des fois "ah bah tiens, avec G je fais comme ça, qu'est-ce que tu en penses ?". Donc oui,*

pourquoi pas. Qu'on ait une réunion pour voir comment on fait, pourquoi pas. [...] échanger au niveau départemental au moins. Parce que là, on est sur le même pôle, donc on se connaît et on a déjà un peu échangé dessus. Mais de voir comment font les autres, pourquoi pas. »

Evoquant souvent un problème de temps, ils imaginent ces réunions s'intégrer dans le cadre de la fédération régionale des maisons et pôles de santé qui organiserait un temps d'information et d'échange.

E : « Régionales peut-être. Ça permettrait d'échanger les expériences. Après, est-ce que ça peut se faire aussi dans le cadre de fédération régionale des maisons et pôles de santé ? Le dispositif ASALEE, il est toujours rattaché à un pôle de santé quand même, finalement. C'est pas un médecin isolé qui fait ça avec son infirmière. Par un temps, sur une journée annuelle de la fédération régionale des maisons et pôles de santé. Faire un temps d'informations. Je dis ça parce qu'il n'y a plus assez de soir dans la semaine (rires). Mais oui, sûrement. On fait partie d'un dispositif, tout le monde est dans un cadre, donc il faut le partager ça. C'est des choses que nous inculque G, mais il a raison. Si on partage pas... On le fait, on pense bien le faire, on le fait pas forcément bien. C'est comme ce qu'on fait tous les jours. A un moment donné, il faut échanger. »

Mais ces réunions ne doivent pas concerner uniquement les médecins : elles doivent être pluriprofessionnelles et donc inclure les paramédicaux concernés.

G : « Moi je pense que ce sont des rencontres pluriprofessionnelles, médecins, infirmiers, ça c'est fondamental. Médecins, infirmiers ASALEE, et puis éventuellement infirmiers libéraux, ou podologues s'il y a une prise en charge du diabète. Ou je ne sais pas, BPCO avec les kinésithérapeutes. Mais que ça soit pluriprofessionnel. On est dans le cadre pluriprofessionnel. »

5.9.3. La diversification d'ASALEE

5.9.3.1. De nombreuses idées pour de nouveaux protocoles

Les médecins ont conscience qu'ils n'ont pas encore exploité au maximum les protocoles actuels. Mais certains évoquent déjà des thèmes qu'ils aimeraient voir aborder avec ASALEE.

Ainsi, certains souhaiteraient que l'infirmière ait une formation spécialisée en psychiatrie afin d'aider dans le suivi et proposer une écoute.

A : « Il faut une formation, mais moi j'aurais bien aimé avoir une infirmière psy. Il y a des moments où c'est chronophage et tout ça. Donc c'est vrai que ça aurait... Mais il faut une formation spécialisée pour pouvoir un peu écouter les gens. Même si elle fait son rôle

aussi, c'est aider les gens puisque ça ne se finit pas en faisant une ordonnance. La conclusion c'est quand on prend une ordonnance et qu'on la signe. Moi ça me permettrait un petit peu de temps en temps de souffler par rapport à des situations où c'est un petit peu lourd. »

B : «Après est-ce qu'il y aurait des patients à suivre sur le plan dépressif ? Suicidaire?»

Un des médecins souhaiterait que l'infirmière réalise de l'éducation auprès de la personne âgée dans le cadre de la prévention des chutes. Pour elle, il s'agit du problème le plus important chez la personne âgée.

H : « Ce qui manque ici, moi j'ai d'autres projets, je trouve qu'il y a des manques, plus que la spirométrie pour dépister la BPCO, ce serait à apprendre aux personnes âgées à se relever d'une chute. Il y a plein de choses à faire pour la prévention, dans la marche. Si ASALEE pouvait se développer là-dedans, je m'engouffre. [...] pour moi qui suis spécialiste de la personne âgée, c'est vrai que c'est extrêmement intéressant, le pire c'est la chute. Qu'on fasse déjà la chute, le reste... Tout est toujours relié, mais la chute c'est vraiment les évènements les plus graves. »

Les autres médecins évoquent des thèmes tels que la vaccination, l'addictologie et le dépistage des troubles du langage et du comportement chez l'enfant.

B : « Est-ce que l'éthylisme, ça pourrait être aussi un sujet à aborder ? J'en sais rien. Pourquoi pas ? Parce que c'est quand même... après les drogues, je ne sais pas. Toutes les addictions, on pourrait regrouper seulement les addictions »

C : « Par exemple pour les enfants, toutes les vaccinations, ça c'est ... les vaccinations... et aussi les vaccinations pour les personnes âgées, enfin pour les adultes je veux dire. »

E : « Le problème c'est que nous on n'a pas la patientèle. Par rapport à l'enfance : il y a les troubles du langage, dépister plus les troubles du comportement, des choses comme ça. Peut-être sur l'enfance. »

5.9.3.2. Explorer de nouvelles méthodes de travail

Un médecin souhaiterait, par l'intermédiaire d'ASALEE, réaliser de l'éducation thérapeutique de groupe afin d'informer différemment les patients. Il imagine ainsi des ateliers pratiques organisés localement, au plus près des patients.

G : « Il faudrait qu'on travaille ça avec X, si on peut faire aussi, parce que là on a eu simplement un recrutement individuel, si on peut aussi de temps en temps faire un recrutement, enfin pas un recrutement mais une information collective, mais réellement de l'éducation thérapeutique, carré etc., sur une prise en charge. Voilà, on a 10 personnes,

diabète par exemple, ou telle ou telle autre chose. Et bien on va traiter avec eux, nous et puis d'autres associations, de l'aspect sédentarité ou mouvement pour ces gens-là, ou de l'aspect alimentaire etc. Bon, on a une salle de cours avec un évier, donc un peu de matériel de cuisine, on peut très bien faire des démonstrations et faire des choses pratiques, oui. C'est ça... Que ça soit fait non pas à l'image, que les gens aillent à Limoges, mais que cela soit fait localement avec des gens du cru, ça serait génial quoi. »

Il souhaiterait également qu'ASALEE s'approprie les nouvelles technologies telles la télémédecine. Il souligne qu'ASALEE dans les Deux Sèvres débute là-dessus, et voudrait donc que cela suive en Limousin.

G : « C'est vrai que la télémédecine c'est quelque chose qui est super important, qui commence à se développer avec ASALEE dans les Deux Sèvres. Et bien développer ça, oui c'est ... enfin il y a une place à prendre avant que cela ne devienne la chasse gardée soit de l'hôpital, soit de groupements à visée financière. Ça c'est clair, il faut absolument développer ça. »

5.9.3.3. Une place dans le suivi des sorties d'hospitalisation

Les médecins pensent qu'il est important que la consultation de sortie d'hospitalisation soit réalisée par eux-mêmes et les infirmières libérales qui effectueront éventuellement les soins et les distributions de médicaments.

A : « Ça reste notre rôle pour faire un petit peu la synthèse. Parce que quand quelqu'un sort de l'hôpital, il y a beaucoup de non-dits à l'hôpital. Et donc nous, on est confronté parfois, on a le courrier et on arrive chez la personne et on sait pas ce qu'on lui a dit, ce qu'on lui a pas dit. Donc c'est quand même une... c'est pas de l'expérience mais c'est notre rôle de tamponner parfois des situations, parfois de dire des choses qui n'ont pas été dites, de remettre un traitement parce qu'il y a eu des oublis, parce qu'il y a eu des rajouts. »

D : « Il faut quand même que nous on aille voir. [...] Le médecin et puis l'infirmière. Souvent il y a l'infirmière qui intervient. Sur des choses un peu lourdes, on essaie de se voir. Elle dit "tiens, il est rentré avec ça et ça et ça, est ce que tu peux venir voir, qu'est-ce que tu en penses ?" »

B : « Il y a aussi les infirmières libérales, alors je sais pas trop. [...] ils sortent des fois avec des traitements nouveaux, si on leur prépare leurs médicaments, après s'il y a des pansements, des trucs comme ça, elle nous appelle. »

Mais le suivi post-hospitalisation concernant des pathologies relevant d'ASALEE pourrait tout à fait être effectué par l'infirmière ASALEE. Il s'agirait alors d'un suivi de l'éducation thérapeutique. Le patient hospitalisé ayant reçu de l'éducation thérapeutique au

sein d'un établissement pourrait ainsi poursuivre celle-ci à travers ASALEE et donc la faire fructifier.

G : « *On est en train d'y travailler. Là on est en train de travailler là-dessus, avec Sainte Feyre, avec l'hôpital de Guéret, voir aussi pourquoi pas la clinique de la Marche ou autre. C'est-à-dire il y a des patients qui sont suivis BPCO par exemple, prise en charge par rapport au tabac, ou risque cardiovasculaire, ou diabète ou autre. Donc il y a eu des rencontres de faites déjà. Il y a de l'éducation thérapeutique qui est faite à l'hôpital. Donc les gens vont passer un moment privilégié à l'hôpital, bon Saint Feyre par exemple un réentraînement à l'effort ou de l'éducation thérapeutique. Donc après, il ne faut pas qu'ils soient lâchés dans la nature. Le suivi, ce sera nous. Nous, on a telle prise en charge en éducation thérapeutique, bon ça marche pas, donc on peut finaliser quelque chose avec Sainte Feyre, l'hôpital ou autre. »*

5.9.4. Aller au-delà d'ASALEE

Les médecins apprécient de travailler en équipe avec l'infirmière ASALEE et de pratiquer la délégation de tâches. Ils aimeraient continuer l'expérience en allant au-delà du cahier des charges d'ASALEE.

5.9.4.1. Une volonté de développer la délégation de tâches

Les médecins pensent qu'avec la tendance actuelle et la majoration des déserts médicaux, il faut exploiter au maximum le travail en équipe avec les infirmières et leur faire réaliser beaucoup plus de tâches.

F : « *Il faudrait sortir du mot ASALEE et de temps en temps prendre ASALEE comme exemple, comment faire un peu accepter au monde des médecins, que les infirmières puissent, au même titre que les pompiers, puissent avoir une délégation de tâches, mais sur des protocoles. Il y a des protocoles d'urgences pour les infirmières des pompiers, on y arrive, on a plus de médecins pompiers. Il y a quand même de facto une délégation de tâche qui ne peut qu'alléger les médecins qui veulent bien ouvrir leurs oreilles à ce sujet-là, je veux dire. [...] Donc il faut déléguer à la génération suivante, il faut déléguer aux infirmières. On n'est pas capable de retenir des leçons comme ça, comment va-t-on pouvoir suppléer aux déserts médicaux. Il ne faut pas rêver. [...] c'est le seul exemple concret. Il ne faut pas se mentir. Quand il n'y aura plus de médecins généralistes, comment fera-t-on ? On va saturer les urgences. »*

C : « *C'est un pied qui est introduit dans la structure et je pense que ça ne peut que se développer. Il faut que ça se développe car on ne peut pas continuer, nous on ne peut pas tout assumer, ce n'est pas possible, on ne fait pas du bon travail. Et puis, étant donné qu'on fait une médecine qui est de plus en plus technique, de plus en plus codifiée, il y a tout un*

aspect relationnel. Moi je suis un vieux médecin, donc je l'ai toujours pris en compte, j'ai toujours soigné comme ça mais qui va manquer de toute façon avec le manque de temps, on n'a pas le temps nécessaire pour écouter les gens, etc. [...] on a besoin, tous les cabinets médicaux, d'une super infirmière. De toute façon, les infirmières, leur rôle à mon avis n'est pas suffisamment reconnu, elles doivent avoir plus de choses à faire, elles devront prendre en charge mieux. Elles le font mais ce n'est pas reconnu, elles le font. Et soulager le médecin dans un certain nombre de tâches, ça c'est sûr, qu'elles doivent prendre en charge, qui sont plus de leurs ressorts.»

L'infirmière pourrait dès lors faciliter le travail du médecin en consultation en l'assistant et donc faire gagner du temps précieux pour les patients.

G : « Après, c'est en dehors d'ASALEE, avoir avec nous un peu la méthode anglaise : une infirmière qui travaille avec nous, qui déjà nous mâche un peu le travail, bon voilà elle prend la tension, elle fait une bandelette urinaire, elle prend la température, elle fait l'électrocardiogramme, elle va faire tel ou tel test, spirométrie ou autre. Ça peut nous faciliter le travail, nous faire avancer, et que nous... Enfin c'est intéressant de faire aussi ce genre de chose, mais c'est, ça prend beaucoup de temps. Donc si on peut grâce à ça, dégager un peu de temps médical, de synthèse ou autre, ça peut être intéressant. Mais c'est en dehors du cadre ASALEE ça. »

5.9.4.2. Garder une certaine autonomie vis-à-vis d'ASALEE

Les médecins pensent que les professionnels de santé doivent garder une certaine autonomie par rapport à ASALEE, et donc pouvoir participer et s'investir dans d'autres choses tout en faisant profiter de leur expérience acquise avec ASALEE.

E : « Alors l'éducation thérapeutique est mise à toutes les sauces. Sauf que on touche les mêmes professionnels tout le temps. Le problème, moi j'ai vu Z à La Rochelle aux journées nationales de la fédération des maisons et pôles de santé, nos infirmières se sentent un tout petit peu cadenassées quoi. Et... c'est pas qu'elles ont envie d'aller voir ailleurs, c'est que on peut pas nous exclure des fois... de propositions... voilà, parce que on a un cahier des charges avec prévention et éducation thérapeutique. Et est-ce que ASALEE doit être la seule réponse à ça ? Je suis pas certain. J'ai bien compris qu'il fallait d'abord bien implanter ASALEE et qu'à partir de ce moment-là, oui nos infirmières elles peuvent participer à telle ou telle chose, pas en tant qu'infirmière ASALEE forcément, mais donner du temps qu'elles ont en plus. Pour le moment c'est un peu ce qui gêne un peu les infirmières. [...] celles qui ont bien voulu faire ASALEE sont forcément celles qui sont disponibles pour d'autres choses parce que c'est dans leur esprit. Alors mobiliser à chaque fois des gens différents, c'est compliqué. Parce que ceux qui n'ont pas voulu au départ, voudront pas plus.

Il en va de même des médecins. [...] Nous, après le problème, on en revient peut être à ce qu'on disait "est ce qu'il y a d'autres dispositifs d'éducation thérapeutique". Jusqu'où on peut un peu participer aux autres dispositifs sans nuire à ASALEE, sans qu'on se nuise nous même à travers le dispositif ASALEE. [...] Je pense qu'il faut effectivement bien asseoir ASALEE, mais il faut aussi qu'on ne soit pas prisonnier, qu'il n'y ait pas de monopole et d'exclusivité, et qu'on puisse aussi s'ouvrir sur d'autres, sans dire dispositif, d'autres journées d'informations. Des choses comme ça. »

F : « Qu'il n'y ait pas trop de séparation entre ASALEE et les choses qui ne dépendent pas d'ASALEE. C'est-à-dire ASALEE, comme il y a les facteurs de risques et tout ça, peut être une aide à la prise de conscience des réunions d'éducation thérapeutique qui sont pas forcément mandatées par ASALEE. Ça peut être un interlocuteur... enfin avec l'infirmière ASALEE, qui justement en tant qu'infirmière ASALEE peut participer à une réunion qui n'a pas été mandatée par ASALEE. »

5.9.5. Une confiance en l'avenir

Les médecins sont confiants en l'avenir et dans la viabilité d'ASALEE dans leur cabinet. Ils savent que pour faire perdurer l'efficacité d'ASALEE, ils doivent rester mobilisés et motivés, tout comme l'infirmière.

A : « Au niveau du cabinet. La viabilité moi je dis que c'est viable, mais à une condition: on adhère. Qu'on reste un petit peu mobilisé. On reste mobilisé comme au premier jour où on délègue un petit peu et tant qu'il y a une coordination, c'est-à-dire elle travaille pas toute seule, parce que c'est nos patients, et qu'elle nous donne des comptes rendus et qu'elle travaille pas dans son coin. »

D : « Moi je pense que ça peut, en élargissant sur plusieurs thèmes, oui, oui. Mais il y a du boulot encore. Mais c'est vrai que ça demande aussi un effort de notre part. »

E : « Nous, on a encore plein de choses à développer. Donc l'avenir c'est qu'on se donne bien les moyens et le temps de vraiment être dans le cadre complet du dispositif ASALEE. J'ai bien conscience que pour le moment c'est pas parfait. Donc à court terme, ça peut que progresser, ça ne demande qu'à progresser. Moi, je pense que ça peut être pérenne. »

F : « Disons qu'il est personne dépendante. Il faut que les infirmières soient motivées car ça leur prend du temps, il est personne dépendante. Donc sur sa pérennité, ça va dépendre beaucoup de la gratification ressentie par les infirmières. Nous médecins, on est "intermédiaires". On a d'autres investissements en temps, donc on ne peut pas apporter trop de temps. Mais vis-à-vis des patients, on essaie de leur faire bénéficier de cette plus-value. »

Pour un médecin, cette implication va même jusqu'à l'envie de participer aux assemblées générales d'ASALEE afin d'être un peu plus acteur dans le dispositif.

G : « Personnellement moi je dirais... il faut que j'arrive à dégager du temps, ce qui n'est pas facile, pour pouvoir prendre ça plus en charge. Et donc moi, ce que je souhaite aussi, je n'ai jamais été aux assemblées générales d'ASALEE, je souhaite aller aux assemblées générales pour écouter puis être un peu force de proposition par rapport à ça. De critique ou de proposition. »

5.9.6. Synthèse

- **L'infirmière ASALEE pourrait avoir une action synergique à celle du médecin pour systématiquement vérifier les dépistages cancer.**
- **Des réunions pluriprofessionnelles ou dans le cadre de la fédération régionale des maisons et pôles de santé sont nécessaires pour améliorer l'utilisation du dispositif.**
- **Les médecins aimeraient d'autres protocoles comme le suivi psychiatrique, la prévention des chutes, l'addiction, les vaccinations et le dépistage des troubles du langage chez l'enfant.**
- **ASALEE devrait expérimenter l'éducation thérapeutique de groupe et trouver sa place dans le suivi de l'éducation thérapeutique post-hospitalisation.**
- **La délégation de tâches devrait aller au-delà du cadre d'ASALEE afin de répondre aux problématiques de santé actuelles.**
- **La mobilisation et la motivation des acteurs assurent l'avenir d'ASALEE au cabinet.**

6. Discussion

6.1. Méthodologie

6.1.1. Pertinence

Il y a très peu d'études sur le thème d'ASALEE. La revue de la littérature sur ASALEE a permis de retrouver les différentes études citées précédemment et permettant de retracer l'histoire d'ASALEE décrite dans la deuxième partie. Celles-ci ont été réalisées dans le but de vérifier l'efficacité du dispositif et d'en définir ses bases. Elles sont pour la plupart quantitatives et traitent de l'évaluation médico-économique. Depuis cette sortie du cadre expérimental en juin 2012, aucune étude traitant d'ASALEE n'a été réalisée.

L'étude présentement réalisée prend ainsi tout son sens. La décision de lui donner l'orientation d'une étude qualitative accentue également son intérêt : la vision qualitative a été très peu utilisée pour ASALEE et les médecins du dispositif n'ont pu que très peu s'exprimer sur le sujet.

ASALEE est autorisé dans le Limousin depuis plus de deux ans maintenant. Or, celui-ci est toujours vierge de toute étude à ce jour. Les médecins, rencontrés lors des différents entretiens réalisés, sont tous des médecins passionnés et engagés. Ils ont tous mentionné la volonté d'être informés des résultats.

6.1.2. Présentation

J'illustre les résultats de l'analyse par les verbatim s'y rapportant. Les propos des médecins sont ainsi retranscrits en italique afin de les faire ressortir de l'analyse elle-même.

Pour plus de clarté, une synthèse est rédigée en gras à la fin de chaque thème, reprenant les idées majeures de l'analyse. Elles sont ainsi plus facilement assimilables par le lecteur.

6.1.3. Limites de l'étude

6.1.3.1. Biais d'analyse

L'analyse réalisée dans cette étude est une analyse simple. Une seule et même personne réalise les entretiens, la retranscription et l'interprétation des résultats, ceci étant dû à un manque de moyen humain.

Etant le seul intervenant, il se peut que j'introduise inconsciemment un biais d'interprétation. Pour le minimiser au maximum, j'essaie tout au long de l'étude de demeurer le plus impartial possible.

6.1.3.2. Biais de questionnement

Le guide d'entretien réalisé n'a pas pu être testé. En effet, l'effectif de la population concernée est très faible. Tous les membres sont donc utilisés pour pouvoir incorporer les

résultats de l'étude. Malgré tout le soin apporté et les différentes corrections avant utilisation, il se peut que le guide d'entretien possède des lacunes.

Il s'agit, pour moi, de ma toute première étude réalisée et je reste donc débutant dans la réalisation d'entretien en face à face. Il se peut que je manque parfois de spontanéité pour rebondir sur telle ou telle chose. Malgré tout, j'ai senti au fur et à mesure des entretiens une amélioration sur ma façon de conduire ceux-ci.

6.1.3.3. Biais de sélection

Pour éviter tout biais de sélection, l'intégralité des médecins du dispositif ASALEE du Limousin sont conviés à participer à l'étude. Deux médecins ne sont pas inclus dans l'étude, ces derniers n'ayant pas encore commencé ASALEE au cabinet.

Deux médecins ont refusé de participer à l'étude. Il reste donc une population de huit médecins. Je décide d'inclure dans les participants mon directeur de thèse : il fait partie des médecins pionniers et les plus impliqués dans ASALEE Limousin. Se passer de son avis ferait probablement perdre en qualité les résultats de cette étude et diminuerait encore le nombre de participants d'une unité.

6.2. Population

Le profil type du médecin du dispositif ASALEE en Limousin est un médecin dans la cinquantaine exerçant en milieu rural en Creuse. Il exerce en cabinet de groupe.

Les derniers chiffres de janvier 2015 [36] en Limousin montrent un effectif total de médecins généralistes de 1 151 avec la répartition suivante : 655 en Haute Vienne, 335 en Corrèze et 161 en Creuse. La population étudiée se trouve exclusivement en Creuse. Cette répartition vient du fait qu'ASALEE est autorisée depuis peu en Limousin. Son caractère encore confidentiel nécessite son installation par des médecins qui en prennent connaissance. Pour le moment, seuls des médecins de Creuse en ont entendu parler et ont fait la démarche d'y adhérer. Nul doute qu'avec son extension en Creuse, des médecins de Corrèze et de Haute-Vienne rejoindront le dispositif à l'avenir.

Dans le département de la Creuse, la moyenne d'âge est de 54 ans. La répartition est de 96 hommes pour 65 femmes. Si l'âge de la population étudiée correspond, la proportion homme-femme est par contre inversée.

Il n'y a aucun médecin exerçant en milieu urbain. Seuls les médecins du milieu rural semblent attirés par le dispositif.

6.3. Analyse des résultats

Pour pouvoir discuter des résultats obtenus dans ce travail, on ne retrouve dans la littérature qu'une seule étude réalisée sur ASALEE. Il s'agit de la thèse d'exercice d'Aurélien

PRATO [37]. Il a réalisé en 2011 une étude qualitative du dispositif ASALEE dans les Vosges deux ans après son apparition. Il a ainsi réalisé un Focus Group d'une durée d'une heure et trente-sept minutes avec huit médecins.

La durée de présence du dispositif ASALEE dans la région et le nombre de médecins inclus dans l'étude sont donc comparables. Les études sont toutes les deux qualitatives même si la méthode reste différente.

La différence fondamentale est son ancienneté, ASALEE étant à l'époque encore dans son cadre expérimental.

Les résultats de l'époque peuvent ainsi être mis en parallèle avec ceux retrouvés ce jour.

6.3.1. Motivations

6.3.1.1. ETP

L'éducation thérapeutique du patient est peu et mal pratiquée par les médecins. Ceci s'explique par un manque de temps et un déficit de compétences. Les médecins adhèrent pour améliorer l'efficacité auprès du patient et se libérer du temps.

L'approche en 2011 était légèrement différente. Les médecins s'étaient déjà intéressés à l'ETP et avaient déjà eu quelques expériences d'ETP avant d'intégrer ASALEE. Ils cherchaient donc à inclure l'ETP à leur cabinet. La délégation de tâches avait suivi avec leur adhésion à ASALEE. Mais le but restait le même : améliorer la prise en charge des patients. Ils désiraient également se libérer du temps pour pouvoir en faire profiter au patient.

6.3.1.2. Découragement

Un sentiment de découragement gagne les médecins lorsqu'il faut insister et persévérer dans cette éducation thérapeutique.

Un sentiment similaire existait en 2011. Une démotivation apparaissait avec le temps vis-à-vis de leur patient. L'arrivée d'une tierce personne permettait alors de relancer le processus que les médecins avaient abandonné.

6.3.1.3. Innovation

La pluriprofessionnalité et la notion de délégation de tâches attirent les médecins qui pensent que le travail de l'infirmière peut être mieux utilisé.

Cet attrait pour l'innovation était déjà présent à l'époque. L'aspect novateur de cette pratique quotidienne ainsi que l'aide professionnelle avait séduit les médecins.

6.3.1.4. Motivation individuelle

La mise en place du dispositif nécessite une motivation supplémentaire de la part de quelques médecins qui entraînent les autres dans leur sillage. La mobilisation et la motivation des acteurs assurent l'avenir d'ASALEE au cabinet.

Cela n'a pas changé. A l'époque déjà, les médecins se cataloguaient en deux groupes : moteur/suiveur. Une fois le dispositif installé, ils savaient qu'une motivation constante était nécessaire de la part de tous les acteurs. Ils évoquaient d'ailleurs l'échec d'une implantation locale sur un cabinet de groupe où tous ne partageaient pas la même motivation.

6.3.2. Quotidien

6.3.2.1. Amélioration des pratiques

Avec l'arrivée d'ASALEE, les médecins améliorent leurs pratiques. Le travail avec l'infirmière permet d'améliorer les pratiques.

Cette amélioration était déjà de mise en 2011. Les médecins évoquaient des dossiers mieux remplis et harmonisés, car ils les savaient partagés. Ils prenaient également les remarques de l'infirmière de façon positive et constructive afin d'améliorer leur pratique.

Ils évoquaient un frein possible chez certains médecins de travailler avec un œil extérieur sur leur travail. Ce sentiment semble avoir disparu aujourd'hui, les médecins ne ressentant pas cette présence d'une tierce personne comme un frein.

6.3.2.2. La délégation de tâches

La délégation de la réalisation des automesures tensionnelles n'est pas un réflexe pour tous. Elle permet d'améliorer les prescriptions, de rassurer le patient et de réaliser des économies de santé.

En 2011, les médecins appréciaient la délégation de tâches mais parfois continuaient également à effectuer eux-mêmes les tâches. Cette délégation permettait d'améliorer le service médical rendu.

6.3.2.3. Ressenti des infirmières libérales

Les infirmières libérales sont largement informées à travers les réunions de secteur, mais elles acceptent et comprennent parfois mal la venue d'ASALEE.

Ce sentiment n'est pas nouveau. Il existait en 2011 une sensation d'être en concurrence avec l'infirmière ASALEE, que celle-ci venait leur prendre une partie de leur travail.

6.3.2.4. Le patient ASALEE

Les refus de participer à ASALEE ne sont pas majoritaires. Les refus des patients sont secondaires à un épuisement et à un déni de la maladie. Devant ces refus, les médecins sont partagés entre insister ou non. Il existe un essoufflement chez une partie des patients.

En 2011, les refus étaient beaucoup plus nombreux. Les médecins évoquaient neuf patients sur dix refusant ASALEE. La principale cause était une routine difficile à mettre à mal chez ces patients.

Si on note donc une nette amélioration sur le recrutement des patients, l'essoufflement était déjà de mise après quelques consultations.

Une des problématiques à l'époque était le manque d'information d'ASALEE auprès du patient. Celle-ci était délivrée uniquement en consultation par les médecins. Ces derniers pensaient que ce n'était pas suffisant. La solution réalisée aujourd'hui est l'information du patient par affiche qui n'est pas encore systématique, mais qui reste un bon moyen d'information et d'introduction d'ASALEE.

6.3.3. Organisation

6.3.3.1. Coût de fonctionnement

Les médecins n'ont pas d'aménagement nécessaire à réaliser pour l'accueil de l'infirmière ASALEE. ASALEE apporte son aide financière pour tout achat de matériel. En acquérant un certain état d'esprit, le temps de réflexion ASALEE est noyé dans la consultation.

Ça n'a pas toujours été le cas. Les médecins reconnaissaient volontiers que l'accueil de l'infirmière ASALEE leur coûtait sur le plan financier, mais également en temps de travail personnel.

L'évolution semble avoir été dans le bon sens. Les frais inhérents à ASALEE sont désormais pris en charge et le médecin n'a pratiquement aucune dépense à effectuer. Une fois le dispositif mis en place, le temps d'investissement est négligeable et ASALEE aboutit à un de ses objectifs : faire gagner du temps.

6.3.3.2. L'infirmière ASALEE

Les médecins sont satisfaits du travail de l'infirmière. Malgré de bonnes bases, l'infirmière doit continuer à se former. Les débriefings réalisés avec l'infirmière sont informels, irréguliers et variables en durée.

Il y a eu là-dessus des améliorations notables. Les médecins jugeaient la formation de l'infirmière pas assez approfondie. De plus, ils ne se dégageaient pas de temps pour réaliser

des débriefings avec l'infirmière. Les seuls échanges avec l'infirmière étaient effectués par l'interne en médecine générale en stage chez ces médecins.

Depuis, l'infirmière est mieux formée et préparée. Des temps, rémunérés, sont également instaurés pour créer un échange entre le médecin et l'infirmière.

6.3.4. Vision globale

6.3.4.1. Satisfaction

Les médecins du dispositif sont pleinement satisfaits, notamment en intégrant de la pluriprofessionnalité et de la santé publique à leur pratique.

Cette satisfaction a toujours été de mise. Même en 2011, où les problèmes organisationnels, de coûts et de financement étaient présents, les médecins étaient tous unanimes sur leur satisfaction vis-à-vis d'ASALEE, en soulignant que la pluriprofessionnalité ouvrait la voie sur leur pratique médicale future.

6.3.4.2. Viabilité

La mobilisation et la motivation des acteurs assurent l'avenir d'ASALEE au cabinet. Les médecins ne voient pas d'autres obstacles pour rendre pérenne ASALEE.

En 2011, les soucis sur l'avenir étaient tout autres. Les financements, alors incertains, rendaient difficile à vivre une projection à moyen terme.

Depuis, le financement est effectué par la CNAM dans le cadre des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et celui-ci a été renouvelé pour 2015, permettant ainsi d'éloigner la problématique du financement.

6.3.5. Thèmes non abordés

Si cette étude de 2011 abordait pour la première fois l'aspect qualitatif d'ASALEE, de nombreux thèmes n'avaient pas été abordés à l'époque.

Ce présent travail permet donc d'instaurer une référence et une base de travail pour d'éventuels travaux futurs, ces thèmes-là n'ayant alors jamais été abordés. Ils concernent, notamment, la vision des médecins sur l'éducation thérapeutique du patient, l'organisation d'ASALEE au cabinet, l'utilisation des protocoles ASALEE et des projections futures sur ASALEE.

6.3.6. Evolution en quatre années

Sur les différents thèmes déjà abordés en 2011, on note ainsi certaines évolutions notables :

- Amélioration du recrutement des patients.

- Meilleure diffusion de l'information ASALEE auprès des patients, notamment grâce aux affiches dans le cabinet.
- Disparition des freins à travailler avec l'infirmière (regard extérieur).
- Une infirmière mieux formée et préparée.
- Des temps de débriefing rémunérés.
- Disparition des coûts en argent et en temps.
- Un financement pérenne par la CNAM.

6.4. Perspectives et pistes d'approfondissement

6.4.1. Elargir la délégation de tâches

Les médecins proposent plusieurs pistes afin d'améliorer le dispositif ASALEE dans le futur. Mais ils soulignent également l'importance de la délégation de tâches qui devrait aller au-delà d'ASALEE. Ils voient ainsi une évolution inéluctable de leur pratique quotidienne afin de répondre aux problèmes de santé actuels, avec en première ligne la pénurie de médecins notamment en milieu rural.

C'est donc peut-être une des voies à emprunter pour palier à la pénurie de médecins.

Une étude réalisée par la DREES en février 2014 [38] permet de mettre en évidence l'opinion des médecins sur cette délégation de tâches. L'étude a débuté en juin 2010 sur un échantillon national de 1 136 médecins avec la réalisation d'une enquête par semestre pendant 3 ans. L'objectif est de connaître l'avis des médecins généralistes sur le paiement à la performance et sur la coopération entre médecin et infirmière en ville.

L'étude met en avant le faible développement de la délégation de tâches en France. Alors que celle-ci est plus développée à l'étranger, une des explications vient du fait que la France possède une culture de paiement à l'acte de ses libéraux, alors qu'à l'étranger un paiement forfaitaire permet de mettre en place la délégation de tâches.

Ainsi, si on se place dans l'hypothèse du principe d'ASALEE, c'est-à-dire une infirmière déléguée dont la rémunération est entièrement prise en charge par la CNAM, 60% des médecins seraient alors favorables à déléguer des tâches à une infirmière dans leur cabinet. Il est à noter que le taux chute de façon importante si le médecin doit participer à la rémunération de l'infirmière.

L'étude évoque les difficultés envisagées par les médecins pour cette délégation de tâches. La difficulté pour trouver une infirmière disponible arrive en tête avec 66%. La responsabilité légale inquiète les médecins à 58%. La moitié avoue que la configuration de leur cabinet ne leur permettrait pas.

Les tâches possiblement à déléguer sont diverses avec par ordre de préférence : l'ETP diabétique et asthmatique (90%), la nutrition (87%), la surveillance de tension artérielle (87%), le sevrage tabagique (82%), la vaccination (73%), le test de diagnostic rapide au cabinet (72%), l'anamnèse des habitudes de vie (68%), les tâches administratives (65%), des gestes techniques (ECG, sutures, ...) (65%), retracer l'histoire professionnelle (61%).

Les médecins en France semblent donc prêts à la délégation de tâches, sous condition d'avoir l'infirmière à leur cabinet et que sa rémunération soit prise en charge à 100%.

6.4.2. Ouverture

Ce travail met en avant les attitudes et les sentiments des médecins du dispositif ASALEE.

Un autre angle d'étude serait de s'intéresser au point de vue des infirmières ASALEE ainsi qu'à celui des patients inclus dans le dispositif ASALEE. De telles études sont absentes de la littérature et permettraient de compléter les résultats retrouvés dans ce travail.

La quantité de travail étant importante, cela nécessiterait probablement deux études distinctes.

6.4.3. Etude DAPHNEE

Alors que cette étude se termine, l'IRDES vient de débuter fin juin 2015, une vaste étude sur ASALEE : l'étude DAPHNEE [39]. Cette étude est une évaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières ASALEE.

Cette évaluation d'ASALEE a été demandée par la Direction de la sécurité sociale du ministère de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Le but de l'étude est de *« préciser l'opportunité et les conditions d'une pérennisation et/ou d'une généralisation du protocole de coopération ASALEE. C'est pourquoi l'évaluation a pour objectif d'apporter un éclairage sur les gains d'efficience consécutifs, à la fois, de la substitution des médecins généralistes par les infirmier(ère)s en matière de dépistage, de suivi et de réalisation d'actes dérogatoires, mais aussi de la complémentarité en matière d'éducation thérapeutique. »*

Cette étude comporte plusieurs phases distinctes avec réalisation d'une évaluation quantitative et d'une évaluation qualitative sur le plan national.

L'étude en est à son commencement. Le rapport final est prévu fin 2016. Nous espérons que celui-ci permettra de confirmer les résultats retrouvés dans ce présent travail, et qu'il le complétera en abordant d'autres angles d'approche.

Conclusion

En partant du constat grandissant que la demande en soins augmente alors que la population médicale diminue, le Docteur GAUTIER Jean a cette idée de créer un dispositif pour améliorer la qualité des services rendus aux patients et développer les activités de santé.

En s'inspirant des expériences étrangères, il développe une coopération entre médecins et infirmières, avec le patient au cœur de ce partenariat. Par dérogation, l'infirmière augmente son panel d'actions et peut pleinement intégrer un travail d'équipe avec le médecin.

En dix années d'existence, le dispositif ASALEE est passé d'une expérimentation locale dans les Deux-Sèvres, à un dispositif national encadré juridiquement et encouragé par l'Etat et son financement.

S'appuyant sur la formation d'infirmières aguerries, le dispositif ASALEE encadre, grâce à ses protocoles validés par la HAS, le dépistage et le suivi de pathologies chroniques : diabète, BPCO, risque cardio-vasculaire et troubles cognitifs.

ASALEE reste le seul protocole de coopération en médecine générale, et en fait donc une des réponses actuelles à la pénurie médicale.

Chaque année, le nombre de site ne cesse d'augmenter. L'Etat et ses différents ministres de la santé, sur les dix dernières années, n'ont cessé d'encourager le dispositif. Ainsi, Madame TOURAINE Marisol, actuelle ministre de la Santé, publiait un article en mars 2014 dans le « *Lancet* » et affirmait sa volonté d'étendre le dispositif encore plus largement et rapidement [40].

Autorisé depuis juin 2013 en Limousin, le dispositif y compte encore peu de médecins : une douzaine. Ce sont des médecins engagés et passionnés qui exercent dans le milieu rural creusois. Après un peu moins de deux années d'expérience, ils nous livrent leurs sentiments et attitudes vis-à-vis du dispositif. Tous adhèrent entièrement au dispositif et croient en l'avenir d'ASALEE.

Alors que certains ont porté le projet pour le développer en Limousin, tous soulignent la motivation première d'améliorer la santé du patient tout en s'engouffrant dans la voie de l'innovation. Si certains thèmes restent à améliorer, ils n'évoquent aucune contrainte à l'adhésion. En prenant quelques largesses face au cahier des charges, ils pensent ainsi utiliser au mieux l'outil ASALEE pour le patient.

Il reste toutefois à permettre l'expansion régionale du dispositif qui reste toujours trop confidentiel. Mais tous les indicateurs sont plutôt en faveur de sa pérennisation et de son expansion, les médecins anticipant déjà sur l'avenir et l'évolution du dispositif.

L'étude DAPHNEE, récemment amorcée par l'IRDES, apportera sûrement des réponses et des confirmations à tout ce que ce travail a pu soulever.

Ainsi, la réussite d'ASALEE encourage les médecins à réfléchir à une délégation de tâches plus large afin d'améliorer la qualité des soins et la prise en charge des patients dans une problématique de Santé et pas simplement de soins. Il s'agit là de participer à une redéfinition des rôles des intervenants médicaux et paramédicaux pour une meilleure efficacité et utilisation des compétences dans un contexte de pénurie de médecins généralistes.

Références bibliographiques

- [1] CALMETTE P. Arrêté n° ARS 2013-262 portant autorisation du protocole de coopération ASALEE concernant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers DE (délégués) validés par des médecins (délégants). 5 juin 2013 .
- [2] WALLACH D. Numerus clausus : Pourquoi la France va manquer de médecins. Paris : Springer Verlag France, 2011, 289 p. ISBN : 978-2-8178-0205-3 .
- [3] Groupe de la Banque mondiale. Données France. [En ligne]. In : Groupe Banq. Mond. Disponible sur : < <http://www.banquemonde.org/> > (consulté le 20 janvier 2015) .
- [4] RICCI P., BLOTIÈRE P.-O., WEILL A., et al. « Diabète traité: quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France. » Bull Epidemiol Hebd, 2010, Vol. 42, n°43, p. 425–431 .
- [5] LOBO A., LAUNER L. J., FRATIGLIONI L., et al. « Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. » Neurology, 2000, Vol. 54, n°11 Suppl 5, p. S4 -S9
- [6] GRAHAM J. E., ROCKWOOD K., BEATTIE B. L., et al. « Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. » The Lancet, juin 1997, Vol. 349, n°9068, p. 1793-1796 .
- [7] FUHRMAN C., DELMAS M.-C. « Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. » Rev. Mal. Respir., février 2010, Vol. 27, n°2, p. 160-168
- [8] ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. » Etudes et résultats, DREES, février 2009, n°679 .
- [9] MATHERS C. D., LONCAR D. « Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. » PLOS Medicine, novembre 2006, Vol. 3, n°11, p. e442 .
- [10] SHAW J. E., SICREE R. A., ZIMMET P. Z. « Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. » Diabetes Res. Clin. Pract., janvier 2010, Vol. 87, n°1, p. 4-14
- [11] Code de la santé publique - Article L4011-1 .
- [12] Code de la santé publique - Article L4011-2 .

- [13]COYE RD, HANSEN MF. « The “doctor’s assistant”: A survey of physicians’ expectations ». JAMA, 28 juillet 1969. Vol. 209, n°4, p. 529-533. .
- [14]GLENN J. K., GOLDMAN J. « Task delegation to physician extenders--some comparisons. » Am. J. Public Health., janvier 1976, Vol. 66, n°1, p. 64-66 .
- [15]HAMRIC A. B., HANSON C. M., TRACY M. F., et al. Advanced practice nursing: an integrative approach. St. Louis, Missouri, Etats-Unis : Elsevier/Saunders, 2014. ISBN : 978-1-4557-3980-6 .
- [16]MIDY F. Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires: Revue de la littérature 1970-2002. Paris, France : CREDES, 2003, 42 p .
- [17]BERLAND Y. Mission « démographie des professions de santé ». Paris, France : Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, 2002, 113 p .
- [18]BERLAND Y. Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences. Paris, France : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, octobre 2003, 58 p .
- [19]BOURGUEIL Y. Rapport d’étude sur les conditions d’experimentation et de faisabilité de la délégation de taches en cabinet de medecins de groupe dans la région Poitou Charentes. France : URML de la région Poitou Charentes, 2003 .
- [20]Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l’exercice de la profession d’infirmier .
- [21]DELEAU-BOUGES E. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en médecine générale: installation d’infirmières dédiées à la santé publique dans des cabinets de médecine générale sur le mode de la délégation de tâches. Thèse d’exercice en médecine. Poitiers, France : Université de Poitiers, 2005, 83 p .
- [22]DANIELLOU F., PETIT J. ASALEE, c’est du travail. Une contribution à l’évaluation de l’expérimentation par l’analyse des pratiques. France : Ecole Nationale Supérieure de Cognitive - Institut Polytechnique de Bordeaux, 2007 .
- [23]BOURGUEIL Y., LE FUR P., MOUSQUÈS J., et al. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques: évaluation médico-économique de l’expérimentation ASALEE. Paris, France : IRDES, 2008, 113 p ISBN : 978-2-87812-348-7.
- [24]DE KERVASDOUÉ J. Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral. Analyse économique du dispositif ASALEE. Paris, France :

CNAM, 2010 .

[25] Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. .

[26] Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. .

[27] HAS, ONDPS. Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Recommandation HAS, avril 2008, 61 p .

[28] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009 .

[29] Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé. .

[30] HAROUSSEAU J.-L. Avis n°2012.0006/AC/SEVAM du 22 mars 2012 du Collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération n°010 « ASALEE: travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné ». 22 mars 2012 .

[31] BLANC F.-E. Arrêté n°2012/000623 en date du 18 juin 2012 portant autorisation du protocole ASALEE concernant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers DE (délégués) validés par des médecins (délégants). 18 juin 2012 .

[32] HAS, INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique HAS, juin 2007, 112 p .

[33] HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandations HAS, décembre 2011, 49 p .

[34] ARS. Module 3: "Coopération entre professionnels de santé". [En ligne]. In: ARS Disponible sur : < <http://www.ars.sante.fr/Module-3-Cooperation-entre.104339.0.html> > (consulté le 11 février 2015) .

[35] AUBIN-AUGER I., MERCIER A., BAUMANN L., et al. « Introduction à la recherche qualitative. » Exercer, 2008, Vol. 84, n°19, p. 142-5 .

[36] Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2015. 2015, 322 p .

- [37] PRATO A. Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de ASALEE Vosges par la méthode des Focus Group après deux ans d'expérience. Thèse d'exercice de médecine. Nancy, France : Université de Nancy, 2011, 129 p .
- [38] MASSIN S., PARAPONARIS A., BERNHARD M., et al. « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. » DREES, 2014
- [39] IRDES. DAPHNEE. [En ligne]. In: IRDES. Disponible sur :
< <http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/actualites.html> > .
- [40] TOURAINE M. « Health inequalities and France's national health strategy. » The Lancet, mars 2014, Vol. 383, n°9923, p. 1101-1102. .

Table des annexes

Annexe 1. Courrier adressé aux médecins ASALEE	111
Annexe 2. Guide d'entretien	112

Annexe 1. Courrier adressé aux médecins ASALEE

Au Palais sur Vienne, le 01 mars 2015

Objet : Proposition pour participer à la réalisation d'une thèse en médecine générale

Madame, Monsieur,

Je suis interne en Médecine Générale à la Faculté de Limoges. Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon projet de thèse. Je travaille sur le dispositif ASALEE, et mon sujet de thèse porte sur les attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE dans le Limousin. Mon directeur de thèse est le Docteur LANDOS Claude, médecin généraliste exerçant à la Celle-Dunoise.

Peu de travaux existent sur le sujet, et le Limousin est vierge de toute étude à ce jour. Le but de cette thèse est d'effectuer un état des lieux et d'évaluer qualitativement le dispositif ASALEE dans le Limousin. J'ai obtenu votre nom auprès de l'ARS parmi la liste exhaustive des médecins participants au dispositif ASALEE dans le Limousin.

L'étude prend la forme d'une enquête d'opinion. Il s'agit donc d'un entretien individuel dont la durée estimée est d'environ 45 minutes à 1 heure. Celui-ci sera enregistré afin de me permettre d'en effectuer une retranscription et une analyse complète. L'entretien et l'intégralité de vos réponses resteront anonymes.

Je vous serais extrêmement reconnaissant d'accepter de me consacrer un peu de votre temps.

Je vous contacterai prochainement par téléphone afin de convenir avec vous d'une date, d'un horaire et d'un lieu de rencontre, et de répondre à toute interrogation éventuelle.

En vous remerciant d'avance pour votre investissement, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

Romain PY

Annexe 2. Guide d'entretien

Guide d'entretien

Pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, je réalise une thèse sur les attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE en Limousin au travers d'une enquête d'opinion.

Dans le cadre de cette enquête d'opinion, l'intégralité de vos réponses restera anonyme. L'entretien sera enregistré afin de me permettre d'effectuer une retranscription complète de celui-ci. L'entretien comporte une succession de questions ouvertes et fermées.

Quelques questions à visée épidémiologique :

Quel est votre âge ? Sexe ?

Dans quel milieu exercez-vous (rural, semi-rural ou urbain) ?

Depuis combien d'années êtes-vous installé ? dans ce cabinet ?

Exercez-vous seul ou en cabinet de groupe ?

Quand avez-vous intégré le dispositif ASALEE ?

Combien de jours par semaine l'infirmière ASALEE est-elle présente au cabinet ?

Avec combien de médecin partagez-vous l'infirmière ASALEE ?

Préambule à ASALEE :

Donnez-vous des conseils aux patients ?

Pratiquez-vous l'éducation thérapeutique ou préférez-vous la déléguer ? *Pourquoi ?*

Connaissez-vous des associations, établissements... qui pratiquent l'éducation thérapeutique du patient ? Sont-ils disponibles facilement ? *Est-ce que vous coopérez avec eux ? Pourquoi ?*

Comment avez-vous entendu parler d'ASALEE ?

Quelles ont été vos motivations pour intégrer le dispositif ASALEE ?

Quel a été votre degré d'investissement initial ? *moteur, suiveur ?*

Organisation logistique et pratique d'ASALEE au cabinet :

Quels sont les aménagements logistiques réalisés ? *locaux, matériels et organisationnels ?*

Y a-t-il une affiche dans le cabinet informant les patients du dispositif ASALEE ?

A qui proposez-vous la consultation ASALEE ? *Est-ce une liste exhaustive des patients normalement concernés par les protocoles ?*

Comment est pris le rendez-vous avec le patient ? *Le rendez-vous est-il pris avec le patient ou est-ce une simple information donnée ? L'infirmière contacte-t-elle directement les patients pour un premier rendez-vous (critères sur dossier) ou cela passe-t-il forcément par vous ?*

Quel est le temps passé à vous occuper d'ASALEE ?

L'infirmière ASALEE et son travail :

Réalisez-vous les staffs de débriefing tous les mois ? *Si non, pourquoi ?*

Y a-t-il des temps consacrés dans la semaine pour s'entretenir avec l'infirmière (formels ou informels) pour discuter d'ASALEE ou des patients ?

Comment gérez-vous les alertes mises dans le dossier patient par l'infirmière ?

La formation de l'infirmière est-elle suffisante ?

Et la vôtre ? *Si non, sur quoi aimeriez-vous être formé ?*

Quels sont les freins à travailler avec l'infirmière ?

Quel est votre ressenti sur le travail de l'infirmière ?

Pensez-vous tirer des bénéfices secondaires du dispositif ASALEE ? *comme atteindre les objectifs des ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique) ?*

Y a-t-il un problème de confidentialité à partager la totalité du dossier patient avec l'infirmière ?

Etes-vous plus rigoureux dans la mise à jour des dossiers patients ? *L'infirmière met-elle à jour les données patient ?*

Protocoles ASALEE :

Quels protocoles ASALEE connaissez-vous ?

Connaissez-vous les critères d'inclusion patient pour les différents dépistages et suivis ?

Aviez-vous déjà effectué des dépistages de BPCO par spirométrie avant d'intégrer le dispositif ASALEE ?

Comment utilisez-vous les résultats de la spirométrie ? *Traitement, avis spécialisé ?*

La réalisation d'auto-mesure tensionnelle par l'intermédiaire d'ASALEE a-t-elle entraîné une modification de vos pratiques ? *Prescription, modification traitement, introduction traitement ?*

Possédiez-vous un ECG ? Une remise à niveau a-t-elle été nécessaire pour la lecture de l'ECG ? *Vous sentez-vous à l'aise dans la lecture de l'ECG ?*

Les ECG sont-ils faits de façon systématique ?

Comment utilisez-vous les résultats du dépistage des troubles cognitifs ? *Avis spécialisés, examens complémentaires ?*

Concernant l'identification des différents dépistages cancer, avez-vous un système d'alerte dans le dossier médical ?

La délégation de la distribution de l'Hemocult II® est-elle systématique? *Est-ce facile auprès du patient ?*

Comment voyez-vous le rôle et l'implication de l'infirmière dans le dépistage des cancers ?

Avis et sentiments :

Quels sont les retours des sentiments des patients lors de vos consultations ?

Certains patients refusent ils ASALEE ? *Pourquoi ? Ceux qui refusent sont-ils ceux qui en ont le plus besoin ?*

Les patients sont-ils assidus aux consultations ASALEE ?

Y a-t-il eu une réunion avec les IDE du secteur pour leur expliquer le rôle de l'infirmière ASALEE, ou courrier type ?

Comment ont elles vu l'arrivée d'une infirmière au cabinet ?

Les médecins en dehors du dispositif connaissent-ils ASALEE ?

Quels sont les avis et réticences qu'ils ont pu vous exprimer ?

Finances :

Y a-t-il assez d'aides ?

Quelles sont vos dépenses non couvertes par l'association? *Est-ce rentable financièrement ?*

Avenir :

Comment voyez-vous l'avenir et la viabilité d'ASALEE au niveau de votre cabinet ? Au niveau régional ? Au niveau national ?

Etes-vous satisfaits du dispositif ASALEE ? *Pourquoi et quels en sont les points clefs ?*

Quels sont vos propositions d'amélioration ?

Avez-vous des idées et souhaits de nouveaux protocoles ?

Pensez-vous qu'ASALEE a sa place dans le suivi des sorties d'hospitalisation ?

Faut-il développer les liens entre médecins ASALEE par des rencontres locales et régionales?

Avez-vous d'autres remarques à faire sur ASALEE ?

Table des figures

Figure 1 : Evolution du Numerus clausus	22
Figure 2 : Evolution de la démographie des médecins libéraux en effectifs	23
Figure 3 : Evolution de la part des médecins de 55 ans et plus	24
Figure 4 : Milieu d'exercice des médecins ASALEE du Limousin	45
Figure 5 : Mode d'exercice des médecins ASALEE du Limousin.....	46

Table des tableaux

Tableau 1 : Dates et durées des entretiens	44
Tableau 2 : Durée d'exercice (en année) des médecins ASALEE du Limousin	45
Tableau 3 : ASALEE au cabinet des médecins du Limousin.....	46

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Romain PY

Attitudes and feelings of ASALEE's doctors

An opinion survey in the Limousin region in 2015

Abstract :

Background: In 2004, Dr. GAUTIER Jean created ASALEE to improve the quality of services rendered to patients and curb medical shortages, through cooperation and a delegation of tasks between doctors and nurses in the office. In the Limousin region, it is in June 2013 that the device is allowed. This work is intended to qualitatively assess ASALEE in the Limousin region in 2015, by identifying the attitudes and feelings of ASALEE's doctors.

Method: Opinion survey based on semi-structured interviews with the doctors of the device.

Results: It is a standard profile of an experienced doctor, installed a long time ago and carrying on business in rural areas, particularly in Creuse. With committed and passionate doctors who wish to enter the path of the multi-professional approach and the delegation of tasks, ASALEE allows to fully realize the therapeutic patient education. By appropriating and adapting protocols and overall organization of ASALEE, they think it is a better use for patients. Even if some items need to be improved, doctors are fully satisfied and it follows a lot of ideas for the future: diversification of the protocols, expansion of delegation of tasks ... Past results show today a better dissemination and best recruitment, better trained nurses, a perennial funding without additional cost for doctors.

Conclusion: The establishment of ASALEE in the Limousin region is a success who only asks to extend. ASALEE, including the delegation of tasks, seems to be one of the answers to the medical shortage.

Keywords : ASALEE, delegation of tasks, general practitioner, nurse, medical shortage.

Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE

Une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015

Résumé :

Introduction : En 2004, le Docteur GAUTIER Jean a créé ASALEE pour améliorer la qualité des services rendus aux patients et endiguer la pénurie médicale, à travers une coopération et une délégation de tâches entre médecins et infirmières au cabinet. En Limousin, c'est en juin 2013 que le dispositif est autorisé. Ce travail a donc pour objectif d'évaluer qualitativement le dispositif ASALEE en Limousin en 2015 en cernant les attitudes et sentiments des médecins du dispositif.

Méthode : Enquête d'opinion basée sur des entretiens semi-directifs auprès des différents médecins du dispositif.

Résultats : Il en ressort un profil type d'un médecin expérimenté, installé depuis longtemps et exerçant en milieu rural, notamment en Creuse. Avec des médecins engagés et passionnés qui souhaitent s'engouffrer dans la voie de la pluriprofessionnalité et de la délégation de tâches, ASALEE permet de réaliser pleinement l'éducation thérapeutique du patient. En s'appropriant et adaptant les protocoles et l'organisation générale d'ASALEE, ils pensent ainsi utiliser au mieux l'outil ASALEE pour le patient. Même si certains items doivent être améliorés, les médecins sont pleinement satisfaits et il en découle un foisonnement d'idées pour l'avenir : diversification des protocoles, élargissement de la délégation de tâches... Les résultats passés mettent actuellement en avant une meilleure diffusion et un meilleur recrutement, des infirmières mieux formées, un financement pérenne sans surcoût pour le médecin.

Conclusion : L'implantation d'ASALEE en Limousin est une réussite qui ne demande qu'à s'étendre. ASALEE, en incluant la délégation de tâches, semble être une des réponses à la pénurie médicale.

Mots-clés : ASALEE, délégation de tâches, médecin généraliste, infirmière, pénurie médicale.