



HAL
open science

Description d'un nouveau dispositif de coopération médicale entre pédiatre et puéricultrice en pédiatrie libérale

Morgane Leconte

► To cite this version:

Morgane Leconte. Description d'un nouveau dispositif de coopération médicale entre pédiatre et puéricultrice en pédiatrie libérale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03203017

HAL Id: dumas-03203017

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03203017>

Submitted on 20 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITE PÉDIATRIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 02/03/2021 à Bordeaux

Par **Morgane LECONTE**

Née le 16 mai 1991 à Bordeaux (33)

**Description d'un nouveau dispositif de coopération médicale entre pédiatre
et puéricultrice en pédiatrie libérale.**

Sous la codirection de : Dr Françoise CECCATO et Pr Pascal BARAT

Membres du jury

Monsieur le Professeur Thierry LAMIREAU	Président
Monsieur le Professeur Jérôme HARAMBAT	Rapporteur
Monsieur le Professeur William DURIEUX	Jury
Monsieur le Docteur Jean-François PUJOL	Jury

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thierry Lamireau, *Gastro-pédiatre, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier au CHU de Bordeaux,*

Tu me fais l'honneur de présider mon jury de thèse, merci pour ta disponibilité et ta gentillesse. Merci pour tes enseignements au cours de ces 6 mois ensemble.

A Monsieur le Professeur Jérôme Harambat, *Néphro-pédiatre, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier au CHU de Bordeaux,*

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail et d'en être le rapporteur. Merci pour ta relecture et ta bienveillance. Les 7 mois de stage à tes côtés m'ont beaucoup appris.

A Monsieur le Professeur William Durieux, *Médecin généraliste, Professeur des Universités,*

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Veuillez recevoir ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean-François Pujol, *Pédiatre,*

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Docteur Françoise Ceccato, *Pédiatre,*

Je vous remercie d'avoir co-dirigé ma thèse, j'espère que le résultat est à la hauteur de vos attentes et vous aura apporté ce que vous souhaitiez. Merci pour votre bienveillance et vos conseils.

A Monsieur Le Professeur Pascal Barat, *Endocrino-pédiatre, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier au CHU de Bordeaux,*

Je te remercie d'avoir accepté de co-diriger cette thèse. Merci pour ta patience et ton aide précieuse.

A Amandine, je te remercie de ton aide tout au long de ce travail, j'espère qu'il t'aura apporté des éléments constructifs concernant ta pratique. Certains retours des familles n'ont fait que confirmer la professionnelle de santé que tu es : à l'écoute, patiente, rigoureuse et amoureuse du travail bien fait. J'ai beaucoup appris en travaillant à tes côtés sur ce travail de recherche mais aussi au sein du Centre de Santé. Je te remercie encore pour tout et je te souhaite tout l'épanouissement que tu mérites, tant sur le plan professionnel que personnel.

Au Centre de Santé de Tresses, qui a été le lieu de la naissance de ce travail, je remercie tous les professionnels qui y travaillent. Ce stage de 6 mois m'a vraiment beaucoup appris et ouvert l'esprit. Je remercie en particulier Françoise et Isabelle qui m'avaient encadré, j'espère que l'on aura l'occasion de se revoir et de travailler ensemble.

Aux co-internes que j'ai rencontré lors de mon parcours. Mallorie, je te remercie en particulier, nous aurons bravé l'internat, du début à la fin ensemble. Nous avons grandi

ensemble et tissé des liens solides, et tu es devenue une véritable amie. Tu seras un excellent médecin et je ne pouvais espérer mieux que de continuer cette aventure avec toi après l'internat. Joris, tu as été mon deuxième pilier lors de ces 6 mois en onco-pédiatrie, merci pour ton humour et ta joie de vivre. Candice, une jolie rencontre, merci pour ton écoute, ton soutien et tes mots toujours réconfortants.

Et à tous les autres avec qui j'ai aimé travailler, Clément, Delphine, Léna, Annabelle, Charlotte, Aurélie, Adriane, Simon, Alex, Emmanuelle, Olivier, Audrey et Justine...

A tous les médecins que j'ai pu rencontrer pendant mon parcours, qui m'ont beaucoup appris et qui m'ont donné l'envie de poursuivre dans cette voie.

A tous les professionnels de santé avec qui j'ai travaillé durant tout l'internat, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

A mes amis,

Fanny, la meilleure et la plus ancienne de toutes, merci pour ton soutien indéfectible depuis toutes ces années. Nous avons traversé ensemble toutes les épreuves depuis la seconde jusqu'à la fin de l'internat. De belles choses nous attendent et nous serons toujours unies pour les partager.

Diane, je n'oublierai jamais notre rencontre au début de nos études. Merci pour ces rires, ces confidences, ces voyages, tous ces moments partagés ensemble, même à 6000 km de distance.

Marine et Roxane, votre amitié depuis tout ce temps m'est indispensable, nos retrouvailles sont à chaque fois source de joie et de réconfort.

Seb, merci de ton soutien, malgré la distance. J'espère que notre amitié perdurera.

A mes amies de la faculté, ce groupe soudé: Laura, Candice, Ingrid, Marie, Julie et Audrey. J'ai trouvé en vous de réelles amies sur qui je peux compter. Votre amitié m'est chère. Des conjoints, des maris et des bébés nous ont rejoint depuis. Je vous souhaite que cette tribu continue de s'agrandir et plein de jolis moments à venir.

A ma Famille,

Mes parents, merci pour votre soutien infaillible depuis toujours, depuis le concours de la première année jusqu'à la relecture attentive de cette thèse. Merci pour l'éducation et les valeurs que vous m'avez transmis. Grandir au sein de notre foyer a été une chance. J'espère vous avoir rendus fiers et continuer de le faire encore longtemps.

Mon frère, Thomas, merci de ton soutien, toi aussi depuis le départ. Merci d'avoir débarrassé la table à ma place pendant que je révisais le concours de première année ! Toi aussi tu as choisi un métier pour lequel tu es en contact avec l'Humain et avec toutes les émotions que cela peut engendrer, ce qui fait que l'on se comprend et que l'on peut tout se raconter.

Au reste de ma famille, notamment à mes grands-parents pour tout leur amour. A mes oncles et tantes, surtout Isabelle, Franck, Jean-Pierre (toi aussi tu as contribué de loin à la relecture de ce travail, merci !) et Nicole.

A Damien, merci pour tout. Les tableaux et figures de ce travail te sont dédiés, la mise en page aussi ! (Et le PowerPoint de la soutenance également !) Merci pour ton soutien et ton amour au quotidien, merci de me donner confiance en moi. La vie à tes cotés est beaucoup plus douce et je souhaite qu'elle soit remplie de projets ensemble, comme ceux qui se concrétisent pour nous cette année.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	11
1.1 ÉTAT DES LIEUX D'ASALÉE CHEZ LES ADULTES.....	11
1.1.1 FONCTIONNEMENT D'ASALÉE.....	11
1.1.2 FINANCEMENT ET CHIFFRES REPRESENTANT L'ACTIVITE D'ASALÉE	12
1.1.3 ÉVALUATION DU DISPOSITIF ASALÉE	13
1.2 QU'EN EST-IL DE LA PÉDIATRIE ?	14
1.2.1 ENJEUX ET DIFFICULTÉS DE LA PÉDIATRIE LIBÉRALE.....	14
1.2.2 ÉLABORATION DU PROJET PÉDIATRIQUE ASALÉE	15
a) Contexte	15
b) Structure.....	16
c) Projet pédiatrique ASALÉE	17
1.3 ACTIVITÉ DE LA PUÉRICULTRICE ET FONCTIONNEMENT DE CE DISPOSITIF AU SEIN DU CENTRE	18
1.3.1 ACTIVITÉ DE CONSULTATION INDIVIDUELLE (ACTIVITÉ PRINCIPALE ET DÉCRITE DANS CETTE ÉTUDE)	18
a) Identification des patients.....	18
b) Les consultations en pratique	18
c) Motifs de consultation	18
d) Transmissions médicales	19
e) Acte dérogatoire.....	19
f) Relations avec d'autres intervenants	19
1.3.2 AUTRES ACTIVITÉS.....	20
a) Consultations de prévention chez l'enfant incluant la prise en charge des parents	20
b) Consultations collectives et autres	20
c) Formations.....	21
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	22
2.1 POPULATION.....	22

2.2 PÉRIODE	22
2.3 RECUEIL DE DONNÉES	22
2.3.1 L'ACTIVITÉ DE LA PUÉRICULTRICE	22
a) Recueil de données concernant les patients vus en consultation.....	22
b) Recueil de l'activité globale du cabinet	25
c) Recueil de l'adressage des patients par les pédiatres du cabinet	25
d) Suivi du patient par la puéricultrice et transmissions médicales	26
e) Activité de la puéricultrice durant le confinement dans le contexte de la pandémie de COVID19	26
f) Analyse des données	27
2.3.2 BÉNÉFICE POUR LES FAMILLES.....	27
a) Rédaction du questionnaire	27
b) Modalités de diffusion.....	27
2.4 ÉTHIQUE.....	28
3. RÉSULTATS.....	29
3.1 ACTIVITÉ DE LA PUÉRICULTRICE	29
3.1.1 ACTIVITÉ GÉNÉRALE	29
3.1.2 ACTIVITÉ PAR MOTIF DE CONSULTATION	32
3.1.3 ACTIVITÉ PAR AGE	34
3.1.4 ACTIVITÉ PAR PÉDIATRE	35
a) Activité globale du cabinet.....	35
b) Activité par pédiatre.....	35
3.1.5 ANALYSE DES MOTIFS DE CONSULTATION SECONDAIRES	38
3.1.6 ANALYSE DES FICHES DE LIEN	38
a) Nombre de patients adressés venus en consultation.....	38
b) Adéquation entre motifs de consultation et motifs d'adressage	38
3.1.7 SUVI PAR LA PUÉRICULTRICE ET TRANSMISSIONS MÉDICALES	39
a) Suivi par la puéricultrice.....	39
b) Transmissions, échanges entre professionnels de santé.....	39

3.1.8 ACTIVITÉ DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE COVID19.....	40
3.2 AVIS DES PATIENTS	41
3.2.1 QUESTION 1.....	41
3.2.2 QUESTION 2.....	42
3.2.3 QUESTION 3.....	43
3.2.4 QUESTION 4.....	44
3.2.5 QUESTION 5.....	45
3.2.6 QUESTION 6.....	46
4. DISCUSSION	47
4.1 RÉSULTATS PRINCIPAUX DE L'ÉTUDE ET HYPOTHÈSES PERMETTANT DE LES EXPLIQUER	47
4.1.1 DESCRIPTION DU DISPOSITIF	47
a) Caractéristiques générales des patients	47
b) Activité par motifs de consultation	48
c) Activité par âge des patients	48
d) Modalités de prise de RDV	49
e) Pédiatres.....	49
f) Motifs de consultation secondaires	50
g) Adéquation entre motifs de consultation et motifs d'adressage	50
h) Adhésion des familles et suivi du patient.....	50
i) Activité lors du confinement dans le contexte de la pandémie de COVID19 ..	50
4.1.2 BÉNÉFICE POUR L'ENFANT ET SA FAMILLE	50
4.2 FORCES DE L'ÉTUDE.....	51
4.2.1 NOUVEAU CONCEPT.....	51
4.2.2 PROJET D'ACTUALITÉ	51
4.2.3 MÉTHODOLOGIE	51
4.3 FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	51
4.3.1 BIAIS DE SÉLECTION ET VALIDITÉ EXTERNE.....	51

4.3.2 BIAIS DE CLASSIFICATION	52
4.3.3 FAMILLES N'AYANT PAS REÇU LE QUESTIONNAIRE	52
4.3.4 FICHES DE LIEN	52
4.3.5 DONNÉES A CARACTERE INFORMEL	52
4.4 PERSPECTIVES	52
4.4.1 ÉTUDES COMPLÉMENTAIRES	52
4.4.2 ÉVOLUTION SUR LE TERRAIN	53
5. CONCLUSION	55
RÉFÉRENCES	56
LISTE DES ANNEXES	
ANNEXE 1	59
ANNEXE 2	60
ANNEXE 3	69
ANNEXE 4	70
ANNEXE 5	71
ANNEXE 6	73
ANNEXE 7	76
ANNEXE 8	81
ANNEXE 9	83
ANNEXE 10	85
ANNEXE 11	86
SERMENT D'HIPPOCRATE	87

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée.....	30
Tableau 2 : Caractéristiques des patients (âge et sexe) selon le motif de consultation	32
Tableau 3 : Age des patients selon le pédiatre référent.....	36
Tableau 4 : Motifs de consultation selon le pédiatre référent	37
Tableau 5 : Motifs de consultation secondaires selon les motifs de consultation principaux (nombre de consultations)	38
Tableau 6 : Comparaison de la période COVID et de la période non COVID	40
Tableau 7 : Répartition des motifs de consultation parmi les réponses obtenues	41

FIGURES

Figure 1 : Parcours du patient	29
Figure 2 : Nombre médian de consultations par motif de consultation principal.....	33
Figure 3 : Nombre médian de consultations par catégorie d'âge.....	34
Figure 4 : Répartition des patients selon le pédiatre référent.....	35
Figure 5 : Répartition des réponses à la question « Cette consultation correspondait-elle à vos attentes ? »	42
Figure 6 : Répartition des réponses à la question « Cette consultation a-t-elle été bénéfique pour vous? ».....	43
Figure 7 : Répartition des réponses à la question « Cette consultation a-t-elle été bénéfique pour votre enfant ? »	44
Figure 8 : Répartition des réponses à la question « Cette consultation vous a-t-elle évité une consultation supplémentaire avec un médecin pédiatre ou un médecin généraliste ? » .	45
Figure 9 : Thèmes abordés dans les commentaires libres	46

ABRÉVIATIONS

ASALÉE : Action de Santé Libérale En Équipe

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

DT2 : Diabète de Type 2

ETP : Éducation Thérapeutique

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

Hb1Ac : Hémoglobine Glyquée

LDL : Low Density Lipoproteins

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

RDV : Rendez-Vous

PTI : Purpura Thrombopénique Idiopathique

ACS : Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

NN : Nouveau-Né

1. INTRODUCTION

1.1 ÉTAT DES LIEUX D'ASALÉE CHEZ LES ADULTES

1.1.1 FONCTIONNEMENT D'ASALÉE

Action de Santé Libérale En Équipe (ASALÉE) existe depuis 2004 en médecine générale (1).

Le principe de ce dispositif réside dans la coopération entre médecins et infirmières. Le premier objectif de ce dispositif est d'améliorer la prise en charge des patients en particulier concernant la prévention et le suivi des maladies chroniques. Au fil du temps, un deuxième objectif s'est dessiné : celui de la productivité. Cet objectif a pour but de dégager du temps pour les médecins afin qu'ils aient plus de disponibilité pour accueillir de nouveaux patients ou pour les patients dont l'état est plus préoccupant ou pour lesquels la prise en charge est plus complexe (1, 2).

Ces infirmières rattachées à ce dispositif ont une action de santé publique au travers d'un travail axé sur l'éducation thérapeutique (1, 3). Le protocole d'ASALÉE, validé par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), comprend :

- 2 dépistages : troubles cognitifs et broncho-pneumopathie chronique obstructive du patient tabagique,
- 2 suivis de pathologies chroniques : diabète de type 2 (DT2) et facteurs de risque cardio-vasculaire.

Dans ce contexte de dépistages et de suivi, il est prévu la prescription/réalisation d'actes dérogatoires : électrocardiogramme, spirométrie, examen du pied (1, 2, 4).

Les tâches des infirmières sont multiples :

- repérage des patients au sein de la patientèle des médecins avec qui elles travaillent en coopération,
- consultations d'éducation thérapeutique et de soins,
- tâches en lien avec la traçabilité de leur activité (3).

Les infirmières ASALÉE voient les patients en consultation, la consultation étant proposée au patient par le médecin (4). Ces consultations s'effectuent sur le lieu d'exercice du médecin. Elles sont prises en charge par ASALÉE et durent environ 45 minutes (1). Au cours de la consultation, comme expliqué ci-dessus, les infirmières

appliquent une démarche d'Éducation Thérapeutique (ETP), elles peuvent également réaliser les actes dérogatoires inscrits dans les protocoles (1, 4). Elles tracent leur activité dans les dossiers médicaux et sur leur portail de santé ASALÉE (1). Les infirmières ont accès via leur portail à plusieurs types de documents comme des protocoles, des supports pour consultations d'ETP par exemple, et à leur tableau de bord (Annexe 1).

Les infirmières ASALÉE organisent des temps d'échange avec les médecins avec qui elles travaillent en coopération, mais aussi avec d'autres intervenants comme les kinésithérapeutes, les infirmières libérales, les sages-femmes afin d'échanger sur la prise en charge des patients (3, 4).

Concernant le recrutement des infirmières ASALÉE, il est organisé de telle sorte que chaque poste émane d'une demande médicale ou directement d'une demande des infirmières intéressées pour prendre part au dispositif. Pour ce dernier cas, les infirmières contactent la cellule de recrutement régionale avec qui elles échangent sur le projet. Dans un second temps, le projet est présenté et validé par ASALÉE. Une fois le projet validé, le recrutement peut avoir lieu. Dès que les infirmières intègrent ASALÉE, elles bénéficient d'une formation initiale puis d'un « compagnonnage » par les autres infirmières ASALÉE (4). Des réunions de secteur se tiennent toutes les 6 semaines où elles peuvent échanger sur leurs pratiques, leurs difficultés éventuelles, etc... (1)

ASALÉE comporte au niveau national et régional, des médecins et des infirmières référentes ainsi que des ingénieurs en santé. Ces derniers interviennent principalement dans la gestion des ressources humaines et du système d'information (1).

1.1.2 FINANCEMENT ET CHIFFRES REPRÉSENTANT L'ACTIVITÉ D'ASALÉE

Le budget d'ASALÉE est agréé par le ministère des Finances et le ministère de la Santé ainsi que les principaux assureurs sociaux après avis du collège de financeurs (5,6). Le dispositif prévoit, en accord avec la Direction de la Sécurité Sociale, l'HAS et la loi HPST, 1 équivalent temps plein infirmier pour 5 équivalents temps plein médecins (1, 2, 5). Les infirmières ASALÉE sont directement rémunérées par l'association ASALÉE. Les médecins, quant à eux, perçoivent une allocation versée par ASALÉE (7).

En juin 2018, ASALÉE comprenait 620 infirmières soit 330 équivalents temps plein exerçant dans 800 cabinets avec 2200 médecins généralistes (6).

1.1.3 ÉVALUATION DU DISPOSITIF ASALÉE

Une étude bordelaise qualitative menée par Daniellou en 2007 (8) a permis de réaliser des entretiens avec des infirmières, des médecins et des patients du dispositif ASALÉE. Cette étude a montré des retours positifs avec une « alliance originale du care (soin) et du cure (traitement) » (1). Il a été également mis en évidence que « Les consultations infirmières ne constituent pas essentiellement un prolongement du traitement : elles s'inscrivent dans le monde du soin, avec une forte prise en compte des spécificités du patient. » (6). Elle a aussi montré que le travail des infirmières viendrait en complémentarité plutôt qu'en substitution du travail des médecins (2).

Une première étude de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) en 2008 (9) a montré une meilleure efficacité de la prise en charge par le système ASALÉE en ce qui concerne l'hémoglobine glyquée (Hb1Ac) dans le groupe ASALÉE par rapport au groupe témoin. Elle a également montré une meilleure efficacité en ce qui concerne le processus de soins, c'est à dire le suivi et le taux de réalisation d'exams obligatoires dans le cadre du DT2. En revanche, l'étude de l'impact de l'expérimentation ASALÉE sur l'activité des médecins, au travers de l'analyse des Relevés Individuel d'Activité et de Prescriptions, n'a pas permis de mettre en évidence d'effets spécifiques. Seule une analyse avec des données plus fines et prolongée dans le temps pourrait permettre de mettre en évidence un effet sur l'activité des médecins.

Sur le plan économique, le Conservatoire National d'Arts et Métiers réalisait une étude en 2009 (10) concernant des patients atteints de diabète de type 2 suivis pendant 2 ans. Cette étude comparait 1000 patients répartis en 2 groupes, 500 patients pris en charge par ASALÉE et un groupe témoin. Il existait une économie relative de la consommation de soins de 10% dans la population suivie par ASALÉE par rapport au groupe témoin. Dans le groupe de patients suivis par ASALÉE, on notait plus d'exams mais moins d'hospitalisations aiguës (6).

En 2014, l'HAS dans son rapport d'évaluation (6) notifiait une amélioration de l'Hb1Ac dans le diabète de type 2, avec toutefois une HbA1c qui restait supérieure à 7,5. Concernant les facteurs de risque cardio-vasculaires, les Low Density Lipoproteins (LDL) diminuaient et la tension artérielle se normalisait après 3 consultations. Quel que soit le motif de consultation, les consultations étaient efficaces si elles étaient maintenues

dans le temps. Ces résultats présentés concernaient la région Poitou-Charentes, région historique du dispositif ASALEE. Autre résultat de ce rapport : il n'y a pas eu d'évènement indésirable lié au protocole de coopération.

Une deuxième étude de l'IRDES avec une méthodologie associant analyses qualitatives et quantitatives a été réalisée (2, 11, 12). La partie qualitative regroupait d'une part les travaux d'Anne Simondon (3) sur la construction de ce nouveau rôle d'infirmière de santé publique, d'autre part des entretiens semi-directifs et des résultats de questionnaires. Les conclusions reflétaient la satisfaction des médecins et infirmières travaillant dans le cadre d'ASALÉE malgré les difficultés rencontrées (1, 2). Ces difficultés correspondaient principalement à la difficulté de construire un binôme médecin/infirmière avec certains médecins réfractaires à ce dispositif qui adressent peu de patients et utilisent peu de protocoles (1). Concernant la partie quantitative et l'impact sur l'activité des médecins généralistes, les conclusions étaient les suivantes : les médecins généralistes du dispositif ASALÉE augmentaient la taille de leur patientèle (+7,55%) mais n'augmentaient pas le nombre de consultations de manière significative par rapport aux médecins généralistes témoins (12). Le gain de temps généré par ce dispositif de coopération permettrait donc aux médecins généralistes de s'occuper de plus de patients (11). Ces résultats étaient observés notamment pour les médecins exerçant dans les communes où l'accès au médecin généraliste est le moins favorable et pour les binômes médecins généralistes-infirmières avec une coopération plus intense (11).

1.2 QU'EN EST-IL DE LA PÉDIATRIE ?

1.2.1 ENJEUX ET DIFFICULTÉS DE LA PÉDIATRIE LIBÉRALE

La pédiatrie libérale fait partie des acteurs de la prise en charge des enfants et des adolescents notamment en termes de prévention et de santé publique. Pour les pédiatres libéraux, les consultations de dépistage de pathologies et de suivi d'un enfant à chaque étape de son développement représentent un enjeu majeur de leur métier (13). Les missions des pédiatres libéraux sont multiples :

- soins de 1^{er} recours,
- suivi de pathologie chronique,

- prévention,
- dépistage,
- repérage et éducation à la santé.

La médecine de l'enfant est à la fois curative, préventive et médico-sociale (14). Le développement de l'enfant dans sa petite enfance est un déterminant social de la santé (15).

La pédiatrie libérale connaît des difficultés, notamment celle du nombre de pédiatres libéraux en baisse depuis plusieurs années (16, 17, 18). Face à cette carence, il apparaît nécessaire que la pédiatrie libérale, et la pédiatrie ambulatoire en général, se réorganise pour pouvoir assurer une meilleure prise en charge globale de l'enfant et de sa famille (18). Cette réorganisation pourrait comporter une coopération avec d'autres intervenants ainsi qu'une éventuelle délégation de tâches (13).

C'est pour toutes ces raisons que nous nous sommes intéressés à l'émergence d'un projet innovant de coopération en pédiatrie libérale.

1.2.2 ÉLABORATION DU PROJET PÉDIATRIQUE ASALÉE

a) Contexte

Bordeaux, traversée par la Garonne, est une ville scindée en deux : la Rive Gauche s'est développée dès les 1ers siècles, alors que la Rive Droite, longtemps agricole, a vu son développement s'accélérer depuis la mise en service des rocade encerclant les deux rives dans les années 1990 (19). Cela explique l'implantation historique et actuelle d'une quinzaine d'hôpitaux et de cliniques Rive Gauche alors que seules trois cliniques privées et un établissement hospitalier long séjour fournissent l'offre de soins, en terme de structures, de la Rive Droite. De ce fait et compte-tenu de sa population, la Rive Droite est déclarée pour la santé zone de précarité (20). Le Centre de Pédiatrie de Tresses a pour vocation depuis sa création en 1989 de combler ce déficit de structures de soins particulièrement en ce qui concerne les enfants et leurs familles.

b) Structure

Le centre de Pédiatrie de Tresses a été créé autour d'une équipe pluridisciplinaire formée à la pédiatrie. L'équipe n'a cessé de croître et les moyens se sont diversifiés. Il est devenu en moins de 30 ans le centre de soins pédiatriques de premier recours et de proximité pour les enfants de cette Rive Droite en pleine expansion. L'équipe rassemble aujourd'hui 25 professionnels libéraux tous à vocation pédiatrique : elle est composée de 6 pédiatres titulaires et 4 remplaçants réguliers, de 3 psychologues et d'une équipe paramédicale : 2 kinésithérapeutes, 2 infirmières, 3 psychomotriciennes, 2 orthophonistes, 1 orthoptiste, 1 diététicienne et 1 médecin dédié à l'impact de la surexposition précoce aux écrans. Le centre est en réseau avec les acteurs locaux tant publics que privés : médecins généralistes, hôpital des enfants, cliniques, laboratoires, radiologues, centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Véritable reconnaissance des autorités universitaires, le Centre de Pédiatrie est le terrain de stage de jeunes professionnels en formation : 2 pédiatres sont maîtres de stage sur le site et reçoivent en formation des internes en pédiatrie et des internes en médecine générale ; il y a régulièrement des stagiaires étudiants en kinésithérapie et des étudiants en secrétariat médical. Les locaux et parking ont été doublés en 2000, et triplés en 2017. Trois bâtiments sont aujourd'hui opérationnels : un de pédiatrie, un de psychologie et un de rééducation fonctionnelle. Le Centre a été informatisé dès les années 1990 pour le secrétariat, et dès les années 2000 pour les "logiciels médicaux" en intranet. De plus, il a été l'un des premiers cabinets médicaux d'Aquitaine à s'ouvrir à la prise de Rendez-vous (RDV) par internet, aujourd'hui généralisée. Il est équipé des moyens de dépistage des troubles de l'audition, de la vision, du langage et de l'obésité infantile. L'accueil des patients et la gestion du centre sont sous la responsabilité de 2 assistantes sur site. L'entretien des locaux est confié à des salariés du centre formés au respect des normes d'hygiène. Sur les 3 premiers mois de l'année 2020, le recueil statistique du prestataire "Pages Jaunes" fournissant la prise de RDV par internet pour les pédiatres montre un taux de consultations d'en moyenne 2000 par mois pour l'ensemble des professionnels.

c) Projet pédiatrique ASALÉE

Le dispositif ASALÉE prenait en charge jusqu'à présent des enfants à travers un protocole du suivi de l'enfant en surpoids avec les infirmières ASALÉE rattachées à un médecin généraliste.

En Gironde, une puéricultrice est partie du postulat que le pédiatre est le médecin de l'enfant comme la puéricultrice est son infirmière. Elle a proposé un projet innovant : introduire et développer le concept d'ASALÉE au sein de l'organisation de la pédiatrie ambulatoire en France.

Les arguments qui défendaient et justifiaient ce projet au sein du Centre de Pédiatrie de Tresses étaient multiples. Argument géographique : la Rive Droite de Bordeaux Métropole était une zone déclarée comme précaire en termes d'accès à la santé avec une offre de soins, notamment en pédiatrie, moins développée que celle de la Rive Gauche (19). Par ailleurs la pluridisciplinarité du centre était une promesse d'un travail intéressant de la puéricultrice de santé publique en lien avec les autres professionnels de santé. Le Centre de Pédiatrie était dans une dynamique de croissance, avec des projets d'installation de nouveaux professionnels de santé aux compétences complémentaires (19).

La puéricultrice a contacté ASALÉE en février 2018. Après plusieurs entretiens et la visite de l'ingénieur en santé responsable du projet au sein d'ASALÉE, ce projet pédiatrique de coopération médicale a été validé par ASALÉE (Annexes 2 et 3). Il a démarré en octobre 2018 et la puéricultrice travaille à temps plein sur le Centre de Pédiatrie Tresses.

Parallèlement à la mise en place de ce projet, la puéricultrice a complété sa formation, notamment en éducation thérapeutique avec les formations proposées par ASALÉE. Elle a aussi sollicité des intervenants du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pour se former sur les thématiques suivantes : énurésie, ETP asthme, allaitement dans le but de proposer une prise en charge adaptée aux besoins des consultations.

1.3 ACTIVITÉ DE LA PUÉRICULTRICE ET FONCTIONNEMENT DE CE DISPOSITIF AU SEIN DU CENTRE

1.3.1 ACTIVITÉ DE CONSULTATION INDIVIDUELLE (ACTIVITÉ PRINCIPALE ET DÉCRITE DANS CETTE ÉTUDE)

a) Identification des patients

Les patients pris en charge par la puéricultrice doivent faire partie de la patientèle du Centre de Pédiatrie. Les patients lui sont principalement adressés par les pédiatres du Centre de Pédiatrie mais aussi par la secrétaire du cabinet en fonction des consignes des pédiatres, avec des transmissions et une validation par le pédiatre référent de l'enfant.

b) Les consultations en pratique

Les RDV sont pris de manière téléphonique après que le pédiatre ait posé l'indication de la consultation. Parfois, le pédiatre peut présenter la puéricultrice juste après la consultation médicale afin d'établir un premier contact s'il le juge nécessaire.

Les parents peuvent également prendre RDV de leur propre initiative, la plupart du temps, une fois qu'une première consultation est faite.

La puéricultrice reçoit les patients en grande majorité en consultation au cabinet. Elle peut également faire des consultations téléphoniques et des consultations à domicile. Des échanges peuvent aussi se faire par mail. Le fonctionnement d'ASALÉE est présenté par la puéricultrice et un consentement est signé par la famille (Annexe 4).

c) Motifs de consultation

Les motifs des consultations sont nombreux et concernent la santé publique et les grands domaines de prévention en pédiatrie. Certains de ces motifs de consultation sont l'objet de protocoles qui ont été écrits par la puéricultrice en collaboration avec les pédiatres du cabinet puis validés par ASALÉE. Cinq protocoles sont déjà validés : Eczéma (Annexe 5), Énurésie (Annexe 6), Vaccination (Annexe 7), Soin du

cordon ombilical (Annexe 8), Dépistage des troubles du langage (Annexe 9). D'autres protocoles sont en cours d'élaboration : l'un concernant l'asthme, l'autre l'exposition aux écrans. Le protocole « Prise en charge de l'obésité/surpoids de l'enfant » est déjà utilisé par les infirmières ASALÉE en médecine générale. D'autres motifs de consultation sont fréquents bien qu'ils ne fassent pas encore référence à des protocoles écrits. C'est le cas des troubles du sommeil et des soins aux nouveau-nés: allaitement maternel, suivi de la prise pondérale dans les premiers jours de vie, soutien à la parentalité...

A l'issue de ces consultations, la puéricultrice peut proposer un suivi sous forme de consultations ou d'entretiens téléphoniques.

d) Transmissions médicales

Des transmissions aux pédiatres référents se font de manière régulière, soit de manière formelle lors de réunions mensuelles, soit de manière informelle, les locaux facilitant les moments de rencontres.

e) Acte dérogatoire

Le dispositif actuel prévoit un acte dérogatoire pour la puéricultrice : la réalisation des vaccinations. L'injection intra-musculaire d'un vaccin est prescrite sur ordonnance par le pédiatre, soit pour les patients en retard dans leur calendrier vaccinal: enfants et parents de nouveau-nés, soit pour les enfants dont la vaccination est repoussée du fait de leur état de santé au moment de la consultation prévue pour cet acte. Cette consultation de vaccination est destinée également aux familles réticentes à la vaccination.

f) Relations avec d'autres intervenants

La puéricultrice travaille en coopération avec les pédiatres libéraux. Elle peut solliciter les autres professionnels de santé du centre : psychologues, psychomotriciennes, orthophonistes, kinésithérapeutes, médecin chargé de la consultation de surexposition aux écrans. Il a été mis en place un partenariat entre le Centre de Pédiatrie et les pédiatres spécialisés en hématologie du CHU de Bordeaux pour le suivi ambulatoire d'enfants atteints de purpura thrombopénique

idiopathique (PTI). La puéricultrice est un acteur principal de cette collaboration, à 3 titres :

- sa connaissance du milieu hospitalier,
- son expertise de puéricultrice en hématologie,
- son intégration au Centre de Pédiatrie.

La description et l'évaluation de ce projet autour des PTI fera l'objet d'un autre travail.

1.3.2 AUTRES ACTIVITÉS

a) Consultations de prévention chez l'enfant incluant la prise en charge des parents

4 axes de prévention ont été identifiés :

- Le sevrage tabagique : dans le cadre de la prévention de l'asthme et autres maladies respiratoires de l'enfant.
- La vaccination : prévention des infections du jeune enfant incomplètement vacciné, l'orientation vers des structures d'aide.
- La prévention de la maltraitance de l'enfant : par l'orientation vers des structures d'aide, de soutien psychologique quand une pathologie psychiatrique parentale est repérée/suspectée (21).
- La prévention de la surexposition aux écrans

b) Consultations collectives et autres

La puéricultrice peut constituer des groupes de patients qu'elle suit au centre et réaliser des ateliers collectifs, dans le cadre du surpoids par exemple (19).

Elle peut également intervenir sous forme d'ateliers collectifs dans d'autres structures comme les centres de loisirs, dans le cadre de la prévention de la carie dentaire et de l'hygiène bucco-dentaire par exemple, ou dans les écoles primaires avec l'enseignement des gestes barrières dans le cadre de la pandémie de Covid19.

Des consultations pluridisciplinaires en binôme peuvent être organisées comme par exemple avec les psychomotriciennes (19).

c) Formations

La puéricultrice réalise des formations auprès d'autres professionnels de santé. Ce sont des formations internes à ASALÉE auprès des infirmières qui ne pratiquent pas régulièrement la pédiatrie ou qui ne sont pas formées à la pédiatrie. Ces formations s'appuient sur les protocoles validés, comme celui de l'énurésie par exemple. Les médecins généralistes travaillant avec les infirmières concernées assistent généralement à ces formations.

L'organisation des soins en France favorise de plus en plus les dispositifs de coopération médicale (6). De nouveaux projets émergent donc. ASALÉE est un des dispositifs de coopération médicale dans le domaine de la santé publique en médecine générale. Depuis peu, la pédiatrie se développe au sein de ce dispositif.

Comment fonctionne cette coopération médicale et quel bénéfice peut-elle apporter ?

Pour répondre à cette question nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive monocentrique sur la population qui bénéficie de ce nouveau dispositif de coopération médicale pédiatrique.

L'objectif principal de notre étude est la description du fonctionnement d'un nouveau dispositif de travail en coopération en pédiatrie libérale. L'objectif secondaire est l'évaluation du bénéfice de ce dispositif pour le patient et sa famille.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 POPULATION

Nous avons inclus tous les nouveaux patients vus en consultation par la puéricultrice de manière consécutive sans critère d'exclusion. Chaque patient inclus peut avoir plusieurs consultations avec la puéricultrice pendant la période d'inclusion, dans ce cas nous nous sommes intéressés à la première consultation.

2.2 PÉRIODE

La période d'inclusion s'est déroulée de janvier 2020 à juin 2020.

2.3 RECUEIL DE DONNÉES

2.3.1 L'ACTIVITÉ DE LA PUÉRICULTRICE

a) Recueil de données concernant les patients vus en consultation

Pour chaque patient, nous avons recueilli les données suivantes : l'âge, le sexe, le motif de la consultation principal et le/les motifs secondaires éventuels évoqués lors de la consultation, les modalités de prise de RDV, le pédiatre référent. Nous avons également recueilli des éléments socio-professionnels concernant la famille : l'âge des parents, leur profession, l'existence d'une fratrie et si oui, la place du patient dans la fratrie. Des données concernant le suivi du patient ont également été récoltées: la mise en place d'une consultation de suivi prévue à l'issue de la consultation, si oui le nombre de consultations au total.

Ces données ont été recueillies par la puéricultrice en consultation et retrouvées dans son espace ASALÉE (Annexe 1). Nous avons complété ces données avec des informations extraites du logiciel du cabinet, CrossWay, et de la base d'informations du secrétariat.

- **Motif de consultation**

Le motif de consultation comprend les motifs pour lesquels des protocoles avaient déjà été validés mais aussi les motifs de consultation non référencés dans des protocoles et ce de manière exhaustive.

Nous avons classé les motifs de la manière suivante :

- « Vaccination »
- « Soins aux nouveau-nés (NN) et nourrissons » comprenant le protocole Soins du cordon
- « Énurésie »
- « Soutien parental »
- « Surpoids »
- « Troubles du sommeil »
- « Évaluation du développement psychomoteur » comprenant le protocole Dépistage des troubles du langage
- « Asthme »
- « Suivi Covid19 »
- « PTI »
- « Exposition aux écrans »
- « Eczéma »
- « Autre »

Le motif « Soins aux NN et nourrissons » s'appliquent pour les patients jusqu'à l'âge de 24 mois (22). Ils regroupent les soins suivants : soin de cordon, suivi du poids, soutien à l'allaitement et au sevrage lorsqu'il est souhaité pour la reprise du travail par exemple. On retrouve aussi : conseil pour la diversification et l'alimentation en général, réalisation de tests de Guthrie non réalisés en maternité, conseil de portage, suivi de NN porteurs de malformations congénitales, comme les fentes palatines par exemple, suivi de NN atteints de reflux gastro-œsophagien (RGO), suivi de plagiocéphalie, conseil pour les troubles du transit, conseil pour certains soins corporels comme la désobstruction rhino-pharyngée ou la coupe des ongles, suivi de dermite du

siège, conseil concernant les poussées dentaires, prévention de la carence en vitamine D.

Le motif « Autre motif de consultation » regroupe les motifs suivants: conseil hygiéno-diététique pour la santé bucco-dentaire, prévention des infections urinaires, suivi post hospitalisation, suivi de pathologie aigue à risque de complication comme la varicelle par exemple, suivi de pathologie chronique avec du soutien pour l'observance du traitement par exemple dans l'atrésie des voies biliaires, traitement par injection intra-musculaire comme l'Enantone par exemple, conseil concernant les piqûres de tique, suivi d'encoprésie, suivi de phobie scolaire, conseil pour tricotillomanie, retrait de points de suture, contrôle de la tension artérielle, si la première prise avec un des pédiatres du cabinet était élevée par exemple.

- **Modalités de prise de RDV**

Les modalités de prise de RDV avec la puéricultrice étaient les suivantes : le patient était adressé par un pédiatre du cabinet, par la secrétaire, par un intervenant extérieur au cabinet, ou le rendez-vous était pris à la propre initiative de la famille.

Nous avons considéré de répertorier cette modalité de RDV concernant le 1^{er} contact avec la puéricultrice dans la période d'inclusion. Si la 1^{ère} consultation de la période d'inclusion était une consultation de suivi, pour la modalité de prise de RDV nous avons pris en compte le 1^{er} contact avec la puéricultrice même si ce n'était pas pendant la période d'inclusion.

- **Caractéristiques socio-professionnelles de la famille**

Nous avons recueilli des données concernant la situation socio-économique de la famille car il a été démontré que le jeune âge parental et le fait d'avoir une situation socio-économique défavorisée sont des facteurs de risque de plusieurs pathologies de l'enfant telles que la maltraitance (21), l'obésité (23), la carie dentaire (24) entre autres. Ce qui est apparu comme témoin d'une situation socio-économique défavorisée simple à recueillir était : le fait qu'un ou deux parents n'aient pas de revenus liés à une activité professionnelle et le

fait que la famille ait accès à la Complémentaire Solidaire ou l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) (25, 26). Pour les catégories professionnelles des parents, nous avons utilisé la classification de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (27). Pour cette étude, nous avons répertorié les catégories socio-professionnelles des deux parents.

Concernant les tranches d'âges des parents, nous avons pris comme référence l'âge moyen des mères à l'accouchement 30,7 ans en 2019 et nous avons défini les tranches d'âge autour de cet âge moyen (28). Ici, nous avons choisi de prendre en compte l'âge du parent dont la carte vitale est enregistrée dans le dossier du patient.

- **Nombre de consultations**

Pour chaque patient inclus, nous avons recueilli le nombre total de consultations qui ont été faites avec la puéricultrice quel que soit le motif de consultation, y compris celles ayant eu lieu avant la période d'inclusion. C'est le nombre total de consultations par patient.

Nous avons aussi recueilli le nombre de consultations pour chaque motif de consultation.

b) Recueil de l'activité globale du cabinet

L'activité moyenne des pédiatres du centre a été évaluée en recueillant le nombre de consultation des pédiatres sur 6 mois à partir des données du logiciel du secrétariat.

c) Recueil de l'adressage des patients par les pédiatres du cabinet

Pour aborder le sujet d'un autre point de vue, nous avons recueilli des données sur les patients adressés par les pédiatres du centre. Pour chaque patient vu en consultation par l'un d'eux et adressé en consultation à la puéricultrice, le pédiatre remplissait une fiche de lien (Annexe 10). Cette fiche de lien était remise à la puéricultrice afin que des transmissions pédiatre/puéricultrice puissent être faites sur la situation médicale du patient. Ce traçage nous a permis de recueillir des

données concernant les patients adressés qui étaient effectivement venus en consultation avec la puéricultrice et ceux qui n'étaient pas venus.

Nous avons également étudié si le motif de consultation inscrit sur la fiche de lien était identique au motif de consultation principal enregistré par la puéricultrice.

d) Suivi du patient par la puéricultrice et transmissions médicales

Nous avons recueilli si une consultation, téléphonique ou au cabinet, était proposée au décours de la première consultation de la période d'inclusion. Si oui, nous avons recensé si les patients s'étaient présentés à cette consultation de suivi. Si une consultation de suivi n'était pas proposée, les parents avaient la possibilité de rappeler d'eux-mêmes la puéricultrice s'ils ressentaient le besoin d'une nouvelle consultation. Nous avons recueilli pour chaque patient si une consultation de suivi était prise à l'initiative de la famille dans la période d'inclusion, ainsi que le nombre de ces consultations. Nous n'avons pas pris en compte les patients pour lesquels la puéricultrice appelait elle-même pour faire le suivi.

Concernant les temps et les modalités des transmissions médicales, les données étaient également dans l'espace ASALÉE de la puéricultrice (Annexe 1) et nous avons complété en interrogeant oralement les pédiatres et la puéricultrice.

e) Activité de la puéricultrice durant le confinement dans le contexte de la pandémie de COVID19

Au vu de la situation sanitaire du pays à partir du mois de mars 2020 et les changements dans la fréquentation des cabinets de médecine en ville, nous avons décidé d'analyser cette période plus particulière. Nous avons isolé les patients inclus sur la période du 17 mars au 11 mai et regardé les données suivantes :

- âge des patients,
- motifs de consultation,
- lieu des consultations.

Nous avons défini la période « confinement » du 17 mars au 11 mai et la période « déconfinement » par tous les autres jours de la période d'inclusion.

f) Analyse des données

Nous avons dans un premier temps décrit ces données dans leur ensemble, sous forme de pourcentage pour les variables qualitatives et par médianes et extrêmes pour les variables quantitatives.

Puis nous avons étudié plus spécifiquement certaines données en fonction de l'âge, des motifs de consultation et du pédiatre référent.

Nous avons également étudié plus spécifiquement les motifs de consultation secondaires.

2.3.2 BÉNÉFICE POUR LES FAMILLES

Afin de répondre à notre objectif secondaire, nous avons élaboré un questionnaire (29, 30, 31, 32, 33) que nous avons diffusé à toutes les familles des patients inclus.

Nous avons fait le choix de ne pas faire de « pré-test ».

a) Rédaction du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 11) comportait 6 questions. La première question correspondait au motif de consultation. Les quatre questions suivantes correspondaient à des réponses fermées. Nous avons utilisé l'échelle de Likert : tout à fait d'accord / d'accord / pas d'accord / pas du tout d'accord, avec 4 propositions possibles afin que la réponse soit orientée en positif ou négatif. Enfin, la dernière question était une question ouverte afin de recueillir des remarques complémentaires. Pour avoir une idée d'ensemble, nous avons regroupé les thèmes abordés dans ces remarques et nous avons répertorié le nombre de fois que le thème est abordé dans les commentaires.

b) Modalités de diffusion

Nous avons choisi comme interlocuteur une personne différente de la puéricultrice pour la diffusion du questionnaire afin d'éviter un biais de satisfaction.

Nous avons choisi de diffuser le questionnaire par mail. Le questionnaire était sous forme d'un questionnaire Google Form. Nous avons diffusé le questionnaire en moyenne 1 à 2 semaines après la consultation avec la puéricultrice afin que les

familles aient eu le temps d'évaluer les bénéfices de la consultation avec la puéricultrice.

Nous n'avions pas prévu de faire de relance, ni d'étude sur les répondants et les non répondants, les questionnaires étant anonymes.

2.4 ÉTHIQUE

Cette étude est conforme à la MR-004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (34). Elle concerne des données de santé et des données non médicales. Les patients ne sont pas des patients du CHU donc il n'y a pas d'enregistrement nécessaire dans le registre des études de données de santé. Les familles signent un consentement ASALÉE au début de la consultation (Annexe 4). Les données ont été extraites en partie du portail ASALÉE, elles sont sécurisées de manière conforme à la CNIL.

3. RÉSULTATS

3.1 ACTIVITÉ DE LA PUÉRICULTRICE

Nous avons inclus 234 patients sur la période concernée. La figure 1 nous montre l'organisation des soins et le parcours du patient au sein de ce dispositif de coopération médicale.

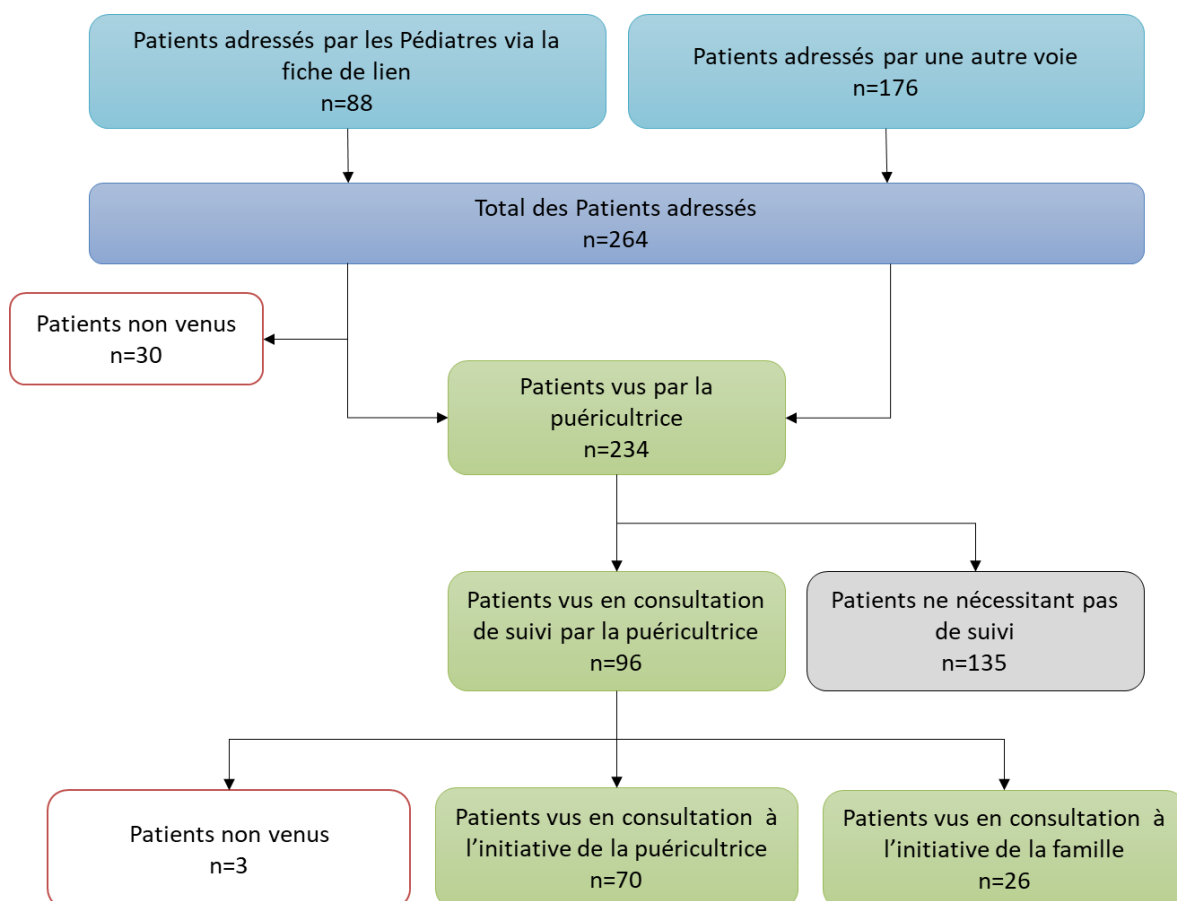


Figure 1 : Parcours du patient

3.1.1 ACTIVITÉ GÉNÉRALE

Le tableau 1 expose l'ensemble des données recueillies pour chaque patient inclus. Pour les patients inclus, il n'y a pas eu de consultation avec pour motif principal « exposition aux écrans », ni « eczéma ».

		% (n)	% dans la population générale
Caractéristiques personnelles des patients			
Age n=233	0-1 mois	17.1 (40)	5.9 ¹
	1-6 mois	30.8 (72)	
	6-12 mois	13.2 (31)	
	12-24 mois	10.7 (25)	6
	24 mois-6 ans	13.2 (31)	25.5
	6-12 ans	12.8 (30)	41.6
	> 12 ans	1.7 (4)	21
Sexe n=234	Masculin	50.9 (119)	51.1 ²
	Féminin	49.1 (115)	48.9
Caractéristiques Familiales			
Catégorie socio-professionnelle des parents n=418	Cadre et profession intellectuelle supérieure	17.9 (84)	16.7 ³
	Artisan, commerçant et chef d'entreprise	5.6 (26)	7.5
	Employé	16.9 (79)	22.5
	Ouvrier	9.2 (43)	24.2
	Profession intermédiaire	29.7 (139)	22.5
	Agriculteur exploitant	0.2 (1)	1.4
	Autre personne sans activité professionnelle	9.8 (46)	4.8
Age parental n=208	< 25 ans	3.8 (9)	⁴
	25-35 ans	55.6 (130)	
	> 35 ans	29.5 (69)	
Situation du foyer n=205	Parents séparés ou parent isolé ou placement	6 (14)	⁵
	Parents en couple	81.6 (191)	
Présence de fratrie N=223	Oui	39.3 (92)	57.1 ⁶
	Non	56 (131)	42.9
Place du patient dans la fratrie n=223	1er	66.7 (156)	⁷
	2ème ou plus	28.6 (67)	
Sécurité sociale n=227	Standard	89.3 (209)	⁸
	Complémentaire santé solidaire (CMU) ou ACS	7.7 (18)	

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée – Partie 1

¹ (35)

² (35)

³ (36) chiffres représentant la catégorie de la personne de référence des ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans

⁴ Nous avons comme données l'âge moyen à l'accouchement, l'âge moyen du 1^{er} et du 2^{ème} enfant mais l'âge des parents composant les ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans n'a pas été retrouvé.

⁵ Pas de chiffres correspondant retrouvés

⁶ (37)

⁷ Pas de chiffres correspondant retrouvés

⁸ Les chiffres retrouvés sont imprécis : nous avons des données sur la tranche d'âge 0-10 ans et 10-20 ans.

		% (n)	% dans la population générale
Caractéristiques des consultations			
Motif principal n=234	Vaccination	12.8 (30)	
	Soins NN et nourrissons	33.3 (78)	
	Énurésie	7.7 (18)	
	Soutien parental	21.8 (51)	
	Surpoids	7.7 (18)	
	Troubles du sommeil	8.5 (20)	
	Évaluation du développement psychomoteur	0.9 (2)	
	Asthme	0.4 (1)	
	Suivi Covid19	2.6 (6)	
	PTI	2.1 (5)	
	Autre	2.1 (5)	
Modalité de prise de RDV n=233	Adressé par pédiatre du cabinet	67.9 (159)	
	Adressé par secrétaire	17.9 (42)	
	Adressé par extérieur	0.9 (2)	
	Demande de la famille	8.1 (19)	
	Appel de la puéricultrice	4.7 (11)	
Lieu n=234	Cabinet	64.1 (150)	
	Téléphone	35.5 (83)	
	Domicile	0.4 (1)	

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée – Partie 2

3.1.2 ACTIVITÉ PAR MOTIF DE CONSULTATION

On peut voir dans Le tableau 2 que 63.3% des patients qui consultent pour « vaccination » ont entre 1 et 12 mois. Concernant le motif de consultation « Soins aux NN et nourrissons », 82% des patients ont moins de 6 mois et concernant le motif de consultation « soutien parental », 76.4% ont moins d'un an. 72.2% des patients qui consultent pour surpoids sont des filles. Dans la tranche d'âge 0-1 mois, les patients consultent soit pour « Soins aux NN et nourrissons » soit « soutien parental ». Dans la tranche d'âge 6-12 ans, les deux motifs de consultation les plus représentés sont « énurésie » et « surpoids ».

	MOTIF DE CONSULTATION % (n)										
	VACCINATION	SOINS NN ET NOURRISSONS	ÉNURESIE	SOUTIEN PARENTAL	SURPOIDS	TROUBLES DU SOMMEIL	ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT	ASTHME	SUIVI COVID19	PTI	AUTRE
Age											
0-1 mois		34.6 (27)		25.5 (13)							
1-6 mois	43.3 (13)	47.4 (37)		33.3 (17)		20 (4)					20 (1)
6-12 mois	20 (6)	12.8 (10)		17.6 (9)		25 (5)	50 (1)				
12-24 mois	16.7 (5)	3.8 (3)		7.8 (4)		25 (5)	50 (1)	100 (1)	33.3 (2)	60 (3)	20 (1)
24 mois-6 ans	10 (3)	1.3 (1)	27.8 (5)	13.7 (7)	22.2 (4)	25 (5)			50 (3)	40 (2)	20 (1)
6-12 ans	3.3 (1)		66.7 (12)		72.2 (13)	5 (1)			16.7 (1)		40 (2)
> 12 ans	6.7 (2)		5.6 (1)		5.6 (1)						
Sexe											
Masculin	53.3 (16)	52.6 (41)	55.6 (10)	52.9 (27)	27.8 (5)	50 (10)	100 (2)	100 (1)	16.7 (1)	80 (4)	40 (2)
Féminin	46.7 (14)	47.4 (37)	44.4 (8)	47.1 (24)	72.2 (13)	50 (10)			83.3 (5)	20 (1)	60 (3)

Tableau 2 : Caractéristiques des patients (âge et sexe) selon le motif de consultation

Comme le montre la figure 2, l'énurésie est le motif de consultation pour lequel on observe un nombre médian de consultation le plus élevé.

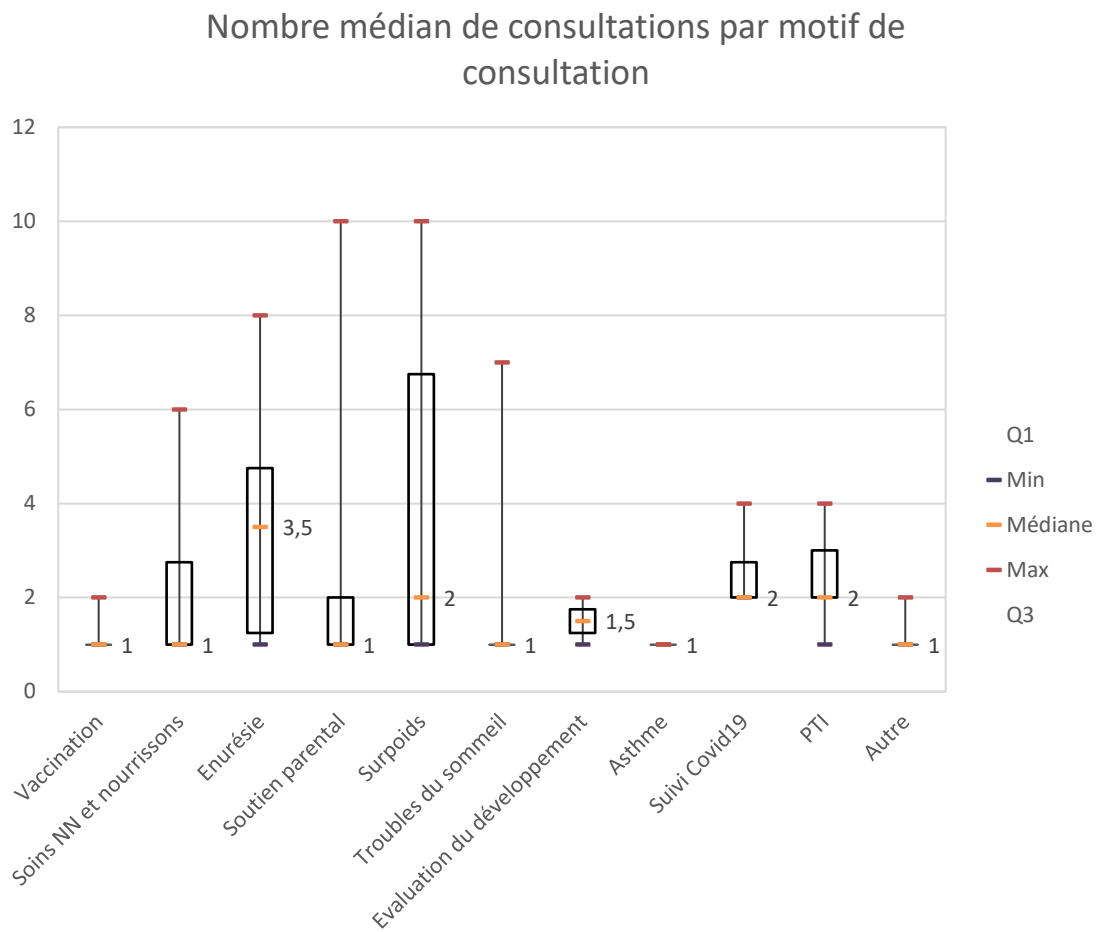


Figure 2 : Nombre médian de consultations par motif de consultation principal

3.1.3 ACTIVITÉ PAR AGE

La figure 3 nous montre le nombre médian de consultations en fonction des tranches d'âge qui se situe entre 1 et 2 quelle que soit la tranche d'âge.

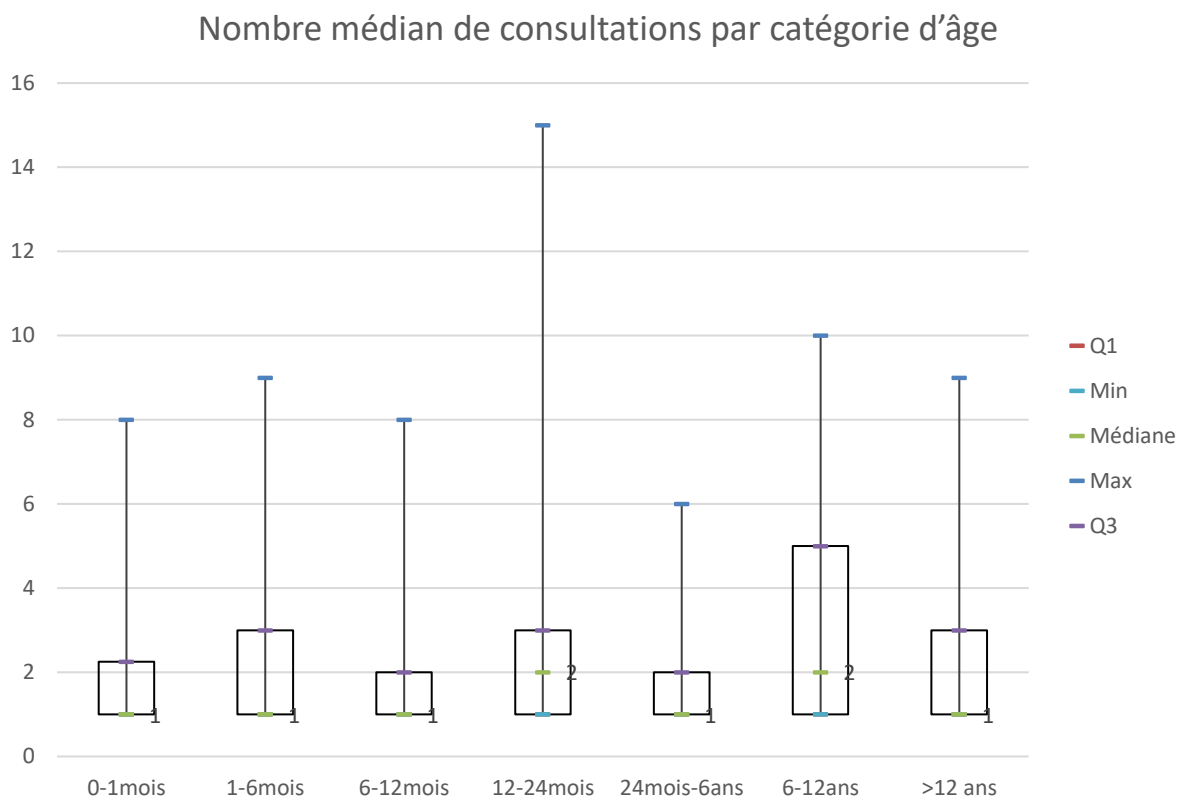


Figure 3 : Nombre médian de consultations par catégorie d'âge

3.1.4 ACTIVITÉ PAR PÉDIATRE

a) Activité globale du cabinet

Les pédiatres A, B, C, D et E font en moyenne 1366 consultations par mois, soit sur 6 mois 8196 consultations.

b) Activité par pédiatre

Comme le montre la figure 4, les pédiatres A, B et C sont les pédiatres référents de 81% des patients.

Répartition des patients selon le pédiatre référent

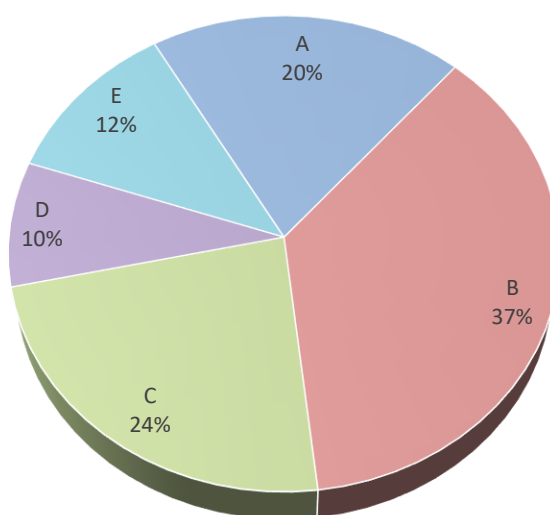


Figure 4 : Répartition des patients selon le pédiatre référent

Le tableau 3 nous montre la répartition des âges en fonction du pédiatre qui adresse le patient.

Age	PÉDIATRE % (n)				
	A (46)	B (86)	C (55)	D (20)	E (27)
0-1 mois	13 (6)	12.8 (11)	29.1 (16)	10 (2)	18.5 (5)
1-6 mois	19.6 (9)	34.9 (30)	32.7 (18)	40 (8)	25.9 (7)
6-12 mois	15.2 (7)	16.3 (14)	7.3 (4)	15 (3)	11.1 (3)
12-24 mois	6.5 (3)	10.5 (9)	12.7 (7)	10 (2)	14.8 (4)
24 mois-6 ans	15.2 (7)	10.5 (9)	10.9 (6)	15 (3)	22.2 (6)
6-12 ans	28.3 (13)	11.6 (10)	7.3 (4)	5 (1)	7.4 (2)
> 12 ans	2.2 (1)	3.5 (3)			

Tableau 3 : Age des patients selon le pédiatre référent

Le tableau 4 montre la répartition des motifs de consultation en fonction des pédiatres. « Soins aux NN et nourrissons » est le motif de consultation le plus retrouvé quel que soit le pédiatre. Pour le pédiatre D, le motif « vaccination » représente 50% de l'ensemble des motifs de consultation. « Surpoids » est un motif sur-représenté pour le pédiatre A par rapport aux autres pédiatres.

Motif de consultation	PÉDIATRE % (n)				
	A (46)	B (86)	C (55)	D (20)	E (27)
Vaccination	2.2 (1)	12.8 (11)	10.9 (6)	50 (10)	7.4 (2)
Soins NN et nourrissons	28.3 (13)	33.7 (29)	45.5 (25)	15 (3)	29.6 (8)
Énurésie	13 (6)	8.1 (7)	3.6 (2)	10 (2)	3.7 (1)
Soutien parental	17.4 (8)	23.3 (20)	21.8 (12)	20 (4)	25.9 (7)
Surpoids	21.7 (10)	7 (6)	1.8 (1)		3.7 (1)
Troubles du sommeil	2.2 (1)	9.3 (8)	12.7 (7)	5 (1)	11.1 (3)
Évaluation du développement psychomoteur	2.2 (1)	1.2 (1)			
Asthme					3.7 (1)
Suivi Covid19		1.2 (1)	1.8 (1)		14.8 (4)
PTI	10.9 (5)				
Autre	2.2 (1)	3.5 (3)	1.8 (1)		

Tableau 4 : Motifs de consultation selon le pédiatre référent

3.1.5 ANALYSE DES MOTIFS DE CONSULTATION SECONDAIRES

Pour 59 patients, nous avons retrouvé un motif de consultation secondaire. Nous les avons répertoriés dans le tableau 5. Les motifs de consultation pour lesquels on observe le plus souvent un motif de consultation secondaire sont « Soins aux NN et nourrissons » et « soutien parental ».

Il n’y avait pas de motif de consultation secondaire pour les motifs principaux suivants : « PTI », « Suivi Covid19 », « Asthme ».

Motif de cs principal \ Motif de cs secondaire	Vaccination	Soins NN et nourrissons	Énurésie	Soutien parental	Surpoids	Troubles du sommeil	Évaluation du développement e-nt	Autre
Vaccination		3	1					
Soins NN et nourrissons				21			1	
Soutien parental	2	17				1		1
Troubles du sommeil				7			1	
Évaluation du développement				1				
Exposition aux écrans	1				1			
Autre	1			2				
Total	4	20	1	30	1	1	2	1

Tableau 5 : Motifs de consultation secondaires selon les motifs de consultation principaux (nombre de consultations)

3.1.6 ANALYSE DES FICHES DE LIEN

a) Nombre de patients adressés venus en consultation

Nous avons répertorié 88 patients adressés par les pédiatres du cabinet sur la période d’inclusion. Sur ces 88 patients, 58 sont venus à la consultation de la puéricultrice, soit 65.9 %. (Cf. Figure 1)

b) Adéquation entre motifs de consultation et motifs d’adressage

Sur les 58 patients adressés et venus en consultation, 56 patients avaient un motif identique concernant le motif principal.

Seulement 2 avaient un motif de consultation différent. Concernant ces 2 patients, les motifs divergents étaient les suivants : « soins aux nouveau-nés » (motif adressé) et « troubles du sommeil » (motif enregistré par la puéricultrice), « énurésie » (motif adressé) et « soutien parental » (motif enregistré par la puéricultrice).

3.1.7 SUIVI PAR LA PUÉRICULTRICE ET TRANSMISSIONS MÉDICALES

a) Suivi par la puéricultrice

Sur les 234 patients, 73 soit 31.2% avaient une consultation de suivi prévue par la puéricultrice.

Sur ces patients, 70 sont venus à cette consultation de suivi, soit 95.9%. (Cf. Figure 1)

Pour 26 patients soit 9.8 %, une consultation de suivi était prévue à l'initiative de la famille. (Cf. Figure 1)

b) Transmissions, échanges entre professionnels de santé

- **Transmissions pédiatres/puéricultrice**

Le temps de transmissions médicales déclaré par la puéricultrice sur son portail ASALÉE était de 3h30 par mois.

Pour chaque patient, après chaque consultation, une transmission écrite était faite sur le dossier informatique du patient du cabinet, ainsi que sur le portail ASALÉE.

- **Transmissions pluridisciplinaires**

Une réunion pluridisciplinaire se tenait une fois par mois. Elle regroupait les pédiatres, la puéricultrice, les psychomotriciennes, les psychologues, les kinésithérapeutes, l'orthophoniste et l'orthoptiste. Elle permettait d'échanger sur les projets, les pratiques, l'organisation du centre.

3.1.8 ACTIVITÉ DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE COVID19

60 patients étaient inclus lors de cette période.

Nous avons comparé les 2 périodes concernant les variables âge, motif de consultation et lieux des consultations, les résultats sont présentés dans le tableau 6.

	Période confinement % (n)	Période déconfinement % (n)
Total	60	174
Age		
0-1 mois	28.3 (17)	13.2 (23)
1-6 mois	33.3 (20)	29.9 (52)
6-12 mois	13.3 (8)	13.2 (23)
12-24 mois	11.7 (7)	10.3 (18)
24 mois-6 ans	10 (6)	14.4 (25)
6-12 ans	1.7 (1)	16.7 (29)
> 12 ans		2.3 (4)
Motifs de consultation		
Vaccination	6.7 (4)	14.9 (26)
Soins NN et nourrissons	35 (21)	32.8 (57)
Énurésie	1.7 (1)	9.8 (17)
Soutien parental	31.7 (19)	18.4 (32)
Surpoids		10.3 (18)
Troubles du sommeil	11.7 (7)	7.5 (13)
Évaluation du développement psychomoteur		1.1 (2)
Asthme		0.6 (1)
Suivi Covid19	8.3 (5)	0.6 (1)
PTI	1.7 (1)	2.3 (4)
Autre	3.3 (2)	1.7 (3)
Lieux des consultations		
Cabinet	40 (24)	72.4 (126)
Téléphone	60 (36)	27 (47)
Domicile		0.6 (1)

Tableau 6 : Comparaison de la période COVID et de la période non COVID

3.2 AVIS DES PATIENTS

Nous avons contacté 201 familles et nous avons obtenu 99 réponses soit un taux de 49%. Dans les 99 réponses que nous avons obtenues, tous les participants ont répondu à chaque question hormis la numéro 6.

3.2.1 QUESTION 1

Le tableau 7 montre la répartition des motifs de consultation parmi les réponses obtenues. Les motifs les plus représentés sont « Vaccination » et « Soins aux NN et Nourrissons ».

Motif de consultation	% (n)
Vaccination	18.2 (18)
Soins aux NN et Nourrissons	41.4 (41)
Énurésie	10.1 (10)
Soutien parental	5.1 (5)
Surpoids	6.1 (6)
Troubles du sommeil	12.1 (12)
Évaluation du développement psychomoteur	0
Asthme	1 (1)
Suivi Covid19	1 (1)
PTI	1 (1)
Autre	4 (4)

Tableau 7 : Répartition des motifs de consultation parmi les réponses obtenues

3.2.2 QUESTION 2

La figure 5 montre que 99% des familles pensent que la consultation avec la puéricultrice correspondait à leurs attentes.

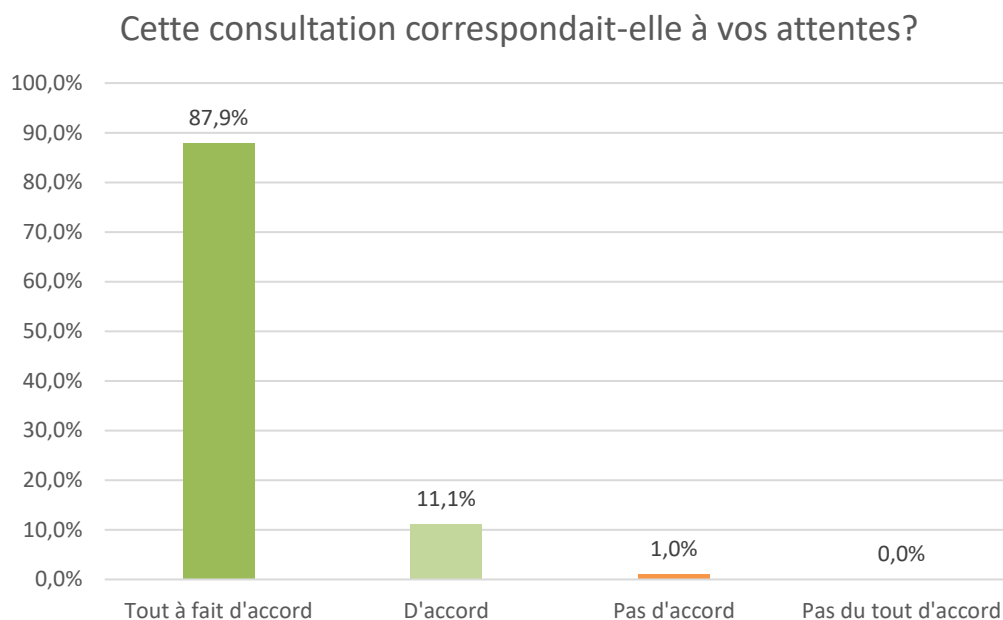


Figure 5 : Répartition des réponses à la question 5

3.2.3 QUESTION 3

La figure 6 montre que 98% des familles pensent que la consultation avec la puéricultrice a été bénéfique pour le parent/la famille.

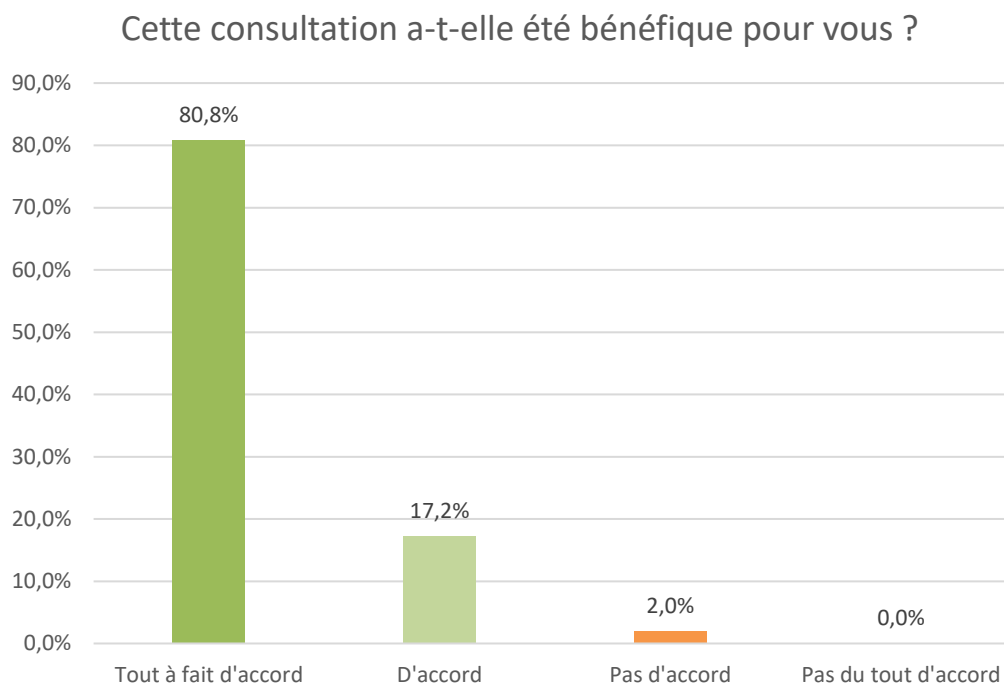


Figure 6 : Répartition des réponses à la question 3

3.2.4 QUESTION 4

La figure 7 montre que 97% des familles pensent que la consultation avec la puéricultrice a été bénéfique pour l'enfant.

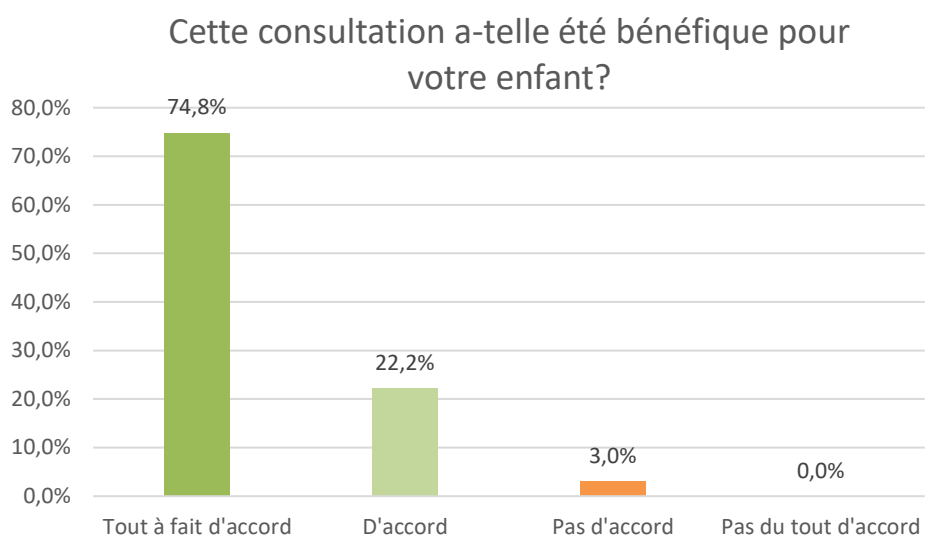


Figure 7 : Répartition des réponses à la question 4

3.2.5 QUESTION 5

La figure 8 montre que 88.9% des familles a répondu que la consultation avec la puéricultrice leur a évité une consultation supplémentaire avec un médecin pédiatre ou un médecin généraliste.

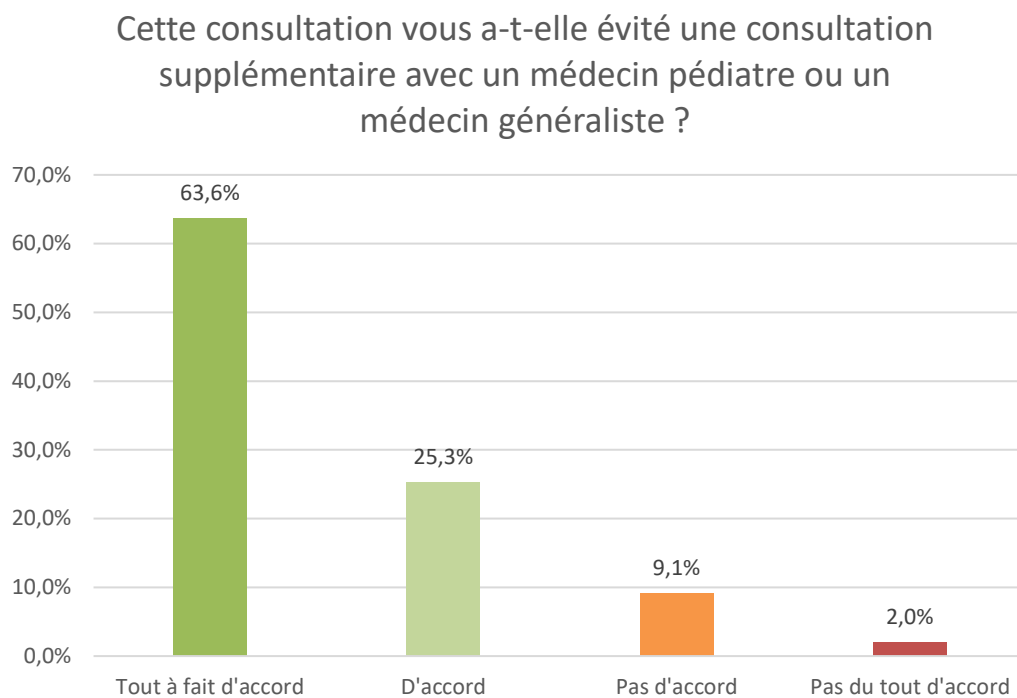


Figure 8 : Répartition des réponses à la question 5

3.2.6 QUESTION 6

Un commentaire libre a été écrit pour 40 des réponses soit 40.4% de l'ensemble des réponses.

Thèmes abordés dans les commentaires libres

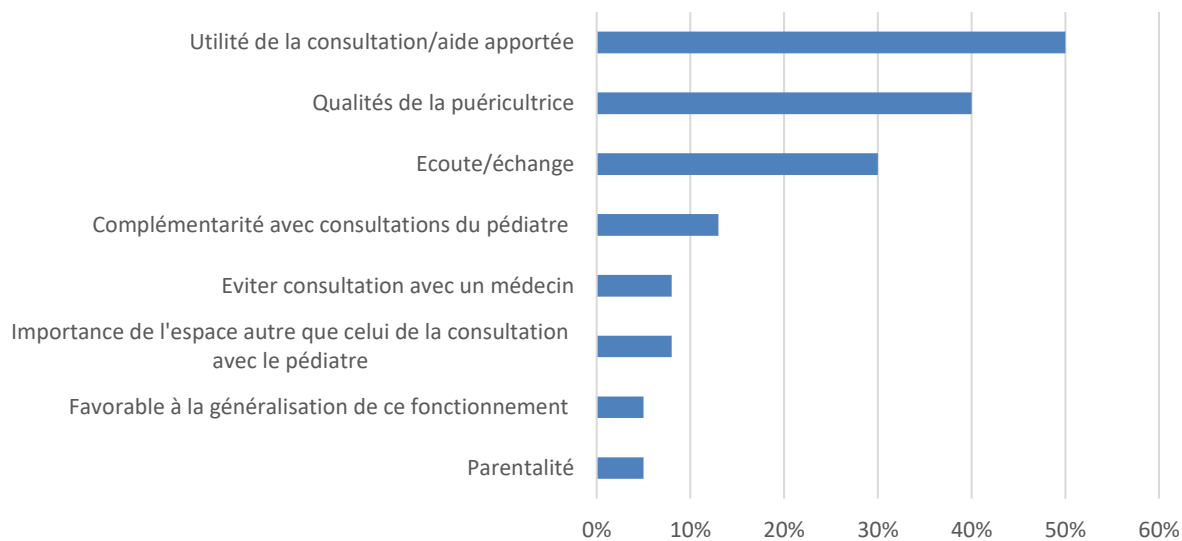


Figure 9 : Thèmes abordés dans les commentaires libres

4. DISCUSSION

4.1 RÉSULTATS PRINCIPAUX DE L'ÉTUDE ET HYPOTHÈSES PERMETTANT DE LES EXPLIQUER

Nous avons répondu à notre objectif principal et décrit en détail le fonctionnement d'un nouveau dispositif de coopération médicale en pédiatrie sur 6 mois d'activité.

Notre objectif secondaire était d'évaluer les bénéfices de ce dispositif pour les familles qui en bénéficient via des questionnaires.

4.1.1 DESCRIPTION DU DISPOSITIF

a) Caractéristiques générales des patients

61.1% des patients de l'étude ont moins d'un an, ce qui est différent de la répartition en population générale. Cette tendance observée est en accord avec l'enjeu des premières années de vie d'un enfant dans son développement (14, 15, 38, 39).

66.7% des patients sont des premiers enfants dans leur famille et 56% n'ont pas de fratrie, ce qui semble différent de la répartition en population générale.

Pour une faible minorité de patients, on note un âge parental inférieur à 25 ans et un foyer comportant des parents séparés ou isolés. La catégorie socio-professionnelle des parents ne suit pas exactement la répartition de la population générale. On observe notamment une plus forte proportion de parents sans activité professionnelle. 7.7% des patients bénéficient de la Complémentaire Santé Solidaire ou de l'ACS. En population générale, on observe 6.6% des habitants de la nouvelle Aquitaine qui bénéficient de la CMU et entre 1.5 et 1.8% qui bénéficient de l'ACS (40). Hormis la plus forte proportion de parents sans activité professionnelle, il n'y a pas d'autres éléments en faveur de la présence de plus de foyers socio-économiquement défavorisés qu'en population générale.

b) Activité par motifs de consultation

Les 2 motifs de consultation les plus représentés, tous âges confondus, sont « soins aux NN et nourrissons » et « soutien parental ».

63.3% des patients qui consultent pour « vaccination » ont entre 1 et 12 mois ce qui est concordant avec le calendrier vaccinal qui comporte des vaccinations à 2, 4, 5, 11 et 12 mois (41). 82% des patients qui consultent pour « soins aux NN et nourrissons » ont moins de 6 mois et 76.4% des patients qui consultent pour « soutien parental » ont moins d'un an. On retrouve ici l'idée que les familles ont besoin de plus d'accompagnement dans la première année de vie de leur enfant.

Concernant le motif de consultation « surpoids » 72.2% des patients sont des filles, ce qui n'est pas en accord avec la littérature. L'étude ESTEBAN en France montre qu'il peut y avoir une prévalence un peu plus élevée chez les filles mais de manière bien plus modérée que dans notre étude (42). Cette notion soulève l'hypothèse que les filles sont peut-être plus adhérentes à ce type de prise en charge que les garçons.

Les motifs de consultation dont la médiane du nombre de consultations et le nombre maximal de consultations sont le plus élevés sont « surpoids » et « énurésie », « PTI » et « suivi Covid19 ». En dehors du suivi Covid19, on comprend dans ces résultats que la puéricultrice réussit à établir un réel suivi nécessaire pour ces pathologies. En effet la prise en charge du surpoids et de l'énurésie comporte entre autre des temps d'éducation thérapeutique avec des explications au patient et à sa famille sur la physiopathologie et l'explication des règles hygiéno-diététiques essentielles au traitement (23, 43). « Enurésie » et « Surpoids » font partie également des motifs de consultation dont le nombre maximal de consultation est le plus élevé : 10 pour « surpoids » et 8 pour « énurésie ». « Soutien parental », « troubles du sommeil » et « Soins aux NN et nourrissons » ont aussi un nombre maximal de consultation élevé : entre 6 et 10. Ces chiffres montrent que ces motifs de consultation peuvent nécessiter un réel suivi pour les familles.

c) Activité par âge des patients

On peut observer que le nombre médian de consultations par catégorie d'âge est sensiblement le même quelle que soit la tranche d'âge considérée. Ce sont les

motifs de consultations qui divergent : les enfants de moins de 6 ans consultent plus pour les motifs « Soins aux NN » et « Soutien parental » alors que chez les plus de 6 ans on retrouve notamment les motifs « Enurésie » et « Surpoids ». Le nombre maximal de consultations selon l'âge varie de 6 à 15.

d) Modalités de prise de rdv

On remarque la place non négligeable de la secrétaire dans le fait d'adresser les patients en consultation à la puéricultrice : 17.9% des patients. Cette donnée est intéressante en termes de fonctionnement et de gestion du flux des patients.

e) Pédiatres

On peut voir qu'il y a des différences sur le nombre de patients adressés par chaque pédiatre. Les pédiatres A, B et C sont les pédiatres référents de 81% de l'ensemble des patients inclus. Ces résultats montrent que les pédiatres ont différentes façons de travailler et ont peut-être été sensibilisés de manière différente à ce nouveau dispositif. Cette nouvelle façon de travailler peut être difficile à intégrer dans sa pratique quotidienne. Les pédiatres A, B et C ont un nombre de consultations en moyenne plus élevé que les pédiatres D et E, ce qui peut également expliquer ces résultats.

« Soins aux NN et nourrissons » constitue le motif de consultation le plus représenté lorsque l'on regarde les motifs de consultation selon les pédiatres.

Le motif « vaccination » représente la moitié des motifs de consultation des patients adressés par le pédiatre D, alors que pour les autres pédiatres ce motif représente 2.2 à 12.8% des motifs de leurs patients. Ce résultat montre encore la sensibilité et l'utilisation différente du dispositif selon les pédiatres.

Pour le pédiatre A, on observe plus de motifs de consultation « énurésie » et « surpoids ». On peut imaginer que le pédiatre A est plus sensibilisé au dépistage, à la prévention et à la prise en charge de ces pathologies. Une fois plus, ces résultats sont le reflet d'une utilisation de ce dispositif différente selon les pédiatres.

f) Motifs de consultation secondaires

L'analyse des motifs de consultation secondaire montre que les deux motifs de consultation « Soins aux NN » et « Soutien parental » sont très liés. En effet ce sont les deux motifs de consultation principaux pour lesquels on observe le plus de motifs de consultation secondaire. Et lorsque l'un est motif principal, le second représente la majorité des motifs secondaires et vice-versa.

g) Adéquation entre motifs de consultation et motifs d'adressage

L'adéquation entre les motifs de consultation et les motifs d'adressage est bonne. Les besoins des parents correspondaient à ce que les pédiatres avaient identifié lors de la consultation.

h) Adhésion des familles et suivi du patient

Nous avons remarqué une bonne adhésion des familles à ce nouveau dispositif : 65.9% des patients adressés par les pédiatres du centre sont finalement venus à la consultation. L'adhésion des familles est manifeste dans le suivi réalisé par la puéricultrice : 95.9% des patients viennent aux consultations de suivi.

i) Activité lors du confinement dans le contexte de la pandémie de COVID19

La puéricultrice a poursuivi ses consultations lors du confinement. En comparant les pourcentages entre les deux périodes, on peut voir que les enfants de moins d'un mois ont continué à voir la puéricultrice pendant le confinement. Dans les autres tranches d'âge, les pourcentages sont sensiblement les mêmes dans les deux périodes. Comme on a pu l'attendre, il y a plus de consultations téléphoniques et moins de consultations au cabinet lors du confinement.

4.1.2 BÉNÉFICE POUR L'ENFANT ET SA FAMILLE

Le résultat principal est l'impression d'un bénéfice pour la majorité des familles interrogées puisque pour les questions 2 à 5, 88.9 à 99% des familles ont répondu « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord ».

Les thèmes des réponses au commentaire libre renvoient à des notions positives. Le thème le plus abordé et qui revient pour 40% des commentaires libres est l'utilité de cette consultation et l'aide apportée au patient et à sa famille. Cela montre l'adhésion des familles au dispositif.

4.2 FORCES DE L'ÉTUDE

4.2.1 NOUVEAU CONCEPT

C'est un projet innovant. ASALÉE est déjà connu et beaucoup utilisé en médecine générale mais pas encore en pédiatrie. Notre travail décrit le 1^{er} binôme puéricultrice/pédiatres de l'association ASALÉE.

4.2.2 PROJET D'ACTUALITÉ

Notre étude porte sur un sujet ancré dans la dynamique de santé du pays. Ce projet rassemble des actes de prévention, l'intensification du réseau ville-hôpital et des relais de proximité des plus grosses structures comme les CHU à travers un dispositif de partenariat médical (6, 31).

4.2.3 MÉTHODOLOGIE

L'inclusion consécutive de tous les patients sans critères d'exclusion est un point fort. Le taux de réponse aux questionnaires de notre étude est bon (32, 33, 44).

4.3 FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

4.3.1 BIAIS DE SÉLECTION ET VALIDITÉ EXTERNE

Notre étude est unicentrique. La population qui fréquente le Centre de Pédiatrie de Tresses n'est pas forcément représentative de l'ensemble de la population pédiatrique française, notamment sur les facteurs de vulnérabilité.

La population de notre étude n'est pas forcément représentative de celle qui fréquente le Centre de Pédiatrie de Tresses. Il serait intéressant de pouvoir comparer la population de notre étude avec celle du Centre de Pédiatrie mais aussi celles des autres cabinets de pédiatrie en France pour avoir une idée de la représentativité de notre population.

4.3.2 BIAIS DE CLASSIFICATION

Malgré l'utilisation de l'atlas de l'INSEE concernant la classification des activités socio-professionnelles des parents, certains libellés peuvent porter à confusion et il peut y avoir un biais de classification concernant quelques données.

4.3.3 FAMILLES N'AYANT PAS REÇU LE QUESTIONNAIRE

33 familles n'ont pas été incluses dans l'envoi du questionnaire. Les deux raisons principales que nous avons identifiées sont l'absence d'adresse mail disponible pour certaines familles et l'oubli dans les transmissions des adresses mail.

4.3.4 FICHES DE LIEN

Les fiches de lien sont un nouvel outil qui a été créé pour cette étude. L'intégration de ce nouvel outil dans le quotidien a pu être difficile pour les pédiatres du cabinet qui n'avaient pas forcément le réflexe de remplir cette fiche. Des données ont pu être perdues dans ce contexte.

4.3.5 DONNÉES A CARACTERE INFORMEL

Certaines données sont très informelles et difficilement quantifiables. Les données sur le suivi par exemple : les consultations ne sont pas l'unique reflet du suivi. Certaines familles reviennent voir la puéricultrice à l'occasion d'une consultation avec le pédiatre pour donner des nouvelles sur la situation de leur enfant. Les transmissions médicales sont un autre sujet dans lequel les données sont informelles : il y a beaucoup de transmissions orales dont le nombre et la durée sont difficiles à quantifier.

4.4 PERSPECTIVES

4.4.1 ÉTUDES COMPLÉMENTAIRES

Dans cette étude nous avons fait un travail de description de ce dispositif de coopération innovant en pédiatrie libérale. Des études complémentaires seraient utiles afin d'évaluer l'impact de ce dispositif.

Nous ne nous sommes pas attardés sur l'analyse des réponses à la question ouverte de notre questionnaire diffusé aux familles. En effet, cette analyse doit faire l'objet d'une étude à part entière de méthodologie qualitative au travers d'entretiens avec les familles, ce qui serait tout à fait complémentaire de notre travail (45, 46).

Un autre type d'étude complémentaire à notre travail serait d'évaluer l'intervention de ce dispositif via des indicateurs comme les taux d'hospitalisations, les taux de consultations aux urgences afin de voir s'il existe un effet.

Étudier plus précisément cette différence d'utilisation de ce dispositif entre les pédiatres serait intéressant. Appréhender les difficultés en pratique, les freins à la mise en place de ce dispositif et l'avis des pédiatres qui utilisent le dispositif au quotidien serait nécessaire (47).

Nous pourrions même envisager d'étudier l'avis de pédiatres libéraux qui n'utilisent pas encore ce dispositif. L'avis de pédiatres d'autres structures telles que les centres hospitaliers, les PMI, les sages-femmes de maternité ou en libéral serait également intéressant afin de visualiser s'ils pourraient aussi utiliser ce dispositif, de quelle manière et savoir si des protocoles communs pourraient se créer.

En ce qui concerne les modalités de prise de RDV avec la puéricultrice et notamment l'intervention de la secrétaire ainsi que les parents appelant de leur propre initiative, on pourrait imaginer un recueil des événements indésirables de ce système.

4.4.2 ÉVOLUTION SUR LE TERRAIN

Au niveau du Centre de Pédiatrie étudié, des projets et des améliorations sont en cours suite à cette étude.

Les pédiatres ont continué à utiliser les fiches de lien qui avaient été créées pour cette étude. Dans leur pratique clinique, les pédiatres et la puéricultrice ont pu remarquer que c'était un bon outil de communication entre professionnels. Certains pédiatres l'utilisent également en le remettant aux parents afin d'appuyer leur demande et de favoriser l'adhésion des familles.

La prévention à la surexposition aux écrans n'est pas un motif de consultation retrouvé dans notre étude. Toutefois, c'est un motif de consultation auquel la puéricultrice est confrontée et un sujet de santé publique d'actualité (48). La puéricultrice réalise

certaines de ces consultations en binôme avec un médecin nouvellement arrivé dans le Centre de Pédiatrie qui est spécialisé dans les consultations de prise en charge de la surexposition aux écrans.

En ce qui concerne la communication entre les différents professionnels de santé, cette étude a permis de mettre en évidence la nécessité de mettre en place une réunion trimestrielle entre la puéricultrice et les pédiatres. Ce travail a également permis d'initier une réflexion sur la mise en place d'une réunion pluridisciplinaire impliquant les autres professionnels de santé, notamment psychologues, psychomotriciennes et kinésithérapeutes afin de parler des patients communs. En pratique, la mise en place de ces réunions ainsi que les transmissions entre puéricultrice et pédiatres peut comporter des difficultés. On pourrait imaginer une étude centrée sur l'identification des freins à ce genre de coopération médicale afin d'apporter des améliorations pratiques.

5. CONCLUSION

En conclusion, ce travail aura permis de décrire précisément le fonctionnement de ce nouveau dispositif de coopération médicale en pédiatrie. Nous avons pu décrire le parcours du patient, les caractéristiques de la population qui a bénéficié de ce dispositif et l'activité en détail de la puéricultrice. Nous avons pu évaluer l'adhésion des familles et leur retour grâce aux questionnaires qui est positif.

Nous avons décrit un concept innovant puisque c'est le seul en France actuellement. Même s'il est nécessaire de faire d'autres études pour évaluer pleinement ce dispositif, cette notion de coopération paraît très intéressante, notamment concernant la prise en charge globale des patients. Ce système permet de compléter le travail du pédiatre en terme de prévention et d'éducation thérapeutique.

Si ce dispositif de coopération peut être un frein pour des pédiatres déjà installés, il pourrait au contraire être attractif pour des jeunes pédiatres. S'installer en libéral peut être source de freins pour certains jeunes pédiatres et pouvoir utiliser ce dispositif de coopération pourrait rassurer, avec un fonctionnement en équipe, une infirmière ou une puéricultrice, reproduisant le fonctionnement à l'hôpital.

Il serait intéressant d'étendre ce dispositif afin qu'un plus grand nombre de patients puissent avoir accès à cette prise en charge médicale coopérative. En effet, le développement dans la petite enfance est un déterminant social dont l'amélioration a des effets bénéfiques sur la santé individuelle mais aussi des effets positifs sur le plan socio-économique dans notre société (49).


RÉFÉRENCES

- (1) Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé n°232. 2018 Avr.
- (2) 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 Juil 9.
- (3) Simondon A. L'infirmière « déléguée à la santé publique Asalée » : analyse de la figure infirmière construite au sein d'une organisation innovante en soins primaires. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2015 Avr;63(2) :147-148.
- (4) ASALÉE. Présentation du protocole. 2015 Oct.
- (5) ASALÉE. Limics. 2018 Mai.
- (6) HAS. Les protocoles de coopération art 51. Evaluation du dispositif 2014. 2015 Nov.
- (7) Convention Locale ASALÉE.
- (8) Daniellou F., Petit J. ASALÉE, c'est du travail. Une contribution à l'évaluation de l'expérimentation par l'analyse des pratiques. Ecole nationale supérieure de cognitive-Institut polytechnique de Bordeaux. 2007.
- (9) Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALÉE. IRDES. Dec 2008;Rapport n°544.
- (10) De Kervasdoué J, Hartmann L, Macé JM, Saporta G. Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral. Analyse économique du dispositif. CNAM Paris. 2010 Avr.
- (11) Loussouarn C, Yann Videau, Julien Mousquès. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. Questions d'économie de la santé. Avril 2019;(241).
- (12) Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Coopérer plus pour travailler plus : évaluation de l'expérimentation d'infirmière de pratique avancée Asalée sur l'activité du médecin généraliste. IRDES. 2019 Avr. Document de travail n° 77.
- (13) Valleteau de Moulliac J. Pédiatrie libérale, enjeux, difficultés et perspectives. Bull Acad Natl Med. 2013;197(6).
- (14) Santé de l'enfant et de l'adolescent. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 20 octobre 2011.
- (15) OMS. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Dix faits et chiffres sur le développement dans la petite enfance en tant que déterminant social de la santé.


- (16) AFPA. Dossier de presse 2017.
- (17) Atlas de la démographie médicale 2015. CNOM.
- (18) Regards sur le passé et l'avenir de la pédiatrie, sa place à l'Académie de médecine. Bull. Acad. Natle Méd. 2016 déc 20;200(8-9):1743-1750.
- (19) Ceccato F, Cadix A. Projet Asalée 2018.
- (20) Les espaces de précarité, une identification à l'aide d'indices synthétiques. ARS Nouvelle Aquitaine, Bordeaux Métropole.
- (21) HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Rapport d'élaboration. 2014 Oct.
- (22) MESH. (page consultée le 19/11/2019). Nourrisson (Descripteur MESH), [en ligne]. https://www.hetop.eu/hetop/#rr=MSH_D_007223&q=nourrisson
- (23) ANAES. Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Argumentaire. 2003 Sept.
- (24) HAS. Stratégie de prévention de la carie dentaire. Synthèse et recommandations. 2010 Mar.
- (25) Labbé E, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. La Revue de l'IRES. 2007;1(53).
- (26) Complémentaire santé solidaire. (page consultée le 16/09/2020). Actualités, [en ligne]. <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/complementairesantesolidaire.php>
- (27) INSEE. Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise. PCS - ESE 2003.
- (28) INSEE. Estimations de population et statistiques de l'état civil. 2019.
- (29) Vilatte JC. Méthodologie de l'enquête par questionnaire. Culture & Communication Université d'Avignon.
- (30) HAS. Les protocoles de coopération art 51. Bilan du dispositif. Évaluation 2014. 2015 Nov.
- (31) Grille protocole de coopération conforme à l'annexe 1. Modèle de protocole mentionné à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009. Article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code la santé publique. 2010.
- (32) Gingras ME, Belleau H. Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : une revue de la littérature. INRS. 2015.
- (33) Ganassali S, Moscarola J. Protocoles d'enquête et efficacité des sondages par internet. IREGE, Université de Savoie.

- (34) CNIL. Déclaration MR 04. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé. 2020 sept 7.
- (35) INSEE. (page consultée le 21/09/2020). Bilan démographique 2019, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>
- (36) INSEE. (page consultée le 21/09/2020). Couples – Familles – Ménages en 2016, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4176999?sommaire=4177032&geo=FRANCE-1>
- (37) INSEE. (page consultée le 21/09/2020). Couples – Familles – Ménages en 2017, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4516610?sommaire=4516657&geo=FE-1>
- (38) Benoist G, Bourrillon A. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Rev Prat. 2009;59, 1134 et 1299-304.
- (39) Black M, Walker S, Fernald L, Andersen C, DiGirolamo A, Lu C et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. Lancet. 2017;389:77–90.
- (40) Fonds CMU-C. Annuaire statistique. 2017 Oct.
- (41) Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier vaccinal. 2020 Mar.
- (42) Santé publique France. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016). 2017 Juin.
- (43) Auberta D, Berardb É, J.-P. Blanc, G. Lenoird, F. Liarde, H. Lottmannf. Enurésie discussion : diagnostic et prise en charge. Recommandations par consensus formalisé d'experts. Prog Urol. 2010;20(5):343-349
- (44) Aragon Y, Sertrand S, Cabanel M, Le Grand H. Décisions Marketing. 2000;(19):29-37.
- (45) Dadena E., Sade M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : Le point de vue des patients. Thèse de doctorat : Médecine : Spécialité Médecine générale : Toulouse : 2017 ; TOU3 1065 et 1066.
- (46) Prato A. Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de ASALÉE Vosges par la méthode des focus group après deux ans d'expérience. Thèse de doctorat : Médecine : Spécialité Médecine générale : Nancy : 2011.
- (47) Vezien C. Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières ASALÉE en Charente. Thèse de doctorat : Médecine : Spécialité Médecine générale : Poitiers : 2017.
- (48) Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. 2019 Dec 12.
- (49) OMS. (page consultée le 16/10/2020). Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Dix faits et chiffres sur le développement social dans la petite enfance en tant que déterminant social de la santé, [en ligne]. <https://www.who.int/maternal-child-adolescent/topics/child/development/10facts/fr/>


Annexe 1 : Exemple tableau de bord ASALÉE










Bienvenue sur le
portail services asalée





Action de santé libérale en équipe

 Amandine Philippon
Cabinet : tresses

GESTION PATIENTS 
DIABÈTE 
RCVA 
SEVRAGE TABAGIQUE 
DÉPISTAGE CANCER 
TROUBLES COGNITIFS 
ÉVALUATION 

Fiche d'évaluation par l'Infirmière

Dossier


Cabinet	tresses
N° de dossier	2018.162416
Sexe	Féminin 
Née le	17/01/2018
Age	2 ans
Taille	0 cm
Statut	Actif 
Date de consentement	03/02/2020
Dépistage du	08/01/2021

Ce formulaire permet de saisir un compte rendu suite à une consultation, quel que soit le type de consultation.

Il permet de saisir un diagnostic éducatif ainsi qu'une évaluation continue d'éducation.

1- Faire le bilan de la consultation

Consultations passées

Degré de satisfaction:	très bon 			
Durée approximative en minutes ("à 5 minutes près")	<input type="text"/>	En cas de consultation à domicile, cocher la case:	En cas de consultation téléphonique, cocher la case:	En cas de consultation collective, cocher la case:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bienvenue sur le
portail services asalée



Action de santé libérale en équipe

 Amandine Philippon
Cabinet : tresses

GESTION PATIENTS 
DIABÈTE 
RCVA 
SEVRAGE TABAGIQUE 
DÉPISTAGE CANCER 
TROUBLES COGNITIFS 
ÉVALUATION 

Suivi Réunion Coordination Médecin

Réunion du : 08/01/2021
Cabinet: tresses
Durée en minutes
Motif

Medecins :	Infirmières :
<input type="checkbox"/> Jeanne Lambrecq <input type="checkbox"/> Françoise Ceccato <input type="checkbox"/> Isabelle Bouffard <input type="checkbox"/> Kameliya Vasileva <input type="checkbox"/> Isabelle Brintet <input type="checkbox"/> Anne-Lise Ducanda	<input type="checkbox"/> Amandine Philippon

Annexe 2 : Contrat – Convention locale ASALEE

Convention locale ASALEE

2012 – 2013

Identification des signataires

Entre

Le ou les médecin(s) généraliste(s) :

[Nom]

exerçant à [Adresse]

Commentaire [s1] : sont signataires d'une même convention tous les MG pour lesquels interviennent les mêmes IDE, dans une même région

ET

La ou les infirmières :

[Nom]

exerçant à [Adresse]

ET

Le cas échéant, la structure

[Nom]

représentée par son [Titre responsable structure], [Nom]

Commentaire [s2] : lorsqu'il s'agit d'une structure ENMR

ET

L'ARS de la Région [XXX]

représentée par son directeur général [Nom]

ET

L'association ASALEE, domiciliée à Brioux sur Boutonne, 79170, 70 rue du commerce,
représentée par son président

le Docteur Jean Gautier

Vu l'article 44 de la loi n°2007-1786 de financement de la sécurité sociale pour 2008 ;

Vu le code de santé publique, notamment les articles L4011-1 et suivants, issu de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu l'avis favorable avec réserves de la Haute Autorité de Santé, en date du 22 mars 2012, sur le protocole de coopération professionnelle ASALEE concernant la réalisation d'actes médicaux (listés dans grille du protocole jointe en annexe 4) réalisés en secteur libéral par des infirmières IDE (délégués) validés par des médecins généralistes (délégants) ;

Vu l'arrêté de l'Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes du 18 juin 2012, n°2012/000623 portant autorisation du protocole de coopération ASALEE concernant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmières IDE (délégués) validés par des médecins généralistes (délégants) ;

Vu la Convention d'inclusion du protocole ASALEE dans les nouveaux modes de rémunération en date du 6 novembre 2012 ;

Vu l'arrêté de l'Agence Régionale de Santé de la région [XXX] en date du [XXX];

Vu la demande d'adhésion des médecins généralistes et professionnels infirmiers signataires de cette convention, et la notification d'autorisation d'exercice en réponse, validée par l'Agence Régionale de Santé de la région [XXX] à leur profit, en date du [XXX];

Il a été convenu ce qui suit :

PREAMBULE – PRESENTATION D'ASALEE ET CONTEXTE DE LA PRESENTE CONVENTION

La finalité des actions de l'association ASALEE est d'améliorer la qualité du service rendu en ville aux patients atteints de pathologies chroniques par le développement de collaborations entre des infirmières dits délégués à la santé publique et des médecins généralistes de ville.

ASALEE a pris naissance en 2004 dans le département des Deux-Sèvres (79), puis s'est étendu géographiquement. Fin 2011, l'expérience était ainsi en cours dans près de 60 cabinets médicaux de médecine générale, mobilisant 130 médecins généralistes, 25 infirmières, pour 117.000 patients dont 71.000 pouvaient être concernés par l'un ou l'autre des protocoles en place.

Initialement, l'objectif d'ASALEE était d'améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, par une collaboration entre médecins généralistes et infirmières. Les infirmières se voient confier par les médecins généralistes la gestion de certaines données du patient et des consultations d'éducation thérapeutique selon un protocole bien défini.

L'objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge et du suivi s'est ensuite enrichi en protocolisant des délégations d'actes et d'activité avec les infirmières, afin qu'ils puissent suivre davantage de patients, en particulier dans des zones jugées sous-denses ou déficitaires du point de vue de la démographie médicale. L'articulation plus formelle de l'intervention de plusieurs professionnels devrait aussi permettre de gagner à la fois en qualité et efficacité.

Dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST, l'association a ainsi élaboré des protocoles de délégation d'actes et d'activités (coopération) entre le médecin généraliste et l'infirmière pour deux dépistages (troubles cognitifs et BPCO du patient tabagique) et deux suivis de pathologies chroniques (diabète, risque cardio-vasculaire) (cf. annexe 4). L'avis favorable rendu par la HAS le 22 mars 2012 et l'autorisation donnée par l'ARS Poitou-Charentes le 18 juin 2012 rendent désormais possible l'exécution du volet dérogatoire de ces protocoles de coopération.

La convention nationale fixe les modalités d'insertion du « dispositif ASALEE », comprenant le protocole de coopération et l'éducation thérapeutique, dans les expérimentations relatives aux nouveaux modes de rémunération prévus par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (ENMR) et qui s'achèveront fin 2013. Pour chacune des pathologies citées, la prise en charge dans le dispositif ASALEE prévoit, outre la prise en charge déléguée prévue par le protocole (module 3), des consultations d'éducation thérapeutique selon un protocole bien défini (module 2). Le pilotage global comme local du dispositif s'inscrit dans celui des ENMR.

Sous réserve du respect des règles fixées par la convention nationale, la présente convention vise à désigner localement les médecins généralistes et les infirmières mettant en œuvre le dispositif et à préciser les conditions de sa montée en charge.

Cette convention est conclue entre le promoteur, les médecins généralistes et les infirmières participants au dispositif, ainsi que par l'agence régionale de santé du lieu d'exercice des professionnels de santé. Elle constitue un cadre local, technique et budgétaire, pour le déroulement de l'expérimentation.

Elle se constitue de trois parties.

- la première partie est consacrée aux règles de mise en œuvre du dispositif dans le cadre des ENMR ;
- la seconde partie est consacrée aux règles budgétaires et financières
- la dernière partie contient des dispositions diverses

ARTICLE 1^{ER} : REGLES D'APPLICATION DE LA PRESENTE CONVENTION

La présente convention organise le déploiement du protocole ASALEE entre les parties signataires.

Les stipulations de la présente convention qui ne sont pas compatibles avec la convention nationale susvisée sont nulles et non avenues.

Toute modification de la convention nationale entraînant un changement substantiel dans les conditions de déploiement du protocole Asalée nécessite la conclusion d'un avenant à la présente convention.

La modification substantielle ne peut être constatée que par l'ARS ou par l'association ASALEE par l'envoi, à l'ensemble des signataires, d'une lettre recommandée avec avis de réception

A défaut d'un accord sur le contenu de cet avenant, la présente convention pourra être résiliée dans les conditions prévues à l'article 13.

PARTIE I : REGLES D'INCLUSION ET DE MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF

ARTICLE 2 – CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTS

L'inclusion des patients dans le dispositif de la présente convention est conditionnée à des critères d'inclusion liés à leur état de santé et précisés à l'annexe 1.

L'intégration du patient dans le dispositif de la présente convention se fait par prescription de son médecin traitant, qui doit être inclus dans le dispositif et avoir signé la présente convention avec l'association ASALEE et l'agence régionale de santé dont il relève l'autorisant à intégrer des patients au dispositif ASALEE

ARTICLE 3 : ROLE DU MEDECIN GENERALISTE ET DE L'INFIRMIERE

Le médecin généraliste, qualifié de « délégué » et l'infirmière, qualifié de « délégué », accomplissent les activités et actes suivants dans le cadre du dispositif :

- **Le médecin généraliste – délégué**
 - Lors d'une consultation, le médecin généraliste, après avoir exposé le principe et les règles du protocole au patient répondant aux critères décrits dans l'article 2 et lui avoir remis la brochure (figurant dans le protocole en annexe 4) lui propose d'intégrer le programme;
 - Après l'accord du patient, un rendez-vous est pris avec l'infirmière pour une ou des consultations selon le protocole concerné.

- **L'infirmière – délégué**
 - réalise l'état des lieux des données médicales disponibles dans les dossiers des patients et les complète le cas échéant conjointement avec le médecin généraliste ;
 - identifie en collaboration avec les médecins généralistes la population éligible aux différents protocoles pour chaque cabinet ;
 - indique des alertes dans les dossiers des médecins généralistes pour solliciter la réalisation d'examens ou compléter des données ;
 - recueille le consentement exprès du patient à travers le formulaire présenté dans le protocole en annexe 4
 - organise et tient des sessions d'éducation et de dépistage prévues dans le cadre des protocoles ;
 - évalue chaque consultation.

Le rôle des différents acteurs est détaillé dans le protocole à l'annexe 4 de la présente convention.

ARTICLE 4 – REGLES RELATIVES AU DECOMPTE DES INFIRMIERES PARTICIPANT

1. Le décompte des infirmières participant au dispositif se fait par équivalent temps plein (ETP). Celui-ci correspond à 1607 heures par an, quel que soit le statut des infirmières et la forme de leur rémunération. Un équivalent temps plein peut être assuré par plusieurs infirmières.

2. 0.2 équivalent temps plein infirmière peut être déployé pour chaque médecin participant à l'expérimentation.

3. Chaque équivalent temps plein infirmière doit avoir, en année pleine, rencontré 1205 patients « ASALEE », répartis dans les différents protocoles.

ARTICLE 5- MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION

L'évaluation du dispositif de la présente convention s'inscrit dans le cadre de celle des expérimentations prévues par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Cette évaluation vise à mesurer l'impact de la mise en œuvre du protocole sur :

- le temps médical disponible et sur son utilisation par les médecins généralistes participants ;
- l'offre de soins infirmiers sur le territoire considéré ;
- la consommation de soins et de biens médicaux des patients inclus ;
- l'état de santé des patients.

Le cabinet médical est informé que l'Association ASALEE s'est engagée à fournir sur demande tous les éléments nécessaires à cette évaluation, sur simple demande de la CNAMTS du Ministère de la Santé ou de l'organisme à qui cette évaluation aura été confiée.

Avec le concours des infirmières, les médecins généralistes signataires transmettent chaque année à l'agence régionale de santé à fins d'évaluation les documents mentionnés à l'article 7.

ARTICLE 6 – DEPLOIEMENT

Pour la période 2012/2013, [XXX] équivalent temps plein infirmière réparti entre le (ou les) infirmières signataire(s) peut être déployé auprès du (ou des) médecin(s) généraliste(s) signataire(s).

Toute modification de la liste fera l'objet d'un avenant à la présente convention.

ARTICLE 7 – ENGAGEMENT DES PARTIES

ARTICLE 7.1 – ENGAGEMENT DES MEDECINS GENERALISTES

Le (ou les) médecin(s) généraliste(s) signataire(s) s'engage(nt), outre l'application du protocole ASALEE décrit dans les articles susvisés :

- A mettre à disposition de l'infirmière un bureau pour recevoir les patients ;
- A mettre à disposition de l'infirmière un ordinateur avec accès internet haut débit et un accès au dossier médical informatisé du cabinet, lui permettant de noter le résultat des consultations qu'elle a tenues, et d'y consulter les rendez-vous pris par le (ou les) médecin(s) généraliste(s) ;
- A tenir dans le courant du mois et par médecin généraliste un équivalent d'une demi-journée de débriefing – concertation, le relevé des temps étant assuré par l'infirmière, dans les conditions prévues par le protocole ;
- A effectuer, auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, les démarches de déclaration prescrites par la Loi de 1978 et à transmettre la réponse de la CNIL à l'Association ASALEE ;
- A superviser la collecte du NIR des patients intégrés dans les protocoles ASALEE, leur information et le recueil de leur consentement exprès, conformément à la procédure autorisée par décret en Conseil d'Etat ;
- A superviser la transmission du NIR des patients intégrés dans les protocoles ASALEE à l'assurance maladie conformément à la procédure autorisée par décret en Conseil d'Etat ;
- A transmettre chaque année un rapport de mise en œuvre de l'expérimentation à l'agence régionale de santé suivant un modèle-type national que celle-ci mettra à disposition des signataires.

ARTICLE 7.1 BIS – ENGAGEMENT DE LA STRUCTURE

- A renoncer à toute nouvelle prise en charge de patients dans le cadre du module 2 des ENMR sur les pathologies ciblées par le protocole de coopération ASALEE à compter de la signature de la présente convention

Commentaire [a3]: S'il s'agit d'une structure adhérent au module 2 des ENMR

ARTICLE 7.2 – ENGAGEMENT DES INFIRMIERES

Les infirmières signataires s'engagent, dans le cadre de l'application du protocole ASALEE décrit dans les articles sus visés à :

- développer le suivi des pathologies chroniques selon les protocoles qui lui seront remis (diabète, facteurs de risques cardio-vasculaires, patient tabagique notamment);
- développer l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique, sur ces pathologies ;
- participer en tant que de besoin à la gestion du dossier médical informatisé des patients ;
- à collecter le NIR des patients inclus dans le protocole ASALEE après les avoir informés et avoir recueilli leur consentement exprès, conformément à la procédure autorisée par décret en Conseil d'Etat;
- à transmettre les NIR des patients à l'assurance maladie conformément à la procédure autorisée par décret en Conseil d'Etat;
- à accomplir toute formation que lui demanderait d'effectuer ASALEE, et en particulier les formations demandées pour l'exécution du protocole.

ARTICLE 7.3 – ENGAGEMENT DE L'ASSOCIATION ASALEE

L'association ASALEE s'engage :

- A rémunérer les professionnels de santé pour les activités décrites à l'article 3 selon les modalités prévues aux articles 8,9 et 10 ;
- A indemniser forfaitairement le cabinet des moyens logistiques mis en œuvre au profit de l'infirmière ;
- A recruter, former, et mettre en place le poste équivalent temps plein infirmière dans le cabinet ; cette formation est notamment décrite dans le protocole en 5 volets : médicaux, aspects dérogatoires, compagnonnage, éducation thérapeutique, système d'information ;
- A contractualiser avec les personnels infirmiers assurant le poste équivalent temps plein (convention pour les exercices libéraux, contrat de travail pour les vacations salariés) ;
- A assurer en responsabilité civile les infirmières en vacation salarié, pour l'exercice ASALEE. L'association ASALEE assume la charge financière de cette assurance spécifique ;
- A mettre à disposition des personnels infirmiers assurant le poste équivalent temps plein des moyens d'intervention propre à certains protocoles (spiromètre notamment) ;
- A mettre à disposition le système d'information support, partagé entre les différents cabinets médicaux participant à l'expérimentation, et permettant d'assurer l'exercice ASALEE, le contrôle interne et l'évaluation externe ;
- A générer et transmettre à l'assurance maladie, conformément à la procédure autorisée par décret en Conseil d'Etat, des données de suivi des patients intégrés dans les protocoles ASALEE.

ARTICLE 7.4 – ENGAGEMENT DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

L'agence régionale de santé s'engage à :

- A communiquer aux professionnels [et à la structure, le cas échéant] les données d'évaluation relative à la mise en œuvre nationale et régionale du protocole ;
- A informer l'association ASALEE de tout projet de nature à modifier les conditions d'application de la présente convention ou de son protocole ;
- A recevoir sur demande, tout médecin généraliste, ou infirmière signataire de la présente convention dans les 15 jours.

PARTIE II : ASPECTS BUDGETAIRES ET FINANCIERS

ARTICLE 8 : MONTANT DE LA REMUNERATION

L'association procède à l'allocation des fonds aux différents professionnels participant au dispositif, dans le cadre de la présente convention (cf. *infra*).

L'association assure notamment :

- Les indemnités des médecins généralistes pour leur participation aux réunions de debrief mensuel prévues dans le protocole de coopération. Cette allocation est attribuée au prorata du temps effectivement passé et déclaré par l'infirmière à chaque médecin généraliste, pour ces réunions de debrief mensuel, à hauteur de 12 Cs pour une demi-journée par mois maximum, proratisé à l'activité de l'équivalent temps plein infirmier. Ces réunions peuvent être tenues en une ou plusieurs fois, dans le mois, selon l'organisation du cabinet, et conformément au protocole ASALEE ;
- Un forfait de prise en charge des moyens logistiques (informatique, consommable), à hauteur de 450 euros par équivalent temps plein infirmière et par an, soit, pour la présente convention, de «M_450_x_ETP_cabinet» euro par an ;
- Les honoraires ou salaires et charges des infirmières, selon une grille tenant compte de l'ancienneté de l'infirmière (cf. annexe 5) ;
- La charge financière de l'assurance responsabilité civile des infirmières, au titre de la couverture de l'association, pour les infirmières en vacation salarié.

Toute modification relative aux règles de calcul ou aux modalités de versement de la rémunération fera l'objet d'un avenant à la convention.

ARTICLE 9 - MODALITES PRATIQUES DE VERSEMENT

- Les indemnités des médecins généralistes pour leur participation aux réunions de debrief mensuel prévues dans le protocole de coopération sont versées trimestriellement ;
- Les honoraires ou salaires des infirmières, sont versés en fin de mois "M" pour l'activité du mois "M".

ARTICLE 10 : CONSEQUENCES FINANCIERES DU NON-RESPECT DES OBLIGATIONS DU BENEFICIAIRE

1. En cas de non-respect des engagements des médecins généralistes constaté par l'association ASALEE ou par l'agence régionale de santé ceux-ci sont avisés par lettre recommandée avec avis de réception, précisant les motifs de la suspension des financements.
2. A compter de la notification de la suspension, les médecins généralistes disposent d'un délai de 30 jours pour apporter tout élément susceptible de justifier le manquement constaté et peuvent demander dans ce délai à être entendus par un représentant du bureau de l'association ou de l'agence régionale de santé.
3. A défaut de régularisation dans le délai imparti, l'association ASALEE ou l'agence régionale de santé peuvent décider du retrait de la décision de financement, par lettre recommandée avec avis de réception sans préjudice d'un éventuel recours en

répétition des sommes versées et non régulièrement justifiées et de réparation du préjudice subi.

PARTIE III : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 11 - PROPRIETE ET PUBLICITE DES TRAVAUX MENES DANS LE CADRE DU PROJET FINANCE

L'association ASALEE effectue, auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, les démarches de déclaration prescrites par la loi du 6 janvier 1978.

Toute utilisation du logo de l'assurance maladie ou du ministère des Affaires sociales et de la Santé devra faire l'objet d'une validation préalable par les instances mentionnées dans la convention nationale.

La base de données de l'association ASALEE et les logiciels utilisés sont protégés par le droit d'auteur et par le droit des producteurs de données. Le logiciel et le développement des solutions techniques restent la propriété de l'association ASALEE.

L'association ASALEE et les médecins généralistes participants autorisent la CNAMTS et le Ministère de la Santé à mettre en ligne sur leurs sites internet des informations non confidentielles concernant les membres et l'activité du projet et le cas échéant, créer des liens entre leurs sites et les coordonnées Internet du projet.

L'association ASALEE se tient à jour de ses obligations et cotisations sociales, fiscales et parafiscales.

ARTICLE 12 – CONDITIONS DE RETRAIT DES MEDECINS GENERALISTES OU DES INFIRMIERS

1. Les infirmiers et les médecins signataires peuvent se retirer de la présente convention. La rémunération mentionnée à l'article 8 est interrompue et le solde correspondant aux activités déjà accomplies est versé par ASALEE dans un délai de deux mois.
2. Le médecin généraliste se retire de la convention en motivant son retrait dans une lettre recommandée avec avis de réception à ASALEE. Il informe également l'ARS de son retrait. L'exercice est arrêté deux mois après la réception du courrier, sauf si le retrait est dû à un motif déontologique, auquel cas il est effectif immédiatement.
3. L'infirmier se retire de la convention en motivant son retrait dans une lettre recommandée avec avis de réception à ASALEE. Il informe également l'ARS de son retrait. L'exercice est arrêté deux mois après la réception du courrier, sauf si le retrait est dû à un motif déontologique, auquel cas il est effectif immédiatement. Lorsque l'infirmier est salarié d'ASALEE, sa démission emporte *ipso facto* son retrait de la convention.
4. A la suite du retrait d'un professionnel de santé signataire de la présente convention :
 - a. l'association ASALEE organise le remplacement du médecin généraliste ou de l'infirmier dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande mentionnée aux §2 et 3, dans le respect des conditions d'exercice prévues au titre de la convention.
 - b. Dans le cas où le remplacement serait impossible, le périmètre de la convention est ajusté en conséquence.
 - c. Si aucune des deux hypothèses mentionnées en a et en b n'est réalisée dans le délai imparti, la convention est résiliée de plein droit.

ARTICLE 13 – CONDITIONS DE RESILIATION DE LA CONVENTION

1. Suite à modification substantielle dans les conditions de déploiement du protocole définies par la convention nationale et en cas d'absence d'avenant à la présente convention dans un délai de deux mois à compter de la réception de la lettre recommandée mentionnée à l'article 1, la convention est résiliée de plein droit.
2. En cas d'emploi du financement dans un autre but que celui prévu aux articles ci-dessus, la convention est résiliée de plein droit par l'agence régionale de santé ou par l'association ASALEE, qui en informera chacun des signataires par lettre recommandée avec avis de réception.
3. La convention est résiliée de plein droit en cas de retrait de l'ensemble des médecins dans les conditions prévues à l'article 12.
4. La convention est résiliée de plein droit en cas de retrait de l'ensemble des infirmiers dans les conditions prévues à l'article 12.

ARTICLE 14 - DUREE DE VALIDITE DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue pour la période du [XXX] au 31 Décembre 2013.

Fait à _____ en un exemplaires le «date_signature»

Le (ou les) médecin(s) généraliste(s),

[NOM(S)]

Pour l'association ASALEE,

Le docteur Jean Gautier

Le (ou les) Infirmière(s),

[NOM(S)]

**Pour l'ARS «ARS_Région»
le directeur général, Monsieur**

«nom_du_directeur»

Pour la structure

« Titre et Nom responsable structure »

Annexe 3 : Notification d'autorisation d'exercice dérogatoire dans le cadre du protocole ASALEE



— Direction de l'offre de soins et de l'autonomie

Pôle gestion et formation des professionnels de santé
Dossier suivi par Mme Julie DENIER
— Téléphone : 05 49 44 98 57
— Courriel : julie.denier@ars.sante.fr

Docteur Françoise CECCATO
Maison de santé de Tresses
Avenue de Branne
33370 TRESSSES

— Poitiers, le **05 MARS 2020**

—
—
—
—
Objet : Notification d'autorisation d'exercice dérogatoire
dans le cadre du protocole ASALÉE

Docteur,

Vous avez transmis à l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine une demande d'adhésion au protocole de coopération « ASALÉE », conformément aux dispositions en application des articles L.4011-1 à L.4011-3 du code de la santé publique.

Après étude des pièces fournies, j'accède à votre demande et vous prie de trouver, ci-joint, **la décision d'autorisation d'adhésion au protocole ASALÉE.**

Cette autorisation vous permet d'exercer dans le champ défini par le protocole de coopération auquel vous avez souhaité adhérer.

Les informations recueillies à l'occasion de votre demande feront l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire les protocoles de coopération et les adhésions à ces protocoles.

Conformément à la loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée (article 32), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour toute demande en ce sens, vous devez contacter mes services.

Je vous prie de croire, Docteur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Par déléation
La conseillère technique régionale en soins
Directeur des soins

Martine IMBERT

Annexe 4 : Consentement ASALÉE



Document consentement- janvier 2015 – Association ASALEE

Document de consentement pour une prise en charge dans le cadre du protocole de coopération ASALEE

Nom, prénom du patient :
N° du dossier :
Nom du Médecin traitant :
Autre professionnel de santé désigné :

Mon médecin traitant me propose d'être suivi conjointement par l'infirmier(e) et par le médecin, dans le cadre d'un protocole de coopération validé par la HAS (Haute autorité de santé) : le médecin confie à l'infirmier(e) des activités qu'il (elle) ne réalise pas de façon habituelle : activités dérogatoires à ses conditions légales d'exercice. Les conditions d'exercice m'ont été présentées. Ceci concerne le (ou les) sujets suivants (cocher la ou les cases) :

- Repérage des troubles cognitifs
- Suivi du patient à risque cardio-vasculaire
- Repérage du patient tabagique à risque BPCO
- Dépistage et suivi du patient diabétique de type 2

J'ai pris connaissance des conditions de déroulement et des objectifs du programme thérapeutique. Je suis informé(e) que l'infirmier(e) va :

- M'avertir des risques liés à ma pathologie en fonction de mes antécédents ou de mon style de vie, et m'accompagner pour suivre ce programme ;
- Pratiquer des examens préventifs ou de suivi,
- M'aider à mieux identifier mes facteurs de risque et les signes d'alerte.

J'ai pris connaissance du fait que les données enregistrées à l'occasion de ce programme thérapeutique pourront faire l'objet d'un traitement informatisé piloté par le Ministère de la Santé et que mon numéro de sécurité sociale (NIR) sera utilisé dans le cadre de l'évaluation du projet.

J'accepte que mon médecin traitant et l'infirmier(e) qu'il a désigné(e) partagent les informations de mon dossier médical et assurent de concert la coordination des actions de prévention et de suivi.

Je reconnais avoir été informé(e) que je peux sortir du programme à tout moment et sans préjudice de toute nature, et bénéficier de la prise en charge habituelle par mon médecin traitant.

Date : Signature du patient :

*Les termes de ce consentement exprès font référence à la loi du 10 août 2011.
Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à organiser des ateliers thérapeutiques. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à votre médecin traitant.
Le traitement informatisé piloté par le ministère de la Santé portera sur les effets du protocole de coopération ASALÉE sur la libération du temps médical disponible par substitution effective du suivi des patients entre médecin et infirmier, l'amélioration de la qualité du suivi des patients et la consommation de soins des patients et l'évolution de leur état de santé.*

Document consentement – janvier 2015 - Association ASALEE

Annexe 5 : Protocole Eczéma

Protocole de repérage et de suivi de l'eczéma de l'enfant

1. Description du protocole

La prise en charge d'un enfant présentant un eczéma ou dermatite atopique, au sein d'un cabinet de pédiatrie qui met en œuvre les protocoles de coopération Asalée, comprendra les étapes suivantes :

- Public cible
 - Enfant dès la naissance
- Critères d'inclusion

Repérage selon les critères suivants :

 - Diagnostic d'un eczéma ou atopie de la peau
 - Rechute fréquente d'un eczéma
 - Demande parentale d'un accompagnement, d'un soutien dans la prise en charge thérapeutique d'un eczéma
- Mode d'action
 - Repérage de l'enfant et sa famille soit par le pédiatre au cours d'une consultation de suivi, soit par la puéricultrice au cours d'une consultation autre
 - Si le patient et sa famille est repéré, le pédiatre transmet l'information à la puéricultrice et une alerte est notée sur le dossier médical de l'enfant. Mise à jour du carnet de santé de l'enfant
 - Invitation du jeune enfant et de sa famille à une rencontre avec la puéricultrice Asalée
 - Recueil du consentement éclairé

2. Consultation avec la puéricultrice de santé publique

Entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille.

Diagnostic éducatif

- Objectifs de la dimension cognitive :
 - Identifier les connaissances sur la pathologie
 - Evaluer les connaissances et les compétences de l'enfant et de ses parents en termes d'hygiène
 - Identifier les capacités de compréhension de l'enfant et de ses parents
 - Evaluer la pratique du soin à la maison si un 1^{er} traitement à déjà été instauré
- Objectifs de la dimension biologique :
 - Identifier le type d'eczéma
 - Identifier le stade de l'eczéma et sa fréquence
 - Identifier les antécédents familiaux concernant la dermatite atopique
 - Repérer les problèmes de santé associés
- Objectifs de la dimension sociologique :
 - Identifier la place de l'enfant dans sa famille, son groupe de copains, à l'école, ...
 - Evaluer l'impact de la maladie dans sa famille, dans son groupe de copains, à l'école, au sport, lors des loisirs, ...
 - Evaluation de la qualité de vie de l'enfant : pleurs, sommeil, ...
- Objectifs de la dimension psychoaffective :
 - Explorer les représentations, les croyances et les peurs liées à la pathologie
 - Explorer les représentations, les croyances et les peurs liées au traitement par dermocorticoïde
 - Evaluer la fatigue psychologique de l'entourage en cas de soins intensifs
- Objectifs de la dimension projective :
 - Repérer les motivations à la réalisation des soins quotidiennement
 - Recueillir l'adhésion de l'enfant et sa famille aux recommandations

3. Action de la Puéricultrice de santé publique

- Expliquer ce qu'est l'eczéma ou atopie de la peau
- Informer sur la surveillance de la survenue d'une poussée d'eczéma et la conduite à tenir

- Evaluer la qualité de vie de l'enfant avec l'eczéma (sommeil, pleurs, ...)
- Discuter du rôle de l'eczéma dans le stress et l'alimentation
- Favoriser la verbalisation sur leurs peurs concernant les dermocorticoïdes et rassurer sur l'utilisation de ceux-ci
- Informer sur les bons gestes à réaliser pour la prise en charge de l'eczéma au quotidien
- Informer sur ce qu'est une crème émolliente et comment elle s'utilise
- Informer sur ce qu'est une crème dermocorticoïde afin de lutter contre la corticophobie
- Prescription, par mode dérogatoire, de crèmes émollientes⁹ et savons spécifiques
- Proposer une démonstration pratique de l'application du traitement local émollient
- Valoriser le rôle des parents dans le soin
- Renseigner le dossier médical du patient et transmettre les informations utiles au pédiatre référent
- Adapter l'information à l'enfant s'il est en âge de comprendre

Le temps de rencontre est estimé à 45min-1heure +1/4 d'heure couvrant la préparation et la synthèse d'action personnalisée établie

4. Consultation de suivi

- Evaluer l'évolution de l'eczéma
- Echange et évaluation de la pratique du soin
- Renouvellement des prescriptions, par mode dérogatoire, des crèmes émollientes¹⁰ et savons spécifiques
- Renseigner le dossier médical du patient et transmettre les informations utiles au pédiatre référent

Le temps est estimé à 30 min + ¼ d'heure couvrant la synthèse d'action personnalisée établie

5. Si échec de la prise en charge = évolution de l'eczéma

- Evaluation de l'étendu de l'eczéma en collaboration avec le pédiatre
- Evaluer la pratique du soin à la maison
- S'assurer de l'observance thérapeutique
- Identifier les difficultés à la pratique du soin au quotidien
- Réévaluer la qualité de vie de l'enfant avec l'eczéma
- Pratiquer le soin avec les parents
- Favoriser le questionnement
- Renseigner le dossier médical du patient et transmettre les informations utiles au pédiatre référent.

Le temps de la rencontre est estimé à 30min +1/4 d'heure couvrant la préparation et la synthèse d'action personnalisée établie.

6. Suivi qualité Asalée

- Staff de transmissions délégant/délégué - revue de l'ensemble des dossiers
- Autocontrôle qualité par IDSP Asalée, suivi de l'évolution cutanée de l'enfant
- Contrôle qualité par contrôleur Asalée (outil d'évaluation ???)

⁹ Glycérol d'amidon Codexial (ACL 7818028) 35g

Codexial Cold Cream Fluide (ACL 9876225) 300 ml

¹⁰ Glycérol d'amidon Codexial (ACL 7818028) 35g

Codexial Cold Cream Fluide (ACL 9876225) 300 ml

Annexe 6 : Protocole Enurésie

Protocole de repérage et de suivi de l'enfant énurétique

1. Description du protocole

La prise en charge d'un enfant énurétique au sein d'un cabinet de pédiatrie qui met en œuvre les protocoles de coopération Asalée comprendra les étapes suivantes :

- Public cible
 - Enfant à partir de 5 ans
- Critères d'inclusion

Repérage selon les critères suivants :

 - Enfant de + de 5 ans
 - Présente des émissions involontaires et inconscientes d'urine la nuit
 - N'ayant jamais été propre (énurésie primaire)
 - Ayant été propre au moins 6 mois avant la survenue de l'énurésie (énurésie secondaire)
- Mode d'action
 - Repérage du patient énurétique soit par le pédiatre au cours d'une consultation de suivi soit par la puéricultrice au cours d'une consultation autre
 - Si une énurésie est repérée, le pédiatre transmet l'information à la puéricultrice et une alerte est notée sur le dossier médical de l'enfant. Mise à jour du carnet de santé de l'enfant
 - Invitation du jeune enfant et de sa famille à une rencontre avec la puéricultrice Asalée
 - Recueil du consentement éclairé (signature du protocole par l'enfant et ses parents)

2. Première consultation

Cette consultation peut être organisée au cabinet mais également par exception au domicile du patient. Signature du consentement par le parent accompagnant.

Entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille. Diagnostic éducatif de l'enfant et de ses parents (ensemble ou séparément)

- Objectifs de la dimension cognitive :
 - Identifier les connaissances et les compétences de l'enfant et sa famille
 - Identifier le type d'énurésie (primaire ou secondaire)
- Objectifs de la dimension biologique :
 - Evaluer l'équilibre des rythmes de vie
 - Evaluer les rythmes et les habitudes alimentaires
 - Repérer les problèmes de santé associés
- Objectifs de la dimension sociologique :
 - Identifier la place de l'enfant dans sa famille, dans son groupe de copains, à l'école, ...
 - Evaluer l'impact de la maladie dans sa famille, dans son groupe de copains, à l'école, au sport, lors des loisirs, ...
- Objectifs de la dimension psychoaffective :
 - Evaluer l'équilibre psychologique, la capacité d'adaptation au changement, estime de soi, image de soi de l'enfant
 - Evaluer son ressenti de la maladie face à sa famille, à ses copains
 - Explorer la représentation que l'enfant a de son corps versus maladie
- Objectifs de la dimension projective :
 - Repérer les motivations à l'arrêt de l'énurésie
 - Recueillir l'adhésion de l'enfant et de ses parents au projet

- Evaluer sa capacité à se projeter sans énurésie

o Action de la puéricultrice de santé publique

- Réaliser un entretien motivationnel
- Qualifier l'énurésie et son degré
- La puéricultrice donne les informations manquantes sur la physiopathologie de l'énurésie avec une approche pédagogique et ludique
- Utilisation d'outils interactifs et ludiques pour favoriser la compréhension et la réflexion.
- Veiller à ne pas culpabiliser, à dédramatiser et à valoriser les premiers efforts.
- Négociation avec l'enfant et sa famille du plan d'action personnalisé
 - Formulation positive des objectifs : le faire verbaliser sur ce qu'il pourrait mettre en place pour prendre en charge sa maladie
 - Utilisation des outils pouvant être mis en place
 - La nature des suivis ultérieurs
- La puéricultrice renseigne le dossier médical du patient et transmet les informations utiles au pédiatre référent.

Le temps de rencontre est estimé à environ 60 min + ¼ d'heure couvrant la préparation et la synthèse d'action personnalisée établie

3. Consultation de suivi

Les rendez-vous de suivi seront pris à l'issue des consultations précédentes, selon le plan d'action personnalisé établi

o Actions de la puéricultrice de santé publique

- Lister ce qui a été mis en place ou pas en fonction des objectifs posés lors de la dernière consultation
- Qualifier l'évolution (amélioration puis dégradation, amélioration faible ou pas d'évolution)
- Le faire verbaliser sur ce qui a été facile et difficile- Réajuster
- Le faire verbaliser sur l'efficacité des objectifs mis en place et évaluer le degré de satisfaction de l'enfant
- Formuler de nouveaux objectifs (ou objectifs à poursuivre) avec l'enfant et sa famille
- Evaluer la compréhension des apports donnés à la 1^{ère} consultation
- Travailler sur les compétences psychosociales si besoin et soutenir la cohérence parentale
- Les nouvelles données seront collectées dans le dossier médical du patient et transmises au pédiatre référent

Le temps de rencontre est estimé à environ 45min + ¼ d'heure couvrant la préparation et la synthèse d'action personnalisée établie

4. Si échec de la prise en charge initiale = persistance de l'énurésie

- Qualifier l'évolution (amélioration puis dégradation, amélioration faible ou pas d'évolution)
- Evaluer le degré de l'implication familiale
- Evaluer une éventuelle problématique psychologique et/ou sociale
- Poursuivre les consultations de suivi afin d'évaluer l'observance et l'évolution de l'efficacité des traitements
- Un suivi pluridisciplinaire peut-être recommandé (psychologues, psychomotricienne, ...)

5. Suivi qualité Asalée

- Staff de transmissions déléguant/délégué – revue de l'ensemble des dossiers
- Autocontrôle qualité par IDSP Asalée, contrôle d'efficacité des traitements
- Contrôle qualité en continu par contrôleur Asalée : contrôle d'activité (nombre de consultations)
- Eléments de contrôle d'efficacité : (questionnaire d'évolution de l'énurésie à créer)

Annexe

Rappel théorique de l'énurésie

- Définition : Emission involontaire et inconsciente d'urine la nuit

C'est entre 2 et 5 ans que les enfants acquièrent la propreté soit le contrôle physiologique du sphincter vésical
C'est pourquoi on ne peut parler d'énurésie avant l'âge de 5 ans

L'énurésie est fréquente : 15% à 5 ans
5% à 10 ans
1% à 15 ans

On distingue 2 types d'énurésie :

Primaire : lorsque l'enfant n'a jamais été propre

Secondaire : lorsque l'enfant a été propre pendant au moins 6 mois et qu'il se remet à faire pipi au lit

➤ Causes :

- Immaturité vésicale
- Capacité de la vessie : diminuée en cas d'instabilité ou d'hyperactivité vésicale c'est-à-dire une vessie qui contracte trop et qui est incapable de se remplir sans déclencher des envies pressantes d'aller aux toilettes. La vessie est de taille normale mais se comporte comme une toute petite vessie le jour comme la nuit.
Ce sont des enfants qui font souvent pipi, ont des envies pressantes qui ne sont pas bien contrôlées avec présence fréquente de fuites, qui vont aux toilettes au dernier moment et qui font pipi une à plusieurs fois par nuit.
- Production d'urine trop importante : l'ADH, hormone anti-diurétique dont le rôle est de réabsorber l'eau au niveau du rein et donc de diminuer la quantité d'urine n'est pas suffisamment sécrétée la nuit. Cette sécrétion inappropriée de l'ADH est très souvent héréditaire.
Ce sont des enfants qui n'ont aucun problème le jour et ont des couches très lourdes la nuit, même s'ils n'ont presque rien bu le soir.

A noter : on a longtemps pensé que l'énurésie était d'ordre psychologique. Cependant, les causes psychologiques (problèmes scolaires, perturbation de l'image de soi, manque de confiance, décès de l'entourage, divorce, refus de grandir, sévices, ...) peuvent intervenir en agissant sur l'inconscient qui s'exprime la nuit, pendant le sommeil. Il est donc important de les prendre en considération surtout dans les énurésies secondaires. Mais attention à ne pas en faire la seule cause.

Outils

Fiche conseils/ règles de vie
6 règles d'or du pipi au lit
Carnet mictionnel
Calendrier mictionnel
Vidéo explicatives AFPA

Annexe 7 : Protocole Vaccination

Protocole de repérage et de suivi du calendrier vaccinal de l'enfant

1. Description du protocole

La prise en charge d'un enfant en cours de « couverture vaccinale », au sein d'un cabinet de pédiatrie qui met en œuvre les protocoles de coopération Asalée, comprendra les étapes suivantes :

- Public cible
 - Enfant à partir de 2 mois
- Critères d'inclusion

Repérage selon les critères suivants :

 - Retard dans le calendrier vaccinal (Annexe 1)
 - Parents réfractaires à la vaccination, interrogatifs ou demandeurs d'informations supplémentaires
 - Parents en refus de la vaccination
 - Famille en rupture de soins
- Mode d'action
 - Repérage de l'enfant et sa famille soit par le pédiatre au cours d'une consultation de suivi soit par la puéricultrice au cours d'une consultation autre
 - Si le patient et sa famille est repéré, le pédiatre transmet l'information à la puéricultrice et une alerte est notée sur le dossier médical de l'enfant. Mise à jour du carnet de santé de l'enfant
 - Invitation du jeune enfant et de sa famille à une rencontre avec la puéricultrice Asalée
 - Recueil du consentement éclairé

2 Consultation avec la puéricultrice de santé publique

Entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille.

Diagnostic éducatif avec évaluation des peurs, des croyances et des représentations concernant la vaccination

- Objectifs de la dimension cognitive :
 - Identifier les connaissances et les compétences des parents
 - Identifier les capacités de compréhension des parents
- Objectifs de la dimension biologique :
 - Identifier les problèmes de santé présents ou anciens
 - Identifier les antécédents familiaux notamment ceux liés à la vaccination
- Objectifs de la dimension sociologique :
 - Identifier la place de l'enfant dans sa famille
 - Evaluer l'impact du refus de vaccination sur la mise en collectivité de l'enfant
- Objectifs de la dimension psychoaffective :
 - Explorer les représentations, les croyances et les peurs liées à la vaccination
 - Evaluer la capacité d'adaptation au changement
- Objectifs de la dimension projective :
 - Repérer les motivations à la réalisation des vaccinations
 - Recueillir l'adhésion de la famille aux recommandations

3 Action de la Puéricultrice de santé publique

- Amener le/les parent(s) à déconstruire leurs croyances et représentations autour de la vaccination pour en construire de nouvelles
- Les faire verbaliser sur leurs peurs
- Donner les informations manquantes sur l'intérêt de la vaccination et les recommandations actuelles
- Informer sur le **Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire (annexe 2)**
- Informer sur les pathologies en lien avec les vaccins
- Informer sur « qu'est-ce qu'un vaccin » et comment ça marche
- Informer et rassurer sur les effets secondaires possibles
- Informer sur la surveillance

- Informer sur les précautions d'emploi du patch EMLA et ses effets secondaires éventuels
- Prescription, par mode dérogatoire, de la crème/patch antalgique et analgésique
- Prescription des vaccins, par mode dérogatoire
- Pratiquer la vaccination, par mode dérogatoire et sur prescription médicale écrite (Annexe 3)
- La puéricultrice renseigne le dossier médical du patient et transmet les informations utiles au pédiatre référent.
- Adapter l'information à l'enfant s'il est en âge de comprendre

Le temps de rencontre est estimé à 45min-1heure +1/4 d'heure couvrant la préparation et la synthèse d'action personnalisée établi.

4 Suivi qualité Asalée

- Staff de transmissions délégué/délégué - revue de l'ensemble des dossiers
- Autocontrôle qualité par IDSP Asalée, suivi du calendrier vaccinal
- Contrôle qualité par contrôleur Asalée

Annexe 1

Vaccination : êtes-vous à jour ? **2020**
calendrier simplifié des vaccinations

Âge approprié	Vaccinations obligatoires pour les nourrissons						6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois						
BCG												
Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite												Tous les 10 ans
Coqueluche												
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)												
Hépatite B												
Pneumocoque												
Méningocoque C												
Rougeole-Oreillons-Rubéole												
Papillomavirus humain (HPV)												
Grippe												Tous les 10 ans
Zona												

Annexe 2

JORF n°0021 du 26 janvier 2018

Texte n°25

Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire

NOR: SSAP1732098D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/1/25/SSAP1732098D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/1/25/2018-42/jo/texte>

Publics concernés : enfants ; titulaires de l'autorité parentale et personnes en charge de la tutelle des mineurs ; directeurs de crèches, d'écoles, d'établissements scolaires, de garderies, de colonies de vacances ; et autres collectivités d'enfants.

Objet : modalités de mise en œuvre de la vaccination obligatoire.

Entrée en vigueur : le décret entre en vigueur le lendemain de sa publication .

Notice : la loi du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a étendu l'obligation vaccinale de trois à onze vaccins, afin d'obtenir une protection collective contre des maladies évitables par la vaccination et ainsi limiter les risques d'épidémie et diminuer la mortalité infantile.

Le décret précise les modalités de mise en œuvre des conditions de réalisation des nouvelles obligations vaccinales pour les jeunes enfants et les modalités de la justification de la réalisation de ces obligations pour l'entrée ou le maintien en collectivités d'enfants.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 49 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Les dispositions des codes modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3111-2 et L. 3111-5 ;

Vu la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, notamment son article 49 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 27 décembre 2017 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 19 décembre 2017 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 13 décembre 2017 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 13 décembre 2017 ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 10 janvier 2018 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

La section 1 du chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Les articles R. 3111-2 à R. 3111-4 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. R. 3111-2.-Les vaccinations mentionnées au I de l'article L. 3111-2 sont pratiquées dans les dix-huit premiers mois de l'enfant, selon les âges fixés par le calendrier prévu à l'article L. 3111-1.

« Art. R. 3111-3.-Lorsque les vaccinations mentionnées au I de l'article L. 3111-2 n'ont pas été pratiquées dans les conditions d'âge définies à l'article R. 3111-2, elles le sont suivant des modalités spécifiques déterminées par le calendrier prévu à l'article L. 3111-1.

« Art. R. 3111-4.-Les vaccinations obligatoires sont réalisées par les professionnels de santé autorisés à cet effet par la réglementation qui leur est applicable.

« Elles peuvent l'être notamment dans les établissements et organismes habilités mentionnés à l'article L. 3111-11, ainsi que dans le cadre des consultations des services départementaux de protection maternelle et infantile et de celles autorisées par le conseil départemental. » ;

2° L'article R. 3111-5 est abrogé.

Article 2

La section 2 du même chapitre du même code est ainsi modifiée :

1° L'article D. 3111-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. D. 3111-6.-La déclaration prévue à l'article L. 3111-5 est faite :

« 1° Sur le carnet de santé et, en outre, pour les enfants âgés de deux ans ou moins, sur les certificats de santé prévus à l'article L. 2132-2 ;

« 2° Pour les personnes ne possédant pas de carnet de santé, sur un document remis par un professionnel de santé autorisé à pratiquer les vaccinations attestant de la situation de la personne au regard des vaccinations obligatoires.

« Les certificats de santé mentionnés au 1° sont adressés au médecin responsable du service départemental de protection

maternelle et infantile dans les conditions fixées par l'article L. 2132-3. » ;

2° A l'article D. 3111-7 :

a) Au premier alinéa, les mots : « La carte-lettre » sont remplacés par les mots : « Le document mentionné au 2° de l'article D. 3111-6 » ;

b) Au 2°, après le mot : « et », sont insérés les mots : «, le cas échéant, » ;

3° A la fin de la section, est inséré l'article R. 3111-8, qui est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 3111-8.-I.-L'admission du mineur est subordonnée à la présentation du carnet de santé ou de tout autre document mentionné à l'article D. 3111-6 attestant du respect de l'obligation prévue à l'article L. 3111-2 :

« a) Dans les établissements et services mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 ;

« b) Dans les écoles et les établissements d'enseignement scolaire et les accueils sans hébergement organisés en application du troisième alinéa de l'article L. 2324-1 et du II de l'article R. 227-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« c) En cas d'accueil par un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« d) Dans les pouponnières et maisons d'enfants à caractère sanitaire relevant de l'article L. 2321-1 ;

« e) Dans les établissements mentionnés aux 1°, 2° et 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« f) Dans les autres modes d'accueil organisés en application du troisième alinéa de l'article L. 2324-1 et de l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles ;

« g) Et dans toute autre collectivité d'enfants.

« II.-Dans les cas mentionnés aux a à e du I, lorsqu'une ou plusieurs des vaccinations obligatoires font défaut, le mineur est provisoirement admis. Le maintien du mineur dans la collectivité d'enfants est subordonné à la réalisation des vaccinations faisant défaut qui peuvent être effectuées dans les trois mois de l'admission provisoire conformément au calendrier prévu à l'article L. 3111-1. Les vaccinations n'ayant pu être réalisées dans ce délai sont poursuivies suivant le calendrier susmentionné. La réalisation des vaccinations est justifiée par l'un des documents mentionnés au premier alinéa du présent article. »

Article 3

La section 3 du chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Les articles R. 3111-9 et R. 3111-12 à R. 3111-18 sont abrogés ;

2° Au début de l'article R. 3111-10, sont insérés les mots : « Pour les consultations de vaccination autorisées par le conseil départemental en application du deuxième alinéa de l'article R. 3111-4, » ;

3° A l'article R. 3111-11 :

a) Au premier alinéa, les mots : « par la voie de presse et d'affiche » sont supprimés ;

b) Les deuxième et dernier alinéas sont supprimés.

Article 4

L'article R. 227-7 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 227-7.-L'admission d'un mineur selon l'une des modalités prévues à l'article R. 227-1 est subordonnée à la présentation d'un document attestant de sa situation au regard des obligations vaccinales conformément aux dispositions de l'article R. 3111-8 du code de la santé publique. Elle est également soumise à la fourniture par les responsables légaux du mineur de renseignements d'ordre médical dont la liste est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la jeunesse.

« Ces informations sont adressées à l'organisateur de l'accueil ou à son représentant qui s'assure du respect de leur confidentialité. »

Article 5

A la section 4 du chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique, les articles D. 3111-19 à D. 3111-21 sont abrogés.

Article 6

La section 1 du chapitre VI du titre Ier du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Les articles R. 3116-3, R. 3116-4, R. 3116-5, R. 3116-7 et R. 3116-8 deviennent respectivement les articles R. 3116-1, R. 3116-2, R. 3116-3, R. 3116-4 et R. 3116-5 ;

2° A l'article R. 3116-8, devenu article R. 3116-5, les mots : « R. 3116-2 à R. 3116-7 » sont remplacés par les mots : « R. 3116-1 à R. 3116-4 » ;

3° L'article R. 3116-6 est abrogé.

Article 7

I.-Au chapitre Ier du titre II du livre VIII de la troisième partie du code de la santé publique, il est créé deux articles R. 3821-1 et D. 3821-2 ainsi rédigés :

« Art. R. 3821-1.-I.-Sous réserve des adaptations prévues au II, les articles R. 3111-2 et R. 3111-3, le premier alinéa de l'article R. 3111-4 et l'article R. 3111-8 sont applicables à Wallis-et-Futuna dans leur rédaction résultant du décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018.

« II.-Pour son application à Wallis-et-Futuna, l'article R. 3111-8 est ainsi rédigé :

« “ Art. R. 3111-8.-L'admission en collectivité d'enfants est subordonnée à la présentation du carnet de santé ou de tout autre document en tenant lieu attestant du respect des obligations vaccinales.

« “ Lorsqu'une ou plusieurs des vaccinations obligatoires font défaut, le mineur est provisoirement admis. Le maintien du mineur dans la collectivité d'enfants est subordonné à la réalisation des vaccinations faisant défaut qui peuvent être effectuées dans les trois mois de l'admission provisoire conformément au calendrier prévu à l'article L. 3111-1. Les vaccinations n'ayant pu être réalisées dans ce délai sont poursuivies suivant le calendrier susmentionné. La réalisation des vaccinations est justifiée par l'un des documents mentionnés au premier alinéa du présent article. ”

« Art. D. 3821-2.-I.-Sous réserve des adaptations prévues au II, les articles D. 3111-6 et D. 3111-7 sont applicables à Wallis-et-Futuna dans leur rédaction résultant du décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018.

« II.-Pour son application à Wallis-et-Futuna, l'article D. 3111-6 est ainsi modifié :

« a) Les mots : “ et, en outre, pour les enfants âgés de deux ans ou moins, sur les certificats de santé prévus à l'article L. 2132-2 ” ne sont pas applicables ;

« b) Le dernier alinéa n'est pas applicable. »

II.-A l'article R. 3826-1 du même code, avant le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les articles R. 3116-1, R. 3116-2, R. 3116-3, R. 3116-4 et R. 3116-5 sont applicables à Wallis-et-Futuna dans leur rédaction résultant du décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018. »

Article 8

La ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'éducation nationale et la ministre des outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 25 janvier 2018.

Edouard Philippe

Par le Premier ministre :

La ministre des solidarités et de la santé,

Agnès Buzyn

Le ministre de l'éducation nationale,

Jean-Michel Blanquer

La ministre des outre-mer,

Annick Girardin

Annexe 8 : Protocole Soins du Cordon

Protocole de dépistage et de suivi de la cicatrisation de l'ombilic chez le nouveau-né

1. Description du protocole

La prise en charge d'un soin de cordon d'un nouveau-né au sein du cabinet de pédiatrie qui met en œuvre les protocoles de coopération Asalée, comprendra les étapes suivantes

- Public cible
 - Nouveau-né
- Critères d'inclusion

Repérage d'un suivi de soin de cordon selon les critères suivants :

 - Nourrisson de la naissance à 1 mois de façon systématique
 - En cas de retard à la cicatrisation de l'ombilic
 - En cas d'hygiène précaire dépistée
 - Demande des parents sur les soins de cordon
- Mode d'action
 - Repérage du soin de cordon d'un nouveau-né soit par le pédiatre lors d'une visite systématique de suivi soit par la puéricultrice au cours d'une consultation autre
 - Si le soin de cordon demande à être suivi, le pédiatre transmet l'information à la puéricultrice et une alerte est notée sur le dossier médical de l'enfant. Mise à jour du carnet de santé de l'enfant.
 - Invitation de la famille du nouveau-né à rencontrer la puéricultrice Asalée
 - Recueil du consentement éclairé (signature du protocole par les parents)

2. Première consultation

Cette consultation peut être organisée au cabinet mais également par exception au domicile du patient. Signature du consentement par le/les parents

Entretien de compréhension centré sur l'enfant et sa famille

Diagnostic éducatif qui sera centré sur les mesures d'hygiéniques et les représentations du soin des parents

- Objectifs de la dimension cognitives :
 - Identifier les connaissances en termes d'hygiène corporelle notamment
 - Identifier les compétences des parents en termes de soin d'hygiène
 - Objectifs de la dimension biologique :
 - Evaluer le stade de cicatrisation de l'ombilic
 - Objectif de la dimension psychoaffective
 - Explorer les peurs et représentations des parents vis-à-vis des soins à l'ombilic
 - Objectifs de la dimension sociologique
 - Objectif de la dimension projective
 - Recueillir l'adhésion du/des parent(s) au soin
-
- Action de la puéricultrice de santé publique
 - Evaluer le stade de cicatrisation de l'ombilic
 - Evaluer le soin pratiqué au quotidien depuis le retour de la maternité et dans quelles conditions
 - Pratiquer un soin en technique de nettoyage du cordon afin de le montrer et/ou de l'apprendre aux parents
 - Valoriser le rôle des parents dans le soin
 - Prescription, par mode dérogatoire, du bâton de nitrate d'argent si nécessaire
 - Appliquer, dans un mode dérogatoire, le bâton de nitrate d'argent si présence d'un bourgeon
 - Les nouvelles données seront collectées dans le dossier médical du patient et transmises au pédiatre référent

Le temps de la consultation est estimé à 45 min + ¼ d'heure couvrant la préparation et la synthèse d'action personnalisée établie

3. Consultation de suivi

Le rendez-vous seront pris à l'issue de la consultation précédente jusqu'à cicatrisation complète

- Evaluer le stade de cicatrisation de l'ombilic
- Valoriser le rôle parental dans ce qui a été mis en place
- Réajuster les conseils aux parents si besoin
- Les nouvelles données seront collectées dans le dossier médical du patient et transmises au pédiatre référent

Le temps de la consultation est estimé à 20 min + ¼ d'heure couvrant la synthèse d'action personnalisée établie

4. Si échec de la prise en charge : persistance du retard de cicatrisation de l'ombilic

- Qualifier l'évolution de la cicatrisation de l'ombilic
- Identifier le degré de l'implication familiale
- Evaluer une éventuelle problématique autre
- Prendre un avis pédiatre

5. Suivi qualité Asalée

- Staff de transmissions délégant/délégué – revue de l'ensemble des dossiers
- Autocontrôle qualité par IDSP Asalée, contrôle avec évaluation de l'état cutané local en fonction des stades de la cicatrisation
- Contrôle qualité en continu par contrôleur Asalée : éléments de contrôle d'efficacité : (tableau évolution de la cicatrisation à créer et à joindre)

Annexe 9 : Protocole Dépistage Troubles du Langage

Protocole de dépistage des troubles du langage de l'enfant de 4 ans

1. Description du protocole

Le dépistage des troubles du langage de l'enfant, au sein d'un cabinet de pédiatrie qui met en œuvre les protocoles de coopération Asalée, comprendra les étapes suivantes :

- Public cible
 - Enfant se situant dans la tranche d'âge de 3 ans et 9 mois à 4 ans et 6 mois
- Critères d'inclusion

Repérage selon les critères suivants :

 - 3 ans et 9 mois < âge > 4 ans et 6 mois
 - Absence de troubles associés du développement préexistant et connu
- Mode d'action
 - Repérage de l'enfant et sa famille
 - par le pédiatre au cours d'une consultation de suivi
 - par la puéricultrice au cours d'une consultation autre
 - Par la secrétaire et de façon systématique lors de la prise de rendez-vous pour la visite des 4 ans
 - Si le patient et sa famille est repéré, le pédiatre transmet l'information à la puéricultrice et une alerte est notée sur le dossier médical de l'enfant.
 - Invitation du jeune enfant et de sa famille à une rencontre avec la puéricultrice Asalée en amont de la consultation médicale de suivi
 - Recueil du consentement éclairé

2. Consultation avec la puéricultrice de santé publique

1 : Recueil de données de l'enfant et sa famille

2 : Explication de l'importance et de l'intérêt du dépistage et de son caractère recommandé

3 : Explication du déroulé de la séance et des différentes étapes à l'enfant et au(x) parent(s)

4 : Préciser au(x) parent(s) l'importance de laisser l'enfant répondre aux différentes questions sans aide

3. Action de la Puéricultrice de santé publique

- Créer un climat de confiance avec l'enfant et ses parents
- Tester la disponibilité de l'enfant
- Permettre les temps de pause
- Réalisation du questionnaire avec le(s) parent(s)
- Prises des mesures (poids, taille)
- Réalisation du test ERTL4 à l'aide des outils de la valise prévu à cet effet
- Prendre le temps et laisser à l'enfant le temps d'intégrer les différentes consignes
- Réalisation du test auditif à l'aide de l'audiomètre
- Réalisation du dépistage visuel à l'aide du CADET

Le temps de rencontre est estimé à 45min +1/4 d'heure couvrant la préparation et la synthèse d'action personnalisée établie

4. A l'issue de la consultation

- Remise de la synthèse et des résultats sur le dossier médical commun du patient
- Mise à jour du carnet de santé
- Transmissions des informations utiles au pédiatre référent

5. Dans le cas de la nécessité d'une orientation

En coopération avec le pédiatre, discuter d'une orientation en fonction de la nature du trouble suspecté/dépisté

- Utilisation du carnet d'adresse préalablement travaillé en équipe pluridisciplinaire
- Assurer le suivi et la coordination du suivi

6. Suivi qualité Asalée

- Staff de transmissions délégrant/délégué - revue de l'ensemble des dossiers
- Autocontrôle qualité par IDSP Asalée
- Outils d'évaluation en cours de travail

Annexe 10 : Fiche de lien du Centre de Pédiatrie

CENTRE ENFANTS & SANTÉ
72-74 bis, avenue de Branne – 33370 TRESSES-MELAC
Tél : 05 57 97 05 05 – Fax : 08 97 10 12 89

ASSOCIEES	REPLAÇANTS	INTERNES
Dr Françoise CECCATO Dr Isabelle BOUFFARD Dr Kameliya VASILEVA COLLABORATRICES Dr Isabelle BRINTET Dr Jeanne LAMBRECQ	Dr Carine TOURNIER Dr Germain DANGUIAT Dr Mélanie GAILLARD Dr Ronan DEQUELEN Dr Adriane GILLI Dr Daniel NOEL Dr Juliette LARMARAUD Dr Edmond TABBAHK	Audrey MOUNACQ

Le .../.../.....

L'enfant :

CONSULTATION avec Amandine Philippon, puéricultrice ASALEE pour :

- Consultation prise en charge de l'Asthme
- Consultation de prise en charge de l'énurésie
- Consultation de prise en charge du surpoids
- Vaccination : faire pratiquer par une injection IM la vaccination suivante :
.....
- Consultation de suivi de l'eczéma
- Consultation de soutien : sommeil, alimentation, exposition précoce aux écrans
- Consultation soins aux nouveaux-nés : soins de cordon, surveillance de poids, ...
- Consultation de prévention : plagiocéphalie, mort inattendue du nourrisson, bébé secoué
-

Amandine Philippon

amandine.philippon@icloud.com

07.55.62.03.77

Annexe 11 : Questionnaire envoyé aux familles

1) Motif de consultation :

énurésie / ETP asthme / suivi surpoids / eczéma/ troubles du sommeil / soins aux nouveaux-nés/ vaccination / écrans / autre, préciser :

2) Cette consultation correspondait à vos attentes?

Tout à fait d'accord / D'accord / pas d'accord / pas du tout d'accord

3) Cette consultation a-t-elle été bénéfique pour vous ?

Tout à fait d'accord / D'accord / pas d'accord / pas du tout d'accord

4) Cette consultation a-t-elle été bénéfique pour votre enfant ?

Tout à fait d'accord / D'accord / pas d'accord / pas du tout d'accord

5) Cette consultation vous a-t-elle évité une consultation supplémentaire avec un médecin pédiatre ou un médecin généraliste ?

Tout à fait d'accord / D'accord / pas d'accord / pas du tout d'accord

6) Commentaire libre

SERMENT d'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Introduction : L'association ASALÉE est un dispositif de coopération médicale déjà utilisé et évalué en médecine générale. Les pédiatres libéraux de moins en moins nombreux mais ayant toujours des missions multiples pourraient bénéficier d'un tel dispositif. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés au premier dispositif de coopération médicale pédiatrique au sein d'ASALÉE. L'objectif principal était la description de ce nouveau dispositif. Notre objectif secondaire était d'évaluer le bénéfice de ce dispositif pour les patients et leur famille.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive unicentrique sur 6 mois en incluant de manière consécutive et sans critère d'exclusion tous les patients vus en consultation par la puéricultrice et avons recueilli des données concernant les patients, leur famille et les consultations. Nous avons également interrogé les familles au travers d'un questionnaire afin d'appréhender le bénéfice apporté par ces consultations.

Résultats : 234 patients ont été inclus. 61.1% des patients de l'étude ont moins de 1 an. Les 2 motifs de consultation les plus représentés sont « soins aux NN et nourrissons » et « soutien parental ». 65.9% des patients adressés par les pédiatres sont venus à la consultation. Le taux de réponse au questionnaire était de 49% avec 99% de réponses positives concernant le retour des familles sur ce système.

Discussion : Cette étude décrit un concept innovant et d'actualité en pédiatrie libérale qui nécessiterait d'autres types d'études afin d'être évalué dans sa globalité mais que l'on peut imaginer être étendu à d'autres territoires.

Description of a new system of medical cooperation between paediatrician and paediatric nurse in liberal paediatrics.

Introduction: The ASALÉE association is a medical cooperation device already used and evaluated in general medicine. The number of independent paediatricians who are less and less numerous but still have multiple missions could benefit from such a system. This is why we were interested in the first paediatric medical cooperation system within ASALÉE. The main objective was to describe this new system. Our secondary objective was to evaluate the benefit of this system for patients and their families.

Material and methods: We carried out a descriptive unicentric observational study over 6 months including consecutively and without exclusion criteria all the patients seen in consultation by the paediatric nurse and collected data concerning the patients, their families and consultations. We also questioned the families by a questionnaire to understand the benefits of these consultations.

Results: 234 patients were included. 61.1% of the patients in the study are less than 1 year old. The 2 most common reasons for consultation were "care for newborns and infants" and "parental support". 65.9% of patients referred by paediatricians came to the consultation. The response rate to the questionnaire was 49% with 99% of positive responses concerning families feedback on this system.

Discussion: This study describes an innovative and topical concept in liberal paediatrics which would require other types of studies in order to be evaluated in its entirety but which could conceivably be extended to other territories.

MOTS-CLES : coopération médicale, pédiatrie libérale, pédiatrie générale, suivi médical de l'enfant, puéricultrice, prévention, santé publique

UFR des Sciences médicales Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33000 Bordeaux