Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 30 Novembre 2012 à Poitiers

par Mademoiselle Claire GABORIT
Née le 19 Avril 1984 à Barbezieux (Charente)

Nouvelles Formes de Coopération en médecine générale: enjeux, freins, et applications possibles.

Enquête d'opinion auprès de 85 Médecins Généralistes de la Charente.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE
Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Isabelle DUMAS-REAM

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(détachement)**
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique **(surnombre)**
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie **(surnombre)**
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

6 rue de la Milétrie - B.P. 199 - 86034 POITIERS CEDEX - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOTCatherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS:

A notre président du jury **:**

Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

(Professeur de Médecine Générale)

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon immense reconnaissance et de mon admiration.

A nos juges :

Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

(Professeur de Gastro-Entérologie)

Je suis très honorée que vous fassiez partie de ce jury de thèse et tout particulièrement parce que vous êtes le Doyen de la Faculté. Je vous en remercie et vous exprime ici ma gratitude et mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

(Professeur de Pneumologie)

C'est un honneur pour moi que vous siégiez à ce jury de thèse. Et ce d'autant plus que je sais les efforts que vous avez faits pour être présent à ma soutenance.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A ma directrice de thèse :

Madame le Docteur Isabelle DUMAS-REAM

Merci pour ton aide dans la réalisation de ce travail. Mais aussi pour ce que tu m'as appris au cours de mon stage chez le praticien.

A mes confrères :

Au ***Docteur Jean-Louis Levesque***, mon tuteur durant l'internat. Tu as parfaitement rempli ton rôle. Merci de m'avoir guidée tout au long de cette aventure et même après. Tu m'as toujours donné d'excellents conseils.

Au ***Docteur Antoine Trouvé***, merci de m'avoir enseigné ta passion de la médecine générale.

Au ***Docteur Céline Bréchon***, merci d'avoir été la première à me faire confiance pour les remplacements. Je suis honorée de te succéder au sein du cabinet.

A tous ***mes pairs Médecins Généralistes*** que j'ai remplacés, merci de la confiance que vous m'avez accordée.

A tous les ***Médecins Généralistes de la Charente*** qui ont participé à cette étude, sans qui, rien n'aurait été possible. Merci pour les messages d'encouragements qui accompagnaient vos réponses.

Aux ***Docteurs Denis Tariel, Jean-Marie Chartier, Brigitte Fontaine, Claudine Quemeneur, Saori Inaï et Damien Robilliard*** merci de m'avoir formée dans le domaine de la Gynécologie-Obstétrique. Je remercie aussi le reste du service (sages-femmes, Aides soignantes et secrétaires) pour votre bonne humeur. C'était toujours un plaisir de venir travailler avec vous.

Aux ***urgentistes du centre Hospitalier de la Rochelle*** ; merci de m'avoir appris à travailler dans des situations qui frôlaient parfois le « cataclysme ».

Aux ***Docteurs Paul Bru, René Lorillard, Laurent Ledain, Cécile Duplantier, Antoine Milhem, Yann Valy, Christophe Moreau, Ludovic Meunier et Bruno Vaquette*** du service de cardiologie du centre hospitalier de la Rochelle ; travailler à vos côtés fut intense, mais grâce à votre bienveillance j'ai pu progresser en cardiologie. Merci de m'avoir appris à dédramatiser le SCA ST +, à poser l'indication « radiale droite » et reconnaître un flutter (enfin j'espère). Soyez assurés de ma reconnaissance.

Aux médecins du service de gériatrie du centre hospitalier d'Angoulême et à leur équipe pour m'avoir fait découvrir une discipline vraiment enrichissante sur le plan personnel.

Au service de médecine interne de Châtellerault, et plus particulièrement aux Docteurs ***Jocelyn Barrier*** et ***Sylvain Primault*** qui m'ont accueillie parmi eux pour une brève, mais formidable expérience en tant que chef assistante. J'ai appris beaucoup avec vous ; soyez assurés de toute ma reconnaissance et de mon respect. Au Docteur ***Marie-Claude Huc*** : merci pour ta bonne humeur, ton sourire, ta gentillesse et ta disponibilité.

A ***Julien Comte*** : merci d'avoir traqué les « p » significatifs dans mes statistiques.

A mes amis :

Manou, Ludivine, Alex, Arnaud, Fabien, Gilles, Etienne, Mike, Marie, Stéphane, Léïla, Maïaïta, Virginie pour tous les bons souvenirs que je garde de nos études et de nos expéditions étudiantes.

A mes amis Martiniquais ***Nathan, Julien*** *et* ***Céline*** avec leurs fils ***Oscar, Paul***, et ***Léo***, devenus ma seconde famille là-bas. Je ne vous remercierai jamais assez de ce que vous avez fait pour moi.

A ***Hélène C, Quiterie, Damien, Pauline M, Pierre-Jacques, Sandra, Amandine, Fred, Mathieu, Abéni, Geoffray, Virginie, Jean-Christophe, Romain, Angéline et Pauline J*** merci pour tous les bons moments passés ensemble.

A ma famille :

Papa, Maman, Ludovic mon grand frère ; ce travail est pour vous. Pour vous remercier de votre soutien indéfectible tout au long de mes études, dans les moments où j'en avais le plus besoin ; et encore maintenant. Je vous aime.

A mes ***Grands-Parents paternels et maternels***, vous êtes pour moi des modèles de respect et d'amour, vous m'avez inculqué les vraies valeurs de la vie, j'espère vous rendre aussi fiers de moi que je le suis de vous.

Aux autres membres de ma famille, qui est bien trop grande pour tous vous citer.

A ma meilleure amie ***Elise*** ; les liens qui nous unissent sont indéfectibles, tu es et seras toujours là pour moi comme je le suis et serai pour toi, pour cela merci.

Benjamin, merci d'être entré dans ma vie car maintenant je ne l'imagine pas sans toi.

I- INTRODUCTION : **1**

II- GENERALITES : **2**

II-1) Etat actuel de la démographie : 2
II-1-a) En France : 2
II-1-b) En Poitou-Charentes : 5
II-1-c) En Charente : 6

II-2) Les causes de la désertification médicale : 10
II-2-a) Le vieillissement de la population médicale : 10
II-2-b) Un travail accaparant : 10
II-2-c) Un travail stressant : 11
II-2-d) L'augmentation du nombre de médecins remplaçants : 11
II-2-e) Attractivité grandissante du travail salarié : 12
II-2-f) L'augmentation de la demande: 13
II-2-g) La contestation du savoir médical: 13

II-3) Perspectives de la démographie médicale : 13
II-3-a) En France :[14] 13
II-3-b) En Poitou-Charentes : 15

II-4) Une solution envisagée: les Nouvelles Formes de Coopération entre professionnels de santé : 16
II-4-a) Genèse du projet 16
II-4-b) Expérimentations en France de 2004 à 2008 : 18
II-4-c) Plusieurs rapports avant d'aboutir à une recommandation : 22
II-4-d) Synthèse : la Recommandation HAS d'Avril 2008 : [25] 25
II-4-e) La loi HPST du 21 juillet 2009 dite loi « BACHELOT » : 26
II-4-f) Des pistes pour avancer : les Nouveaux Métiers en Santé : (Rapport HAS Janvier 2011) [29] 28

III- MATERIEL ET METHODE: **33**

III-1) Les critères d'inclusion : 33

III-2) Les critères d'exclusion : 33

III-3) Le questionnaire : 33
III-3-a) Elaboration du questionnaire : 33
III-3-b) Distribution du questionnaire : 35

III-4) Pour l'analyse des résultats : 36

IV- RESULTATS: **38**

IV-1) Caractéristiques de la population étudiée : 38
IV-1-a) Taux de réponse : 38
IV-1-b) Profil des médecins généralistes: 38
IV-1-c) Age des médecins généralistes: 39
IV-1-d) Lieu d'exercice des médecins généralistes ayant participé à l'étude : 40
IV-1-e) Mode d'exercice des médecins généralistes répondeurs: 42
IV-1-f) Activité que les médecins généralistes répondeurs se voient déléguer. 43

IV-2) Echanges avec les paramédicaux : 47

IV-3) Connaissances des médecins concernant les Nouvelles Formes de Coopération: 48
IV-3-a) Etre syndiqué est-il un facteur favorisant les connaissances ? 48
IV-3-b) Les maîtres de stage sont-ils plus souvent syndiqués? 49
IV-3-c) Le réseau ASALEE est-il plus connu par les médecins syndiqués ? 50
IV-3-d) Les maîtres de stage connaissent-ils mieux ASALEE? 51

IV-4) Les différentes formes de coopération envisageables 52
IV-4-a) Promotion de la santé : 52
IV-4-b) Clinique et évaluation médicale : 62

IV-5) Opinion des médecins généralistes de la Charente sur les nouvelles formes de coopération de santé : 66
IV-5-a) Influence sur la médecine générale : 66
IV-5-b) Risque et responsabilité: 67
IV-5-c) Modification dans l'organisation de l'exercice du médecin : 68
IV-5-d) Possibilités: 68

IV-6) Allez-vous mettre en place ces formes de coopération ? 69

IV-7) Dans quelles conditions mettre en place ces nouvelles formes de coopération ? 73
IV-7-a) Lieu le plus adapté 73
IV-7-b) Moyen de communication le plus adapté 73
IV-7-c) Moyen de paiement le plus adapté 74

IV-8) Critères de recrutement du paramédical et craintes des médecins 75

V- DISCUSSION : 77

V-1) Les limites de l'étude : 77
V-1-a) Les faiblesses : 77
V-1-b) Les points forts : 78

V-2) Les autres freins à la mise en place de ces nouvelles formes de coopération: 79
V-2-a) Dans notre étude : 79
V-2-b) Dans la littérature : 83

V-3) Domaines exploitables à la mise en place de ces NFC : 87
V-3-a) La promotion de la santé : 87

V-4) Quelles perspectives: 94

VI- CONCLUSION : 96

LISTE DES FIGURES : 98

ANNEXES : 100

BIBLIOGRAPHIE: 124

SERMENT D'HIPPOCRATE : 128

RESUME : 129

Liste des abréviations :

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

NFC : Nouvelles Formes de Coopération

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

NC : Numerus Clausus

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ECN : Examen Classant National

Pr: Professeur

JO: Journal Officiel

ASALEE: Action de Santé Libérale En Equipe

URML: Union Régional des Médecins Libéraux

ONDPS: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

IDE: Infirmière Diplômée d'Etat

IFSI: Institut de Formation en Soins Infirmiers

CODESS: Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale

IDSP: Infirmière De Santé Publique

Hba1c: Hémoglobine glyquée

HAS: Haute Autorité de Santé

ARS: Agence Régionale de Santé

CII: Conseil International des Infirmières

VAE: Validation des Acquis et de l'Expérience

FMC: Formation Médicale Continue

OCDE: Organisation de Coopération et de Développement Economique

NMS: Nouveaux Métiers de la Santé

DEP: Débit expiratoire de pointe

ADO: Anti Diabétique Oral

FAQSV: Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

I- INTRODUCTION :

En France, la démographie médicale va subir une baisse inéluctable de ses effectifs au cours des dix prochaines années.

Parallèlement, les besoins de santé croissent compte tenu de l'augmentation attendue de la population et notamment dans sa tranche la plus âgée.

Se posent alors les questions de l'optimisation, de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients.

Les pouvoirs publics en ont pris conscience depuis le début des années 2000, et notamment suite à un rapport en 2002 du Professeur BERLAND [1].

Leur principal enjeu est de maintenir la qualité de prise en charge des patients, malgré la diminution de la population médicale, tout en veillant à contrôler les dépenses de santé.

C'est dans une logique de *substitution* et de *diversification* des activités que les réflexions sur le projet de « Nouvelles Formes de Coopération » entre les professionnels de santé ont commencé à voir le jour.

Ce projet, qui met en avant le partage des compétences dans les soins primaires, a été élaboré puis expérimenté et analysé depuis Octobre 2003[2], pour aboutir enfin au vote de la Loi HPST (= Hôpital Patients Santé Territoire) le 21 Juillet 2009 (article 51).

Cette loi repose sur l'idée essentielle que la délégation de tâches dans le cadre des soins primaires permettrait de compenser partiellement la diminution des effectifs médicaux dans les zones rurales, et améliorerait l'accès aux soins en libérant du temps médical aux médecins.

Il nous a paru pertinent, dans ce contexte, d'étudier l'opinion des Médecins Généralistes du département de la Charente, sur ces « Nouvelles Formes de coopération » (= NFC). En effet, la Charente est un département particulièrement exposé à cette pénurie de médecins.

Notre étude nous a permis de dégager un certain nombre d'observations concernant la vision des médecins vis-à-vis de ce travail en coopération.

Nous nous sommes spécialement attachés à étudier les domaines de la santé que les médecins généralistes se voyaient prêts à partager, et les conditions dans lesquelles ils accepteraient de faire ce partage.

II- GÉNÉRALITÉS :

II-1) Etat actuel de la démographie :

II-1-a) En France :

II-1-a-1) Situation pour la médecine générale au 1er janvier 2012 :

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques [3] a publié des statistiques sur la démographie médicale française. Ces chiffres ont été recensés à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire.

Ce répertoire a été créé par le décret du 6 et l'arrêté du 10 février 2009 et est accessible aux médecins depuis le 3 Novembre 2011.

Grâce à ce RPPS, on recense **101 896 médecins généralistes** en activité en France au 1er janvier 2012, dont 10 317 médecins remplaçants.

Cela représente une densité nationale de **157,2 médecins généralistes pour 100 000 Habitants**, contre 172 en 2005 (tout confondu).

Le chiffre continue de baisser compte tenu de départs à la retraite importants au cours de la précédente décennie. Ces départs sont insuffisamment compensés par l'entrée dans la vie active de nouveaux médecins, et ce, malgré l'augmentation du *numérus clausus (=NC)* depuis 2006 (NC bas à 7000 et NC haut à 8000).

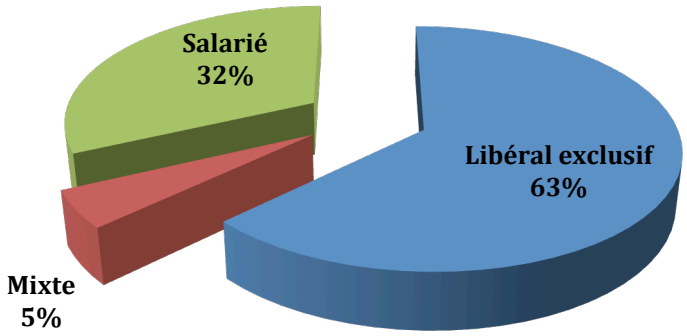
II-1-a-2) Profil des médecins généralistes :

- Leur mode d'exercice :

Sur les 101 896 médecins généralistes :

- 64 638 sont libéraux exclusivement
- 4 811 ont une activité mixte (hôpital et cabinet en libéral)
- 16 735 sont salariés hospitaliers
- 15 712 sont salariés « autres » (tels que médecins de PMI, sociétés, établissements privés).

Figure 1: Mode d'exercice des médecins généralistes en activité

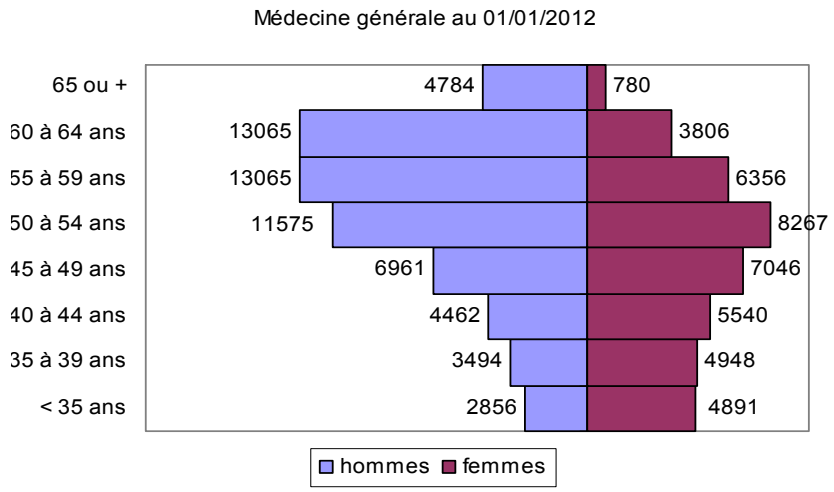


Parmi les 64 638 médecins généralistes exclusivement libéraux :

- 28 704 travaillent en cabinet individuel, dont 28,8% de femmes
- 29 157 travaillent en cabinet de groupe ou société, dont 32,8% de femmes
- 6 777 travaillent en tant que remplaçant, dont 53,9% de femmes.

- Leur moyenne d'âge:

Figure 2: ***Pyramide des âges des médecins généralistes à l'échelle nationale***



L'âge moyen des médecins généralistes en activité est de 51 ans, alors qu'il était de 48 ans en 2006.

Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges traduit un vieillissement marqué de la population médicale.

- La féminisation :

Les femmes représentent **40,9% des médecins généralistes actifs** ; elles sont aujourd'hui majoritaires dans les générations de moins de 40 ans, et cette évolution se confirme avec la féminisation des étudiants en médecine depuis 1982 [4, 5].

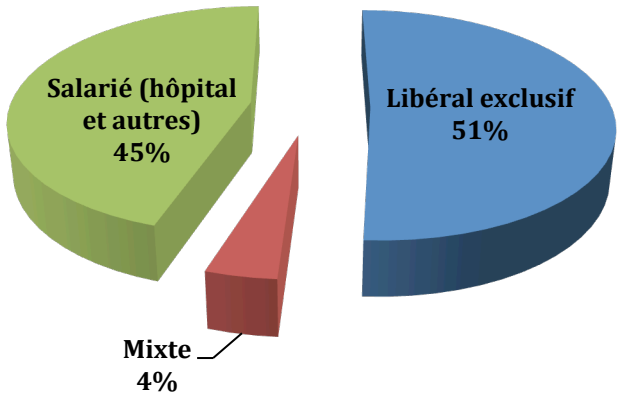
Parmi les médecins exerçant exclusivement en libéral, 32,9% sont des femmes.

Parmi les médecins généralistes ayant une activité mixte (libérale et salariée) 31,9% sont des femmes.

Au-delà de l'aspect démographique, ce phénomène est à prendre en compte pour revoir à la hausse les effectifs nécessaires afin de garantir à la population un accès aux soins primaires corrects, les femmes travaillant moins que les hommes (en moyenne 6 heures de moins par semaine) [4, 6, 7].

De plus elles choisissent fréquemment une activité à temps partiel ou le salariat pour concilier vie professionnelle et vie familiale [4, 8, 9].

***Figure n°3:* Mode d'exercice des femmes médecins généralistes**



II-1-b) En Poitou-Charentes :

Le nombre de médecins généralistes au sein de la région est de **2 801** quel que soit leur mode d'exercice.

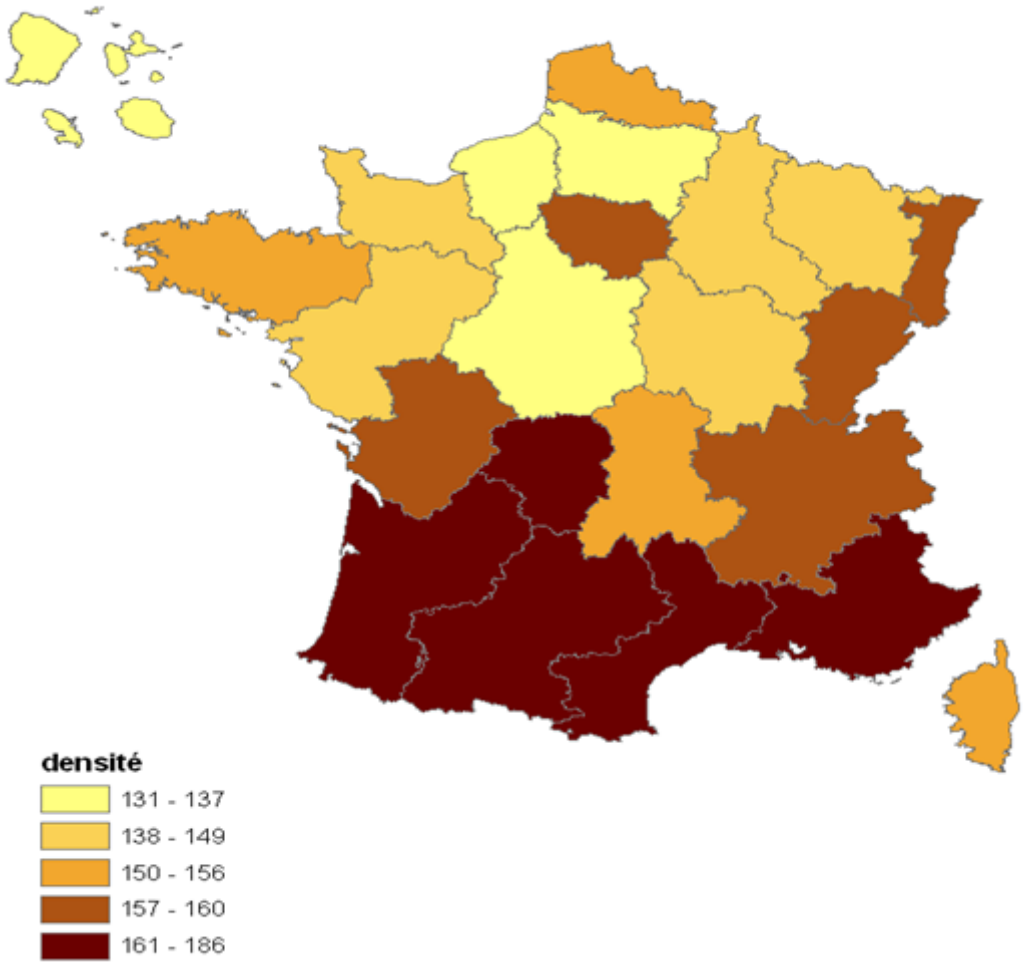
L'âge moyen est égal à celui de la moyenne nationale, à savoir **51,1ans**.

Le pourcentage de femmes médecins généralistes exerçant dans la région est de **38,6%.**

La densité médicale est de **158 médecins pour 100 000 habitants**, elle est comparable à la moyenne nationale.

Mais seulement 1 851 médecins sont installés en cabinet (les remplaçants sont inclus dans les chiffres) soit 66% des médecins généralistes recensés, dont 32,5% de femmes.

Figure n°4: Densité des médecins généralistes par région au 1er Janvier 2012



© IGN -DREES 2012. **Sources** : ASIP - RPPS, traitements DREES, INSEE - estimations de population.

Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants.

II-1-c) En Charente :

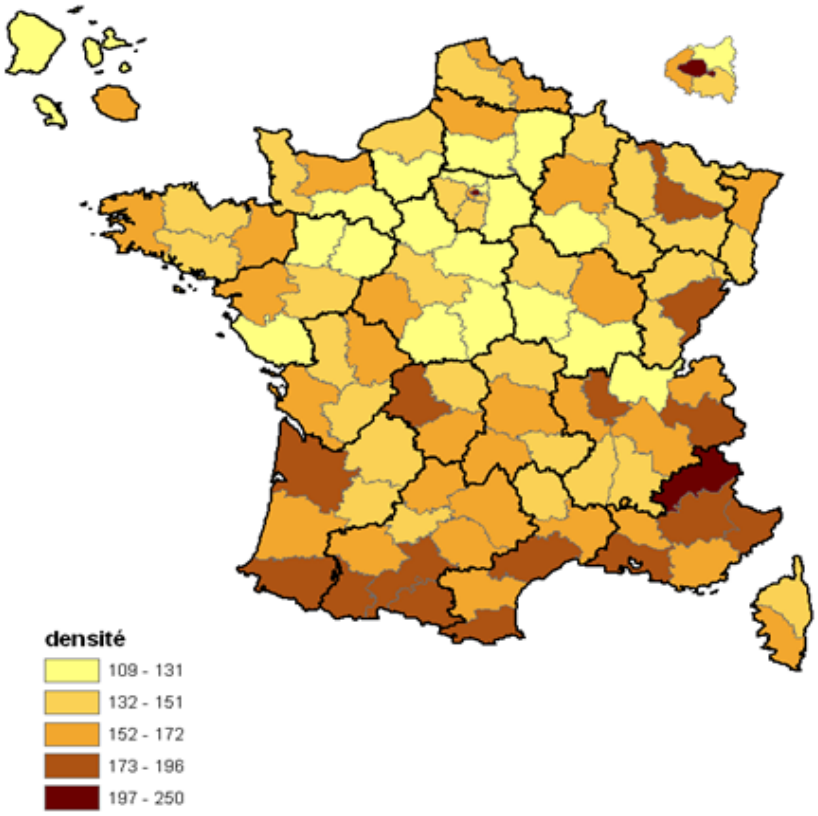
On recense **496** médecins généralistes au sein du département de la Charente, quel que soit leur mode d'exercice.

La Charente est peuplée de 352 110 habitants, la densité médicale du département est donc de **141 médecins pour 100 000 habitants**, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (157,2).

C’est la densité la plus basse de la région :

- 148 pour les Deux-Sèvres
- 161 pour la Vienne.
- 172 pour la Charente-Maritime.

Figure n°5: Densité des médecins généralistes par département au 1er Janvier 2012



IGN -DREES 2012. **Sources** : ASIP - RPPS, traitements DREES, INSEE - estimations de population.

Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants.

Selon le Conseil National de l’Ordre des Médecins (= CNOM), au 1er Juin 2011 :

- L’âge moyen des médecins généralistes exerçant en Charente est de 53 ans ; il est le plus élevé des 4 départements.
- Le taux de médecins généralistes femmes est le plus faible des 4 départements : 35,3%.

Figure n°6 : Moyenne d'âge, et proportion des femmes selon les départements de la région

	Age moyen	Pourcentage de femmes exerçant
Charente	53	35,3%
Charente-Maritime	51	37,8%
Deux-Sèvres	51	37,5%
Vienne	40	41,7%
Poitou-Charentes	51	38,4%

Concernant le mode d'exercice des médecins généralistes en Charente (chiffres de Juin 2011) [10] :

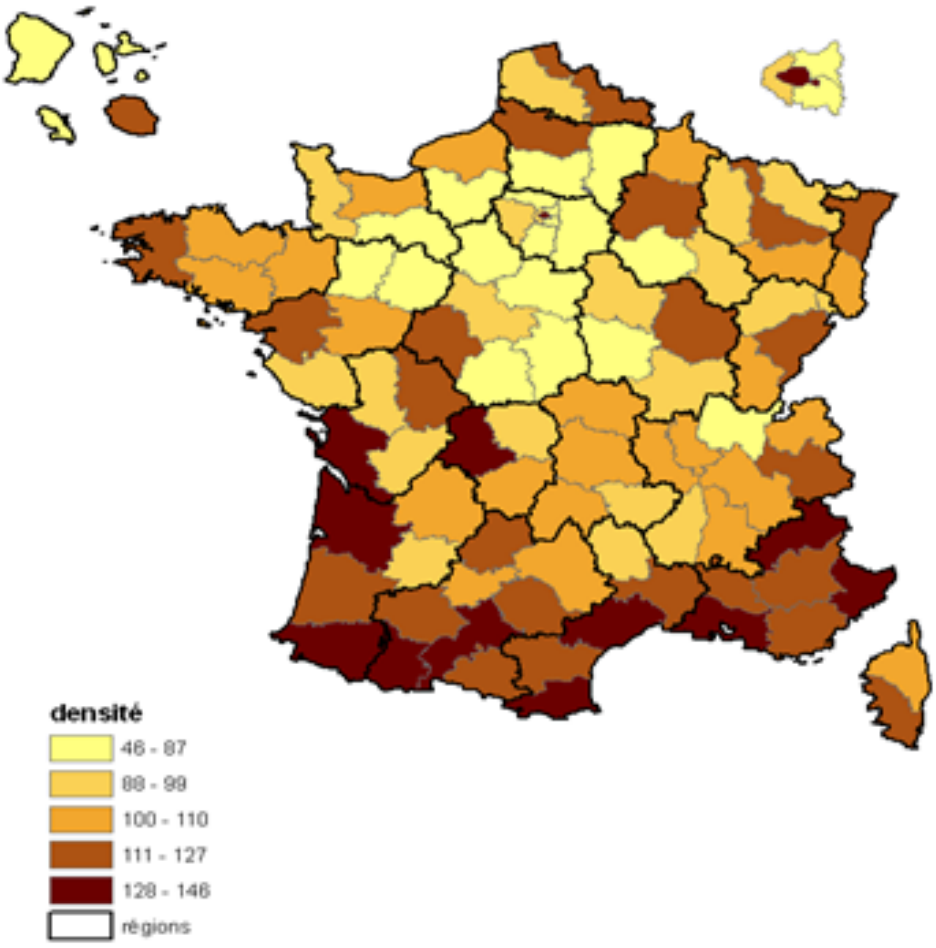
- 66,7% des médecins généralistes exercent en libéral
- 3,1% ont une activité mixte
- 30,3% d'entre eux ont une activité salariée

En excluant les médecins ayant une activité salariée et en ne retenant que ceux travaillant en ambulatoire (les médecins libéraux et ceux ayant une activité mixte), nous obtenons 332 médecins (médecins remplaçants inclus) pour répondre à la demande de soins en ambulatoire.

Si l'on rapporte cet effectif à la population du département (352 110 habitants), alors la densité n'est plus que de **94 médecins pour 100 000 habitants.**
Le même raisonnement permet d'établir une « densité médicale ambulatoire » de 111 médecins pour la région Poitou-Charentes.

Ces deux densités sont nettement inférieures à la densité nationale de 157,2 médecins pour 100 000 habitants.

<u>Figure n°7:</u> Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes par département au 1er Janvier 2012



© IGN -DREES 2012. **Sources** : ASIP - RPPS, traitements DREES, INSEE - estimations de population.

Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants.

II-2) Les causes de la désertification médicale :

Elles sont nombreuses :

II-2-a) Le vieillissement de la population médicale :

La population médicale est vieillissante et les médecins qui partent en retraite ne sont pas remplacés.

La tranche d'âge des moins de 40 ans diminue de 12% alors que celle des plus de 50 ans augmente de 53%. De plus, on s'attend à un départ en retraite massif dans les 5 prochaines années [9].

Selon les Données du CNOM de juin 2011 *:* certains médecins partent même avant l'âge de la retraite [10].
D'après cette étude, ces médecins qui partent à la retraite de façon anticipée, ont 54 ans en moyenne et 64,2% d'entre eux sont des hommes.
Parmi ces médecins, 70,4% sont des médecins généralistes libéraux dont 11% exercent en milieu rural et 42,2% sont en cabinet individuel.

II-2-b) Un travail accaparant :

Les motifs invoqués par les médecins qui partent précocement de leurs cabinets sont parfois d'ordres professionnels tels que des charges trop lourdes, un temps de travail journalier trop important ou bien encore des tâches administratives trop contraignantes.
Pour d'autres le motif principal est d'ordre personnel : leur activité n'est pas compatible avec une vie de famille [9].

La diminution des effectifs de médecins se fait surtout en milieu rural en raison de conditions de vie et de travail jugées encore plus dures [9].

II-2-c) Un travail stressant :

Le tableau suivant est extrait d'une étude faite entre Mars 2002 et Mai 2004 auprès de 506 médecins généralistes de la région PACA. Il récapitule ce qu'ils estiment être des facteurs de stress dans leur profession [11].

Figure n°8: Facteurs de stress professionnels selon 506 médecins

	Oui (%)
Le manque de temps	80,8
Les tâches administratives	79,8
La charge de travail excessive	72,5
Les responsabilités importantes	71,5
Les demandes des patients	69,0
Le sentiment d'impuissance dans certaines situations	67,4
Les charges financières	55,9
Le manque de coordination avec d'autres acteurs de santé	45,5
Les relations tendues avec les patients	44,3
La nécessité d'une mise à jour continue des connaissances	39,7
Les gardes ou astreintes	38,1
Un conflit entre vie professionnelle et vie familiale	36,2
La remise en cause de l'autorité du médecin	35,4
Une formation initiale inadaptée	24,9

Sources : auteurs, données ORS-PACA INSERM U379.

II-2-d) L'augmentation du nombre de médecins remplaçants :

En 20 ans, les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits à l'Ordre ont augmenté de 523%. On peut considérer cette recrudescence comme étant le reflet d'une conduite d'évitement de l'installation en secteur libéral.
Entre le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2009 la hausse a été de 5,5% [9].

En 2008, le seuil de 10 000 remplaçants a été atteint. Certains choisissent ce mode d'exercice avant de franchir le pas de l'installation, mais d'autres de façon permanente [9, 10].

II-2-e) Attractivité grandissante du travail salarié :

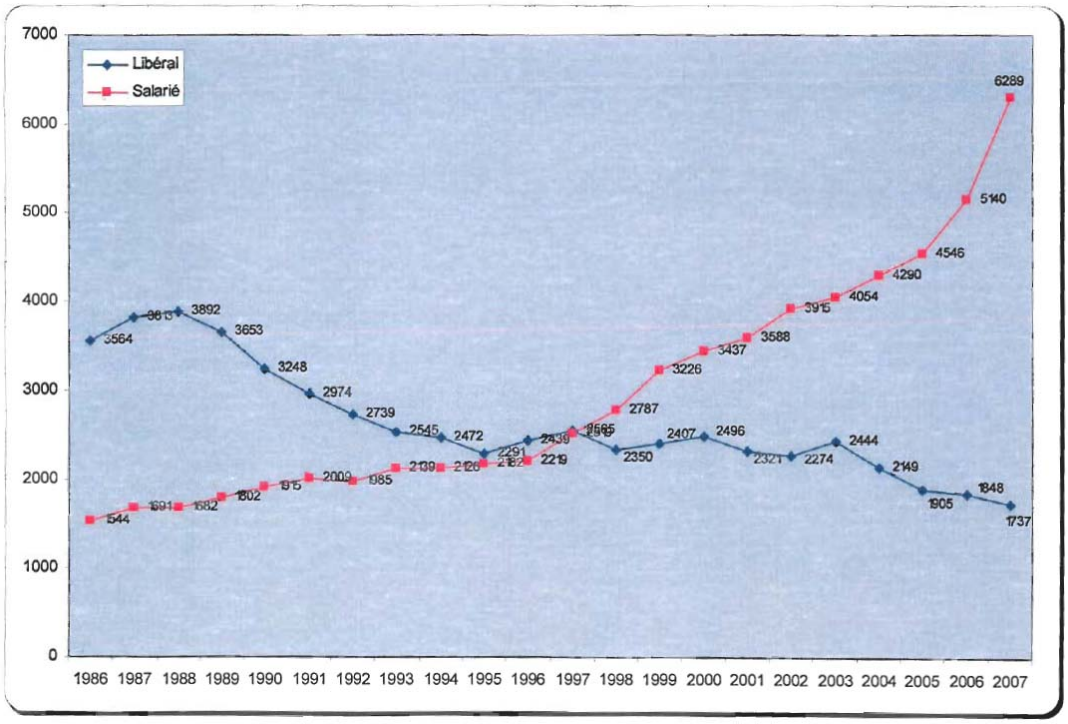
La contrepartie de cette non attractivité de l'exercice libéral est la préférence des jeunes médecins pour le salariat. Ils bénéficient ainsi d'une protection sociale, d'un mode d'exercice avec moins de contraintes administratives, non isolé et avec un volume horaire plus souvent compatible avec une vie de famille.

Ce statut de salarié assure une protection supplémentaire en termes de responsabilité, il évite aux praticiens les mises en cause personnelles avec un transfert vers l'employeur de la responsabilité civile des aléas thérapeutiques [9].

Comme le montrent les données de l'*Atlas de la démographie médicale* du CNOM de juin 2011, les médecins nouvellement inscrits à l'Ordre choisissent :

- **Dans 70% des cas, le salariat**
- Dans 9,4% des cas, l'exercice libéral
- Dans 20% des cas, le statut de remplaçant.
- Dans 0,6% des cas, une activité mixte.

Figure 9 : Evolution respective des activités libérale et salariée de 1986 à 2007



Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins

II-2-f) L'augmentation de la demande:

L'allongement de la durée de vie de la population française, à la faveur de progrès médicaux permanents, a abouti à une augmentation de la population âgée dans notre pays, très consommatrice de ressources médicales et aboutissant à une augmentation de la demande de soins [12].

II-2-g) La contestation du savoir médical:

La position des médecins généralistes s'est retrouvée un peu affaiblie voire contestée par la démocratisation des moyens de savoirs. Journaux, forums, internet ont permis aux gens d'avoir accès aux informations de santé de façon détaillée aboutissant à une remise en cause du discours du médecin, autrefois détenteur du savoir médical [13].

Tous ces phénomènes sont autant de raisons qui poussent les médecins généralistes à choisir des modes d'exercice qui répondent à leurs aspirations individuelles, à leur qualité de vie, leur qualité d'exercice plus qu'à des besoins collectifs. Cela explique les déserts médicaux en milieu rural, et la disparité inter-régionale voire inter-départementale.

II-3) Perspectives de la démographie médicale :

II-3-a) En France [14] :

Au 1er Janvier 2009, la France comptait 214 000 médecins en activité (toutes spécialités confondues) ; cet effectif résultait d'une croissance ininterrompue des effectifs depuis des décennies (+22% entre 1990 et 2009). Il était alors le plus élevé de son histoire.

Dans l'hypothèse d'un numerus clausus maintenu à la hausse jusqu'en 2020, (8000 postes par an) et que les comportements des médecins restent constants avec la même politique, les prévisions démographiques montrent que cet effectif devrait diminuer de 10 % jusqu'en 2019.

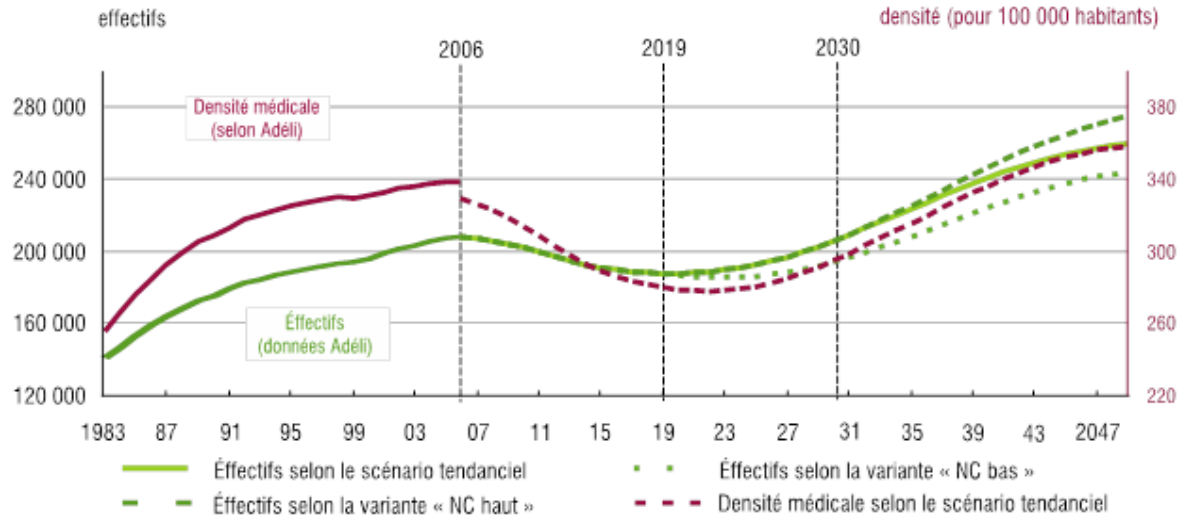
Puis, en 2030, la densité médicale reviendrait à son niveau actuel. Donc entre 2006 et 2030, les

effectifs médicaux vont diminuer de 1 % seulement (Cf figure 10). Mais, dans le même temps, la population française devrait s'accroitre d'environ 10% entre 2006 et 2030 selon l'INSEE.

La densité médicale sera alors durablement inférieure à son niveau actuel.
Selon ce même scénario, la **densité médicale** passerait de 327 à 279 médecins (toutes spécialités confondues) pour 100 000 habitants **entre 2006 et 2020, diminuant ainsi de 16 %,** pour retrouver, en 2020, le même niveau que durant les années 1980.

Si les comportements des médecins (détaillés auparavant), restent inchangés et si le *numerus clausus* suit les prévisions (augmenté à 8 000 en 2011, puis diminué à 7000 progressivement à partir de 2020), alors la densité médicale sera à nouveau croissante entre 2024 et 2030 (295 médecins pour 100 000 habitants). Cependant, en 2030, elle serait encore inférieure de 10,6% à celle de 2006.
Il faudra attendre 2040 pour retrouver une densité médicale égale à celle de 2006.

Figure n°10: Médecins en activité d'après le scenario tendanciel et les variantes "NC Bas" et "NC Haut"

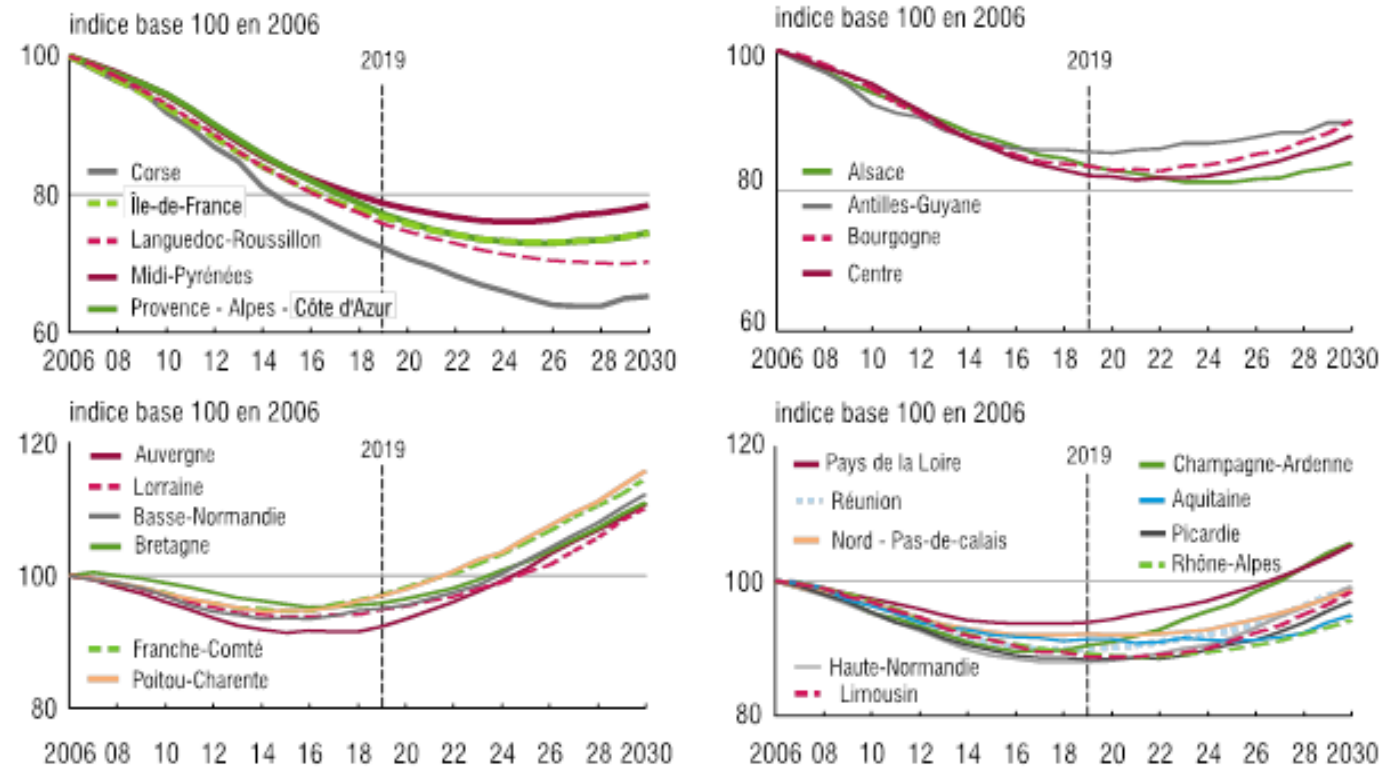


Champ : France métropolitaine, médecins en activité ou en cessation temporaire d'activité (données Adeli) ; France, médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité (projections).
Lecture : en 2039, il y aurait 237 700 médecins en activité selon le scénario tendanciel, 221 000 selon l'hypothèse du *numerus clausus* à 7 000 ("NC Bas") et 242 400 selon l'hypothèse du *numerus clausus* à 8 000 ("NC Haut"). Cette même année, selon le scénario tendanciel, il y aurait 336 médecins pour 100 000 habitants.
Source : Drees, répertoire Adeli, fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006, traitement et projections Drees.

II-3-b) En Poitou-Charentes :

Contrairement à certaines régions actuellement bien dotées en médecins et qui connaîtraient une forte baisse de leur densité médicale, les prévisions du scénario tendanciel permettent d'envisager que le Poitou-Charentes verrait sa densité médicale croître relativement fortement (de 10 à 16 %).

Figure n°11: Perspectives d'évolution des densités médicales régionales de 2006 à 2030



Champ : France, médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité.
Sources : fichier 2006 du Conseil national de l'Ordre des médecins, traitement Drees ; projections de population Insee ; projections Drees.

Cette densité plus importante s'explique notamment parce que la région bénéficie d'un pourcentage important des postes d'internes ouverts et pourvus à l'issue de l'Examen Classant National (=ECN).

L'ECN constitue un puissant outil de régulation de la répartition territoriale des effectifs médicaux, d'une part en fixant les effectifs formés en un lieu donné et d'autre part en agissant sur les choix des lieux d'exercice des médecins, car, en moyenne 79,5 % d'entre eux débutent leur vie active là où ils ont été formés.

Cette projection plutôt rassurante a cependant ses limites :

- D'une part, l'attractivité de la région et la capacité à « retenir » leurs diplômés seraient plutôt faibles selon les départements [7].
- De plus, la désaffection actuelle des internes en médecine pour la médecine générale n'a pas été prise en compte dans le scénario tendanciel, en effet, une étude réalisée auprès des externes ayant passé l'ECN en 2010 [15], montre que seulement 8% des internes choisissant la médecine générale aux ECN veulent s'installer au terme de leur internat, en libéral dans un cabinet où ils exerceraient seuls.

La situation démographique pour les médecins généralistes**,** d'ores et déjà en crise, pourrait s'aggraver si rien n'est fait pour rendre la médecine générale plus attractive aux yeux des étudiants en médecine.

Le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques, la baisse attendue des effectifs médicaux, le souhait de nouvelles conditions d'exercice des médecins, la forte demande de reconnaissance des professions paramédicales, et la maîtrise des dépenses de santé sont autant d'arguments qui plaident en faveur d'une nouvelle organisation des soins primaires en France.

II-4) Une solution envisagée: les Nouvelles Formes de Coopération entre professionnels de santé :

II-4-a) Genèse du projet

Plusieurs rapports ministériels ont successivement remis en cause notre fonctionnement entre professionnels de santé et ont permis d'initier des expérimentations.

II-4-a-1) Novembre 2002, premier rapport du Professeur BERLAND [1] :

Monsieur Jean-François MATTEI, ministre de la Santé, des Familles et des personnes Handicapées, confie au Professeur (=Pr) BERLAND la mission d'analyser la situation démographique des professionnels de santé, et de faire des propositions pour améliorer les conditions d'exercice et la formation de ces professions.

Ce premier rapport sonne l'alarme sur les effectifs médicaux.

Au décours de celui-ci, il propose de :

- redéfinir les contenus et les champs de compétences des métiers de la santé, avec pour objectif de recentrer les médecins sur leurs activités spécifiques pour lesquelles ils ont été formés et où leur compétence est indispensable.
- d'organiser des passerelles professionnelles entre les différents métiers de la santé.
- de favoriser un regroupement des professionnels de santé.
- d'organiser un cadre de formation universitaire commun, à moyen terme.

II-4-a-2) Juin 2003, rapport du sénateur Charles DESCOURS [12] :

Il réaffirme l'importance d'entamer une réflexion sur les contours des métiers et introduit la notion de « transfert de tâches ».
De ce rapport va découler la seconde mission confiée au Pr BERLAND dont les objectifs seront les suivants : « étudier, expérimenter et évaluer les coopérations qui pourraient être organisées entre les médecins et des professions paramédicales ».

II-4-a-3) Octobre 2003, second rapport du Pr BERLAND [2] :

Le Pr. Yvon BERLAND est à nouveau mandaté pour analyser les coopérations interprofessionnelles existant dans d'autres pays, et faire des propositions d'expérimentations de « Transfert de compétences » à mettre en place au sein de notre système de santé.

A partir de l'analyse de la situation internationale et d'une série d'auditions de professionnels de santé, le Pr BERLAND propose alors les principes suivants :

- une **bonne formation** ; pour pouvoir déléguer un acte il faut en avoir la compétence et donc la formation. Ce niveau de formation doit être reconnu dans le système Licence, Master, Doctorat.
- Il doit y avoir une **collaboration étroite entre médecins et acteurs paramédicaux**, dans

le cadre d'exercice en groupe. Il insiste sur le fait que le médecin qui transfère l'activité médico-technique doit **garder la responsabilité de la prescription** et des actes.

- La **définition du champ de compétence** des acteurs paramédicaux doit être réalisée avec des textes règlementaires décrivant les contours des métiers et donner aux professionnels de santé les moyens d'exercer leur profession pleinement, à partir d'une compétence acquise au travers d'une formation qui aura au préalable défini ses objectifs.
- Créer une **formation continue** pour toutes les professions (au même titre que la formation médicale continue).
- **Revaloriser l'investissement intellectuel,** indispensable, aux dépens de l'acte médico-technique.

Il conclut son rapport en citant les expérimentations à débuter et la nécessité d'organiser une concertation des professionnels pour avancer vers un transfert de compétences.

Le ministre chargé de la Santé (M. Jean-François MATTEI) a alors annoncé le lancement de plusieurs projets d'expérimentations portés par des équipes médicales volontaires encadrés par un dispositif juridique spécifique pour une durée limitée grâce à l'article 131 de la loi d'orientation en santé publique (n°2004-806) du 09 Août 2004 (Cf Annexe n°1).

II-4-b) Expérimentations en France de 2004 à 2008 :

Le processus d'expérimentation de ces NFC s'est déroulé, sur quatre années et demie, en deux vagues successives.

L'une, après la publication d'un **premier arrêté le 13 Décembre 2004** publié au Journal Officiel (= JO) du 13 Janvier 2005 (cf Annexe n°2), autorisant 5 expérimentations.

La seconde après la publication de l**'arrêté du 30 Mars 2006** (Cf Annexe n°3)**,** lequel permet d'étendre la démarche expérimentale à 10 nouveaux projets, avec la reconduction de 3 projets issus de l'arrêté du 13 décembre 2004. Parmi eux le projet ASALEE (= Action de Santé Libérale En Equipe).

II-4-b-1) ASALEE : Expérimentation de coopération en médecine générale :

Le projet ASALEE a débuté dans le département des Deux-Sèvres en 2004, à l'initiative du Dr Jean GAUTIER [16].

La particularité de cette expérimentation est qu'elle soit la seule effectuée en médecine ambulatoire et portant sur les soins de premiers recours.

C'est un projet qui a été mené financièrement par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (= URML) de la région Poitou-Charentes.

Avant son expérimentation, une enquête déterminant sa faisabilité a été réalisée par le Dr BOURGUEIL, médecin de santé publique à l'ONDPS. Il a réalisé des entretiens semi directifs auprès des médecins et des secrétaires pour lister les attentes de chacun, le contenu des tâches que les médecins souhaitaient déléguer pour définir un profil de poste, et a étudié le fonctionnement de chaque cabinet pour envisager les conditions d'exercice.

Les objectifs retenus étaient de :

- Délivrer une meilleure information au patient
- Améliorer l'éducation des patients porteurs de pathologies chroniques qui est souvent bâclée par manque de temps
- Améliorer l'outil informatique pour mettre l'accent sur l'évaluation et la prévention (alertes pour la tenue des dossiers)
- Obtenir une meilleure coordination des soins entre l'hôpital et les médecins généralistes.
- Décharger les médecins généralistes de certaines tâches administratives

En juin 2004, 3 cabinets de groupe sont volontaires, soit 12 médecins généralistes. Le profil du professionnel paramédical retenu est celui d'une Infirmière Diplômée d'Etat (=IDE) avec des compétences en santé publique, en éducation à la santé et en prévention.

Trois infirmières ont été recrutées au titre de « collaboratrices de santé publique », en tant que salariées de l'URML du Poitou Charentes. Elles exerçaient selon un cadre contractuel

d'employeurs à employées sous la responsabilité des médecins, de façon autonome mais sur leur demande.

Avant de débuter, elles ont suivi un complément de formation. D'abord avec une réactualisation de leur connaissance à l'Institut de Formation des Soins Infirmiers (= IFSI) de Niort, associé à un stage au sein du service d'endocrinologie du centre hospitalier de Niort pour le suivi des patients diabétiques.

Puis elles ont toutes participé à des journées de formation appelée « Formation d'infirmières éducatrices de santé ». Les IDE ont eu également à suivre une journée de formation en diététique au Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale (CODESS).

Enfin, les médecins les ont formées à l'utilisation de leurs logiciels informatiques.

Après avoir défini les conditions d'exercice (mode de rémunération, profil du paramédical, sa formation, les tâches à déléguer, l'endroit où faire cette coopération), les objectifs du projet ASALEE ont clairement été exposés : (Cf Annexe n°4).

- Premièrement, développer **l'éducation**:
    - **thérapeutique** : pour les patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète, HTA ou l'asthme
    - et **sanitaire** (adolescents, femmes enceintes, personnes âgées)

- Deuxièmement, développer le **dépistage individualisé**
    - Cancers (sein, colon, col de l'utérus)
    - Démences, troubles cognitifs
    - Maladies cardio-vasculaires

Pour cela le groupe de travail a décidé d'améliorer la qualité de la tenue des dossiers médicaux et l'Infirmière De Santé Publique (= IDSP) pouvait mettre une alarme sur les dossiers des patients pour attirer l'attention du médecin sur le patient concerné.

- Troisièmement, développer **l'activité de prévention** pour anticiper l'augmentation à venir de la demande de soins en médecine générale compte tenu de la baisse du nombre de médecins.

Ce projet a par la suite été étendu à une vingtaine de cabinets en 2007 ; soit 40 Médecins généralistes et 7 IDSP.

ASALEE a fait l'objet de nombreuses évaluations sur le plan socio-organisationnel par le département d'ergonomie de la Faculté de Bordeaux (juillet 2007) et sur le plan Médico-économique par l'IRDES [17] .

En Juillet 2005, la thèse du Docteur Emmanuelle DELEAU [18] prouve l'efficacité du dispositif ASALEE dans la prise en charge des patients diabétiques avec un nombre plus important de patients ayant des valeurs cibles de leur hémoglobine glyquée (=HbA1c) par rapport à la population témoin.
De plus on observe un meilleur suivi des recommandations de bonne pratique (mesures régulières des Hba1c, fond d'œil, ECG) [19].

La thèse du Docteur Evelyne LIUU, en juillet 2011 sur « L'Education thérapeutique du patient diabétique de type II dans le cadre d'une délégation de tâches interprofessionnelles : impact de l'infirmière de santé publique de l'association ASALEE » [20] confirme les répercussions positives de l'éducation thérapeutique du patient. Tant sur l'observance de ses médicaments, son suivi biologique et clinique, et son suivi par les autres spécialistes.

II-4-b-2) Nouvelles expérimentations :

Une première évaluation de ces expérimentations a été réalisée et constitue le **rapport de l'ONDPS de Juillet 2006 (BERLAND et BOURGUEIL, 2006) :**

- Toutes les expérimentations menées en 2005 montrent qu'il est possible pour les professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients. Mais pour cela, il faut arriver à une réorganisation du travail et à une étroite collaboration avec les médecins [21].
- Elle met en évidence une très forte motivation des acteurs médicaux et paramédicaux pour voir évoluer nos pratiques vers plus de collaborations entre tous les professionnels de santé.

Le ministre de la santé a donc chargé la Haute Autorité de Santé (=HAS) d'une double mission :

- poursuivre le suivi de l'évaluation des nouvelles expérimentations
- et élaborer une recommandation générale dans le domaine de la coopération entre les professionnels de santé.

L'HAS a donc effectué ce travail en association avec l'ONDPS.

Ce comité de suivi a identifié trois facteurs déterminants pour permettre d'encadrer les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé:

- *le cadre juridique de l'exercice des professions de santé*
- *les formations dont bénéficient les professionnels de santé*
- *le contexte économique et organisationnel de l'exercice des professionnels.*

Trois groupes d'expertise sont engagés afin de proposer un état des lieux, d'identifier les freins au développement de cette pratique et les évolutions « souhaitables » à court et long terme.

II-4-c) Plusieurs rapports avant d'aboutir à une recommandation :

II-4-c-1) : Prémices d'un cadre juridique adapté [22] :

En Décembre 2007, un premier rapport de l'HAS permet de définir les termes appropriés et à employer dans le cadre de coopération en santé. (Cf Annexe n°5).
Ces termes sont légalement instaurés par l'Article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique.

Il en ressort qu'il ne faut pas confondre compétence et qualification :

- La qualification correspond à une aptitude juridique résultant de la possession d'un diplôme ou d'un titre équivalent.
- La compétence renvoie à une combinaison de « savoir, savoir-faire et savoir-être » en situation. Elle renvoie donc à une personne et ne se délègue pas.

En termes de langage :

- On parlera de « Nouvelles Formes de Coopération entre professionnels de santé » plutôt que de « délégation d'actes ou de tâches ».
- Si l'on utilise le mot « Transfert de tâche », cela signifie que l'on déplace l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre. Les activités sont donc confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Le professionnel, qui réalise l'activité, est autonome, aussi bien dans la décision que dans la réalisation. Il doit donc être compétent et qualifié. Sinon il s'agit d'un exercice illégal de la médecine.

II-4-c-2) Evaluation des enjeux économiques [23] :

L'analyse des conditions économiques du développement des coopérations et leurs effets attendus, en ville comme à l'hôpital montre qu'**il ne faut pas attendre une baisse immédiate des dépenses de santé**. Mais les effets en termes d'efficience sont probables, comme par exemple avec le projet ASALEE [17].

L'opportunité économique des nouvelles formes de coopération repose sur:

- La présence d'une personne ressource supplémentaire qui permet de **diversifier l'offre de soin**.
- La libération du temps du médecin. Selon un rapport HAS de 2007 [23], le gain de temps médical direct serait estimé à 20%.

Cette perspective de diversification et d'allongement global du temps passé avec le patient, par le couple médecin/infirmière libérale, aboutirait à une meilleure qualité de soins, et pourrait avoir un effet *indirect* d'économie sur le temps médical disponible.

On suppose que les personnes mieux soignées, physiologiquement et psychologiquement stabilisées, ont moins recours aux soins.

II-4-c-3) « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » [24] :

Ce rapport d'étape rappelle que les professions de santé en France sont scindées en deux parts très distinctes :

- le corps médical dont les études durent plus de dix ans, et dont la formation se place dans un champ scientifique,
- et les paramédicaux dont la formation dure trois ans sur des domaines plus techniques (sauf les sages-femmes et les conseillers en génétique).

Il met l'accent sur le fait que l'évolution des connaissances, des technologies, associée à la modification des besoins de santé de la population et de la demande des personnes, vont engendrer des professionnels capables d'allier une pratique de suivi des patients avec une connaissance plus élaborée que celle des paramédicaux aujourd'hui.

L'exercice des professions de santé est réglementé par des normes, fixées pour protéger les citoyens et les professionnels (décret d'actes). Même si le sens persiste, la forme de ces règles freine l'évolution des types de prise en charge des personnes soignées.

Ensuite les modalités de formation des paramédicaux sont établies par des réglementations qui ne favorisent pas toujours le désir de progresser des individus et la volonté de coopérer dans les équipes.

Ce rapport propose la mise en place de nouveaux métiers (en partie pour les infirmiers et infirmières) et leur mise en œuvre immédiate s'il existe une volonté politique nationale.

II-4-d) Synthèse : la Recommandation HAS d'Avril 2008 [25] :

La Recommandation s'intitule « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professions de santé ?».

Elle s'appuie sur :

- les évaluations quantitative et qualitative des expérimentations [26, 27]

- l'enquête lancée par l'HAS sur son site web entre mai et décembre 2007 sur les pratiques actuelles de coopération (334 témoignages recueillis). Enquête qui souligne l'intérêt des professions de santé pour le partage de compétences et qui révèle des pratiques de coopération relativement répandues, mais, parfois à la limite des pratiques officiellement autorisées [28].

- les travaux menés par les trois groupes d'expertise sur les facteurs déterminants évoqués précédemment (le cadre juridique, la formation, et le contexte économique et organisationnel).

- la consultation publique sur le projet de recommandation. Elle a permis à tous les professionnels qui se sentaient concernés par ce projet de s'exprimer. Ainsi 218 réponses ont été intégrées à la version finale de la recommandation.

Ce rapport conclut que les NFC constituent une réelle opportunité d'évolution du système de santé.

Même si l'on ne peut pas s'attendre à une diminution immédiate des dépenses de santé, en raison des besoins en formation, on envisage une amélioration de la qualité de prise en charge des patients. Et c'est l'objectif premier et essentiel en termes d'efficience de notre système de santé.

Les NFC représentent aussi une opportunité de rendre des professions, notamment paramédicales plus attractives ; celles-ci pourraient disposer de possibilités d'évolution de carrière, tout en conservant leur activité primordiale (soins infirmiers, rééducation ou domaine médico-technique).

L'exercice pluri-professionnel, auquel les NFC font appel, peuvent contribuer à **rétablir l'attractivité de l'exercice médical libéral** qui pâtit aujourd'hui du caractère individuel et isolé des conditions d'exercice.

Cependant, les nouvelles formes de coopération se heurtent à des freins importants liés aux modalités de formation et au cadre d'exercice des professions de santé.

En effet des modifications structurelles apparaissent souhaitables.

Cette recommandation propose donc:

- de revoir 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 à travers des perspectives de carrière et une meilleure rémunération;
- de mettre en place un dispositif accompagnant ces NFC pour en garantir l'intérêt et leur qualité.

Cette recommandation met en avant les intérêts et avantages de ces nouvelles formes d'exercice et plaide pour une véritable politique de coopération entre professionnels de santé.

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

II-4-e) La loi HPST du 21 juillet 2009 dite loi « BACHELOT » :

A la suite de ces travaux, l'article 51 (art.L.4011-1) de la loi du 21 Juillet 2009 appartient désormais au code de la santé publique et sort les coopérations entre professionnels de santé du cadre expérimental.

Cette loi autorise les professionnels de santé de spécialités différentes, dont un médecin, à s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet de transférer, entre eux, des activités ou des actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des

patients.

L'arrêté du 31 décembre 2009 prévoit que les promoteurs soumettent leur projet à l'Agence Régionale de Santé (= ARS), laquelle vérifie que le protocole répond à un besoin de santé constaté au niveau régional. Il doit préciser l'objet et la nature de la coopération, le lieu d'exercice et le champ d'intervention des professionnels concernés.

Ce protocole est défini dans le décret n° 2010-904 du 2 août 2010 :

- objectifs du protocole
- population concernée
- modalités d'organisation
- compétences requis des professionnels
- éléments d'évaluation du programme
- sources provisionnelles de financement.

Il est confirmé par l'article L.4011-2 du code de Santé Publique.

L'initiative des protocoles de coopération appartient aux professionnels de santé.

Dans un second temps, les protocoles retenus par l'ARS sont adressés à l'HAS pour être analysés, au regard de critères qui doivent être précisés par arrêté.

Et après avis conforme de l'HAS, le directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. (Un guide méthodologique à l'élaboration d'un projet est sorti en Juillet 2010 : *Le guide méthodologique « Élaboration d'un protocole de coopération - Article 51 de la loi HPST »)* [19].

Les professionnels s'engagent ensuite pendant douze mois à suivre sa mise en œuvre.

II-4-f) Des pistes pour avancer : les Nouveaux Métiers en Santé : (Rapport HAS Janvier 2011) [29]

II-4-f-1) Influence des expériences étrangères :

De nombreux pays ont organisé leur système de soins selon des coopérations entre différents professionnels de santé. Pour les pays anglo-saxons, ce mode de travail dans le domaine des soins primaires est devenue une pratique courante, et ce depuis les années 1960.

- Les prémices:

- Au Canada : la première ébauche était en 1969, avec P. JONES [30] qui décrivait l'introduction d'un professionnel infirmier et la faisabilité d'un transfert de tâches du médecin vers l'infirmière, ainsi que l'impact sur la charge de travail des médecins généralistes.

- Amérique du Nord : En 1977, Rs LAWRENCE et Gh DE FRIESE montraient, dans une étude réalisée auprès de tous les médecins généralistes de Caroline du Nord un réel souhait d'inclure au sein de leurs cabinets une « nurse practitioner » ou infirmière praticienne afin d'expérimenter ce concept de la délégation de tâches [31].

En 1979, la délégation de tâches devient plus courante aux Etats-Unis mais essentiellement pour les tâches nécessitant pas ou peu de supervision, c'est-à-dire des tâches non médicales. On parle alors surtout de « physician's assistant » ou auxiliaires médicales [32].

Depuis les années 80, ces formes de coopération ont continué à s'installer progressivement dans les pays anglo-saxons.

- Apparition des nouveaux métiers de la santé à l'étranger:

La plupart des pays ont les mêmes objectifs que notre système de soins actuellement :

- améliorer l'accès aux soins dans un contexte de démographie médicale difficile.
- délivrer une offre de soins suffisante en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques.
- parvenir à une réorganisation du système de soins pour que celui-ci soit efficace et rentable.

En quelques années, se met alors en place une nouvelle organisation du travail dans le domaine des soins primaires, de la prise en charge des pathologies chroniques et dans la promotion de la santé.
Après modification de la législation, de la réglementation professionnelle, mais aussi après la réforme des études pour les professions paramédicales, apparaissent des nouveaux métiers avec des spécificités selon les pays.
Les pays anglo-saxons restent les précurseurs (Etats-Unis, Canada et Royaume-Uni).

Au Royaume-Uni : les *« Counseling Nurse Practitioner »* ont constitué une **véritable solution à la diminution des services médicaux dans les secteurs isolés**. Et grâce à la réforme du National Health Service (NHS) elles effectuent maintenant des actes qui étaient normalement réservés aux médecins ; lesquels sont encadrés par des protocoles précis (diagnostics, prescription et traitement des problèmes de santé courants) [2].

Selon les pays, le niveau de formation exigé peut varier. Le plus souvent c'est le niveau MASTER qui est requis. Parfois, il doit être complété par de la pratique clinique comme au Royaume-Uni pour les Infirmières cliniciennes spécialisées, voire nécessiter le niveau doctorat pour les Infirmières consultantes « expertes » dans un domaine. Pour d'autres pays le niveau licence suffit (Chypre).

D'autres modalités d'exercice diffèrent, comme le droit de prescription des IDE praticiennes:

- certaines le font de façon autonome mais encadrée par les lois et leurs formations comme au Royaume-Uni, Canada et en Irlande,
- d'autres peuvent prescrire un nombre limité de médicaments comme en Australie et en Finlande
- et parfois, elles n'en ont pas le droit comme à Chypre.

(Les expériences internationales sont résumées dans l'Annexe n°6)

- Possibilités de « pratiques avancées » en France :

Précisions sur les termes utilisés :

- **Expertise**: c'est la compétence que l'on possède lorsqu'on a une connaissance approfondie dans un domaine donné. Sur le plan professionnel, cela correspond à une somme de savoirs et d'expériences.

  L'acteur de santé est capable de comprendre, d'évaluer et de donner des réponses à des situations complexes.

- **La spécialisation**: elle requiert une formation délivrant un diplôme. En France, par exemple trois spécialisations existent pour les IDE: la puériculture, le bloc opératoire et l'anesthésie.

- **La pratique avancée** : elle renvoie au domaine de la pratique clinique mais se distingue de la pratique habituelle.
  Selon le Conseil International des Infirmières (= CII), cela signifie qu'il s'agit d': *« Une infirmière diplômée, qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer ».*

En comparaison avec les expériences étrangères on s'aperçoit que tous les pays s'orientent vers une seule voie, celle d'allier les compétences spécifiques de chacun au sein d'une collaboration efficace.

La mise en place de ces Nouveaux Métiers de la Santé en France doit se faire dans les meilleures conditions qui soient.

La mission de Janvier 2011 présidée par le Pr BERLAND a procédé à l'audition de nombreux professionnels de toutes catégories (employeurs, représentants syndicaux et association de patients) pour dresser un cadre au sein duquel les « Nouveaux Métiers de la Santé » constitueraient un réel avantage pour notre système de santé.

Ce rapport suggère donc plusieurs propositions reposant sur quatre piliers :

- Une priorité : mettre en place **une politique modernisée** des ressources humaines en santé ; penser selon la logique suivante : besoin **->** activités **->** compétences **->** métier **->** formation **->** diplôme.

- Une nouveauté : **créer des professions de santé de niveau intermédiaire**, dans les domaines suivants : premier recours, maladies chroniques, cancer, vieillissement et personnes âgées, **en relais** du médecin.
  Ces nouveaux métiers doivent découler de métiers paramédicaux préexistants sans être redondants. Et ils doivent avoir des responsabilités identifiées.
  Il faut alors valoriser les parcours professionnels, avec, entre autre, une rémunération qui découle des responsabilités supplémentaires et des compétences accrues requises.

- Une méthode : adopter un système rigoureux de validation ; avec mise en place de programmes nationaux (c'est à dire extension de ce que prévoit l'article 51 de la loi HPST à l'échelle locale).

- Une nécessité : intégrer les formations à l'enseignement supérieur, pour ces « Nouveaux Métiers en Santé » on peut envisager l'obtention d'un niveau master associé à une valorisation des acquis et de l'expérience (VAE) et d'une formation universitaire professionnalisante.

Toutes ces propositions ont pour unique but (très ambitieux) de lutter contre la désertification médicale, pour répondre aux attentes de la population, à un coût « supportable » pour la collectivité nationale.

A ce stade, on s'aperçoit que les pouvoirs publics voient en ces Nouvelles Formes de Coopération (=NFC) une réelle possibilité de répondre à ce problème de démographie médicale.

Mais depuis maintenant dix ans que les premiers rapports sont sortis, les pouvoirs publics élaborent encore des textes pour définir au mieux le cadre dans lequel les Nouveaux Métiers de la Santé doivent s'exercer.

Pourquoi autant de temps ? Les professionnels sont-ils informés de tous ces textes ? Sont-ils réticents à travailler en collaboration ? Si non, qu'envisagent-ils de déléguer à un paramédical ? Dans quelles conditions ? Et dans quelles structures ?

Toutes ces questions font l'objet principal de l'enquête de cette thèse.

Quelle est l'opinion des Médecins Généralistes de la Charente, département particulièrement affecté par cette « crise démographique médicale» ?

III- MATÉRIEL ET MÉTHODE:

Pour connaître l'opinion générale sur ce partage des compétences, nous avons choisi de réaliser une enquête transversale descriptive auprès des médecins généralistes de la Charente, entre le 1er Juin 2012 et le 31 Juillet 2012.

III-1) Les critères d'inclusion :

Les médecins concernés étaient :

- tous les médecins généralistes du département de la Charente,
- exerçant en libéral
- seuls ou en groupe, ou en maison médicale.

III-2) Les critères d'exclusion :

Les médecins généralistes travaillant à l'hôpital et les médecins généralistes de formation ne pratiquant plus la médecine générale mais d'autres spécialités telles que l'angiologie, la mésothérapie, l'acupuncture.
Les médecins remplaçants n'étaient pas inclus dans l'étude.

III-3) Le questionnaire : (cf annexe n°8)

III-3-a) Elaboration du questionnaire :

Il a été réalisé par informatique, sous format pdf, pour que les médecins généralistes n'aient plus qu'à cocher les réponses avant de le renvoyer par mail.

Questionnaire exhaustif composé en trois parties :

- La première concernant le profil des médecins généralistes : âge, sexe, lieu d'exercice, nombre d'année d'exercice, le type d'exercice (seul ou à plusieurs), s'ils connaissaient des formes de coopération, et s'ils les utilisaient au sein de leur cabinet.

- La deuxième partie consistait à leur proposer des formes de coopération afin de savoir s'ils les accepteraient.

  Il était précisé au début de cette partie que la délégation de tâches se faisait dans l'hypothèse où le paramédical possédait une compétence élargie, et où celui-ci exerçait au sein du cabinet du médecin et donc sous sa responsabilité.

  La liste des actes a été réalisée à partir des données de la littérature, d'expériences étrangères, mais aussi à partir d'études qui ont été faites pour les thèses du Dr Christophe PAUL en Février 2006 et du Dr Delphine MARQUISET en Décembre 2007 [33, 34].

  Les médecins avaient par ailleurs la possibilité de proposer d'autres activités.

  Au sein de cette même partie, deux grands axes font l'objet de possibles délégations de tâches : la promotion de la santé et la prise en charge de pathologies chroniques.

- La troisième et dernière partie concernait surtout l'opinion des médecins généralistes sur :
  - le moyen de communication adapté à ces formes de coopération
  - l'endroit adapté pour une bonne faisabilité
  - le mode de rémunération qui conviendrait
  - les critères de recrutement du paramédical
  - leurs principales craintes vis à vis de ces nouvelles formes de coopération.

Le questionnaire a été testé par quatre médecins généralistes de la Vienne pour voir s'il y avait des questions mal formulées et/ou des erreurs et pour évaluer le temps mis par les médecins pour le remplir ; soit 8 minutes en moyenne.

La plupart des réponses se faisaient par OUI ou NON, seule la partie sur le profil des médecins était à compléter par écrit, tout comme les deux dernières questions du questionnaire sur les critères de recrutement du paramédical et les craintes des médecins.

Les nom et prénom apparaissaient dans les questionnaires mais seulement pour éviter des doublons lors du recueil de données, ils n'apparaissent pas dans l'étude.

III-3-b) Distribution du questionnaire :

Nous avons décidé d'envoyer le questionnaire par mail.

Pour obtenir les coordonnées des médecins, nous avons contacté le Conseil de l'Ordre du département.
Selon le Conseil de l'Ordre de la Charente 309 médecins généralistes sont inscrits.
Ne sont pas compris, les médecins remplaçants et les médecins généralistes hospitaliers.

Le Conseil de l'Ordre nous a confirmé n'avoir que 152 adresses mail.
Pour des raisons de confidentialité les adresses mail n'ont pas pu nous être communiquées.

Pour essayer d'avoir un maximum d'adresses mail, nous avons fait appel au Centre Hospitalier d'Angoulême.
Par l'intermédiaire de leur service communication, nous avons obtenu un annuaire des coordonnées de l'ensemble des médecins généralistes de la Charente ; à jour seulement de Novembre 2011.
Il comportait 322 noms avec 173 adresses mail.

Le questionnaire a été envoyé par mail le 31 Mai 2012 en tant que pièce jointe à un courriel (cf Annexe n°7).
Après ce premier envoi plusieurs adresses mail se sont révélées erronées.
Au total 150 adresses mail étaient exploitables.

Une relance a été effectuée une fois par semaine tout au long du mois de Juin. Et une dernière relance par le biais du Conseil de l'Ordre a été effectuée le 2 Juillet 2012.

Afin d'obtenir un maximum de réponses, nous avons fait parvenir le questionnaire par voie postale pour les médecins dont nous n'avions pas d'adresse mail et pour ceux dont l'adresse était erronée.

Le 21 juin 2012, 120 courriers postaux ont été envoyés.
Ces derniers comprenaient le même courrier explicatif de l'objet de la thèse que par mail avec le questionnaire imprimé et une enveloppe pré-timbrée avec mon adresse.

Au total, 270 médecins généralistes ont été sollicités pour cette étude.
Mi-juillet une relance téléphonique a été effectuée. Malheureusement il s'agit d'une période où beaucoup de médecins partent en vacances et sont donc difficilement joignables.
Au cours des appels, il est apparu que 12 d'entre eux n'exerçaient plus.

III-4) Pour l'analyse des résultats :

Pour l'analyse des résultats, nous avons fait appel à un interne de santé publique, recommandé par le Professeur INGRAND du CHU de Poitiers.
Il a utilisé un logiciel de statistique appelé ***SAS.9.2.***

Nous voulions étudier plusieurs paramètres afin de voir s'ils pouvaient constituer des facteurs influençables de l'opinion des médecins, tels que l'âge, le sexe, le lieu d'exercice ou encore le mode d'exercice.
Sur ses conseils, pour obtenir des échantillons au moins supérieurs à 10, le département a été divisé de façon arbitraire en trois secteurs : Nord, Centre et Sud pour avoir des comparaisons au mieux « significatives ».
Pour le facteur de l'âge, compte tenu d'un faible effectif des jeunes médecins, il a été décidé de faire deux groupes :

- ceux ayant moins de 50 ans que l'on appellera « Jeunes »
- et ceux de plus de 50 ans que l'on appellera « Ainés »

Ensuite pour évaluer l'opinion des médecins généralistes, nous avons décidé de faire trois groupes.

Nous avons considéré les médecins comme :

- **« pour** » : ceux qui obtenaient un score de réponses positives à plus de 60% des items
- **« partagé »** : ceux qui obtenaient un score de réponses positives entre 40 et 60% des items
- **« contre »** : ceux qui obtenaient un score de réponses positives inférieures à 40% des items.

Pour l'ensemble de l'analyse des résultats, nous avons eu recours à des tests de type Chi2 lorsque les effectifs étaient suffisants ; et dans les cas contraires des tests de Fisher ont été réalisés.

IV- RESULTATS:

IV-1) Caractéristiques de la population étudiée :

IV-1-a) Taux de réponse :

L'étude s'est déroulée entre Juin et Juillet 2012 et nous a permis d'obtenir **85 réponses** exploitables sur les 270 médecins sollicités. Soit un taux de réponses de **31,5%**.
Parmi ces réponses, 52 d'entre elles ont été obtenues par courrier papier, soit 61%, et 33 ont été reçues par mail soit 39% des réponses.
Notre étude a donc un taux de réponse de 21% pour le questionnaire envoyé par mail et 42,5% pour le questionnaire envoyé par voie postale.

La relance téléphonique a permis de voir que 12 médecins n'exerçaient plus, 7 pratiquaient une autre discipline, 28 ont refusé de répondre, et 15 étaient en vacances.
Trois réponses ont été reçues après la période de l'étude et n'ont pas été incluses.

IV-1-b) Profil des médecins généralistes:

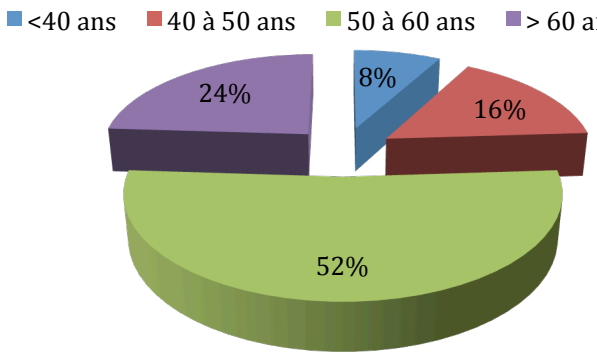
Figure n°12:

	Sexe		Mode d'exercice		Maitre de stage		FMC		Syndiqué		Débordé	
	Homme	**Femme**	**Libéral**	**Mixte**	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**
Effectif	63	22	73	12	23	62	71	14	26	59	44	41
Pourcentage sur l'échantillon	74%	26%	86%	14%	27%	73%	84%	16%	31%	69%	52%	48%

Dans notre étude, le profil du médecin répondeur est de sexe masculin, exerçant en libéral exclusivement, n'étant pas maître de stage ni syndiqué, suivant les Formations Médicales Continues et ressentant parfois le sentiment d'être débordé dans son activité.

IV-1-c) Age des médecins généralistes:

***Figure 13:* Age des médecins ayant participé à l'étude**



Dans notre étude :

Figure n°14:

Analysis Variable : Age Age

N	Mean	Std Dev	Median	Minimum	Maximum
85	53.4235294	8.4675522	55.0000000	31.0000000	65.0000000

- L'âge moyen est de 53,42 ans, avec un écart type de 8,5 années.
- Le plus jeune praticien est âgé de 31 ans.
- Le plus vieux praticien est âgé de 65 ans.

La population médicale de notre étude est **plus âgée que la moyenne nationale** qui est, rappelons-le de 51 ans ; il faut aussi noter une proportion supérieure à 75%, des médecins ayant plus de 50 ans.

L'âge moyen de notre échantillon correspond à celui de l'étude du CNOM de juin 2011.

- En moyenne, les médecins ayant participé à l'étude travaillent 52,15 heures par semaine avec un écart type de 9,39 heures. Le médecin qui travaille le moins effectue 30 heures par semaine et celui qui travaille le plus fait 80 heures par semaine.

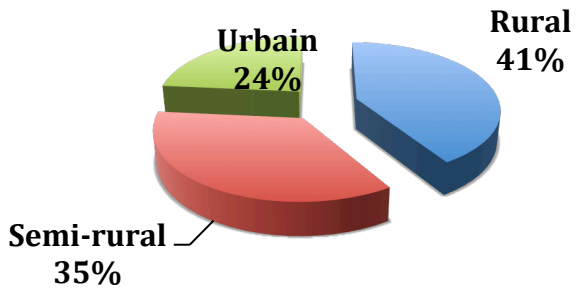
Figure n°15:

Analysis Variable : Horaires_hebdomadaires Horaires hebdomadaires

N	Mean	Std Dev	Median	Minimum	Maximum
85	52.1529412	9.3878162	50.0000000	30.0000000	80.0000000

IV-1-d) Lieu d'exercice des médecins généralistes ayant participé à l'étude :

Figure 16: Lieu d'exercice des médecins ayant participé à l'étude.



Dans notre étude :

- 35 Médecins travaillent en milieu rural (ville de moins de 5 000 habitants)
- 30 Médecins travaillent en milieu semi-rural (entre 5 000 et 10 000 habitants)
- 20 Médecins travaillent en milieu urbain (plus de 10 000 habitants)

IV-1-d-1) Répartition dans le département selon leur lieu d'exercice.

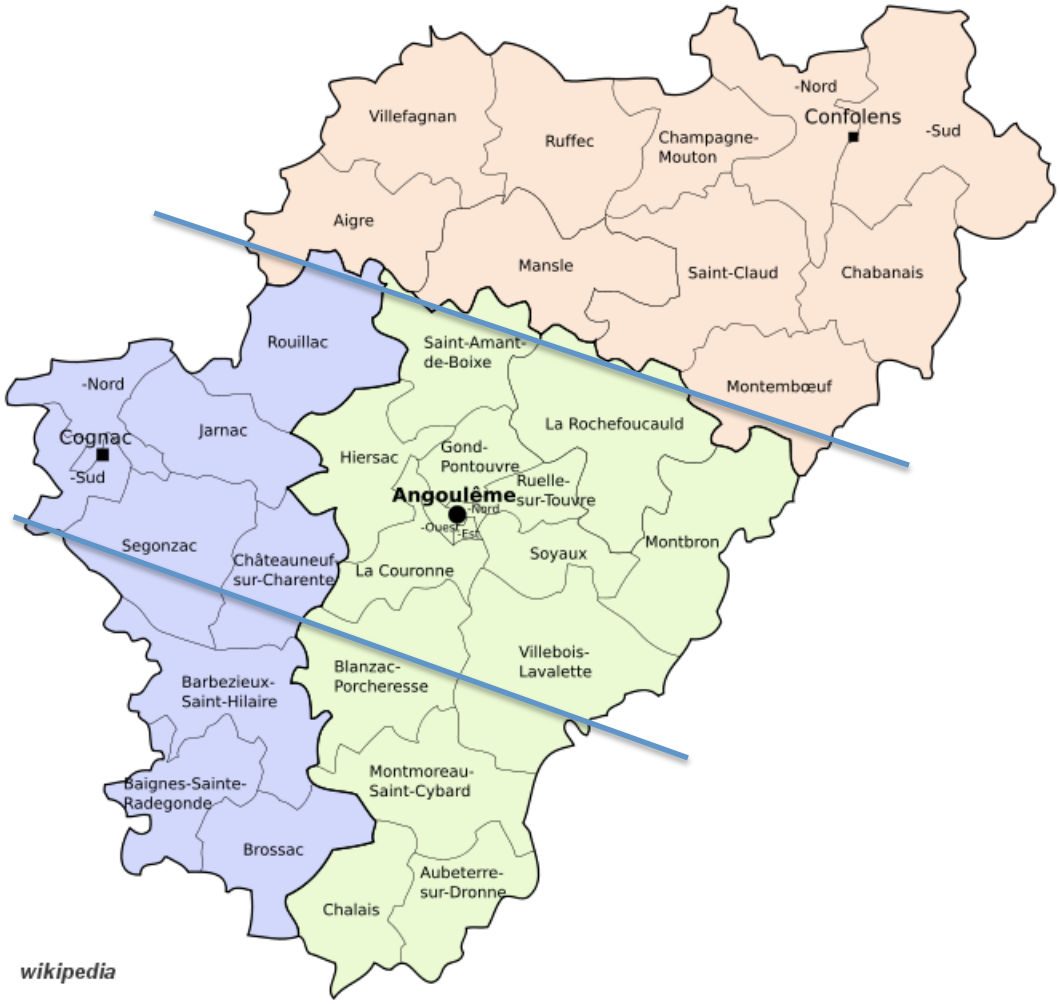
Selon la sectorisation expliquée précédemment, la répartition des médecins ayant participé à notre étude est inégale au sein du département:

- Le Nord Charente comprend 16 médecins répondeurs, soit 19% de l'échantillon. Et tous exercent en milieu rural.

- Le Centre de la Charente regroupe 58 médecins répondeurs, soit 68% de l'effectif total. Cela s'explique par la présence des villes de Cognac et d'Angoulême appartenant à ce secteur. La répartition selon le mode d'exercice est assez homogène, 26% en milieu rural, 40% en semi rural et 34% en urbain.
- Le Sud Charente comprend 11 médecins répondeurs, soit 13% de l'échantillon. Dans cette localité les médecins ont un exercice soit rural pour 36% d'entre eux, et semi urbain pour une grande majorité 64% et il n'y a pas d'exercice urbain.

Cette répartition nous permet d'obtenir trois secteurs distincts avec le Nord Charente où prédomine un exercice rural, un Centre mixte avec tous les lieux d'exercice représentés et le Sud à prédominance semi urbaine.

Figure n°17: Secteurs d'exercice des médecins ayant répondu au questionnaire.



IV-1-d-2) Répartition dans le département selon le sexe.

On s'aperçoit que 77% des femmes sont installées dans le centre, contre seulement 9% dans le Nord et 14% dans le sud. Probablement parce que les femmes choisissent plus souvent un exercice à plusieurs et non loin de zones urbaines. Or le Centre comprend les villes d'Angoulême et Cognac.

Les hommes, eux, sont répartis à 65% dans le centre, à 22% dans le Nord et c'est dans le sud où ils sont le moins nombreux avec 13%.

IV-1-d-3) Répartition dans le département selon leur âge.

Les médecins de moins de 40 ans sont pour 57% d'entre eux dans le centre, et 43% dans le Sud. Aucun dans le Nord.

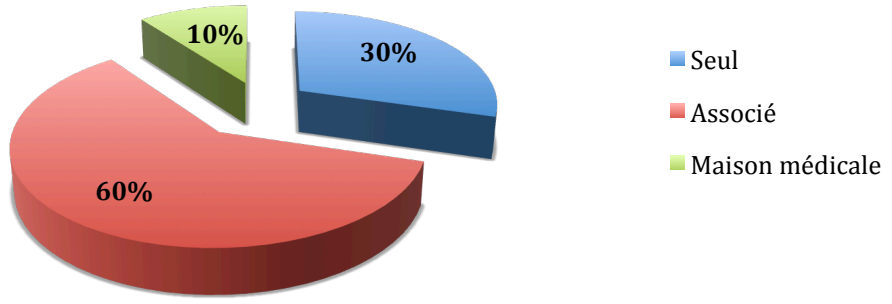
Les médecins entre 40 et 50 ans sont en grande majorité à 86% dans le Centre et à 14% dans le Nord. Aucun dans le Sud.

Les médecins entre 50 et 60 ans sont répartis selon une distribution similaire à celle de l'échantillon global avec 62% dans le Centre, 27% dans le Nord et 11% dans le Sud.

Les médecins de plus de 60 ans, sont la plupart dans le centre avec 75% de l'effectif, 10% dans le Nord et 15% dans le Sud.

IV-1-e) Mode d'exercice des médecins généralistes répondeurs:

***Figure n°18:* Mode d'exercice des médecins**

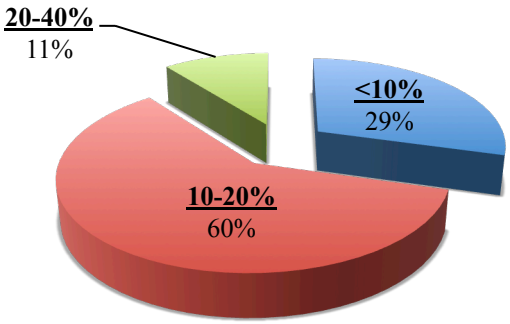


Dans notre étude :

- 26 Médecins travaillent seuls
- 50 Médecins travaillent en association
- 9 Médecins travaillent dans le cadre d'une maison médicale.

IV-1-f) Activité que les médecins généralistes répondeurs se voient déléguer.

***Figure n°19:* Pourcentage d'activité déléguée**



Existe-il des facteurs influençant ce choix ?

IV-1-f-1) Influence du lieu d'exercice :

Figure n°20:

Part_de_la_d_l_gation(Part de la délégation)
Rural(Rural)

Frequency / Percent / Row Pct / Col Pct	Rural	Semi-urbain	Urbain	Total
Déléguer 10 à 20 %	20	17	14	51
	23.53	20.00	16.47	60.00
	39.22	33.33	27.45	
	57.14	56.67	70.00	
Déléguer 20 à 40 %	2	5	2	9
	2.35	5.88	2.35	10.59
	22.22	55.56	22.22	
	5.71	16.67	10.00	
Déléguer<10%	13	8	4	25
	15.29	9.41	4.71	29.41
	52.00	32.00	16.00	
	37.14	26.67	20.00	
Total	35	30	20	85
	41.18	35.29	23.53	100.00

Fisher's Exact Test

Table Probability (P)	9.471E-04
Pr <= P	0.4856

Une majorité de médecins seraient prêts à déléguer 10 à 20% de leur activité : 51 médecins répondeurs, soit 60%. La répartition de ces médecins selon leur lieu d'exercice suit celle de l'échantillon global : 39% exercent en milieu rural, 33% en semi urbain et 28% en urbain.

Vingt-cinq médecins seraient prêts à déléguer moins de 10% de leur activité. La tendance qui se dégage de ce test est que 52% des médecins qui délèguent moins de 10% de leur activité exercent en milieu rural contre 16% exerçant en milieu urbain, et 32% pour le milieu semi urbain.

Nous pouvons supposer que **les médecins exerçant en milieu rural sont ceux qui délègueraient le moins.**

Neuf médecins, soit 11% de l'échantillon global délègueraient 20 à 40% de leur activité. Parmi eux 56% exercent en milieu semi urbain, et 22% d'entre eux exercent en milieu rural et urbain.

Aucun médecin ne souhaitait déléguer 50%, voire plus, de son activité.

IV-1-f-2) Influence du sentiment d'être débordé éprouvé par les médecins :

Le pourcentage de délégation est-il influencé par le sentiment d'être débordé ressenti par les médecins ?

Figure n°21 :

Part_de_la_d_l_gation(Part de la délégation)
D_bord_(Débordé)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Non	Oui	Total
Déléguer 10 à 20	24	27	51
%	28.24	31.76	60.00
	47.06	52.94	
	58.54	61.36	
Déléguer 20 à 40	3	6	9
%	3.53	7.06	10.59
	33.33	66.67	
	7.32	13.64	
Déléguer<10%	14	11	25
	16.47	12.94	29.41
	56.00	44.00	
	34.15	25.00	
Total	41	44	85
	48.24	51.76	100.00

Fisher's Exact Test

Table Probability (P)	0.0271
Pr <= P	0.5321

Sample Size = 85

Parmi la population de médecins qui se sent débordée, on voit que les médecins délèguent selon les mêmes proportions que dans la population globale : 25% moins de 10% de leur activité, 61% entre 10-20%, et 14% entre 20 et 40% de leur activité.

Mais, parmi la population des médecins qui délèguent le plus, à savoir entre 20 et 40% de leur activité, alors on s'aperçoit que 67% de ces médecins se sentent débordés.

Donc nous pouvons penser que **les médecins qui ont le sentiment d'être débordé auraient tendance à déléguer une plus grande partie de leur activité.**

IV-1-f-3) Influence de l'âge et du sexe :

Il n'y a pas de différence significative entre les médecins « jeunes » et ainés » qui délèguent dans les mêmes proportions. Il en est de même pour le sexe des médecins qui n'influence pas le pourcentage d'activité qu'ils acceptent de partager.

IV-1-f-4) Influence selon le mode d'exercice :

Figure n°22:

Part_de_la_d_l_gation(Part de la délégation)
Type_d_exercice(Type d'exercice)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Exercice associé	Exercice seul	Maison médicale	Total
Déléguer 10 à 20 %	31 36.47 60.78 62.00	13 15.29 25.49 50.00	7 8.24 13.73 77.78	51 60.00
Déléguer 20 à 40 %	5 5.88 55.56 10.00	2 2.35 22.22 7.69	2 2.35 22.22 22.22	9 10.59
Déléguer<10%	14 16.47 56.00 28.00	11 12.94 44.00 42.31	0 0.00 0.00 0.00	25 29.41
Total	50 58.82	26 30.59	9 10.59	85 100.00

Fisher's Exact Test

Table Probability (P)	3.200E-04
Pr <= P	0.1205

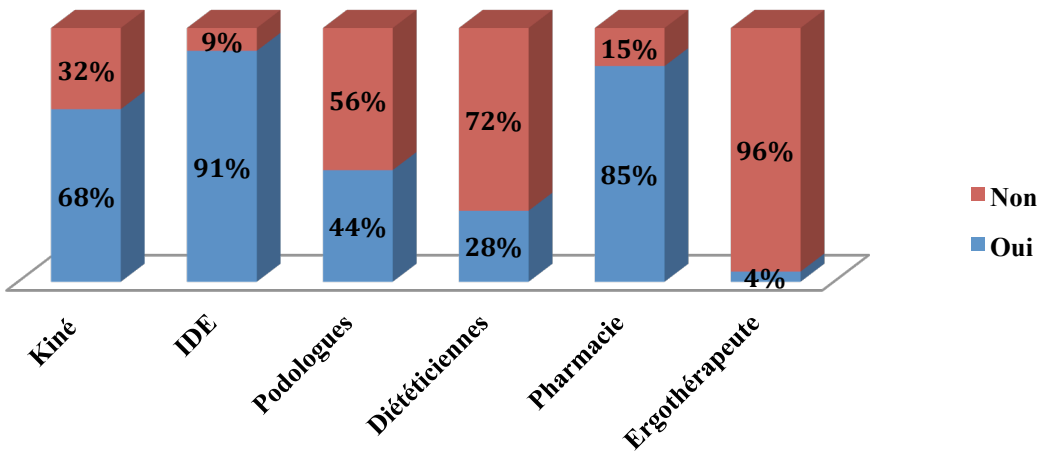
Dans ce tableau nous constatons que 60 % de l'effectif global délègueraient entre 10 et 20% de leur activité. Parmi ces médecins, l'exercice de groupe (médecins associés et maison médicale) représente 75% d'entre eux.

Au sein de la population de praticiens exerçant seul, ils sont 42% à déléguer le minimum, c'est à dire moins de 10% de leur activité ; alors qu'aucun des médecins travaillant en maison médicale ne souhaite déléguer aussi peu.

Nous pouvons donc penser que les médecins évoluant dans les maisons médicales, ou travaillant en association délèguent plus facilement et plus largement que les médecins exerçant seuls.

IV-2) Echanges avec les paramédicaux :

Figure 23: *Echanges des médecins généralistes avec les autres professions de santé.*



On s'aperçoit que les échanges avec les paramédicaux ont lieu le plus souvent avec :

- en premier, les IDE
- en second, les pharmaciens
- en troisième, les kinés
- en quatrième les podologues

Parallèlement il y a très peu d'échanges avec les diététiciens et les ergothérapeutes.

IV-3) Connaissances des médecins concernant les Nouvelles Formes de Coopération:

Figure n°24:

	Loi HPST		Connaissances sur les NFC		Déjà réfléchi à les intégrer dans votre activité		Connaissance d' ASALEE		Recours à ASALEE		Pratique de NFC	
	Oui	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**
Effectif	34	51	21	64	30	55	34	51	15	72	29	56
Pourcentage sur l'échantillon	40%	60%	25%	75%	35%	65%	40%	60%	15%	85%	33%	67%

Le profil du médecin ayant répondu à l'étude, ne connaît pas la loi HPST, ni ce que sont les NFC, et n'a donc jamais réfléchi à en intégrer.

Notre praticien ne connaît pas non plus ASALEE, n'y a donc pas recours et pratique très peu de formes de coopération.

IV-3-a) Etre syndiqué est-il un facteur favorisant les connaissances ?

Figure n°25 :

Table of Syndiqu_ by Connaissances

Syndiqu_(Syndiqué)
Connaissances(Connaissances)

Frequency / Percent / Row Pct / Col Pct	Non	Oui	Total
Non	48	11	59
	56.47	12.94	69.41
	81.36	18.64	
	75.00	52.38	
Oui	16	10	26
	18.82	11.76	30.59
	61.54	38.46	
	25.00	47.62	
Total	64	21	85
	75.29	24.71	100.00

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	3.8101	0.0509
Likelihood Ratio Chi-Square	1	3.6368	0.0565
Continuity Adj. Chi-Square	1	2.8193	0.0931
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.7653	0.0523
Phi Coefficient		0.2117	
Contingency Coefficient		0.2071	
Cramer's V		0.2117	

Selon le test de chi2 réalisé avec un p = 0,05, nous constatons que parmi les médecins syndiqués, 62% n'ont pas de connaissances sur les formes de coopération.

Au sein de la population de médecins qui ont des connaissances sur le sujet, le fait d'être syndiqué n'est pas un facteur influençant leurs connaissances puisque 52% des médecins informés ne sont pas syndiqués.

IV-3-b) Les maîtres de stage sont-ils plus souvent syndiqués?

Figure n°26:

Maitre_de_stage(Maitre de stage)
Syndiqu_(Syndiqué)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Non	Oui	Total
Non	53 62.35 85.48 89.83	9 10.59 14.52 34.62	62 72.94
Oui	6 7.06 26.09 10.17	17 20.00 73.91 65.38	23 27.06
Total	59 69.41	26 30.59	85 100.00

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	27.8767	<.0001
Likelihood Ratio Chi-Square	1	26.9142	<.0001
Continuity Adj. Chi-Square	1	25.1493	<.0001
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	27.5487	<.0001
Phi Coefficient		0.5727	
Contingency Coefficient		0.4970	
Cramer's V		0.5727	

Selon le test de chi2 réalisé avec une bonne significativité, puisque p < 0 ,001 les maitres de stage sont en grande majorité syndiqués ; pour 74% d'entre eux.
Et inversement, parmi la population de médecins syndiqués, 65% sont maîtres de stage.

Nous pouvons conclure que les maîtres de stage sont très souvent syndiqués.

IV-3-c) Le réseau ASALEE est-il plus connu par les médecins syndiqués ?

Figure n°27:

Table of Syndiqu_ by ASALEE_

Syndiqu_(Syndiqué)
ASALEE_(ASALEE)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Non	Oui	Total
Non	44 51.76 74.58 86.27	15 17.65 25.42 44.12	59 69.41
Oui	7 8.24 26.92 13.73	19 22.35 73.08 55.88	26 30.59
Total	51 60.00	34 40.00	85 100.00

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	17.0757	<.0001
Likelihood Ratio Chi-Square	1	17.2232	<.0001
Continuity Adj. Chi-Square	1	15.1479	<.0001
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	16.8748	<.0001
Phi Coefficient		0.4482	
Contingency Coefficient		0.4090	
Cramer's V		0.4482	

Selon le test de chi2 avec un p < 0,001 ; on peut dire de façon significative que le fait d'être syndiqué influence la connaissance du réseau ASALEE. Parmi les médecins connaissant ce réseau 56% sont syndiqués.

Et inversement, au sein de la population de médecins syndiqués, 73% connaissent ASALEE.

IV-3-d) Les maîtres de stage connaissent-ils mieux ASALEE?

Nous nous sommes demandés si le pourcentage de médecins syndiqués connaissant ASALEE pouvait correspondre aux médecins maîtres de stage ?

Figure n°28:

Maitre_de_stage(Maitre de stage)
ASALEE_(ASALEE)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Non	Oui	Total
Non	46 54.12 74.19 90.20	16 18.82 25.81 47.06	62 72.94
Oui	5 5.88 21.74 9.80	18 21.18 78.26 52.94	23 27.06
Total	51 60.00	34 40.00	85 100.00

Statistics for Table of Maitre_de_stage by ASALEE_

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	19.2333	<.0001
Likelihood Ratio Chi-Square	1	19.5202	<.0001
Continuity Adj. Chi-Square	1	17.1098	<.0001
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	19.0070	<.0001
Phi Coefficient		0.4757	
Contingency Coefficient		0.4296	
Cramer's V		0.4757	

Parmi les médecins maîtres de stage, 78% connaissent ASALEE, et parmi ceux qui ne le connaissent pas, 90% ne sont pas maître de stage.

Donc selon un test de chi2 significatif avec p < 0,0001 **nous pouvons conclure que les médecins maîtres de stage sont plus informés et connaissent davantage les réseaux, tel qu'ASALEE, par rapport aux autres médecins**.

Selon les résultats précédents, nous pouvons même penser que les maitres de stage qui sont le plus souvent syndiqués, sont également mieux informés sur ces NFC que les autres.

A partir du recueil des résultats, plusieurs tendances se dégagent au niveau des actes et tâches que les médecins se voient prêts à déléguer. On peut les répartir selon trois grands axes :

- promotion de la santé : avec information/conseils, éducation, dépistage
- gestes techniques
- clinique/évaluation « médicale »

IV-4) Les différentes formes de coopération envisageables

IV-4-a) Promotion de la santé :

IV-4-a-1) Information et délivrance de conseils :

Figure n°29:

	Délivrer des conseils				Expliquer les principes des thérapeutiques			
	Puéricultures		Diététiques		Asthmatiques		Diabétiques	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Effectif	81	4	83	2	60	25	61	24
Pourcentage sur l'échantillon	94%	6%	96%	4%	69%	31%	71%	29%

Au sein de l'échantillon global, seuls 2% sont contre, 20% sont partagés et 78% sont favorables.

- Influence de l'âge :

Figure n°30:

Table of Information by Cat_gorie_age

Information(Information)
Cat_gorie_age(Catégorie age)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	<50	>50	Total
Contre	0 0.00 0.00 0.00	2 2.35 100.00 3.13	2 2.35
Partagé	2 2.35 11.76 9.52	15 17.65 88.24 23.44	17 20.00
Pour	19 22.35 28.79 90.48	47 55.29 71.21 73.44	66 77.65
Total	21 24.71	64 75.29	85 100.00

Fisher's Exact Test

Table Probability (P)	0.0542
Pr <= P	0.3079

Sample Size = 85

Parmi les « jeunes », aucun d'eux n'est contre, 90% sont favorables et seuls 10% sont partagés. Dans le groupe « ainés », seuls 3% sont contre, 74% sont d'accord et ils sont plus nombreux (23%) à être partagés.

Une discrète réticence de la part des médecins « ainés » a tendance à ressortir de notre étude, en comparaison avec les « jeunes ».

- Influence du lieu d'exercice :

Le fait de travailler en milieu rural, où l'exercice est plus isolé et plus difficile, peut-il constituer un obstacle pour les médecins dans la délégation des tâches, compte tenu de leur habitude à gérer « seuls » ?

Figure n°31:

Information(Information) Rural(Rural)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Rural	Semi-urbain	Urbain	Total
Contre	1 1.18 50.00 2.86	1 1.18 50.00 3.33	0 0.00 0.00 0.00	2 2.35
Partagé	7 8.24 41.18 20.00	8 9.41 47.06 26.67	2 2.35 11.76 10.00	17 20.00
Pour	27 31.76 40.91 77.14	21 24.71 31.82 70.00	18 21.18 27.27 90.00	66 77.65
Total	35 41.18	30 35.29	20 23.53	85 100.00

Fisher's Exact Test

Table Probability (P)	0.0063
Pr <= P	0.5723

Selon le test de Fisher avec un p non significatif (p = 0,57) nous constatons que, parmi la population de médecins exerçant en milieu urbain, aucun n'y est opposé ; et la très grande majorité sont pour avec 90% de l'effectif.

En comparaison, les médecins exerçant en milieu rural, sont pour à 77% mais davantage partagés avec 20% de l'effectif. Ces proportions sont plus marquées encore au sein des médecins travaillant en milieu semi urbain avec 27% d'entre eux qui sont partagés.

Il existe bien une entrave minime à déléguer l'information des patients à un paramédical parmi les médecins exerçant en milieu rural.

IV-4-a-2) Education :

Figure n°32:

	Diététique		Sexuelle		Conduites addictives		Asthmatiques		Diabétiques		Insuffisants cardiaques		Patients VIH		Patients sous AVK	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Effectif	80	5	67	18	73	12	82	3	80	5	77	8	79	6	77	8
Pourcentage sur l'échantillon	94%	6%	79%	21%	86%	14%	95%	5%	94%	6%	88%	12%	92%	8%	91%	9%

Dans cette partie, à partir de tous les items d'éducation listés au sein du questionnaire, on s'aperçoit qu'il n'y a pas de médecins partagés.

Comme pour l'information des patients nous avons regardé si l'âge et le lieu d'exercice influaient sur cet avis.

Figure n°33:

Table of Education by Cat_gorie_age

Education(Education)
Cat_gorie_age(Catégorie age)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	<50	>50	Total
Contre	0 0.00 0.00 0.00	4 4.71 100.00 6.25	4 4.71
Pour	21 24.71 25.93 100.00	60 70.59 74.07 93.75	81 95.29
Total	21 24.71	64 75.29	85 100.00

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	0
Left-sided Pr <= F	0.3138
Right-sided Pr >= F	1.0000
Table Probability (P)	0.3138
Two-sided Pr <= P	0.5679

Sample Size = 85

Selon l'âge nous constatons comme précédemment qu'aucun médecin « jeunes » n'y est défavorable et parmi les « ainés » seulement 6% sont contre.

Mais la tendance majoritaire qui se dégage : les médecins sont **très favorables à déléguer l'éducation du patient à un paramédical avec 95% pour** et seulement 5% contre. Et ni le lieu d'exercice ni le mode d'exercice n'influencent leur opinion.

La quasi-totalité des médecins exerçant en milieu rural est favorable à 97%, à 93% en milieu semi urbain et 95% pour le milieu urbain.

IV-4-a-3) Dépistage :

Figure n°34:

	Frottis C-V		Mammo		Hémoccult		HTA		Facteurs de risque CV		Troubles cognitifs		Dénutrition		Dépression	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Effectif	60	25	79	6	79	6	64	21	61	24	73	12	74	11	43	42
Pourcentage sur l'échantillon	71%	29%	93%	7%	93%	7%	75%	25%	72%	28%	86%	14%	87%	13%	51%	49%

Dans cette partie, en reprenant l'ensemble des items de dépistage présents dans le questionnaire, on constate que 12% des médecins ayant répondu sont défavorables, seuls 7% sont partagés et une **nette majorité est prête, à 81%, à le confier à un paramédical**.

- Influence de l'âge :

Figure n°35:

D_pistage(Dépistage)
Cat_gorie_age(Catégorie age)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	<50	>50	Total
Contre	1	9	10
	1.18	10.59	11.76
	10.00	90.00	
	4.76	14.06	
Partagé	1	5	6
	1.18	5.88	7.06
	16.67	83.33	
	4.76	7.81	
Pour	19	50	69
	22.35	58.82	81.18
	27.54	72.46	
	90.48	78.13	
Total	21	64	85
	24.71	75.29	100.00

Fisher's Exact Test

Table Probability (P)	0.0639
Pr <= P	0.6222

Nous constatons qu'une plus grande majorité des médecins « jeunes » est favorable avec 90% de l'échantillon et un taux un peu plus faible de 78% pour les « ainés ».

Dans la proportion des médecins qui y sont opposés, il y a davantage de médecins de plus de 50 ans, avec un taux de 90% et seulement 10% pour les « jeunes ».
De la même façon, au sein des médecins partagés, il existe une prédominance des médecins « ainés » avec 83% de l'effectif ; mais avec un faible effectif de médecins partagés.

Nous pouvons encore noter une discrète réticence chez les médecins « ainés » en comparaison avec les « jeunes ».

- Influence du lieu d'exercice :

Selon le test de Fisher avec p= 0,74 ;
Les médecins qui travaillent en milieu rural sont en partie favorables à 74%, mais dans une proportion plus faible que les médecins exerçant en milieu semi urbain, qui sont d'accord à 83% et encore inférieure aux médecins exerçant en urbain, partisans de ce dépistage à 90%.

Notre étude montre que les médecins sont prêts à déléguer le dépistage aux paramédicaux à 81% et parmi les personnes défavorables, nous retrouvons davantage de médecins exerçant en milieu rural, avec un taux de 60%.

De la même façon, au sein de la population de médecins ayant un avis partagé, la moitié sont des médecins « ruraux », 33% sont des praticiens exerçant en milieu semi urbain et seulement 17% travaillent en zone urbaine.

Nous pouvons penser que les médecins exerçant en milieu rural ont plus de difficultés à déléguer le dépistage.

IV-4-b) Gestes techniques :

On a regroupé deux items dans cette partie (résumés dans le tableau suivant) :

Figure n°36:

	Réalisation de vaccins		Mesure du DEP	
	Oui	Non	Oui	Non
Effectif	63	22	73	12
Pourcentage sur l'échantillon	74%	26%	85%	15%

- Influence de l'Age :

Selon le test de Fisher avec p = 0,26 :

Figure n°37:

Gestes_techniques1(Gestes techniques1)
Cat_gorie_age(Catégorie age)

Frequency / Percent / Row Pct / Col Pct	<50	>50	Total
Contre	1	3	4
	1.18	3.53	4.71
	25.00	75.00	
	4.76	4.69	
Partagé	4	23	27
	4.71	27.06	31.76
	14.81	85.19	
	19.05	35.94	
Pour	16	38	54
	18.82	44.71	63.53
	29.63	70.37	
	76.19	59.38	
Total	21	64	85
	24.71	75.29	100.00

Fisher's Exact Test

Table Probability (P)	0.0341
Pr <= P	0.2637

Nous avons une forte proportion de médecins « jeunes » favorables à 76% de l'échantillon, cette proportion n'est que de 59% pour l'échantillon des « ainés ».

Dans la population des médecins « contre », on constate encore qu'il y a davantage de médecins de plus de 50 ans, avec un taux de 75%.
Il en est de même pour les médecins « partagés », il existe une prédominance des praticiens « ainés » avec 85% de l'effectif.

Nous notons un petit obstacle à la délégation de gestes techniques venant encore des médecins « ainés ».

- Lieu d'exercice :

Selon le test de Fisher avec p non significatif (p = 0,16) ;
On s'aperçoit que les médecins exerçant en milieu rural et urbain sont prêts à le déléguer dans les mêmes proportions avec respectivement 74 et 70%. Alors que les médecins travaillant en milieu semi urbain sont partagés à 47%, et contre à 7%. Ils y sont favorables pour seulement 47% d'entre eux.

Il n'y aurait donc **pas d'influence du lieu d'exercice sur le choix de confier des gestes techniques à des paramédicaux.**

IV-4-b) Clinique et évaluation médicale :

Dans cette partie nous avons regroupé les items suivants :

Figure n°38:

	Prescriptions						Surveillance clinique									
	Bilans métaboliques		Sérologies		Vaccins		Carnet diabétique		Complications du diabète		Insuffisants cardiaques		Patients VIH		Patients sous AVK	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Effectif	57	28	52	33	51	34	75	10	55	30	37	48	77	8	50	35
Pourcentage sur l'échantillon	67%	33%	61%	39%	60%	40%	88%	12%	65%	35%	44%	56%	88%	12%	58%	42%

A noter que la prescription du PSA a été retiré car il ne fait désormais plus partie d'un dépistage de masse.

IV-4-c-1) Prescription :

Concernant cet item, les médecins répondeurs sont soit favorables à 69%, ou opposés à 31% mais il n'y a pas de médecin partagé.

- Influence de l'âge :

Figure n°39:

Prescriptions(Prescriptions)
Cat_gorie_age(Catégorie age)

Frequency / Percent / Row Pct / Col Pct	<50	>50	Total
Contre	2	24	26
	2.35	28.24	30.59
	7.69	92.31	
	9.52	37.50	
Pour	19	40	59
	22.35	47.06	69.41
	32.20	67.80	
	90.48	62.50	
Total	21	64	85
	24.71	75.29	100.00

Statistics for Table of Prescriptions by Cat_gorie_age

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	5.8287	0.0158
Likelihood Ratio Chi-Square	1	6.7915	0.0092
Continuity Adj. Chi-Square	1	4.5855	0.0322
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	5.7601	0.0164
Phi Coefficient		-0.2619	
Contingency Coefficient		0.2533	
Cramer's V		-0.2619	

Il existe **une différence significative, p = 0,01** dans ce test de chi2, entre les « jeunes » médecins et les médecins « ainés ».

Parmi les praticiens défavorables, les « ainés » constituent 92% de l'effectif et donc seulement 8% pour les « jeunes ».

Dans la population des « jeunes » médecins, ils sont 90% à être prêts à le déléguer. Cette proportion n'est que de 62,5% au sein des médecins « ainés ».

Un « jeune » médecin se voit donc davantage déléguer les prescriptions médicales évoquées précédemment qu'un médecin « ainé ».

➢ En fonction du lieu d'exercice :

Figure n°40:

Table of Prescriptions by Rural

Prescriptions(Prescriptions)
Rural(Rural)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Rural	Semi-urbain	Urbain	Total
Contre	11	10	5	26
	12.94	11.76	5.88	30.59
	42.31	38.46	19.23	
	31.43	33.33	25.00	
Pour	24	20	15	59
	28.24	23.53	17.65	69.41
	40.68	33.90	25.42	
	68.57	66.67	75.00	
Total	35	30	20	85
	41.18	35.29	23.53	100.00

Selon un test du chi2, non significatif avec p> 0,05 (p= 0,81), on voit que :

- Parmi les médecins défavorables, la proportion des praticiens exerçant en milieu rural est la plus importante avec un taux de 42%. Elle est sensiblement la même pour le milieu semi urbain avec 39% et cette proportion n'est que de 19% pour les médecins exerçant en milieu urbain.

- Parmi les praticiens travaillant en milieu rural 31% sont défavorables ; comme pour les praticiens exerçant en milieu semi urbain avec 33% d'opposants. Mais pour ceux du milieu urbain le taux de médecins contre, descend à 25%.

Nous pouvons donc penser que les médecins exerçant en milieu urbain sont davantage prêts à confier la prescription des bilans de dépistage.

IV-4-c-2) Surveillance clinique :

On entend par surveillance clinique, par exemple, le test au mono-filament pour rechercher des complications du diabète, l'auscultation pulmonaire, la surveillance du poids et des œdèmes pour les insuffisants cardiaques.

Sur cet item, les médecins sont, soit favorables à 61% ou opposés à 39%, mais il n'y a pas de médecin partagé.

- Influence de l'âge :

Figure n°41:

Surveillance(Surveillance)
Cat_gorie_age(Catégorie age)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	<50	>50	Total
Contre	7	26	33
	8.24	30.59	38.82
	21.21	78.79	
	33.33	40.63	
Pour	14	38	52
	16.47	44.71	61.18
	26.92	73.08	
	66.67	59.38	
Total	21	64	85
	24.71	75.29	100.00

Statistics for Table of Surveillance by Cat_gorie_age

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.3540	0.5519
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.3588	0.5492
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.1135	0.7362
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.3498	0.5542
Phi Coefficient		-0.0645	
Contingency Coefficient		0.0644	
Cramer's V		-0.0645	

Parmi les médecins défavorables, les « ainés » constituent 79% de l'effectif.

Dans la population des « jeunes » médecins, 67% sont favorables et cette proportion est un peu plus faible chez les médecins « ainés » avec un taux de 59%.

Nous pouvons conclure à la tendance suivante : **un « jeune » médecin délègue avec moins de retenue l'évaluation clinique d'un patient qu'un médecin « ainé ».**

- Influence du lieu d'exercice :

Selon un test de chi2 avec un p > 0,05 (p=0,54) **nous ne pouvons pas dire qu'il existe une influence du lieu d'exercice sur le fait de vouloir déléguer la surveillance clinique des patients à un paramédical.**

IV-5) Opinion des médecins généralistes de la Charente sur les nouvelles formes de coopération de santé :

IV-5-a) Influence sur la médecine générale :

IV-5-a-1) Réponse adaptée à la désertification médicale ? :

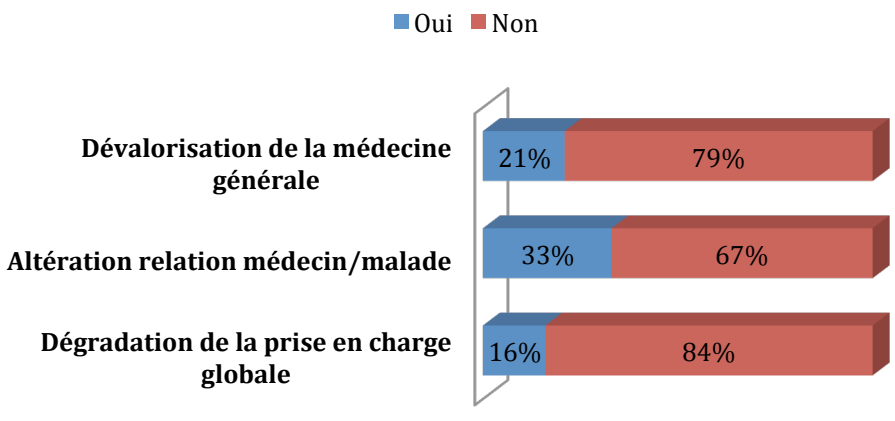
Notre étude montre que parmi les Médecins Généralistes de la Charente, 53% d'entre eux (soit 45 praticiens) estiment que le transfert de tâche peut être une réponse adaptée à la désertification médicale. Quarante, soit 47% ne partagent pas cette opinion.

IV-5-a-2) Ces NFC dégradent-elles la prise en charge globale du patient ? Y-a-t-il une altération de la relation médecin/malade ? Est-ce que cela dévaloriserait la médecine générale ?

Notre étude a permis de mettre en évidence qu'une nette majorité des médecins répondeurs ne voit pas ce mode d'exercice comme une altération de la prise en charge globale du patient, ni comme une dégradation de la relation médecin malade.

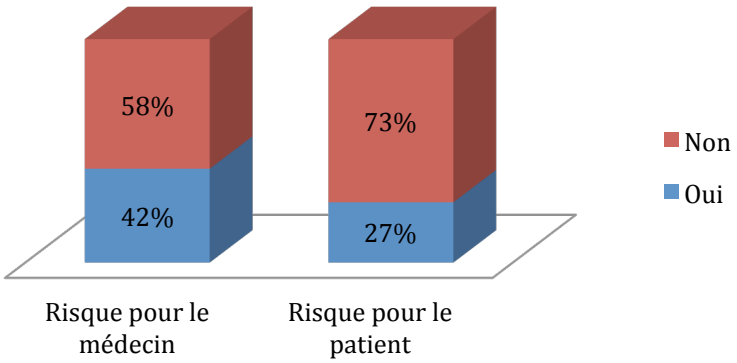
Les médecins sont nombreux (67 soit 79%) à penser que cela ne dévaloriserait pas leur discipline pour autant.

Figure 42: **Dévalorisations potentielles induites par les nouvelles formes de coopération**



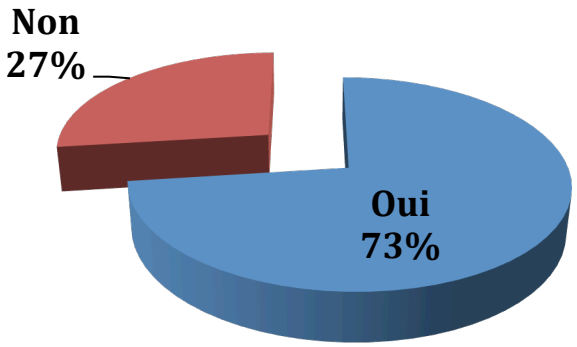
IV-5-b) Risque et responsabilité:

Figure 43: Evaluation du risque



Les médecins estiment cette forme de coopération plus dangereuse pour eux que pour le patient mais d'une façon générale, 49 d'entre eux pensent que cela ne constitue pas un risque pour le médecin.

Figure 44: Exercer les coopérations sous la responsabilité du médecin généraliste



Une grande partie des médecins répondeurs sont d'accord à déléguer certaines activités à un paramédical sous leur propre responsabilité.

IV-5-c) Modification dans l'organisation de l'exercice du médecin :

Plus de 70 médecins, soit 82% estiment que cela constituerait un gain de temps au sein de leur pratique ; et que les paramédicaux seraient intéressés par ces NFC.

Les médecins répondeurs ne pensent pas non plus, à 81%, que cela constituerait une diminution de leurs revenus.

IV-5-d) Possibilités:

Les médecins sont 59% à être favorables à mettre en place ce type de délégation au sein de leur cabinet. Et, selon 81% des médecins répondeurs, les paramédicaux seraient disposés à s'investir dans ces collaborations.
Cependant, le fait que la question n'ait pas été posée directement aux paramédicaux a suscité l'absence de réponse de certains médecins.

Mais pour la formation des paramédicaux, les Médecins sont plus nombreux (53%) à refuser de s'y investir.
Il nous a paru intéressant de voir s'il y avait une différence significative entre les médecins Maîtres de stage ayant l'expérience de la formation de leurs internes, et ceux qui ne le sont pas, concernant l'investissement dans la formation des paramédicaux.

Figure n°45:

Maitre_de_stage(Maitre de stage)
Formation_paramed(Formation paramed)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Non	Oui	Total
Non	39 45.88 62.90 86.67	23 27.06 37.10 57.50	62 72.94
Oui	6 7.06 26.09 13.33	17 20.00 73.91 42.50	23 27.06
Total	45 52.94	40 47.06	85 100.00

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	9.1274	0.0025
Likelihood Ratio Chi-Square	1	9.3642	0.0022
Continuity Adj. Chi-Square	1	7.7094	0.0055
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	9.0200	0.0027
Phi Coefficient		0.3277	
Contingency Coefficient		0.3114	
Cramer's V		0.3277	

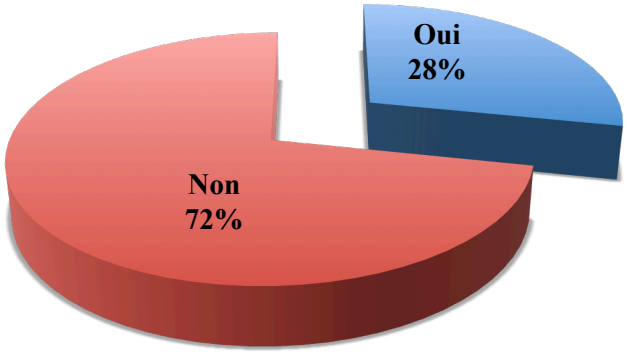
Nous constatons que les médecins maîtres de stage sont 74% à être prêts à s'investir dans la formation des paramédicaux. Alors que parmi les médecins ne voulant pas s'investir, 87% ne sont pas maîtres de stage.

Nous pouvons donc conclure, de façon significative, puisque p= 0,0025 , que les médecins maîtres de stage sont davantage prêts à s'investir dans la formation des paramédicaux que les autres praticiens. Probablement par leur volonté d'encadrer et de former des professionnels déjà présente avec leurs internes.

On se demande alors si les médecins vont appliquer ces NFC.

IV-6) Allez-vous mettre en place ces formes de coopération ?

***Figure 46:* Allez-vous mettre en place ces coopérations?**



A cette question, notre étude montre que les médecins ne souhaitent pas, majoritairement, mettre en place ces nouvelles formes de coopération, 61 praticiens y sont défavorables.

Pourquoi autant ?

➢ Influence du lieu d'exercice ?

Parmi les médecins qui y sont opposés, 38% sont en milieu rural, 41% en semi urbain et 21% en urbain.

Figure n°47:

Mise_en_place(Mise en place

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Non	Oui	Total
Rural	23 27.06 65.71 37.70	12 14.12 34.29 50.00	35 41.18
Semi-urbain	25 29.41 83.33 40.98	5 5.88 16.67 20.83	30 35.29
Urbain	13 15.29 65.00 21.31	7 8.24 35.00 29.17	20 23.53
Total	61 71.76	24 28.24	85 100.00

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	3.0654	0.2159
Likelihood Ratio Chi-Square	2	3.2421	0.1977
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0545	0.8155
Phi Coefficient		0.1899	
Contingency Coefficient		0.1866	
Cramer's V		0.1899	

A partir d'un test de chi2, malheureusement avec p > 0,05 (p = 0,21) ; on obtient la tendance suivante :

- Au sein du milieu rural 66% des médecins sont contre, 83% pour le milieu semi-urbain et 65% pour le milieu d'exercice urbain.

- Cependant, parmi les médecins souhaitant une mise en place de ces formes de coopération, **50% des médecins exercent en milieu rural,** 21% en semi urbain et 29% en milieu urbain.

  Ce taux élevé au sein du milieu rural peut être le reflet de médecins qui souhaitent le mettre en place parce qu'ils se sentent débordés dans leur activité. Effectivement parmi les médecins ruraux qui souhaitent mettre en place ce système de coopération 75% se sentent débordés.

➢ Influence du mode d'exercice des médecins généralistes ?

Figure n°48:

Type_d_exercice(Type d'exercice)
Mise_en_place(Mise en place)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Non	Oui	Total
Exercice associé	36	14	50
	42.35	16.47	58.82
	72.00	28.00	
	59.02	58.33	
Exercice seul	22	4	26
	25.88	4.71	30.59
	84.62	15.38	
	36.07	16.67	
Maison médicale	3	6	9
	3.53	7.06	10.59
	33.33	66.67	
	4.92	25.00	
Total	61	24	85
	71.76	28.24	100.00

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	8.6804	0.0130
Likelihood Ratio Chi-Square	2	8.1001	0.0174
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.5904	0.2073
Phi Coefficient		0.3196	
Contingency Coefficient		0.3044	
Cramer's V		0.3196	

Grâce à un test de chi2, significatif avec un p= 0,013, on constate que les médecins qui exercent seul n'ont pas l'intention de mettre en place ces nouvelles formes de coopération à 85%. Alors que les médecins exerçant en maison médicale seraient prêts à les mettre en place à 67%.
Parmi les médecins travaillant en association, 72% ne veulent pas mettre en place ces coopérations.

Lorsque nous regardons au sein du faible échantillon de médecins prêts à s'investir (24 médecins), les médecins exerçant seul constituent le plus petit pourcentage avec 17%, versus 25% et 58% pour les médecins travaillant en maison médicale et en association.

Nous pouvons donc conclure que les médecins exerçant seuls ne mettront pas en place ces NFC.

- Influence selon le sexe des médecins ?

Le test de chi2 réalisé n'est pas significatif avec p >0,05, (p= 0,66), mais celui-ci permet de dégager une tendance où il n'y a pas de différence entre les médecins femmes et hommes. En effet, les médecins femmes ne sont pas prêts à mettre en place ces formes de coopération à 68% et il en est de même pour l'échantillon des médecins hommes à 73%.

- Influence de l'âge des médecins ?

Ayant un échantillon avec une forte prédominance des médecins de plus de 50 ans, nous nous sommes demandés si leur âge expliquait cet avis défavorable.

Figure n°49:

Cat_gorie_age(Catégorie age)
Mise_en_place(Mise en place)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Non	Oui	Total
<50	10 11.76 47.62 16.39	11 12.94 52.38 45.83	21 24.71
>50	51 60.00 79.69 83.61	13 15.29 20.31 54.17	64 75.29
Total	61 71.76	24 28.24	85 100.00

Statistics for Table of Cat_gorie_age by Mise_en_place

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	8.0248	0.0046
Likelihood Ratio Chi-Square	1	7.5108	0.0061
Continuity Adj. Chi-Square	1	6.5202	0.0107
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	7.9304	0.0049
Phi Coefficient		-0.3073	
Contingency Coefficient		0.2937	
Cramer's V		-0.3073	

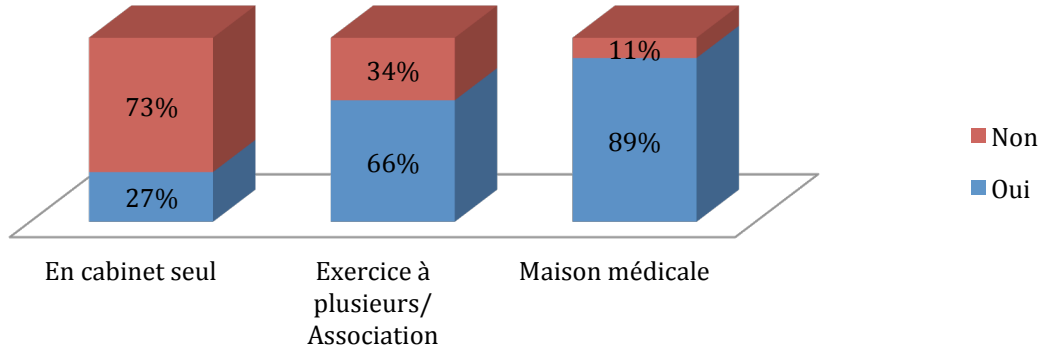
Parmi les médecins qui y sont opposés, 84% ont plus de 50 ans. Or, les « jeunes » médecins qui constituent une faible proportion sur l'échantillon global des médecins répondeurs, représentent tout de même 46% de l'effectif des médecins qui y sont favorables.

Nous pouvons donc dire de façon significative, car p = 0,0046, que le fait d'être âgé de plus de 50 ans constitue un frein à mettre en place ces formes de coopération.

IV-7) Dans quelles conditions mettre en place ces nouvelles formes de coopération ?

IV-7-a) Lieu le plus adapté

Figure n°50: Lieu de réalisation le plus adapté

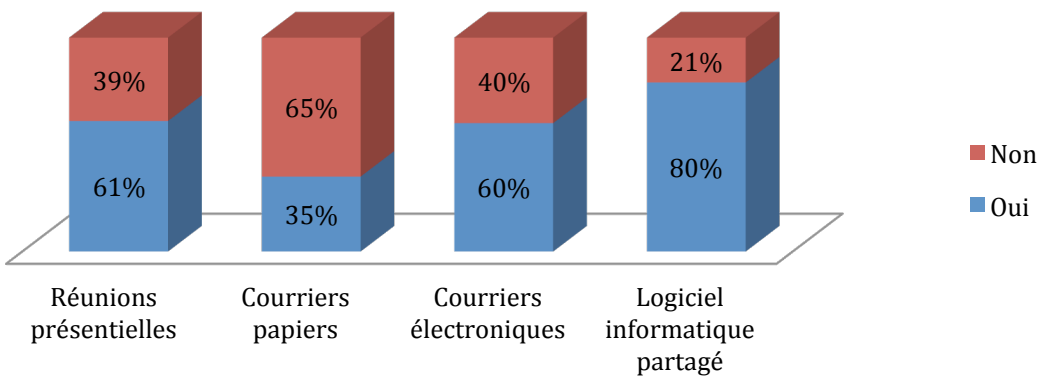


Notre étude montre qu'une majorité des médecins s'accordent à penser qu'un praticien exerçant seul peut difficilement mettre en place ces nouvelles formes de collaboration : 62 médecins partagent cet avis.

En parallèle, les médecins généralistes estiment qu'un exercice à plusieurs est plus approprié pour réaliser ces formes de coopération avec 56 médecins favorables.
La maison médicale serait le lieu le plus adapté selon 76 des médecins ayant répondu.

IV-7-b) Moyen de communication le plus adapté

Figure n°51: Moyen de communication le plus adapté

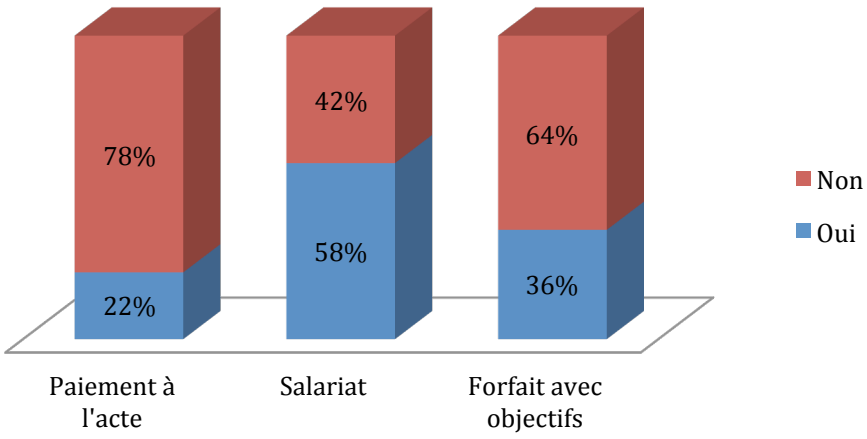


Notre étude montre que sur les quatre modes de communication proposés aux médecins généralistes un se détache plus nettement : le logiciel informatique partagé avec 68 médecins favorables et 17 opposés.
Les réunions présentielles et courriers électroniques sont acceptés aussi avec plus de 52 médecins favorables.

Mais les courriers papiers sont un mode de communication globalement refusé puisque 56 des médecins répondeurs y sont défavorables.

IV-7-c) Moyen de paiement le plus adapté

Figure n°52: Moyen de paiement le plus adapté



Notre étude a montré que les Médecins Généralistes envisagent le salariat comme mode de paiement le plus adapté aux NFC.

IV-8) Critères de recrutement du paramédical et craintes des médecins

A partir du recueil de données, nous avons répertorié les 10 critères jugés nécessaires par les médecins généralistes de la Charente pour recruter un paramédical.

Critères principaux de recrutement d'un paramédical selon les Médecins Généralistes
- **Compétence adaptée** - **Formation adaptée, formation continue** - **Disponibilité** - **Motivation** - **Expérience du terrain en milieu libéral** - **Aptitude du travail en équipe** - **Capacité d'écoute, avec une qualité relationnelle** - **Relation de confiance** - **Respect et tolérance** - **Rigueur**

Dans le tableau suivant, ont été recensées les craintes récurrentes des médecins généralistes de la Charente.

Les principales craintes des Médecins Généralistes
- Penser que ce soit la seule solution à la désertification médicale - **Chronophage** - **Trop d'administratif** (trop compliqué à mettre en place, procédures complexes et devoir écrire des protocoles). - Double consultation - Non acceptation des patients - **Problèmes des responsabilités** : « Plus on dilue les responsabilités, plus on se dispense d'assumer les siennes ! » - Accentuer la charge de travail des paramédicaux - Perte du secret professionnel - « débordement des compétences » - Une inversion des rôles: le paramédical se prenne pour un médecin et que le médecin prenne le paramédical comme un remplaçant - **Perte de la prise en charge globale**; avec un rôle "d'expert" - **Altération de la relation médecin-malade** - **Le coût**, trop de charges; comment rémunérer le paramédical, qui paye? - **Manque de coordination** avec le paramédical, discours discordant - Locaux adaptés/logistique - Disparition de petits cabinets isolés qui ne pourront financer une telle installation. - « Dilution » de la relation Médecin Malade et perte de certains éléments essentiels au diagnostic - Démotivation des libéraux s'il y a un salariat - **Aucune** (mentionné par 6 médecins)

V- DISCUSSION :

V-1) Les limites de l'étude :

V-1-a) Les faiblesses :

- Un taux de réponse faible :

Selon l'ESEN (= Ecole Supérieure de L'Education Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la recherche), le taux de réponse d'un questionnaire en ligne est de 25%, et selon PRA (= Prairie Research Assiocates), le taux de réponse pour des courriers postaux est d'environ 20 à 30% pour un envoi initial, qui peut passer de 30 à 35% après une relance [35].

Notre taux de réponse est celui auquel on pouvait s'attendre, mais reste insuffisant.
En effet notre taux de réponse n'est seulement que de 31,5% sur les 270 médecins sollicités, avec :

- 52 réponses obtenues par courrier papier soit 61% des réponses
- 33 réponses, soit 39% reçues par mail.

Notre étude a donc un taux de réponse de 21% pour le questionnaire envoyé par mail et 42,5% pour le questionnaire envoyé par voie postale.

En comparaison avec un autre travail de thèse, réalisé par Christophe PAUL en 2006 [33] sur ce même thème, le taux de réponse était de 71,43% dans son étude. Ce bon résultat s'explique par le fait qu'il ait contacté les médecins par téléphone et qu'il ait ciblé seulement les cabinets de groupe (soit 48 cabinets) ce qui restreint le nombre d'appels.

Pour notre étude une relance téléphonique a été effectuée, mais médecin par médecin.
Parmi les praticiens relancés, 28 m'ont clairement répondu ne pas être intéressés par ce questionnaire. D'autres m'ont répondu le faire à la suite de l'appel, mais ne l'ont pas fait, et certains médecins m'ont expliqué ne pas avoir le temps de le faire.

En conséquence, notre étude est peu significative pour une partie des résultats.

- Une zone d'étude trop limitée ?

Notre étude concerne un seul département, l'étude du Docteur Christophe PAUL [33] portait sur 8 départements expliquant un chiffre de réponse plus élevé.

- Une durée d'étude courte :

Notre étude a été réalisée sur 2 mois. Pour obtenir un maximum de réponses, on aurait pu envisager une durée d'étude d'environ 6 à 12 mois.

- Période estivale peu propice à une étude :

Notre enquête a été effectuée dans une période (juin-juillet) où les médecins sont nombreux à partir en congés et sont parfois peu disponibles.

- Difficultés pour joindre les médecins :

Au cours de la relance téléphonique réalisée à partir de début juillet, 12 médecins étaient en retraite, une quinzaine était en vacances, et parfois, les secrétaires m'ont aussi directement répondu que les médecins n'avaient pas du tout le temps de remplir le questionnaire.

Cette somme d'explications permet de comprendre pourquoi nous avons un faible taux de réponse et permet d'envisager des modifications à apporter en terme de méthodologie afin d'obtenir un taux plus important de réponses significatives.
Pour la plupart des questions posées, notre étude ne peut donner qu'une « tendance » de ce que peut être l'opinion des Médecins généralistes de la Charente sur le sujet des NFC.

V-1-b) Les points forts :

- Première enquête d'opinion réalisée auprès des médecins généralistes dans ce département:

On peut difficilement imaginer voir se mettre en place ces formes de coopération si les médecins généralistes y sont formellement opposés.

D'ailleurs notre taux de réponse peut aussi s'expliquer par un manque d'intérêt sur le sujet de la part des médecins généralistes du département ou bien témoigner d'une véritable surcharge de travail de ces praticiens qui n'ont pas pu remplir ce questionnaire.

- Les éléments significatifs qui ressortent de cette étude :

Un premier résultat important de cette étude est que la plupart des maîtres de stage sont syndiqués et sont très nombreux à être informés sur les réseaux potentiels mettant en œuvre ces formes de coopération comme ASALEE.

Au terme de cette étude, nous voyons clairement que ces formes de coopération ne seront pas mises en place par les médecins généralistes exerçant seuls. Or, ce mode d'exercice est encore très répandu au sein de départements comme la Charente.

Notre étude montre également que seuls les médecins travaillant en maison médicale se voient mettre en place et développer ces nouvelles formes de coopération.

Enfin, les médecins « aînés » ne veulent pas mettre en place ce type de coopération en santé, simplement parce qu'ils approchent de la retraite pour beaucoup, et n'envisagent donc pas de modifier leur mode de pratique maintenant.

V-2) Les autres freins à la mise en place de ces nouvelles formes de coopération:

V-2-a) Dans notre étude :

V-2-a-1) Le manque d'information des médecins généralistes :

Le taux de médecins informés sur ces NFC montre qu'une grande partie (60%) ne connait pas ce type de collaboration possible.
Ils ne savent pas non plus qu'une loi a été votée pour les encadrer. Les praticiens sont 60% à ne pas connaître le projet ASALEE, ce qui est très surprenant.

En effet, ASALEE est un réseau qui a été mis en place en tant qu'expérimentation pilote dans le secteur ambulatoire au sein des Deux-Sèvres, département voisin de la Charente appartenant à la même région.
On aurait pu s'attendre à un taux de connaissance beaucoup plus élevé de la part des médecins.

Notre étude a pu mettre en évidence de façon significative que les maîtres de stage (en minorité au sein de l'enquête) sont beaucoup plus au courant de ces NFC. Ils sont mieux informés sur ASALEE (pour 78% d'entre eux) que les médecins qui ne sont pas maîtres de stage (74% à ne pas connaître).

On peut penser que les maîtres de stage, de par leurs fonctions d'enseignants en médecine générale et d'encadrement pour les internes, se doivent de se tenir informés et donc correspondent à la proportion de médecins les plus sensibles sur le sujet.

Constat également fait au sein de la thèse du Dr Evelyne LIUU en juillet 2011 sur « L'Education thérapeutique du patient diabétique de type II dans le cadre d'une délégation de tâches interprofessionnelles : impact de l'infirmière de santé publique de l'association ASALEE »[20]. Un des biais de son étude était que les cabinets choisis regroupaient des omnipraticiens, tous maîtres de stage, sauf un médecin exerçant en milieu rural.

La diffusion d'informations sur les possibilités de mise en place de ces NFC semble insuffisante et/ou difficile comme le montrent nos résultats. Trop peu de médecins sont avisés de ce qui est faisable au sein de leur cabinet, comme avec ASALEE, et sont probablement réticents à la mise en place de cette forme de collaboration.
Mais ce n'est pas le seul frein.

V-2-a-2) L'âge avancé des médecins généralistes :

Dans notre étude on peut constater que 75% de l'échantillon a plus de 50 ans et, pour 25% des médecins répondeurs, ils ont plus de 60 ans.
Il s'agit de médecins qui ont eu l'habitude de tout gérer seuls, et ont toujours fonctionné ainsi même s'ils travaillent en association. Ils ne délèguent pas ou peu.

Pour la plupart de ces médecins qui approchent de l'âge de la retraite, ils n'ont pas la volonté, ou la motivation de mettre en place ce type de coopération. Ils ne se voient pas modifier le mode d'exercice qu'ils ont adopté depuis le début de leur carrière.
Notre étude le montre de façon significative (p = 0,0046), les médecins de plus de 50 ans sont 80% à ne pas vouloir mettre en place ces formes de coopération.

Le vieillissement de la population médicale associé à la préférence du salariat de la part des jeunes médecins, explique en partie la difficulté à l'émergence de ce partage des compétences.

V-2-a-3) L'exercice rural et solitaire des médecins :

Notre étude a permis de montrer de façon significative que les médecins exerçant seuls ne souhaitent pas mettre en place ce type de coopération, mais qu'elles pourraient se développer dans des maisons médicales.
Ces maisons médicales sont le lieu qui, selon 89% des médecins répondeurs, serait le plus adapté.

Malheureusement, il s'agit encore d'un mode d'exercice trop peu développé. Seulement 10% dans notre étude.
Pourtant c'est celui qui est revendiqué par de nombreux médecins tel que le Dr LEGMANN dans son rapport de 2010 pour le Président de la République [9], ou bien encore par le Dr Elisabeth HUBERT [36]. C'est également un mode d'exercice qui séduirait davantage les jeunes médecins [20, 37, 38].

Dans notre enquête, on constate que les médecins exerçant en milieu rural sont plus réticents à mettre en place ce type de coopération par rapport au milieu urbain.
Or, dans le département le nombre de médecins exerçant en milieu rural est plus important, ce qui constitue un frein au développement de collaboration avec des paramédicaux chez des médecins qui ont toujours travaillé seuls.
Cet obstacle a aussi été constaté dans le rapport de Marie-Laure DELAMAIRE et Gaëtan LAFORTUNE [38].
Certains pays, comme la France, ont un mode d'exercice en soins primaires encore trop isolé

pour mettre en place ces pratiques avancées. En comparaison, la Finlande est un pays où plus de 95% des médecins généralistes travaillent en cabinet de groupe, tandis que cette proportion atteint près de 90% en Australie et au Royaume-Uni. Au contraire, seulement près de 30% des médecins généralistes en France travaillent en cabinet de groupe [39].

V-2-a-4) Les principales craintes :

- La charge administrative :

C'est un des premiers arguments pour ne pas mettre en place ces NFC.
Effectivement selon l'article 51 de la loi HPST, il faut solliciter l'ARS par un arrêté après avoir défini un protocole clair de collaboration avec un paramédical.
Les médecins généralistes sont déjà submergés par de très nombreuses tâches administratives au point que ces dernières, comme nous avons pu le voir dans les généralités, constitue un des facteurs de non choix de la médecine générale. L'ajout de tâches administratives supplémentaires constitue un frein indéniable à la mise en place de ces NFC.

- Un aspect chronophage plutôt qu'une efficacité :

Même si 82% des médecins interrogés dans notre étude envisagent ces NFC comme gain de temps, certains médecins pensent qu'avoir un autre interlocuteur ferait double emploi auprès du patient ; et engendrerait une répétition des choses et donc une perte de temps, voire aboutirait à des discours discordants, et à devoir tout reprendre après le paramédical.

- Des limites entre paramédical et médecins trop compliquées à définir :

Certains médecins craignent que le paramédical prenne sa place ou parfois qu'il y ait une inversion des rôles. Ces difficultés à délimiter un cadre précis du champ d'action du paramédical effraient les médecins, certains ont peur d'un débordement de compétences de la part du paramédical. Avec une interrogation principale « Comment les patients vont-ils s'y retrouver ? ».

- Le problème de la responsabilité :

Dans notre étude il ne semble pas que cela constitue un frein de voir le paramédical effectuer des actes sous la responsabilité du médecin ; en effet, 73% d'entre eux y sont favorables. Mais certains y voient une dilution des responsabilités et donc la peur que personne n'assume les siennes.

V-2-b) Dans la littérature :

Le rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (= OCDE) de Marie-Laure DELAMAIRE et Gaëtan LAFORTUNE publié en 2010 [38] fait une description et une analyse de plusieurs expériences de pratiques infirmières avancées au sein de 12 pays.

Dans ce rapport on peut lister d'autres obstacles à la mise en place de ces NFC comme:

- Le paiement à l'acte :

Plusieurs études menées à l'étranger [40] montrent que pour les médecins, le paiement à l'acte peut constituer un frein à la progression du partage de compétences avec les infirmiers dans les soins primaires.

Tout transfert de tâches aux infirmières est susceptible d'impliquer une perte de revenus pour les médecins, à moins qu'ils compensent la réduction d'activités en fournissant d'autres activités potentiellement plus lucratives.

Dans notre étude ce n'est pas ce qui inquiétait le plus les médecins. Cependant, nous pouvons confirmer que le mode de rémunération le plus adapté selon eux était le salariat, et non le paiement à l'acte.

Des dispositifs de paiements à la performance au niveau de cabinet de groupe, comme c'est le cas au Royaume-Uni, peuvent davantage inciter les médecins à accepter le partage de tâches avec les infirmières en pratique avancée.

Pour favoriser le développement de ces NFC il faut que le revenu tiré de l'emploi d'infirmières en pratique avancée soit supérieur à leur coût.

En France, 15% d'infirmières travaillent en libéral et sont payées aussi à l'acte. Ces infirmières

indépendantes ne sont pas souvent favorables à travailler comme employées dans un cabinet de groupe et préfèrent garder leur autonomie [41].

Le paiement à l'acte de ces infirmières ne facilite pas non plus le développement d'une collaboration étroite médecin-infirmière dans les soins primaires.

Cela indique un besoin d'expérimenter de nouvelles méthodes de paiements sur une base collective pour promouvoir une plus grande coopération médecin-infirmière [41].

- Le Coût :

Limiter les dépenses de santé est une des raisons d'encourager le développement des NFC chez les professionnels de santé.

En déléguant certaines tâches des professionnels de santé les plus "élevés" hiérarchiquement et les plus chers vers des niveaux "intermédiaires" moins onéreux, correspondant aux infirmières en rôle avancé, il peut être possible de fournir davantage de services à un coût égal ou moindre.

Certains chercheurs ont donc tenté d'estimer les économies potentielles qui seraient liées à la prise en charge de certains services par des professionnels de santé, autres que les médecins.

Aux Etats-Unis, HUSSEY et al. [42] ont estimé que l'emploi supplémentaire d'infirmières praticiennes et d'assistants de médecins pourrait baisser la croissance des dépenses de santé de 0.3-0.5 % par an.

La réduction réelle des coûts liée à l'expansion des rôles avancés infirmiers (en comparaison d'un statu quo où les activités continueraient d'être assurées par les médecins) dépend d'au moins cinq facteurs :

- les différences de revenus entre les infirmières en pratique avancée et les médecins.
- la différence de « productivité » entre les infirmières en rôles avancés et les médecins (mesurée, par exemple, par le nombre de consultations par heure ou par jour).
- le type et le volume d'activités qui sont réellement transférés aux infirmières et la question de savoir si ces activités demandent encore la supervision d'un médecin.
- les « coûts indirects » liés à toute différence dans la prescription de tests médicaux ou de médicaments supplémentaires (lorsque les infirmières ont en charge de telles

responsabilités).

- le coût supplémentaire lié à la formation initiale ou continue des infirmières en pratique avancée.

Selon la revue de Sibbald en 2008 [43], l'impact sur les coûts tend à être négligeable, étant donné que les économies associées au paiement de salaires plus faibles des infirmières comparés aux médecins tendent à être contrebalancées par des consultations plus longues, un plus grand taux de réitérations des consultations, et parfois la prescription de plus de tests.

La revue de 2009 [44], couvre 4 évaluations sur l'impact des pratiques infirmières avancées dans la gestion des maladies chroniques impliquant une substitution de tâches réalisées précédemment par des médecins, et 17 études comprenant des activités/tâches complémentaires. Elle conclut que l'impact sur le coût dépend principalement des activités des infirmières en pratique avancée:

- si les activités impliquent une substitution de tâches, alors l'impact sur le coût est neutre;
- si elles impliquent de (nouvelles) activités complémentaires, alors cela entraîne des coûts plus importants.

En 2009, DICENSO et al. (2009) [45] ont aussi effectué une revue étendue de littérature des évaluations disponibles dans un certain nombre de pays de l'OCDE (= Organisation de Coopération et de Développement Economiques), incluant à la fois des activités d'infirmières en pratique avancée dans les hôpitaux et les structures de soins primaires. La revue couvre au total 78 études, mais peu d'entre elles ont tenté d'évaluer les effets sur les coûts. Cependant, la majorité conclut que l'impact était soit neutre, soit réducteur, avec une seule étude indiquant une augmentation de coût [46].

- La législation :

Pour que ces NFC se mettent en place facilement, il faut qu'il y ait de nombreux changements dans la législation et la réglementation.

En France, la législation nationale actuelle indique en termes très précis ce que chaque

profession a le droit ou non de faire (Décrets d'actes), et constitue alors un obstacle à l'extension des NFC. Le changement de pratique d'un paramédical exige une modification de la législation mais cela soulève des questions sensibles.

En 2007, l'HAS propose dans un rapport d'étape [22], une définition plus générale du champ de pratique avec l'utilisation du mot « Missions » plutôt que tâches ou actes pouvant apporter une plus grande flexibilité pour mettre en place ces « Nouveaux Métiers de la Santé » (=NMS).

On le voit très bien au Royaume-Uni où le champ de pratique des infirmières n'est pas défini par une législation spécifique, ce qui réduit considérablement les obstacles à leur développement d'activités. Le droit de prescrire reste cependant une activité couverte par la législation.

- La formation de ces paramédicaux :

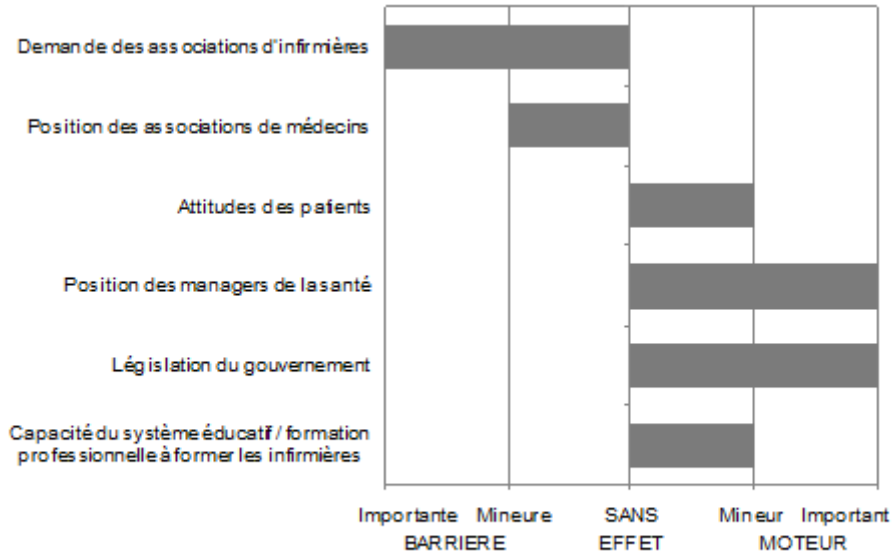
Dans notre étude on s'aperçoit très clairement que les médecins ne souhaitent pas s'investir dans leur formation. Comment fournir les compétences nécessaires à ces NMS ?

Les programmes de formation initiale et continue doivent être basés sur les aspects spécifiques requis pour les différentes catégories d'infirmières en pratique avancée. Il faut renforcer les unités d'enseignement interprofessionnelles dans le cadre des programmes de formation des médecins et des infirmières, pour mieux les préparer à une collaboration étroite et à un travail d'équipe.

Le graphique suivant résume les principaux points qui constitueraient :

- un moteur au développement des NFC comme le positionnement du médecin en tant que « manager de la santé » ou le cadre législatif adapté, et une formation adaptée.
- un obstacle à la mise en place des NFC, comme les pratiques et les habitudes des IDE libérales installées de façon indépendante.

Figure n°53:Principaux moteurs ou barrières permettant le développement de rôles avancés infirmiers en France



Source : Réponse du Ministère de la Santé au questionnaire de l'OCDE 2009

A partir de ces éléments, on s'aperçoit que de nombreux obstacles existent et perdurent freinant la mise en place de ces NFC.

Cependant dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence plusieurs domaines dans lesquels les médecins sont prêts et très favorables au développement de pratiques avancées.

V-3) Domaines exploitables à la mise en place de ces NFC :

V-3-a) La promotion de la santé :

Dans ce secteur notre étude montre un avis favorable global de la part des médecins, aussi bien dans l'information des patients, que dans le dépistage, mais surtout dans l'éducation des patients.

Nos résultats mettent en évidence une réticence plus marquée chez les médecins de plus de 50 ans qui sont davantage partagés sur certains items.

- La délivrance d'information

Les médecins sont prêts à 78%, à déléguer à un paramédical l'information des patients.
Dans la littérature, plusieurs études montrent que les patients apprécient que le paramédical leur délivre ces conseils. Souvent, le taux de satisfaction des patients est supérieur après une consultation menée par le paramédical plutôt que par le médecin [47-50].

Il faut mettre en balance le fait que les études aient été réalisées dans des pays où les NFC sont bien ancrées et où le système de soins est différent, mais les pratiques avancées ont fait preuve de leur efficacité.

Dans notre pays, le réseau ASALEE a démontré son utilité comme l'a prouvé le Dr Evelyne LIUU dans sa thèse publiée le 8 Juillet 2011 [20]. L'information des patients diabétiques sur les principes de leur traitement leur permet de mieux appréhender et contrôler leur maladie, avec une meilleure observance.

Il faut effectivement rendre le patient autonome et responsable de sa santé en lui faisant comprendre les éléments importants à prendre en compte sur son hygiène de vie, aussi bien sur les bénéfices que les aspects délétères.

En plus de l'information des patients, les médecins sont prêts à déléguer le dépistage des patients.

- Le dépistage :

Les médecins y sont favorables à 81% ; ce résultat est sensiblement comparable à celui retrouvé dans la thèse du Docteur Christophe PAUL [33].
Notre étude montre toujours cette tendance des médecins plus âgés et de ceux exerçant en milieu rural à être réticents vis-à-vis de cette délégation.
Mais notre enquête d'opinion montre que :

- Pour les cancers :

Les médecins sont très favorables (93% pour) à ce qu'un paramédical s'investisse dans le

dépistage des cancers du sein et du colon. Ils sont, par contre, un peu plus hésitants pour l'incitation à la réalisation des Frottis Cervico-Vaginaux (FCV) ; (71% des médecins favorables).

Souvent les médecins manquent de temps ou parfois oublient de revoir la date du dernier dépistage, et un certain retard peut se voir dans la prise en charge et le suivi des patients.

- Pour les sujets plus âgés :

Dépister les troubles cognitifs, les risques d'escarres ou de dénutrition passe par la réalisation d'évaluations grâce à des échelles. Or, quasiment tous les médecins généralistes revendiquent encore une fois le manque de temps, parfois aussi de connaissances et de formation pour les réaliser ; (91% des médecins ayant répondu à l'enquête de l'URML de l'Ile de France sur la « perte d'autonomie » réalisée en 2004, partagent cet avis [51]).

La thèse du docteur Gilles RAYMOND [52] publiée le 3 Décembre 2008, met en évidence ces difficultés. Réaliser une évaluation gérontologique complète demanderait 1h30 au médecin généraliste ! Dans la mesure où ils maîtriseraient ces échelles d'évaluation.

On comprend que dans notre étude les médecins soient plus de 86% à vouloir déléguer le dépistage à un paramédical.

Nous pouvons penser qu'une infirmière, avec une formation adaptée, pourrait réaliser ces échelles. Elle serait tout à fait capable de débuter l'interrogatoire sur les conditions de vie du patient, ses antécédents pour établir un premier contact avec les personnes et leur entourage ; comme c'est le cas lors d'une entrée à l'hôpital. Puis, de mettre en commun ces informations avec le médecin, pour ensuite coordonner la prise en charge autour du patient.

Nous imaginons cela comme une solution possible pour aider le médecin dans sa prise en charge ; avoir un autre avis « critique » sur une situation clinique dans un cadre de vie.

Dans cette optique, nous pouvons croire que les médecins se sentiraient moins isolés, et moins seuls face à leur décision, et de ce fait cette coopération serait comme un soutien, un renfort pour eux. De plus les patients en sont souvent satisfaits, ils estiment se sentir plus écoutés par ce duo médecin/infirmière.

- Pour les facteurs de risque cardio-vasculaire :

Les médecins sont largement favorables à déléguer ce dépistage ; plus de 72% de l'effectif.

Ce serait une solution pour obtenir le diagnostic de pathologies encore plus précocement et ainsi améliorer la qualité de vie de nos patients.

Aujourd'hui, pour le diabète, 25% des patients diagnostiqués sont symptomatiques et 5% le sont au stade de complications [53]. S'ils sont diagnostiqués à un stade précoce, alors parfois les règles hygiéno-diététiques peuvent suffirent à équilibrer leur diabète avant de mettre en place des Anti Diabétiques Oraux (= ADO). Nous limitons alors l'apparition de complications, et donc les dépenses de santé qui peuvent y être rattachées (traitements médicamenteux, hospitalisation, dialyse, etc …)

Pour l'ensemble de ces actions de dépistage, il est envisageable que les paramédicaux puissent intervenir en :

- Repérant les patients non dépistés à risque, lorsqu'ils sont au cabinet. Simplement en mettant des alarmes après avoir rentré différentes données (telles que les valeurs tensionnelles, leur glycémie, leur cholestérol, les antécédents familiaux s'il y en a, la date de la dernière mammographie ou bien si l'hemoccult a été fait, etc…) dans le dossier informatique du patient. Ainsi, le médecin est averti lors de sa consultation avec le patient et ne peut oublier de le réaliser. Il peut également juger s'il est nécessaire de le faire, ou pas.

  Dans l'étude pilote du projet ASALEE, ce système d'alerte démontre son utilité avec un meilleur suivi des patients [54] délivrant une information valide sur les bénéfices et les effets délétères éventuels du dépistage afin de favoriser une adhésion éclairée des patients.

- Orientant les patients vers le médecin généraliste en cas d'anomalies.

Au Royaume-Uni, pour inciter ce dépistage, chaque cabinet passe une convention avec le Primary Care Trust (autorités locales) pour dispenser une liste bien définie de prestations, et est payé en conséquence.

Les médecins s'engagent alors à respecter ces objectifs, comme par exemple en matière de

dépistage, et reçoivent une rémunération.

Une partie de ces activités de dépistage a été confiée aux infirmières (nurse practitioner).

En France, au sein d'une maison médicale de la Franche Comté, les médecins travaillent en coopération avec les infirmières pour faire de la prévention. La rémunération est de 60 euros par patient et par an, et est répartie à égalité entre infirmiers et médecins. Le financement du Faqsv (= Fonds d'aide à la qualité des soins de ville) est de 25 000 euros pour un an, et est conçu pour un objectif de 120 patients [55].
Selon notre étude, les médecins envisagent davantage un système de salariat pour financer un paramédical.

- Pour la dépression :

En revanche, les médecins sont davantage partagés à confier ce dépistage aux paramédicaux, ils sont 49% à y être opposés. On peut penser que le médecin, de part sa relation privilégiée avec ses patients, est plus à même de le comprendre. Connaissant l'histoire de vie de son patient, le médecin dépisterait plus aisément un syndrome dépressif qu'une tierce personne. De plus cela pourrait être perçu comme intrusif pour le patient si quelqu'un d'étranger lui posait des questions parfois embarrassantes sur sa vie personnelle et son ressenti. Ce dépistage incomberait davantage au médecin qu'au paramédical. Etant beaucoup plus personnel le dépistage de la dépression est probablement moins facile à confier à autre soignant.

Dans la promotion de la santé une très grande partie est laissée à l'éducation des patients.

- L'éducation :

Notre étude montre clairement un avis très favorable à la délégation de l'éducation à un paramédical dans de nombreux domaines tels que diététique, diabète, ou pathologies chroniques ; et ce, quel que soit l'âge des médecins, ou leur lieu d'exercice.

Pourquoi les médecins sont-ils si enclins à déléguer cette éducation ?

Probablement parce que faire l'éducation du patient prend du temps.
Temps qui leur manque cruellement. Selon l'Institut de Veille Sanitaire, 76% des médecins généralistes considèrent le manque de temps comme la principale barrière à l'éducation thérapeutique du patient diabétique.
Ceci explique parfois une éducation « bâclée » avec un temps trop court pour laisser place aux questions des patients.

Nous savons pourtant que l'éducation des patients est primordiale et constitue le premier traitement ; pour les patients atteints de pathologies chroniques, les patients doivent être actifs, autonomes dans leur prise en charge. De surcroît, les patients en sont de plus en plus demandeurs [20].

Selon la littérature :
Certaines études menées à l'étranger montrent que le paramédical peut faire aussi bien que le médecin:

- Au Royaume-Uni en 1999, il a été comparé les diagnostics et les décisions de traitements cliniques effectués par les stagiaires infirmières praticiennes avec ceux des médecins généralistes après un an d'exercice (auprès de 586 patients). Cette étude conclut que les infirmières praticiennes sont particulièrement appréciées pour leur aptitude à écouter et à conseiller les patients. Et en termes de prévention et de promotion de l'autogestion de la maladie, elles atteignent de meilleurs résultats [56].

- Au Canada, une enquête à partir d'études de cas qualitatives, auprès de 137 cabinets de soins primaires sélectionnés de manière aléatoire à partir de 4 modèles de prestations différents, montre une gestion des maladies chroniques supérieure dans les centres de santé « communautaires » (modèle salarial) en raison de consultations plus longues et d'une collaboration interprofessionnelle. Cette revue conclut que la qualité de la gestion des maladies chroniques est liée à la présence d'une infirmière praticienne [57].

- Aux Etats-Unis, à partir d'essais randomisés avec témoins auprès de 157 patients, une étude tente de montrer la meilleure gestion des maladies chroniques (hypertension et diabète) par des infirmières praticiennes. Il en ressort une amélioration significative de la santé des patients concernant le contrôle de la pression artérielle et du diabète et

une plus grande satisfaction de leur part. Cependant le coût du personnel est plus élevé [46].

Qu'en est-il en France ?

Dans notre pays, MOUSQUES et al. [54] ont procédé à une évaluation médico-économique de l'éducation thérapeutique fournie par une IDSP. Il en résulte une amélioration des glycémies, de la gestion des données (du dossier médical) par l'IDSP et permet alors un meilleur suivi.

En termes de coût, il n'y avait pas de différence significative notable.

L'objectif principal de l'éducation d'un patient atteint de pathologie chronique est de réduire la prévalence des complications et leurs récidives. On éviterait alors certains coûts de santé qui en découlent tels que traitements, ou encore hospitalisations, comme nous l'avons vu pour le dépistage s'il était le plus précoce possible.

Il est donc légitime d'effectuer une éducation de nos patients, à chaque étape de la maladie.

L'ensemble de ces résultats, l'opinion des médecins, les expériences à l'étranger mais aussi françaises avec ASALEE, devraient nous encourager à progresser vers la délégation de cette éducation à un paramédical formé, pour qu'elle soit la meilleure et la plus efficace possible. Mais pas seulement, cela pourrait être aussi pour le dépistage et la prévention individualisée.

- La surveillance clinique :

Parmi les items étudiés dans notre étude, certains concernaient la surveillance clinique de patients ; tels que les insuffisants cardiaques. Les médecins n'y sont pas favorables à 56%, tout comme pour les patients sous AVK où ils sont opposés à 42%.

A l'étranger, Etats-Unis, Royaume-Uni, et Canada où cette forme d'exercice est mise en place depuis de nombreuses années, il a pourtant été démontré que les paramédicaux examinaient aussi bien les patients que les médecins dès lors qu'ils avaient reçu une bonne formation. Mais il est difficile de le transposer en France car il faudrait de nombreuses réformes dans la

formation des paramédicaux pour obtenir une équivalence des compétences de leurs paramédicaux et des nôtres.

En France les médecins ne sont pas prêts à déléguer des activités « purement » médicales avec évaluation au travers d'auscultation, d'examen clinique. La plupart d'entre eux estiment que ce rôle leur incombe, d'autant plus que leur responsabilité se trouve, dans tous les cas, engagée.

Il est probable que les médecins voient cette forme de collaboration comme risqué. L'idée que les paramédicaux puissent « prendre leur place » lors de l'examen clinique est une des craintes recensée auprès des médecins qui ont répondu. Peur qu'il n'y ait plus vraiment de limite définie : que le médecin considère le paramédical comme un « remplaçant » et/ou que le paramédical se prenne pour un médecin. Pour les praticiens cela peut constituer un danger.

C'est également ce qui ressortait d'une étude qualitative suédoise parue en 2010, comparant le ressenti des APN (= Nurse Practitioner Advance) et celui des GP (General Practitioner). Les médecins généralistes sont prêts à développer ces coopérations pour répondre aux besoins de santé mais à condition qu'une définition claire des rôles, des droits et des responsabilités soit établie. Les médecins précisent également que les infirmières ne doivent pas remplacer le médecin. Cette opinion est aussi partagée par certaines infirmières françaises [58, 59].

L'intérêt majeur de cette délégation serait d'optimiser la prévention individualisée, le dépistage, l'éducation et le suivi des patients.

V-4) Quelles perspectives:

A partir de notre étude et de la revue de la littérature, nous pouvons imaginer que ces NFC soient envisageables dans le cadre de maisons médicales. D'autant plus qu'elles constituent un des modes d'exercice séduisant les « jeunes médecins » grâce à un exercice de groupe. Le Dr LEGMANN dans son rapport proposait effectivement de favoriser, d'encourager l'exercice en groupe et le regroupement des professionnels en maison médicale [9].

De plus les « jeunes » médecins sont davantage prêts à mettre en place ces nouvelles formes de coopération, et ce, d'autant plus s'ils sont maîtres de stage. Ainsi ils participeraient à la

formation des paramédicaux.

Nous supposons que ces formes de coopération se développeront, mais pas dans l'immédiat. Probablement avec les nouvelles générations de médecins, qui seront favorables à travailler en groupe.

En effet, cela pourrait séduire les futures générations de médecins à la médecine générale ; avec ce mode d'exercice, la médecine générale en libérale ne serait alors plus synonyme d'une pratique isolée.

Mais il faudra probablement plusieurs années pour voir se développer ces nouveaux métiers de la santé. Ils impliquent de grands changements et particulièrement une modification de notre législation (« décret d'actes »). Si nous nous ne voulons pas nous retrouver dans des situations de pratique illégale de la médecine, il faudra que la législation change (comme ce qui a déjà été fait, depuis très longtemps, à l'étranger). Nous savons que c'est le principal frein à l'apparition de ces NFC.

Néanmoins, il faut être prudent, et ne pas considérer les nouvelles formes de coopération comme unique réponse aux déserts médicaux. Ce n'est qu'un mode d'exercice complémentaire à celui des médecins généralistes et non une substitution totale. Cette pratique constituerait davantage une diversification de l'activité médicale, et un accès aux soins plus aisé grâce à un duo médecin/paramédical. Car actuellement, les demandes de soins des patients n'arrivent plus à être prises en considération de façon satisfaisante, compte tenu de l'effectif médical en crise.

En optimisant la promotion de la santé (domaine où les médecins sont prêts à le faire) grâce à une IDSP, il est envisageable qu'on puisse développer ces pratiques à plus grande échelle, en étendant la loi HPST au territoire national ; ainsi on aboutirait à une efficience de notre système de santé.

Efficience de notre système de santé qui pourrait, à l'avenir si ces NFC sont mises en place de façon plus étendue, faire l'objet d'une étude médico-économique, portant sur l'efficacité en terme sanitaire et terme de rendement (diminution des coûts) de ces nouveaux métiers de la santé. Mais cela ne pourra s'envisager qu'après quelques années de recul sur ce mode d'exercice.

VI- CONCLUSION :

Depuis 10 ans la démographie médicale connait une crise sans précédent caractérisée par une baisse marquée et constante des effectifs médicaux. Cette baisse va durer pendant encore 30 ans.

Les pouvoirs publics tentent depuis plus de 10 ans de réfléchir à des solutions potentielles pour y remédier. Depuis 2003, de nouvelles perspectives ont été ouvertes par le Professeur BERLAND en évoquant la possibilité de mettre en place de nouvelles formes de coopération qui consistent à partager les compétences de chacun (médecins et paramédicaux) afin de modifier la répartition de la charge de travail du médecin tout en conservant la qualité de prise en charge du patient. S'inspirant d'expériences étrangères, de nombreuses études ont donc été réalisées sur la faisabilité de telles pratiques avant d'aboutir au vote de La loi HPST du 21 juillet 2009, dite loi « BACHELOT »

Ces études montrent d'une part que ces nouvelles formes de coopération sont possibles et sans danger pour les patients, de plus, dans l'ensemble, les patients sont satisfaits. D'autre part, il a été démontré que ces pratiques sont efficientes en terme sanitaire.

Notre étude a permis de mettre en évidence le peu d'intérêt que les médecins généralistes charentais portaient à ces nouvelles formes de coopération ; ils dénoncent les freins suivants : un cadre juridique lourd et inadapté, l'âge avancé de ces médecins généralistes, l'absence de motivation pour voir leur mode d'exercice bouleversé, le manque d'investissement pour la formation des paramédicaux et enfin un exercice encore trop isolé pour pouvoir mettre en place ces formes de collaboration.

Nos observations sont en phase avec la littérature sur le même sujet et expliquent l'absence d'engouement national pour ces nouvelles formes de coopération.

Bien que peu plébiscitée par les médecins charentais, notre étude s'est attachée à mettre en évidence un profil du médecin généraliste charentais prêt à mettre en place ces nouvelles formes de coopération : il est âgé de moins de 50 ans, maître de stage, donc motivé pour s'investir dans la formation d'un paramédical, il travaille en groupe ou en maison médicale, et souhaite déléguer la prévention et l'éducation de ses patients qui sont souvent chronophages.

Si elles doivent être une solution d'avenir, ces nouvelles formes de coopération ne pourront pas se mettre en place de façon pérenne sans quelques aménagements. Ainsi, les pouvoirs publics devront faciliter la mise en place d'Infirmière De Santé Publique dans les cabinets médicaux de groupe ou les maisons médicales en étendant la loi HPST à l'échelle nationale, en simplifiant les protocoles et en modifiant notre législation.

Enfin, il apparaît comme illusoire d'envisager ces nouvelles formes de coopération comme l'unique solution à la désertification médicale.

Les nouvelles formes de coopération ne permettent que de diversifier l'offre de soins et de limiter la surcharge de travail des médecins.

En développant ce mode d'exercice, on peut supposer que les générations futures de médecins n'envisageraient plus la médecine générale comme un exercice isolé de tous, mais comme une pratique de groupe qui met en commun le savoir et les compétences de chacun.

Car le véritable enjeu de la désertification médicale est de rendre la médecine générale attractive pour pouvoir espérer une recrudescence des effectifs afin de faire face à la demande de soins croissante qui attend les médecins généralistes au cours des prochaines années.

Favoriser le regroupement des professionnels est une des propositions à encourager pour essayer de séduire les jeunes générations à s'installer. Ainsi on pourra peut-être un jour, voir se développer les nouvelles formes de coopération avec de futurs médecins qui seront prêts à s'investir dans cette voie.

Liste des figures :

Figure 1 : Mode d'exercice des médecins généralistes en activité.

Figure 2 : Pyramide des âges des médecins généralistes à l'échelle nationale.

Figure 3 : Mode d'exercice des femmes médecins généralistes.

Figure 4 : Densité des médecins généralistes par région au 1er Janvier 2012.

Figure 5 : Densité des médecins généralistes par département au 1er Janvier 2012.

Figure 6 : Moyenne d'âge, et proportion des femmes selon les départements de la région.

Figure 7 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes par département au 1er Janvier 2012.

Figure 8 : Facteurs de stress professionnels selon 506 médecins.

Figure 9 : Evolution respective des activités libérale et salariée de 1986 à 2007

Figure n°10: Médecins en activité d'après le scenario tendanciel et les variantes "NC Bas" et "NC Haut"

Figure 11: Perspectives d'évolution des densités médicales régionales de 2006 à 2030

Figure 12 : Profil des médecins généralistes ayant participé à l'étude.

Figure 13 : Age des médecins ayant participé à l'étude.

Figure 14 : Age des médecins ayant participé à l'étude.

Figure 15 : Temps de travail hebdomadaire des médecins ayant participé à l'étude.

Figure 16 : Lieu d'exercice des médecins ayant participé à l'étude/

Figure 17 : Secteurs d'exercice des médecins ayant répondu au questionnaire.

Figure 18 : Mode d'exercice des médecins.

Figure 19 : Pourcentage d'activité déléguée.

Figure 20 : Influence du lieu d'exercice.

Figure 21 : Influence du sentiment d'être débordé par les médecins.

Figure 22 : Influence selon le mode d'exercice.

Figure 23: Echanges des médecins généralistes avec les autres professions de santé.

Figure 24 : Connaissance des médecins concernant le partage de compétences.

Figure 25 : Etre syndiqué est-il un facteur favorisant les connaissances ?

Figure 26 : Les maitres de stage sont-ils plus souvent syndiqués ?

Figure 27 : Le réseau ASALEE est-il plus connu par les médecins syndiqués ?

Figure 28 : Les maîtres de stage connaissent-ils mieux ASALEE ?

Figure 29 : Information et délivrance de conseils.

Figure 30 : Influence de l'âge concernant l'information et la délivrance de conseils.

Figure 31 : Influence du lieu d'exercice concernant l'information et la délivrance de conseils.

Figure 32 : Avis des médecins généralistes vis-à-vis de l'éducation

Figure 33 : Influence de l'âge concernant l'éducation.

Figure 34 : Avis des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage

Figure 35 : Influence de l'âge concernant le dépistage.

Figure 36 : Avis des médecins généralistes concernant les gestes techniques.

Figure 37 : Influence de l'âge concernant les gestes techniques.

Figure 38 : Avis de médecins généralistes concernant la clinique et l'évaluation médicale.

Figure 39 : Influence de l'âge concernant les prescriptions.

Figure 40 : Influence du lieu d'exercice concernant le lieu d'exercice.

Figure 41 : Influence de l'âge concernant la surveillance clinique.

Figure 42 : Dévalorisations potentielles induites par les nouvelles formes de coopération

Figure 43 : Evaluation du risque.

Figure 44 : Exercer les coopérations sous la responsabilité du médecin généraliste.

Figure 45 : Implications possibles dans la formation des paramédicaux.

Figure 46 : Allez-vous mettre en place ces coopérations ?

Figure 47 : Mise en place potentielle des nouvelles formes de coopération en fonction du lieu d'exercice.

Figure 48 : Mise en place potentielle des nouvelles formes de coopération en fonction du mode d'exercice.

Figure 49 : Mise en place potentielle des nouvelles formes de coopération en fonction de l'âge.

Figure 50 : Lieu de réalisation le plus adapté.

Figure 51 : Moyen de communication le plus adapté.

Figure 52 : Moyen de paiement le plus adapté.

Figure 53 : Principaux moteurs ou barrières permettant le développement de rôles avancés infirmiers en France.

ANNEXES :

ANNEXE n°1 :

Article 131 de la LOI n° 2004-806 du 9 août 2004
relative à la politique de santé publique (1)

NOR : SANX0300055L

(*Journal officiel* du 11 août 2004)

Art. 131. - 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 aux articles L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4371-1 du code de la santé publique, par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, et notamment la nature et la liste des actes, la durée de l'expérimentation, les établissements et services qui en sont chargés, les conditions de mise en oeuvre, ainsi que les modalités de son évaluation.

ANNEXE n°2:

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

Arrêté du 13 décembre 2004
relatif à la coopération entre professionnels de santé

NOR : *SANH0424219A*

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4111-1, L. 4161-5, L. 4311-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4371-1, R. 4311-1 à R. 4311-14, R. 4342-1 à R. 4342-6 et R. 4351-1 à R. 4351-6 ;

Vu l'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des professions paramédicales,

Arrête :

Art. 1er. – Des expérimentations prévues à l'article 131 de la loi du 9 août 2004 susvisée sont autorisées.

Art. 2. – La liste de ces expérimentations et leurs modalités sont fixées en annexe du présent arrêté.

Art. 3. – Chaque expérimentation fait l'objet d'une évaluation. Cette évaluation est réalisée notamment sous la responsabilité des professionnels de santé concernés par l'expérimentation.

L'évaluation porte notamment sur les objectifs et les indicateurs mentionnés en annexe.

Art. 4. – Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 13 décembre 2004.

PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

ANNEXE n°3 :

Arrêté du 30 mars 2006 concernant les nouvelles formes de coopératior entre professionnels de santé.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

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

NOR : *SANH0621438A*

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4111-1, L. 4161-5, L. 4311-1, L. 4342-1,

L. 4351-1, L. 4371-1, R. 4311-1 à R. 4311-14, R. 4342-1 à R. 4342-6 et R. 4351-1 à R. 4351-6 ; Vu l'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; Vu l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé ; Vu l'avis du Conseil supérieur des professions paramédicales,

Arrête :

Art. 1er.– L'expérimentation n° 5 citée à l'annexe de l'arrêté du 13 décembre 2004 susvisé est ainsi modifiée :

Les mots : « centre hospitalier d'Argenteuil » sont remplacés par les mots : « centre Oscar Lambret de Lille ».

Art. 2. – Les expérimentations prévues à l'annexe de l'arrêté du 13 décembre 2004 susvisé sont complétées par les expérimentations figurant à l'annexe du présent arrêté.

Art. 3. – L'article 3 de l'arrêté du 13 décembre 2004 susvisé est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les expérimentations nos 1, 2 et 3 prévues à l'annexe du présent arrêté sont, à leurs dates d'échéance, reconduites pour une durée de 12 mois sous réserve des résultats de l'évaluation prévue aux alinéas précédents. »

Art. 4. – Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 30 mars 2006.

XAVIER BERTRAND

ANNEXE n°4 : **Missions des infirmières déléguées de santé publique**

SUIVI DU DIABETIQUE DE TYPE 2

Recrutement des patients :

L'infirmière extrait de la base de données du cabinet, la liste des patients diabétiques de type 2
Les patients sont habituellement suivis régulièrement par leur médecin traitant ; la mise en place du suivi par l'infirmière peut se faire au fil de l'eau après prescription par le médecin traitant
Saisie des données par l'IDSP :
L'infirmière renseigne le formulaire « suivi du diabétique de type 2 » sur le site ASALEE : la première saisie nécessite de renseigner les suivis trimestriels, semestriel et annuel avec les dernières données connues du dossier médical.
Le formulaire peut faire apparaître les examens manquants prévus par le référentiel et les mesures à prendre. Débriefing entre l'infirmière et le médecin en charge du patient : récupération des examens manquants (courriers des ophtalmologues …), tâches pour le médecin : courrier pour les spécialistes, explications au patient des modalités du travail de l'infirmière, tâches pour l'infirmière : programmation du suivi de tous les diabétiques.
L'infirmière programme les consultations de suivi individuel ou des réunions de groupe. Mesures d'éducation.
Elle alerte via le dossier médical du cabinet au décours de sa consultation : mise à jour des éléments prévus par le référentiel : examen clinique, poids, IMC, TA, pouls, examen cutané, mono-filament, ECG, FO, biologie … Tous les 3-4 mois, l'IDE saisit le formulaire ASALEE de suivi

DEPISTAGE DES PATIENTS A RISQUE DE DIABETE

Il a pour but de dépister les patients à risque de diabète et de leur proposer des mesures hygiéno-diététiques.
Constitution du groupe des patients à risque : Recherche sur la base de données :
- à partir de la glycémie : extraction des patients en hyperglycémie (glycémie à jeun > 1,10 et < 1,26 g/L),
- à partir de l'âge : extraction des patients de plus de 45 ans avec IMC > 28
- 45 ans et des antécédents familiaux de diabète du premier degré

Positionnement d'une alerte dans le dossier médical
Suivi de ces patients par l'infirmière :
Saisie par l'infirmière du formulaire en ligne « dépistage du diabète », vérification des critères dans le dossier médical : glycémie > 1,1 et < 1,26. Programmation d'une consultation de suivi, intervention « mesures hygiéno-diététiques » par l'infirmière
Si glycémie > 1,26 : suivi du diabétique (protocole suivi du diabète)

PROTOCOLE DE PREVENTION PRIMAIRE DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE Education des patients à haut risque cardiovasculaire par une infirmière déléguée à la santé publique dans le cadre du projet ASALEE

INTRODUCTION :

Définition :

Sous la terminologie de « maladies cardiovasculaires » la littérature médicale fait référence à différentes pathologies chroniques ou événements ayant en commun une physiopathologie liée à l'athérosclérose infra-clinique et responsable de mort prématurée. Il peut s'agir :
- maladies coronariennes (angor d'effort, angor instable, infarctus du myocarde, mort subite)
- accidents vasculaires cérébraux (hémorragiques ou ischémiques, transitoires ou constitués)
- pathologies vasculaires périphériques (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, anévrysme aortique, insuffisance rénale par néphro-angiosclérose)
- insuffisance cardiaque

Le risque cardiovasculaire fait référence à une probabilité de survenue d'un événement cardiovasculaire (exemple : probabilité de survenue d'un infarctus du myocarde) qui peut s'exprimer par différents indicateurs :
- le risque absolu (RA) ou risque global qui est la probabilité de survenue d'un événement cardiovasculaire sur une période de temps donnée (5 ans, 10 ans …) chez un sujet ayant un ou plusieurs facteurs de risque
- le risque absolu idéal (RA idéal) est le risque d'une personne de même âge et même sexe sans autre facteur de risque
- le risque relatif (RR) qui est la probabilité de survenue d'une événement cardiovasculaire chez un sujet ayant un ou plusieurs facteurs de risque rapporté à la probabilité de survenue de ce même événement en l'absence de ces facteurs de risque (RR = RA/RA idéal)
- l'excès de risque (ER) est la différence entre le risque absolu du sujet et le risque idéal
(ER = RA – RA idéal)

Un facteur de risque cardiovasculaire peut être défini comme un état clinique ou biologique qui augmente le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire donné. Conditions :
- force d'association : elle est exprimée par le risque relatif observé chez les sujets exposés par rapport aux non exposés
- association graduelle : le risque de développer la maladie augmente parallèlement au niveau du facteur de risque
- cohérence dans le temps : le facteur de risque précède bien la maladie et non l'inverse.
Pour ce critère des études épidémiologiques longitudinales sont nécessaires, ayant mesuré la caractéristique chez des sujets sains avant que la maladie ne survienne
- cohérence entre les différentes études : l'association est bien retrouvée dans diverses études portant sur des populations différentes et des groupes vivant dans des conditions différentes
- indépendance : l'association entre le facteur et la maladie persiste même lorsque sont pris en considération les effets des autres facteurs de risque (analyse multivariée). Par exemple la relation entre cholestérolémie et maladie coronarienne persiste même si l'on tient compte du tabac. Par contre l'impact de l'obésité sur le risque coronarien est en bonne partie « dépendant » de son impact propre sur l'hypertension, les dyslipidémies et le diabète
- caractère plausible de l'association : l'association constatée est cohérente avec les résultats d'autres approches : sciences fondamentales, expérimentations animales ou in-vitro, études cliniques
- réversibilité : si la correction du facteur de risque permet de prévenir la maladie (ou plus précisément d'en réduire l'incidence), il s'agit là de l'argument le plus fort en faveur d'une relation causale. La démonstration de cette réversibilité nécessite la réalisation d'essais cliniques d'intervention.

La prévention des maladies cardiovasculaires concerne les sujets qui n'ont pas de pathologie cardiovasculaire connue (prévention primaire) et les patients ayant une manifestation cliniquement exprimée (prévention secondaire). L'objectif de la prévention primaire est de dépister et de prendre en charge les facteurs de risque cardiovasculaire, et de mettre en place des mesures hygiéno-diététiques et thérapeutiques afin d'éviter, limiter ou retarder le développement d'une pathologie cardiovasculaire. La prévention secondaire cherche à éviter la survenue des complications et des récidives.

Plusieurs indicateurs sont utilisables pour exprimer le bénéfice attendu de la prise en charge thérapeutique du RCV global du patient. Ces indicateurs font référence à différents concepts :
- la réduction du risque liée au traitement qui peut s'exprimer par la réduction absolue du risque (RAR) ou la réduction relative du risque (RRR)
- le bénéfice attendu du traitement qui peut s'exprimer par le bénéfice absolu (correspondant à l'incidence cumulée d'un événement cardiovasculaire sur un intervalle de temps donné dans une population traitée par comparaison à une population non traitée) ou le bénéfice relatif (mesuré par le rapport du risque de l'événement considéré dans le groupe contrôle sur le risque de l'événement considéré dans le groupe traité)
- le nombre de sujets à traiter (NST) qui correspond au nombre minimum de sujets à traiter pour éviter un événement cardiovasculaire sur une durée de temps donnée

Epidémiologie :

Les maladies cardiovasculaires sont un problème de santé publique : au-delà de 65 ans, 35 % des causes de décès, 16 % des hospitalisations, 41 % des admissions en LD et 71 % des causes de morbidité déclarée étaient liées à une maladie cardiovasculaire. Le montant des remboursements des médicaments à visée cardiovasculaire était de 3,9 milliards d'euros en 2002 (montant présenté au remboursement par le régime général de l'assurance maladie, hors secteurs locales mutualistes), ce qui correspond à 25 % des dépenses de santé et 17 % de la totalité des médicaments prescrits.
Les maladies coronariennes (angor, infarctus du myocarde, cardiopathie ischémique chronique) ont été responsables en 1999 de 45 000 décès, soit un peu moins d'un tiers des décès par maladies cardiovasculaires et 8 % de l'ensemble des décès. En 2001, la pathologie coronarienne était responsable en France de 298 000 hospitalisations (42 % pour angor, 31 % pour infarctus du myocarde), ce qui était égal à 22 % des hospitalisations pour maladie cardiovasculaire et 2 % des hospitalisations totales.
Les données issues des registres français et européens permettent d'estimer l'incidence des AVC (de novo et récidives) comprise entre 120 000 et 150 000 par an. Parmi ces sujets 30 000 vont décéder dans les mois qui suivent, 60 000 vont garder un handicap de sévérité variable et 3000 vont récupérer sans séquelles.

Place et intérêt de ce projet : dans l'étude randomisé PREMIER, il a été démontré que les conseils hygiéno-diététiques (entretien 30 minutes) réduisaient de manière significative la prévalence de l'hypertension artérielle (38 % initialement à 26 % à 6 mois) et les patients hypertendus initialement le restaient seulement pour 52 % d'entre eux.

FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE : Facteurs non modifiables :
- âge et sexe (> 45 ans chez les hommes et > 55 ans chez les femmes)
- antécédents familiaux du premier degré (accident vasculaire avant 55 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes, l'existence d'un accident cardiovasculaire authentifié chez un des deux parents ou chez les deux parents multiplie par trois le risque d'accident cardiovasculaire chez le sujet index et ce risque est d'autant plus élevé que l'âge de survenue chez l'ascendant est inférieur à 55 ans chez l'homme et 65 ans chez la femme, il reste significatif si l'accident vasculaire s'est produit plus tard).

Facteurs modifiables :

- tabagisme actif ou arrêt depuis moins de 3 ans (d'après l'étude EROPP 2002, près de 12 millions de personnes parmi les 18-75 ans sont des fumeurs réguliers, 33 % des hommes, 26 % des femmes)
- l'HTA (hypertension artérielle) traitée ou non. L'HTA est définie de façon consensuelle par une PAS (pression artérielle systolique) ≥ 140 mmHg et/ou une PAD (pression artérielle diastolique) ≥ 90 mmHg, mesurée au cabinet médical et confirmées au minimum par 2 mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois. En cas de tension artérielle ≥ 180/110 mmHg, il est recommandé de confirmer l'HTA par 2 mesures par consultation, au cours de 2 consultations rapprochées
- les dyslipidémies = LDL-cholestérol ≥ 1,60 g/l ; HDL-cholestérol ≤ 0,40 g/l. Les troubles du métabolisme des lipides concernaient 16 % de la population française
- le diabète
- l'obésité (IMC indice de masse corporelle > 30) Facteurs associés à prendre en charge :
- tour de taille > 102 cm chez l'homme, > 88 cm chez la femme
- la fréquence cardiaque (facteur de risque nouvelle apparu, qu'il faudrait qualifier)
- alcool : consommation excessive > 3 verres/j chez l'homme, > 2 verres/j chez la femme
- la sédentarité
- les hyperglycémies > 1,10 et < 1,27 g/l

Facteurs non validés ou en cours de validation :
- les facteurs psychosociaux et environnementaux, les facteurs nutritionnels (non validés et peu objectivables)
- les traitements hormonaux (contraception orale et traitement hormonal substitutif de la ménopause)
- l'hyper-homocystéinémie, les facteurs thrombogéniques, les facteurs infectieux et inflammatoires

CALCUL DU RCVA (risque cardiovasculaire absolu)
Ce calcul peut se faire à partir de l'équation de Framingham (risque faible < 15 %, moyen 15 à 20 %, élevé > 20 % selon les recommandations ANAES 2000). Ce risque peut alors être comparé au risque idéal (celui qu'aurait un patient du même âge et du même sexe sans aucun autre facteur de risque). Il sera calculé en fonction des données saisies par l'infirmière dans la base ASALEE.

RECRUTEMENT DES PATIENTS
Patients à inclure :
Tous les patients des cabinets ASALEE (ayant signé l'engagement médecin traitant) présentant 2 FDR dont 1 modifiable ou 3 FDR :
- Facteurs de risque utilisé pour cette sélection : âge, antécédents familiaux, HTA, dyslipidémie, tabagisme, obésité
- ET exclusion des patients ayant déjà fait un accident vasculaire (infarctus du myocarde, angor avéré, accident vasculaire cérébral, artériopathie oblitérante des membres inférieurs … = prévention secondaire)
- ET exclusion des patients diabétiques avérés (pour lesquels un protocole particulier existe déjà)
- ET exclusion des patients < 25 ans et > 75 ans
- ET exclusion des patients insuffisants rénaux sévères (clairance de la créatinine < 30 ml/min)

Technique de recrutement :
A partir de la base ASALEE : le protocole HTA en cours de saisie comprend une partie des facteurs de risque cardiovasculaire qu'il conviendra d'améliorer
A partir des dossiers médicaux des cabinets : filtrage informatique des facteurs de risque dans les dossiers à partir des antécédents notés, extraction d'un listing de patients traités par hypotenseurs et/ou hypolipémiants (et non notés comme dyslipidémiques et hypertendus) à soumettre au médecin pour qu'il les classe, recueil au fil de l'eau pour les patients consultants, contact par le médecin pour les patients présentant des facteurs de risque ne les amenant pas à consulter régulièrement (« recrutement de rattrapage »).

DEROULEMENT DES CONSULTATIONS

Consultations de recrutement avec les médecins ASALEE.
Sélectionner des patients selon les modalités ci-dessus. Compléter au maximum les dossiers des patients pour que les facteurs de risque existants soient tous notés.
Vérifier la présence dans le dossier des renseignements nécessaires lors de l'interrogatoire (ATCD familiaux, tabagisme …) à mettre à jour à chaque remplissage de la grille (nouvel ATCD familial, tabac arrêté-repris …)
Examen clinique initial (poids, taille, tension artérielle, examen cardiovasculaire complet), puis tous les 3 à 6 mois (poids, TA, fréquence cardiaque) et examen cardiovasculaire complet tous les 12 mois (auscultation du cœur et des artères carotidiennes, fémorales, abdominale, palpation des pouls périphériques)
Examens complémentaires et paracliniques initiaux (glycémie à jeun, bilan lipidique, créatininémie avec calcul de la clairance), + ECG, kaliémie, hématurie, protéinurie (par une bandelette urinaire) si patient hypertendu
Explications du déroulement du protocole et son intérêt. Obtention de l'adhésion du patient et de son accord de traiter les données (accord oral dans le cadre de la relation contractuelle médecin patient)
Définir avec le patient des objectifs raisonnables (ainsi que leur ordre de priorité) et les divers traitements à entreprendre pour diminuer ce risque :
- IMC < 25 ou baisse de 10 % du poids initial
- Limiter la consommation d'alcool à < 3 verres/j chez l'homme et < 2 verres/j chez la femme
- Sevrage du tabac
- TA < 140/90 (en l'absence de diabète et insuffisance rénale)
Mise en route d'éventuels traitements médicamenteux ou réévaluation des traitements déjà en place : LDL-cholestérol cible selon les recommandations HAS, hypotenseurs, aide au sevrage tabagique

Première consultation infirmière :

Avant la consultation : bilan des données disponibles dans le dossier patient et surtout prise de connaissance des FDR et des objectifs fixés par le médecin
Remplir le questionnaire de début de prise en charge (recensement des FDR et calcul du RCVA)
S'il manque des indicateurs : mise en place d'alertes pour le médecin
Calcul du RCVA et explication de ce risque au patient
Conseils pour atteindre les objectifs :
- consommation de sel < 6g/j
- consommation d'alcool < 2 verres/j pour une femme, < 3 verres/j pour un homme
- activité physique (équivalent de 30 minutes de marche rapide, 3 fois dans la semaine)
- sevrage tabagique
- contrôle du poids
- alimentation riche en fruits et légumes, pauvre en graisses saturées, favorisant les graisses insaturées, les féculents, diminuant les sucres rapides …
- diminution des excitants (café, thé, réglisse)
Remise de documents résumant ces conseils en fin de consultation
Mise à jour du dossier du cabinet avec le RCVA calculé, le LDL cible et mise en place d'alertes signalant au médecin la fréquence des examens complémentaires à réaliser et les éléments manquants du dossier

Consultations suivantes par l'infirmière : tous les 3 à 4 mois selon le niveau de risque
Bilan des progrès réalisés, poids intermédiaire de suivi
Recherche des indicateurs d'observance, régularité des prises, iatrogénie, effets indésirables (qualité de vie par rapport aux traitements). Si effet indésirable constatée, en parler au médecin.
Soutien psychologique sur les difficultés et problèmes rencontrés Vérification de l'application des règles hygiéno-diététiques Réévaluation et adaptation des objectifs.
Mise à jour du dossier ASALEE et de celui du cabinet.

Dernières consultations (médecin et infirmière) réalisées à 1 an.
Examen cardiovasculaire complet par le médecin
Recensement des éventuels accidents vasculaires survenus et des éventuels effets indésirables des traitements entrepris. Si survenue d'un événement cardiovasculaire : sortie du protocole de prévention.
Remplir un questionnaire ASALEE de bilan à un an. Nouveau calcul du RCVA.

Evaluation

Objectifs : améliorer la prise en charge et la qualité de vie de ces patients à haut risque cardiovasculaire en optimisant la régularité du suivi clinique, paraclinique et biologique, en optimisant la mise en place des traitements non médicamenteux avec l'aide de l'infirmière déléguée à la santé publique.

Evaluer l'amélioration du RCVA chez les patients suivis (puis évaluation de la diminution de la morbi-mortalité cardiovasculaire sur 5 ou 10 ans si le projet se pérennise)
Améliorer le recueil de données et leur recensement dans les dossiers médicaux des patients
Améliorer le respect des recommandations HAS pour ces patients

Indicateurs d'évaluation
Activité expérimentale
- Taux de patients éligibles inclus dans le protocole : 100 %
-Taux de patients éligibles vus en consultation infirmière < 60 % (par comparaison avec le diabète)
Médico-économique
- évolution du RCVA (critère principal de l'évaluation) 10 % relatif en 12 mois (à valider)
- taux de patients hypertendus normalisés (< 140/90)
- ciblage de la prescription médicamenteuse – LDL => diminution du nombre de statines ?
- profil de consommation médicale avant/après et ici/ailleurs

Satisfaction :
Taux de satisfaction des patients
Amélioration de la qualité de vie avant/après

ANNEXE n°5 : Les définitions

Elles sont extraites du rapport d'étape de Décembre 2007 : « Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, les aspects juridiques. Haute Autorité de Santé, octobre 2007 »).

1) Un Acte de soins :

C'est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents.

2) Une Compétence :

Dans tous les cas le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit posséder les compétences nécessaires, c'est-à-dire la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissance, savoir-faire, comportement et expérience en situation). La compétence renvoie à une personne et donc **ne se délègue pas**.

3) Une Dérogation :

La dérogation consiste à autoriser des professionnels de santé à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne sont pas autorisés par les textes régissant leur exercice professionnel.

4) Un Délégant :

C'est le professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel de santé.

5) Un Délégué :

C'est le professionnel de santé qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégant.

6) Un Protocole de coopération :

Est un document décrivant les activités ou les actes de soins pouvant être transférés par un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différents, ou la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge.

7) Le Transfert :

C'est l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité y compris en terme de responsabilité, à une profession autre. Le transfert signifie que les professionnels qui réalisent l'activité sont responsables, autonomes (dans la décision et la réalisation), compétents et qualifiés.

Textes de loi qu'ils faudrait modifier :

- Supprimer l'arrêté du 6 janvier 1962, et la référence à ce dernier dans la définition de l'exercice illégal de la médecine (article L. 4161-1 CSP).

- Supprimer du premier alinéa la formule : « ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine »

- Modifier le second alinéa en remplaçant la formule « (…) dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret. », par la formule « leurs missions professionnelles dans les conditions définies par la loi ».

(Alinéas 1 et 2 de l'article L. 4161-1 seraient donc rédigés comme suit :

Alinéa 1 : « Exerce illégalement la médecine : Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et

exigé pour l'exercice de la profession de médecin (...) »

Alinéa 2 : « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages- femmes, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux personnes qui accomplissent leurs missions professionnelles dans les conditions déterminées par la loi »).

ANNEXE n°6 : Les expériences à l'étranger

Le nombre correspond au nombre absolu d'infirmière et le pourcentage à celui de toutes les infirmières. Ces tableaux n'incluent pas différentes catégories d'infirmières spécialisées qui peuvent être considérées comme exécutant des rôles avancés dans différents pays (par exemple infirmière sage-femme, infirmières en psychiatrie, infirmières anesthésistes, infirmières aux urgences.)

pays	catégorie	nombre	%	tâches principales	niveau de diplôme
Australie	clinical nurse consultant	na	na	tâches cliniques/tâches techniques : consultation diagnostic (évaluation avancée physiologique et psychologique) prescription de médicaments avec supervision médicale (bien qu'il puisse y avoir des variabilités d'autorisation de prescription à travers le pays) prorisation des patients éducation et enseignement encadrement professionnel sous forme de diffusion de l'expertise activités en lien avec l'amélioration de la qualité des soins recherche	3ème cycle ou master
	nurse practictioner	400 (2010)	0,20%	même activité clinique que précédent. S'ajoutent : prescription d'examens et interprétations (y compris radio et écho) gestion de d'un certain nb de pathologies chroniques suivi, monitorage, éducation et prévention pour des cas chroniques prescription de médicaments sans supervision médicale vaccination sans prescription médicale adressage de patients aux spécialistes	niveau master
Canada	Clinical nurse spécialist	2222 (2008)	0,90%	évaluation de patient, réaliser ou contribuer au plan de soins, interventions dans des situations complexes dans les différentes spécialités consultation et autres soins pour améliorer la prise en charge du patient et gérer des situations complexes aider les autres IDE par de l'enseignement revue des résultats de recherche et donner une opinion d'expert afin de mettre en application dans la pratique conduit les recommandations professionnelles et facilite le changement	niveau master
	NP 2 catégories : soins primaires, soins aigus (adulte, pédiatrique et néonat)			administre la totalité des soins aux patients de tout âge incluant promotion de la santé, prévention, soins curatifs, de réhabilitation et palliatifs dans des centres de soins primaires : les soins peuvent inclure diagnostic et traitement des pathologies ou des blessures aigues et monitorage et suivi des pathologies chroniques stables unités de réa. Les soins peuvent inclure diagnostics et traitement des patients aigus ou chroniques prescription et interprétation d'examens prescriptions de médicaments sans supervision médicale adressage de patients aux spécialistes	niveau master pour toutes les NPS de soins aigues, niveau master pour les soins primaires sauf dans 3 provinces

pays	catégorie	nombre	%	tâches principales	niveau de diplôme
Chypre	IDE de diabéto	123	3,4	pratiques avancées consultations et diagnostics de patients diabétiques surveillance et monitorage éducation et prévention pour des cas chroniques envoi de patients aux spécialistes	spécialisation grâce à un programme ou licence de 12 à 18 mois
	IDE en soins généraux en psychiatrie	80 (2008)	2,20%	pratique avancée consultation et diagnostic (évaluation avancée de l'état psychologique du patient) gestion des pathologies chroniques priorisation des patients (fonction de l'expérience) adressage des patients aux spécialistes	
	IDE en psychiatrie	72 (2008)	2,00%	pratique avancée consultation et diagnostic triage des patients en fonction de l'expérience	
	Ide en soins généraux (incluant les visiteurs de soins)	164	4,60%	pratique avancée en consultation (diagnostic et évaluation physio et psycho du patient) vaccination sans prescription médicale (seulement les visiteurs en santé) activité de priorisation envoi des patients aux spécialistes suivi et monitorage pour des situations non aigües	
Irlande	CNC	2006 (2009) incluant les sages femmes	3.8 % incluant les sages femmes	mise en œuvre de connaissances et d'expertise pour développer la qualité des soins évaluation, programmation et administration et évaluation des soins participation à la publication des audits et travaux de recherche travail en étroite collaboration avec personnel médicaux et paramédicaux incluant les modifications de prescription dans le protocole de référence consultation en éducation et pratiques cliniques pour l'ensemble des paramédicaux prescription médicament et ionisation (avec de la formation supplémentaire	licence + post graduate dans les spécialités concernées
	ANP	121 (2009) incluant les sages femmes	0,20%	le cœur métier de l'APN contient autonomie dans les pratiques cliniques expertise, management et recherche on décrit : autonomie dans la gestion un service d'urgence mineures suivi monitorage éducation en santé et prévention pour des patients chroniques prescription de médicaments et de rayons ionisants soit sous protocole soit de manière autonome (sous réserve de formation, expérience et certification) prescription d'examens et d'échographie	master

pays	catégorie	nombre	%	tâches principales	niveau de diplôme
Finlande	IDE de santé public (avec diplôme supplémentaire)	na	na	consultation et diagnostics (évaluation psychologique et physiologique prescrire et réaliser des examens complémentaires (échographie gestion d'un certain nombre de pathologies chroniques (suivi, monitorage et éducation et prévention pour des patients chroniques adressage de patients aux spécialistes	3ème cycle ou master
	IDE avec un degré avancé	na	na	consultation et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique) prescrire et réaliser des examens complémentaires (échographie en milieu hospitalier gestion de pathologies chroniques (suivi, monitorage, éducation et conseil) gestion d'un catégorie de problèmes de santé aigus (examen clinique du patient, réalisation de soins pour certaines infections et blessures mineures) activité de priorisation des patients	3ème cycle ou master
GB	1) IDE spécialisées cliniques	na	na	consultation et diagnostics (évaluation psychologique et physiologique) en fonction de l'expérience et du niveau de compétences prescription et interprétation des examens complémentaires (y compris, radio, écho examens de labo) selon expérience et compétences prescription de médicaments sans supervision médicale (si l'IDE est certifiée en tant que prescripteur non médical) gestion d'une catégorie de pathologie chronique selon le rôle et l'expérience activité de priorisation des patients adressage de patients aux spécialistes selon expérience et compétences	master complété par expérience et formation continue
	2) IDE de pratiques avancées	na	na	même activité clinique que les CNS mais plus orientées vers des consultations médicales remplaçant le médecin leur activité inclue : consultation et accueil de patients avec problèmes non identifiés et faisant une évaluation de leur besoins détecte les facteurs de risques et les signes précoces de la maladie chez les patients diagnostic différentiel développe avec les patients des plans de santé prescrivent des investigations complémentaires et donnent soins et traitements donne avis et éducation en santé ont l'autorité pour admettre ou faire sortir des patients, et les adresser à d'autres professionnels	au minimum licence mais la plupart ont le niveau master
	3) IDE consultante	971 (2009)	0.2%	Ces IDE ont un très haut niveau d'expérience dans un champ particulier d'exercice Quatre fonctions principales : expertise encadrement et conseil enseignement entraînement et amélioration du service recherche et évaluation ces IDE passent 50 % de leur temps en temps clinique	master voire doctorat

pays	catégorie	nombre	%	tâches principales	niveau de diplôme
	4a) infirmière en chef moderne	5255 (2009)	1%	3 rôles principaux : Assure la qualité des soins en procurant encadrement des IDE et autres personnels assure les aspects administratifs et logistiques pour réaliser des soins de qualité (y compris propreté de l'hôpital et prévention des infections nosocomiales) assure une présence dans les services vers laquelle le patient et sa famille se tourne pour assistance	master ou expérience complémentaire
	4b) infirmière en chef générale	1654	0.3%	Ce sont des IDE expérimentées capables de prendre en charge des patients de longue durée, avec des besoins complexes, voire nécessité d'hospitalisation en urgence. Elles travaillent à domicile et sont capables de prendre en charge des situations aigues compliquées permettant d'éviter l'hospitalisation	
Etats-Unis	1) CNS IDE clinicienne spécialisée	52242	2.5%	intègre le soin tout au long du parcours du patient ou à tout niveau du système de soin promeut l'amélioration des soins aussi bien pour le patient que pour les professionnels développe des pratiques facilite la prise de décision éthique diagnostique et traite des pathologies manage la maladie et promeut la santé prévient pathologie et comportements à risque individuels, familiaux groupes et communautés	master complété par des certificats nationaux
	2) NP (IDE praticienne)	158348	6.5%	diagnostique et traite le patient en soins primaires ou en soins aigus prodigue des soins, examen physique et autres évaluations et dépistage prend en charge des patients avec des pathologies aigues ou chroniques, demandes d'examens de labo, prescrit médicaments, et adressage adéquat pour patient et famille. promeut la santé, la prévention éducation et assistance psycho-sociale.	master complété par des certificats nationaux

ANNEXE n°7 : Mail et courrier explicatif de l'objet de l'étude accompagnant le questionnaire :

Claire GABORIT
La Verdure
16300 BARRET
06 88 55 10 05, claire.gaborit84@gmail.com

Chères consœurs et chers confrères,

Je soussignée Claire GABORIT, exerçant comme médecin remplaçant, vous prie de bien vouloir prêter attention à ce courrier et au questionnaire qui s'y rattache et qui concernent mon travail de thèse entrepris avec le Dr DUMAS-REAM exerçant à Nanteuil en Vallée.

Notre travail a pour but d'étudier les éventuelles « délégations de taches » que pourraient envisager les médecins généralistes envers des paramédicaux, moyennant une formation et un cadre juridique adaptés. On appelle cela les « Nouvelles formes de Coopération ».

Sujet vivement débattu ces dernières années, car les pouvoirs publics, Ministère de la Santé en tête, voient en ce mode d'exercice un moyen de répondre, d'une part, aux problèmes de pénurie en médecins généralistes et d'autre part aux besoins croissants de la population en terme de santé, tout en maintenant une qualité de prise en charge identique.

Plusieurs expérimentations ont été réalisées depuis 2003 dans différentes spécialités médicales, parmi elles, le projet ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe), mis en place en Poitou-Charentes. En pratique, il semblerait que les différentes professions concernées aient du mal à aboutir à un consensus sur ce sujet pour de multiples raisons.

Il nous a donc paru essentiel de déterminer l'opinion des médecins généralistes de la Charente sur ce sujet afin de pouvoir déterminer sa faisabilité réelle.
Nous avons donc choisi de faire une enquête, descriptive, à partir d'un questionnaire que nous avons distribué à tous les médecins généralistes de la Charente.

Celui-ci se décline en trois parties (8 pages, rapide à remplir (8 min), réponses par oui ou non):

- Première partie : Déterminer votre profil et vos éventuelles connaissances sur le sujet (le nom est à remplir uniquement pour éviter les doublons mais il n'apparaitra pas dans l'étude)
- Seconde partie : Evaluation des différentes formes de coopération envisageables à partir d'expériences relevées dans la littérature.

- Troisième partie : Recueil de votre opinion sur ces Nouvelles formes de coopération.

Je sais à quel point votre temps est précieux, mais votre bonne collaboration est importante pour moi sur un plan personnel, mais également pour que mon travail puisse avoir une certaine significativité et une portée intéressante.
Je vous serai donc très reconnaissante de remplir ce questionnaire, de l'enregistrer et de me le retourner par mail ou par courrier avant le 31 Juillet 2012.

En vous remerciant par avance, je vous prie de bien vouloir agréer mes salutations les plus respectueuses.

Claire GABORIT.

ANNEXE n°8 : Le questionnaire

PARTIE I : Profil de la population étudiée

Démographie de la population étudiée :

Etat civil	
Nom	
Prénom	
Age	
Lieu d'exercice	
Durée de l'exercice de la médecine générale	
Nombre d'heures d'exercice de la médecine générale par semaine en moyennne	

	Homme	Femme
Sexe		

	Libéral exclusif	Mixte (maison de retraite, hôpital...)
Exercice		

	Rural	Semi-rural (5 à 10 000 hbts)	Urbain
Lieu d'exercice			

	Seul	En association	En maison médicalle
Mode d'exercice			

	Oui	Non
Etes-vous maître de stage ?		
Participez-vous à des FMC ?		
Appartenez-vous à un syndicat ?		
Avez-vous le sentiment d'être débordé par les demandes de vos		

	< 10%	10 à 20%	20 à 40%	50%	>50%
Quel pourcentage d'activité pourriez- vous déléguer par					

Relations avec les autres professionnels de santé:

Avez-vous des échanges réguliers avec:

	Oui	Non
Les Kinésithérapeutes		
Les Infirmières Diplômées d'Etat		
Les podologues		
Les Diététiciens		
Les pharmaciens		
Les ergothérapeutes		

Connaissances sur le sujet :

Etat des connaissances.

	Oui	Non
Savez-vous qu'une loi a été votée encadrant de telles coopérations		
Possédez-vous des connaissances sur les nouvelles formes de coopération?		
Avez-vous déjà réfléchi à intégrer ses nouvelles formes de coopération au sein de votre activité?		
Connaissez-vous ASALEE (Action de SAnté Libérale en Equipe)		
Avez-vous recours à ASALEE au sein de votre cabinet		
Pratiquez-vous des formes de coopération?		
Si oui lesquelles?		

PARTIE II : Différentes formes de coopération

Promotion de la santé :

Droit de prescription de bilans

	Oui	Non
Bilans métaboliques		
Sérologies		
Dosage des PSA		
Autres:		

Délivrer des conseils

	Oui	Non
Conseils de puériculture		
Conseils diététiques		

Evaluation du risque cardio-vasculaire

	Oui	Non
Evaluation du risque cardio-vasculaire		

Vaccinations

	Oui	Non
Prescription de vaccinations		
Réalisation de vaccinations		

Dépistage

	Oui	Non
De l'HTA		
Des troubles cognitifs (MMS)		
De la dénutrition (échelle de Norton)		
De la dépression		

Santé publique

	Oui	Non
Suivi régulier de la réalisation des frottis cervico-vaginaux		
Incitation à la mammographie		
Dépistage du cancer colo-rectal (Hémocult®)		

Dossier médical

	Oui	Non
Création du dossier médical		
Tenue du dossier médical		

Education

	Oui	Non
Diététique		
Sexuelle		
Vis à vis des conduites addictives		

Prise en charge de pathologies chroniques:

Patients asthmatique

	Oui	Non
Education sur la maladie		
Principes thérapeutiques		
Mesure régulière du DEP		
Autres:		

Patients diabétiques

	Oui	Non
Education sur la maladie		
Principes thérapeutiques		
Suivi du carnet de surveillance		
Dépistage des complications		
Autres		

Insuffisants cardiaques

	Oui	Non
Education		
Surveillance		
Autres:		

Patients VIH

	Oui	Non
Education		
Surveillance		
Autres:		

Patients sous AVK

	Oui	Non
Education		
Surveillance		
Autres:		

PARTIE III : Opinion des médecins généralistes.

Moyen de communication le plus adapté à une coopération efficace

	Oui	Non
Réunions présentielles		
Courrier papier		
Courrier électronique		
Logiciel informatique partagé		
Autre:		

Lieux possibles de coopération: ces coopérations sont-elles adaptées?

	Oui	Non
A un cabinet où l'on exerce seul?		
A un cabinet à plusieurs médecins		
A une maison médicale		

Opinion des médecins généralistes

	Oui	Non
Pensez-vous que ces nouvelles formes de coopérations soient une réponse appropriée à la désertification en médecine générale		
Représentent-elles une altération de la prise en charge globale du patient?		
Représentent-elles une dévalorisation de la médecine générale?		
Représentent-elles une dégradation de la relation médecin-malade?		
Représentent-elles une prise de risques plus importants POUR VOUS?		
Représentent-elles une prise de risques plus importants POUR LE PATIENT?		
Représentent-elles un gain de temps potentiel?		
Dans l'hypothèse d'une formation adaptée, vous semble-t-il possible de mettre en place une coopération au sein de votre cabinet?		
Percevez-vous ces formes de coopération comme une diminution de votre activité et par conséquent de vos revenus?		
Accepteriez-vous que ces actions de santé libérale en équipe soient réalisées sous votre responsabilité?		
Seriez-vous prêts à vous investir dans une partie de la formation des "paramédicaux à compétences élargies".		
Pensez-vous que les paramédicaux seraient disposés à s'investir dans de telles missions.		

Allez-vous, dans les prochaines années mettre en place une forme de coopération ?		

Quelle serait la rémunération la plus adaptée à ces coopérations?

	Oui	Non
Indemnité à l'acte		
Salariat		
Forfait avec objectifs		

Critères de recrutement:

Quels sont pour vous les principaux critères de recrutement d'un "paramédical à compétences élargies?	

Principales craintes:

Quelles sont vos principales craintes vis à vis de la mise en place d'un tel système?	

BIBLIOGRAPHIE:

1. Berland, Y., *Missions démographie des professions de santé.* Rapport, 2002.

2. Berland, Y., *Coopération entre professions de santé: le transfert de tâches et de compétences.* Rapport, 2003.

3. SICART, D., *Les médecins au 1er Janvier 2012.* RAPPORT DRESS, N°167, 2012.

4. Bessiere, S., *La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage.* Revue française des Affaires sociales, 2005. **1**(1): p. 17-33.

5. Hardy-Dubernet, C., *Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions?* Revue française des Affaires sociales, 2005. **1**: p. 35-38.

6. Vilan, A. and X. Niel, *Le temps de travail de nos médecins: l'impact des évolutions socio-démographiques.* Rapport DRESS, N°114, 2001.

7. DRESS, *Etudes et résultats.* **114**.

8. Le Feuvre, N., et al., *La féminisation des professions libérales: l'exemple des professions médicales et juridiques.* Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Service des Droits des femmes et de l'Égalité, août, 2003.

9. Legman, *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale* Rapport, 2010.

10. CNOM, *Etude.* 2011.

11. Ventelou, B., *Un observatoire des pratiques en médecine générale: l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur.* Revue française des Affaires sociales, 2005. **2005**(1): p. 127-160.

12. Descours, C., *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnel de santé sur le territoire.* Rapport, 2003.

13. Tatu, N., *Les malades prennent le pouvoir.* Le Nouvel Observateur, 2007 (17 Mai).

14. Barlet, M., et al., *La France et ses régions.* Etude DRESS, 2010.

15. Lefèvre, J., et al., *Désinteret des futus médecins pour la médecine générale. Résultats d'une enquête nationale sur les choix de spécialisation auprès de 1 870 externes français.* La presse médicale, 2010. **39**(3): p. 58-65.

16. Gautier, J., *ASALEE Action de Santé Libérale En Equipe : une expérimentation de coopération interprofessionnelle médecins généralistes et infirmières déléguées à la santé publique. .* Rencontre HAS, 2009.

17. Bourgueil, Y., P. Le Fur, and E. Yilmaz, *La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE.* IRDES, 2008: p. 143.

18. Deleau, E., *Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en médecine générale: installation des Infirmières Déléguées à la Santé Publique dans les cabinets de médecine générale, sur un mode de délégation des tâches. Exemple de la prise en charge du diabète de type 2.* Thèse de médecine, 2005: p. 83.

19. HAS, *Guide méthodologique Tome 1: Condition de succès et retour sur le succès des expérimentations de 2004 à 2007.* 2010.

20. Liuu, E., *L'Education thérapeutique du patient diabétique de type II dans le cadre d'une délégation de tâches interprofessionnelles : impact de l'infirmière de santé publique de l'association ASALEE* Thèse de médecine, 2011.

21. Berland, Y. and Y. Bourgueil, *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé* Rapport, 2006.

22. Evin, C., *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques.* Rapport de groupe de travail, 2007.

23. Elbaum, M., *Les enjeux économiques des coopérations entre les professionels de santé.* Rapport HAS, 2007 (Décembre).

24. Berland, Y., *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner* Rapport, 2007 (Décembre).

25. HAS and ONDPS, *Délégation, Transfert, Nouveaux métiers de la santé… Comment favoriser des formes de coopérations entre professionnels de santé ? .* Rapport, 2008 (Avril).

26. HAS, *Nouvelles Formes de coopération - Evaluations quantitatives des expérimentations.* 2008.

27. HAS. and CNEH., *L'évaluation qualitative des expérimentations de coopérations entre professionnels de santé.* 2008, 2008.

28. *Les pratiques actuelles de coopération : Analyse des témoignages des professionnels de santé. .* Rapport HAS, 2007.

29. Berland, Y., D. Cadet, and L. Henart, *Professionels d'aujourd'hui et nouveaux métiers: des pistes pour avancer.* Rapport HAS., 2011.

30. Jones, P. and D. Bondy, *Family Health Service: the PHN and de the GP.* Canadian nurse, 1969. **65**(9): p. 38-40.

31. Lawrence, R., G. De Friese, and e. al., *Physician receptivity to nurse practionners: a study of the correlates of the delegation of clinical responsibility.* Medical Care, 1977. **15**(4): p. 298-310.

32. Ekwo, E., L. Dusdieker, and e. al, *Physicians' assistants in primary care practices: delegation of tasks and physician supervision.* Public Health Rep, 1979. **94**(4): p. 340-348.

33. Paul, C., *La délégation des taches en médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes installés en groupe en Normandie et Picardie.* 2006.

34. Marquiset, D., *La délégation des taches en médecine générale: étude qualitative par focus group auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche-Compté.* 2007.

35. Associates, P.R., *Taux de réponse des enquêtes postales.* 2007.

36. Elisabeth, H., Bulletin d'information de l'ordre national des médecins, 2011.

37. URPS, *Médecins édito bilan projets.* 2011/2012.

38. Delamaire, M. and G. Lafortune, *Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés.* 2010.

39. Paris and et al, *Enquête sur les caractéritiques des systèmes de santé.* 2010.

40. Bourgeault, I., et al., *How can optimal skill mix be effectively implemented and why?, Health systems and policy analysis.* WHO, 2008.

41. Bourgueil, Y., A. Marek, and J. Mousquès, *Three models of Primary Care Organisation in Europe, Canada, Australia and New Zealand.* Questions d'économie de la santé, 2009. **141**.

42. Hussey, P., *Controlling US health Care spending – separating promising from unpromising approaches.* The New England Journal of Medicine, 2009.

43. Sibbald, B., *Head to head - Should primary care be nurse led? Yes.* British Medical Journal, 2008. **337**: p. 1157.

44. Sibbald, B., *Skill Mix in Primary Care - the UK experience.* Colloque "Politiques et Oragnisation des soins primaires: concepts, outils et pratiques en Europe et aux Etas Unis. Quels enseignements pour la France?, 2009.

45. Di Censo, A. and D. Bryant-Lukosius, *Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada: A Decision Support Synthesis.* Support synthesis, 2009.

46. Litaker, D. and et al, *Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: The impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care.* Journal of Interprofessional Care, 2003. **17**(3): p. 223-237.

47. Peltonen, E., *The Doctor-Nurse Pair Model and the Admissions Team Model in Primary Health Care: a Comparative Study.* E.Social Sciences, 2009.

48. Horrocks, S., C. Anderson, and Salisbury, *Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors.* British Medical Journal, 2002. **324**(7341): p. 819-823.

49. Kinnersley, P. and e. al., *Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting 'same day' consultations in primary care.* British Medical Journal, 2000. **320**(7241): p. 1043-1048.

50. Venning, P. and e. al., *Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care.* British Medical Journal, 2000. **320**(7241): p. 1048-1053.

51. URML de l'Ile de France, *Enquête perte d'autonomie.* 2004.

52. Raymond, G., *Analyse des difficultés lors de l'Evaluation Gérontologique Standardisée en médecine générale.* Thèse de médecine, 2008.

53. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Principes de dépistage du diabète de type 2.* Rapport ANAES, 2003.

54. Mousquès, J., et al., *Effect of a French Experiment of Team Work between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care.* Working Paper, 2010.

55. Le Généraliste, 2007. **2143**.

56. EROS Project Team, *Training nurse practitioners for general practice.* Br J. Gen Pract, 1999. **49**(444): p. 531.

57. Russell, G.M. and et al, *Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors.* Annals of Family Medicine, 2009. **7**.

58. Lindblad, E., et al., International Journal of Nursing Practice, 2010. **16**: p. 69-74.

59. *Si les médecins délégaient aux infirmières.* La revue de l'infirmière, 2003. **91**.

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Université de Poitiers
Faculté de médecine et de pharmacie.

CLAIRE GABORIT

129 Pages 53 Figures **Thèse N°**

RESUME

Introduction : En France, la démographie médicale va subir une baisse inéluctable de ses effectifs au cours des 10 prochaines années.
Parallèlement, les besoins de santé augmentent compte tenu de l'accroissement attendu de la population et notamment dans sa tranche la plus âgée.
Se posent alors les questions de l'optimisation, de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients. C'est dans une logique de *substitution* et de *diversification* des activités que les réflexions sur le projet de « Nouvelles Formes de Coopérations » (=NFC) entre les professionnels de santé ont commencé à voir le jour.
Il nous a paru pertinent, dans ce contexte, d'étudier l'opinion des Médecins Généralistes du département de la Charente, sur ces NFC. En effet, la Charente est un département particulièrement exposé à cette pénurie de médecins.
Matériel et Méthode : Pour connaître l'opinion des Médecins Généralistes de la Charente sur ce partage des compétences, nous avons choisi de réaliser une enquête transversale descriptive. Un questionnaire a été envoyé par mail et par voie postale pour les médecins dont nous n'avions pas l'adresse mail. Il se composait en trois parties : le profil des médecins, le type de coopérations possibles et leur opinion sur le sujet. Nous avons étudié plusieurs paramètres, à partir de tests de Fisher et de Chi2, afin de voir s'ils constituaient des facteurs influençant l'avis des médecins, tels que l'âge, le sexe, le lieu d'exercice ou encore le mode d'exercice.
Résultats : Notre étude met en évidence de façon significative ($p<0,001$) que les médecins maîtres de stage sont plus informés et connaissent davantage les réseaux, tel qu'ASALEE, par rapport aux autres médecins. Ils sont également davantage prêts à s'investir dans la formation des paramédicaux, selon un test de Chi2 significatif ($p=0,0025$). De façon générale, les médecins sont très favorables à déléguer l'éducation du patient à un paramédical (95% de l'échantillon) ; tout comme le dépistage, où ils sont 81% à être favorables. Selon un test de Chi2 avec un $p= 0,013$, nous constatons que travailler seul constitue un frein à la mise en place ce type de coopérations ; de la même façon, d'après un test de Chi2 avec un $p=0,0046$, être âgé de plus de 50ans constitue un obstacle au développement de ce partage de compétences.
Conclusion : Les NFC peuvent être une des solutions d'avenir, mais elles ne pourront pas se mettre en place de façon pérenne sans quelques aménagements. Les pouvoirs publics devront faciliter les protocoles et modifier notre législation. Le véritable enjeu de la désertification médicale est de rendre la médecine générale attractive pour faire face à la demande de soins croissante qui attend les médecins généralistes les prochaines années. Favoriser le regroupement des professionnels est à encourager pour essayer de séduire les jeunes générations à s'installer. Ainsi on pourra peut-être un jour, voir se développer les NFC avec de futurs médecins qui seront prêts à s'investir dans cette voie.

Mots clés : délégation tâche, partage de compétence, skill mix, primary care, nurses practitioners, trust, self efficacy, task substitution, quality of care, expended competences.