

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 29 juin 2017

par Mademoiselle VEZIEN Céline

Identification des freins à la coopération interprofessionnelle
entre
Médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Madame le Docteur Marion ALBOUY-LLATY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BAZIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-12AUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Au président du jury :

Monsieur **le Professeur José GOMES DA CUNHA** (Professeur de Médecine Générale)

Je suis honorée que vous acceptiez de présider cette soutenance de thèse.

Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Aux membres du jury :

Madame **la Professeur Virginie MIGEOT** (Professeur de santé publique)

Je vous remercie de siéger au jury de cette thèse et de l'attention que vous portez à ce travail. Veuillez recevoir l'assurance de mon profond respect.

Docteur Marion ALBOUY – LLATY (Maître de conférence universitaire)

Je vous remercie de participer au jugement de cette thèse.

Recevez le témoignage de ma reconnaissance.

À mon directeur de thèse

Au **Docteur Pascal PARTHENAY**, merci pour votre soutien, votre disponibilité et vos précieux conseils dans l'élaboration de ce travail.

À mes anciens maîtres de stage

Un grand remerciement au **Docteur GALOPIN, RIOUX et DUPUIS** pour leur apprentissage et leur confiance qui m'ont permis de me conforter dans mon choix d'être médecin généraliste.

Merci à tous **les praticiens hospitaliers** où j'ai effectué mes stages au cours de mon internat pour leur savoir, leur enseignement et leur encadrement.

Aux IDE ASALEE

À **Cynthia**, première infirmière ASALEE que j'ai rencontrée et qui m'a inspirée ce sujet de thèse.

Merci d'avoir été là pendant les pauses déjeuners.

À **Elizabeth DURIEUX et Véronique BONNIOL**, je vous remercie pour les différents renseignements sur ASALEE qui ont été une grande aide pour la rédaction de ce travail.

Aux médecins ayant participé à l'étude

Je tiens à remercier les médecins qui ont participé à cette étude, de l'accueil et de l'intérêt qu'ils m'ont porté. En particulier **les Dr BOUJUT et MAILLOCHAUD** qui m'ont fait confiance pour les remplacer.

À ma famille

À **Marc-Antoine**, merci d'être entré dans ma vie et de me porter tout cet amour. Tu es mon bonheur de tous les jours. Ma vie n'est plus imaginable sans toi.

Merci à mes **parents Catherine et André** pour leur soutien sans failles toutes ces années d'études et leur indéfectible croyance en moi. C'est grâce à vous que j'en suis arrivée là.

À **mon frère, Cédric**, merci pour ton assistance à l'installation des logiciels nécessaires à la rédaction de ce travail et à la maintenance informatique tout au long de mes études.

À **ma petite sœur, Hermine** opticienne en herbe qui a grandi trop vite. Je suis fière d'être ta grande sœur.

À **mes grands-mères et ma tante** qui se sont souciées du bon déroulement de mes études, je vous en suis très reconnaissante.

À **mon parrain, Lionel** qui s'est toujours préoccupé de mon cursus scolaire et de ma santé. Je te remercie de cet intérêt.

À mes Amies

À **Jennifer, Maud et Stéphanie**, mes fidèles amies du lycée, je vous remercie d'avoir été là tout au long de ces 15 dernières années pour nos soirées et week-end entre filles.

À **Barbara, Anne-Blandine, Roxanne et Anne-Thaïs**, mes amies de médecine sans qui toutes ces années auraient été bien plus difficiles sans les « spéciales dédicaces », les apéros oasis, les déjeuners au RU, les soirées wii et les anniversaires où les cheveux flambent aux bougies.

PLAN

Introduction	9
Matériel et méthode	11
Résultats et analyse des entretiens.....	14
I) Caractéristiques des médecins interrogés:	14
1) Genre	14
2) Age des médecins.....	14
3) Structure d'activité médicale	14
4) Parcours professionnel.....	15
5) Profil de la patientèle selon le RIAP	16
6) Recrutement, organisation de travail et missions des infirmières ASALEE.....	16
II) Analyse des entretiens semi-directifs :	18
1) Perception du système ASALEE par les médecins interviewés	19
2) Mode de communication entre le médecin et l'IDE	22
3) Place de l'IDE dans la relation médecin-patient.....	24
4) Présentation rôle de l'IDE ASALEE aux patients	25
5) Eléments limitant l'envoi des patients éligibles	27
6) Oubli du patient.....	31
7) Qualité de la prise en charge par l'IDE	33
8) Autonomie de l'IDE.....	36
9) Nouvelles compétences envisagées pour l'IDE ASALEE	37
10) Perception de la démographie des médecins généralistes : une aide pour répondre au problème de démographie des médecins généralistes	40
11) Perception de l'apport de la délégation de tâches en médecine générale.....	40
12) Perception d'une nouvelle organisation de la médecine générale.....	42
Discussion.....	43
I) Méthodologie	43
1) Analyse des résultats.....	43
2) Réalisation des entretiens	43
3) Biais de sélection	43
II) Résultats descriptifs	43
III) Les freins à la collaboration interprofessionnelle	44
1) Doute sur l'efficacité d'ASALEE	44
2) Limites dans la délégation de tâches définie par ASALEE	44
3) Le rôle du patient dans cette collaboration	46

4) Frein propre au médecin	47
5) Essoufflement des patients éligibles	47
6) Autonomie de l'IDE.....	47
7) Espace insuffisant du cabinet médical	48
8) Echanges.....	49
IV) Les avantages à la collaboration interprofessionnelle avec l'IDE ASALEE.....	49
1) Système ASALEE	49
2) L'IDE ASALEE	50
V) Nouvelles compétences souhaitées par les médecins.....	50
VI) Perception de l'avenir de la médecine générale.....	52
Conclusion	53
Bibliographie	54
Annexes :	57
Table des figures :	70
Table des tableaux :.....	71
Résumé.....	72
Serment d'Hippocrate	73

Les verbatims sont consultables sur le CD joint à la thèse.

Abréviations

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

ARS : Agence régionale de santé

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CPAM: Caisse primaire d'assurance maladie

DAPHNEE: Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

DU : Diplôme universitaire

DIU : Diplôme inter universitaire

ECG: Electrocardiogramme

ETP : Education thérapeutique

IDE: Infirmier(ère) diplômé(e) d'état

IDR : Intradermoréaction à la tuberculine

INR : International Normalised Ratio

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

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HPST : Loi hôpital, patient, santé et territoire

MMS : Multimedia Messaging Service

MST: Maladie sexuellement transmissible

SMS: Short Message Service

RIAP : Relevé individuel d'activité et de prescription

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

URLM : Union régionale des médecins libéraux

Introduction

La délégation de certaines tâches à des infirmières en soins primaires existe dans les pays anglo-saxons depuis les années 1960 pour répondre à un problème de démographie médicale et à une logique économique. Sous réserve d'une formation complémentaire, les infirmières ont étendu leurs compétences principalement dans la promotion de la santé, le suivi des pathologies chroniques et la consultation de première ligne. Ce modèle de collaboration assure la qualité des soins⁽¹⁾.

En France, le protocole expérimental de collaboration interprofessionnelle ASALEE (Action de santé libérale en équipe) entre médecins généralistes et infirmières libérales a débuté en 2004. Ce dispositif a vu le jour dans le département des Deux-Sèvres grâce à Jean Gautier, médecin généraliste initiateur du projet. Ce programme s'est développé depuis au niveau national. En place en Charente depuis 2009, on y dénombre actuellement 81 médecins et 17 IDE. [Annexe 1]

Cette idée s'inspire initialement du rapport de la mission BERLAND⁽²⁾ de 2002 sur la « démographie des professions de santé » qui conclut à une diminution sensible du nombre de médecins. Afin de palier à des problèmes de densité médicale et de conserver une qualité de soins, il est proposé une délégation de compétences entre professionnels de santé. Le projet ASALEE est soutenu par l'union régionale des médecins libéraux (URML) de Poitou-Charentes et est inclus dans l'expérimentation de « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » menée par le professeur BERLAND en 2003⁽³⁾.

Ce programme consiste initialement à la délégation de tâches à l'IDE ASALEE par les médecins généralistes : repérage de facteurs de risque cardiovasculaire dans les dossiers médicaux, aide au dépistage de certains cancers et consultation d'éducation thérapeutique chez les diabétiques de type 2.

En 2008, L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) a mené une évaluation socio-économique du dispositif ASALEE centrée sur les patients diabétiques de type 2. Elle conclut à une amélioration du suivi et de l'équilibre glycémique sans coût supplémentaire pour l'assurance maladie⁽⁴⁾.

En 2011, l'association ASALEE a déposé une demande d'autorisation de protocole de coopération pour la délégation d'actes ou d'activités de médecins vers des paramédicaux⁽⁵⁾ au titre de l'article 51 de la loi hôpital, patient, santé et territoire (HPST)⁽⁶⁾. L'ARS Poitou-Charentes autorise par arrêté le 18 juin 2012 l'application du protocole de coopération.

Il consiste à la délégation de tâches à l'IDE ASALEE en matière de prévention primaire, suivi de maladies chroniques telles que le diabète de type 2 et les patients à risque cardiovasculaire. Leur champ de compétence comprend également le dépistage des troubles cognitifs et de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) du patient tabagique ainsi que la prescription et la réalisation d'actes dérogatoires tels ECG, spirométrie et examens des pieds diabétiques.

En 2015, l'IRDES s'est vu confier l'étude DAPHNEE (Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation) ⁽⁷⁾ qui consiste à l'évaluation d'ASALEE sur l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières ASALEE. L'objectif initial de la mise en place d'ASALEE était la conservation de la qualité des soins dispensés aux malades par la délégation de tâche aux IDE afin de palier aux problèmes de démographie médicale. Le nouvel objectif qui conditionne une pérennisation et/ou une généralisation du protocole de coopération ASALEE est la libération de temps médical et l'accroissement de la productivité des médecins. Ce concept s'appuierait sur la substitution des médecins généralistes par les infirmier (ère)s en matière de dépistage, de suivi et de réalisation d'actes dérogatoires, mais aussi de la complémentarité en matière d'éducation thérapeutique. Cette étude est en cours de rédaction.

Cependant, au sein d'une maison de santé en Nord Charente, j'ai pu observer qu'il existait une disparité du nombre de patient adressé par chaque médecin à l'IDE ASALEE et une inégalité dans la répartition de tâches dont elle a la compétence.

Je me suis donc interrogée sur les facteurs à l'origine de ces différences constatées.

Le but de l'étude est d'identifier les freins à la collaboration entre médecins généralistes et infirmier(ère)s de santé publique ASALEE dans les cabinets de médecine générale accueillant cette association en Charente. L'objectif secondaire est de pouvoir améliorer la collaboration interprofessionnelle et permettre une meilleure prise en charge préventive, éducative et thérapeutique aux patients éligibles à ASALEE.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une thèse qualitative comprenant des entretiens individuels semi-directifs auprès d'un échantillon raisonné de médecins généralistes recevant une infirmière ASALEE dans le département de la Charente.

Les critères d'inclusion des professionnels de santé comprenaient qu'ils exercent la médecine générale en Charente et qu'ils reçoivent une infirmière ASALEE au sein de leur structure médicale. Le nombre de médecins recruté initialement a été estimé entre 15 et 20, le nombre final a été déterminé par le principe de saturation des données.

Deux questionnaires ont été réalisés à l'intention des médecins généralistes.

Le premier est descriptif composé de cinq parties : [Annexe 2]

-La première présentait l'identité du médecin : nom, prénom, âge.

-La deuxième concernait l'activité médicale : type, nombre de médecins, milieu d'activité, nombre de visites effectuées par semaine.

-La troisième consistait à identifier le parcours professionnel : année d'installation, maître de stage ou non, éventuelle formation complémentaire à type de DU, DIU ou capacité.

-La quatrième décrivait le profil de la patientèle selon le RIAP.

-La dernière partie concernait :

- L'installation d'ASALEE : la sollicitation auprès de l'organisme pour bénéficier d'une IDE ASALEE, l'année d'accueil au sein de la structure, son lieu de travail, le nombre de jour où elle est présente au sein de la structure médicale et si elle effectuait des visites à domicile.
- Le type de mission confiée à l'infirmière ASALEE sur :
 - Le suivi du patient diabétique de type 2
 - Suivi du patient à risque cardiovasculaire
 - Suivi du patient tabagique à risque de BPCO
 - Consultation de repérage des troubles cognitifs

Pour cette dernière partie, les médecins cochaient les propositions s'ils adressaient leurs patients pour le type de mission effectuée par l'IDE.

Le deuxième questionnaire semi-directif comprenait cinq grandes questions ouvertes avec pour principaux thèmes : [Annexe 3]

- L'idée générale du système ASALEE
- La Collaboration avec l'IDE ASALEE
- Le rôle de l'infirmière ASALEE
- Le travail accompli par l'infirmière ASALEE

- L'évolution du partenariat entre l'infirmière ASALEE et le médecin généraliste

Des sous-questions ont été prédéfinies afin de réamorcer les échanges pour permettre de pallier aux variantes des entretiens.

L'élaboration des questionnaires a été effectuée à l'aide de données de la littérature sur ASALEE et la délégation de tâche aux infirmières dans les pays anglophones⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

Les deux questionnaires ont été testés chez un médecin généraliste en Nord Charente pour vérifier la formulation et le bon déroulement des questions ainsi que l'évaluation du temps de l'entretien. Il n'y a pas eu de modification suite à ce premier test qui a duré un peu plus 15 minutes.

Le recrutement des professionnels de santé a été élaboré à partir d'une liste de Charente ASALEE comportant tous les noms des médecins généralistes recevant une infirmière ASALLEE en Charente.

Dans un premier temps, un mail commun présentant le sujet et la méthode de l'étude a été envoyé à 19 médecins de cette liste réparti dans l'ensemble de la Charente le 23/02/2016. [Annexe 4].

La sélection s'est faite de manière à ce qu'il y ait des médecins hommes et femmes de différentes classes d'âges exerçant en milieu rural, urbain ou semi-rural, seuls ou en groupe, en maison de santé ou cabinet médical. Certains médecins faisaient partis de la même structure.

Les professionnels de santé ayant répondu favorablement par mail à la participation à l'étude, ont été sollicités par téléphone via leur secrétariat afin de fixer un rendez-vous.

Concernant les médecins n'ayant pas répondu au mail, ils ont été contactés par appel téléphonique ayant permis de leur réexposer le sujet de l'étude, de s'assurer de leur motivation et de fixer un rendez-vous.

Un médecin a refusé l'entrevue faute de temps, un autre était en arrêt de travail. Un professionnel de santé n'a jamais pu être joignable par téléphone via son secrétariat. Ce dernier orientant vers un de ses confrères au sein du même cabinet. Enfin un des médecins contactés par téléphone ayant donné son accord initialement, demandait de le rappeler ultérieurement. Devant la saturation des données, l'entretien avec ce dernier n'a pas eu lieu.

Au total 16 médecins ont participé à l'étude.

Le déroulement des entretiens individuels s'est réalisé au sein des structures médicales du 28/04/2016 au 24/06/2016.

Les séances ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone et d'un téléphone portable dans l'hypothèse où un appareil deviendrait défectueux au cours de l'enregistrement. Le questionnaire descriptif a été donné au début de l'entrevue et récupéré à la fin. Seul l'entretien semi-directif a bénéficié d'un enregistrement avec une durée moyenne de 14,78 minutes. Les interlocuteurs avaient été prévenus par avance de l'enregistrement et de sa retranscription intégrale anonymisée par la suite.

Les données ont été entièrement retranscrites par mes soins à l'aide de l'enregistrement audio et l'utilisation d'un logiciel de traitement de texte. Puis, j'ai encodé deux verbatims

sélectionnés avec mon directeur de thèse. Il a également réalisé cet exercice de son côté. Lors d'une nouvelle réunion, nous nous sommes accordés sur la nomination des différents nœuds afin que je puisse terminer seule l'encodage de tous les autres verbatims. Le logiciel Nvivo 11 a permis d'aider à trianguler et à encoder les verbatims.

Résultats et analyse des entretiens

I) Caractéristiques des médecins interrogés:

1) **Genre**

Au total 16 médecins ont participé à l'étude, 8 hommes et 8 femmes.

2) **Age des médecins**

La moyenne d'âge des médecins est de 49 ans avec des extrêmes allant de 33 à 63 ans.

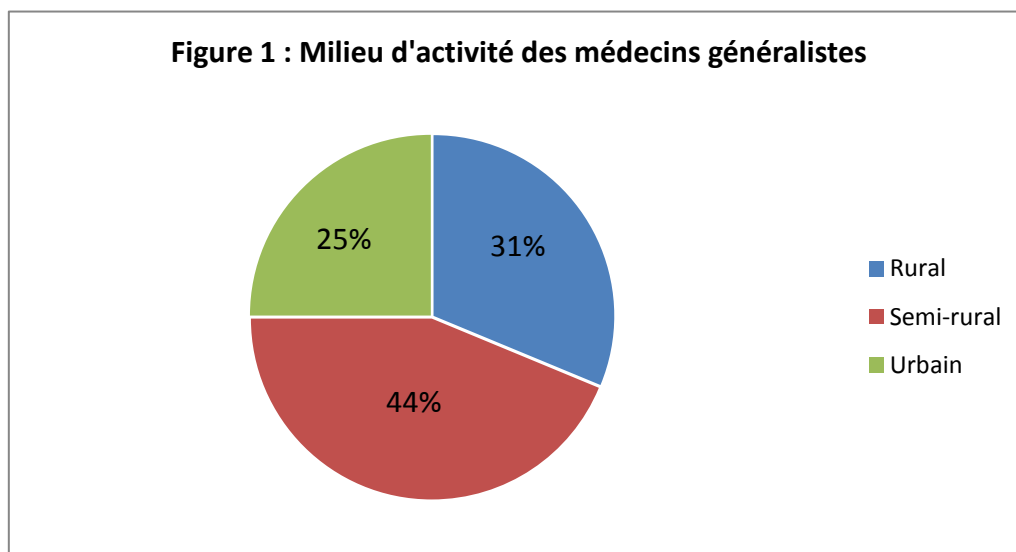
3) **Structure d'activité médicale**

-Type de structure :

- 9 médecins exerçaient en maison de santé.
- 7 médecins exerçaient en cabinet médical.

-Le nombre moyen de médecin par structure est de 4. Le plus petit cabinet était de 2 médecins et le plus important de 9.

-Lieu d'exercice des médecins participant à l'étude :



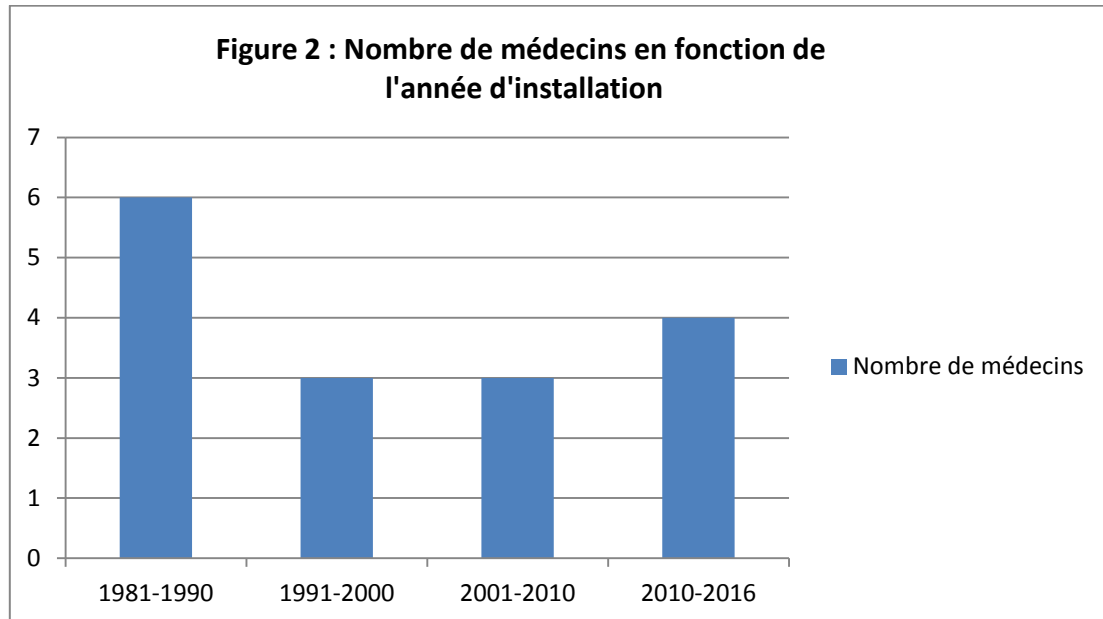
- 5 médecins exerçaient en milieu rural.
- 7 médecins en milieu semi-rural.
- 4 médecins exerçaient milieu urbain.

-Visites à domicile :

- 15 des médecins interrogés réalisaient des visites contre 1 qui n'en faisait pas.
- Le nombre moyen des visites par semaine est de 7 avec des extrêmes de 3 à 20.

4) *Parcours professionnel*

-Les années d'installation vont de 1981 à 2014.



-Parmi ces médecins 9 sont maîtres de stages et 7 ne le sont pas.

-Formation complémentaire :

- 10 n'ont aucune formation complémentaire
- 2 médecins ont la capacité urgences
- 1 médecin a la capacité gériatrique
- 1 médecin a un DU d'homéopathie, un DIU d'acupuncture et un CES de médecine du travail
- 1 médecin a un DIU de maladie tropicale.
- 1 médecin a un DU d'allergologie.
- 1 médecin a un DIU de pédagogie médicale

5) Profil de la patientèle selon le RIAP

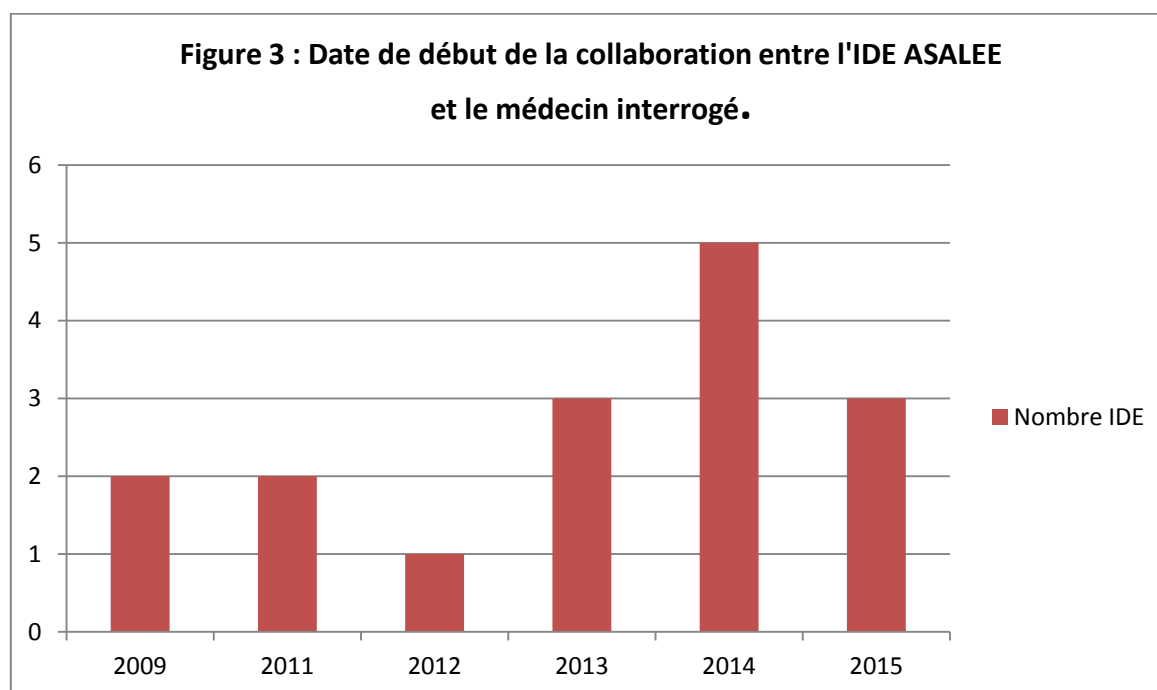
	Moyenne	Extrémité inférieure	Extrémité supérieure
Moins de 16 ans	22%	10%	31%
16 à 59 ans	49%	35%	54%
60 à 69 ans	15%	8%	30%
Plus de 70 ans	16%	5%	32%

Tableau 1 : Moyenne de la répartition des patients par tranche d'âge selon le RIAP.

6) Recrutement, organisation de travail et missions des infirmières ASALEE

-Mode de recrutement de l'IDE ASALEE :

- 12 médecins ont fait la demande auprès d'ASALEE pour recevoir une infirmière.
- 4 médecins ont été sollicités par l'organisme ou par une infirmière.



-Lieu de travail de l'infirmière/infirmier :

- 9 structures médicales ont un bureau individuel dédié pour l'infirmière ASALEE
- 7 médecins prêtent leur bureau lorsqu'ils sont absents.

-Présence au cabinet :

- Moyenne de 2.93 jours avec un minimum d'une ½ journée et un maximum de 5 jours.

-La moyenne de patient adressé par semaine est de 3.93 allant de 2 à 10 patients.

-Visites à domiciles :

- 11 médecins confient à l'IDE des visites à domiciles et 5 ne le font pas.

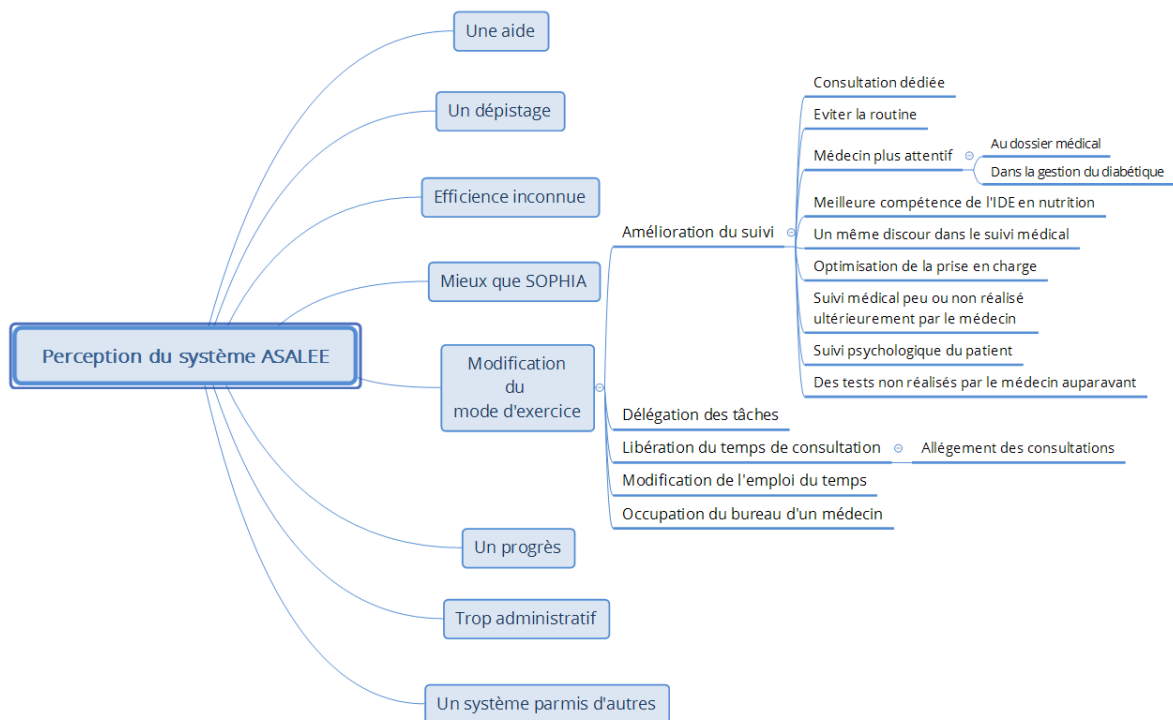
Mission de l'IDE	Nombre de médecins adressant pour les différentes compétences
Suivi du patient diabétique de type 2 - Incluant rédaction et signature des examens : • HbA1c • Microalbuminurie • Dosage HDL cholestérol • Créatinémie • Fond œil	15 15 15 15 13
-Prescription et réalisation ECG	8
-Prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds	16
Suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant : -Prescription et réalisation ECG	12 8
Suivi du patient tabagique à risque BPCO incluant : -Prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie	16 14
Consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests de mémoire pour les personnes âgées	15

Tableau 2 : Evaluation du nombre de médecin utilisant les différentes missions de l'IDE.

II) Analyse des entretiens semi-directifs :



1) Perception du système ASALEE par les médecins interviewés



Les médecins interrogés ont des perceptions variables de l'association ASALEE.

Pour le Dr 8 c'est une **aide** réelle : « *Je pense qu'actuellement, c'est une aide indispensable pour une prise en charge des pathologies chroniques qui demandent beaucoup de temps, beaucoup de conseils et qui demandent un suivi rigoureux* », d'autres soulignent l'aide au **dépistage** : « *C'est une très bonne chose qu'il y ait cet organisme-là qui ait permis d'envoyer les infirmières dans les cabinets médicaux pour faire un travail de dépistage* ».

Le Dr 3 s'interroge sur son **efficience**, ce qui lui procure des freins : « *Vous voyez j'ai un souci et c'est un frein aussi, je ne sais pas, je suis un peu carré, j'aimerais être certaine que ça ait un impact sur tout ça, vous voyez. Vu comme ça c'est pas bien, et ça c'est certainement un frein, à un moment, je me dis d'accord, mais bon est-ce que c'est vraiment si efficient ?* »

Un médecin fait une comparaison avec SOPHIA qui consiste en un accompagnement téléphonique gratuit de l'assurance maladie pour les patients diabétiques ou asthmatiques. « *Que du bien, heureusement parce que sinon je ne le ferai pas, je ne serai pas dans le système. Mieux que Sophia.* »

Pour un certain nombre de médecins interrogés, la présence de l'IDE ASALEE entraîne une **modification du mode d'exercice** : **une amélioration du suivi** grâce à des consultations

dédiées et qui permettent d'éviter des pratiques trop routinières, de rester attentif à la prise en charge de certaines maladies chroniques et à la gestion du dossier médical :

Dr 2 : *« C'est un meilleur suivi pour le patient, c'est une meilleure prise en charge, non seulement sur le plan médical, suivi des paramètres, santé physique. »*

Dr 11 : *« Le temps qu'elle met pour expliquer aux gens les choses que je n'ai pas le temps d'expliquer, c'est vraiment tout bénéfice parce que les gens viennent dans une consultation dédiée, ils ne sont pas pris par le temps et ils savent qu'ils ont une heure et euh donc ils lui délivrent des informations qui sont très utiles. »*

Dr 8 : *« Ça permet essentiellement de dégager du temps et aussi d'éviter de rentrer dans une routine, euh dans laquelle on oublie de faire telle ou telle surveillance que ce soit sur l'HbA1c, que ce soit sur la microalbuminurie, etc, etc. »*

Dr 12 : *« Peut-être qu'on est aussi plus vigilant pour certains, pour certaines choses, sur le domaine de la prévention, peut-être aussi le fait qu'on est déjà, qu'on fasse appel à quelqu'un qui est là pour agir , enfin qui fait des actes de prévention essentiellement donc euh, voilà peut-être une meilleure prise de conscience aussi de cette dimension .»*

Dr 9 : *« Je suis quand même beaucoup plus attentif aux nouveaux traitements du diabète qu'avant, parce que je sais qu'elle va m'interroger.»*

Dr 9 : *« Peut-être tenir encore mieux les dossiers et être mieux stimulé parce qu'il y a quelqu'un d'autre qui les regardent. »*

D'autres médecins trouvent que le suivi est amélioré grâce à un même discours donné au patient, par une meilleure compétence de l'IDE en nutrition et à travers une optimisation de la prise en charge des patients chroniques :

Dr 14 : *« En plus c'est confortable d'avoir un autre avis, un autre regard et puisque nous aussi, comme on en parle entre nous de pouvoir avoir quelqu'un qui, de se mettre d'accord sur le même discours que l'on fait au patient et aussi pour le coup, quand le patient il entend deux personnes différentes qui disent la même chose, ben c'est plus confortable pour le professionnel et de mieux faire accepter le message. »*

Dr 8 : *« C'est fondamental, après on n'a pas fait de formation de nutrition, on connaît les bases, eux ils en font, autant que l'information soit apportée par quelqu'un de plus compétent que nous. »*

Dr 12 : *« Ça a apporté un certain confort dans le suivi des patients chroniques puisque nous, on n'a pas toujours le temps de l'éducation thérapeutique, donc, euh, ça a optimisé notre prise en charge.»*

La pratique d'enquêtes diverses ou de tests non réalisés par le médecin avant l'arrivée de l'IDE ASALEE a permis de compléter la prise en charge des patients:

Dr 11 : « *Je ne faisais plus d'enquête alimentaire, je ne faisais plus d'enquête pour le sevrage tabagique parce que ça prenait trop de temps, donc je ne le faisais plus.* »

Dr 2 : « *Il y a des choses que je ne faisais pas comme les tests de mémoires etc, qu'elle fait en plus.* »

Le Dr 8 pense que **la délégation de tâches** à l'IDE ASALEE est indispensable pour avoir le temps d'identifier les problèmes lors d'une consultation et de pouvoir mieux appréhender le patient dans son ensemble :

« *Sur des consultations de 15 minutes, il est très très rare de pouvoir faire le tour de l'ensemble de la problématique. Et donc de pouvoir déléguer à l'infirmier qui a eu des formations, qui est compétent, euh avec lequel on peut discuter fréquemment des différents cas, euh oui, je pense que c'est indispensable.* »

« *Ça permet par exemple de déléguer et du coup de mieux appréhender le patient dans son ensemble, d'avoir plus de temps pour expliquer les traitements, l'éducation, je pense que ça apporte à tout le monde en fait, beaucoup pour le patient et aussi pour le médecin au niveau du facteur temps.*»

Parmi les médecins interrogés, un certain nombre juge l'intervention de l'IDE ASALEE comme une **libération du temps** de consultation dans le suivi des maladies chroniques notamment en les allégeant :

Dr 8 : « *Alors disons peut-être que l'on passe moins de temps sur tous les aspects qu'il prend en charge, c'est-à-dire sur tout le côté diététique, nutrition, activité physique, même très honnêtement l'examen des patients etc. Ça permet de se concentrer sur tout le côté organique, sur tout le côté thérapeutique qui demandent pas mal de temps principalement chez le diabétique.* »

Dr 3 : « *A côté, ça m'aide beaucoup moi, sur tout ce qui est suivi, alors explication des règles hygiéno-diététiques, hum, suivi des patients diabétiques, automesures tensionnelles, ça me fait gagner du temps.* »

Dr 2 : « *Ça m'a allégé mes consultations, ça m'a permis de savoir que tout est bien.*»

Pour certains médecins, la présence de l'IDE ASALEE modifie leur condition d'exercice par le changement de leur emploi du temps ou l'occupation de leur bureau :

Dr 3 : « *Quand on doit se réunir, moi je ne travaille pas normalement et/ou j'ai d'autres activités et en ça, ça me contraint un peu, mais c'est faisable.*»

Dr 3 : « *Il faut que je quitte mon bureau rapidement pour pouvoir lui laisser la place.*»

Dr 11 : « *Elle prend mon bureau pendant une demi-journée, ce n'est pas évident.* »

Pour le Dr 6, ASALEE est **un progrès** : « *C'est un progrès pour nous médecins généralistes, pour les patients.* »

Le Dr 10 estime que l'IDE perd beaucoup de temps à remplir les **demandes administratives** d'ASALEE :

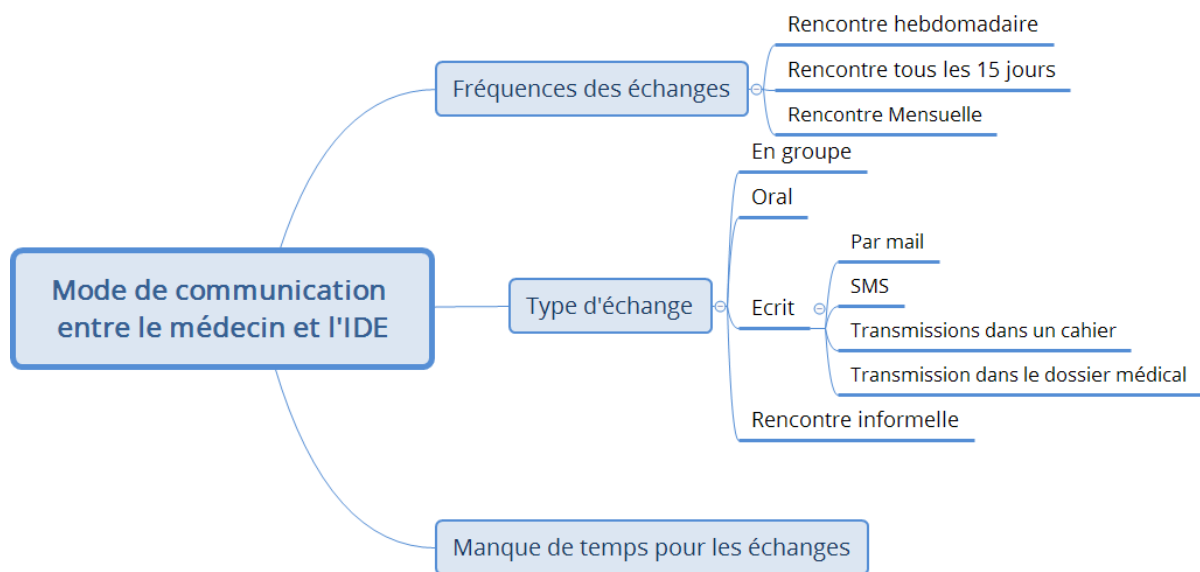
« *Un petit peu trop administré à mon avis. L'infirmière ASALEE passe un peu trop de temps à faire des papiers. Elle aurait le temps de faire une consultation de plus si elle avait moins de papier à faire. Ça, j'en suis sûr.* »

« *J'imagine bien pleins de kilomètres de papier ou dans la data center de ASALEE de pages pour stocker son évaluation, je trouve que c'est peut-être trop, elle perd beaucoup, beaucoup de temps à écrire.* »

Enfin, le Dr 4 considère ASALEE comme **un système parmi d'autres** :

« *Le système, je sais que c'est un de plus, on en a déjà beaucoup de systèmes. Sur l'analyse des risques etc, il y en a trop sur le marché.* »

2) **Mode de communication entre le médecin et l'IDE**



Les médecins questionnés n'échangent pas tous avec la même **fréquence** avec l'IDE ASALEE. Pour certain, il s'agit d'une rencontre **hebdomadaire**, pour d'autres tous les **15 jours** ou encore **mensuelle** :

Dr 2 : « *On se fait de toute façon toute les semaines une demi-heure le vendredi après-midi de débriefing.* »

Dr 12 : « *On a aussi des réunions une fois tous les 15 jours en sa présence.* »

Dr 8 : « On s'est imposé une réunion mensuelle pour faire le point avec lui sur à la fois les différents patients qui avaient une prise en charge complexe où on péchait un peu sur la prise en charge donc ça permet d'échanger. »

Les médecins consultés procèdent à différents **types d'échanges** avec l'IDE ASALEE : cela peut être en **groupe**, par **oral**, par **écrit** grâce aux mails, aux SMS, à des messages dans un cahier ou dans le dossier médical. Pour certains cela peut être de **manière informelle** :

Dr 6 : « Ça peut être en groupe avec mes collègues. »

Dr 7 : « C'est mieux d'en parler, moi quand je la vois, je trouve que c'est beaucoup mieux, on échange mieux que par écrit comme ça. »

Dr 13 : « C'est pratique, on s'envoie des messages pour des patients, bon, par la boîte de réception par mail, bon là je trouve que c'est bien, il y a rien à dire. »

Dr 2 : « On peut aussi s'envoyer des SMS. »

Dr 2 : « Donc je mets des petits mots dans son cahier, elle me met des mots bien sûr dans chaque consultation. »

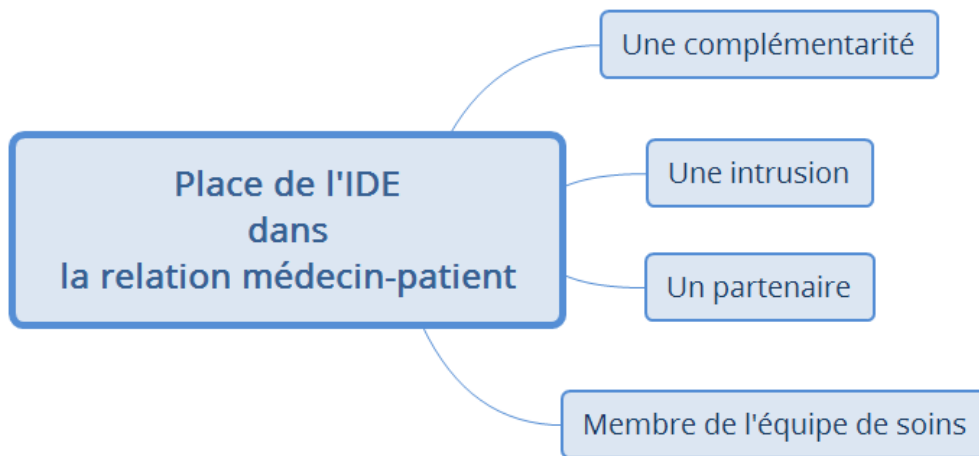
Dr 1 : « Oui, on communique par messages dans le dossier du patient, il y a un résumé de ce qu'elle a fait, quoi, c'est pas mal. »

Dr 8 : « Dès qu'on a l'occasion, on échange sur les différentes problématiques, ça se fait spontanément, ça se fait entre deux consultations. »

D'autres médecins mettent en évidence un **manque de temps pour les échanges** avec l'IDE :
Dr 15 : « Peut-être que nous, il faudrait que l'on ait un peu plus de temps pour pouvoir échanger encore plus, euh voilà, c'est la seule chose. Ce qui nous manque c'est le temps, c'est le nerf de la guerre. »

Dr 16 : « Euh, ben moi à mon niveau, il faudrait qu'on arrive à prendre plus de temps pour pouvoir échanger sur nos patients, c'est compliqué. »

3) Place de l'IDE dans la relation médecin-patient



Les différents médecins interrogés perçoivent de différentes manières la place qu'occupe l'IDE dans la relation médecin-patient. Pour les Dr 7 et 9, il s'agit d'une **complémentarité** :
« C'est vraiment un rôle complémentaire, il y a vraiment le rôle du médecin et de l'infirmière. »

« C'est un pilier de la consultation, maintenant elle fait partie de la prise en charge du diabétique, c'est la nouveauté ça quand même. »

En revanche, le Dr 4 la perçoit comme une **intrusion** dans sa relation avec le patient :
« Ça peut être une petite intrusion quand même, parfois oui. »

D'autres considèrent l'IDE comme un **partenaire** :

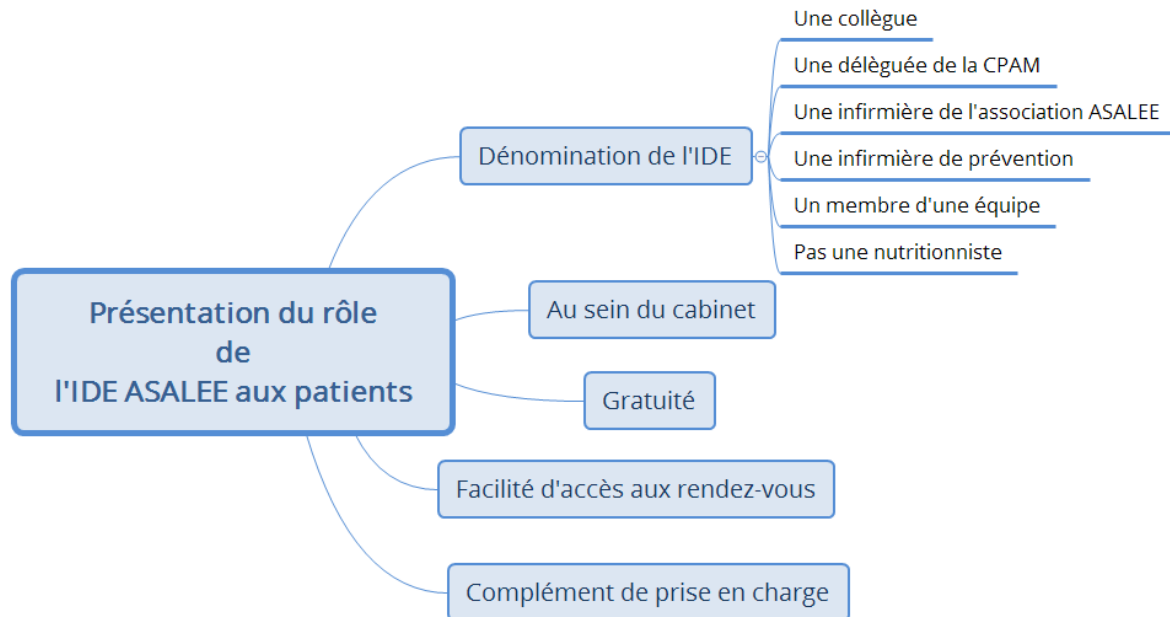
Dr 16 : « C'est un partenaire. »

Certains médecins estiment qu'il s'agit d'un **membre de l'équipe de soins** :

Dr 7 : « Comme une équipe en fait, c'est quelqu'un qui vient en plus, en fait ça ne remplace pas, ça vient en plus, donc même si je me décharge un peu plus sur elle et que je lui fais faire des choses que normalement j'aurai du faire, je la considère comme une équipe quoi, infirmière-médecin-patient. »

Dr 15 : « C'est un membre de l'équipe de soins, au même titre que le médecin, que peut l'être le podologue, la diététicienne, les autres intervenants. »

4) **Présentation rôle de l'IDE ASALEE aux patients**



Les médecins sollicités lors des entretiens présentent de diverses façons le rôle de l'infirmière à leurs patients. Tout d'abord, la **dénomination de l'IDE** est très variable en fonction des médecins : elle peut être définie comme une **collègue**, une **déléguée de la CPAM**, une **infirmière de l'association ASALEE**, une **infirmière de prévention**, un **membre d'une équipe** ou encore comme n'étant **pas une nutritionniste** :

Dr 14 : « Une collègue. »

Dr 1 : « Je leur dis que c'est une infirmière déléguée de la CPAM. »

Dr 6 : « Une infirmière de l'association ASALEE. Je dis toujours que c'est une association publique, indépendante. »

Dr 16 : « Je leur présente comme un infirmier de prévention qui fait de la prévention et du dépistage et que ce n'est pas un infirmier qui fait des piqûres ou des soins ou des pansements mais que c'est un infirmier qui est là pour prendre le temps de discuter, pour voir par rapport à leurs problèmes à eux personnels qui s'adapte en fait et que ce sera une réponse personnalisée. »

Dr 7 : « Pareil comme une équipe, je leur dis qu'il y a une infirmière qui travaille avec nous, comme un autre intervenant du coup elle peut nous aider pour aller plus dans le travail du diabète, cardio-vasculaire, euh comme un membre d'équipe. »

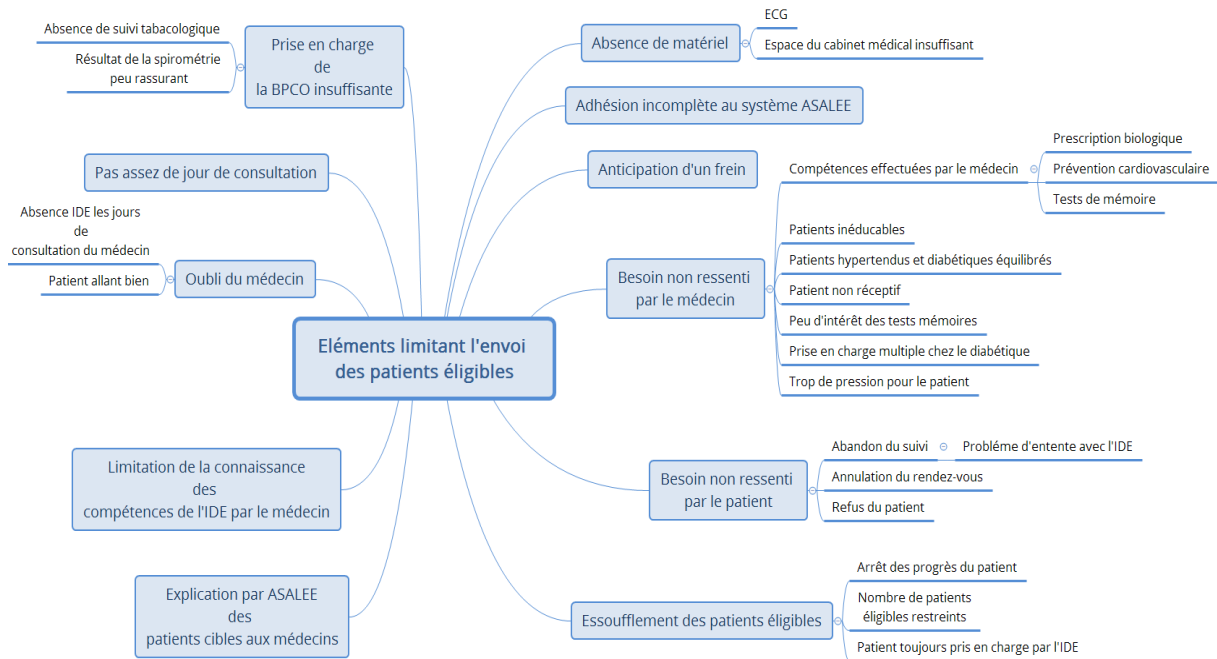
Dr 2 : « *Je leur dis bien que ce n'est pas par exemple une nutritionniste, parce que souvent ils ont vu des nutritionnistes et des régimes.* »

Le Dr 12 spécifie que l'IDE exerce au **sein du cabinet médical** : « *L'infirmière ASALEE, étant donné qu'elle est juste à côté, qu'elle travaille juste à côté de nos cabinets médicaux, on la voit très souvent.* », d'autres précisent **la gratuité de la consultation** : « *Une consultation spécialisée et gratuite.* »

Le Dr 12 trouve qu'il existe une **facilité d'accès au rendez-vous** : « *Un accès facilité par rapport aux rendez-vous.* »

Le Dr 8 souligne qu'il s'agit d'un **complément de prise en charge** notamment en nutrition et en activité : « *Je mets une première consultation en leur expliquant l'intérêt c'est-à-dire un suivi complémentaire, un regard neuf et je dis au patient, voilà, l'infirmier parlera beaucoup plus de nutrition et d'activité. Il va vraiment faire un point avec vous sur l'ensemble de votre prise en charge, s'il y a un souci il vous réorientera vers moi de toute façon. On discute, c'est un travail en commun, c'est vraiment de la complémentarité.* »

5) **Éléments limitant l'envoi des patients éligibles**



Divers éléments peuvent limiter l’envoi des patients éligibles pour certaines consultations. Pour certains médecins, cela se traduit par **l’absence de matériel** tel un **ECG** ou un **espace de cabinet médical insuffisant** :

Dr 8 : « Voilà, nous on n’a pas d’ECG, c’est assez limitant. »

Dr 2 : « On a un petit cabinet, qui est fait pour trois, on est quatre médecins, un interne, une infirmière ASALEE, donc il est amorti du lundi 8h du matin au samedi 14h. On est tout le temps à se courir, à se chevaucher. »

Dr 4 : « Qu’on nous donne des locaux, c’est un problème ici, on est 4 médecins et une infirmière ASALEE, ça fait 5 sur 3 bureaux, il faut trouver le trou. »

D’autres médecins comme le Dr 4 **n’adhèrent pas complètement au système ASALEE** :

« Ce qu’on dit d’appliquer, je ne suis pas forcément d’accord, mais j’en envoie quand même. » ou **anticipe un frein** comme le Dr 3 : « Parfois j’anticipe un frein, euh parce que parfois, je me dis oh non, ça ne va pas coller, il ne va pas vouloir. Non mais c’est bête, on se met le frein nous-mêmes. »

Parfois c’est **le médecin qui ne ressent pas le besoin d’adresser le patient à l’IDE ASALEE** parce qu’il effectue lui-même les actes tels que les **prescriptions biologiques, la prévention cardiovasculaire ou encore les tests de mémoire** :

Dr 14 : « Ça vient perturber un petit peu ou alors, ça ne tombe pas au moment où moi j'aurais voulu et du coup les quelques fois où ça s'est passé, là pour le coup ce n'était pas une intrusion mais pour moi, ça n'a pas été bénéfique, ça a plutôt été délétère parce que ça désorganisait déjà mon organisation de biologie et du coup pour moi, elle ne doit pas en prescrire beaucoup. »

Dr 4 : « Après tout ce qui est prévention cardiovasculaire, je me sens capable. »

Dr 11 : « Comme je suis gériatre, c'est moi qui gère les tests de mémoires, donc je n'ai pas besoin. »

Certains médecins n'orientent pas vers l'IDE car ils sont face à des **patients inéducables, non réceptifs** ou pour lesquels cela entraîne **trop de pression** :

Dr 6 : « Après ceux que j'adresse rarement c'est ceux qui sont absolument inéducables soit parce qu'ils ont une grosse maladie psychiatrique... »

Dr 8 : « Globalement avec plus ou moins d'insistance, et si moi, je sens vraiment que le patient n'est pas réceptif, je ne vais pas insister plus. »

Dr 2 : « Si je sens que là il y a trop de pression et que ça ne va servir à rien, je laisse tomber. »

Pour le Dr 6 les **tests de mémoire ont peu d'intérêt** : « Je les faisais peu, déjà, parce que je fais parti de certains médecins qui pensent que les traitements, enfin, la maladie d'Alzheimer c'est bien d'avoir un MMS pour le quantifier pourquoi pas, après, les tests de mémoire, je les fais peu parce que je ne vais pas toujours à la thérapeutique donc après au final. On les fait peut être au moins une fois pour avoir plus de certitude sur la démence pour quand on a des chiffres bas, on est sûr que c'est une démence. Voilà après, c'est vrai que ce n'est pas quelque chose que je fais trop. »

Enfin devant **des patients hypertendus et diabétiques équilibrés ou présentant une prise en charge multiple**, certains médecins ne leur recommandent pas l'IDE ASALEE :

Dr 3 : « J'ai des patients qui sont éligibles et qui vont bien, qui sont hypertendus, diabétiques avec une bonne hémoglobine glyquée, une bonne tension et pourtant ils pourraient la voir. Et là je me dis, il va bien, il va bien quoi. »

Dr 16 : « Je pense aussi à d'autres patients plus âgés mais qui vont voir l'endocrinologue régulièrement, qui ont des hospitalisations aussi programmées qui sont très strictes, qui ont une consulte cardio, qui ont leur suivi endocrino, qui vont à l'hôpital pour l'éducation thérapeutique et qui ont toujours fait comme ça et eux du coup, je ne les envoie pas. »

Et d'autres fois c'est **le patient qui n'en ressent pas le besoin**, ce qui se traduit par un **abandon du suivi** notamment suite à un problème d'entente avec l'IDE, une **annulation de rendez-vous** ou encore **un refus** :

Dr 8 : « Ce qui ressort généralement, c'est euh, ça ne m'apporte rien, je n'ai pas l'impression que ça m'apporte quelque chose, donc c'est euh, généralement quand la personne est dans cet état d'esprit, ce n'est pas la peine d'insister. »

Dr 7 : « Il peut y avoir un problème d'entente ou quoi, mais c'est rare. »

Dr 2 : « Ils viennent une fois et après ils ne reviennent pas. »

Dr 8 : « Après, il y a des situations très insidieuses où le patient accepte très volontiers d'aller voir l'infirmier, oui parce que face au médecin, il faut écouter ce qu'il nous dit et annule leur rendez-vous au dernier moment. »

Dr 8 : « Tout simplement parce qu'ils expriment un refus immédiat lorsqu'on leur présente l'intérêt d'aller voir l'infirmier. »

Parmi les médecins interrogés, certains remarquent qu'il existe un **essoufflement des patients éligibles** comme le Dr 8 et 6 :

Dr 8 : « Je pense aussi que le turnover de la patientèle fait qu'à un moment donné, on arrive à saturation de proposition. »

Dr 6 : « J'en adresse forcément moins parce que la patientèle, elle ne s'agrandit pas de manière proportionnelle. »

Les principales raisons émises sont **l'arrêt des progrès du patient, un nombre de patients éligibles restreints** ou **l'absence d'intervention du médecin devant un suivi régulier mis en place par l'IDE ASALEE** :

Dr 8 : « La prise en charge a été arrêtée parce que l'infirmier arrive à saturation de ses consultations et il n'arrive plus à avancer avec les patients. »

Dr 16 : « Moi comme je commence juste, je n'en ai pas des sommes. Vous avez vu les pourcentages là donc un diabétique c'est 9% de 60 à 69 ans et 9% de plus de 70 ans. »

Dr 3 : « Euh ensuite c'est sûr les patients éligibles, je n'en pas non plus énormément. »

Dr 1 : « Dans le temps, il suffit que l'infirmière ASALEE revoie les gens qu'elle a vu pour mettre au point certaines thérapeutiques ou régimes. »

Dr 16 soumet l'idée d'une meilleure **explication par ASALEE des patients cibles**, ce qui permettrait d'adresser plus de patients :

« Je pense qu'ASALEE pourrait plus communiquer envers les médecins justement, savoir comment il faut adresser les patients, exactement les cibles, parce que là l'infirmier nous l'explique mais je pense que l'on pourrait adresser encore plus de patients si on avait un médecin qui venait nous voir et qui nous dit des situations avec des cas pratiques, je ne sais pas, je pense que ça pourrait aider. »

Pour le Dr 1, il existe une **limitation de la connaissance des compétences de l'IDE** :

« Des automesures ? Qu'est-ce que c'est ? »

Certains **médecins** consultés **oublient** de proposer de rencontrer l'IDE ASALEE à leurs patients parfois à cause d'un oubli sans raison, parce que ***l'IDE est absent le jour des consultations*** ou parce que ***le patient va bien*** :

Dr 1 : « *Il faut y penser toujours mais bon, je n'y pense pas toujours.* »

Dr 3 : « *Je n'y pense pas tout le temps parce qu'elle n'est pas toujours là, ça c'est sûr et on se voit peu, donc du coup, j'ai moins le réflexe.* »

Dr 3 : « *Je n'y pense pas tout le temps non plus parce que j'ai des patients qui sont éligibles et qui vont bien.* »

D'autres médecins trouvent que l'IDE n'a **pas assez de jours de consultations** par semaine au sein du cabinet, ce qui rend l'accès moins facile :

Dr 10 : « *D'une part de l'indisponibilité de Cynthia l'infirmière qui était là deux jours pleins par semaine et qui est là qu'une journée, son carnet de réservation, maintenant, on est à six semaines pour les rendez-vous, ça c'est embêtant.* »

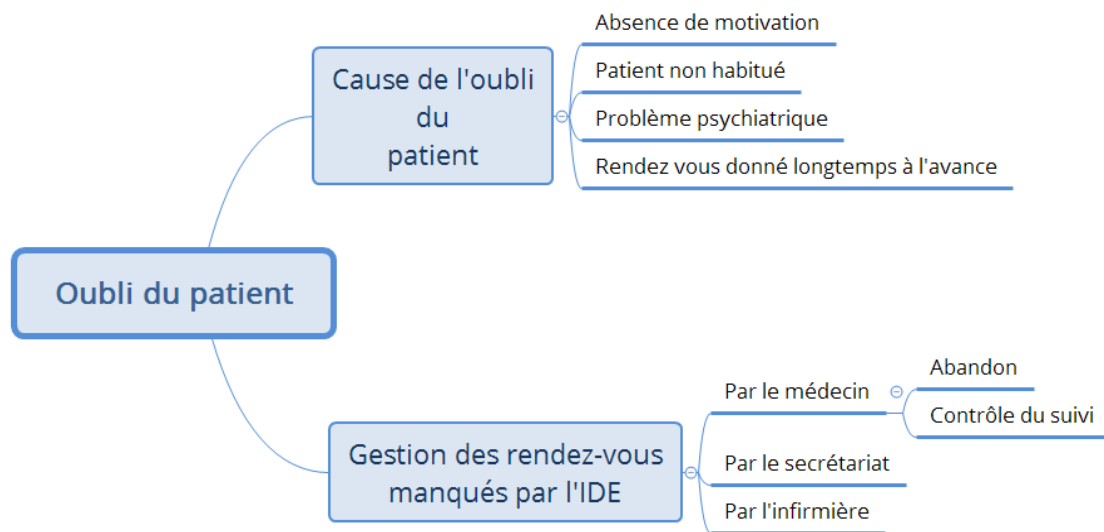
Dr 9 : « *Le nombre de jours, hein, c'est vrai qu'elle, elle est stimulée aussi ailleurs, il n'y a pas que chez nous. C'est sûr qu'avant, elle était à deux jours, après cet été il y a eu un creux hein, donc elle n'a pas eu assez de boulot, je comprends qu'elle ait pris des décisions d'autant qu'on la demandait ailleurs, mais je pense que deux jours c'était bien pour nous, c'était bien, ça laissait un accès plus facile.* »

Enfin, quelques médecins sollicités n'adressent pas pour **la prise en charge de la BPCO car elle est insuffisante**. Soit parce qu'il n'existe pas de ***suivi tabacologique associé*** ou soit parce que ***les résultats de la spirométrie sont peu rassurant*** :

Dr 12 : « *Je trouve, ça c'est mon petit soucis ça c'est pour que des fois, je n'ose pas parce qu'on va lui dire que c'est bon et après si on ne fait qu'une consultation tabaco avec, c'est même pas la peine. Pas d'intérêt.* »

Dr 3 : « *J'ai un frein sur tous les fumeurs et les débits expiratoires, euh, non pas débimétries, spirométries.* »

6) Oubli du patient



Les médecins constatent que **les patients oublient** leurs rendez-vous avec l'IDE à cause d'une **absence de motivation**, d'un **patient non habitué**, d'un **problème psychiatrique** ou encore **d'un rendez-vous donné longtemps à l'avance** :

Dr 13 : « Mais bon, je leur pose la question, mais bon souvent c'est qu'ils ont eu des choses qui a fait qu'ils n'y ont pas pensé quoi et ce n'était pas parce que ça ne les intéressait pas. »

Dr 2 : « Euh, parfois ils ont oublié, ils l'ont déjà vu une fois, ils ont oublié, elle leur envoie de la documentation ou elle leur dépose ici. »

Dr 10 : « Il y en a qui ne sont pas motivés comme ils le devraient. »

Dr 11 : « Le problème c'est, il faut qu'ils y pensent et le problème c'est beaucoup d'oubli, donc là c'est vraiment l'inconvénient surtout quand ils n'ont pas l'habitude. »

Dr 13 : « J'ai eu le cas, ben hier mais enfin c'est un patient qui a des soucis psy en ce moment, donc il avait oublié son rendez-vous ASALEE mais la fois d'avant il avait oublié le rendez-vous avec moi. Il avait vu l'infirmière ASALEE, il avait oublié qu'il me voyait après. »

Dr 10 : « On est à six semaines pour les rendez-vous, ça c'est embêtant, c'est embêtant parce que les gens vont plus facilement oublier leur rendez-vous alors qu'avant ils avaient rendez-vous d'une semaine à l'autre, enfin c'est une situation qui est peut-être provisoire. »

Dr 2 : « Parfois c'est parce que c'est donné un petit peu longtemps à l'avance. »

Ces rendez-vous manqués avec l'IDE sont gérés de différentes manières :

Le Dr 11 a mis en place un rappel des rendez-vous par son secrétariat mais a **abandonné**

devant trop de contraintes pour ce dernier :

« Logiquement je voulais le faire au début mais bon, ça devenait un peu trop lourd pour ma secrétaire de prendre le cahier, de rappeler aux gens, vous avez rendez-vous avec l'infirmière ASALEE demain. Je pense que ce serait la meilleure chose à faire parce que c'est vrai que ce sont des rendez-vous qu'ils n'ont pas l'habitude et puis euh, ce n'est pas négligeable le nombre qui oublie. »

D'autres médecins **contrôlent le suivi** ASALEE des patients et les interrogent sur le motif de l'oubli :

Dr 12 : *« Euh je demande déjà eh ben pourquoi ?, pourquoi il n'y est pas allé, les raisons du fait qu'il ne s'est pas rendu en consultation, c'est essentiellement ça et après, essayer de réexpliquer aussi pourquoi nous aussi, on l'envoie et quel est l'intérêt de ce suivi-là, justement pour améliorer, optimiser, son observance au traitement en particulier, voilà. »*

Dr 16 : *« Eh ben, je lui demande pourquoi, quelles sont ses motivations à arrêter et puis si ça me semble vraiment nécessaire et bien je dis on en reparlera ou je préviens que si c'est vraiment important pour vous je vous le re-proposerai. »*

Le Dr 6 fait rappeler chaque patient par sa **secrétaire** avant le rendez-vous:

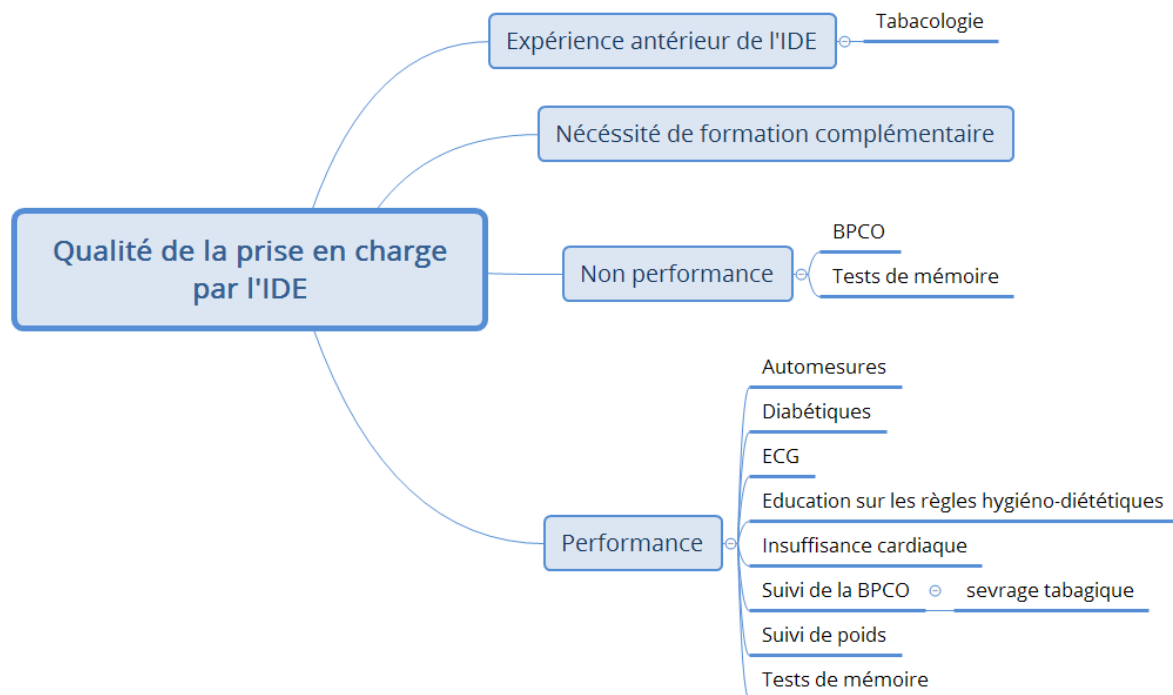
« On fait appeler la secrétaire 24h00 avant pour être sûr qu'ils viennent bien. »

Le Dr 5 demande à son **secrétariat** d'appeler lorsqu'ils ne se sont pas rendus à leur rendez-vous : *« Le secrétariat, les rappelle en leur disant vous n'avez pas honoré votre rendez-vous, voilà, mais ce n'est pas l'infirmière ASALEE qui appelle. »*

Pour le Dr 2, c'est **l'infirmière** qui gère :

« Elle, elle rappelle, moi, je ne gère pas, j'ai trop à gérer. Donc elle me le met dans le dossier. Elle va rappeler pour savoir s'il n'y a pas une erreur de date. »

7) Qualité de la prise en charge par l'IDE



Divers médecins questionnés trouvent que l'IDE ASALEE améliore les résultats biologiques et biométriques par son travail :

Dr 13 : « Euh, ben je trouve que c'est excellent parce que j'ai quand même objectivement de nettes améliorations au niveau des résultats des patients. »

Dr 5 : « C'est un vrai travail, c'est un travail de fond, on a des résultats, moi, je suis épaté. »

Les IDE ASALEE ont des expériences antérieures différentes : certaines avec une expérience professionnelle due à leur ancienneté, d'autres ont des DU notamment de tabacologie :

Dr 2 : « Nous avons une infirmière ASALEE qui avait beaucoup d'expérience et qui a été infirmière responsable à santé service, donc elle connaissait beaucoup de chose, elle a une certaine maturité et puis une certaine expérience professionnelle, donc elle sait très bien aborder les gens. »

Dr 1 : « Mylène a passé son DU de tabacologie. »

Le Dr 8 et 16 pensent que des **formations complémentaires** sont nécessaires :

« La seule chose, c'est qu'il y ait des formations adéquates pour apporter l'information la plus objective, la plus scientifique possible mais euh en effet la problématique c'est celle- là. »

« Je pense que l'on pourrait avoir des journées de formation ou euh, peut-être pas nationale mais regroupant des grandes régions où ils se retrouvent tous et avec, un peu comme les médecins généralistes, avec des ateliers, en groupe ou en petit groupe euh, des jeux de rôles,

approfondir. Là ils ont beaucoup de théorique, que du théorique, tout ce qui est communication, conseil, ils n'ont pas, je ne crois pas. »

Certains médecins ont souligné le **manque de performance** dans certains domaines de compétence d'ASALEE notamment la prise en charge de la **BPCO** et plus spécifiquement dans la pratique et l'interprétation de la spirométrie :

Dr 3 : « J'ai l'impression que ça sous diagnostique les BPCO, c'est faussement rassurant. Les deux que j'ai fait faire, elles étaient faussement rassurantes, donc en ça là ça me freine. »

Dr 3 : « Et bien les spirométries, euh, je ne sais pas si elle est bien faite. »

Dr 8 : « Après, la difficulté, ça va être dans l'interprétation des résultats. Quand vous avez une spirométrie qui est pathologique, l'infirmier, bien sûr, va nous le réorienter. Il ne faut pas oublier malgré tout que l'infirmier, il n'est pas là pour poser des diagnostics, on est d'accord, mais au moins qu'il connaisse les stades de gravité, comme ça on revoit le patient rapidement, pas rapidement etc. Deuxièmement, quand ils font la spirométrie, ils donnent un âge pulmonaire la plupart du temps. Il m'est arrivé des fois d'adresser des gens fortement tabagique, plutôt jeunes, avec un âge pulmonaire normal et donc qui disent, ah ben l'examen est normal. Il est difficile de les relancer sur un sevrage tabagique, difficile aussi de parler de la BPCO derrière. Donc c'est comment on interprète les tests et qu'est-ce qu'on en fait derrière. Je pense que voilà, il y a ces deux points qui peuvent être améliorés. »

Les **tests de mémoire** nécessiteraient d'être encadré dans des protocoles :

Dr 12 : « On pense beaucoup pour le diabète, hypertension, alors les troubles cognitifs, un petit peu moins parce que ça aussi, il faudrait que par derrière ça soit sous tendu par un protocole de suivi parce que c'est bien beau de faire des tests mais qu'est ce qu'on en fait, c'est un peu ça, donc ces tests de dépistage donc ça aussi ça doit être rentré dans des cadres de protocole qu'il faut mettre en place, qu'on va commencer à mettre en place mais qui ne sont pas vraiment formalisés, donc il y a ça. »

Dr 8 : « Je pense qu'il y a aurait besoin de formations complémentaires sur les troubles cognitifs et les troubles de la mémoire. Euh voilà derrière il n'y a pas d'interprétation particulière, on se retrouve avec des chiffres. Très rarement les gens reviennent exprès pour leur résultat qui nous au cabinet, ne sont pas intégrés directement dans le dossier du patient, ce qui fait qu'on est obligé d'aller les chercher. Une fois sur trois, on a oublié qu'ils ont fait un test de la mémoire. Donc c'est un peu complexe pour nous de revenir sur ce point-là. »

Au contraire, d'autres médecins ont évoqué les différents **domaines performants** d'ASALEE comme les **automesures tensionnelles**, le **suivi des diabétiques**, la réalisation des **ECG**, l'éducation sur **les règles hygiéno-diététiques**, la prise en charge de **l'insuffisance cardiaque** et **du suivi de poids** :

Dr 2 : « Mes automesures, c'est très très pratique et c'est très très facile. »

Dr 2 : « Après mes diabétiques, ils sont bien suivis, mes ROSP, j'ai vu depuis qu'elle est là mes points ne font qu'augmenter. »

Dr 7 : « Après l'électro, on voit que c'est bien fait, que tout est bien conduit. »

Dr 6 : « C'est bien qu'ils la voient pour recadrer l'alimentation et l'activité physique. »

Dr 2 : « C'est pareil les insuffisants cardiaques, il y a pleins d'autres trucs qui sont à côté, eux ils sont mieux équilibrés aussi. »

Dr 2 : « Donc elle fait aussi un suivi avec ce centre de prise en charge d'obésité. Moi j'ai des gens qui ont vraiment perdu du poids de façon clean, j'ai un jeune, enfin sans avoir, euh clean, ce que j'appelle clean, c'est les trucs compliqués, les by pass et tout ça. Donc ça j'ai vraiment été étonnée, même sur des enfants, sur des ados, des résultats qu'elle avait pu obtenir avec un suivi et en douceur. »

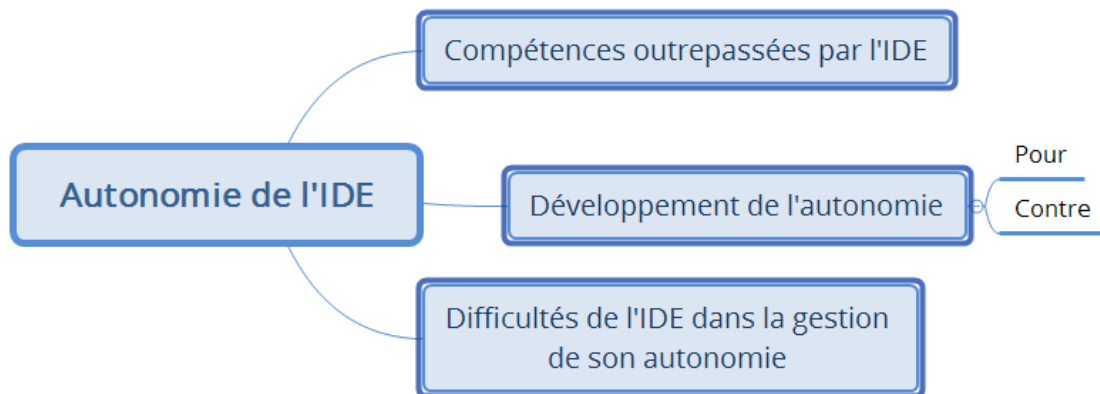
Le Suivi de **la BPCO comprenant le sevrage tabagique** et les **tests de mémoires** sont performants pour quelques médecins consultés :

Dr 11 : « J'ai pas mal de BPCO qui étaient limites donc qui ont commencé à comprendre que sans aller galoper chez le pneumologue, la capacité respiratoire était un peu entamée, donc ça les a motivé, je trouve ça très très bien. »

Dr 13 : « Puis bon les gens pour qui on a envie qu'ils arrêtent de fumer, des fois ça peut être le petit déclic. »

Dr 2 : « Les tests mémoires, ils arrivent chez le gériatologue avec leur test mémoire ou j'envoie les tests et j'ai un rendez-vous rapide. Si ça m'a beaucoup aidé chez les dépressifs qui perdent la mémoire et qui sont persuadés qu'ils ont un trouble de la mémoire, on ne s'en sort pas il est dans sa crainte d'Alzheimer, il fait les tests mémoires et hop, ça y est on peut sortir de ça et on s'ouvre sur quelque chose d'autre. C'est une grande grande aide. »

8) Autonomie de l'IDE



Les Dr 2 et 4 jugent que l'IDE ASALEE **outrepasse ses compétences** :

« Elle dépasse les compétences demandées et comment dire il y a un problème de responsabilité et de hiérarchie, tu vois ce que je veux dire, ce n'est pas une salariée du cabinet, je ne peux pas comme avec ma secrétaire, lui dire de ne pas faire. Et du coup, c'est moi qui suis responsable et ça, ça peut être embêtant pour certains patients. »

« C'est vrai, elle va trop loin sur certains points et moi, je ne suis pas d'accord. »

Les médecins sélectionnés ont des avis divergents concernant la place attribuée au **développement de l'autonomie de l'IDE**. Certains sont **contre** :

Dr 12 : « Elle est déjà pas mal autonome la nôtre, je trouve c'est pas mal, enfin faut pas non plus déborder sur les missions d'une infirmière et d'un médecin. En fait, à un moment donné, j'ai rayé, on ne va pas demander à une infirmière de prescrire un ECG enfin, ce n'est pas à elle de le prescrire. Chacun ses missions. »

DR 4 : « Je ne suis pas forcément d'accord, elle applique ce qu'on lui apprend. Ce qui fait le truc d'un médecin, ce n'est pas forcément d'appliquer les textes, on n'est pas une machine c'est d'avoir une opinion, une expérience et euh je suis très très loin d'être d'accord avec tout ce qu'on leur demande de faire. »

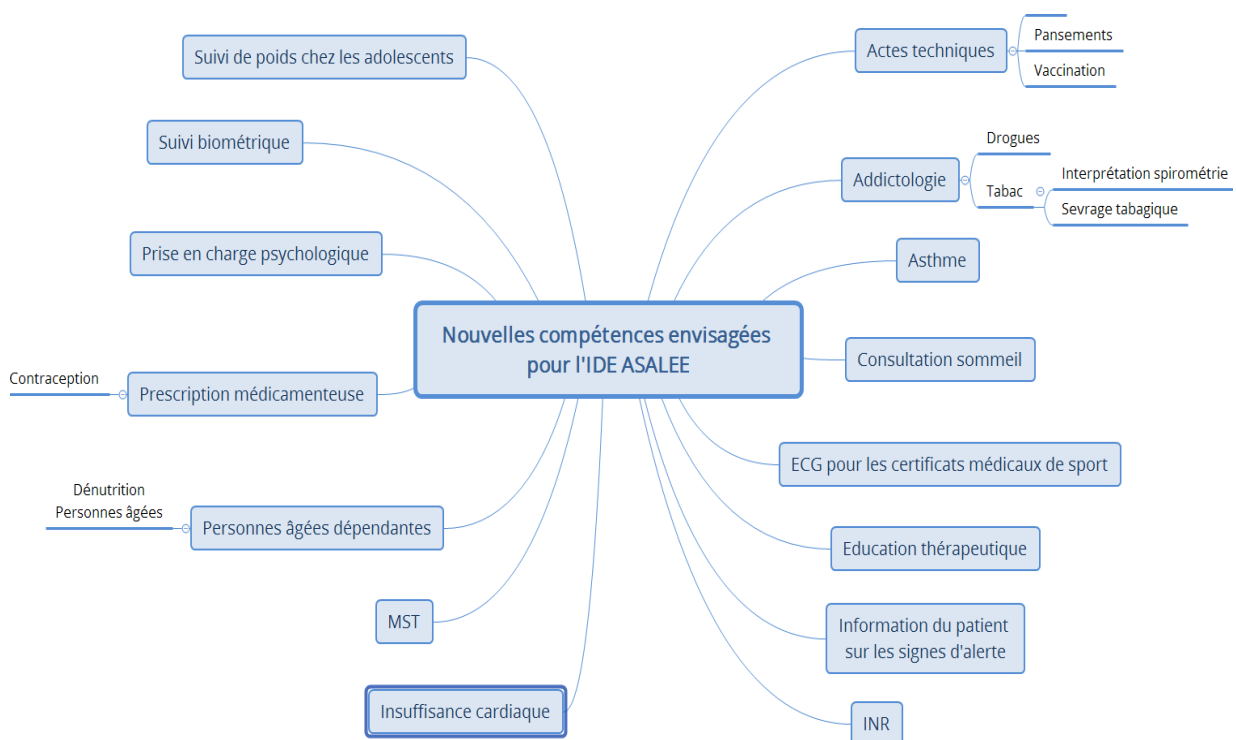
D'autres sont **pour** :

Dr 2 : « Je suis pour déléguer l'autonomie, oui, oui, pas de problème. Je suis sûre qu'il y aurait d'autres tâches que l'on pourrait déléguer mais qui là, ne me viennent pas en tête mais pas de problème. »

Dr 10 : « Au moins quand l'infirmière ASALEE a de la bouteille, quand elle est crédible, on pourrait lui laisser plus la liberté d'intervenir moins dans la paperasse. »

Selon le Dr 8, c'est l'IDE qui éprouve des difficultés à gérer son autonomie : « Notre infirmier est un infirmier de plus de 50 ans qui n'a pas l'habitude de cette relation d'égal à égal entre les médecins et les infirmiers et qui donc se met beaucoup de réserve par rapport à nous. Alors, les barrières commencent à tomber, il commence à être plus libre avec nous mais il a du mal à se positionner à notre égal c'est-à-dire qu'il n'osait pas faire les prescriptions d'HbA1c ou de microalbuminurie quand on l'avait oublié. Pour lui, c'était un petit peu délicat d'aller dire au médecin, il y a trois mois, vous avez oublié le suivi de l'HbA1c, alors que nous, on est en demande .»

9) Nouvelles compétences envisagées pour l'IDE ASALEE



Les différents médecins interrogés éprouvent le besoin de voir l'IDE ASALEE développer de nouvelles compétences comme la pratique d'actes techniques tel l'IDR, des pansements, la vaccination :

Dr 1 : « IDR. »

DR 4 : « Sur la bobologie, ça serait plutôt par exemple faire des pansements. »

Dr 16 : « Euh les vaccins, qu'il puisse poser systématiquement les vaccins, qu'il demande le carnet de santé, ça va nous mâcher le travail, voir qu'il faut le revacciner, créer des fiches de vaccin. Les vaccins ça faciliterait par le recueil d'info.»

Ou encore la gestion de l'**addictologie** comprenant la prise en charge des tabagiques :

Dr 16 : « *Tout ce qui est en dehors du tabac, tout ce qui est alcool là, les addictions de façon générale.* »

Dr 7 : « *Après tout ce qui est drogue aussi, voilà. »*

Dr 8 : « *Vraiment plus sur le sevrage tabagique, vraiment des compétences de sevrage avec des possibilités de prescription de substituts ou autre, surtout, sur ça. »*

Dr 3 : « *Le suivi des sevrages tabagiques quand on met en place par exemple les patches, parfois ils ne reviennent pas à un mois, ça serait peut-être plus facile d'avoir une consultation dédiée. »*

Dr 5 : « *Après tu peux toujours les former sur l'interprétation de la spirométrie, eux souvent, ils font l'examen mais euh il n'y a pas d'interprétation, ou l'interprétation que donne la machine quoi. Peut-être que les former là-dessus. On a toujours intérêt à les former. C'est pas mal. »*

Pour le Dr 6, une éducation de la prise des traitements chez **les asthmatiques** serait bénéfique : « *Dans l'asthme aussi, leur expliquer les tenants et les aboutissants des traitements et surtout savoir manipuler leurs produits parce que la plupart du temps, rien que de savoir faire de la ventoline, il y en a 5/10 qui ne savent pas faire, donc après ils augmentent leur traitement à longueur d'année et ils ont jamais bien fait leur traitement donc ça ne sert à rien. Rien que ça ce serait bien. Moi j'essaie de faire entendre en consulte, mais rien que ça ce serait bien, ça ferait gagner du temps à tout le monde.* »

Le Dr 14 aimerait **des consultations de sommeil** : « *Je pense par exemple à des consultations de sommeil. »*

Le Dr 16 souhaiterait que l'IDE fasse les **ECG pour les certificats médicaux de sports** : « *Pour les certificats médicaux de sports, quand il faut un électro soit chez un jeune très sportif soit à partir de 35 ans, je fais un ECG obligatoire, franchement ça serait bien que l'on puisse déléguer ça parce que c'est de la prévention. Je ne sais pas si ça a été dit par d'autres ça. »*

Un des médecins pense qu'une formation en **éducation thérapeutique** notamment en diététique serait utile : « *De l'éducation thérapeutique parce qu'on lui demande même des missions diététiques quelque part mais ce ne sont pas des diététiciennes mais c'est intéressant d'abord pour des gens qui ne peuvent pas se payer une diététicienne mais d'un autre côté, elle n'a pas non plus cette formation-là, donc il faudrait. »*

Le Dr 5 voudrait **informer les patients sur les signes d'alerte** : « *Peut être sur les signes qui devraient amener les gens à consulter. Donc éventuellement une information générale du patient, travailler sur ça, travailler sur l'observance peut être. »*

« *Je ne sais pas les signes qui peuvent inquiéter un diabétique et qui peuvent l'amener à consulter.* »

La prise en charge de la lecture de l'**INR** intéresserait le Dr 1 : *« La lecture des INR, avec le conseil au patient de doser son Previscan. »*

Le Dr 11 trouve que le suivi de l'**insuffisance cardiaque** serait intéressant à intégrer dans le travail d'ASALEE :

« Je pourrais quand même envoyer des gens insuffisant cardiaque pour qu'elle leur parle de régime sans sel, de la pesée, des symptômes de la décompensation, ça c'est important parce que régulièrement, on se retrouve avec des décompensations, les gens se laissent aller. Il n'y en a pas beaucoup qui se pèse aussi souvent que ça. Ça c'est bien aussi l'insuffisance cardiaque, ça pourrait être une bonne partie de leur boulot aux ASALEE. »

Dr 7 désirerait plutôt la prévention des **MST** : *« La prévention peut être pour les jeunes, MST. »*

Pour le Dr 2 la **prise en charge des personnes âgées dépendantes** avec l'évaluation de la **dénutrition** serait une piste intéressante :

« Peut-être plus d'aide dans la prise en charge de la personne âgée dépendante, là on passe un temps fou, c'est vrai qu'il y a un réseau de gériatrie, mais le réseau de gériatrie, qu'est ce qu'il fait ? Il fait la liste de ce que vous savez : aides soignantes pour la toilette, machin truc, bidule, portage des repas, mais nous, il faut faire toutes les démarches quand il n'y a pas de famille. »

« Elles peuvent évaluer l'état de dénutrition d'une personne âgée. Ça serait une piste qui m'intéresserait beaucoup. »

D'autres médecins estiment qu'elle pourrait réaliser **des prescriptions médicamenteuses** :

« Elle pourrait prescrire comme médicaments, des trucs comme des anti-inflammatoires ou antalgiques. »

« On pourrait avoir un suivi sur les pilules simples à type de prescription. »

Le Dr 10 aurait envie que l'IDE ASALEE s'occupe d'**une prise en charge psychologique** :

« Qu'elle ait des consultations de psycho, c'est créer des infirmières psychologiques ASALEE ou des psychologues ASALEE. C'est dans mon expérience de, longue, longue expérience de médecine générale c'est là où on est les plus pauvres par rapport aux allemands qui ont une psychologie gratuite et très aidante. On n'a pas de soutien psycho gratuit autre que les psychiatres qui sont débordés et qui font pas forcément de la psycho-analytique très bonne. »

Le Dr 14 et 16 envisageraient **un suivi biométrique et du poids chez l'adolescent** :

« Il y a avait une chose, un projet qui est très intéressant, c'était les capteurs pour le poids et la tension. »

« La prise en charge de l'obésité chez l'enfant je pense que ça serait bien. »

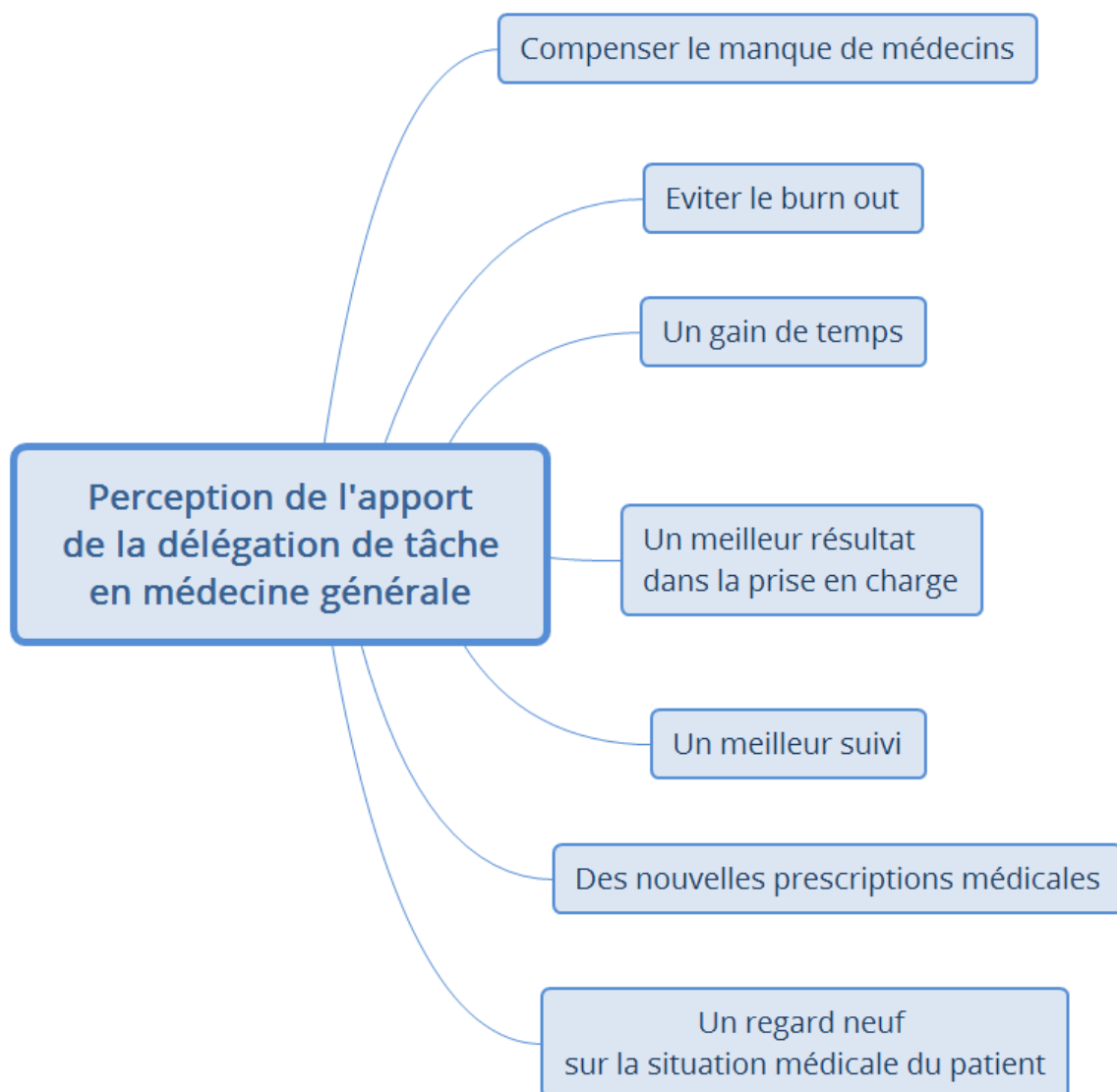
10) Perception de la démographie des médecins généralistes : une aide pour répondre au problème de démographie des médecins généralistes

Parmi les médecins interrogés, l'IDE ASALEE peut contribuer à une médecine générale plus efficace face à une diminution du nombre de médecins:

Dr 2 : « Il y a de moins en moins de médecins, la médecine est de plus en plus compliquée. »

Dr 13 : « Ben vu le nombre de médecins généralistes et le nombre de patients, la proportion étant moins de médecins et plus de patients, je pense que l'on fera plus de médecine efficace si on a une infirmière ASALEE qui fait plus de chose. »

11) Perception de l'apport de la délégation de tâches en médecine générale



La perception de la délégation de tâches en médecine générale est différente selon les médecins consultés. Pour les Dr 8 et 16, cela contribue à **éviter le burn out** :

« À un moment donné, il faut qu'on arrive à déléguer, certaines tâches, parce que sinon, en effet c'est nous qui allons tomber en burn out et en effet il faudra que l'infirmier nous soigne aussi. Mais euh, c'est fondamental qu'on arrive à déléguer, vous allez, nous allons être amenés à déléguer à la fois des tâches de prescription mais aussi des tâches d'examen clinique et de diagnostic aux infirmiers qui ceci dit sont de plus en plus compétents dans ce domaine. »

« Moi j'ai senti la différence, moins de pression pendant la consulte du diabétique où on a toutes les lumières qui s'allument, plus j'ai mal à l'épaule, j'ai mal au ventre, je dors mal, mon mari ça va pas, et ben après vous pouvez pas tout faire, donc de déléguer, ça permet de s'occuper d'autre chose que personne d'autre ne peut s'occuper que nous et ça soulage. Je pense que c'est un bon facteur favorisant le mieux-être ou le bien être du médecin. »

Le Dr 3 la considère comme **un gain de temps** permettant d'améliorer la qualité de vie du médecin : *« On est de plus en plus à être attiré par la qualité de vie et par le fait de ne plus faire 7h-22h et donc la délégation de tâches ça permet de vraiment centrer les consultations sur des points bien précis qui vont être essentiels pour nous en fait, tout en sachant que le reste va être fait et donc c'est un gain de temps et donc on peut finir plus tôt. »*

Il existe un **meilleur résultat dans la prise en charge** selon le Dr 5 : *« Plus on est d'intervenants, si on va tous dans le même sens, plus il y a du résultat quoi, toute l'équipe médicale. L'infirmière ASALEE peut faire partie de l'équipe au même titre que le kiné ou je ne sais pas qui. »*

Ou encore un **meilleur suivi** d'après le Dr 7 : *« Renforcer, pour le suivi, pour un meilleur suivi. »*

Des **nouvelles prescriptions** sont faites par le médecin généraliste constate le Dr 9 : *« Je pense qu'il y a ça mais même au niveau du para, on fait des prescriptions de lunettes, avant on n'en faisait pas, tout ça, ça va s'agrandir. »*

Le Dr 6 trouve qu'il s'agit **d'un regard neuf sur la situation médicale** du patient : *« Et puis après il y a des choses nous, il y a des patients, pas qui perdent des chances, mais on se rend bien compte quand on connaît les gens depuis un moment on ne les écoute plus, ou on n'est plus au fait des choses. D'avoir quelqu'un qui intervient, dans cette prise en charge là, des patients polypathologiques, ça va être un plus pour nous médecins, pour eux. Donc non, travailler en réseau avec quelqu'un qui gère conjointement avec nous, ce n'est pas empiéter sur notre travail, c'est du complémentaire. »*

12) Perception d'une nouvelle organisation de la médecine générale

L'IDE ASALEE ferait partie de l'équipe de soins et pourrait être considérée comme un référent de soins :

Dr 15 : « Regardez ce qui se passe au Canada et aux Etats unis, hein ? Et on aura tout compris. Il faut passer d'une relation médecin-patient dans un bureau à une relation médecin-équipe de soins-patient, maintenant que le patient soit au centre d'une équipe de soins dont le médecin est le chef d'équipe, voilà c'est le capitaine de l'équipe de rugby mais tout le monde pousse dans le sens. »

Dr 14 : « Surtout ça parce qu'après c'est intéressant pour le patient aussi d'avoir un référent médical autre que le médecin, le référent de soin. C'est dans l'air du temps ça aussi, triade pharmacien, infirmière, créer des nouveaux métiers. »

Discussion

I) Méthodologie

1) *Analyse des résultats*

Cette étude qualitative a été élaborée à partir de différentes étapes accomplies par une seule personne : les deux types de questionnaires, les entretiens, la retranscription et l'analyse des résultats. Une certaine subjectivité involontaire peut s'être immiscée au cours de l'exposition des entretiens et de l'interprétation des résultats. Ceci peut s'expliquer par le fait d'avoir travaillé au cours de mon internat et de mes remplacements avec le système ASALEE.

2) *Réalisation des entretiens*

Il se peut que lors des différents échanges avec les médecins généralistes, certaines questions aient été orientées pour pallier au manque de réponse de certains médecins, pour répondre à leurs interrogations concernant les réponses de leurs confrères et relancer la conversation. Ainsi certaines idées émises par les médecins ne leur seraient pas venues spontanément sans mon intervention.

3) *Biais de sélection*

Tous les médecins ayant participé à l'étude étaient volontaires et motivés. Les trois médecins sollicités n'ayant pas pu prendre part aux entretiens pour diverses raisons ont été remplacés par d'autres confrères travaillant en collaboration avec une IDE ASALEE. Les médecins appelés étaient enthousiastes de participer à l'étude, ce qui n'a pas généré de difficulté majeure lors du recrutement mais a entraîné par ce fait un biais de sélection.

II) Résultats descriptifs

La moyenne d'âge des médecins de notre étude est un peu plus basse que celle de l'ensemble de ceux de la Charente qui est estimée à 53 ans. La parité est respectée dans ce travail alors que l'activité se répartit entre 40% de femme et 60% d'hommes. Tous les médecins interrogés effectuaient un exercice libéral exclusif alors que l'on peut compter 50% de libéral et 50% de salariat dans l'ensemble du département⁽¹¹⁾. Seulement 16

médecins ont été interrogés pour cette thèse sur les 79 qui reçoivent l'IDE ASALEE dans leurs locaux.

Le choix de l'étude qualitative constituait le meilleur choix pour retranscrire l'expérience de la collaboration des médecins avec l'IDE ASALEE. De ce fait l'échantillon constitué pour ce travail n'a pas pour but d'être représentatif ni explorateur de la démographie de la Charente.

III) Les freins à la collaboration interprofessionnelle

Cette coopération entre les médecins généralistes et l'IDE ASALEE en Charente est limitée sur différents points.

1) ***Doute sur l'efficience d'ASALEE***

Un des médecins s'interroge sur l'efficience d'ASALEE ce qui le freine pour adresser des patients à l'IDE. L'étude sur l'évaluation médico-économique du dispositif ASALEE menée par l'IRDES en 2008 ⁽⁴⁾, conclut à l'efficacité et à l'efficience de la coopération des médecins généralistes et des infirmières ASALEE dans le suivi des patients diabétiques de type 2. Cela se traduit par une amélioration des résultats de l'équilibre glycémique basé sur le taux d'HbA1c et du suivi du patient sans coût supplémentaire pour l'assurance maladie. A ce jour, aucune autre étude n'a évalué l'efficience sur les autres tâches attribuées à l'IDE ASALEE.

2) ***Limites dans la délégation de tâches définie par ASALEE***

La plupart des médecins pensent que la délégation de tâches est indispensable à la prise en charge globale du patient et qu'elle est une nécessité pour le patient et le médecin. Cependant, les médecins n'adressent pas leurs patients pour toutes les missions confiées à l'IDE comme la réalisation d'ECG, de tests de mémoire ou encore la prise en charge du patient BPCO.

Les freins retrouvés sont :

-Certains médecins **ne ressentent pas le besoin d'adresser** certaines catégories de malades comme les patients chroniques bien équilibrés. Ils jugent l'absence de nécessité d'envoyer des patients considérés comme inéducables ou encore non motivés. La subjectivité peut entraver un suivi par ASALEE. En effet même chez des patients diabétiques équilibrés, la nécessité de l'examen des pieds et la réalisation d'un ECG annuel ainsi que la prescription biologique motivent une consultation auprès de l'infirmier (ère). ⁽¹²⁾

- **L'absence d'un appareil à ECG** dans plusieurs structures médicales. Il a été proposé par un jeune praticien travaillant en cabinet que l'association ASALEE puisse financer l'appareil.

Les avis sont très divergents parmi les médecins interrogés sur la prise en charge de la BPCO et des tests de mémoire. Quelques médecins sont satisfaits des prises en charge actuelles, d'autres pensent que des améliorations sont à apporter.

- **Le manque de performance dans la prise en charge de la BPCO** notamment dans la réalisation et l'interprétation des résultats de la spirométrie. Certains médecins sont dubitatifs sur les résultats normaux de spirométrie concernant des patients fortement tabagiques symptomatiques. Pour eux, cela peut sous diagnostiquer les BPCO, ce qui les freine pour adresser les patients vers ce dépistage. Ce doute concernant la bonne utilisation de l'appareil de spirométrie est également retrouvé dans le travail de thèse de virginie HAU datant de décembre 2016. ⁽¹³⁾

Cette enquête met également en évidence que c'est le protocole le moins utilisé d'ASALEE par les médecins généralistes faute d'expérience dans la lecture des spirométries.

De même, la thèse de Romain PY de 2015 ⁽¹⁴⁾ souligne que les médecins landais adressent très peu leurs patients pour les spirométries à cause de la nécessité d'une consultation spécialisée par la suite. Ils préfèrent privilégier ASALEE pour la prise en charge du diabète.

L'autre point soulevé est la limitation des compétences de l'IDE dans l'interprétation des résultats. Un des médecins propose un apprentissage de l'IDE sur les stades de gravité de la BPCO afin de permettre une prise en charge plus optimale dans la lecture des résultats et la réorientation plus efficace vers le médecin.

D'autres médecins ont constaté qu'une spirométrie normale n'engageait pas les patients fumeurs au sevrage tabagique et à parler de la BPCO par la suite. De ce fait, cela produit l'effet inverse de l'effet escompté chez cette catégorie de patient. L'impact recherché est caduc. Ces résultats sont conformes à ceux retrouvés dans le travail de virginie HAU ⁽¹³⁾.

- **Prise en charge des tests de mémoire insuffisante.** Certains médecins adressent peu leurs patients à l'IDE ASALEE pour le dépistage des troubles cognitifs. Différentes raisons sont retrouvées. Tout d'abord l'absence d'interprétation des résultats par l'IDE entraîne un manque d'intérêt pour le médecin. Il pourrait être proposé des formations complémentaires et plus spécifiques de l'IDE pour permettre une interprétation indicative des différents tests et ainsi réorienter plus rapidement le patient lorsque les tests sont pathologiques.

En effet, selon l'HAS ⁽¹⁵⁾, un des intérêts des tests de dépistage est de permettre une évaluation globale cognitive initiale chez les personnes ressentant une modification récente de leur état psychique ou lorsque l'entourage constate l'apparition de troubles cognitifs ou encore chez les patients venant consulter pour un symptôme pouvant accompagner, révéler

ou provoquer un déclin cognitif (chute, syndrome confusionnel, accident vasculaire cérébral).

Après une première évaluation, les fonctions cognitives appréciées par le MMSE et des tests brefs de repérage peuvent être pathologiques ou normaux. Dans ce dernier cas, si la plainte mnésique persiste une évaluation cognitive comparative peut être proposée au patient, dans le cadre d'un suivi, 6 à 12 mois plus tard.

Ils permettent également d'évaluer l'efficacité des thérapeutiques ainsi que l'évolution de la maladie une fois par an ou plus souvent s'il existe une modification du comportement.

Par ailleurs, un autre intérêt de ces tests est de pouvoir faire la part entre la maladie d'Alzheimer et problèmes iatrogènes, psychologiques, psychiatriques mais aussi causes vasculaires ou neurologiques débutantes.

Enfin l'évaluation cognitive globale a aussi pour objectif de rassurer les personnes qui ont une plainte de mémoire, et dont les performances aux tests sont normales.

C'est pourquoi une formation complémentaire de l'IDE ASALEE permettrait une meilleure interprétation des résultats en fonction de chaque cas rencontré et un suivi dans le temps des patients présentant des troubles mnésiques.

Ensuite le manque de protocole de suivi après la réalisation des tests entraîne une difficulté pour la prise en charge du patient. Les médecins peuvent se référer aux recommandations de la HAS de 2011⁽¹⁶⁾ qui reprend la conduite à tenir devant un trouble cognitif notamment après l'évaluation initiale des différents tests de mémoires.

Ce sentiment n'est pas partagé par l'étude des médecins landais⁽¹⁴⁾. Ils étaient satisfaits des tests de dépistage de la maladie d'Alzheimer réalisés par ASALEE. Pour eux, cela permettait d'aborder plus facilement le sujet avec le patient et de mettre en place un plan d'action.

3) *Le rôle du patient dans cette collaboration*

Il arrive que le patient **ne ressente pas le besoin** de consulter l'IDE ASALEE. Cela peut s'exprimer par un **refus** dû à un manque d'information sur le système ASALEE ou un **abandon du suivi** suite à l'absence de bénéfices ou d'un problème d'entente avec l'IDE et aussi d'avoir le sentiment de connaître suffisamment sa maladie, notamment diabétique, et les moyens de la contrôler. Ces deux principaux points sont retrouvés dans la thèse d'Aurélien PRATO en 2011⁽¹⁷⁾.

Un peu moins de la moitié des médecins réitèrent la rencontre avec l'IDE. Au fil du temps en exposant le but des échanges avec ASALEE, certains patients changent d'avis. Le fait de proposer régulièrement des consultations avec l'IDE et d'afficher plus d'informations sur ASALEE dans les salles d'attente peuvent être de bons moyens pour sensibiliser les patients. [Annexe 5].

Le patient oublie ses rendez-vous principalement par inhabitude et parce que les rendez-vous sont donnés trop longtemps à l'avance faute du manque de journée de consultation.

Ce phénomène est déjà présent lors des consultations médicales. Pour pallier à ce problème, des systèmes de rappel téléphonique, des SMS, des mails automatiques, comme cela est proposé par des services de prise de RDV en ligne sont mis en place dans certains cabinets médicaux.⁽¹⁸⁾ Ce procédé pourrait s'appliquer aux consultations de l'IDE ASALEE pour limiter l'oubli des patients.

4) Frein propre au médecin

-Le principal frein retrouvé est **l'oubli du médecin de proposer une rencontre avec l'infirmier(ère)**. L'une des missions de l'IDE est le repérage dans les dossiers médicaux de pathologies chroniques tels que le diabète de type 2 et les facteurs de risques cardio-vasculaires. Le rappel informatique mis en place par l'IDE, sous forme d'alerte, a pour objectif d'indiquer tous les critères de surveillance biologique et spécialisée à réaliser selon les recommandations professionnelles⁽¹⁹⁾. Suite à cette constatation, la question de la visibilité du rappel sur les logiciels informatiques se pose ainsi que l'exécution de cette alerte par l'IDE. D'autre part, cette mission pourrait être étendue aux autres compétences de l'IDE à l'aide d'une petite note s'affichant lors de l'ouverture du dossier médical des patients éligibles à ASALEE. Elle pourrait mentionner « ASALEE ? » pour rappeler au médecin de proposer une consultation avec l'infirmier(ère).

5) Essoufflement des patients éligibles

L'épuisement du volume de travail de l'IDE est constaté par plusieurs médecins. Cet élément a été également constaté dans le travail d'Aurélien PRATO en 2011⁽¹⁷⁾, les médecins Vosgiens proposaient d'étendre le programme à d'autres pathologies telles que la BPCO. Malgré l'élargissement du recrutement par l'intégration des troubles cognitifs et des patients tabagiques, l'essoufflement apparaît toujours en partie par l'arrêt du progrès du patient, l'absence de renouvellement de la patientèle ou d'une population éligible restreinte. Selon l'étude de 2015 sur la démographie médicale en région Poitou-Charentes⁽¹¹⁾ une diminution du nombre de médecins d'ici 2020 est attendue en Charente. Ainsi Les cabinets médicaux travaillant avec ASALEE bénéficieront probablement d'un renouvellement de leur patientèle et de ce fait une nouvelle population éligible sans compter que nos patients vieillissent et que des pathologies chroniques apparaissent.

6) Autonomie de l'IDE.

Les avis des médecins sont mitigés concernant l'autogestion de l'IDE :

-Certains médecins trouvent que l'IDE **outrepasse ses domaines de compétences**. Ils la considèrent comme une **intrusion** dans la relation médecin-patient. Cela peut avoir pour

conséquence une réticence à la délégation de tâche. De plus, les médecins craignent un **problème de responsabilité médicale** devant cette prise de trop grande liberté avec les patients.

Dans la convention locale d'ASALEE⁽¹⁹⁾ signées par les différentes parties intéressées (IDE, médecins généralistes, association et ARS), l'infirmière s'engage à appliquer les missions définies dans le protocole ASALEE validé par la HAS⁽⁵⁾, sa responsabilité civile est assurée par l'association.

Selon l'HAS⁽²⁰⁾, pour rester dans le cadre de l'assurance responsabilité civile professionnelle, l'activité doit entrer à la fois dans le champ des compétences du professionnel et de la mission qui lui est dévolue à l'égard des patients. Ainsi, dans le cas où l'IDE ASALEE outrepasserait ses domaines de compétence, sa propre responsabilité en cas de litige est engagée et non celle du médecin.

-Presque la moitié des médecins interrogés ne sont **pas prêts à laisser une plus grande autonomie à l'IDE ASALEE**. Certains pensent que plusieurs actes sont du ressort du médecin et non de l'IDE, d'autres ont leurs habitudes concernant la prescription et la réalisation d'actes qui entrent dans le champ de compétence de l'IDE. Ceci peut être expliqué par la présence récente de l'IDE ASALEE au sein du cabinet médical ou encore perçu comme un effet délétère dans leur organisation de prescription. Enfin, certains ne se disent pas encore prêts à déléguer des tâches relevant de la thérapeutique.

La création des nouveaux statuts des IDE remonte aux années 1960 aux États-Unis et l'évolution du rôle de l'infirmier (ère) a pris de l'importance avec les années pour effectuer des actes médicaux tels l'ajustage thérapeutique dans le suivi de pathologie chronique.

En France, la coopération interprofessionnelle est arrivée dans les années 2000, du temps est nécessaire pour permettre une évolution des mentalités des médecins pour donner encore plus de liberté à l'IDE dans la gestion du transfert des activités⁽²¹⁾.

7) Espace insuffisant du cabinet médical

Certains médecins déplorent un **manque de place au sein du cabinet médical**, ce qui limite le temps de présence de l'IDE au sein de la structure et l'impossibilité à l'infirmier(ère) de réaliser certaines tâches qui lui sont confiées. De plus, quand certains médecins ne travaillent pas, ils laissent leur bureau à l'IDE. De ce fait, si l'infirmier(ère) a besoin de consulter le médecin au moment de l'entretien avec le patient ou lors de la réalisation d'acte tel un ECG, cela peut être problématique pour l'IDE. Des demandes auprès des mairies ont été réalisées pour agrandir le cabinet ou trouver un local plus grand, mais ces dernières n'ont pas abouti jusqu'alors.

Un des médecins interrogés m'a confié hors enregistrement qu'il a bénéficié d'aides financières de la part d'ASALEE. Cela a permis la location d'un bureau au sein du cabinet médical et à l'achat de matériels médicaux et informatiques. Sans cela, il n'aurait pas pu

accueillir d'infirmier(ères). Des aides financières venant de l'association ou de l'ARS seraient une solution pour palier à ces problèmes d'espace médical.

8) *Echanges*

Les **échanges** avec les médecins peuvent être de différents types et à des fréquences variables selon les cabinets médicaux. En effet, certains médecins prennent le temps d'échanger avec l'IDE ASALEE de façon régulière, d'autres avouent qu'ils manquent de temps pour réaliser des débriefings régulièrement. De ce fait, il existe une disparité du temps d'échange en fonction des médecins qui pourtant perçoivent des indemnités pour leurs participations aux réunions de débriefings prévus dans le protocole de coopération. Celles-ci doivent être mensuelles ou tenues en plusieurs fois. ⁽¹⁹⁾

Ce manque d'échange entre l'IDE et le médecin peut entraver la coopération. Un déjeuner professionnel entre le médecin et l'IDE ASALEE pourrait être organisé à un rythme régulier, prédéfini entre les deux parties en fonction du nombre de patient sur lesquels il existe une nécessité d'échanger les points de vue.

IV) Les avantages à la collaboration interprofessionnelle avec l'IDE ASALEE

1) *Système ASALEE*

Les médecins sont **satisfaits du système ASALEE**. Ils le définissent comme un progrès ou encore une aide en particulier pour le dépistage. Il a modifié leurs conditions d'exercice en **améliorant le suivi des patients**. Le travail de l'IRDES en 2008 ⁽⁴⁾ met en évidence qu'un patient diabétique de type 2 « bien suivi » se traduisait par la réalisation d'au moins trois contrôles par an de son taux HbA1c et chaque année, un bilan biologique (créatinémie, microalbuminurie, contrôle lipidique), un électrocardiogramme ou une consultation de cardiologie et un examen du fond de l'œil. Cela permet une meilleure performance des soins de premiers recours.

Dans un travail de thèse ⁽¹⁷⁾, les médecins Vosgiens expliquaient que la réalisation des automesures entraînait un meilleur respect des recommandations de l'hypertension en évitant l'instauration de traitement non nécessaire et de ce fait éviter des effets iatrogènes.

Leurs conditions d'exercice ont été transformées aussi **par la libération de temps de consultation** dans la prise en charge des maladies chroniques. On retrouve cet élément dans d'autres études ^{(13) (14)}. Cela implique une plus grande disponibilité à accorder au patient

pour traiter le reste des pathologies médicales et permettre une écoute plus attentive à leurs problèmes.

2) **L'IDE ASALEE**

L'infirmier (ère) est considéré (e) comme **complémentaire à la prise en charge des patients**. Il ou elle peut être considéré comme un collègue, un partenaire ou encore un membre de l'équipe de soin. Sa présence au sein du cabinet et la gratuité des consultations facilitent l'accès aux rendez-vous.

En fonction des médecins, les tâches qu'il ou elle accomplit sont plus ou moins performantes. La majorité des médecins trouvent qu'il existe une **meilleure prise en charge** des diabétiques de type 2 grâce à l'ETP, basée sur les résultats d'HbA1c. Cela avait déjà été constaté au cours de l'étude de l'IRDES en 2008 sur la coopération des médecins généralistes et infirmier(ère)s ASALEE ⁽⁴⁾.

Une praticité de la réalisation des automesures tensionnelles et des ECG est constatée chez la plupart des praticiens. Cependant, concernant la BPCO et les tests de mémoires, des **formations complémentaires sont nécessaires** pour approfondir ces deux derniers points. Ce sentiment a été retrouvé dans le travail de Romain PY⁽¹⁴⁾. Les médecins Landais constataient que les connaissances de l'IDE devaient être approfondies. Ceci s'appliquait à tous les domaines exceptée la prise en charge du diabète de type 2 ⁽¹⁴⁾.

Pourtant, il est stipulé dans la fiche ASALEE⁽²²⁾ que l'infirmière reçoit une formation en éducation thérapeutique, au protocole de coopération et une formation pratique en compagnonnage et au système d'information. Cette dernière est adaptée régulièrement selon l'évolution du poste. Suite à ce constat, le problème de la forme et du fond de ce type d'enseignement se pose.

Il a été remarqué que les IDE ont des **qualifications différentes** dues à leurs expériences propres ce qui peut créer une disparité dans les échanges avec le patient selon les missions.

V) **Nouvelles compétences souhaitées par les médecins**

Les médecins interviewés ont de nombreux souhaits concernant la délégation de nouvelles tâches à l'IDE ASALEE. Il en ressort une demande de missions à la carte avec la réalisation d'actes techniques, de prise de constantes, d'adaptations thérapeutiques ou de prescriptions médicamenteuses.

Rappelons que l'IDE ASALEE est avant tout une **infirmière de santé publique**.

Selon l'OMS (2002), la santé publique représente « l'ensemble des efforts par des institutions publiques dans une société pour améliorer, promouvoir, protéger et restaurer la santé de la population grâce à une action collective. »⁽²³⁾

Dans les pays Anglo-saxons, les infirmières, suite à une formation complémentaire, ont été investies d'une fonction de santé publique : promotion de la santé, suivie de pathologies chroniques stabilisées (asthme, diabète, cardio-vasculaire) et consultations de première ligne. En France, suite au décret du 11 février 2002, les infirmières se sont vues attribuées des tâches de formation, éducation, prévention et dépistage dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires, en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective, et de sécurité, dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives, éducation à la sexualité, participation à des actions de santé publique.⁽²⁴⁾

Parmi les demandes, certaines entrent dans le cadre de mission de santé publique :

-Comme le complément de prise en charge de la BPCO par l'introduction du **sevrage tabagique**. Lors de la réalisation des entrevues, certains médecins déploraient l'absence de réalisation du sevrage tabagique par l'IDE associé à la spirométrie. Concernant ce point, des programmes de formations des IDE sur le sevrage tabagique⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾ ont été établis entre juin et septembre 2016 et sa prise en charge par ASALEE au sein des cabinets a été officialisée depuis la réalisation des entretiens. Les différents supports et outils pour aider les patients à arrêter de fumer sont disponibles sur le Portail ASALEE [Annexe 6]. Seul le protocole est en cours de rédaction.

-D'autres pathologies chroniques comme le suivi de l'**asthme** ou de l'**insuffisance cardiaque** ont été abordés. « Le plan vigilance 2 » est un projet expérimental d'ASALEE qui consiste à surveiller les patients insuffisants cardiaques à domicile. Cela consiste à retransmettre sur l'ordinateur de l'IDE via des capteurs électroniques le poids, la tension, le pouls, la saturation ou encore le sucre. Ce programme n'est réalisé que par quelques IDE ASALEE au niveau national. ⁽²⁷⁾ Il va être mis en place dans les prochains mois « le plan vigilance 3 » dans la région Nouvelle Aquitaine. Cette étude expérimentale permettra une autonomie du suivi biométrique par les patients chroniques.

-La prise en charge **de l'obésité de l'adolescent** est une des requêtes des médecins interrogés. ASALEE a pour projet de suivre les enfants présentant des problèmes de poids. Dans un contexte de prévention et de problème de santé publique, certaines IDE ASALEE ont déjà commencé à accompagner des enfants dans le suivi de la perte de poids.

-Les praticiens souhaiteraient voir se développer une consultation **d'addictologie** concernant principalement l'alcool et les drogues. Cela pourrait être une mission à confier à l'IDE ASALEE dans l'avenir.

Quand aux souhaits des médecins ne faisant pas partie de tâches de santé publique, un autre type d'IDE pourrait intervenir. Dans les pays Anglo-saxons, l'IDE est, entre autre, habilitée à la prise en charge de traumatismes légers ou à la pratique de soins des plaies. Le suivi de pathologies chroniques comprenant l'analyse des examens de contrôle et le réajustement de la thérapeutique est déjà pratiqué dans plusieurs pays européens et outre-Atlantique⁽¹⁰⁾.

VI) Perception de l'avenir de la médecine générale

Les médecins consultés mettent en évidence une **diminution du nombre de médecins et une augmentation du nombre de patients** dû au vieillissement dans les prochaines années. Ces résultats concordent avec ceux présentés dans l'atlas du Poitou Charente 2015⁽¹⁴⁾ qui prévoit d'ici 2020 une baisse de 5,1% des médecins en activités régulières contre une augmentation du nombre d'habitants de 6,9% en Charente.

On retrouve ce constat dans d'autres spécialités médicales. Pour faire face à la pénurie d'ophtalmologistes, un protocole de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes consistant à la création d'actes orthoptiques pour la pré-consultation sans besoin de prescription préalable de la part de l'ophtalmologiste a été mis en place.^{(28) (29)}

Un des médecins évoquait le risque de **burn out** face à la surcharge de travail dû au manque de médecins dans les prochaines années. La délégation de tâches est apparue comme un moyen d'évitement de l'épuisement au travail⁽³⁰⁾⁽³¹⁾. D'autres pensent que le transfert de compétence permettra un certain confort par **gain de temps médical, meilleur résultat dans la prise en charge** et un **regard neuf sur la situation médicale**.

Ces différentes perceptions concordent avec le rapport de BERLAND⁽³⁾ qui a mis en évidence que la coopération interprofessionnelle pouvait répondre aux problèmes de démographie des praticiens (nombre et répartition géographique) en temps médical pour les actes où leur expertise est la plus essentielle. C'est le cas dans d'autres pays où le transfert d'activité permet d'optimiser le temps de travail, la productivité médicale, la condition d'exercice et la permanence des soins.⁽¹⁰⁾

Conclusion

Le système ASALEE est un dispositif de collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmier (ères) en France. Il a été instauré en 2004 pour répondre à une raréfaction de l'offre de soins ambulatoires face à une demande croissante et permettre une amélioration de la qualité des soins notamment chez les patients atteints de maladies chroniques.

Inspiré par les expériences étrangères de coopération interprofessionnelle essentiellement anglo-saxonne ayant prouvé leur efficacité dans la délégation de certaines tâches aux infirmières, Jean Gautier, créateur du dispositif ASALEE, met en place un transfert d'activités des médecins généralistes vers des infirmières exerçant au sein de leur cabinet. Au fil des années leurs compétences se sont élargies avec la mise en place de protocoles sur la prévention primaire et le suivi de pathologies chroniques.

L'étude qualitative réalisée montre que les médecins généralistes sont satisfaits de leur coopération avec l'infirmière ASALEE. Il en ressort une amélioration du suivi du patient et une libération du temps médical. Cependant, de nombreux freins ont été évoqués dans ce travail, entraînant une limitation de la collaboration. Les obstacles peuvent être dus à la configuration des lieux, l'absence de matériel, au rôle du patient, à la subjectivité des médecins sur leur ressenti vis-à-vis des patients, de l'IDE ou des protocoles mis en place. Cela ne les empêche pas d'envisager de nouvelles tâches et de proposer des solutions pour améliorer celles déjà effectuées par l'IDE.

Les médecins sont pour la délégation de tâches, parfois les freins rencontrés peuvent demander du temps avant d'être levés, nécessitant un affinement des protocoles et une évolution des mentalités des patients et des médecins.

Ce travail s'intéresse aux points de vue des médecins quant à leur collaboration avec l'IDE ASALEE. Le regard des infirmières ASALEE sur les freins évoqués par les médecins généralistes pourrait être un sujet à développer.

Bibliographie

1. Mindy F. *Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières*. Bulletin d'information en économie de la santé .CREDES, N°65,2003.
2. Berland Y. *Mission Démographie des professions de santé*. Rapport, 2002.
3. Berland Y. *Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences*. Rapport, 2003.
4. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. *La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE*. IRDES. Rapport n°1733. Déc. 2008.
5. PAPS. *Grille protocole de coopération conforme à l'annexe 1 modèle de protocole mentionné à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009 : Protocole de Coopération ASALEE* 2011. [En ligne]
http://www.bourgogne.paps.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/Exercice_regroupe/protocoles_cooperation/Annexe_1_-_Protocole_de_cooperation_ASALEE.pdf
Consulté le 15 février 2014.
6. Harousseau J-L. *Protocole de Coopération Article 51 : Position du problème et état des lieux*. HAS, Fév 2013. [En ligne] http://www.urps-med-idf.org/cafe_urps/imageProvider.aspx?private_resource=11612&c-d=a&fn=11612.pdf.
Consulté le 15 février 2014.
7. IRDES. *Evaluation Asalée : Daphnee Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation* .*Evaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée* .Protocole d'évaluation 2015. [En ligne] <http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/actualites.html>.
Consulté le 26 septembre 2016.
8. Sibbald B, Laurant M G and Reeves D. *Advanced nurse roles in UK primary care*. Med J Aust. Jul 2006; 185 (1): 10-12.
9. Di Censo Al. *Advanced Practice Nursing in Canada:Overview of a Decision Support Synthesis*. Nurs Leadersh.2010 ; 23 (Special Issue):15-34.
10. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. *Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec*. Recherche en soins infirmiers. 2008,93:94-105.
11. Lebreton-Lerouvillois G. *La démographie médicale en région Poitou-Charentes. Situation 2015*. CNOM, 2015.
12. HAS. *Guide de parcours de soins : diabète de type 2 de l'adulte*. Mars 2014.
[Enligne]https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pmaids_diabete_t_3_web.pdf.

Consulté le 18 mai 2017.

13. Hau V. *Ressenti des médecins généralistes quant à l'utilisation du protocole BPCO d'ASALEE*. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2016,67p.

14. PY R. *Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : Une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015*. Thèse de médecine. Université de Limoge ; 2015,120p.

15. HAS *Identification des troubles mnésiques et stratégie d'intervention chez les seniors de 70 ans et plus*. Réponse à la saisine du 30 octobre 2014 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale. Déc 2014. [En ligne].

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/argumentaires_art_53_troublesmnésiquesdusujetage_vf_2015-02-16_15-31-37_875.pdf
Consulté le 18 mai 2017.

16. HAS. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*. Recommandation de bonne pratique. Déc 2011. [En ligne]

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf

Consulté le 18 mai 2017.

17. Prato A. *Coopération entre professionnel de santé en médecine générale : Evaluation qualitative de ASALEE VOSGES par la méthode des FOCUS group après deux d'expérience*. Thèse de médecine. Université de Nancy ; 2011,129p.

18.20 minutes. *Trop de patients oublient leur rendez-vous chez les médecins* 2015. [En ligne] <http://www.20minutes.fr/paris/1637007-20150622-trop-patients-oublent-rendez-chez-medecins>.

Consulté le 26 septembre 2016.

19. *Convention locale ASALEE, 2012-2013*. [En ligne]

<https://library.unio-sante.fr/00/00/43/00004373-e4125815afe908ad6650f4faa3c8930a/convention-locale-asalee-v240613.pdf>

Consulté le 20 avril 2017.

20. HAS. *Délégation, Transferts, Nouveaux métiers... Conditions de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*. Projet de recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS soumis à la consultation publique. Déc 2007. [En ligne]

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_projet_recommandation.pdf

Consulté le 20 avril 2017.

21. Anger E, Gimbert V. *Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ?*

(Volet 1) *Les coopérations entre professionnels de santé*. La note d'analyse.2011, 254 : 1-12.

22. ASALEE. *Éléments constitutifs de la fiche de poste IDSP*. Janv 2014. [En ligne]

http://www.paca.paps.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_PAPS/J_exerce/Protocoles_de_cooperation/ASALEE_-_Fiche_de_poste_IDSP.pdf

Consulté le 15 février 2014

23. Pradier .C. Définition et Enjeux. In : Orban D, Pradier C, Staccini P. *La santé publique en PACES*. 2^e ed Paris : Ellipses ; 2014, 13-20.

24. Pommier J, Deschamps J.P. *Les infirmières et la santé publique : évolution des missions et des formations*. 2004;16: 197-206.

25. You tube. *ASALEE 1608 tabac V2*. Sept 2016. [En ligne]
<https://www.youtube.com/watch?v=wJrOWrCdKco>
Consulté le 20 avril 2017

26. Guichard E, Fourneau C. *Formation sevrage tabac*. Diaporama, Juin 2016.

27. Gautier J. *Une expérience de modélisation pour la réorganisation des soins primaires*. Diaporama, Avril 2016. [En ligne] <http://www.congresmg.fr/presentations-2016/video/vendredi/01-gautier/index.html>.
Consulté le 20 mai 2017.

28. HAS. *Grille protocole de coopération conforme à l'annexe 1 modèle de protocole mentionné à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009* 2012.
[En ligne] http://orthoptie.net/documents/protocoles/projets/pr%C3%A9consult_rousseau.pdf
Consulté le 20 mai 2017.

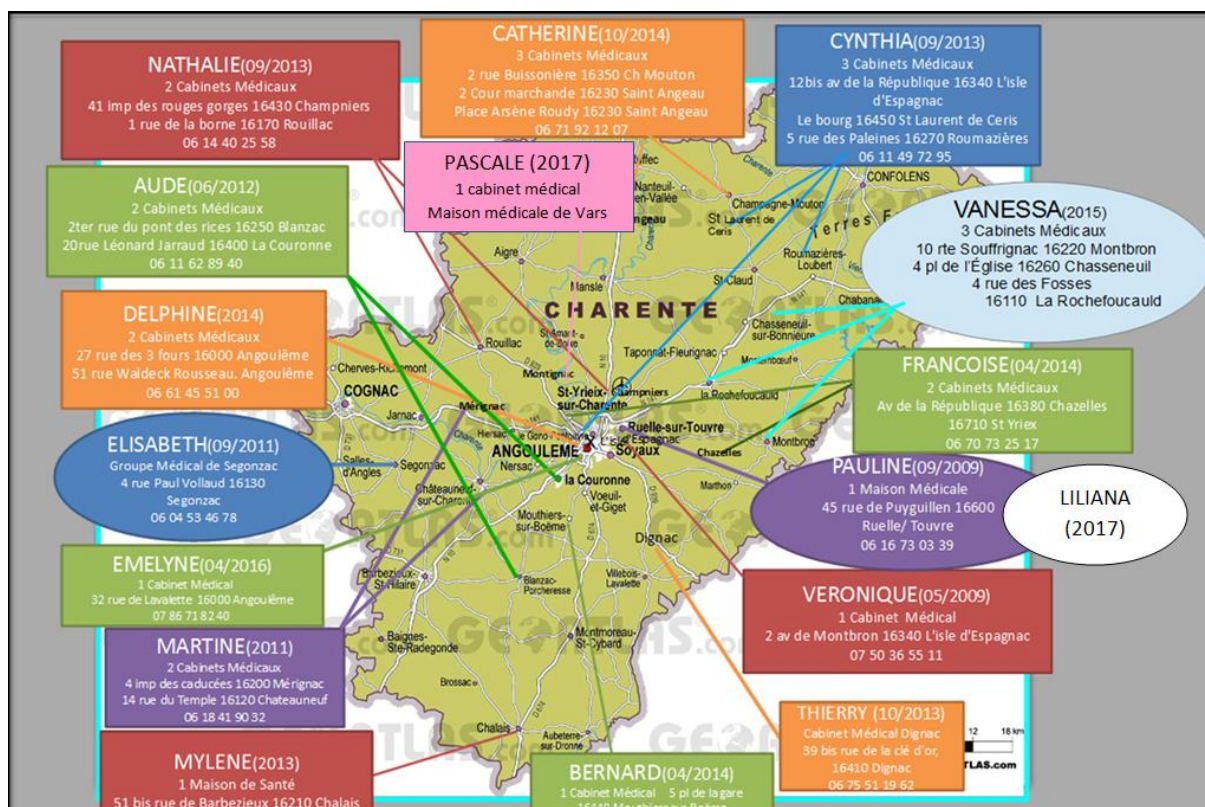
29. Bour T. *Les besoins en ophtalmologie d'ici 2030. Projections des départs, Besoins en nouveaux ophtalmologistes, Aspects nationaux et régionaux, Professions paramédicales associées et coopérations*. Académie française d'ophtalmologie. Mars 2011. [En ligne]
http://www.ophtalmo.net/SNOF/temp/Rapport_Snof_2011_Final.pdf

30. Gillet-Verhaegen A. *Médecins : concilier le professionnel et le privé*. Santé conjugué. 2013 ; 66:8-12.

31. Cavagni R. *Pour éviter le Burn-out, (ré)apprendre à déléguer ! Potentiel et talents*. Blog 2016. [En ligne] <http://www.potentielettalents.com/eviter-burn-out-reapprenez-a-deleguer>.
Consulté le 20 mai 2017.

Annexes :

Annexe 1 : Carte géographique des IDE ASALEE en Charente.



Annexe 2 : Questionnaire descriptif

1) Identité du médecin :

Nom :

Prénom :

Âge :

Date d'installation :

2) Structure du cabinet médical :

Type de structure : cabinet médical/ maison de santé

Nombre de médecins :

Milieu d'activité : Rural/semi-rural/Urbain

Visites à domiciles : oui non

Si oui : combien par semaine :

3) Parcours professionnel :

Année d'installation :

Maître de stage : oui non

Formation complémentaire : DU-DIU- capacité

4) Profil de la patientèle selon votre RIAP:

Proportion en pourcentage :

-Moins de 16 ans :

-De 16 à 59 ans :

-De 60 à 69 ans :

-Plus de 70 ans :

5) Concernant ASALEE :

Avez- vous fait la demande pour accueillir ASALEE ?

Vous a-t-on sollicité pour recevoir cet organisme ?

Année d'accueil de l'IDE ASALEE :

Où effectue-t-elle ses consultations ?

Combien de jours par semaine est-elle présente au cabinet ?

Nombre de patients envoyés en moyenne par semaine :

L'infirmière effectue-t-elle des visites à domicile ?

Type de mission confiée à l'IDE :

Suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions des examens :

-HbA1c, microalbuminurie, dosage du HDL Cholestérol, créatinémie, fond d'œil ; ☐

-Prescription et réalisation des ECG; ☐

-Prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds. ☐

Suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant prescription et réalisation des ECG. ☐

Suivi du patient tabagique à risque BPCO incluant prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie. ☐

Consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées. ☐

Annexe 3 : Questionnaire pour entretiens semi-directifs

1) Que pensez-vous du système ASALEE ?

2) Comment décririez-vous votre collaboration avec l'IDE ASALEE ?

-En quoi son installation a modifié vos conditions d'exercices ?

-Quels échanges effectuez-vous avec l'infirmière ?

-Comment percevez-vous sa place dans votre relation avec le patient ?

3) Comment présentez-vous le rôle de l'IDE ASALEE à vos patients ?

-Pour quelles raisons n'adrez-vous pas des patients éligibles à la consultation de l'infirmière ASALEE ?

-Que faites-vous lorsque vous vous rendez compte qu'un patient n'a pas maintenu (par négligence ou volontairement) son suivi avec l'infirmière ?

4) Que pensez-vous du travail accompli par l'infirmière ASALEE ?

-Dans quels domaines leur formation pourrait être prolongée pour améliorer la prise en charge globale du patient ?

-Quelles différences avez-vous constaté dans votre pratique médicale depuis son arrivée ?

5) Que faudrait-il améliorer afin de permettre l'évolution de ce partenariat ?

- Que penseriez-vous de laisser une plus grande autonomie à l'infirmière ASALEE ?

-Quelles nouvelles compétences pourraient lui être confiées afin d'optimiser la prise en charge des patients ?

-En quoi ce mode de coopération permettant une délégation de tâches à des paramédicaux est un moyen d'avenir pour la médecine générale ?

Annexe 4 : Courrier adressé aux médecins ASALEE

Objet : Participation thèse ASALEE en Charente

Monsieur, Madame,

Actuellement médecin remplaçant en Charente, je réalise ma thèse sur l'identification des freins à la collaboration entre médecins généralistes et infirmières de santé publique ASALEE dans les cabinets de médecine générale en Charente.

L'objectif de ce travail, par l'identification de ses freins, est d'améliorer la coopération interprofessionnelle et la prise en charge préventive, éducative et thérapeutique des patients éligibles à ASALEE.

Je me permets de vous solliciter pour réaliser un entretien individuel d'une trentaine de minutes qui sera par la suite anonymisé.

Je vous contacterai par téléphone afin d'organiser un rendez-vous sauf refus de votre part.

En vous remerciant par avance de votre collaboration.

Respectueuses salutations distinguées.

Céline VEZIEN.

Annexe 5 : Affiche d'information ASALEE.



A S A L E E

COOPERATION Médecins//Infirmières

Votre médecin vous a suggéré de rencontrer l'infirmière Asalée, Infirmière déléguée à la Santé Publique, attachée au cabinet et de lui faire confiance, pour Optimiser votre Prise en charge :

- *Pré-diabète / Diabète*
- *LDL-cholestérol/ dyslipidémie*
- *Hypertension*
- *perte de mémoire*
- *Alzheimer*
- *surpoids/obésité,*
- *dépistage cancer du sein, cancer du colon
cancer du col de l'utérus*
- *patients tabagique/BPCO (broncho-pneumopathie)*
- *Spirométrie, ECG*

*Améliorer la qualité de vie de ses patients
Soutien psychologique des difficultés et
problèmes rencontrés, adaptation du
traitement, amélioration du dossier médical*

Coopération validée par la Haute Autorité de Santé - HAS

Annexe 6 : Documents de support des IDE ASALEE pour l'aide au sevrage tabagique.

Document 1 :



tabac-info-service.fr
Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

BILAN DES AIDES ET DES FREINS À L'ARRÊT

Ce que j'aime dans le fait de fumer	Ce que je n'aime pas dans le fait de fumer

Mes craintes à l'arrêt du tabac	Ce que j'attends de l'arrêt Mes motivations à l'arrêt

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89 *,
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.

Document 2 :



tabac-info-service.fr
Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

BILAN DES DIFFICULTÉS ET DES ACQUIS

Difficultés persistantes	Solutions pour les gérer

Acquis depuis l'arrêt, bénéfices pour moi, pour les autres...
Ex. : économie de 6 euros par jour depuis 12 jours, soit 72 euros !

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89 *,
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.

Document 3 :

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle analogique d'évaluation de la motivation

À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

- Placez-vous sur une échelle de 1 à 10
- 0 signifie : « Ce n'est pas du tout important ».
10 signifie : « C'est extrêmement important ».

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :



Document 4 :

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Évaluation du sentiment d'efficacité

- Avez-vous confiance dans votre capacité à arrêter de fumer ?
 - Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ?
 - Placez-vous sur une échelle de 1 à 10
- 0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas ».
10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai ».

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :



- Si vous avez répondu moins de 10 à cette question, qu'est-ce qui, selon vous, permettrait d'accroître votre confiance ?



tabac-info-service.fr

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

GESTION DES ENVIES IMPÉRIEUSES DE CIGARETTES

- o Vérifier la bonne posologie du traitement médicamenteux d'aide à l'arrêt (patch oublié, comprimé non pris...).
- o Penser aux bénéfices et se souvenir des motivations à l'arrêt.
- o Avoir une pensée positive toute prête « j'ai déjà tenu, je peux résister », un slogan « nicotine t'es pas ma copine », dédramatiser « ça ne va pas durer ».
- o Inspirer et expirer profondément 3 à 5 fois.
- o Sortir.
- o Boire un grand verre d'eau.
- o Manger un fruit.
- o Se laver les dents.
- o Prendre un substitut nicotinique (gomme ou comprimés).
- o Éviter au début du sevrage les endroits et les activités qui donnent envie de fumer.
- o Faire une activité, penser à autre chose, chanter...
- o Demander à quelqu'un de l'aide et du soutien pour résister...

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 39 *.
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.



tabac-info-service.fr
Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

MON PLANNING DE CIGARETTES

Date : __/__/____

Heure	Je suis	Circonstances ou contextes associés à cette cigarette
Ex : 6 h 30	  	Au lever avant le petit déjeuner
	  	
	  	
	  	
	  	
	  	
	  	
	  	
	  	
	  	
	  	
	  	
	  	
	  	
	  	
	  	

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
 Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89 *.
 * 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.


tabac-info-service.fr

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

Patient :

N° de Dossier:

Le

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89 *.
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.



tabac-info-service.fr

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

DE FAÇON GÉNÉRALE, VOICI COMMENT INTERPRÉTER LE SCORE OBTENU PAR VOTRE PATIENT :

SCORE DE 0 À 2 :

Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Si toutefois le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportementaux (jeter les cendriers, boire un verre d'eau...). Vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89.

SCORE DE 3 À 4 :

Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...) vous pouvez éventuellement lui conseiller de prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual...). Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89 pour recevoir des conseils et du soutien.

SCORE DE 5 À 6 :

Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

SCORE DE 7 À 10 :

Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varenicline). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89 *.
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.

Table des figures :

Figure 1 : Milieu d'activité des médecins généralistes.

Figure 2 : Nombre de médecins en fonction de l'année d'installation.

Figure 3 : Date de début de collaboration entre l'IDE ASALEE et le médecin interrogé.

Table des tableaux :

Tableau 1 : Moyenne de la répartition des patients par tranche d'âge selon le RIAP.

Tableau 2 : Evaluation du nombre de médecin utilisant les différentes missions de l'IDE.

Résumé

Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente.

Introduction : L'association ASALEE est un protocole d'expérimentation en France permettant une délégation de tâches entre médecins généralistes et infirmières ayant débuté en 2004. Le transfert de compétences concerne des actes de santé publique tels que la prévention primaire, le suivi de pathologies chroniques et autres actes dérogatoires.

Après avoir constaté une disparité du nombre de patients adressés par chaque médecin à l'IDE ASALEE et une inégalité dans la répartition de tâches dont celle-ci a la compétence au sein d'une maison de santé du Nord Charente, une recherche a été initiée pour identifier les freins à la coopération interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les IDE ASALEE.

Matériels et méthodes : Une étude qualitative a été réalisée auprès de médecins de Charente recevant une IDE ASALEE au sein de leur cabinet médical. La saturation des données a été atteinte après 16 entretiens semi-dirigés enregistrés et retranscrits le plus fidèlement possible. L'encodage des verbatims a été réalisé à l'aide du logiciel Nvivo 11 et a donné lieu à une triangulation.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés mettent en évidence de nombreux freins dans leur collaboration avec l'IDE ASALEE. Les principaux retrouvés sont :

- Un problème d'organisation se traduisant par le manque de matériel, le manque de locaux ou par des rendez-vous non honorés.
- La difficulté à retrouver un bénéfice pour le médecin dans certains protocoles notamment BPCO et troubles de la mémoire.
- L'absence de besoins ressentis par le médecin d'adresser le patient en consultation à l'IDE ASALEE et le manque de nécessité par le patient de rencontrer l'infirmier(ère).
- L'abandon du suivi ASALEE par le patient après plusieurs consultations.
- Le manque de temps pour échanger au sujet des patients avec l'IDE ASALEE .

Cependant les médecins sont satisfaits de leur coopération avec l'infirmier(ère) qu'ils considèrent comme complémentaire dans la prise en charge des patients. Ils mettent en avant une amélioration du suivi et une libération du temps médical. De nouvelles compétences sont proposées par les médecins comme des consultations d'addictologie, le suivi de l'asthme ou encore le sevrage tabagique .

Conclusion : Cette étude montre que les médecins généralistes sont satisfaits de leur coopération avec l'IDE ASALEE, mais malgré tout il persiste des freins provenant des médecins eux-mêmes ou des patients ce qui limite une collaboration optimale.

Mots-clés : ASALEE, coopération médecins/ infirmières, freins, délégation de tâches, dépistage, prévention primaire, santé publique.

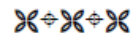


UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



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 !

